

DISSERTATION

Die Neu-Verortung von Gesundheit

Wege einer integrierten Gesundheitsinfrastrukturplanung

**ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der
technischen Wissenschaften Raumplanung unter der Leitung von**

Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Rudolf Scheuvs

E280/4 Forschungsbereich Örtliche Raumplanung

Institut für Raumplanung

Begutachtung durch

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dipl.-Ing.ⁱⁿ Christa Reicher

Univ.Prof.ⁱⁿ Dipl.-Ing.ⁱⁿ Sibylla Zech

Wien, am 30.11.23

eingereicht an der Technischen Universität Wien
Fakultät für Architektur und Raumplanung

von

Dipl.-Ing. Magdalena Maierhofer

00626569

Die Neu-Verortung von Gesundheit

Wege einer integrierten
Gesundheitsinfrastrukturplanung

Magdalena Maierhofer

KURZFASSUNG

Wir erleben die Re-Urbanisierung der Gesundheit. Diese Neuverknüpfung von Raum und Gesundheit manifestiert sich in zwei Diskursräumen: Zum einen gewinnt die Stadt an Gesundheitsrelevanz, die Räume des urbanen Alltags (Quartiere, Straßen, Plätze, Gemeinden, ...) werden zu Handlungsräumen der Gesundheitsförderung. Zum anderen kehren Gesundheitsinfrastrukturen zurück in die Stadt, die Dichotomie zwischen Krankenhaus und Stadt löst sich auf, ein Stadt-Krankenhaus-Kontinuum entsteht. Neue Versorgungsformen (Patientenhospitals, Gesundheitszentren, Gesundheitskioske, ...) werden zu integrierten Bestandteilen städtischer Strukturen. Wir beobachten eine Neu-Verortung von Gesundheit.

Diese Neu-Verortung von Gesundheit ist keine alleinige Aufgabe des Gesundheitssystems, sondern auch eine Herausforderung für die Raumplanung. Der Wandel der Gesundheitslandschaft verändert das Gefüge unserer Regionen, Städte und Quartiere. Offen bleibt, wie dies geschieht: Welche neuen Orte entstehen, wie verändern sie den Raum, wer plant sie und was bedeutet das aus raumplanerischer Sicht?

Die vorliegende Arbeit untersucht diese Fragestellungen, indem sie eine systematische theoretische Auseinandersetzung mit empirischen Beobachtungen verknüpft. Der theoretische Teil diskutiert zunächst die räumliche Dimension von Gesundheit, geht dann auf die Transformation der Gesundheitsinfrastrukturlandschaft ein, und beleuchtet abschließend den planerischen Umgang mit diesen Entwicklungen. Dem gegenüber steht die empirische Auseinandersetzung mit zwei neuen Orten der Gesundheit (Fallstudien). Institutionelle und territoriale Verortung setzen eine heterogene Datensammlung in Beziehung. Der Abschluss der Arbeit zeichnet die räumlichen Konsequenzen der Neu-Verortung nach und skizziert Wege einer integrierten Gesundheitsinfrastrukturplanung.

ABSTRACT

A re-urbanisation of health is taking place. This re-connection of space and health manifests itself in two fields of discourse: on the one hand, the city is gaining health relevance, the spaces of everyday urban life (neighborhoods, streets, squares, communities, ...) are becoming spaces of action in order to promote health. On the other hand, health infrastructures are returning to the city, the dichotomy between hospital and city is dissolving, a hospital-city-continuum is emerging. New forms of care (patient hotels, health centers, health kiosks, ...) are getting integrated into urban structures. We observe a re-location of health.

This re-location of health is not just an isolated task of health (system) planning, but also a challenge for spatial planning. The transformation of the health landscape is changing the fabric of our regions, cities and neighborhoods. How this happens remains an open question: What new places are emerging, how are they changing space, who is planning them and what does this mean from a spatial planning perspective?

This thesis explores this question on two levels by contrasting a systemic theoretical discussion (discourse) with two re-locations (case studies). The theoretical part first discusses the spatial dimension of health, then moves on to the transformation of the health infrastructure landscape and finally sheds light on the planning approach to these developments. This is contrasted with the empirical examination of two new places of health (case studies). Institutional and territorial localization relate a heterogeneous collection of data. The conclusion of the work traces the spatial consequences of the re-location and outlines ways of integrated health infrastructure planning.

VORWORT

Gesundheit:

“Why treat people and send them back to the conditions that made them sick?”¹

Raumplanung:

“If the purpose of planning is not for human and planetary health, then what is it for?”²

Konfrontieren wir diese beiden oft zitierten Fragen aus Planungs- und Gesundheitswelt, erkennen wir zwei Disziplinen, die sich einander zuwenden, sich fragend begegnen: Die Gesundheit, die die Verhältnisse, die Lebenswelt der Menschen, Quartiere, Städte und Gemeinden in den Blick nimmt. Dem gegenüber steht die Planung, die wiederum über Gesundheit diskutiert und diese zum Planungsziel erklärt. Diese Zuwendung manifestiert sich nicht nur in neuen Gesunde Stadt-Konzepten und Strategien, sondern lässt sich auch anhand der Neu-Verortung von Gesundheitsinfrastrukturen und -institutionen räumlich nachzeichnen.

Vorläufer dieser Dissertation war die Arbeit *A hospital is not a tree, die Re-Urbanisierung von Krankenhaus und Gesundheit*³, die sich der Frage widmete, wie ein verändertes Gesundheitsverständnis und neue technologische Möglichkeiten die Superinstitutionen der Gesundheit, die Krankenhäuser und ihr Verhältnis zum räumlichen Kontext, der Stadt, verändern.

Dabei wurde auch erstmals der Begriff des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums eingeführt, der ein Modell einer neuen Gesundheitsinfrastrukturlandschaft nach dem Ende der Dichotomie von Krankheit und Gesundheit skizziert⁴. Diese Überlegung baut auf Aaron Antonovskys Konzept des Gesundheit-Krankheit Kontinuums⁵, auf und überträgt es auf Raum und Gesundheitsinfrastrukturen. Die zugrundeliegende Überlegung ist: Wenn es keine klare Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit gibt, ist auch die Trennung von Orten für Kranke (Krankenhaus) und Orten für Gesunde (Quartier, Stadt, Gemeinde) überholt – die neuen Orte der Gesundheit verteilen sich eher entlang eines Krankenhaus-Stadt-Kontinuums.

Ebenso identifiziert die Gesundheitsförderung Stadtteile und Gemeinden als Handlungsfelder, während Gesundheitsinfrastrukturen zunehmend ihre isolierte Stellung verlieren und zu integrierten Bausteinen des Alltagslebens der Quartiere werden. Systematisch betrachtet, verschwimmen die Grenzen zwischen Krankenhaus- und Stadtgebiet. Wobei in dieser modellhaften Vereinfachung das Krankenhaus für die institutionalisierte klinische Welt mit all ihren Infrastrukturen steht, und die Stadt den alltäglichen Raum (Regionen, Gemeinden, Quartiere, urbane und rurale Nachbarschaften) verkörpert.

1 Marmot 2015, 1
2 UN-Habitat und WHO 2020, x
3 Maierhofer 2016; und 2017
4 ebd.
5 vgl. Antonovsky 1979

Durch diese Sichtweise werden neuer Infrastrukturen, die sich entlang des Kontinuums formieren, sichtbar. Um die Krankenhäuser herum entstehen Patientenhotels und Primärversorgungsambulanzen, während Gesundheitszentren und -kioske die Gesundheitsförderung in die (Gesunden) Quartiere bringen und *Community Nurses* und *Social Prescribing* weit in die Bereiche des Alltags, des Wohnens, der Kultur und des sozialen Miteinanders eindringen. Digital Health, individualisierte Versorgung, personalisierte Medizin und mobile medizinische Geräte ermöglichen diese Transformation. Sie sind nicht mehr an großmaßstäbliche Gesundheitseinrichtungen gebunden, im Gegenteil, sie können etwa das private Schlafzimmer in ein temporäres Patientenzimmer verwandeln.

Vor diesem Hintergrund widmet sich die folgende Arbeit diesen neuen Zwischenschwellen, den neuen Orten zwischen Stadt und Krankenhaus, zwischen Alltag und Medizin, zwischen Institution und Initiative, zwischen Gesundheits- und Raumplanung. Sie identifiziert und beschreibt diese (neuen) *Gesunden Orte*, positioniert sie entlang des Kontinuums – will wissen, wie sich Gesundheitsinfrastrukturen auf ihre räumlichen und institutionellen Umwelten auswirken, diese verändern. Das raumplanerische Interesse gilt der Planung (innerhalb) dieser neuen Welten: Wie kann diese Neu-Verortung räumlich eingesetzt werden, als strategisches Instrument zu *guten/gesunden* zukünftigen Räumen beitragen – im positiven Sinn instrumentalisiert werden?

1	GESUNDHEIT UND RAUM	13
1.1	DIE WIEDERANNÄHERUNG	13
1.2	DIE RE-URBANISIERUNG DER GESUNDHEIT	14
1.3	DIE RE-URBANISIERUNG DES KRANKENHAUSES	15
1.4	FORSCHUNGSBEDARF UND FRAGESTELLUNG	17
2	EIN PLANERISCHER BLICK AUF GESUNDHEITSINFRASTRUKTUREN	19
2.1	AUFBAU DER ARBEIT	19
2.2	THEORETISCHE AUSEINANDERSETZUNG	21
2.3	EMPIRISCHE AUSEINANDERSETZUNG	22
2.3.1	Fallauswahl	22
2.3.2	Forschungsprozess, Material und Daten	25
2.4	ÜBERLEGUNGEN ZU ORT, PUNKT, RAUM, NETZ, INSTITUTION UND INFRASTRUKTUR	30
2.4.1	Gesundheitszentren als Orte in Netzen und Flächen	30
2.4.2	Gesundheitszentren als Institutionen	31
2.4.3	Gesundheitszentren als soziale Infrastruktur	32
2.4.4	Gesundheitszentren als Re-Figuration und Neu-Verortung	33
2.5	ANALYSEDESIGN	34
2.5.1	Institutionelle Verortung	37
2.5.2	Territoriale Verortung	40
3	DIE RÄUMLICHE DIMENSION DER GESUNDHEIT	45
3.1	GESUNDHEITSDETERMINANTEN UND THE SETTLEMENT HEALTH MAP	47
3.2	VERHÄLTNISORIENTIERUNG UND DIE GESUNDHEITLICHE VERANTWORTUNG DER PLANUNG	50
3.3	DAS SETTING: WO GESUNDHEIT STATTFINDET	52
3.3.1	Die Gesunde Stadt	53
3.3.2	Gesundheitsinfrastrukturen als doppeltes Setting	54
3.4	VON HEALTH IN ALL POLICIES ZU HEALTH FOR ALL POLICIES	56
3.5	DIE RÄUMLICHE DIMENSION DER GESUNDHEITSPANUNG	58
3.5.1	Kommunale Gesundheitsplanung	58
3.5.2	Gesundheits(System)Planung	59

4	NEUE ORTE DER GESUNDHEIT	63
4.1	STADT-KRANKENHAUS-KONTINUUM	64
4.2	TRANSFORMATIONEN	72
4.2.1	Digitalisierung und Mobilisierung der Versorgung	73
4.2.2	Neue Gesunde Typen durch Zentralisierung und Dezentralisierung	75
4.2.3	Gesundheitsinfrastrukturen als Problem und Lösung der De-Infrastrukturalisierung	78
4.2.4	Gesundheitsinfrastrukturen als neue soziale Orte	80
4.3	NEUE ORTE DER GESUNDHEIT	84
4.3.1	Neukonfiguration der Gesundheitslandschaften (Erscheinen, Verschwinden, Verändern und Verschieben)	82
4.3.2	Neue gesundheitliche Nahversorgung	86
4.3.3	Neue Primärversorgung in Österreich	87
5	NEUE GESUNDHEITSINFRASTRUKTUREN IN DER (RÄUMLICHEN) PLANUNG	91
5.1	RENAISSANCE: DIE WIEDERENTDECKUNG SOZIALER INFRASTRUKTUR	92
5.2	NEUE GESUNDHEITSINFRASTRUKTUREN IN DER FORMELLEN PLANUNG	94
5.3	GESUNDHEITSINFRASTRUKTUREN IN DER INTEGRIERTEN PLANUNG	97
5.3.1	Gemeinsame Grundlagen, Analysen und Ziele und Argumente	98
5.3.2	Integrierte Finanzplanung und Subventionen	98
5.3.3	Gesundheitsinfrastrukturen als Raumfrage	99
5.3.4	Die räumlichen Potenziale kommunaler Gesundheitsunternehmen	100
5.3.5	Gesundheitseinrichtungen als Schlüsselprojekte und Stadtbausteine	101
5.3.6	Gesundheitsinfrastrukturen in Entwicklungskonzepten	102
5.3.7	Gesundheitsinfrastrukturen und Zentralitäten	103
	ZWISCHENFAZIT: NEUE GESUNDHEIT– NEUE GESUNDHEITSINFRASTRUKTUREN – NEUE PLANUNG	106
6	HASLACH	109
6.1	ÜBERBLICK	109
6.1.1	Der Ort	109
6.1.2	Das Gesundheitszentrum	110
6.1.3	Das Gesundheitsbüro und Social Prescribing	111
6.1.4	Die Arge Gesundheit Steinerne Mühl und Community Nursing	114
6.2	AUSSCHNITTE	122
6.2.1	De-Individualisierung und Institutionalisierung: Wenn die Praxis in Pension geht	122
6.2.2	Soziale Infrastruktur und öffentlicher Raum: Eine Schicksalsgemeinschaft	123
6.2.3	Die Verantwortung der öffentlichen Hand: Wer sorgt für Raum für die Gesundheit	125
6.2.4	Gesundheit verortet: Das Gesundheitszentrum als Zuhause für Community Nursing, Social Prescribing und die Verräumlichung von Dörflichkeit	126
6.2.5	Wo Gesundheit räumlich wird: Das Gesundheitsbüro als Brücke zwischen Medizin und Alltag	127
6.2.6	Die Allianz aus Planung und Gesundheit: Starke Institutionen und die Praxis des integrierten Handelns vor Ort	128

7	VEDDEL	131
7.1	ÜBERBLICK	131
7.1.1	Der Ort	131
7.1.2	Die Poliklinik und das Polikliniksyndikat	133
7.1.3	Gesamtstädtischer Kontext und Transformationen rund um die Veddel	136
7.1.4	Integrierte Stadtteilentwicklung und Mitte Machen	137
7.2	AUSSCHNITTE	146
7.2.1	Die Transformation eines sozialen Ortes: Wie die Kirche zum Gesundheitszentrum wird und sich dabei kaum verändert	146
7.2.2	Die Verräumlichung einer Gesundheitsidee: Architektur und Stadtbaustein für ein neues Versorgungsmodell	148
7.2.3	Ein Gegenmodell-Prototyp: Die Poliklinik als Entwurf einer neuen Gesundheitsinfrastruktur	150
7.2.4	Gesunde Stadt 2.0: Wie die Poliklinik das Quartier zum (Be-)Handlungsfeld macht	152
7.4.5	Gesundheit als Informationsressource und Planungsziel: Lokales Gesundheitswissens und die Poliklinik als Forschungsstation vor Ort	154
7.2.6	Was die Planung planen kann: Das Gesundheitszentrum in der Integrierten Stadtteilplanung	155
8	RAUM-PLANERISCHE KONSEQUENZEN	159
8.1	NEUE GESUNDEHEITSINFRASTRUKTUREN PLANEN	160
8.1.1	Neue Infrastrukturen für Planungs- und Gesundheitswelt	160
8.1.2	Die Transformationskraft neuer Sozialer-Infrastruktur-Schwergewichte räumlich nutzen	161
8.1.3	Mit verorteten Gesundheitsinfrastrukturen verortend planen	161
8.1.4	Das Potenzial doppelter Gesundheitsinfrastrukturen raumplanerisch nutzen	162
8.1.5	Gesundheitsinfrastrukturen als neue Sonderbausteine einsetzen	162
8.2	WEGE UND EBENEN EINER INTEGRIERTEN GESUNDHEITSINFRASTRUKTURPLANUNG	164
8.2.1	Übergeordnete Ebene: Gemeinsame Grundlagen, Strategien und Pläne	164
8.2.2	Lokale Ebene: Konzeptionelle und instrumentelle Verknüpfung	166
8.2.3	Konkrete und integrierte Umsetzung vor Ort	166
8.2.4	Zusammenfassend: Mit, für und durch Gesundheitsinfrastrukturen raumplanen	168
8.3	DIMENSIONEN DER NEU-VERORTUNG	169
8.3.1	Die konzeptionelle Neu-Verortung	169
8.3.2	Räumliche und infrastrukturelle Neu-Verortung	170
8.3.3	Planen als Neu-Verortung	171
	FAZIT: REFLEXION UND AUSBLICK	173
	ANHANG	175
A.1	Abbildungen	175
A.2	Abkürzungen	176
A.3	Material	177
A.4	Bibliographie	178

1.1 DIE WIEDERANNÄHERUNG

Medizin und Planung blicken auf einen gemeinsamen Ursprung in der Stadt des neunzehnten Jahrhunderts zurück, entwickelten sich parallel und teilen gemeinsame Ziele. Genauso wie Gesundheit und Hygiene lange eine zentrale Rolle im städtebaulichen Diskurs spielten, lagen Umwelthygiene und Stadtepidemiologie im Fokus der medizinischen Forschung. Heute kreuzen sich die Wege dieser beiden Welten wieder, Gesundheit drängt zurück in den Planungsdiskurs und Raum ist wieder Teil der gesundheitspolitischen Agenda.

Dabei manifestiert sich diese Wiederverknüpfung von Planung und Gesundheit in zwei Diskursräumen: Erstens gewinnt die Stadt an Gesundheitsrelevanz und die Räume des urbanen Alltags (Quartiere, Straßen, Plätze, Gemeinden, Schulen, ...) werden zu gesundheitspolitischen Handlungsfeldern. Zweitens verliert das Krankenhaus seinen Status als alles bestimmende, spezialisierte und isolierte Institution der Medizin. Gesundheitsversorgung wird zum integrierten Teil städtischer Strukturen und zahlreiche neue Einrichtungen entstehen (Patient:innenhotels, Gesundheitszentren, Gesundheitskioske, mobile Praxen...). Diese Entwicklungen verändern das Zusammenwirken von Gesundheit und Raum sowie von Public Health und Planung.⁶

Aus planerischer Perspektive⁷ haben wir es also mit zwei parallelen Entwicklungen zu tun, die sich auch im Räumlichen manifestieren:⁸

- Die Re-Urbanisierung der Gesundheit: Neue gesunde Räume
- Die Re-Urbanisierung des Krankenhauses: Neue Räume der Gesundheit

6 vgl. Maierhofer 2016

7 Mit Planung ist in dieser Arbeit, wenn nicht anders bezeichnet, die Raum- bzw. Stadtplanung gemeint. Gesundheitsplanung wird als solche benannt.

8 vgl. ebd.

1.2 DIE RE-URBANISIERUNG DER GESUNDHEIT

Was ist gesund? Diese Frage wird je nach Kontext, Zeit und Ort völlig unterschiedlich beantwortet. Ein neues Gesundheitsverständnis verändert die Räume der Gesundheit und unsere Idee von der *Gesunden Stadt* oder der *Gesunden Planung*. So ist erklärbar, dass Stadtideale, die einst als gesund galten, heute für Krankheiten verantwortlich gemacht werden. Die Stadt der Moderne, mit ihren Zeilenbauten in weiten grünen Anlagen, sollte durch *Licht, Luft und Sonne* ein gesundes und hygienische Wohnen ermöglichen.⁹

Jetzt werden diese Siedlungen aufgrund fehlender "sozialer Orte"¹⁰ und dem Mangel an qualitativen öffentlichen Räumen für Isolation, Einsamkeit, Bewegungsmangel und den damit verbundenen gesundheitlichen Folgen verantwortlich gemacht. Somit ist das Ideal der Gesunden Stadt nicht statisch, sondern hängt von der vorherrschenden Gesundheitsdefinition ab¹¹.

Heute bestimmt eine multifaktorielle Vorstellung von Krankheit und Gesundheit den Diskurs¹², der auch ein neues Bild der Gesunden Stadt und der Gesunden Planung entwirft. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erweitert bei ihrer Gründung 1948 den Gesundheitsbegriff um das seelische und soziale Wohlbefinden¹³. Später löst Aron Antonovskys Salutogenese die Dichotomie zwischen Krankheit und Gesundheit auf¹⁴. Demnach ist kein Mensch vollständig gesund oder krank, vielmehr befindet er sich auf einem *Krankheits-Gesundheits-Kontinuum*. Daraus folgt das medizinische Ziel, Menschen dabei zu helfen und zu befähigen, sich auf diesem Kontinuum in Richtung Gesundheit zu bewegen – oder zumindest den Gesundheitszustand stabil zu halten.

Was hilft Menschen dabei, gesund zu bleiben bzw. zu werden? In den letzten Jahrzehnten wurden zahlreiche Konzepte zur Beantwortung dieser Frage entwickelt. Beispielsweise stellt das *Stress-Coping-Konzept*¹⁵ den Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialen und umweltbezogenen Faktoren her. Wobei individuelle, gesellschaftliche oder räumlich Ressourcen dazu beitragen, soziale, psychische oder umweltbedingte Stresssituationen bewältigen zu können¹⁶. Je mehr dieser Ressourcen einem individuellen Menschen oder einer Gemeinschaft zur Verfügung stehen, desto resilienter ist diese/r gegenüber Krankheiten und gesundheitsgefährdendem Stress.

9 vgl. Rodenstein 1988, 4

10 Kersten, Neu, und Vogel 2022

11 vgl. Maierhofer 2016, 141

12 vgl. Eckart 2017, 321

13 vgl. WHO 1946; Seitdem wurde dieses Gesundheitsverständnis kontinuierlich um neue Konzepte erweitert. Jüngere Beispiele sind Global Health (vgl. Gräser 2023) oder One Health (One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP) u. a. 2022).

14 vgl. Antonovsky 1997, 22 (1979)

15 ebd.)

16 vgl. Eckart 2017, 319

In Folge rückt das Modell von *New Public Health*¹⁷ die Umwelt- und Gesellschaftsbedingungen in den Fokus. Gesundheit ist dabei keine isolierte individuelle, biomedizinische Angelegenheit, sondern von der Lebenswelt der Menschen abhängig. Dieser „Spatial-Turn“¹⁸ der Gesundheit führt zu einer thematischen und methodischen Wiederannäherung von Gesundheit und Stadtplanung sowie zu einer Verräumlichung der Gesundheit.

Die 1986 beschlossene Ottawa Charta stellt in dem Zusammenhang das wichtigste Grundlegendokument der Gesundheitsförderung dar¹⁹. Eine der meistzitierten Aussagen dieses Dokuments lautet:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“²⁰

Damit wird der Bezug zum Stadtraum manifest²¹. Noch deutlicher wird die gesundheitliche Verantwortung der Planung durch das Gesunde Städte Netzwerk der WHO.

“Healthy urban planning is about planning for people. It means putting the needs of people and communities at the heart of the urban planning process and considering the implications of decisions for human health and well-being.”²²

Per Definition ist die Gesunde Stadt dabei kein Zustand, sondern ein Prozess: „A healthy city is defined by a process, not an outcome.“²³. Im Mittelpunkt steht also nicht die gesunde Raumausstattung, sondern Healthy Urban Planning – also Planung selbst²⁴.

Das bedeutet für die Stadt, dass die Verhinderung von Gesundheitsgefahren (Lärmschutz, saubere Luft, sauberes Wasser) nicht mehr ausreicht, um als gesund zu gelten. Vielmehr soll Gesunde Planung Wohlbefinden in all seinen körperlichen, seelischen und sozialen Facetten adressieren und gesundheitsförderliche Ressourcen stärken. Somit führt die multifaktorielle Vorstellung von Krankheit und Gesundheit dazu, dass Planung Gesundheit in vielen unterschiedlichen Formen (mit)verantwortet. Stadt wird zum zentralen Handlungsfeld der Gesundheit und die Raumplanung zur gesundheitspolitischen Akteurin.

“Public Health is once again on the move. After 40 years of a narrow focus on treatment as the answer to all health problems, first lifestyles and now the environment are once again being taken seriously! [...] New Public Health goes beyond an understanding of human biology and recognises the importance of those social aspects of health problems which are caused by lifestyles and hopefully avoids the trap of blaming the victim.” (Ashton 1992, 113)

“Urban planners and related professionals can transform the conditions in which people live and work, their access to facilities and services, their lifestyles and their ability to develop strong social networks. These are key determinants of the health, well-being and quality of life of people in cities. WHO’s work in this area explores the links between health and urban planning and focuses on how urban planning can positively affect health.” (WHO o.J.)

17 Ashton und Seymour 1988

18 „Spital turn“ bezeichnet einen (insbesondere sozial- und kulturwissenschaftlichen) Paradigmenwechsel, der den Raum wieder zum wirksamen Faktor gesellschaftlicher Phänomene macht. Eine solche Hinwendung zu räumlichen Kategorien gibt es auch in der Gesundheitsforschung. (vgl. Kistemann und Schweikart 2017)

19 vgl. Kickbusch und Hartung 2014, 52

20 WHO 1986

21 vgl. Maierhofer 2023

22 WHO o. J.

23 vgl. Intelmann 2019; vgl. Barton und Tsourou 2000

24 vgl. Intelmann 2019; vgl. Barton und Tsourou 2000

1.3

DIE RE-URBANISIERUNG DES KRANKENHAUSES

Die Gesundheitslandschaft ist im Umbruch. Der Krankenhausplanung öffnet sich der Umgebung und dem *Urban Health*-Diskurs. Die ehemalige architektonische Spezialdisziplin behandelt wieder stadträumliche Fragen und verhandelt die *Re-Urbanisierung* des Krankenhauses²⁵. Die Gesundheitsversorgung verlagert sich in wohnortnahe, dezentralere und alltäglichere Bereiche.

Gleichzeitig wirken sich externe Transformationsprozesse auf unsere Versorgungsstruktur aus. Die Hinwendung zu Gesundheitsförderung und Prävention, demographischer Wandel, Digitalisierung und Mobilisierung der Medizin sowie der Umgang mit Krisen wie Klimawandel, steigender Ungleichheit oder Unterversorgung in städtischem und ländlichem Gebieten, verändern, wo und wie sich Gesundheit verortet. Es entstehen neue Institutionen, Akteure, Handlungsfelder, Konzepte und Allianzen. Das manifestiert sich in der Verortung von Gesundheit im Raum. Diese Veränderungen stellen aktuelle Gesundheitsinfrastrukturen wie Krankenhäuser grundsätzlich in Frage und bringen neue Orte der Gesundheitsversorgung hervor. Während sich die großen Krankenhauskolosse förmlich auflösen, übernehmen alltägliche öffentliche und private Räume immer mehr gesundheitliche Aufgaben und Verantwortungen²⁶.

Abseits der hochspezialisierten Kliniken entstehen Gesundheitszentren, Hotels für Patient:innen und digitale Angebote. In der Stadt und auf dem Land sollen Primärversorgungseinheiten (PVEs) die Gesundheitsversorgung sichern und gleichzeitig die Ortskerne und Stadtteilzentren beleben. An anderer Stelle fährt die Praxis mobil in Form eines Busses von Gemeinde zu Gemeinde, während in den Einkaufsstraßen Gesundheitskioske eröffnen und das Konzept der „Gemeindeschwestern“ (engl. *Community Nursing*) eine Renaissance erlebt.

Diese Formen der Versorgung entwickeln neue Ansprüche an ihre Nachbarschaften und beeinflussen ihrerseits das räumliche Gefüge. Angesichts der Quantität, in der solche neuen Gesundheitsinfrastrukturen entstehen, handelt es sich dabei nicht um punktuelle Phänomene. So sollen in Österreich in den kommenden Jahren über 100 PVEs entstehen²⁷, Community Nursing wird in 120 Pilotprojekten²⁸ umgesetzt und das Deutsche Bundesministerium spricht von 1000 neuen Gesundheitskiosken²⁹.

Die Transformation der Gesundheitsinfrastrukturlandschaft hat begonnen. Betroffen ist insbesondere die wohnortnahe Gesundheitsversorgung in Gemeinden und Stadtteilen. Es ist unklar, wie dies die räumliche Entwicklung beeinflussen wird - dass sie beeinflusst wird, ist wahrscheinlich. Wie und wo wir diese neuen Gesundheitsinfrastrukturen planen und bauen, sollte also nicht ohne raumplanerische Überlegungen verhandelt werden. Möglicherweise brauchen wir eine neue Gesundheitsinfrastrukturplanung, um diesen neuen Räumen der Gesundheit zu begegnen. Die Frage, wie ein solcher planerischer Umgang aussehen könnte, wird in dieser Arbeit gestellt.

25 vgl. Driesen 2006, 14; vgl. Maierhofer 2016

26 vgl. Maierhofer 2016, 210; vgl. Maierhofer u. a. 2023

27 vgl. Bundeskanzleramt 2023

28 vgl. BMSGPK 2021

29 vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland) 2022)

1.4 FORSCHUNGSBEDARF UND FRAGESTELLUNG

Die beschriebenen Entwicklungen – die Urbanisierung des Krankenhauses und die Urbanisierung der Gesundheit – sind zwei getrennten Diskursräumen zuzuordnen. Auf der einen Seite steht die Gesundheitsinfrastruktur- oder -Gesundheitssystemplanung, die sich auf unterschiedlichen Maßstabsebenen mit der Entwicklung von Einrichtungen des Gesundheitswesens befasst. Andererseits intensiviert sich die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Frage, wie Räume, Städte oder deren Planung selbst Gesundheit beeinflussen und fördern können. Dazu zählen Forschungsfelder wie *Environmental Health*, *Urban Health* oder *Healthy Urban Planning*³⁰.

Auch wenn beide Zugänge für die räumliche Entwicklung hoch relevant sind und Planer:innen beide Diskurse entscheidend mitgestalten, werden die Themen nur selten als verschränkt betrachtet. Deshalb behandelt die vorliegende Arbeit beide Zugänge und verbindet eine raumplanerische Betrachtung von neuen Gesundheitsinfrastrukturen mit dem Diskurs über die gesundheitliche (Aus-)Wirkung von Raum und Planung. Sie untersucht die Rolle von Gesundheitsinfrastrukturen in der Gesunden Stadt – *Gesundheitsplanung* und *Gesunde Planung*.

Die Neu-Verortung der Gesundheit ist dabei kein isoliertes Thema der Fachplanung, sondern auch eine raumplanerische Herausforderung. Trotzdem wurde das Thema der Gesundheitsinfrastrukturplanung seit längerem von der Raumplanung kaum beachtet oder weiterentwickelt. Doch stellt sich auch aus raumplanerischer Sicht die Frage, wie und wo wir die Gesundheitsversorgung in unseren Regionen, Städten und Quartieren verorten, und wie sich das auf das räumliche Gefüge auswirkt. Es gilt aufzuzeigen, wie die Planung mit der räumlichen Dimension von Gesundheitsinfrastrukturen umgehen kann, welche Möglichkeiten sie hat und welche Instrumente und Strategien notwendig sind, um den Veränderungen zu begegnen. Daraus ergeben sich folgen Fragen:

Forschungsfrage:

Welchen Veränderungen ist die Gesundheitslandschaft derzeit ausgesetzt und was bedeutet das für Raum und Planung?

Unterfragen:

Welche neuen Formen der Gesundheitsversorgung entstehen?
Wo und wie verorten sie sich im Raum? Wie verändern sie den Raum?
Was bedeutet das für die Stadt- und Raumplanung?

EIN PLANERISCHER BLICK AUF GESUNDHEITSINFRASTRUKTUREN

2.1

AUFBAU DER ARBEIT

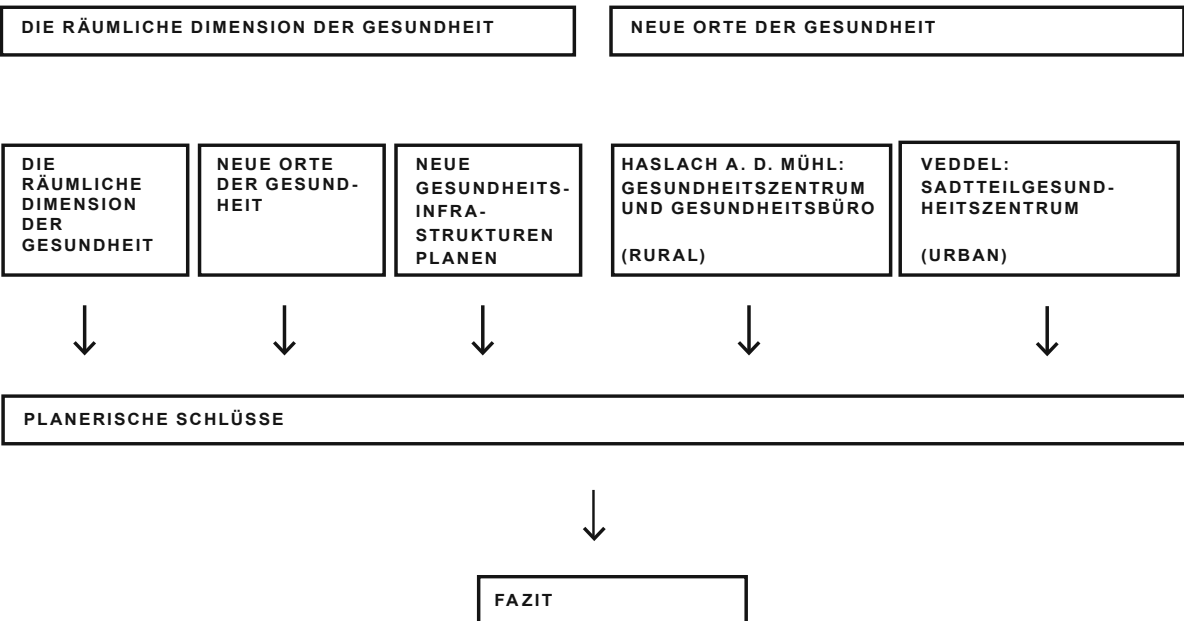
Die Arbeit behandelt die Forschungsfragen aus zwei Perspektiven: einerseits aus der übergeordneten Perspektive (top-down) und andererseits aus der lokalen Perspektive (bottom-up). Durch diese Herangehensweise werden einerseits die räumlichen Aspekte neuer Gesundheitsinfrastrukturen systematisch und übergeordnet analysiert, während andererseits präzise Situationen im Detail untersucht werden. Beide Ansätze stehen gleichberechtigt nebeneinander und nicht in einer priorisierenden Reihung zueinander. Obwohl die Analysen nicht direkt aufeinander aufbauen, können dennoch wechselseitige Bezüge hergestellt werden. Die theoretischen Überlegungen beeinflussen die Analyse der Fallbeispiele, während gleichzeitig konkrete Beispiele in die Diskussion einbezogen werden.

Aus einer übergeordneten theoretischen Betrachtung können die großen diskursiven, räumlichen und infrastrukturellen Veränderungen im Gesundheitsbereich nachgezeichnet und raumplanerisch eingeordnet werden. Dem gegenüber steht ein empirischer Teil, der anhand spezifischer Situationen und konkreter Orte den Prozess der Neu-Verortung verfolgt. Hierfür dienen die Poliklinik auf der Veddel (Hamburg, Deutschland) und das Gesundheitszentrum in Haslach (Oberösterreich, Österreich) als Ausgangspunkte, um die räumlichen Auswirkungen von neuen Gesundheitseinrichtungen vor Ort zu untersuchen.

Zuletzt werden diese beiden Abschnitte zusammengeführt und diskutiert, welche planerischen Schlüsse aus übergeordneter theoretischen und situationsbezogenen konkreten Überlegungen gezogen werden können.

THEORIE

EMPIRIE



2.2 THEORETISCHE AUSEINANDERSETZUNG

Die theoretische Untersuchung gliedert sich in drei Abschnitte. Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit den Veränderungen in der Gesundheitslandschaft. Dafür werden wichtige Konzepte, Begriffe und Instrumente des Gesundheitswesens aus räumlicher und raumplanerischer Sicht diskutiert. Darauf aufbauend liegt der Fokus auf neuen Orten der Gesundheit: Wie und warum verändert sich unsere Gesundheitslandschaft? Welche neuen Orte entstehen und was bedeuten sie im und für den Raum? Der dritte Teil beschäftigt sich mit der Frage, wie Planung auf diese Veränderungen reagieren kann. Es wird untersucht, welche Instrumente der Raumplanung zur Verfügung stehen, um die Neu-Verortung von Gesundheit raumsensibel mitzugestalten.

Die Neu-Verortung von Gesundheit wird so entlang von drei grundlegenden Leitfragen dargestellt:

Was wird neuverortet?

Die räumliche Dimension der Gesundheit (Kapitel 3): Wie verändert sich die Rolle von Raum im Gesundheitsdiskurs und was bedeutet das für die Gesundheitslandschaft?

Wo wird neuverortet?

Neue Orte der Gesundheit (Kapitel 4): Welche neuen Gesundheitsinfrastrukturen entstehen und was bedeutet das für Stadt und Raumentwicklung?

Wie wird neuverortet?

Neue Gesundheitsinfrastrukturen planen (Kapitel 5): Welche Instrumente und Strategien gibt es für die Planung neuer Gesundheitsinfrastrukturen.

2.3

EMPIRISCHE AUSEINANDERSETZUNG

Die Empirische Analyse betrachtet neuen Orte der Gesundheit selbst. Die Gesundheitsinfrastrukturen werden im räumlichen Kontext des Stadtteils bzw. der Gemeinden untersucht. Ausgangspunkt bilden dabei immer die Einrichtungen selbst. Welche Rolle spielen diese Institutionen in ihren räumlichen und institutionellen Umgebungen? Wie beeinflussen sie diese und welche Auswirkungen hat das auf die Planung?

2.3.1

Fallauswahl

Wir beobachten eine Transformation der Gesundheitslandschaft. Neue Orte entstehen entlang des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums³¹, manche näher am Alltäglichen, andere näher am Krankenhaus. Besonders deutlich wird diese Entwicklung in der Primärversorgung, dem wohnortnahen Bereich, der gesundheitlichen Nahversorgung. Sowohl in Österreich als auch in Deutschland entstehen in dem Zusammenhang neue Formen der integrierten Versorgung vor Ort. Daher untersucht diese Arbeit zwei Fälle, die solche Entwicklungen in Österreich und Deutschland veranschaulichen: das Gesundheitszentrum Haslach³² und die Poliklinik Veddel³³.

In Österreich ist die Umsetzung neuer Primärversorgungseinheiten (PVEs) ein wichtiges Gesundheitspolitisches Ziel. Die Anzahl der PVEs soll insgesamt bis 2025 von 40 auf 120 verdreifacht werden³⁴. Das Gesundheitszentrum Haslach ist eine dieser neuen PVEs und eines der ersten seiner Art. In Deutschland gibt es das Polyklinik-Syndikat, eine bundesweite Bewegung, die solidarische Stadtteilgesundheitszentren entwickelt³⁵. Derzeit existieren acht solche Zentren, zehn weitere sind im Aufbau. Die Poliklinik Veddel war 2017 das erste umgesetzte Projekt.

Die beiden Beispiele weisen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf. Grundsätzlich unterscheiden sich diese Einrichtungen im räumlichen Kontext. Die Poliklinik Veddel liegt unweit des Hamburger Hafens, inmitten eines urbanen Stadtteils zwischen Autobahn, S-Bahn und Kanal. Das Gesundheitszentrum Haslach hingegen befindet sich am Kirchplatz einer ländlichen Gemeinde im Mühlviertel.

31 vgl. S.60

32 „Gesundheitszentrum Haslach“ ist eine Selbstbezeichnung. Auf der Website ist auch von „Hausarztmedizin Plus“ die Rede und aus der Perspektive des Gesundheitssystems handelt es sich um eine PVE.

33 Die Poliklinik ist keine konventionelle Poliklinik in Sinne einer krankenhaushähnlichen Einrichtung oder einer Abteilung einer Klinik. Sie ist ein „soziales Stadtteil-Gesundheitszentrum“. Die Namensgebung ist eine Referenz auf „die historischen Sozialkliniken im 18. Jahrhundert und die staatlichen Gesundheitseinrichtungen in der DDR und in osteuropäischen Ländern“. (Poliklinik Veddel, o. J.)

34 Die Angaben beziehen sich auf den Stand im März 2023. Es entstehen laufend neue PVEs. (BMSGPK 2023c)

35 vgl. Poliklinik Syndikat. o.J.

Die Eröffnung beider Projekte erfolgte fast zeitgleich, und sie ähneln einander hinsichtlich ihrer (Team-)Größe und programmatischen Ausrichtung. Beide Projekte vertreten Ansätze einer multiprofessionellen, integrierten und gemeinwesenorientierten Versorgung, die über die Grenzen des Gesundheitswesens hinaus und in ihr (räumliches) Umfeld hineinwirken. Beide Projekte befinden sich an zentralen Standorten.

Sowohl der Ausbau der Primärversorgung in Österreich als auch das Poliklinik-Syndikat in Deutschland sind Teil größerer Entwicklungen. Holzschnittartig betrachtet, ist die Entwicklung des Poliklinik-Syndikats eine eher aktivistische, die bottom-up von lokalen Initiativen vorangetrieben wird, während der Ausbau der PVEs eher eine politische Agenda darstellt, die top down verordnet wird.³⁶

Das Gesundheitszentrum Haslach und die Poliklinik Veddel gelten unbestritten als Pioniere. Sie haben damit Vorbildcharakter für weitere Projekte. Das macht sie zu „besonders interessanten Fällen“³⁷, und als solche sollen sie hier untersucht werden.

	GESUNDHEITZENTRUM HASLACH	POLYKLINIK VEDDEL
ÜBERGEORDNETE ENTWICKLUNG	PVE-Ausbau (top down)	Polyklinik Syndikat (bottom-up)
ERÖFFNUNG	2018	2017
RÄUMLICHER KONTEXT	Ländliche Gemeinde	Urbane Stadtteil
BEDEUTUNG	Pionier und Prototyp	Pionierin und Prototyp
(BE)HANDLUNGSRAUM	Gemeinde und Region	Über die Grenzen der Institution hinaus
VERORTUNG	Zentral	Zentral
GRÖSSE DES TEAMS	Ca. 30	Ca. 25
EINWOHNER:INNEN	Ca. 2600	Ca. 4300
PROGRAMM	Allgemeinmedizin, Community Nurse, Diätologin, Ergotherapie, Gesprächstherapie, Logotherapie, Physiotherapie, Soziale Arbeit	Allgemeinmedizin, Gesundheits- und Sozialberatung, Hebamme, Pflegesprechstunde (mit Community Nurse), Psychologische Beratung und Präventionsprojekte

36 Bei näherer Betrachtung zeigt sich aber ein differenziertes Bild, in dem das Poliklinik-Syndikat auch eine übergeordnete Agenda verfolgt und der PVE-Ausbau stark von lokalen Initiativen abhängt. (Siehe dazu Kapitel 6 und 7.

37 Baur und Christmann 2021, 130



HASLACH



VEDEL



2.3.2 Forschungsprozess, Material und Daten

Räume sind facettenreich, vielschichtig, gleichzeitig und dynamisch³⁸. Um ihnen gerecht zu werden, bedarf es einer dichten, gesättigten und vielfältigen Materialsammlung aus Bildern, Worten, Notizen und Skizzen³⁹.

Wenn Institution und Raum, Gesundheit und Planung bzw. Gesundheitsinfrastruktur und Quartier integriert betrachtet werden sollen, ist eine ebenso vielfältige Datengrundlage erforderlich. Diese Tatsache gründet insbesondere auf den unterschiedlichen Kulturen der Wissensgenerierung und Kommunikation im Gesundheits- und Planungsbereich. Während sich die Gesundheitswissenschaft hauptsächlich auf verbale Daten stützt, sind in der (Raum-)Planungswelt visuelle Daten vorherrschend. Aus diesem Grund wird auch hier mit einer Materialsammlung gearbeitet, die durch Diversität geprägt ist. Materialsammlung meint hier sowohl das Ergebnis als auch den Prozess - also die Vielfalt der Daten und die Vielfalt der Datenerhebung.

Der erste Grundstock des empirischen Materials stammt aus von der Autorin durchgeführten Interviews, Begehungen, Kartierungen, Fotodokumentationen und Literatur- bzw. Online-recherchen (Desk Research). Informationen zu den Fällen stammen nicht nur aus herkömmlichen wissenschaftlichen Quellen, sondern auch aus Medien wie Zeitungsartikeln, Blogbeiträgen, Podcasts, Videos, Informationsbroschüren, Gesetzen, Verwaltungsdokumenten, Konzeptpapieren etc. Die Begehungen der Räume erfolgten zum Teil alleine, zum Teil in Begleitung von Interviewpartner:innen (Go- Along -Interviews).

Die Auswahl der Interviewpartner:innen umfasst jeweils (mindestens) drei Perspektiven bzw. Typen von Akteur:innen: die Gesundheitseinrichtungen selbst, die für Raumplanung zuständige Verwaltung und die institutionelle Nachbar:innenschaft, also mit dem Untersuchungsort verbundene andere soziale Infrastrukturen wie Beratungsstellen oder Nachbarschaftszentren.

Zusätzlich dazu war der Forschungsprozess eng an die Lehre gekoppelt. Studentische Co-Forscher:innen ergänzten die von der Autorin durgeführten Erhebungen. Die Masterlehrveranstaltung *Space Anatomy– Gesundheit und soziale Infrastruktur: Architektur, Planung und Praktiken*⁴⁰ beschäftigt sich mit neuen, wohnortnahen Gesundheitseinrichtungen in Österreich, wobei ein Team auch das Gesundheitszentrum in Haslach untersuchte. Ziel der Lehrveranstaltung war es, gemeinsam mit den Studierenden eine erste Landkarte der neuen Gesundheitsinfrastrukturen zu erstellen. Hierzu untersuchten die Forschungsteams vierundzwanzig Orte.

Dies geschah im Herbst 2020, also kurz vor dem Ausbruch der zweiten Welle der Covid-19 Pandemie. Methoden mussten angepasst werden, das Team griff auf digitale und analoge Tools zurück um physisch Abstand zu halten und so die Übertragung des Virus zu verhindern. Die Studierenden führten ihre Interviews per Videocall und Telefon, veröffentlichten Fragebögen in der Gemeindezeitung und platzierten Plakate und Stifte für Mappings im Foyer der Bank. Die Pfleger:innen vor Ort übernahmen die Fotodokumentation.⁴¹

38 vgl. Heinrich 2021, 137

39 vgl. Glaser und Strauss 2005; vgl. Strübing 2021, 34 f

40 vgl. K. A.3. Material

41 vgl. Benz 2023, 169ff

Das Forschungsprojekt *Space Anatomy* beinhaltete auch mehrere Forschungsreisen. Gemeinsam mit Evelyn Temmel und Kathrin Schelling wurden Gesundheitseinrichtungen in Vorarlberg, Salzburg, Oberösterreich und Niederösterreich besucht und Interviews mit Initiatoren, Betreibern und Bürgermeister:innen geführt.

Das Ergebnis des Projekts ist ein Katalog über neue Gesundheitsinfrastrukturen in Österreich, ein Buch, das 2023 veröffentlicht wurde, sowie eine umfangreiche Materialsammlung aus Karten, Diagrammen, Bildern und Interviews aus ganz Österreich und aus Haslach. All das wurde auch für diese Arbeit verwendet.

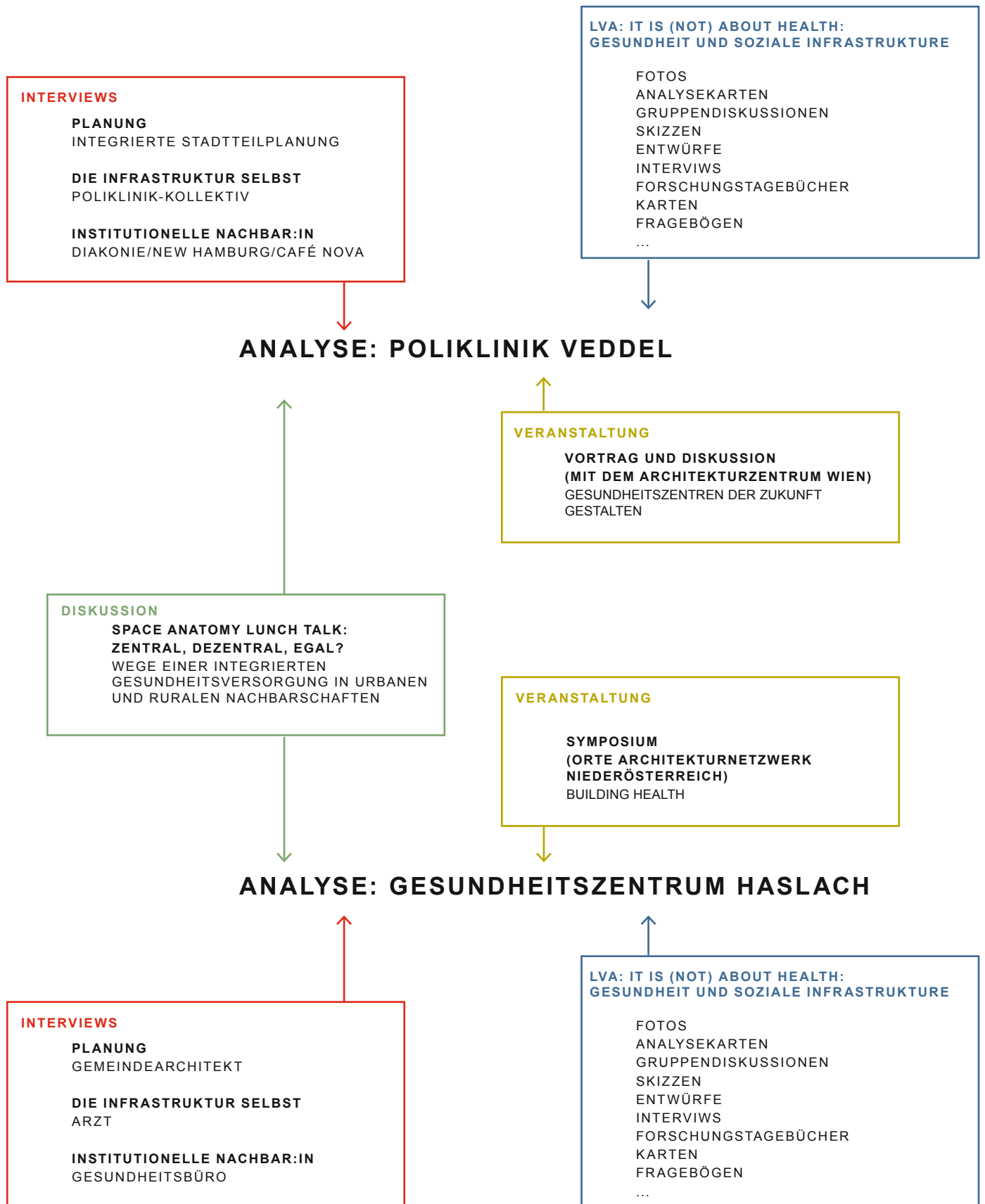
Die Lehrveranstaltung *It is (not) about health: Gesundheit und soziale Infrastrukturen* setzte sich im Herbst 2021 mit der Poliklinik Veddel auseinander⁴². Den Anstoß dafür gaben die ersten durchgeführten Interviews im Sommer 2021. Die Poliklinik war in den vorangegangenen Jahren stark gewachsen und verteilte sich auf drei Orte. Die Situation ist für die Arbeit der Poliklinik nicht ideal und das Kollektiv wünscht sich einen gemeinsamen Standort. Gleichzeitig wurde thematisiert, dass die Stadt Hamburg auf der Veddel ein Stadtteilzentrum mit der Poliklinik entwickeln möchte – mit der Poliklinik als Ankernutzung. Zu dem Zeitpunkt war es noch unklar, wie ein Stadtteilgesundheitszentrum aussehen würde oder welcher Bauplatz am besten geeignet wäre. Infolgedessen entstand im Austausch mit der Poliklinik die Idee, dass Studierende Szenarien und Entwürfe entwickeln könnten, wie und wo ein Stadtteilgesundheitszentrum entstehen könnte, um verschiedene Optionen zu testen.

Der Beginn der Auseinandersetzung fand im Rahmen eines einwöchigen Workshops auf der Veddel statt. Die Poliklinik organisierte unterschiedliche Inputs und führte die Studierenden durch den Stadtteil und ihre Räumlichkeiten. Weiter wurden zwei Gruppendiskussionen mit Mitgliedern des Poliklinik-Kollektivs durchgeführt. Basierend auf Vor-Ort-Analysen erarbeiteten die Studierenden Entwürfe für Stadtteilgesundheitszentren an sechs unterschiedlichen Standorten, evaluierten diese und entwickelten übergeordnete Szenarien für die soziale Infrastrukturentwicklung des Stadtteils. Anschließend wurden die Entwürfe im Plenum des Poliklinik-Kollektivs präsentiert und diskutiert.

Die Ergebnisse dienen der Poliklinik als erste Orientierung, Ideenquelle und Argumentationshilfe für das neue Stadtteilgesundheitszentrum und wurden für die Machbarkeitsstudie an das zuständige Planungsbüro weitergegeben. Die Neu-Verortung der Poliklinik Veddel ist also, wie eigentlich jede Entwicklung in der Stadt, ein laufender Prozess. Laut dem aktuellen Stand im Frühjahr 2023 soll das Stadtteilzentrum zusammen mit der Poliklinik in der Immanuelkirche entstehen.⁴³

42 Auch diese Lehrveranstaltung war eine Kooperation zwischen den Forschungsbereichen Örtliche Raumplanung und den Forschungsbereich Gebäudelehre und Entwerfen der Fakultät für Architektur und Raumplanung. Neben der Autorin waren Kathrin Schelling, Lene Benz und Lena Hohenkamp beteiligt.

43 Bezirksamt Hamburg-Mitte 2023b



Im Rahmen des Lunchtalkes *Zentral, Dezentral, egal? Wege einer integrierten Gesundheitsversorgung in urbanen und ruralen Nachbarschaften*⁴⁴ wurden die beiden Fälle zusammengeführt. Josef Schütz, Architekt des Gesundheitszentrums Haslach und Philipp Dickel, Allgemeinmediziner in der Poliklinik, diskutierten mit Petra Plunger (GÖG) und Isabel Stumfol (TU Wien) Fragen wie:

“Welche Rolle spielen Primärversorgungszentren für Gesundheitsförderung im Setting Quartier bzw. im Setting Gemeinde? Welche neuen Orte, architektonischen Typologien und Programme sind dafür notwendig?

Wie sehen die Schnittstellen zwischen Gesundheitseinrichtung und der unmittelbaren (gebauten) Umgebung aus?

Was bedeuten Gesundheitszentren und andere soziale Institutionen für das Zusammenleben, den öffentlichen Raum und die Zentren unserer Gemeinden und Quartiere? Welche Rolle spielen sie im Kontext von formellen und informellen Versorgungs- bzw. Sorgestrukturen? Welche Rolle spielen gesundheitsbezogene Infrastrukturen in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheit und räumlicher Gerechtigkeit?

Welche Herausforderungen entstehen durch die Ausdünnung solcher Infrastrukturen im ruralen und im urbanen Raum? Verändert die aktuelle Pandemie das gesellschaftliche und politische Bewusstsein für die Bedeutung von Gemeinwesen und Gesundheitsinfrastrukturen? Welche Möglichkeiten und Gefahren entstehen durch die Digitalisierung der Versorgung? Welche Möglichkeiten und Gefahren entstehen durch die Zentralisierung/Bündelung der vorhandenen Institutionen und Initiativen?“⁴⁵

Während der Entstehung dieser Arbeit wurden zwei weitere Veranstaltungen durchgeführt, die den PVE-Ausbau sowie das Polikliniksyndikat zum Thema hatten. Auch sie erweitern den Rahmen der Analysen.

Das Symposium *Der Gesundheit neue Räume. Building Health*⁴⁶ thematisierten die Architektur und Raumplanung neuer wohnortnahen Gesundheitsversorgung. Dabei wurden neue PVEs in Österreich und internationale Beispiele präsentiert. In der anschließenden Diskussion war, mit Josef Schütz und Gerhard Fülöp, sowohl die lokale Haslacher als auch die übergeordnete gesundheitsplanerische Perspektive vertreten⁴⁷. Damit erweitert die Veranstaltung den Kontext und das Verständnis der Situation in Haslach.

Die Veranstaltung *Gesundheitszentren der Zukunft gestalten*⁴⁸ im Architekturzentrum Wien war den Stadtteilgesundheitszentren gewidmet. Silvia Carpaneto (Carpaneto Schöningh Architekten, Berlin) stellte das neue Stadtteilgesundheitszentrum des Gesundheitskollektivs Berlin (GeKo-Berlin) in Neukölln vor. Das GeKo-Berlin ist auch Teil des Poliklinik-Syndikats und somit mit der Poliklinik auf der Veddel durchaus vergleichbar. Das Projekt ist der erste Neubau - der erste realisierte Entwurf - für ein Gesundheitskollektiv und damit auch das erste architektonische Beispiel. Das macht es zu einer wichtigen Referenz für die Hamburger Poliklinik und deren Neubau.

44 Der Lunchtalk fand im Rahmen von SPACE ANATOMY statt und wurde in Space Anatomy– Die räumliche Dimension österreichischer Gesundheitspraxis (Maierhofer 2023) publiziert.

45 vgl. Maierhofer 2023, 64

46 Die Veranstaltung fand am 31.03.22 im Sanatorium Purkersdorf statt und wurde von Evelyn Temmel und der Autorin konzipiert und moderiert. Das Symposium wurde in Kooperation mit dem des niederösterreichischen Architektornetzwerks ORTE durchgeführt. (vgl. ORTE 2022)

47 Unter anderem sprachen Sebastian Hutter über das Primärversorgungszentrum im Sonnwendviertel in Wien und Susanne Finker über das Gesundheitszentrum MEDIUS in Graz. Anschließend diskutierten Gerhard Fülöp (GÖG), Sigrid Pilz (Patient:innenanwältin) und Josef Schütz (ARKADE zt gmbh, Architekt des Gesundheitszentrums in Haslach) über Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. (ORTE 2022)

48 Die Veranstaltung fand am 07.12.2022 im Architekturzentrum Wien als Kooperation mit dem Space-Anatomy-Team statt. (vgl. AZW 2022)

Das Material aus den eigenen Erhebungen, der studentischen Co-Forschung und den Veranstaltungen ermöglicht es, ein verdichtetes und inhaltlich gesättigtes Bild der beiden Fälle zu zeichnen. Darüber hinaus haben die Durchführung, die Interviews, die Lehrveranstaltungen, die Besuche vor Ort und die öffentlichen Veranstaltungen den Diskurs vorangetrieben, die Akteur:innen vernetzt und die Studierenden mit dem Thema konfrontiert. Dies waren nicht nur Nebeneffekte, sondern beabsichtigte Co-Benefits dieser Vorgehensweise.

2.4 ÜBERLEGUNGEN ZU ORT, PUNKT, RAUM, NETZ, INSTITUTION UND INFRASTRUKTUR

Um die Wechselwirkungen zwischen Gesundheitszentrum und Stadtteil (oder Gemeinde) verstehen zu können, bedarf es einer konzeptionellen Vorstellung von Ort, Raum, Institution und Infrastruktur.

2.4.1 Gesundheitszentren als Orte in Netzen und Flächen

Einem geographisch-physischen Raumverständnis folgend, ist der Forschungsgegenstand ein Ort (Gesundheitseinrichtung) in einem Territorialraum⁴⁹ (Stadtteil/Gemeinde) – vereinfacht: ein Punkt in einer Fläche⁵⁰. Genauso können diese Orte aber auch in ihren relationalen Beziehungen verstanden werden, dann sind sie Punkte in einem Netz.

Löw und Knoblauch stellen in ihrem Buchbeitrag *Raumfiguren, Raumkulturen und Refiguration*⁵¹ dem *Territorialraum* das *Netzwerk* gegenüber:

„Denkt man Raum mit dem Konzept der Refiguration, dann erkennt man auf der einen Seite das Dominantwerden der Figur des Territorialraums, die im Zuge der Moderne eine hegemoniale Rolle einnahm. [...] Auf der anderen Seite steht der Netzwerkraum, der seiner Form nach keineswegs neu ist, aber im Zuge gesellschaftlichen Wandels zur legitimen Konkurrenz- und Kompensationsfigur wurde. Über Bahnräume und Ort spielen diese Formate ineinander und gegeneinander.“⁵²

Orte und Bahnräume⁵³ können als Elemente dieser Figuren gesehen werden. Während Territorialräume durch Abgrenzung, Gruppierung, Platzierung und Anordnung entstehen, bilden sich Netzwerkräume durch die Verbindung und Verknüpfung dieser Elemente⁵⁴. Mit dieser Konzeption rückt die Rolle der Elemente – Orte und Bahnräume – in den Fokus.

Löw und Knoblauch diskutieren die neue Relevanz von Orten auf zwei Ebenen: Zum einen gewinnen Orte aufgrund ihrer Position im Netzwerk an Bedeutung⁵⁵, zum anderen beobachten sie eine Hinwendung zur „[...] Bedeutung von Orten als das Identisch-Spezifische, Historisch-Gewachsene, zuweilen auch das Beseelte, Sinnvolle, Lebendige“⁵⁶.

Übertragen auf den Gesundheitsbereich zeigt diese Perspektive ebenso eine Hinwendung zur „Bedeutung von Orten“⁵⁷. Gesundheitseinrichtungen sollen „Leuchttürme der sozialen Infrastruktur“⁵⁸ sein, „zu Anlaufstellen oder Treffpunkte für soziale Interaktionen“⁵⁹ werden und Identifikationsorte darstellen. Ebenso wird das Zusammenspiel verschiedener

49 vgl. Löw und Knoblauch 2021, 34f

50 vgl. Reicher 2016, 46

51 Löw und Knoblauch 2021, 25

52 ebd., 39

53 Bahnräume sind Verbindungen zwischen Knoten (Orten). Das können beispielsweise Straßen, Handelswege oder Schifffahrtsrouten sein. (vgl. ebd., 38)

54 vgl. ebd., 35

55 So sind z.B. Flughäfen nicht wegen ihrer räumlichen Gestalt oder ihrer baulichen Größe wichtige Orte, sondern wegen ihrer Lage im Netz, weil sie wichtige Knotenpunkte sind.

56 ebd., 38

57 ebd.

58 Philipp Dickel in Maierhofer 2023, 76

59 Temmel 2023, 80

Gesundheitseinrichtungen und sozialen Infrastrukturen immer wichtiger. Damit gewinnen auch Knotenpunkte an Bedeutung, an denen viele Wege zusammenlaufen (sollen) - im wohnortnahen Bereich sind dies die neuen Gesundheitszentren. Sie sind solche Knoten in Netzwerken und somit nur relational, in Abhängigkeit zu anderen Akteur:innen und Orten, positionierbar, verortbar und verstehbar⁶⁰.

„Dieser Ort ist jedoch nur selten der einzelne Ort. Insbesondere die zunehmende Relevanz von Netzwerkräumen bringt mit sich, dass Orte ihren Sinn auch aus ihrer Position im Netzwerk ziehen können.“⁶¹

2.4.2 Gesundheitszentren als Institutionen

Diese Arbeit befasst sich auch mit der infrastrukturellen und institutionellen Dimension von Gesundheitseinrichtungen. Diese Orte sind zweifellos Institutionen und geradezu ein Paradebeispiel für die soziologische Auseinandersetzung mit ihnen. So gelten etwa Kliniken als *die* Totalen Institutionen schlechthin⁶².

Auch wenn insbesondere Kliniken und Krankenhäuser als Totale Institutionen diskutiert werden, bleibt die generelle Frage, ob Gesundheit ihre disziplinierende Kraft verliert, wenn sie nicht mehr in großen Häusern, sondern in kleineren, wohnortnahen und den Alltag durchdringenden Einrichtungen stattfindet.

„In der Fähigkeit von totalen Institutionen, sich zu häuten und dabei im Kern total zu bleiben – oder schlicht in neue Gehäuse zu schlüpfen – zeigt sich, dass Goffmans Begriff der totalen Institutionen weiterhin für die soziologische Beschreibung relevant ist.“⁶³

So gesehen handelt es sich um eine Institutionalität, die der Gesundheitsversorgung per se inhärent ist und daher auch in der gesundheitlichen Nahversorgung und der Gesunden Stadt innewohnt.

Ebenso sind Gesundheitszentren Institutionen im Sinne sozialer Tatsachen und damit Ergebnis von Institutionalierungsprozessen⁶⁴. Durch Gesundheitsinfrastrukturen manifestieren im Raum, wie wir Gesundheit, Krankheit und Pflege in unseren Gesellschaften verorten⁶⁵. Insofern handelt es sich um einen Institutionalierungsprozess, dessen Ergebnis wiederum eine ordnende (räumliche) Tatsache darstellt. Mit anderen Worten: Die Neu-Verortung von Gesundheit ist eine Institutionalisierung, also eine „Idee über die Welt“⁶⁶ – und eine Idee über Gesundheit.

60 vgl. Farias u. a. 2021, 37ff

61 Löw 2018, 22

62 vgl. Ayaß 2022

63 Ayaß 2022: 205

64 Durkheim 1892, 114f

65 vgl. Maierhofer 2016, 54

66 Eder 1997, S. 159; zit. nach Abels 2004, 153

2.4.3 Gesundheitszentren als soziale Infrastruktur

Holzschnittartig lassen sich zwei Ansätze beschreiben: Die eine Sichtweise grenzt soziale Infrastrukturen *von oben*, aus der Perspektive der Trägerschaft und der staatlichen Steuerbarkeit ab. Die andere Perspektive definiert sie *von unten*, anhand der Funktion, die sie in der Gesellschaft, in Regionen, Gemeinden oder Städten bzw. Stadtteilen übernehmen, wie sie zur sozialen Versorgung, aber auch zum öffentlichen sozialen Leben beitragen.

Soziale Infrastruktur im engeren Sinne umfasst wohlfahrtsstaatliche Einrichtungen, die der sozialen Daseinsvorsorge dienen⁶⁷. Dabei handelt es sich in der Regel um öffentliche Dienstleistungen, die entweder direkt von der öffentlichen Hand erbracht oder zumindest staatlich gesteuert werden⁶⁸. Dazu gehören insbesondere die Bereiche Bildung, Pflege und Gesundheit. Die (räumliche) Planung der sozialen Infrastruktur wäre in diesem Sinne in erster Linie eine Frage der Abstimmung mit und der Einbeziehung von anderen Bereichen der öffentlichen Verwaltung. Ein anderer Zugang definiert soziale Infrastrukturen anhand der „Sozialität“⁶⁹, die sie ermöglichen. So schreibt Eric Klinenberg:

„What counts as social infrastructure? I define it capaciously. Public institutions, such as libraries, schools, playgrounds, parks, athletic fields, and swimming pools, are vital parts of the social infrastructure. So too are sidewalks, courtyards, community gardens, and other green spaces that invite people into the public realm. Community organizations, including churches and civic associations, act as social infrastructures **when they have an established physical space where people can assemble**, as do regularly scheduled markets for food, furniture, clothing, art, and other consumer goods. Commercial establishments can also be important parts of the social infrastructure [...].“⁷⁰

Auch wenn Klinenberg alle möglichen Orte aufzählt, grenzt er den sozialen Infrastrukturbegriff klar ab. So sind Organisationen etwa nur dann soziale Infrastrukturen, wenn sie einen physischen Raum der Begegnung etablieren. Er schränkt noch weiter ein und beantwortet die Gegenfrage „What doesn't qualify as social infrastructure?“ anhand des Verkehrsnetzes. Je nachdem, wie es organisiert ist, kann es auch eine soziale Infrastruktur sein. Wenn wir mit dem Auto zu einer Bibliothek fahren können, um dort Leute zu treffen, dann ist das keine soziale Infrastruktur, sondern es bringt uns nur zu einer solchen. Wenn der Bus, mit dem Menschen jeden Tag zur Arbeit fahren, der Ort ist, an dem sie sich regelmäßig treffen und austauschen, kann der Bus als soziale Infrastruktur verstanden werden.⁷¹

Was bedeutet das nun für die wohnortnahe Gesundheitsversorgung und ihre Planung? Auf jeden Fall gehört die Gesundheitsversorgung zur sozialen Infrastruktur im Sinne der Daseinsvorsorge. Gesundheitszentren können, müssen aber nicht, die von Klinenberg beschriebene Funktion sozialer Infrastrukturen erfüllen. Wenn sie nur der medizinischen Versorgung dienen, tragen sie nicht zum sozialen Leben bei, wenn sie aber z.B. den Stammtisch pflegender Angehöriger organisieren, funktionieren sie als sozialer Ort⁷². Dabei ist die Erweiterung der Aufgaben der Primärversorgung, über die reine medizinische Versorgung hinaus, hin zu einer solchen Gemeinwesenorientierung, gerade vielerorts zu beobachten. So gesehen muss sich die Planung auch lokal mit neuen Gesundheitszentren befassen und ihnen auf Stadtteil- und Gemeindeebenen begegnen.

67 vgl. Bode 2013, 9; vgl. Winkel 2019

68 vgl. Bode 2013, 10

69 vgl. Barlösius und Spohr 2017

70 Klinenberg 2020, 16; Hervorhebung nicht im Original

71 vgl. ebd., 16f

72 vgl. Kersten, Neu, und Vogel 2022

Gesundheitszentren sind in doppelter Hinsicht soziale Infrastrukturen: Sie sind öffentliche oder zumindest potenziell teilweise öffentlich steuerbare Elemente der sozialen Daseinsvorsorge und soziale Orte. Aus dieser Kombination ergibt sich ein großes Potenzial für die räumliche Planung.

2.4.4 Gesundheitszentren als Re-Figuration und Neu-Verortung

Löw und Knoblauch gehen in ihrer Auseinandersetzung mit Re-Figuration primär von Veränderungen übergeordneter räumlicher Konfigurationen, von Territorialräumen und Netzwerken, aus. Re-Figuration ist dabei der ein neuer Schlüsselbegriff, „[...] um die prozesshafte und vielfach mit Konflikten verbundene Umformung räumlicher Anordnungen und Verflechtungen [...] zu fassen“⁷³.

Die vorliegende Arbeit nähert sich diesem „Um- und Neustrukturieren“⁷⁴ auf eine ähnliche Weise und geht vom Ort aus. Der Schlüsselbegriff lautet *Neu-Verortung*. Die Frage ist: Wie verändert – refiguriert – die Neu-Verortung von Gesundheit und was bedeutet das für die Planung? Neu-Verortung meint sowohl die tatsächlichen neuen Orte, als auch das Verorten als Handlung, Planung und Prozess.

Dabei hat diese Neu-Verortung der Gesundheit sowohl eine physisch-räumliche wie auch eine strukturell-institutionelle Dimension. Neue Gesundheitsinfrastrukturen beeinflussen die institutionelle und informelle soziale Infrastrukturlandschaft ebenso wie das räumliche Gefüge einer Gemeinde oder eines Stadtteils. Somit verändert die Neu-Verortung von Gesundheit den territorialen und relationalen Raum⁷⁵.

Dem Ort kommt in der Zusammenschau von physischen- und relational-räumlichen Zusammenhängen eine besondere Rolle zu. Er hat in beiden Raumkonzepten eine Position und kann diese folglich in Beziehung setzen.

Vereinfacht gesagt: Der Ort verbindet die beiden Zugänge zur Verräumlichung. Ob im territorialen Raum oder im Netzwerk, Ort bleibt Ort. Ob in der Fläche verortet oder durch Vektoren vernetzt, Punkt bleibt Punkt. Zusammenfassend kann das folgende Analysedesign formuliert werden:

Zum Gegenstand:

Die Untersuchungen gehen vom Ort aus (Gesundheitszentrum).

Zur Analyse:

Die Orte (Gesundheitszentren) werden physisch verortet (territorialräumlich) und institutionell (relational) betrachtet.

Zur Perspektive:

Die Situationen werden aus einer raumplanerischen Perspektive analysiert.

73 Löw und Knoblauch 2019, 6; vgl. auch 2021, 29

74 ebd., 10; vgl. 2021, 29

75 vgl. Löw 2001, 271

2.5

ANALYSEDESIGN

Die Arbeit begegnet den Untersuchungsbereichen in Form von zwei Mappings⁷⁶: einer *Institutionellen* und einer *Territorialen Verortung*. Die Institutionelle Verortung zeichnet eine relational-räumliche Karte der Untersuchungsorte, während die Territoriale Verortung die physisch-räumliche Situation wiedergibt.

Karten können, im Vergleich zu verbalen Darstellungen (geschriebenem Text, gesprochenem Vortrag, Dialog, ...), als gleichwertig betrachtet werden. Elemente stehen über- und nebeneinander, überschneiden sich und trotzdem entsteht ein Bild. Während des Kartierens kann, sogar von mehreren Personen, an verschiedenen Stellen gleichzeitig begonnen und gezeichnet werden. Verbale Darstellungen folgen dagegen einer linearen Logik, einem Hintereinander, keinem Gleichzeitig: Wenn viele Menschen zur selben Zeit sprechen, versteht man in der Regel nichts. Aus diesem Grund erscheinen Karten als geeignetes Mittel, komplexe und vielschichtige Situationen darzustellen und zu verstehen.

„Durch Mappings lässt sich mehr als die Summe der einzelnen – qualitativen und quantitativen – Teile darstellen. Denn insbesondere durch die Verräumlichung und Überlagerung heterogener Daten ermöglicht die Methode des Mappings eine synthetisierende Datenintegration, die über eine bloße Gegenüberstellung der Datensätze weit hinausgeht.“⁷⁷

Territoriale und Institutionelle Verortung verarbeiten dasselbe empirische Material. Im Umgang mit den Daten unterscheiden sie sich aber in zwei entscheidenden Punkten: der Art der Verräumlichung des Materials, also der Art des An-Ordnen, und der Form der Displays⁷⁸ – also des graphischen Referenzrahmens, der zugrundeliegenden Karten⁷⁹.

Die *Institutionelle Verortung* startet mit einer ungeordneten Zusammenstellung des Materials auf einem „großen Stück Papier“⁸⁰. Daraufhin werden diese in Beziehung gesetzt und verbunden, woraufhin Netzwerke und institutionelle Zusammenhänge sichtbar werden. Dem gegenüber steht die *Territoriale Verortung*, die alle Daten auf eine Hintergrundkarte (Display)⁸¹ referenziert, sie also mit einer Position im (physischen) Raum verknüpft.

Ziel ist es, durch die zwei verschiedenen Arten der Zeichnung, unterschiedliche, sich möglicherweise widersprechenden oder verstärkende Zusammenhänge und Überlagerungen, sichtbar zu machen. So hat die räumlich verortende Anordnung das Potenzial, Nähe, Distanz, Überlagerung, Überfrachtung, Clusterbildungen oder Leerstellen im (physischen) Raum zu zeigen. Gleichzeitig birgt sie die Gefahr, in räumlichen Containern zu verharren und wichtige – nicht physisch-räumliche – Zusammenhänge zu übersehen. Gegenteilig kann eine institutionell verortende Karte genau diese Zusammenhänge – wichtige interaktionistische Knotenpunkte, Beziehungen oder fehlende Zusammenhänge – darstellen. Dieses Vorgehen birgt hingegen das Risiko der Raumblindheit, die solche Zusammenhänge übersehen lässt. In Summe gleicht die Zusammenschau der beiden Analysen die Schwächen der jeweils anderen aus, oder positiv formuliert: Sie ergänzen sich.

76 Mapping bezeichnet sowohl die visuelle Darstellung von Karten wie auch den Prozess der Erstellung dieser Karten.

77 Marguin, Pelger, und Stollberg 2021, 385

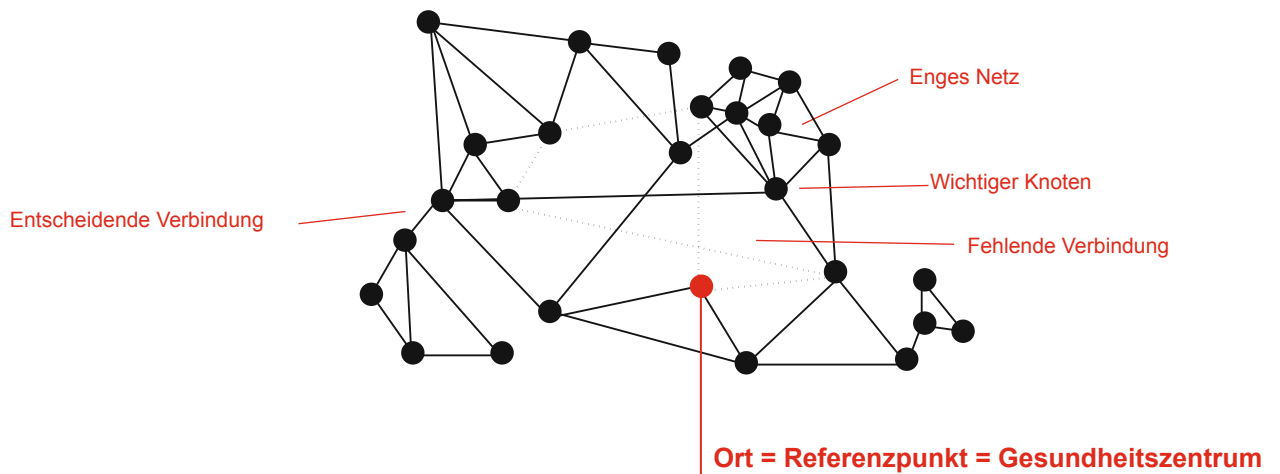
78 Display bzw. Joint Display ist ein Begriff aus dem Mixed Methods-Forschung. Ein solcher Display ist eine Art strukturierende Hintergrundzeichnung, die es ermöglicht, quantitative und qualitative Daten oder, wie in der vorliegenden Arbeit, visuelle und verbale Daten integriert darzustellen. Vereinfacht betrachtet, entspricht das dem, was wir in Architektur und Raumplanung als Plangrundlage bezeichnen (Marguin, Pelger, und Stollberg 2021, 384).

79 vgl. Marguin, Pelger, und Stollberg 2021, 386

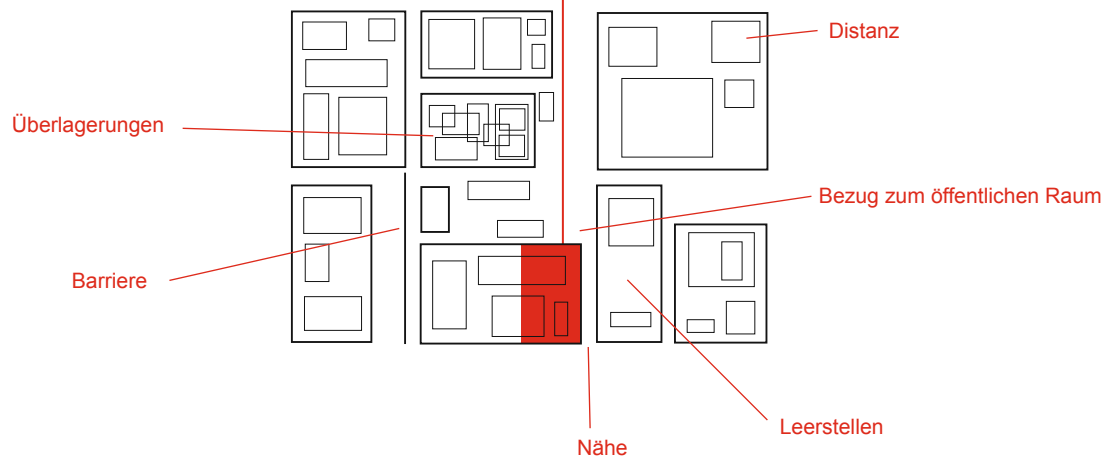
80 Clarke 2012, 127

81 Das entspricht im Prinzip einer Karte des Stadtteils bzw. der Gemeinde.

INSTITUTIONELLE VERORTUNG



TERRITORIALE VERORTUNG



Prinzipiell basieren beide Karten auf Teilen des Clarke'schen theoretisch-methodischen Ansatzes der Situationsanalyse. Zwei ihrer Postulate sind für diese Arbeit besonders wichtig⁸²:

- Die Situation hat keine (vordefinierten) Grenzen.
- Alles, was in der Situation zu finden ist, gehört zur Situation.

Zu den Grenzen der Situation: Wo endet eine Situation und wo beginnt der Kontext? Clarke schlägt vor, die Dichotomie zwischen Situation und Kontext aufzulösen:

*„Die Bedingungen **der** Situation sind **in** der Situation enthalten. So etwas wie ‚Kontext‘ gibt es nicht. Die bedingten Elemente der Situation müssen in der Analyse selbst spezifiziert werden, da sie für diese konstitutiv sind und sie nicht etwa nur umgeben, umrahmen oder etwas zur Situation beitragen. Sie *sind* die Situation.“⁸³*

Auch im Hinblick auf den Forschungsgegenstand dieses Projekts erscheint es nicht sinnvoll, wenn nicht gar unmöglich, eine Grenze zwischen Situation und Kontext zu ziehen. Dies wird besonders deutlich, wenn man die Neu-Verortung von Gesundheit als eine Neuverortung entlang des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums versteht, die wiederum aus der Auflösung der Dichotomien zwischen Krankheit und Gesundheit sowie Stadt und Krankenhaus resultiert. Denn auch die Grenzen zwischen Gesundheitsinfrastruktur und Nachbarschaft lösen sich auf. Sie verschwimmen, wenn Community Nurses in Wohnungen pflegen, Beratung im Gemeindeamt stattfindet, Prävention auf dem Hauptplatz oder im Kulturzentrum, während sich die Strickrunde und der Stadtteilbeirat im Gesundheitszentrum treffen. Die räumlichen und relationalen Umwelten müssen also Teil der Situation sein.

Woraus besteht eine solche Situation? Nach Clarke: aus allem, aus so ziemlich allem, was in und um eine Situation herum zu finden ist⁸⁴, sie betont,

„dass Situationsanalysen einschlägige nichtmenschliche Elemente in den erforschten Situationen explizit berücksichtigen müssen. Nichtmenschliche Akteure/Aktanten/Elemente durchziehen das soziale Leben, konstituieren, beschränken und bereichern es, bieten Möglichkeiten und Ressourcen, überwachen es und patrouillieren durch es hindurch. Bedeutende Nichtmenschlichen sind überall - in allen Situationen - und sie verdienen unsere ernsthafte analytische Aufmerksamkeit, ebenso wie Diskurse und andere virtuelle Realitäten, die in der erforschten Situation vielleicht auch ‚wichtig‘ sind.“⁸⁵

Daher kann auch das gesamte Material einbezogen werden. Visuelle, verbale und räumliche Informationen bilden die Grundlage für eine umfassende Kartierung von Situationen, welche sowohl menschliche als auch nichtmenschliche Elemente geographisch und organisational anordnet.

82 vgl. Strübing 2021, 111

83 ebd., Formatierung entspricht Original

84 vgl. Clarke 2012, 114

85 Clarke 2012, 119; Damit bezieht sich Clarke auf Bruno Latours Akteur-Netzwerk-Theorie. (vgl. Latour 2007)

2.5.1 Institutionelle Verortung

Die institutionelle Karte macht sichtbar, wie sich das Gesundheitszentrum in die An-Ordnung der umliegenden Institutionen einfügt und wie es über seine (institutionellen) Grenzen hinaus in Beziehung steht und wirkt⁸⁶. Die Vorgehensweise, die Mapping-Strategie, wird wiederum aus der bereits erwähnten Situationsanalyse entwickelt. Diese beschreibt verschiedene Mapping-Schritte und -Techniken, um die Positionen und Beziehungen zwischen den Elementen relational sichtbar zu machen. In Anlehnung daran wird in dieser Arbeit bei der Erstellung der institutionell verortenden Karten wie folgt vorgegangen:⁸⁷

1. Elemente darstellen:

„Leicht vorverdautes“⁸⁸ Material wird auf ein leeres „großes Stück Papier“⁸⁹ gebracht. Zu Beginn werden die wichtigsten menschlichen und nichtmenschlichen Elemente aus den visuellen und verbalen Materialsammlungen herausgearbeitet und festgehalten.

„Fragen hier: Wer und was befindet sich in dieser Situation? Wer und was zählt in dieser Situation? Welche Elemente sind in dieser Situation „von ausschlaggebender Bedeutung?“⁹⁰

Konkret bedeutet das, identifizierte Elemente auf kleine Zettel zu transferieren (notieren, zitieren, skizzieren, zeichnen) und anschließend zu positionieren⁹¹. Im Prozess des Sättigens und Verdichtens, durch Hinzufügen und Löschen, entsteht eine erste ungeordnete Arbeitsversion der Situationskarte⁹².

2. Relationen sichtbar machen:

In einem zweiten Schritt werden die Verbindungen zwischen den Elementen aufgezeigt, Beziehungen hergestellt und beschrieben, Linien gezogen und benannt. Zudem werden Cluster gebildet, Elemente kategorisiert und gruppiert. So entsteht ein übergeordnetes Bild des Untersuchungsobjektes und seiner institutionellen Umgebung.⁹³

3. Position beziehen:

Im dritten Teil werden Detailausschnitte aus Sicht der Planung genauer betrachtet. Die Karte bekommt eine interpretative Ebene, die räumlich und für die Planung relevante Aspekte, Cluster und Zusammenhänge verdeutlicht.

86 vgl. Löw 2001

87 Dabei sind die drei beschriebene Analysevorgänge, keine Abfolge von Schritten, sondern parallele Stränge eines Kartierungsprozesses. Es handelt sich bei Situationskarten nicht um Analyseergebnisse sondern um Analyseinstrumente (vgl. Clarke 2012, 121). Es geht um den Prozess, nicht um die Karten: um Mappings, nicht um Maps.

88 ebd.

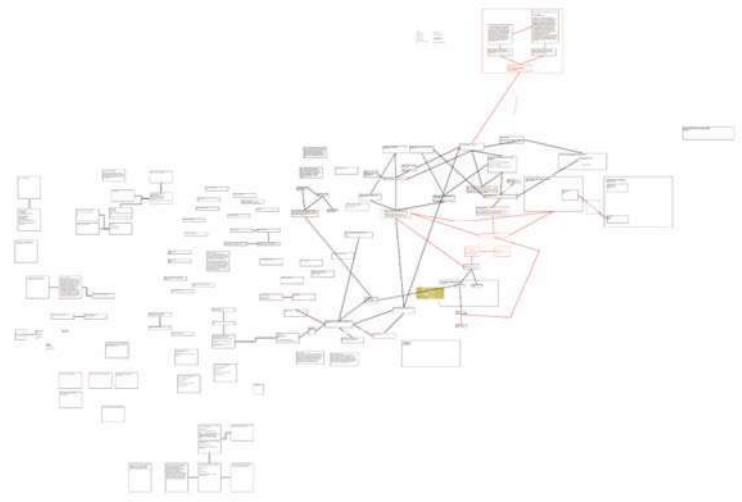
89 ebd., 127

90 ebd., 124

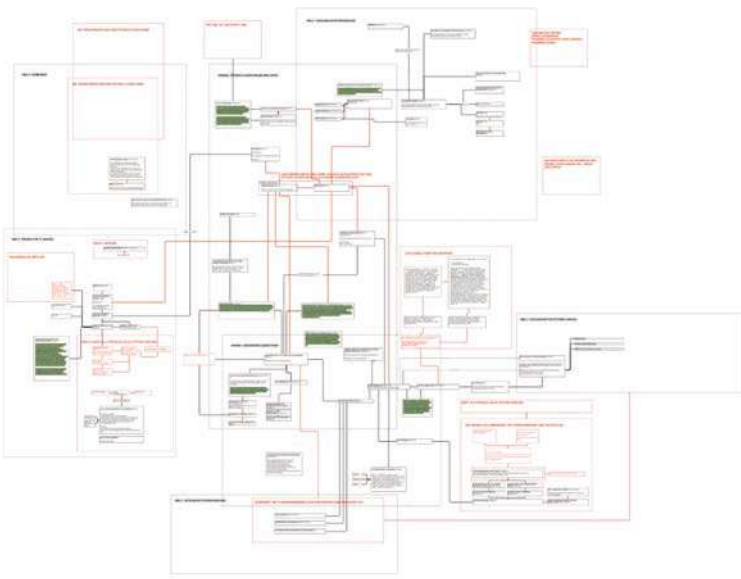
91 So gesehenen könnte diese Analyse auch Post-it-Analyse genannt werden. Ist doch das Post-it auf ein Flipchart kleben, eine weit verbreitete Methode um Wissen zu produzieren.

92 ebd., 147

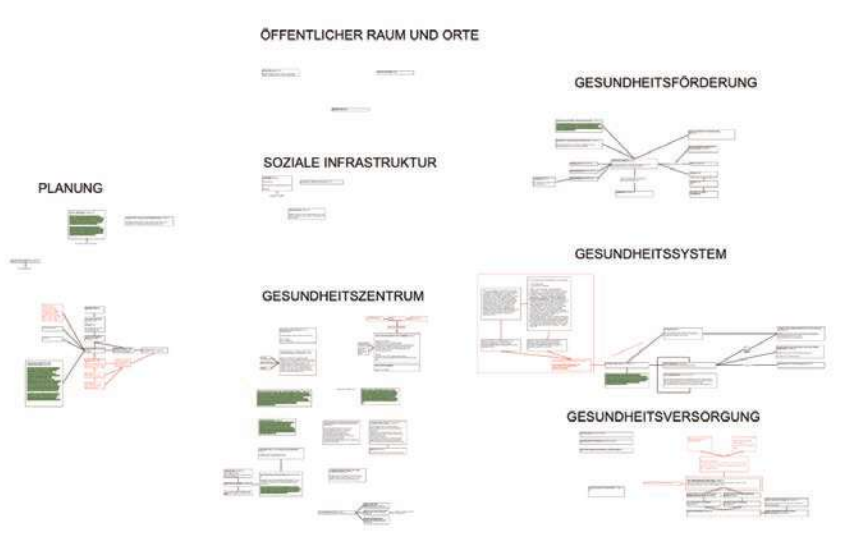
93 vgl. ebd., 141



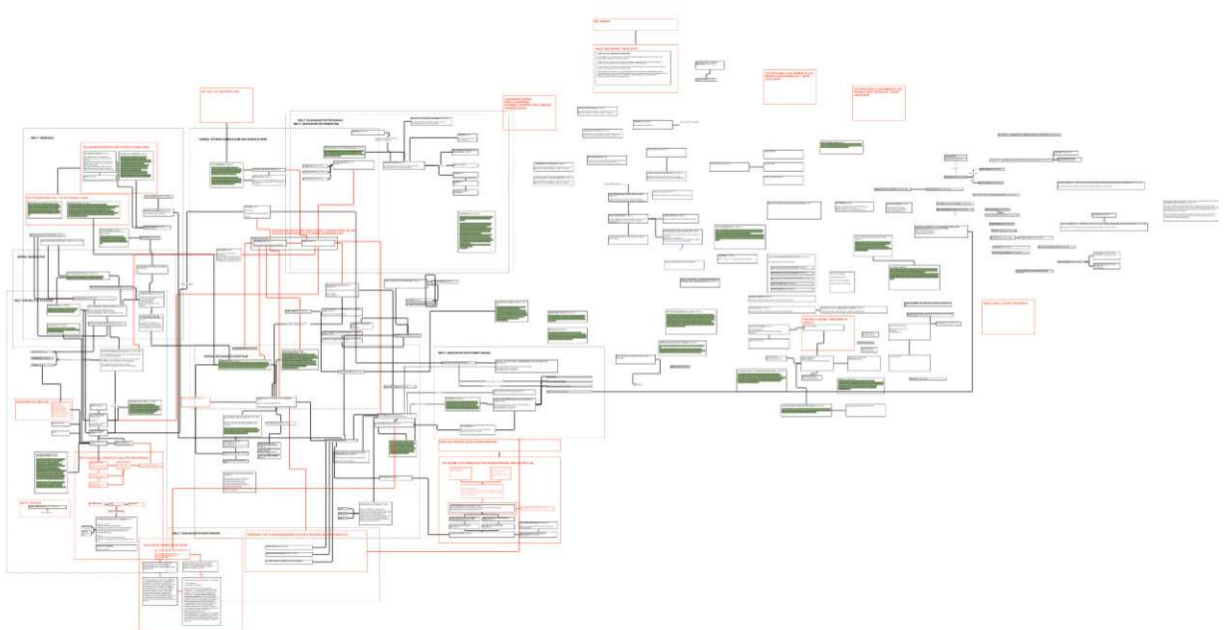
6: Institutionelle Verortung: Ungeordnete Version (eigene Darstellung)



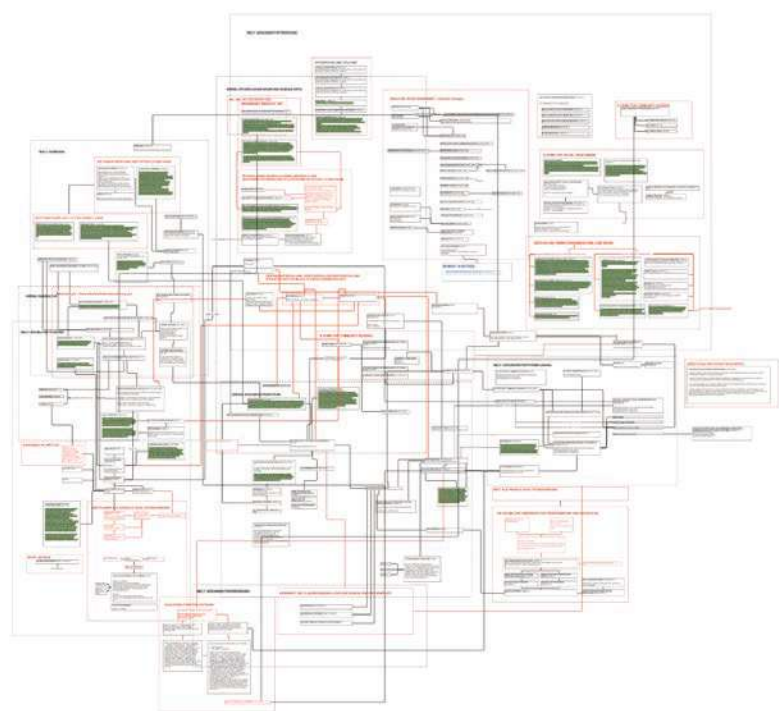
7: Institutionelle Verortung: Erste relationale Version (eigene Darstellung)



5: Institutionelle Verortung: Erste geordnete Version (eigene Darstellung)



9: Institutionelle Verortung: Ungeordnete Erweiterung (eigene Darstellung)



8: Institutionelle Verortung Haslach: Gesättigte Version (eigene Darstellung)

2.5.2 Territoriale Verortung

Zur Situationsanalyse heißt es bei Clarke: „Hier ist die Situation der Ort der Analyse“⁹⁴.

In dieser Arbeit muss es aber auch heißen: Hier ist der Ort die Situation der Analyse.

Im zweiten Analysestrang, der Verortenden Situationskarte, wird dazu ein *Joint Spatial Display* eingeführt⁹⁵. *Joint Displays* sind ein Konzept aus der Mixed Methods Forschung. Sie ermöglichen die integrierte Betrachtung von qualitativen und quantitativen Daten anhand eines Referenzrahmens (Displays)⁹⁶. In ihrer Publikation schlagen Marguin, Pelger und Stollberg vor, diesen Ansatz auch auf Architektur und Stadtplanung zu übertragen. Die Autor:innen betonen, dass Mappings zwar gängige Werkzeuge in den Disziplinen sind, jedoch als Forschungsmethode noch kaum reflektiert wurden⁹⁷.

„Wir wollen Mappings als Joint Spatial Displays definieren, da sie, ähnlich wie Joint Displays, [...] Daten integrieren können und anhand eines grafischen raumbezogenen Darstellungsformats miteinander in Beziehung setzen. In diesem Beitrag möchten wir die Möglichkeiten von Mappings aufzeigen, [...] Daten, durch deren Verräumlichung und Überlagerung synthetisierend zu integrieren.“⁹⁸

Doch was bedeutet das für die verortenden Karten? Vereinfacht gesagt (nur), dass das leere, weiße, große Stück Papier durch eine Karte ersetzt wird. Clarke beschreibt das Stück Papier wie folgt:

„Das Vorhandensein eines großen Stücks Papier, auf dem in irgendeiner Weise fast alles verzeichnet ist, was Ihrem Ermessen nach in der Forschungssituation wichtig ist, kann für die Analyse außerordentlich hilfreich und stärkend sein.“⁹⁹

Das Stück Papier kann somit als leeres Display verstanden werden, auf dem „alles“ auf „irgendeine Weise“ „aufgezeichnet“ wird¹⁰⁰. Dies ist auch die Voraussetzung, um eine zunächst ungeordnete Darstellung zu erzeugen, die es ermöglicht, die Beziehungen zwischen den Elementen zu analysieren, ohne dabei von einem fixen Referenzrahmen *gestört* zu werden.

Verwenden wir ein *Spatial Display*, erhalten wir dadurch zum einen eine Mehrinformation, weil die Elemente räumlich verortet werden, reduzieren aber die Relationalität der Analyse mindestens um die räumliche Dimension. Ein Referenzrahmen, wie eine Hintergrundkarte, stellt daher sowohl eine Reduktion als auch eine Erweiterung des Analysegehalts dar.

In der Planung ist es durchaus üblich, mit solchen Grundlagenkarten zu arbeiten. Studierende und Planende nehmen ausgedruckte Karten mit ins Untersuchungsgebiet, um alles, was sie beobachten, sofort zu verorten. Es handelt sich dabei meist nicht um einen methodischen Kunstgriff, sondern um eine praktische Notwendigkeit. Solche Karten werden erstellt, um gesammeltes Wissen in Einwüfen und Planungen zu verwenden, welche wiederum territoriale Werkzeuge wie z.B. regionale Entwicklungskonzepte, städtebauliche Gestaltungspläne oder Grundrisse nutzen. Ziel dieser Arbeit ist es, Hinweise für den raumplanerischen Umgang mit Gesundheitsinfrastrukturen geben zu können – die physisch-räumliche Verortung ist daher essentiell.

94 Clarke 2012, 124

95 vgl. Marguin, Pelger, und Stollberg 2021

96 vgl. Fetters und Tajima 2022

97 vgl. Marguin, Pelger, und Stollberg 2021, 381f

98 ebd. 2021, 382

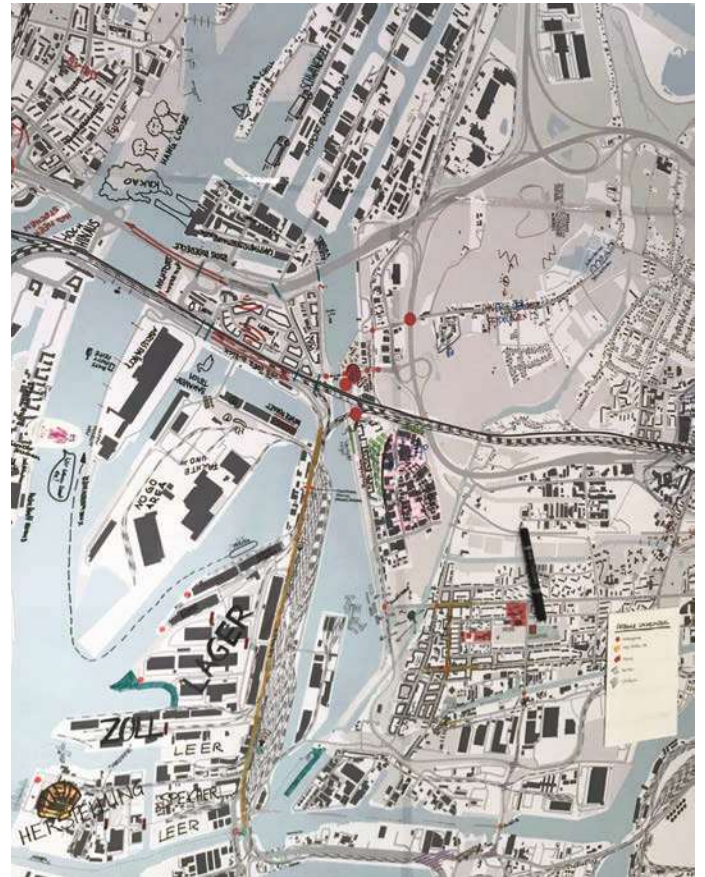
99 Clarke 2012, 127

100 ebd. 2012, 127

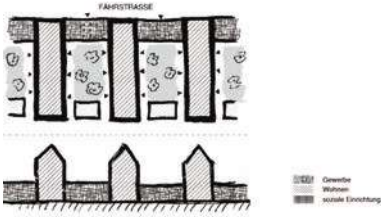
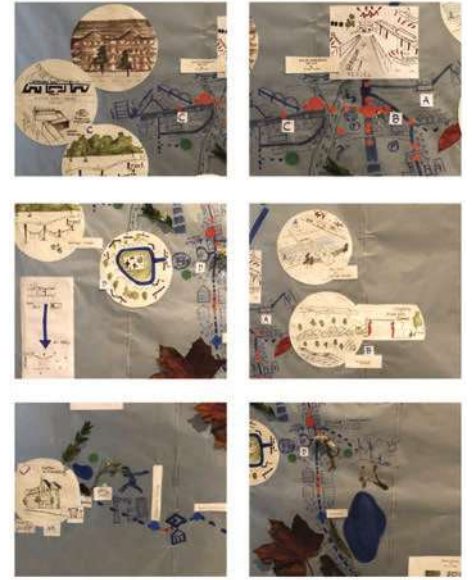
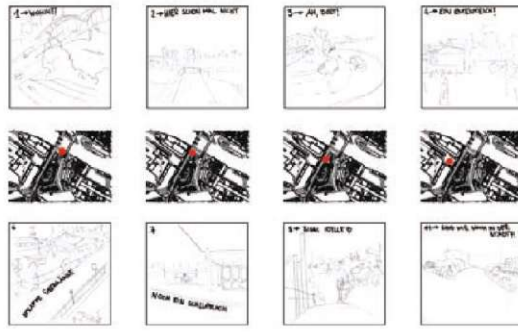
Während des Forschungsprozesses werden die Karten zum integrierenden Begegnungsraum der Daten:

„Dabei liefert das Mapping den Vorteil eines einheitlichen Referenzrahmens – in Form der Hintergrundkarte –, der als ein Interface für die Integration dient und damit einen [...] Raum bildet, in dem sich die Daten begegnen können. Forschenden wird dadurch ermöglicht, Kongruenzen, Interdependenzen, Nähe-Distanz-Verhältnisse etc. zu sehen und zu lesen. Das große Potenzial [...] ist somit die Integration heterogener Daten innerhalb eines räumlich strukturierten Referenzsystems.“¹⁰¹

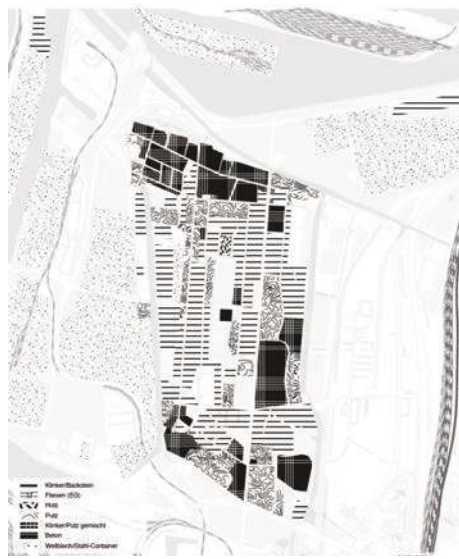
Die Hintergrundkarte extrahiert räumliche Elemente (Straßen, Raumkanten, Wände, Grünflächen ...) aus der Situation und macht sie zum Kontext, zum starren, vorgegebenen Bezugsraum. Damit verlieren sie ihre Relationalität. Allerdings können die anderen Elemente auf der Hintergrundkarte lokalisiert und verortet werden.



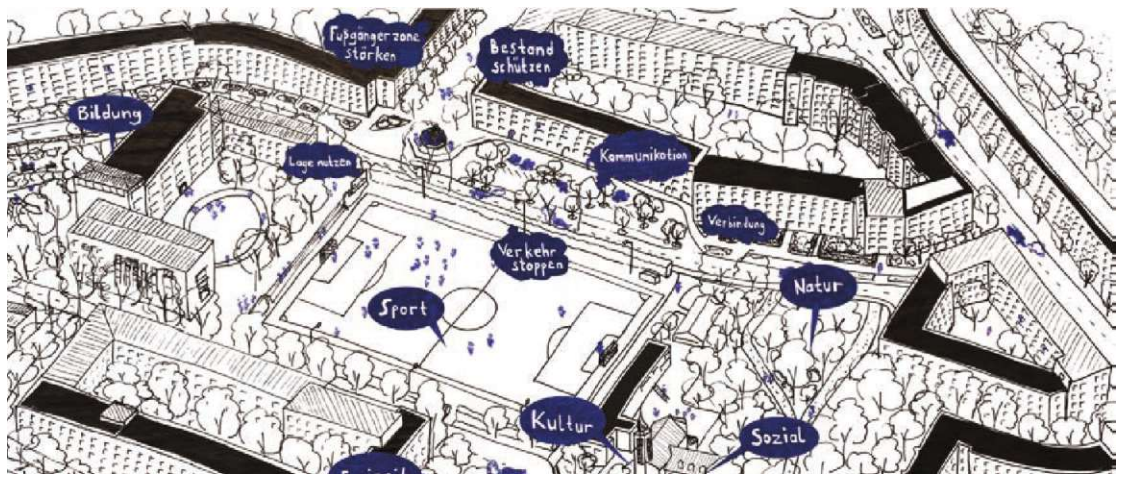
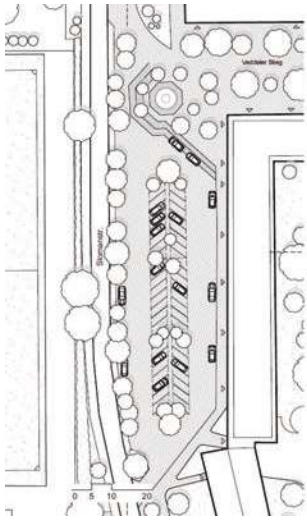
10: Workshop Veddel: Übertragen der gesammelten Daten auf eine Karte/einen Joint Spatial Display (Entstanden im Rahmen der LVA: It is (not) about health)



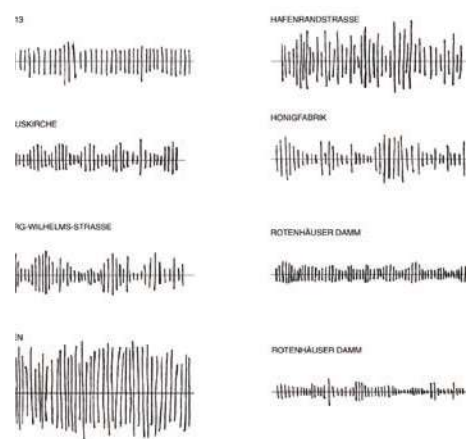
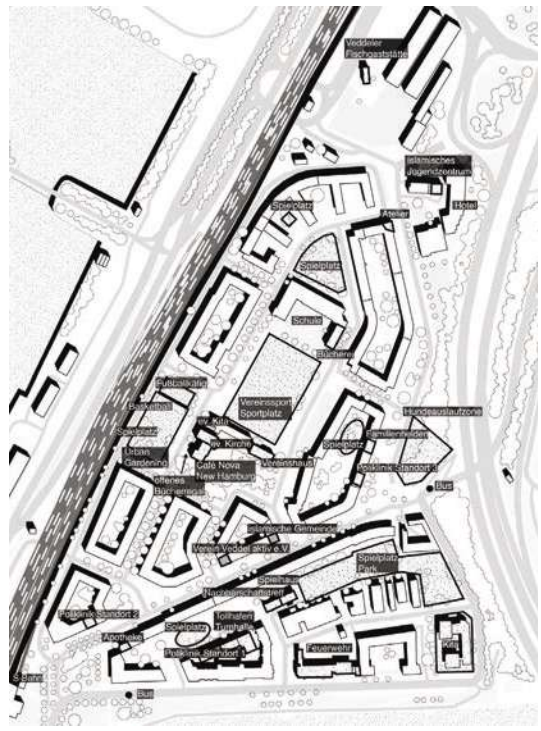
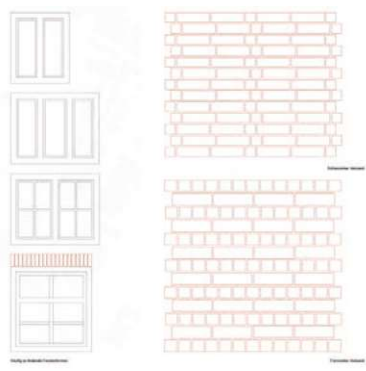
Materialität



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Dissertation ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this doctoral thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Dissertation ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
 The approved original version of this doctoral thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



DIE RÄUMLICHE DIMENSION DER GESUNDHEIT

“If the purpose of planning is not for human and planetary health, then what is it for?”¹⁰²

Mit dieser Frage eröffnen WHO und UN-HABITAT das 2020 erschienene Handbuch für die „Integration der Gesundheit in die Stadt- und Raumplanung“. Es heißt weiter:

“Urban and territorial planning (UTP) is a critical enabler for health and well-being in cities and regions, and our health is influenced by many factors beyond the health sector. Planning has a central role in the prevention of diseases in the 21st century]. Planning decisions can create or exacerbate major health risks for populations, or they can foster healthier environments, lifestyles and create healthy and resilient cities and societies.”¹⁰³

Ein Jahr später unterzeichnen WHO und UN-HABITAT ein „Memorandum of Understanding“¹⁰⁴. Es betont die Bedeutung der gebauten Umwelt für die Gesundheit: „Urbanization, if managed properly, can support progress towards a healthier, greener, safer, more inclusive and resilient future“¹⁰⁵ und fordert eine enge Zusammenarbeit von Stadt- und Regionalplanung auf der einen und Gesundheitswissenschaften bzw. Public Health auf der anderen Seite.

Diese Kooperation zeigt nun offiziell: Die Verbundenheit von Gesundheit und Stadtplanung ist wieder aktuell. Der Raumplanung wird eine gesundheitliche Verantwortung zugeschrieben und von der Gesundheitswelt direkt adressiert. Gleichzeitig wird Gesundheit auch wieder zur stadtplanerischen Agenda.¹⁰⁶

Im folgenden Abschnitt wird diskutiert, welche Rolle Raum und Raumplanung im Gesundheitsdiskurs und in der Gesundheitspraxis spielen. Dafür werden zentrale Paradigmen, Konzepte, Instrumente und Strategien aus der Welt der Gesundheit erläutert und Bezüge zur räumlichen Planung und zu Gesundheitsinfrastrukturen hergestellt. Das geschieht insbesondere anhand von gesundheitswissenschaftlichen Quellen sowie gesundheitspolitischen Strategien, Erklärungen oder Richtlinien. Diese werden durch raumplanerische Positionen erweitert.

102 UN-Habitat und WHO 2020, x

103 ebd. 2020, xi

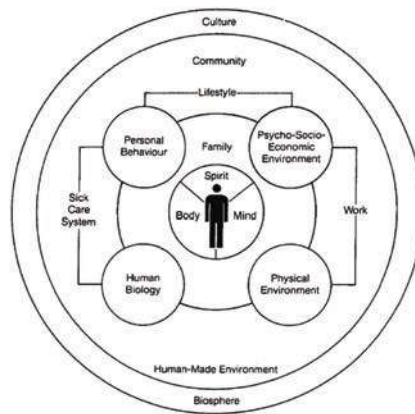
104 WHO und UN-Habitat 2021

105 ebd. 2021

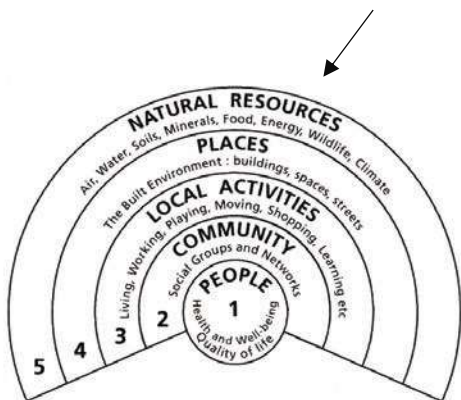
106 Zu erkennen ist das beispielsweise in den SDGs (vgl. Vereinte Nationen 2015), dem New European Bauhaus (vgl. European Commission 2021, 7) oder der Neuen Leipzig Charta („Neue Leipzig-Charta“ 2020). All diese Dokumente benennen gesundheitliche Ziele.



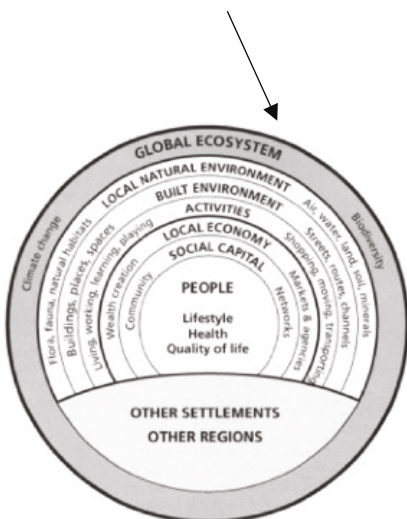
The Dahlgren-Whitehead model of health determinant (Dahlgren und Whitehead 1991)



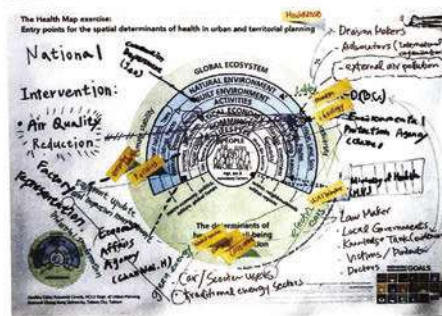
The mandala for health (Hancock 1985)



Ecosystem model of a neighborhood (Barton 2005)



The Settlement Health Map (Barton, Grant, und Guise 2021: 83)



The Settlement Health Map als Analysetool (Barton, Grant, und Guise 2021: 39)

3.1

GESUNDHEITSDETERMINANTEN, THE SETTLEMENT HEALTH MAP

„In der Stadtplanung gilt es, vor dem Hintergrund umweltbezogener Gesundheit sämtliche Gesundheitsfaktoren aus der physischen und der sozialen Umwelt in städtischen Räumen in den Blick zu nehmen und Gesundheitsbezüge über das Gesundheitsversorgungssystem ausgehend in allen städtischen Lebenswelten (Settings) herzustellen.“¹⁰⁷

Die „sämtlichen Gesundheitsfaktoren aus der physischen und der sozialen Umwelt“¹⁰⁸ sind dabei so mannigfaltig, dass eine Strukturierung notwendig ist. Dazu dient das gesundheitswissenschaftliche Konzept der Gesundheitsdeterminanten¹⁰⁹. Es beschreibt all die Lebens- und Umweltbedingungen, die Gesundheit auf individueller und kollektiver Ebene positiv oder negativ beeinflussen. Diese reichen von globalen Themen wie Klimawandel über kulturelle Angebote in der Stadt, Grünraumversorgung im Quartier bis zu individuellen Determinanten wie Ernährung oder Bewegung. Das Modell verdeutlicht, auf wie vielen Ebenen Stadt(planung) auf Gesundheit einwirkt und wie stark planerisches Handeln auf Gesundheit wirkt - unabhängig davon, ob das bewusst oder unbewusst geschieht.

Hugh Barton sieht in dem Determinantenmodell eine Verbindung zwischen Gesundheits- und Planungshandeln. Darauf aufbauend, entwickelt er Anfang dieses Jahrhunderts die *Settlement Health Map*¹¹⁰ (vgl. Abbildung 16). Die Ausgangslage war folgende:

Barton beobachtet, dass sich Planung wieder verstärkt ihrer humanökologischen Dimension zuwendet. Dabei überwogen aber die ökologisch-naturwissenschaftlichen Themen, soziale Fragen hatten weniger Gewicht. Das führt Barton darauf zurück, dass es zu ökologischen Problemen und Zusammenhängen weitaus mehr Literatur und Evidenz gibt als für die sozialen Aspekte. Um das auszugleichen, schlägt Barton vor, auf gesundheitswissenschaftliche Erklärungen zurückzugreifen, die das Zusammenwirken zwischen Gesundheit, Umwelt und sozialen Faktoren bereits klar darlegen¹¹¹.

“If we are to put people at the heart of the conceptual model of sustainable settlements then we need a theory of human well-being. This theory should have explanatory power in relation to the impact of the environment on people [...]. Health theories provide just the right kind of logic.“¹¹²

Die *Settlement Health Map* ist ein Tool, um die Zusammenhänge zwischen Quartiersraum und Gesundheit zu strukturieren, kann als Analyseinstrument für die planerische Wirkung auf Gesundheit dienen, oder ist Diskussionsgrundlage für Fragen zu gesundheitlichen Ressourcen und Gefahren in einem Stadtteil¹¹³

„The Settlement Health Map is a way of organizing our thoughts about, and our analysis of, the human habitat. It integrates the ecosystem approach [...] with analysis of the social determinants of health and wellbeing.“¹¹⁴

Dabei hilft es bis heute, die Zusammenhänge von Umwelt und Gesundheit zu verstehen. Offensichtlich ist, dass Ebene 4, die gebaute Umwelt, stark von Planung gestaltet wird. Doch auch die anderen Ebenen werden von räumlichen Faktoren und planerischen Entscheidungen

107 Hornberg und Pauli 2012, 135
108 ebd.
109 siehe dazu etwa Hurrelmann und Richter 2022
110 vgl. Barton 2005, 341
111 vgl. ebd., 343
112 Barton, Grant, und Guise 2021, 37
113 vgl. Barton, Grant, und Guise 2021, 37
114 ebd., 36

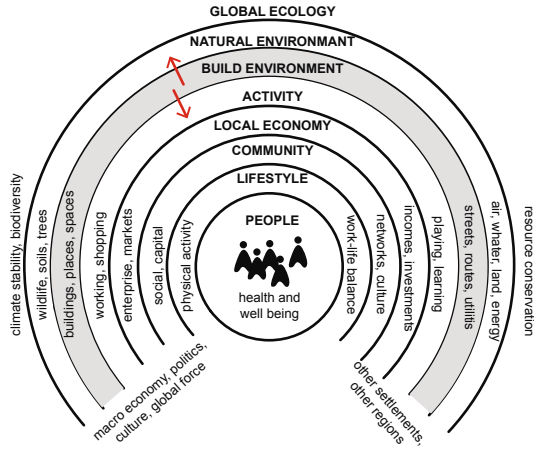
mitbeeinflusst. So wirkt sich die Siedlungsstruktur auf Verkehrsaufkommen und somit auf Ebene 5 aus. Ob der Alltag zu Fuß erledigt werden kann, hat etwas mit Zentrenstrukturen zu tun (Ebene 1). Die Qualität des öffentlichen Raumes schafft die Möglichkeit sozialer Interaktion (Ebene 2)¹¹⁵.

So schreibt Barton der räumlichen Planung eine besondere Rolle zu:

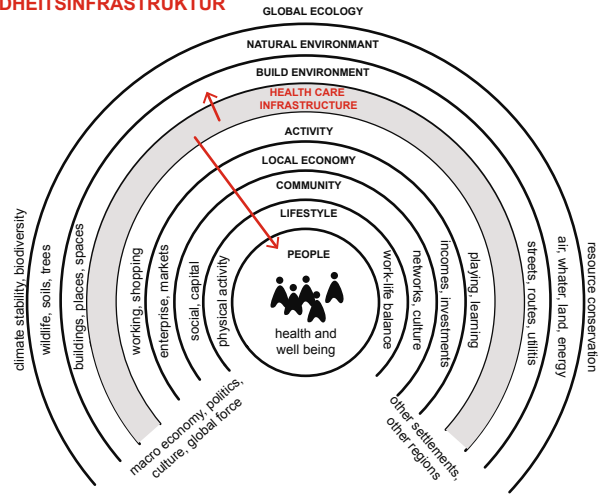
“No one else takes that integrated spatial overview. It is the planners' job to understand and communicate accurately the significance of physical change for social, economic and environmental variables that affect quality of life, now and in the future.”¹¹⁶

Darüber hinaus sollten – im Sinne einer integrierten Planung – auch andere Politikfelder in die Betrachtung eingebunden werden. Das Modell stellt eine komplexe Umwelt dar, die nicht nur durch Planung gestaltet wird. So hat auch die Gesundheits-(Infrastruktur) Planung Auswirkungen auf andere Bereiche. Wie die räumliche Planung beeinflussen gesundheitsplanerische Entscheidungen direkt und indirekt andere Bereiche. Wie ein jedes andere Planungsprojekt, sei es ein Stadtentwicklungsprojekt, ein Wohnbau, oder ein Bildungsbau, verändern auch Projekte des Gesundheitswesens die Umwelt, andere Ebenen und Sektoren. Gesundheitssektor hat also neben dem direkten auch einen indirekten Einfluss auf Gesundheit.

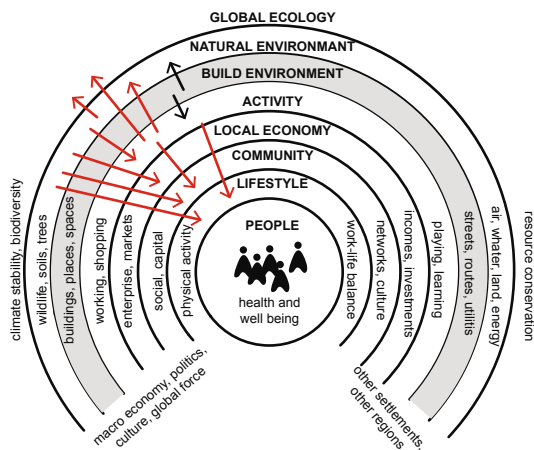
DIREKTE WIRKUNG DER GEBAUTEN UMWELT



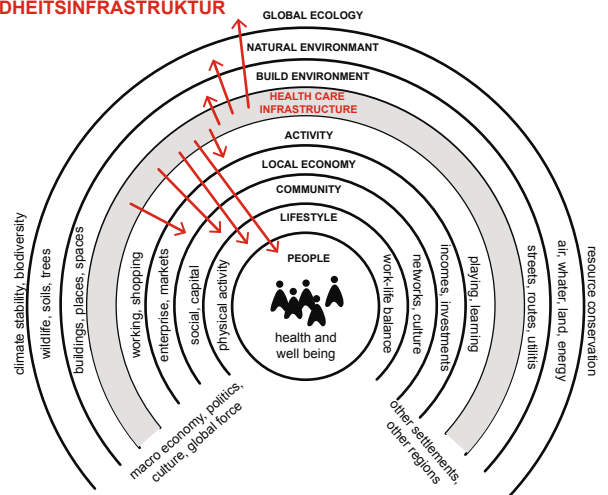
DIREKTE WIRKUNG DER GESUNDHEITSINFRASTRUKTUR



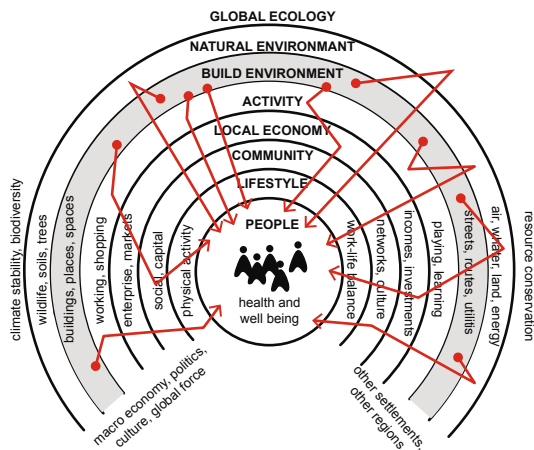
INDIREKTE WIRKUNG DER GEBAUTEN UMWELT



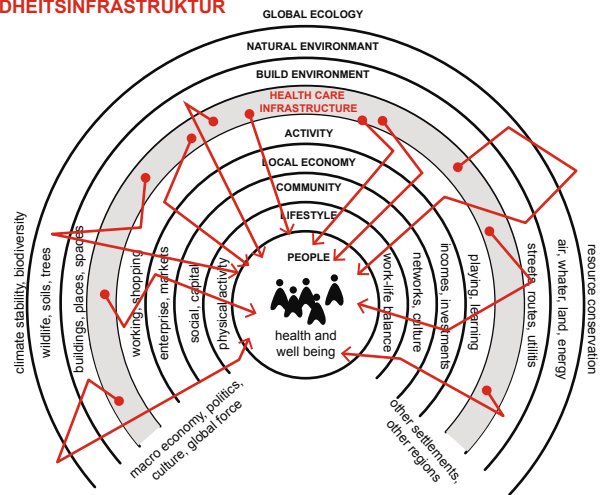
INDIREKTE WIRKUNG DER GESUNDHEITSINFRASTRUKTUR



GESUNDHEITLICHE WIRKUNG DER GEBAUTEN UMWELT



GESUNDHEITLICHE WIRKUNG DER GESUNDHEITSINFRASTRUKTUR



3.2

VERHÄLTNISORIENTIERUNG UND DIE GESUNDHEITLICHE VERANTWORTUNG DER PLANUNG

“Why treat people and send them back to the conditions that made them sick?”¹¹⁷

Mit dieser Frage lenkt Michael Marmot die Aufmerksamkeit weg von der einzelnen Krankheit und hin zu den Rahmenbedingungen und Verhältnissen, in denen Krankheit und Gesundheit entstehen.

Für die Definition von Verhältnisorientierung ist zuerst die Abgrenzung zur Prävention wichtig: Die verhältnisorientierte Gesundheitsförderung will die Gesundheitsressourcen einzelner Menschen und ganzer Gruppen stärken. Präventionsarbeit bedeutet hingegen, bestimmte Krankheitsrisiken gezielt zu adressieren und zu bekämpfen.¹¹⁸

In der Gesundheitsförderung wird zwischen verhaltensorientierten und verhältnisorientierten Ansätzen unterschieden. Die verhaltensorientierte Gesundheitsförderung befasst sich mit Themen wie Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, aktiver Stressreduktion oder Bewegung. Anreize und Angebote sollen Menschen dazu bewegen, sich gesünder zu verhalten. Ein ausschließlich verhaltensorientiertes Verständnis von Gesundheitsförderung macht diese zum Problem einzelner Menschen und zur individuellen Verantwortung. Eine solche Betrachtung ignoriert dabei die Verhältnisse, in denen ein Mensch lebt, welche einen viel größeren Einfluss auf dessen Gesundheit haben als das individuelle Verhalten. Gesundheitschancen werden maßgeblich von externen Faktoren wie Bildung, Arbeitssituation, sozialem Status, Wohnort, Sicherheit, Verkehr oder Umweltbelastungen beeinflusst.¹¹⁹

„Ob Menschen gesund oder krank sind, hängt nicht nur von ihrem individuellen Verhalten und ihrem körperlichen Zustand ab, sondern auch von den gesellschaftlichen und sozialen Verhältnissen, in denen sie leben. Wer arm ist, ist häufiger krank und lebt kürzer.“¹²⁰

Im Gesunde-Stadt-Diskurs verschwimmen oft die Grenzen zwischen Verhaltens- und Verhältnisorientierung. So wird unter „gesunder Umwelt“ eine Umgebung verstanden, die vor allem gesundheitsförderliches Verhalten wahrscheinlicher macht. Es werden beispielsweise gesunde Lebensmittel auf Augenhöhe platziert, Treppen attraktiv gestaltet und der Lift nicht sofort sichtbar positioniert – ganz nach dem Prinzip: „Make the healthy choice the easy choice“.¹²¹

Jedoch ist es verkürzt, die gesundheitliche Wirkung (räumlicher) Verhältnisse auf deren Einfluss auf gesundes Verhalten zu reduzieren, denn das übersieht die Wirkung von etwa Mikroklima, öffentlichem Raum, Lärm oder (Sozialer) Infrastrukturausstattung. Dabei wird auch eine reine raumdeterministische Vorstellung von der Wirkung des Stadtraums (auf Gesundheit) kritisiert¹²². (Räumliche) Verhältnisse sind immer Resultat von formellen und informellen Prozessen und Raumproduktionen, also wiederum vom Verhalten der Akteurinnen abhängig¹²³. So gesehen ist die Auseinandersetzung entlang der Konfliktlinien zwischen verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen durchaus mit Diskursen in der Planungswelt vergleichbar.

117 Marmot 2015, 1

118 vgl. Franzkowiak 2022

119 vgl. Marmot 2015

120 Poliklinik Syndikat o. J.

121 Offenkundig ist dabei die Nähe zu Ansätzen aus der Verhaltensökonomik, wie dem Nudging. (vgl. Volpp und Asch 2016)

122 So bezeichnet beispielsweise Barton die Idee, die physische Form könne Gesundheit direkt beeinflussen, als „physical determinism“ (Barton, Grant, und Guise 2021, 351).

123 vgl. Löw 2019, 16f; vgl. Läßle 1991, 198

VERBESSERUNG VON GESUNDHEIT

GESUNDHEITSFÖRDERUNG
STÄRKT GESUNDHEIT / RESSOURCENORIENTIERT

PRÄVENTION
VERHINDERT KRANKHEITEN / RISIKENORIENTIERT

SETTINGANSATZ
**VERHÄLTNISORIENTIERTE
GESUNDHEITSFÖRDERUNG**
GESUNDE UMBEGUNG
GESUNDE ARBEITSBEDINGUNGEN
GESUNDES SOZIALES UMFELD
SICHERHEIT
...

INDIVIDUELLER ANSATZ
**VERHALTENSORIENTIERTE
GESUNDHEITSFÖRDERUNG**
GESUNDE ERNÄHRUNG
BEWEGUNG
AKTIVE STRESSREDUKTION
...

**GESUNDHEITSFÖRDERUNG
IM SETTING**
RAUM ALS BEHÄLTER
GESUNDHEIT IM RAUM

**ENTWICKLUNG
GESUNDHEITFÖRDERLICHER SETTINGS**
GESUNDER RAUM
GESUNDE RAUMENTWICKLUNG

3.3

DAS SETTING:

WO GESUNDHEIT STATTFINDET

„Ein Setting – im deutschen Sprachraum auch als „Lebenswelt“ bezeichnet – ist ein Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat.“¹²⁴

So definiert die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung den Begriff „Setting“. Er beschreibt sozialraumbezogene Strategie der Gesundheitsförderung schlechthin und macht Stadtteile und Gemeinden zu Handlungsräumen der Gesundheit.¹²⁵

In der Praxis bezieht sich der Begriff meist auf räumliche Zusammenhänge (Gesundheitsfördernde Gemeinden, Nachbarschaften, Stadtteile, Regionen...), institutionelle Einrichtungen (Gesundheitsfördernde Schulen, Kindergärten, Betriebe...) oder Settings des Gesundheitswesens (Gesunde Pflegeheime, Krankenhäuser, Gesundheitseinrichtungen...). Dabei entstehen Wechselwirkungen zwischen räumlichen Settings (z.B. einem Stadtteil) auf der einen und organisatorischen Settings (z.B. einem Gesundheitszentrum) auf der anderen Seite.¹²⁶

Im Gegensatz zur *Gesundheitserziehung* soll nicht das Verhalten Einzelner, sondern die Rahmenbedingungen, in denen Menschen leben, adressiert werden. Der Ansatz stützt sich auf ein „ganzheitliches, multifaktorielles und ressourcenorientiertes Gesundheitsverständnis, das vor allem die psychosozialen Bedingungen und Kontextfaktoren sowie deren Wechselwirkungen als Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Individuen und Gruppen in den Blick nimmt“¹²⁷. Der Settingansatz ist per se prozessorientiert, präferiert integrierte Konzepte statt Einzelaktionen, ist meist verhältnis- und nicht verhaltensorientiert und setzt auf Partizipation und Empowerment.¹²⁸

Es werden zwei Arten der Settingarbeit unterschieden: „Gesundheitsförderung im Setting“ und „Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings“¹²⁹. Bei der Gesundheitsförderung im Setting fungiert das Setting als „Behälterraum“¹³⁰ für Programme und Aktivitäten zur meist mittelbaren oder unmittelbaren verhaltensorientierten Gesundheitsförderung. Das kann beispielsweise die Ablage von Informationsmaterial im Kiosk, dem Café oder der Bushaltestelle sein, oder das Durchführen von Veranstaltungen wie „*Bewegung im Park*“, gemeinsame Spaziergänge, oder Kochen im öffentlichen Raum. Das Setting selbst – der (physische) Raum – wird dabei nicht verändert.

124 Hartung und Rosenbrock 2022

125 vgl. ebd.

126 vgl. ebd.

127 ebd.

128 vgl. Maierhofer 2016, 161

129 Hartung und Rosenbrock 2022

130 Löw und Sturm 2016, 8f

Anders ist das bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings. Hier sollen die strukturellen und räumlichen Rahmenbedingungen positiv beeinflusst werden. Es handelt sich um „unspezifische Interventionen“¹³¹. In anderen Worten: Es geht nicht darum, Gesundheitsförderung im öffentlichen Raum zu veranstalten, sondern um den gesundheitsförderlichen öffentlichen Raum selbst¹³². Die WHO entwickelte für viele Settings eigene Netzwerke und Programme, die bis heute den Diskurs und die Gesundheitsförderungspraxis bestimmen. Besonders relevante Settings sind:

- Räumliche Settings: Gesunde Städte
Gesunde Regionen
Gesunde Stadtteile
Gesunde Nachbarschaften
- Organisationen: Gesunde Schule
Gesunde Betriebe
Gesunde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
Gesunde Hochschulen

3.3.1 Die Gesunde Stadt

Das vor 30 Jahren von der WHO gegründete *Healthy Cities Network* ist nicht nur das älteste, sondern auch eines der bedeutendsten. Die Gesunde Stadt ist „die Mutter aller Setting-Ansätze“¹³³.

„Es geht darum, die Lebensbedingungen der Bewohner/innen zu verbessern, soziale Netzwerke zu stärken, Akteure zu vernetzen und auch die Raumplanung und Stadtentwicklung im Sinne eines gesundheitsfördernden Lebensumfeldes zu beeinflussen.“¹³⁴

Das Setting Stadt vereint unterschiedliche Gesundheitsfaktoren (baulich-physische, soziale, politisch-administrative und symbolische Faktoren) und erreicht Gruppen, die im Rahmen von institutionellen Settings weniger angesprochen werden können (z.B. erwerbslose oder ältere Menschen). Gleichzeitig fungiert es als „institutionelles Dachsetting“, das die „Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Vereine, sowie infrastrukturelle Rahmenbedingungen“¹³⁵ zusammenbringt. Es hat eine stark vernetzende und koordinierende Komponente und die Aufgabe, „eine integrierte Gesamtstrategie“ zu schaffen, die settingübergreifend wirken kann.

Ziel der gesundheitsfördernden Stadt ist:

„die Verbesserung des Zustandes der Gesamtanlage der Wohnungen und des Wohnumfeldes, die soziale Infrastruktur, der Beschäftigungsmöglichkeiten, der Kommunikation, der Kultur des Zusammenlebens der verschiedenen Kulturen und die Möglichkeit der Bürger, auf die ‚Determinanten‘ ihrer Gesundheit Einfluss zu nehmen.“¹³⁶

Dieser holistische Zugang macht die Abgrenzung zu anderen Handlungsfeldern wie der raumplanerischen Praxis inhaltlich und methodisch schwierig. Kommunikative öffentliche Räume, vielseitige Grün- und Freiräumen, kurze Wege oder die Förderung aktiver Mobilität sind jedenfalls Ziele beider Disziplinen. Ebenso spielen etwa integratives Handeln, Beteiligung und Prozessorientierung in beiden Bereichen eine wichtige Rolle. Umso mehr entstehen Möglichkeiten zur Kooperation.

131 Bär 2017, 1
132 Gleiches gilt für Parks, Straßen, Krankenhäuser etc.
133 Trojan und Süß 2013, 14
134 Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit. zit. N. Maierhofer 2016, 196
135 Quilling, Leimann, und Tollmann 2022
136 Trojan und Süß 2013, 14

3.3.2 Gesundheitsinfrastrukturen als doppeltes Setting

Dem räumlichen Settings gegenüber stehen die institutionellen Settings der Gesundheitsinfrastruktur: Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen – die Institutionen der Gesunden Stadt schlechthin.

Auch wenn man meinen könnte, Gesundheitseinrichtungen seien per se gesundheitsfördernd, geht das Konzept der gesundheitsfördernden Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen weiter. Die Vielzahl der Menschen, die täglich ein- und ausgehen, die Flächen die Gesundheitseinrichtungen einnehmen und die Zentralität die sie erzeugen oder verändern, zeigen ihre Bedeutung für (gesunde) Städte und Regionen¹³⁷. So sagt auch das *WHO-Network for Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH)*, dass ein gesundes Krankenhaus

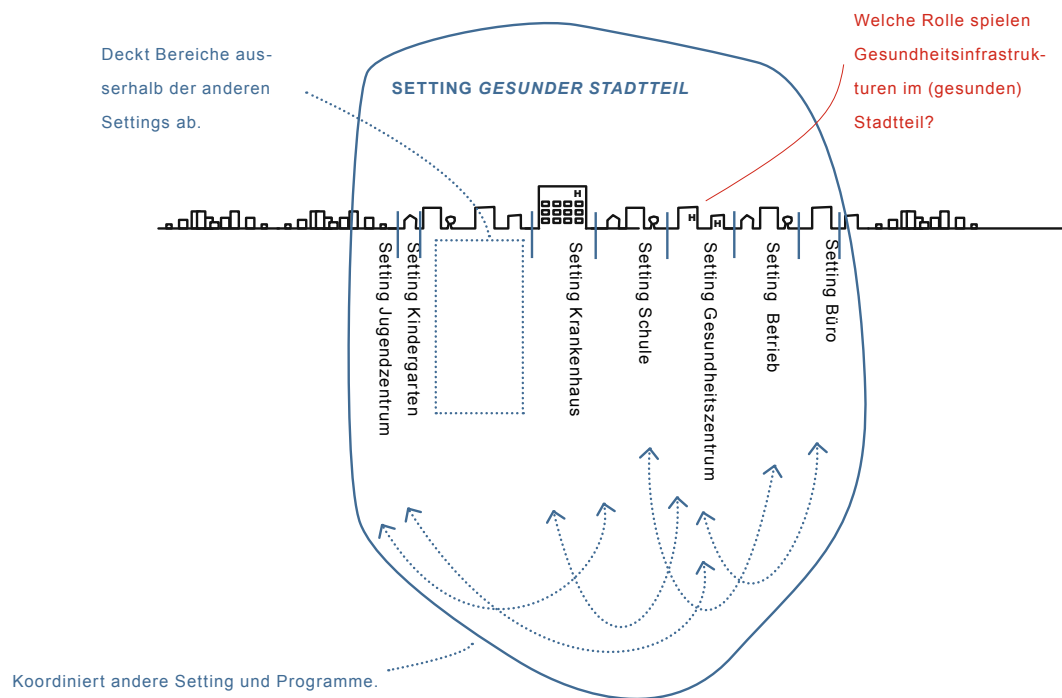
„[...] nicht nur umfassende medizinische und pflegerische Dienstleistungen hoher Qualität anbietet, sondern auch [...] die Ziele der Gesundheitsförderung umfasst, entwickelt, sowie eine gesundheitsfördernde organisatorische Struktur und Kultur, inklusive aktiver, partizipativer Rollen für Patientinnen und Patienten und alle Mitglieder der Belegschaft. Es entwickelt sich selbst in eine gesundheitsfördernde physische Umwelt und kooperiert aktiv mit seiner Gemeinde/Gemeinschaft“.¹³⁸

Gesundheitsinfrastrukturen sind keine Inseln, sondern integrierter Teil von (gesundheitsfördernden) Städten, Gemeinden und Stadtteilen¹³⁹. Das betrifft insbesondere Einrichtungen der wohnortnahen und damit alltagsnahen Versorgung. Dazu sagt Petra Plunger¹⁴⁰:

„Ich finde, dass Gesundheitseinrichtungen große Möglichkeiten haben, das Thema Gesundheit in einem sehr breiten Verständnis in die Gemeinden hinauszutragen. Im HPH-Konzept wird schon postuliert, dass Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen wie Primärversorgungszentren oder Apotheken über die Organisation hinausdenken und dass das Interesse an und die Zuständigkeit für Gesundheit nicht an der Tür der jeweiligen Gesundheitseinrichtungen enden.“¹⁴¹

So müssen die beiden Settings Stadtteil und Gesundheitseinrichtungen zusammen gesehen und geplant werden. Wenn die (gesundheitsförderliche) Stadtplanung Teilsettings koordiniert, gehören Gesundheitsinfrastrukturen sicher dazu. Gleichzeitig sollen Gesundheitseinrichtungen ihre Umgebung (gesundheitsfördernd) gestalten und somit wiederum die Stadt beeinflussen und selbst koordinieren und vernetzen. Planungen von Spezialist:innen, die - je nach Perspektive - nicht in den Gesundheitsbereich hinein oder über die Grenzen des Gesundheitssystems hinausdenken, werden weder der Gesunden Stadt noch dem Gesunden Krankenhaus gerecht.

137 vgl. Maierhofer 2016, 198
138 Pelikan, Metzler, und Dietscher 2019
139 vgl. Maierhofer 2016, 198
140 Maierhofer 2023, 67
141 Petra Plunger in Maierhofer 2023, 69



3.4

VON HEALTH IN ALL POLICIES ZU HEALTH FOR ALL POLICIES

Die WHO fordert seit Jahrzehnten: Gesundheit muss das Ziel aller Bereiche des öffentlichen Handelns sein¹⁴². Vor dem Hintergrund, dass Gesundheit von Faktoren beeinflusst wird, die außerhalb des Gesundheitssektors liegen, muss sie auch dort gemacht, geschützt und gefördert werden. Die *Health-in-All-Policies* (HiAP)-Strategie soll Gesundheitsanliegen in alle Politikbereiche hineinbringen und adressiert insbesondere die Raumplanung. Raumplanerisches Handeln beeinflusst Gesundheit. Das betrifft direkt gesundheitlich relevante Themen wie Gesundheitseinrichtungen, frisches Wasser, Klima, oder Luftreinheit und salutogene Aspekte wie Grünraumversorgung, Begegnungsorte oder die Qualität des öffentlichen Raums¹⁴³.

Es entsteht ein enormes Spektrum an Anknüpfungspunkten und thematischen Überschneidungen. Gesundheitliche und stadtplanerischen Anliegen sind bezüglich ihrer Aufgabenbereiche kaum noch voneinander zu trennen. So beschreibt beispielsweise der 2022 erschienene Leitfaden für Gesundheit in der örtlichen Raumplanung Handlungsfelder (Mobilität und körperliche Aktivität, Umwelt, Grün- und Freiräume, Wohnen, soziale Infrastruktur, Sozialer Zusammenhalt, Zugang zu Lebensmitteln) und Handlungsprinzipien (Gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Intersektorale Zusammenarbeit, Beteiligung) die wohl auch auf eine nicht explizit gesundheitsförderliche Raumplanung zutreffen würden¹⁴⁴. Gleiches gilt für die kürzlich vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) veröffentlichte „Roadmap Zukunft Gesundheitsförderung“. Sie formuliert Ziele wie:¹⁴⁵

- „Grundinfrastruktur am Land und in Ortszentren für Begegnung und soziale Teilhabe erhalten“
- „Günstige, barrierefreie, öffentliche Verkehrsmittel (insb. im ländlichen Raum) anbieten“
- „Raumentwicklungskonzept für Gemeinden zu forcieren, auch unter Berücksichtigung von Bewegungs- und Erholungsräumen sowie konsumfreien Räumen“

Auch hier ist die Gesundheitsförderung kaum noch von Strategien der Raumplanung zu unterscheiden.

Das ist eine Chance für beide Bereiche. Es ermöglicht, abgestimmt zu agieren und zu argumentieren. Gemeinsam könnten Ziele eher erreicht werden. Oftmals wiegen Gesundheitsargumente stärker als „nur“ räumliche Forderungen¹⁴⁶. Es gilt: Was für Gesundheit gut ist, trägt meist auch zu einer guten räumlichen Entwicklung bei.

142 vgl. Köckler und Rainer 2018, 71

143 vgl. ebd., 82

144 vgl. Styria vitalis 2022

145 BMSGPK 2023a, 14

146 So ist das beispielhaft im 19. Jahrhundert geschehen. Gesundheit und Planung hatten eine beinahe idente Agenda, forderten Wohnraum, saubere Straßen und Erholungsräume und konnten vielen Forderungen auch umsetzen und gesetzlich verankern (vgl. Rodenstein 1988).

Das bedeutet also auch umgekehrt, dass nicht nur die Planung die Gesundheit beeinflusst, sondern auch der Gesundheitssektor räumliche Effekte hat. Im besten Fall ergeben sich daraus „Co-Benefits“¹⁴⁷ für beide Bereiche. Folglich sollte das Zusammendenken von Planung und Gesundheit über die einseitige Forderung nach Gesundheit in allen Politikbereichen hinausgehen – es müssen beide Wirkrichtungen berücksichtigt werden. Greer et al. nennt diese konzeptionelle Erweiterung „*Health for All Policies*“ (HfAP)¹⁴⁸.

„Through this concept, which we call Health for All Policies, health is put at the forefront, highlighting what the health sector can do for other sectors while simultaneously attaining co-benefits for its own sector.“¹⁴⁹

Raumplanerische Anliegen werden so zu gesundheitlichen Zielen. Das Wohlbefinden der Menschen profitiert von guten Resultaten und leidet unter Problemen in anderen Politikbereichen. Kurzzeitige Erfolge im Gesundheitsbereich können in anderen Bereichen Schaden anrichten¹⁵⁰.

Entsteht etwa ein Krankenhaus auf der grünen Wiese, kann das bedeuten, dass der Grund günstig erworben werden kann und genügend Platz für verschiedene medizinischen Angebote an einem Ort besteht. Aufgrund des fehlenden räumlichen Kontextes könnten ideale Strukturen gebaut werden, die der medizinischen Versorgungslogik folgen und weder Bestand noch Nachbarschaft berücksichtigen müssten. Das erleichtert möglicherweise die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsbereiche und trägt zu einer integrierten Behandlung in einem solchen Krankenhaus bei. Betrachtet man jedoch die räumlichen Folgen eines solchen Projektes¹⁵¹ und die daraus resultierenden gesundheitlichen Auswirkungen, kann der Standort insgesamt nicht als positiv bewertet werden – weder aus Perspektive der Raumplanung noch aus jener von Public Health.

Somit bedeutet auch Gesundheitsplanung nicht nur die eigenen sektoralen Belange zu adressieren, sondern auch einen Beitrag zur Bewältigung fachfremder Herausforderungen zu leisten.

147 Climate Change Centre Austria - Servicezentrum 2020; vgl. Sharifi u. a. 2021

148 vgl. Greer u. a. 2022

149 ebd.)

150 vgl. ebd.

151 Das sind etwa Zersiedelung, Versiegelung, Verkehrsaufkommen und die damit verbundenen Klimafolgen.

3.5

DIE RÄUMLICHE DIMENSION DER GESUNDHEITSPLANUNG

Gesundheitsplanung ist kein einheitlich verwendeter Begriff: Manchmal beschreibt er eine kommunale Planung, die sich mit allen gesundheitsrelevanten Faktoren an einem Ort befasst und so lokal, intersektoral und horizontal vernetzend Gesundheitsziele verfolgt – es handelt sich dabei um kommunale Gesundheitsplanung¹⁵². Auf der anderen Seite beschränkt sich die Gesundheits-(System-)Planung sektoral auf das Gesundheitswesen. Es werden über verschiedene Planungsebenen hinweg Gesundheitsleistungen und -infrastrukturen integriert, programmiert und positioniert.¹⁵³

Ähnlich beschreibt auch Andrew Green zwei grundsätzlich unterschiedliche Herangehensweisen an das Thema Gesundheitsplanung und stellt einen Bezug zu unterschiedlichen Gesundheitskonzepten her:

„How one views health will affect the type of intervention and planning possible. The narrowest definitions are closely associated with a medical model of health, in which the role of health services is seen as paramount in restoring the functioning of the unhealthy body. Wider Primary Health Care (PHC) concepts [...] suggest that much broader interventions, including individual and community empowerment and anti-poverty measures, are necessary to promote health.“¹⁵⁴

Bei der Differenzierung zwischen Gesundheitsplanung als (kommunale) Gesundheitsplanung und als Gesundheits-(Struktur-)Planung handelte es sich also nicht nur um unterschiedliche Verwendungen eines Begriffs, sondern um zwei diametral entgegengesetzte Zugänge: Der eine verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz und nimmt sektorenübergreifend alle Gesundheitsfaktoren – vor Ort, also lebensweltlich – in den Blick. Das andere, klinischere Verständnis fokussiert auf den Gesundheitssektor und betrachtet diesen über mehrere Planungsebenen hinweg. Dies soll hier anhand der deutschen Kommunalen Gesundheitsplanung und der österreichischen Gesundheits-(Struktur-)Planung beleuchtet werden.

3.5.1 Kommunale Gesundheitsplanung

„Health planning represents the first step in an orderly process to accomplish the things necessary to improve the health status of individuals and populations.“¹⁵⁵

So verstehen Sutchfield, Howard und Shapiro Gesundheitsplanung. Dieser breite Zugang bedeutet eine starke intersektorale Ausrichtung mit zahlreichen Schnittstellen und Anknüpfungspunkten. Einen solchen integrativen Ansatz verfolgt die Kommunale Gesundheitsplanung in Deutschland¹⁵⁶. So heißt es der Gesundheitsplanungsdefinition des Landes Baden-Württemberg:

„Die Gesundheitsplanung ist ein langfristig angelegter interdisziplinärer Planungsprozess [...] auf Ebene von Land- und Stadtkreisen und deren Städten, Gemeinden, Stadt- und Ortsteilen.“¹⁵⁷

152 vgl. Wolfram, Looks, und Trautmann 2018

153 vgl. Fülöp 2017; vgl. Birner, Fülöp, und Mildschuh 2021

154 Green 2007, 8

155 Scutchfield, Howard, und Shapiro 2011

156 Die Kommunale Gesundheitsplanung ist in Deutschland zwar nicht bundesweit gesetzlich geregelt, aber in vielen Ländern verankert.

157 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2017, 8

Grundsätzlich ist die Kommunale Gesundheitsplanung sozialraumorientiert und bedient sich zweier zentraler Instrumente: Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenzen. Die Gesundheitsberichterstattung geht dabei über „reine Datensammlungen und Statistikberichte“¹⁵⁸ hinaus. Es sollen nicht nur quantitative Gesundheitsdaten wie Lebenserwartung oder die Häufigkeit bestimmter Krankheiten dargestellt werden. Sie berücksichtigt darüber hinaus aktuelle Schwerpunktthemen, bezieht Fallgeschichten ein und verfolgt auch partizipative und qualitative Ansätze. Ziel ist, ein möglichst spezifisches Bild der Gesundheit an einem konkreten Ort zu erfassen.¹⁵⁹

Das zweite zentrale Instrument sind die Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Dabei handelt es sich um regelmäßig stattfindende „Runde Tische“¹⁶⁰, die gesundheitsrelevante Akteur:innen in einem Stadtteil zusammenbringen. Institutionen der räumlichen Planung und Gesundheitseinrichtungen sind oft aktiver Teil dieser Konferenzen.¹⁶¹

Die Stärke der Kommunalen Gesundheitsplanung liegt in der horizontalen Vernetzung, der Intersektoralität und der lokalen Verankerung. Sie produziert hoch relevantes, lokales (über die Gesundheitsberichterstattung) und institutionelles Wissen (über die Gesundheitskonferenzen) und informiert über Gesundheitsprobleme und Gesundheitsressourcen. Trotzdem hat sie nur eine beschränkte Wirkmacht wenn es darum geht, Probleme strukturell zu lösen und nicht nur Symptome zu bekämpfen. Viele gesundheitliche Herausforderungen werden zwar im Stadtteil deutlich sichtbar, können aber nicht (nur) auf kommunaler Ebene gelöst werden.

3.5.2 Gesundheits(System)Planung

Dem gegenüber steht die Gesundheits-(System-)Planung. Damit sind in Österreich, wenn von Gesundheitsplanung die Rede ist, sektorale Instrumente gemeint.

Die Praxis der österreichischen Gesundheitsplanung ist von komplexen Akteurs-, Finanzierungs- und Verantwortungsstrukturen im Gesundheitswesen bestimmt. Im Groben sind das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundesländer und die Sozialversicherung für die Gesundheitsversorgung zuständig. Ihr gemeinsames oberstes Organ ist die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK). Sie verhandelt insbesondere das zentrale Instrument der österreichischen Gesundheitsplanung, den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG).¹⁶²

Dieser regelt die Verteilung und Ausrichtung der Gesundheitsversorgung auf Bundesebene und ist Grundlage für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) auf Landesebene. In der Umsetzung sind die Länder federführend für die Krankenanstalten und die Sozialversicherungen für den niedergelassen Bereich verantwortlich.¹⁶³

158 Rosenkötter u. a. 2020
159 vgl. ebd. 2020
160 Holleder und Trojan 2021
161 vgl. ebd. 2021
162 vgl. ÖSG 2017
163 vgl., ebd.

Beachtet man aber die tatsächlichen *Patient Journeys*, wird klar, dass die Bereiche nicht getrennt betrachtet werden können und eine *Integrative Gesundheitsversorgung* notwendig ist. Diese ist laut ÖSG:

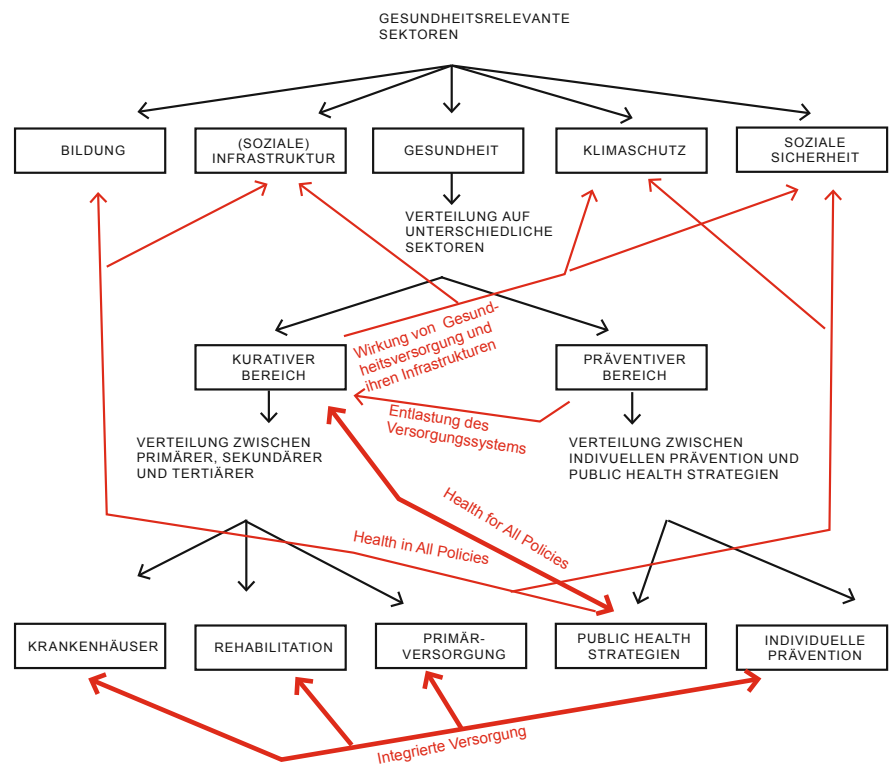
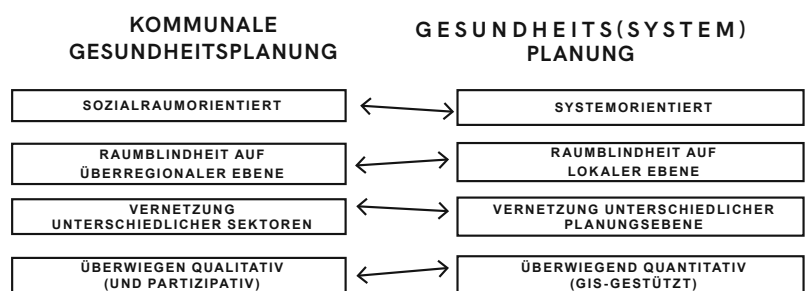
„[...] umfassend, koordiniert, nahtlos und sektorenübergreifend. Sie berücksichtigt alle Bereiche (akutstationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Rehabilitation, Nahtstellen zum Sozialbereich) und Aspekte des Versorgungssystems (wie Ressourcen, Leistungserbringung, Management und Organisation der Diagnostik, Krankenbehandlung, Pflege, Rehabilitation und Gesundheitsförderung) und deren Beziehungen untereinander. Durch ein integratives Versorgungssystem und einen niederschweligen Zugang zur umfassenden Gesundheitsversorgung wird eine koordinierte und vernetzte Behandlung aller PatientInnen sichergestellt.“¹⁶⁴

Dem zufolge bedeutet Integrierte Gesundheitsplanung, Versorgungsebenen und Gesundheitseinrichtungen nicht isoliert zu betrachten, sondern koordiniert zu entwickeln. Eine wichtige Rolle spielen dabei neben den Schnittstellen innerhalb des Gesundheitssystems die Abstimmung mit Institutionen außerhalb der Gesundheitswelt. Das gilt insbesondere für den wohnortnahen Bereich, und das Zusammenspiel von *Laienversorgung*¹⁶⁵, Primärversorgung und Sozialbereich.

Dabei werden aber auch die Grenzen der sektoralen Gesundheits-(System-)Planung sichtbar. Für ein abgestimmtes Handeln sind schon die fragmentierten Zuständigkeiten innerhalb des Gesundheitsbereichs herausfordernd genug. Zudem spielen die kommunalen Ebenen in der österreichischen Gesundheitsplanung praktisch kaum eine Rolle. Lokale Aspekte, wie etwa mögliche Synergien mit andern sozialen Infrastrukturen oder geeignete Flächen in zentraler Lage, bleiben auf dieser Ebene unberücksichtigt. Der formalen Gesundheitsplanung fehlen dafür sowohl die Instrumente auf kommunaler Ebene als auch die kleinräumigen qualitativen Daten.

Wir haben es also bei der Kommunalen Gesundheitsplanung und der Gesundheits(system)Planung mit zwei Bereichen zu tun, die auf unterschiedlichen, sich jedoch einander nicht ausschließenden Ebenen wirken. Deshalb sollten sie zusammengedacht und gemeinsam geplant werden, liegen doch die Stärken des einen Ansatzes genau da, wo sich die Schwächen des anderen offenbaren.

164 ebd.
165 Laienversorgung wird im ÖSG wie folgt definiert: "Laienversorgung bezieht sich auf die Eigenversorgung von Einzelpersonen, Familien oder Gemeinschaften zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheit [...]" (ÖSG 2017, 28)



NEUE ORTE DER GESUNDHEIT

Ein neues Verständnis von Gesundheit und Public Health sowie die damit verbundene neue Gesundheitsförderungspraxis verändern nicht nur das Verhältnis zwischen Stadt und Gesundheit, sondern führen auch zu einer Umgestaltung der Gesundheitslandschaft. Dies wirft Fragen auf: Wie verändern sich bestehende Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen? Welche räumlichen Konsequenzen sind damit verbunden und welche neuen Orte der Gesundheit entstehen?

Der nachfolgende erste Teil (4.1.) diskutiert, wie sich das Ende der Idee der Dichotomie von Krankheit und Gesundheit räumlich manifestiert und stellt das Konzept des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums vor.

Der darauffolgende Abschnitt (4.2.) widmet sich den aktuellen Veränderungen, die einige Einrichtungen verschieben, andere Orte der Versorgung verschwinden lassen und gleichzeitig neue Möglichkeiten eröffnen. Dies wird anhand der folgenden Transformationsmechanismen erläutert:

- Digitalisierung und Mobilisierung
- Zentralisierung und Dezentralisierung
- De-Infrastrukturalisierung
- Gesundheitsinfrastrukturen als neue soziale Orte

Anschließend behandelt die Arbeit beobachtbare räumliche Manifestationen, also die tatsächlich entstehenden neuen Infrastrukturen. Ein Überblick zeigt die neuen Orte der Gesundheit in der österreichischen Gesundheitslandschaft. Vertiefend wird auf die entstehenden Gesundheitszentren (Primärversorgungseinheiten, kurz PVEs) eingegangen (3.3).

4.1

STADT-KRANKENHAUS-KONTINUUM¹⁶⁶

Wir beobachten derzeit eine völlige Neugestaltung der Gesundheitslandschaft. Das Krankenhaus, wie wir es kennen, verliert an Bedeutung. Die Bettenzahlen gehen zurück und große Teile der Versorgung verlagern sich an andere Orte. Es entstehen Ambulatorien, Primärversorgungszentren, Gesundheitskioske, Gesundheitsparks oder Patient:innenhotels.

In den Randbereichen der Krankenhäuser entstehen neue Einrichtungen, wie zum Beispiel allgemeinmedizinische Ambulanzen oder Gesundheitsparks. Diese werden entweder von den Kliniken selbst betrieben, oder das Krankenhaus öffnet sein Gelände für externe Anbieter:innen. Der extramurale¹⁶⁷ Bereich dringt in das Krankenhaus ein. Doch auch die entgegengesetzte Bewegung ist zu beobachten. Wenn die Versorgung in der Fläche erodiert und Kassenstellen unbesetzt bleiben, wird oft versucht, diese Lücke aus den Krankenanstalten heraus zu schließen: Ärzt:innen aus dem intramuralen Bereich übernehmen Versorgungsaufgaben außerhalb des Spitals¹⁶⁸. So entstehen neue Orte und Spielarten der integrierten Versorgung, die zum einen die Grenzen zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich überwinden, aber auch in den Bereich der sozialen Arbeit und der Laienversorgung sowie in die Nachbarschaft hineinwirken.

Ein Ziel der Gesundheitsplanung besteht darin, die Aufenthaltsdauer in den teuren hochmedizinischen Bereichen auf ein Minimum zu reduzieren und Menschen so spät, so selten und so kurz wie möglich im Krankenhaus zu behandeln und sie schließlich schnellstmöglich zu entlassen. Der niedergelassene Bereich soll vermehrt Behandlungen sowie Vor- und Nachsorge übernehmen. Dies erfordert neue Angebote und Orte außerhalb des Krankenhauses sowie eine bessere Zusammenarbeit der einzelnen Bereiche, also eine – auch in die Stadt– integrierte Versorgung. Die medizinische Behandlung wird dabei mobiler, digitaler und dezentraler. Es entsteht ein Netzwerk, das weit in die alltäglichen Räume der Stadt reicht. Die Randbereiche der Krankenhäuser lösen sich im städtischen Raum auf, Grenzen verschwimmen und wir sprechen von der Urbanisierung des Krankenhauses¹⁶⁹.

Diese Urbanisierung beschreibt nicht das Verschwinden der Gesundheitsinfrastruktur, sondern lediglich ihre Verlagerung in die Stadt, in die Nachbarschaft, in Privatwohnungen oder in die digitale Welt. Im Spannungsfeld zwischen den äußeren Polen, dem hochspezialisierten und institutionalisierten Krankenhaus einerseits und den scheinbar vom Gesundheitsthema unberührten alltäglichen und selbstbestimmten Wohnräumen andererseits, entstehen neue Orte und Formen der Gesundheitsversorgung und Pflege. Der Begriff der Urbanisierung liefert dabei nicht nur die Beschreibung einer technischen Notwendigkeit, sondern vielmehr eines Gegenmodells zu den monumentalen Heilungsmaschinen des letzten Jahrhunderts. Er verkörpert Werte wie Menschlichkeit, Normalität und Alltäglichkeit. Schon in der Vergangenheit manifestierte sich das Verständnis von Gesundheit auch räumlich. So können wir die

166 Die Idee des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums wurde das erste Mal in der Diplomarbeit *A Hospital is not a tree: Die Re-Urbanisierung von Krankenhaus und Gesundheit* (Maierhofer 2016) dargestellt. Dabei steht das Krankenhaus – als die Gesundheitsinstitution schlechthin – stellvertretend für alle Einrichtungen im Gesundheitswesen (Gesundheitszentren, Rehakliniken, Tageskliniken, etc.). Ebenso steht die Stadt für die gebaute, geplante und alltäglich gelebte Umwelt im Allgemeinen, einschließlich Regionen, Gemeinden und Quartieren. Die Bereiche außerhalb des Krankenhauses werden als extramural (= außerhalb der Mauern, extra muros) bezeichnet. Dem gegenüber steht der intramurale Bereich innerhalb der Krankenanstalten.

168 Beispielsweise besetzt die Niederösterreichische Landeskliniken-Holding im Rahmen der „Landarzt-Garantie“ nicht besetzte Praxen. (Niederösterreichische Landesregierung 2018)

169 vgl. K. 1.3

Urbanisierung von Krankenhäusern auch heute als räumliche Umsetzung eines veränderten Gesundheitskonzepts verstehen.¹⁷⁰

Die Dualität von Krankheit und Gesundheit wurde durch das Konzept der „Salutogenese“¹⁷¹ von Aron Antonovskys abgelöst und durch das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ersetzt¹⁷². Antonovsky zufolge können wir nicht mehr zwischen Räumen für Krankheit und Gesundheit, beziehungsweise zwischen Krankenhaus und Stadt, unterscheiden. Gesundheitsförderung findet nicht mehr hinter Krankenhausmauern statt, sondern wird zu einem integralen Bestandteil des städtischen Lebens. Gleichzeitig wird das Krankenhaus zunehmend in das städtische Gewebe integriert. Es handelt sich also nicht um eine bloße Urbanisierung, sondern um die Entstehung eines Stadt-Krankenhaus-Kontinuums.

Privatwohnungen werden zu Krankenhauszimmern, während der Besuch in der Klinik für viele Stadtbewohner zum Alltag gehört. Ein fließender Übergang zwischen den beiden Orten bedeutet, dass der „Tag der Aufnahme“ den Nimbus eines harten Bruchs zwischen zwei Welten (drinnen oder draußen, krank oder gesund etc.) verliert. Patient:innenbiographien (Patient Journeys) beschreiben einen schrittweisen Weg: Voruntersuchungen und Nachuntersuchungen finden in der Stadt statt, die Nacht vor einer Operation wird im Patientenhotel verbracht, während der Eingriff im Kernkrankenhaus stattfindet. Nach einer kurzen Zeit im eigentlichen Krankenbett geht es schrittweise zurück in die Stadt über Patientenhotel, Patientenwohnung, Tageskliniken und schließlich Pflege zu Hause und digitale Unterstützung (also „Normalisierung“ der Situation und des Zustands). Wir könnten also behaupten, dass das Stadt-Krankenhaus-Kontinuums aus Patient:innenperspektive schon längst gelebte Realität ist.

Wir beobachten feiner werdende Graduierungen der Versorgungsintensitäten, die die Balance zwischen Selbstbestimmtheit und Institutionalisierung sowie Betreuung und Sicherheit bestimmen. Neue Gesundheitsinfrastrukturen erscheinen vielfältiger und diverser, genauso verändern bestehende Formen der Versorgung ihre Positionierung im (Stadt-)Raum. Diese Veränderungen betreffen nicht mehr nur Krankenhäuser, sondern erstrecken sich in die alltäglichen Lebenswelten aller Menschen.

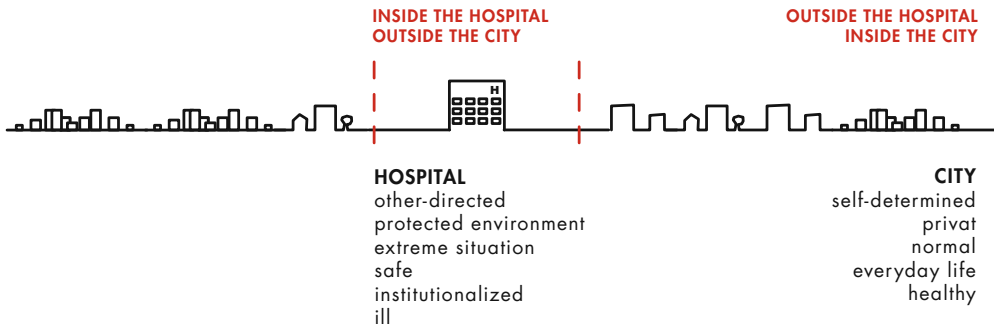
Diese neuen Versorgungslandschaften im Dazwischen werfen planerische Fragen auf, die nur durch eine integrierte Betrachtung von Gesundheitsinfrastrukturen, Stadt und Region beantwortet werden können. Das betrifft Bereiche, die weder von Gesundheits- und Krankenhausplanung noch von Stadt- und Infrastrukturplanung alleine in ihrer Gesamtheit gesehen verstanden und entworfen werden können. Wenn die Grenzen zwischen Krankenhaus und Stadt verschwimmen, können auch Stadt- und Gesundheitsplanung nicht mehr als zwei getrennte Welten betrachtet werden.

170 vgl. Maierhofer 2016; vgl. 2017

171 Die Salutogenese beschäftigt sich mit den Ursachen von Gesundheit und versucht nicht, wie die Pathogenese, einzelne Krankheiten zu verstehen und zu verhindern. (vgl. Antonovsky 1997 (1979))

172 ebd.

DICHOTOMOUS APPROACH

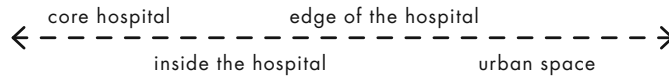


SALUTOGENIC APPROACH

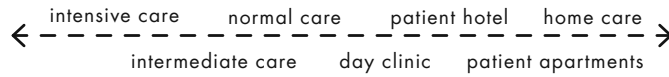
HOSPITAL-CITY-CONTINUUM



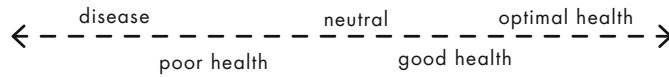
SPATIAL:

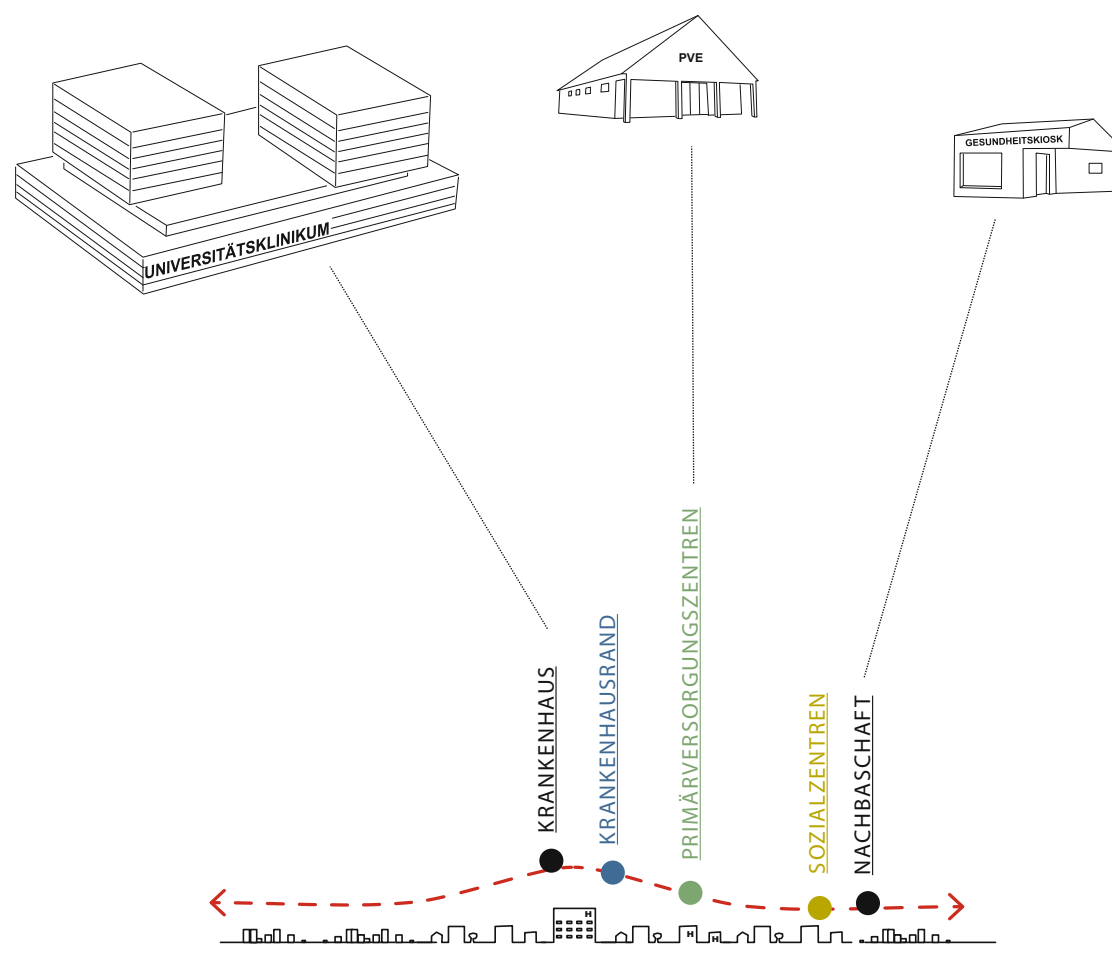


INTENSITY OF CARE:



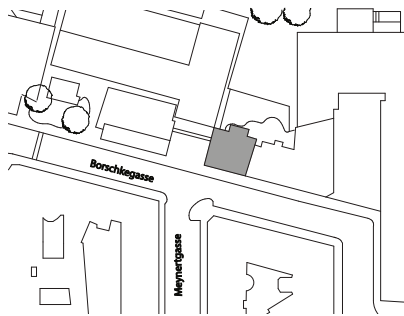
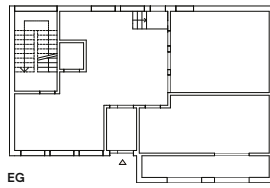
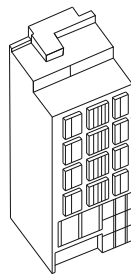
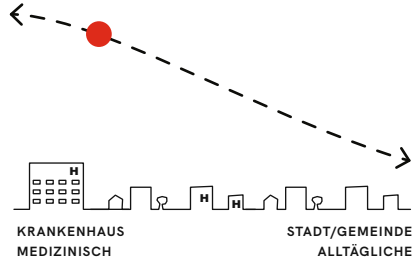
HEALTH-DISEASE-CONTINUUM:



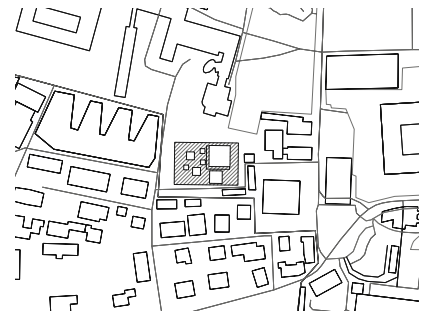
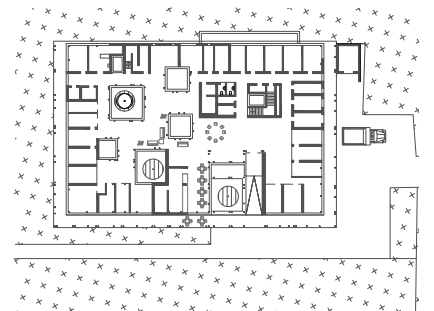
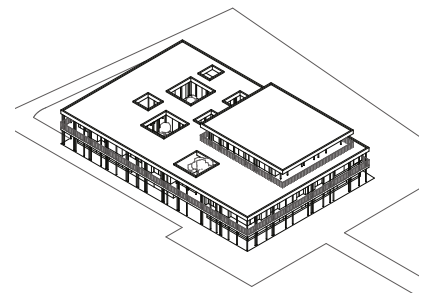
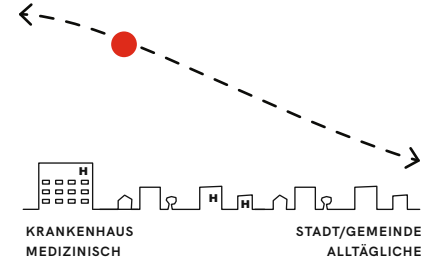


18: Positionen auf dem Stadt Krankenhaus Kontinuum (eigene Darstellung)

RONALD MC DONALD HAUS WIEN



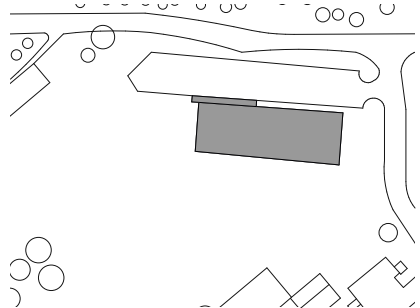
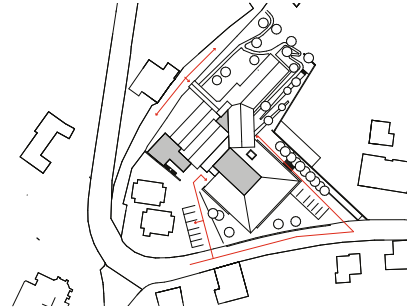
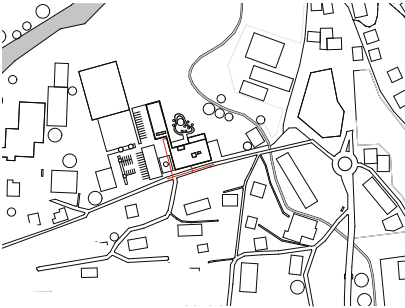
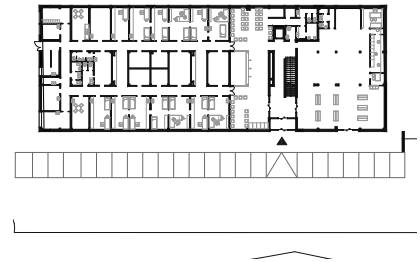
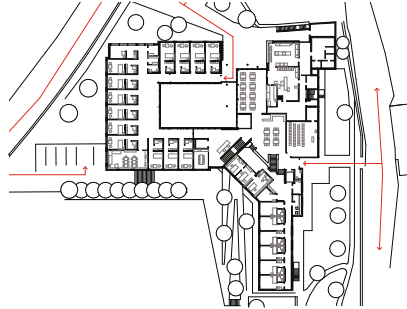
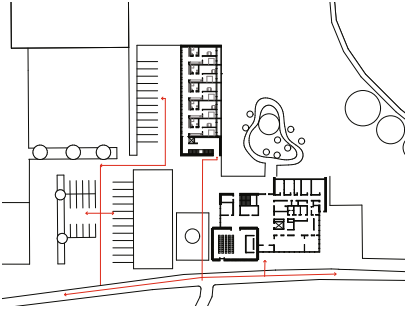
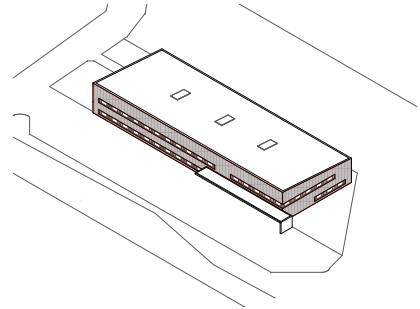
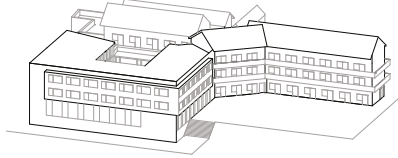
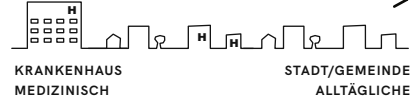
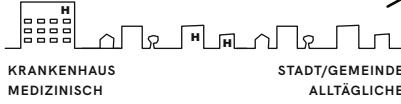
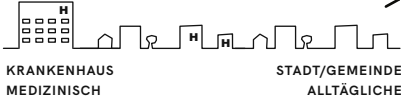
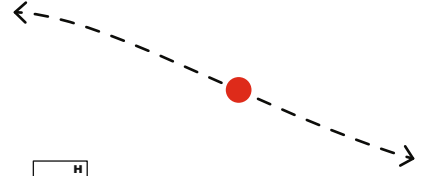
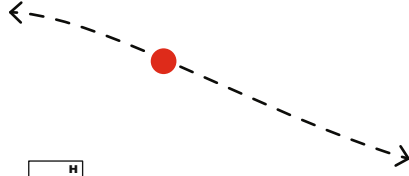
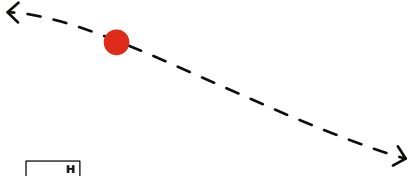
HOSPIZHAUS HALL IN TIROL



SOZIALZENTRUM
EGG

VORDERLANDHUS
RÖTHIS

GESUNDHEITZENTRUM
ENNS



KRANKENHAUS
MEDIZINISCH

STADT/GEMEINDE
ALLTÄGLICHE

KRANKENHAUS
MEDIZINISCH

STADT/GEMEINDE
ALLTÄGLICHE

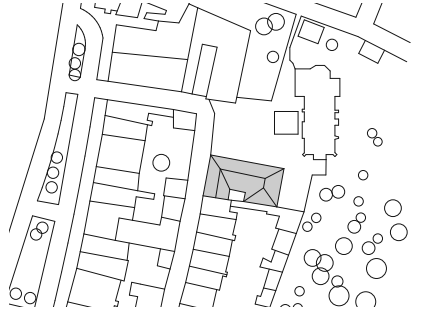
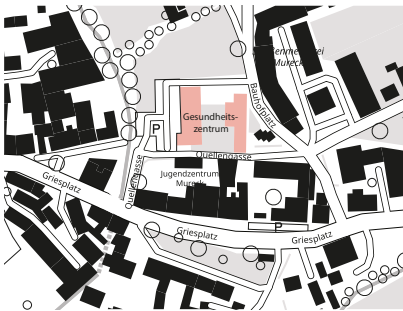
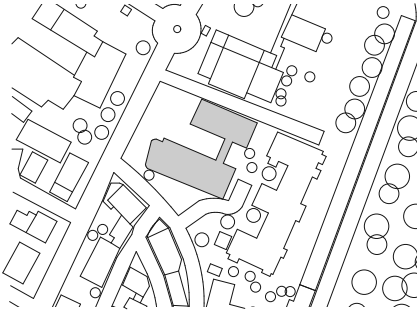
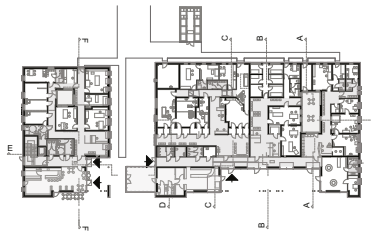
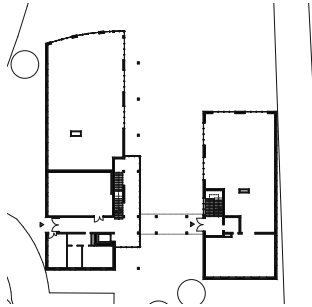
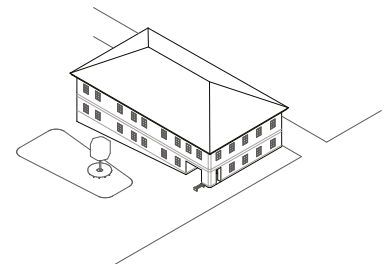
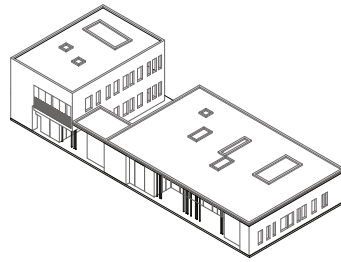
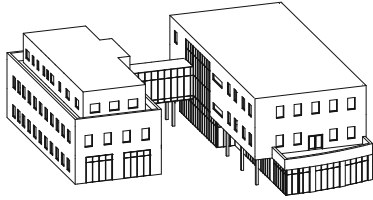
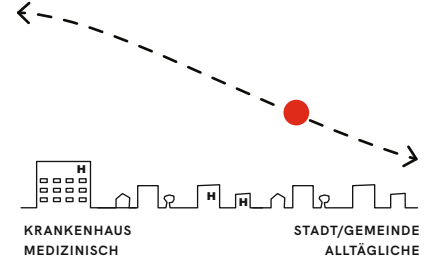
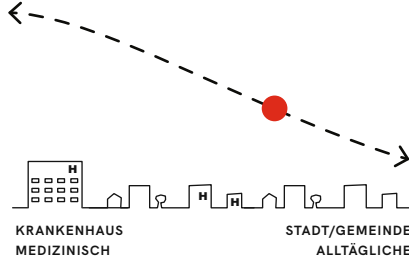
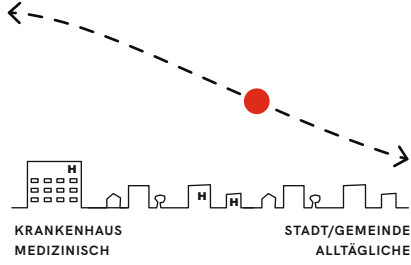
KRANKENHAUS
MEDIZINISCH

STADT/GEMEINDE
ALLTÄGLICHE

**GESUNDHEITZENTRUM
NEUNZEUG-SIERNING**

**GESUNDHEITZENTRUM
MURECK**

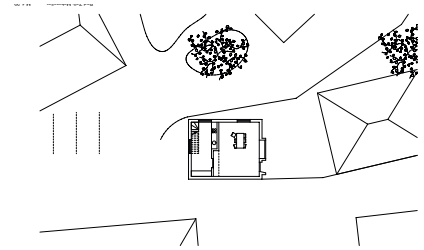
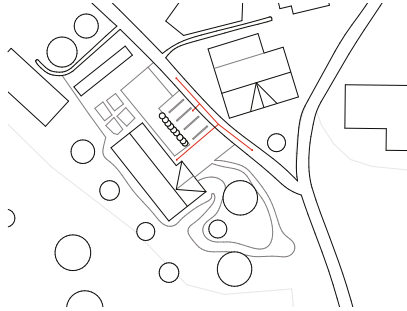
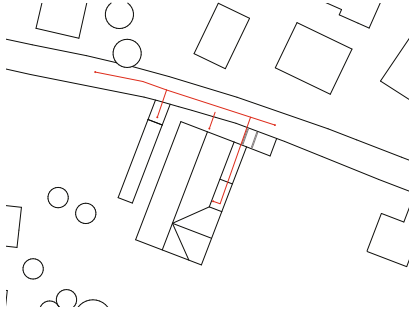
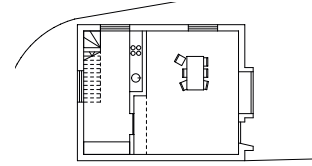
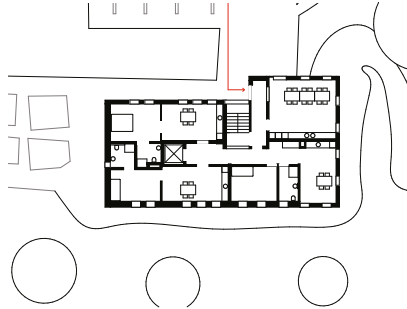
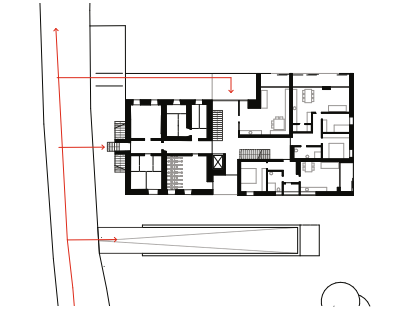
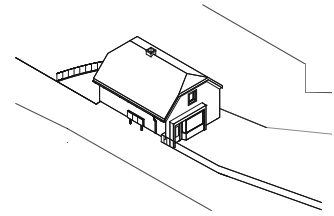
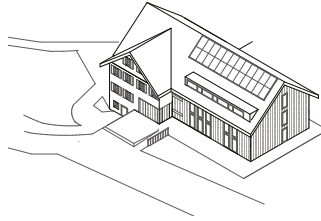
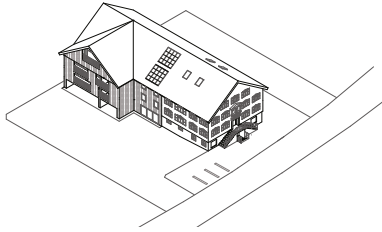
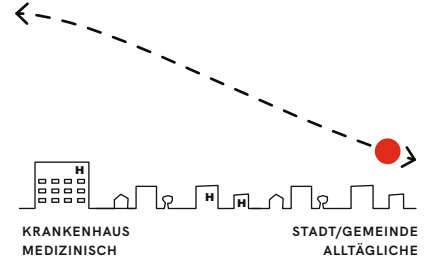
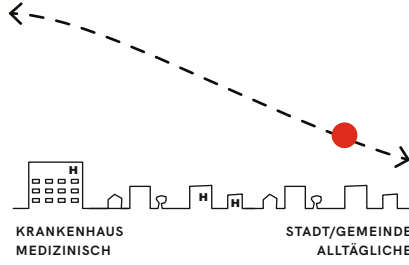
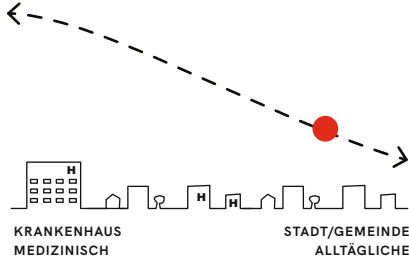
**GESUNDHEITZENTRUM
HASLACH**



HAUS MITANAND
BEZAU

MITDAFINERHUS
DAFINS

BAD ZELLER NACHBARSCHAFT
BAD ZELL



4.2

TRANSFORMATIONEN

Die Gesundheitslandschaft, wie wir sie heute kennen, wurde von medizinischen, gesellschaftlichen, technologischen und räumlichen Veränderungen geprägt. Die Entwicklung von immer größeren medizinischen Geräten und hygienischen Anforderungen führte im letzten Jahrhundert zur Entstehung von Megakrankenhäusern und zur Zentralisierung der Versorgung in Kliniken. Der ärztliche Beruf wurde akademischer und spezialisierter, was zur Bildung von hochspezialisierten Gesundheitseinrichtungen, Abteilungen und Fachärzt:innen führte. Gleichzeitig verlagerten sich Aufgaben der Fürsorge und Pflege von familiären Bereichen hin zu öffentlichen Institutionen und Infrastrukturen. Ebenso führten Veränderungen in der Siedlungsstruktur (wie die Suburbanisierung seit der Mitte des letzten Jahrhunderts) zu einem flächenmäßig gesteigerten Bedarf an Gesundheitsversorgung, der hauptsächlich durch dezentrale allgemeinmedizinische und fachärztliche Einzelpraxen abgedeckt wurde. Wenn sich diese Rahmenbedingungen ändern, bedeutet dies auch eine Transformation der Gesundheitslandschaft. Und eine solche kommt auf uns zu.

Pharmazeutische Methoden, Mobilisierung, Automatisierung und künstliche Intelligenz sind gerade dabei, Revolutionen im Gesundheitsbereich zu bewirken. Es entstehen kleinere, mobilere Geräte, fahrende Arztpraxen sowie neue Formen der Telemedizin. Existierende Standorte werden in Frage gestellt und neue ermöglicht. So sind es nicht nur neue Bedarfe, sondern auch neue Möglichkeiten, die zur Transformation der Gesundheitslandschaft führen.

Der demografische Wandel, Veränderungen in der Bevölkerungs- und Siedlungsstruktur sowie diverse Familien- und Lebensrealitäten führen zu Herausforderungen, die neue Lösungen erfordern. Früher übernahmen Angehörige oft die Pflege ihrer Familienmitglieder. Allerdings setzt dies voraus, dass die Angehörigen vor Ort sind und sich die Pflege leisten können. Dies ist jedoch immer seltener der Fall, da die Kinder weggezogen sind und Frauen sich seltener Vollzeit der Sorgearbeit widmen. Daher sind andere Strukturen erforderlich, um diese Sorgearbeit zu übernehmen. Wie diese gestaltet sein werden, ist noch offen.

Auch die Versorgungsstruktur selbst wird neu gedacht. Unbesetzte Kassenstellen, Personal-mangel in der Pflege und überlastete Ambulanzen bei gleichzeitig steigenden Kosten erfordern grundlegende Neuerungen. Während die Krankenhäuser durch Dezentralisierung, also die Verlagerung von Leistungen in dezentrale, kleine und kostengünstigere Einrichtungen, entlastet werden sollen, setzt man im niedergelassenen Bereich auf Zentralisierung. Gesundheitszentren, in denen verschiedene Leistungen (Allgemeinmedizin, Pflege, Therapieangebote, soziale Beratung, Gesundheitsförderung etc.) gebündelt werden, sollen die Versorgungsprobleme in vielen Stadtteilen und Gemeinden lösen.

Ungeklärt ist, wie sich diese neuen Orte der Gesundheit räumlich auswirken und welche Folgen die Neuausrichtung der Gesundheit auf die Planung von Gesundheitsinfrastrukturen hat. Vor diesem Hintergrund werden wir im Folgenden die wichtigsten Veränderungen und Themen unserer Gesundheitsversorgungslandschaft auf ihre Raum- und Planungsrelevanz prüfen.

4.2.1 Digitalisierung und Mobilisierung der Versorgung

Vor der Entstehung der modernen Medizin war die mobile Versorgung die Regel. Niedergelassene Ärzt:innen gab es kaum, Bader:innen besuchten ihre Patient:innen in den Wohnhäusern oder kamen in das Krankenhaus. Ihr Werkzeug passte in eine Tasche. Erst durch institutionalisierte Abläufe, spezialisierte Fachärzt:innen an einem Ort, immobile, teure Geräte (z.B. Röntgen) und die steigende Bedeutung der operativen Fächer wurde die Versorgung sesshaft und stationär.¹⁷³

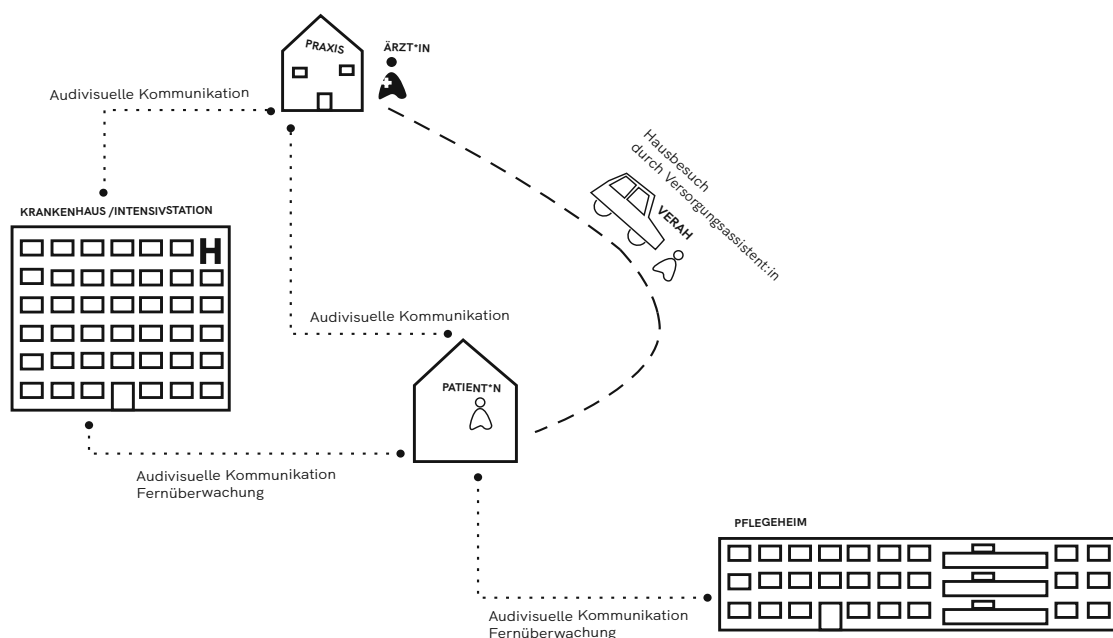
Doch viele dieser ursprünglichen Beweggründe können heute in Frage gestellt werden. Abläufe und Informationen werden in der digitalen Welt organisiert. Das notwendige Wissen ist beinahe überall abrufbar. Viele Geräte werden wieder kleiner, verfügbarer und mobiler. Minimalinvasive Operationsmethoden erlauben kürzere Aufenthaltsdauern, ambulante Operationen oder die Durchführung an weniger spezialisierten Orten.

Was Digital Health¹⁷⁴ und Mobile Health¹⁷⁵ bedeuten kann, zeigt beispielsweise das bayrische Projekt *MeDiLand – Medizin Digital zur Verbesserung der Versorgung auf dem Land*¹⁷⁶. Mit dem Aufbau eines Telemedizinnetzwerks wurde erforscht, inwieweit telemedizinische Verfahren die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum verbessern können. So wurden Ärzt:innen digital mit einem Krankenhaus verbunden und konnten Expertise aus den spezialisierten Zentren in peripheren Räumen nutzen. Sprechstunden wurden digital abgehalten. Sollte doch ein Hausbesuch notwendig sein, beispielsweise für eine Blutabnahme, kann das durch eine:n Versorgungsassistent:in erledigt werden. Ärzt:innen werden nur im Bedarfsfall zugeschaltet. Die mobilisierte Versorgung ist auch in Hessen bereits Realität¹⁷⁷. Ein Bus fährt von Dorf zu Dorf und übernimmt die Rolle einer allgemeinmedizinischen Praxis. Auch das MRT für Herzuntersuchungen wird mobil¹⁷⁸, seit der Corona-Pandemie sind Impfbusse bekannt.

In der Pflege entstehen neue digitale Lösungen, die die private Wohnung zur Pflege- und Überwachungsstation machen können, ohne dass jemand direkt vor Ort sein muss. Entwicklungen wie das *Internet of Things* (IoT) und *Smart Homes* verändern auch Gesundheitsversorgung und Pflege. Mit dem *Internet of Health Things* (IoHT) werden alltägliche Gegenstände zu *Smart Health Objects* in *Smart Home Care*¹⁷⁹. Sensoren an Alltagsgegenständen erfassen, ob der Kühlschrank geöffnet wurde, ob die Person im Bett liegt oder das Haus verlässt. Spezielle Armbänder oder Uhren überwachen den Gesundheitszustand (z.B. die Herzfrequenz, den Blutdruck oder die Körpertemperatur). Die Daten werden an Pflegestützpunkte oder an Angehörige übermittelt. Auf diese Weise kann überwacht werden, ob die pflegebedürftige Person ihren Tagesablauf wie gewohnt durchführt, Vitaldaten im Normbereich sind und ob sich die Person bewegt.

173 vgl. Wagenaar 2006, 31
174 vgl. Bhavnani, Narula, und Sengupta 2016
175 vgl. ebd.
176 vgl. Sommer 2023
177 vgl. DB Medibus o. J.
178 vgl. Schnack 2021
179 vgl. Da Costa u. a. 2018

Welche räumlichen Konsequenzen bringen diese Entwicklungen mit sich? Eine Interpretation wäre, dass es weniger spezialisierte räumliche Einrichtungen braucht, weil die Aufgaben dezentral, mobil und digital erledigt werden können. Jedoch bedeuten diese Entwicklungen eben nicht, dass Versorgungs- oder Sorgeräume nicht mehr gebraucht werden, sie verlagern sich nur aus den Institutionen in die Stadt, die Dörfer und die Quartiere. Möglicherweise geht das mit mehr Selbstbestimmtheit und Individualität einher, möglicherweise aber auch mit weniger institutionalisierter Fürsorge und Sicherheit. Was das bedeutet und welche Rolle dabei physische Orte und Infrastrukturen spielen, ist somit nicht alleiniges Feld der Gesundheitsplanung, sondern auch eine raumplanerische Frage.



4.2.2 Neue Gesunde Typen durch Zentralisierung und Dezentralisierung

Beobachten wir die Gesundheitslandschaft, sehen wir sowohl Zentralisierung als auch Dezentralisierungsprozesse. Während sich die Versorgung im Großen aus zentralen Krankenhäusern weg entwickelt bzw. entwickeln soll, wird im niedergelassenen Bereich auf Zentralisierung und Zentrenbildung gesetzt. Die Zielrichtung beider Entwicklungen ist aber ein Ähnliche: Einrichtungen wie Primärversorgungszentren, Primärversorgungseinheiten, Ambulatorien, Polikliniken etc. – also Einrichtungen, die größer als eine Gruppenpraxis und kleiner als eine Klinik sind – sollen zentrale Anlaufstellen für Patient:innen werden und den Großteil der Versorgung übernehmen. Alleine in Österreich sollen in den kommenden Jahren dutzende solche Zentren entstehen¹⁸⁰.

Für Planung und Architektur sind diese Zentren neu. Es gibt für sie keine etablierte Typologie und genauso unklar ist, welche Gebäude als Vorbild dienen (können). Funktionieren sie wie kleine Krankenhäuser oder doch eher wie Nachbarschaftszentren?

Das Gesundheitszentrum in Enns kann als Minikrankenhaus gelesen werden. Über einen großen vorgelagerten Parkplatz erschließt sich das Gebäude durch einen zentralen Eingangsbereich, links durch die zentrale Aufnahme und den Wartebereich, rechts durch die Apotheke. Hinter der Aufnahme liegt der medizinische Bereich. In einem strengen Raster werden die Behandlungsräume an der Fassade organisiert, und durch zwei parallele Gänge erschlossen. Dazwischen, im unbelichteten Bereich und von beiden Seiten zugänglich, liegen die Nebenräume. Alles scheint auf medizinische Abläufe abgestimmt zu sein – wie in einem Krankenhaus.¹⁸¹

Ganz anders funktioniert das neue Stadtteil-Gesundheits-Zentrum in Neukölln (GeKo-Berlin). Es befindet sich im Haus *ALLTAG - Haus der Parität* auf dem ehemaligen Kindl-Areal in Neukölln¹⁸². Der Neubau, teilweise aus gebrauchten Fenstern erreicht, beherbergt temporäre Wohnplätze, eine Pension und Gastronomie, soziale Dienstleistungen, nachbarschaftliche, kulturelle und gewerbliche Nutzungen¹⁸³. Das Gesundheitszentrum befindet sich in den unteren beiden Ebenen. Im Erdgeschoß ist die *Café Praxis*, der öffentliche Raum vor der Tür wird mitgenutzt. Dieses wird auf der Homepage wie folgt beschrieben:

„Die „Café Praxis“ ist für alle offen. Es ist ein Ort für Begegnung und Information, verkleidet als Café.“¹⁸⁴

Dabei wird das Café Praxis ebenso von anderen Gruppen im Quartier genutzt: der Kiezrat¹⁸⁵ tagt in den Räumlichkeiten, es finden Workshops, Ausstellungen, Vereinstreffen und Beratungen statt. Auch wenn das Stadtteilgesundheitszentrum ein breites medizinisches Angebot, eine Allgemein- und eine Pädiatrische Praxis beherbergt sowie Psychotherapie, Physiotherapie und Beratung durch Sozialarbeiter:innen anbietet, gleicht es vielmehr einem Nachbarschaftszentrum mit Café, das auch Gesundheitsversorgung anbietet, als einer spezialisierten medizinischen Einrichtung¹⁸⁶. Daher reicht es nicht, diese (rein) gesundheitsplanerisch zu betrachten. Die

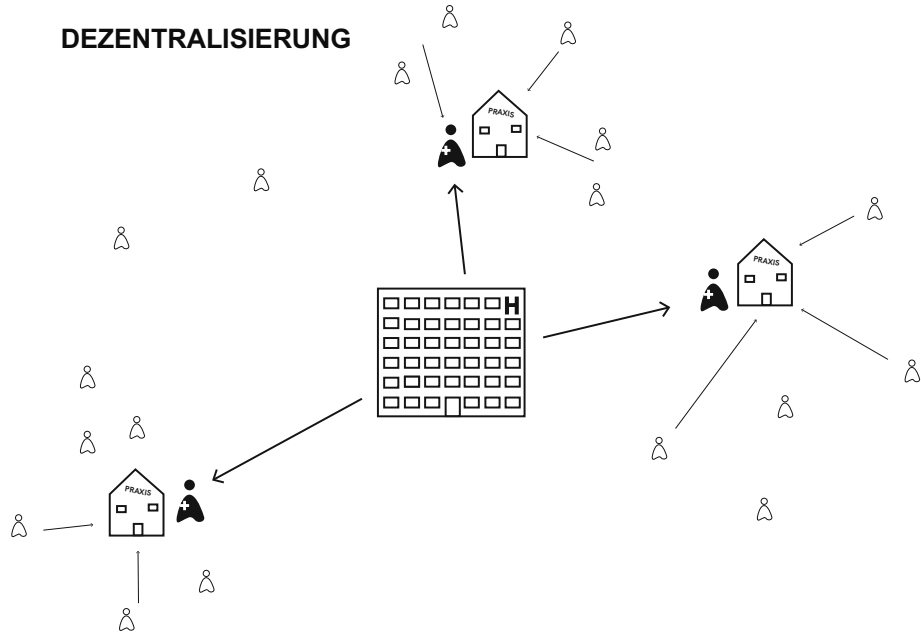
180 vgl. K. 4.3.3
181 vgl. Maierhofer u. a. 2023, 113
182 vgl. trnsfrm o. J.
183 vgl. Carpaneto 2022
184 GeKo Berlin o. J.
185 vgl. Rollberger Quartiersrat 2022
186 vgl. GeKo Berlin o. J.

Zugehörigkeit solcher Planungsaufgaben zum Spezialgebiet der Gesundheitsbauten wird damit in Frage gestellt und jahrelange Erfahrung in der Krankenhausplanung hilft bei dieser Aufgabe nicht weiter. Der Maßstab, die Typologien, die Planungsprozesse und die Akteurskonstellationen ähneln eher denen von Stadtteil- oder Nachbarschaftszentren.

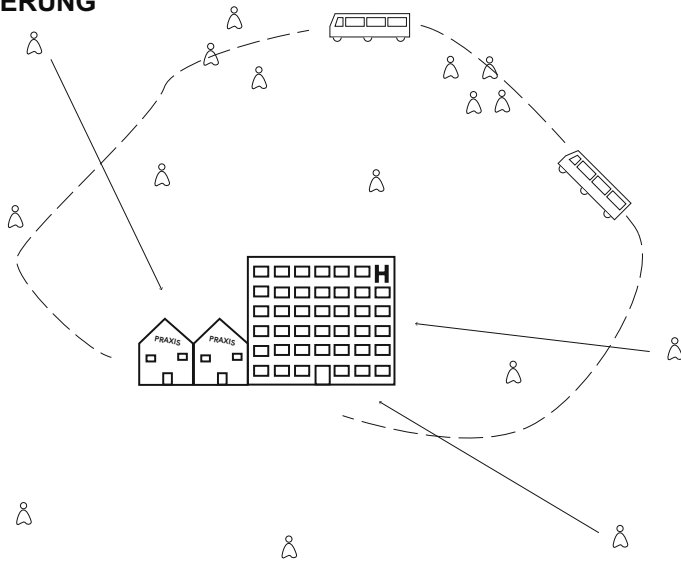
Die beiden Beispiele in Enns und Neukölln zeigen, dass das Dazwischen – zwischen Gruppenpraxis und Krankenhaus – ein weiter Bereich ist. Es gibt Gesundheitszentren, die sich auf dem Stadt-Krankenhaus-Kontinuum näher an der Stadt befinden, andere näher an oder sogar in der Krankenauswelt. Das hat Auswirkungen auf Lokalisierung im Gesundheitssystem, auf ihre Netzwerke und Kooperationspartner:innen und somit auf ihre idealen räumlichen und institutionellen Verortungen.

Für Gesundheits- und Stadtplanung stellen die neuen Gesundheitszentren eine Herausforderung dar. Wenn sich diese am Stadt-Krankenhaus-Kontinuum näher beim Krankenhaus befinden, bedeutet dies für die Gesundheitsplanung, aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten und Finanzierungen, intensive Aushandlungen und Abstimmungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich. Bei Gesundheitszentren, die sich näher am Alltag der Menschen positionieren, stellt sich die Frage, ob sie eher Teil einer integrierten Stadtentwicklungsplanung, Teil der integrierten Gesundheitsplanung oder beides sein können.

DEZENTRALISIERUNG



ZENTRALISIERUNG



4.2.3 Gesundheitsinfrastrukturen als Problem und Lösung der De-Infrastrukturalisierung

Vierorts stellt sich die Frage nicht mehr, wie die Versorgung bestmöglich zu organisieren ist oder darüber zu entscheiden, wie und wo sie verortet werden soll. Oftmals geht es schlicht darum, ob überhaupt noch eine gesundheitliche Nahversorgung vorhanden ist. Gesundheitseinrichtungen und andere soziale Infrastrukturen verschwinden nach und nach. „Die De-Infrastrukturalisierung ganzer (peripherer) Regionen ist nicht mehr zu leugnen“¹⁸⁷. Gesundheitseinrichtungen sind dabei nicht die einzigen, aber zentrale Elemente einer funktionierenden sozialen Infrastruktur. Sie stehen oft symbolisch für das Versorgt-Sein einer Region. Die Verfügbarkeit oder Nichtverfügbarkeit ärztlicher Versorgung wird als existenzielle Frage diskutiert. Wenn das Verschwinden droht, wird mit allen Mitteln gegengesteuert.

Wenn Kassenstellen nicht nachbesetzt werden, gehen Gemeinden in Vorleistung. Ein Beispiel dafür ist Weiler in Vorarlberg¹⁸⁸. Die Gemeinde bemüht sich mit dem Slogan "Charmantes Dorf sucht engagierten Arzt"¹⁸⁹ um die Weiterführung der allgemeinmedizinischen Praxis. Sie wird überregional geworben. Möglichen Interessent:innen werden beinahe kostenfreie Praxisräumlichkeiten in der neu errichteten Weiler Dorfmitte versprochen¹⁹⁰. In Konkurrenz zu anderen Gemeinden wird immer mehr angeboten und immer weniger reguliert. An Vorschriften, wie und wo Primärversorgung entstehen soll, ist in einer solchen Situation kaum zu denken.¹⁹¹

Die Weiler Dorfmitte ist ein bereits seit längerem geplantes Projekt. Der Anlass dafür kam auch nicht primär aus dem Gesundheitsbereich – im Fokus standen in erster Linie andere Infrastrukturen. In der Dorfmitte befand sich früher die Post und ein Lebensmittelgeschäft. Als diese beiden Einrichtungen absiedelten, wurden Teile des Gebäudes abgerissen, den Rest nutzte vorübergehend ein Jugendraum, bis auch dieser verschwand. Dadurch entstand eine Leerstelle in der Ortsmitte, die es zu schließen galt.¹⁹²

Die Gemeinde wollte keinen reinen Wohnbau, sondern auch Gewerbefläche, einen Treffpunkt, möglicherweise ein Café oder Gastronomie sowie die Verkehrsberuhigung der vorgelagerten Landstraße. Ein kleiner Supermarkt und ein Metzger mit Mittagstisch grenzen an das Projekt, auch sie sollten profitieren.¹⁹³

Zentrale Nutzung und wichtigster Partner in der Projektentwicklung war eine Bank. Erst als diese aus dem Projekt ausstieg, entstand die Idee, dass ein Gesundheitszentrum mit Praxis, Pflege- und Therapieeinrichtungen das neue Gebäude mit Leben füllen könnte. Das Gesundheitszentrum war also nicht der Anlass für das Projekt, es kam erst später hinzu. Wenn andere Infrastrukturen wie die Post oder die Bank wegfallen, kann die Gesundheitsversorgung die Ankerfunktion übernehmen.¹⁹⁴

187 Kersten, Neu, und Vogel 2012, 568

188 Im Rahmen von Space Anatomy wurde die Gemeinde 2020 besucht und der Bürgermeister interviewt. (vgl. Maierhofer u. a. 2023)

189 Gemeinde Weiler o. J.

190 vgl. VN 2020

191 Diese und andere Erkenntnisse wurden auf einer Space-Anatomy-Forschungsreise gewonnen. (vgl. Maierhofer u. a. 2023)

192 ebd.

193 ebd.

194 ebd.

Diese Geschichte verdeutlicht zwei Dinge. Sie zeigt, dass in Regionen, die mit Unterversorgung konfrontiert sind, kaum noch Möglichkeiten gesehen werden, Einfluss auf die Verortung und die Form der Gesundheitsversorgung zu nehmen. Wenn jemand eine Gesundheitseinrichtung eröffnen und/oder bauen möchte, wird dies beinahe überall ermöglicht, unabhängig davon, ob es den Entwicklungsplänen einer Gemeinde entspricht oder nicht. Das führt zu einer geringen Steuerbarkeit und Planbarkeit. Zweitens wird am Beispiel Weiler auch deutlich, dass es nicht nur um die Gesundheitsversorgung an sich geht. Sie ist Teil der öffentlichen Einrichtungen und Räume eines Ortes. Sie verspricht Frequenz und ist ein Symbol für eine funktionierende soziale Versorgung. In diesem Sinne müssen Gesundheitseinrichtungen nicht nur hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Versorgung betrachtet werden, sondern auch als soziale Infrastrukturen und soziale Orte. Wie wir diese stärken und erhalten können, ist sicherlich eine der entscheidenden Fragen unserer Zeit.

So weisen Kersten, Neu und Vogel in *Die demographische Provokation der Infrastruktur* darauf hin, dass die Bedeutung von Infrastrukturen über die Versorgung hinausgeht und somit auch die De-Infrastrukturalisierung ein weitreichenderes Problem darstellt¹⁹⁵. Klar ist, dass es bei beim Erhalt von sozialen (Infra-)Strukturen insbesondere auch darum geht, „Zugang und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zukünftig zu sichern“¹⁹⁶. Parallel zum Rückgang öffentlicher Einrichtungen gewinnt die Überzeugung an Bedeutung, dass selbstorganisierte Vor-Ort-Initiativen wie „Bürgerbusse, Nachbarschaftshilfe“ oder „Dorfläden“ diese Lücken schließen sollen. Doch setzt auch ein solches privates Engagement, so Kersten et.al., ein Mindestmaß an sozialen Infrastrukturen und öffentlicher Unterstützung voraus.¹⁹⁷

„Neuverteilung und Nejustierung von Infrastrukturleistungen bedeutet nicht Entstaatlichung. [...] Denn nur das Zusammenspiel von engagierter Bürgergesellschaft und leistungsbereiter Staatlichkeit ist der Garant dafür, dass sich aus der demografisch induzierten Infrastrukturkrise keine Krise der rechts- und sozial-staatlich geprägten Demokratie entwickelt.“¹⁹⁸

Gibt es keine Orte mehr, an denen sich Gruppen und Vereine treffen, erschwert das die Initiative, das soziale Zusammenleben selbst in die Hand zu nehmen. Soziale Infrastrukturen, *soziale Orte*¹⁹⁹ und *Places for the People*²⁰⁰ sind so gesehen die Voraussetzung für *Nachbarschaftlichkeit*²⁰¹ und *Dörflichkeit*²⁰².

„Schließt die Sparkasse, die Kirche, die Arztpraxis, der Kiosk, die Kneipe, der Turnverein – dann sind wir einsam.“²⁰³

Und krank.

195 vgl Kersten, Neu, und Vogel 2012, 463 und 584)
 196 ebd., 586
 197 vgl. ebd., 574 und 584
 198 ebd., 586
 199 vgl. Kersten, Neu, und Vogel 2022
 200 vgl. Klinsenberg 2020
 201 vgl. Drilling u. a. 2022
 202 vgl. Neu und Barlösius 2018
 203 Neu 2023, 270

4.2.4 Gesundheitsinfrastrukturen als neue soziale Orte

Gesundheitseinrichtungen sind soziale Infrastrukturen. Doch was macht sie dazu und was bedeutet das für die raumplanerische Perspektive? Ist es (nur) ihre Versorgungsfunktion, die von Bedeutung ist? Oder anders formuliert: Was ist „sozial“ an sozialen Infrastrukturen?

Der Versorgungsauftrag von Gesundheitsinfrastrukturen ist unumstritten. Daher nähern wir uns der Frage aus anderer Richtung, beginnen mit der direkten Umgebung und Fragen nach dem Zusammenwirken von Gesundheitsinfrastrukturen und ihren Nachbarschaften. Diese Perspektive hat ihren Ursprung in der Gesundheitspraxis. Denn die Idee der Nachbarschaft spielt in der Gesundheitsförderung eine große Rolle. Das direkte Umfeld soll Menschen zu mehr Bewegung animieren, Einsamkeit reduzieren und als Gemeinschaft einen Beitrag zur Pflege und Betreuung von Menschen leisten. Daraus ergibt sich die Frage nach der Rolle von Gesundheitsinfrastrukturen in (Gesunden) Nachbarschaften.

Bevor wir uns der Bedeutung von Gesundheitsinfrastrukturen in der (Gesunden) Nachbarschaft widmen können, muss der Nachbarschaftsbegriff im Gesundheitsdiskurs geklärt werden. Quartier und Nachbarschaft werden dabei oft synonym verwendet. So sind *Gesunde Nachbarschaft* oder *Gesundheitsfördernde Nachbarschaft* Sammelbegriffe für höchst unterschiedliche Dinge. Sie schließen Themen der Stadtteilentwicklung genauso mit ein wie gemeinschaftliche Aktionen zur Stärkung von *Nachbarschaftlichkeit* und *Caring Communities*²⁰⁴.

Trotz Ungenauigkeiten in der gelebten Praxis ist eine differenzierte theoretische Betrachtung von Nachbarschaft und Quartier erhellend. Denn sie macht deutlich, dass beiden Begriffe unterschiedliche, aber im Kontext Gesundheit und Gesundheitsplanung gleichermaßen wichtige Bezüge herstellen.

Das Verschwimmen der Begriffe resultiert insbesondere daraus, dass sich der englischsprachige Begriff *Healthy Neighbourhood*²⁰⁵ nicht einfach mit Gesunde Nachbarschaft übersetzen lässt. Die englische *Neighbourhood* meint, auf den (physischen) Raum bezogen, deutlich mehr als deutschsprachige Nachbarschaft. In der Rede von *Healthy Neighbourhoods* schwingen Bedeutungskonnotationen mit, die eher mit der Stadtteil- als der Nachbarschaftsentwicklung assoziiert werden. So behandeln Barton, Grant und Guise in *Shaping Neighbourhoods: For Local Health and Global Health* Themen wie Dichte, Mobilität, Grünraumstrukturen oder Wohnungsbau²⁰⁶. In die andere Richtung würde man zahlreiche Projekte zu *Gesunder Nachbarschaft* aus dem deutschsprachigen Raum im Englischen eher als *Community Health Projects* bezeichnen. Gesundheitliche Nahversorgung ist in beiden Fällen relevant. Sie trägt zur Quartiersstruktur bei, genauso, wie sie *Nachbarschaftlichkeit* unterstützen und stärken kann.

Im Planungsdiskurs ist Nachbarschaft ein ambivalenter und nicht unumstrittener Begriff. Wir haben es dabei gleichermaßen mit Nachbarschafts-Euphorie und -Skepsis zu. Während nachbarschaftliche Strukturen erodieren und als räumlich gefasste (kümmernde) Gemeinschaften kaum mehr existieren, wird an anderer Stelle diese Nachbarschaftlichkeit als die Zukunft des Zusammenlebens gesehen.²⁰⁷

204 Das wird an den zahlreichen Gesundheitsförderungsprogrammen erkennbar, die sich mit Gesunder Nachbarschaft auseinandersetzen. Ein Beispiel dafür ist die Initiative Auf gesunde Nachbarschaft! des Fonds Gesundes Österreich. In diesem Projekt werden Studien zur Gesundheitsfördernden örtlichen Raumplanung genauso gefördert, wie lokale Nachbarschaftsinitiativen oder Aktivitäten. (vgl. Giedenbacher u. a. 2018)

205 Eine wesentliche Publikation zu dem Thema ist unter anderen: *Shaping neighbourhoods: for local health and global sustainability* (Barton, Grant, und Guise 2021)

206 Barton, Grant, und Guise 2021

207 vgl. Drilling u. a. 2022

GESUNDE STADT

HEALTHY CITY

GESUNDE QUARTIERE

HEALTHY NEIGHBOURHOOD

GESUNDE NACHBARSCHAFT

COMMUNITY HEALTH



22: Gesunde Stadt, Quartiere und Nachbarschaften (eigene Darstellung)

Das historische Bild von Nachbarschaft, im Sinne von örtlich begrenzten Gemeinschaften, in denen die Menschen fast ihr gesamtes Leben verbringen, entspricht dabei nicht mehr der Realität. Die eine Nachbarschaft gibt nicht mehr – ein Mensch lebt meist in und mit mehreren sozialen Netzen, gleichzeitig sind an einem Ort mehrere Nachbarschaften zu finden: „Ein Ort, vielen Nachbarschaften“²⁰⁸.

Im Kontext von multiplen Krisen, Globalisierung und Digitalisierung können lokale Nachbarschaften an Bedeutung gewinnen, denn das Lokale verspricht in turbulenten Zeiten vermeintliche Sicherheit. Wenn beispielsweise familiäre Netze an Bedeutung verlieren oder schlicht nicht vorhanden sind, wird die Nachbarschaft wichtiger und soll die verschwundenen sozialen Sicherheitsnetze ersetzen.²⁰⁹

Ebenso verspricht sich die Gesundheitsförderung viel vom Ansatz der Gesunden Nachbarschaft. Barton verweist insbesondere auf die Bedarfe vulnerabler Gruppen, die weniger mobil und damit stärker auf das Wohnumfeld angewiesen sind:

„For them, the social networks in their own neighborhood, both the formal groups and informal associations, are essential for well-being“.²¹⁰

Gesunde Nachbarschaften sind dabei auch sorgende Nachbarschaften. Ohne *Sorge Tragen*²¹¹ und ohne Menschen, die sich verantwortlich fühlen, kann Nachbarschaft weder hergestellt noch erhalten werden.

„Nachbarschaft ist [...] nicht als Objekt ‚einfach da‘, sondern wird durch alltägliche Handlungen, Diskurse und Imagination immer wieder neu hergestellt und verändert.“²¹²

208 ebd., 205

209 vgl. ebd., 7

210 Barton 2016, 100

211 Dies bezieht sich hier auf die Definition von „Care“ von Joan Tronto, die nicht nur die direkte Pflegearbeit, sondern auch das Sorgetragen und das sich für Menschen und Umwelt verantwortlich fühlen, umfasst. (vgl. Tronto 2015).

212 Drilling u. a. 2022, 9

In anderen Worten: Wenn sich niemand kümmert, ist Nachbarschaftlichkeit nicht einfach da. Sie ist ein Prozess. Sie wird gemacht.

Entscheidende Fragen sind dabei: Wer kümmert sich? Wer fühlt sich für die Umgebung und die Menschen in der Nachbarschaft zuständig? Wer formuliert Anliegen und Probleme? Wer übernimmt die Aufgaben der früheren verwandtschaftlichen Sorgenetze? Wer sorgt in der sorgenden Nachbarschaft? Wer produziert Nachbarschaft? Sind das Einzelpersonen oder Institutionen und soziale Infrastrukturen? Gibt es soziale Einrichtungen und Orte oder tragen allein engagierte Privatpersonen die Verantwortung? Oft bleiben diese Fragen im Kontext von idealisierten Nachbarschaftsbildern unzureichend beantwortet. Dabei ist es zentral, ob Institutionen des Gemeinwesens die Verantwortung übernehmen oder die Sorge den Einzelnen – oft Familien– und den informellen Netzen überlassen wird.

Nachbarschaft stellt oft eine vermeintlich ideale Lösung dar, zahlreiche Probleme (Pflegekrise, Vereinsamung, ungepflegte Grünflächen, ...) informell, bottom-up und vor Ort abzufedern. Nachbarschaften kümmern sich um die Betreuung von Mitmenschen, das Zusammenleben im Quartier, schaffen Begegnungsorte und verbinden Generationen. Die Diskussion „Zentral, dezentral, egal? Wege einer integrierten Gesundheitsversorgung in urbanen und ruralen Nachbarschaften“ thematisiert diese Wiederentdeckung informeller Sorgenetzwerke und weist darauf hin, dass eine rückläufige öffentliche Finanzierung zu einer Individualisierung von Sorgearbeit und gesundheitlicher Verantwortung führt²¹³.

Die Aufgaben, die früher in den familiären Netzen, durch die öffentliche Hand oder durch kirchliche Organisationen übernommen wurden, verschwinden dabei nicht, sie verlagern sich nur. Wenn wir uns auf die Nachbarschaft verlassen und diese nicht ausreicht, bleibt die Sorgearbeit unbezahlt, informell, prekär und überwiegend von Frauen geleistet.

Dem gegenüber stehen soziale Infrastrukturen. Sie entlasten und stützen informelle Sorge- und Nachbarschaftsstrukturen. Sie sind sogar Voraussetzung für stabile, sorgende, nachbarschaftliche Netzwerke. Sie sind Orte der Nachbarschaftlichkeit.²¹⁴

Diese Räume und sozialen Infrastrukturen werden für das öffentliche, räumliche und institutionelle Gerüst, auf das Nachbarschaftlichkeit oder Dörflichkeit aufbaut, immer wichtiger. Angesichts von unsicheren, instabilen, dynamischen und sich überschneidenden Nachbarschaften können diese sozialen Infrastrukturen bei der Orientierung helfen, zur Förderung von Nachbarschaftsgefühl beitragen und als lokale Partner für Planung und Verwaltung fungieren.

Ähnliche argumentieren Kersten et al. das Soziale-Orte-Konzept. Dabei handelt es sich um:

„[...] öffentliche Orte der Begegnung und Kommunikation, des Miteinanders, der verstärkten Kontakte, an denen gemeinschaftliche Aktivitäten stattfinden und sich Menschen versichern, wofür sie einstehen. Soziale Orte gehen aber weit über das bloße Treffen und Begegnen hinaus. Sie sind Räume des inklusiven Engagements des Mitwirkens und durchaus auch des Konfliktes und des Schutzes.“²¹⁵

Wenn soziale Infrastrukturen also soziale Orte sind – was oft aber nicht zwangsläufig der Fall ist – bedeutet das mehr als Versorgung. Sie sind Ankerinstitutionen, an denen informellere Strukturen und Aktivitäten andocken können. Sie bieten Raum für Nachbarschaftsvereine, stabilisieren Caring Communities und schaffen Frequenz und Begegnung.

213 vgl. Maierhofer 2023
214 vgl. Drilling u. a. 2022, 208
215 Kersten, Neu, und Vogel 2022, 77

Das Soziale-Orte-Konzept versteht sich dabei als Ergänzung zum Zentrale-Orte-Konzept²¹⁶. Für das Zentrale-Orte-Konzept steht dabei die Versorgungsfunktion im Vordergrund²¹⁷. Soziale Infrastrukturen und Gesundheitseinrichtungen sind dabei wichtige versorgungsrelevante Ausstattungsmerkmale Zentraler Orte. Das Soziale-Orte-Konzept hingegen betont die Bedeutung für den sozialen Zusammenhalt:

„Gesellschaftlicher Zusammenhalt entfaltet sich nicht mehr »automatisch« dort, wo öffentliche Güter, Infrastrukturen und Daseinsvorsorge angeboten werden. Vielmehr stehen heute Soziale Orte einerseits und öffentliche Güter, Infrastrukturen und Daseinsvorsorge andererseits in einem Wechselwirkungsverhältnis: Einerseits bleibt die Einsicht richtig, dass sich Soziale Orte überhaupt nur dort entfalten (können), wo öffentliche Güter, Infrastrukturen und Daseinsvorsorge zur Verfügung stehen. Andererseits gilt es zu begreifen, dass öffentliche Güter, Infrastrukturen und Daseinsvorsorge heute ganz bewusst durch Soziale Orte belebt werden (müssen).“²¹⁸

Damit können Gesundheitsinfrastrukturen Orte im doppelten Sinne sein. Sie sind nicht nur Versorgungsausstattung von Zentren im klassischen Sinne, sondern gleichermaßen wesentliche Teile eines Netzes aus sozialen Orten. Folglich muss auch die Raumplanung ihre Perspektive auf Gesundheitsinfrastrukturen um genau diese soziale Dimension erweitern.

216 vgl. Kersten, Neu, und Vogel 2022, 126
217 vgl. Terfrüchte und Flex 2018, 2971f
218 Kersten, Neu, und Vogel 2022, 133

4.3

NEUE ORTE DER GESUNDHEIT

4.3.1

Neukonfiguration der Gesundheitslandschaft

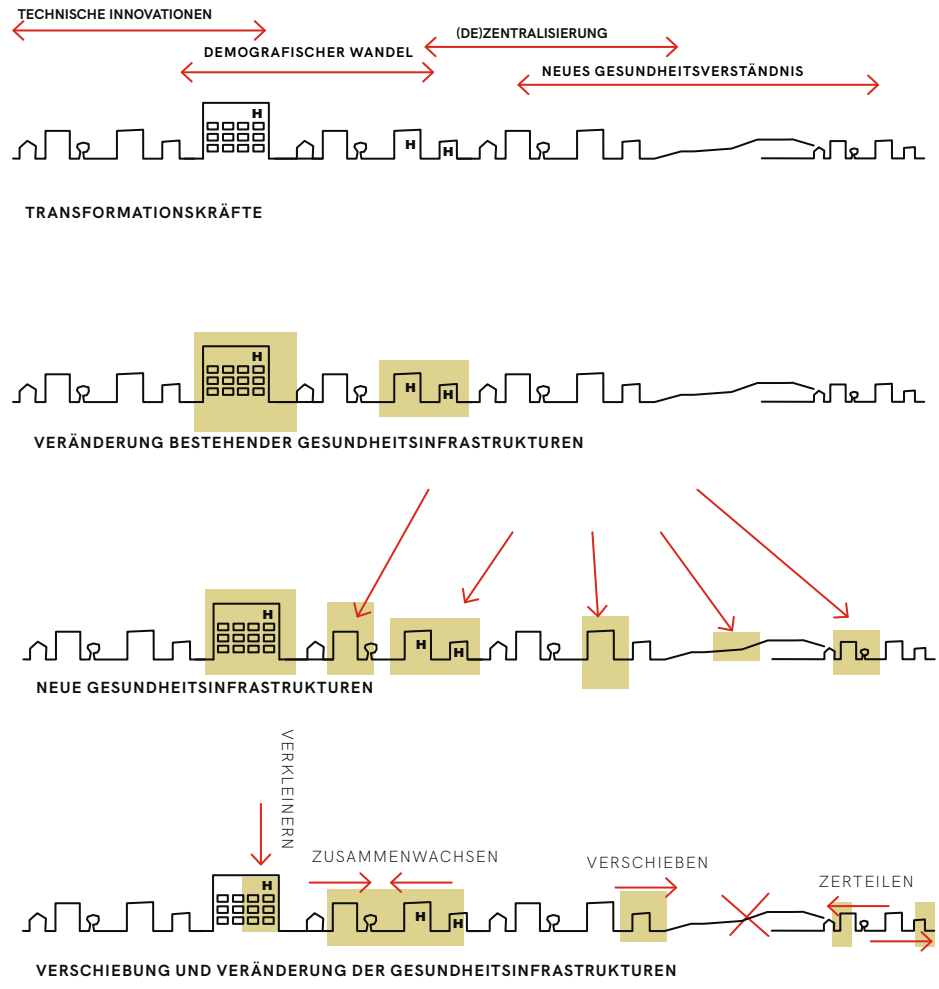
(Erscheinen, Verschwinden, Verändern und Verschieben)

Das neue Verständnis von Gesundheit, die Auflösung der Stadt-Krankenhaus-Dichotomie und die beschriebenen Veränderungsprozesse führen zu einer grundlegenden Neukonfiguration unserer Gesundheitslandschaft. Deutlich erkennbar wird dies durch die Betrachtung der konkreten (gebauten) Orte der Gesundheit. Zum einen verändern sie ihre Programme, ihre architektonische Form und Typologien, zum anderen verschiebt sich auch ihre Position entlang des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums im Raum.

Orte verschwinden, entstehen oder lösen sich in dezentralen oder mobilen Strukturen auf. Manche docken an übergeordneten Institutionen an oder schließen sich zu größeren Einheiten zusammen. Andere verändern ihre Position, verlassen die Peripherie und rücken in die Zentren unserer Gemeinschaften, Städte und Gemeinden vor.

Wir haben es mit einer Neu-Verortung der Gesundheit zu tun. Auch in Österreich entstehen solche neuen Orte der Gesundheit und der Versorgung. Gemeinsam mit Evelyn Temmel, Judith Lehner, Kathrin Schelling und Lene Benz wurde im Rahmen des Projektes *Space Anatomy* ein erster Überblick über die „räumliche Dimension österreichischer Gesundheitspraxis“ gezeichnet ²¹⁹.

Die abgebildeten Beispiele sind an unterschiedlichen Positionen des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums zu finden. Manche haben mehr mit den Krankenhäusern zu tun, andere haben mehr mit Stadtteilzentren oder Wohnbauprojekten gemein. Sie befinden sich in den Zentren der Gemeinden, am Hauptplatz oder völlig abseits beim Kreisverkehr an der Ortseinfahrt. An ihrer Entstehung waren Gesundheits- und Raumplanung in unterschiedlicher Weise beteiligt. Manchmal eine von beiden, manchmal beide, manchmal war keine der Planungswelten involviert. Einfluss auf Raum und Versorgungslandschaft haben sie so oder so.



23: Transformationen der Gesundheitslandschaft (eigene Darstellung)

4.3.2 Neue gesundheitliche Nahversorgung

Insbesondere manifestiert sich die Transformation der Gesundheitslandschaft in Form neuer wohnortnaher Gesundheitszentren. Sie werden Primärversorgungszentren (PVZ), Primärversorgungseinheiten (PVE), oder Stadtteilgesundheitszentren genannt. Gemeinsam ist ihnen der Anspruch, eine neue Form der gesundheitlichen Nahversorgung anzubieten.

Vor dem Hintergrund erodierender kleinteiliger Gesundheitsversorgung in der Fläche, überlasteter Ambulanzen in den Spitälern sowie immer umfangreicherer Aufgaben, stellen sie neue Gesundheitsinfrastrukturbausteine dar, die eine Vielzahl an Aufgaben übernehmen und Probleme lösen sollen:

- Sicherstellung der Versorgung in benachteiligten Regionen und Stadtteilen
- Entlastung der Spitäler
- Schlüsselrolle in einer *integrierten Versorgung*
- Interdisziplinäre Versorgung
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Verhältnisprävention und Gemeinwesenarbeit

Sie bilden die Schnittstelle zwischen Community und medizinischer Fachwelt und verbinden dabei, oder sind selbst, Nachbarschaftszentrum, Beratungsstelle, sozialen Einrichtung und Begegnungsraum. So können solche neuen Orte der Gesundheit insbesondere in strukturschwachen Regionen die (Gesundheits-)Versorgungssituation verbessern.

„Neuen dezentralen Einrichtungen, welche die medizinische Versorgung mit anderen Funktionen wie Gemeinschaftszentren oder Community-Center verbinden, kann die angestrebte Balance zwischen Stadt und Land unterstützt werden. [...] Lokale Zentren als Beratungsplattform und sozialer Begegnungsort, als Ort der Gesundheitsvorsorge und der Primärversorgung können eine wichtige Entlastung für die Krankenhäuser und insgesamt für die überforderte Gesundheitslandschaft sein.“²²⁰

Ebenso haben sie das Potenzial, zur Verbesserung der (räumlichen) Situation im ganzheitlichen Sinne beizutragen und als Ankernutzungen stabilisierende *soziale Orte* belebenden, identitätsstiftenden und frequenzbringenden Einrichtungen zum Erhalt oder zur Stärkung (sozial-)räumlicher Strukturen beizutragen.

Dabei können die neuen Zentren gleichermaßen als Zentralisierung und Dezentralisierung gelesen werden. Zum einen bündeln sie verschiedene Angebote des Gesundheits- und Sozialbereichs²²¹ und zentralisieren das allgemeinmedizinische Angebot und die Versorgung²²² (Zentralisierung). Zum anderen sollen sie Aufgaben der zentralen Spitäler übernehmen und diese in den dezentraleren wohnortnahen Bereich bringen (Dezentralisierung).

220 Reicher und Tietz 2022, 58f

221 Dazu gehören etwa Physiotherapie, Psychotherapie, fachärztliche Behandlung sowie Sozialberatung und Gemeinwesenarbeit.

222 Wenn etwa drei Kassenstellen in einer Gemeinde zu einem Standort zusammengeführt werden.

Überdies sind diese neu entstehenden Gesundheitsinfrastrukturen keineswegs homogen, sondern unterscheiden sich in ganz wesentlichen Merkmalen wie Größe, Ausrichtung und Integration.

- **Größe** – Von kleineren Krankenhäusern bis zu größeren Gruppenpraxen: Manchmal handelt es sich um große Einrichtungen, die in ihrer Organisation und Form an kleine Krankenhäuser erinnern, andere sind kaum größer als herkömmliche Gruppenpraxen.
- **Ausrichtung** – Von medizinischen Spezialeinrichtungen bis zum Stadtteilzentrum mit Gesundheitsangeboten. Es gibt Zentren, die sich stark auf das medizinische Kerngeschäft spezialisieren und vor allem Ambulanzen entlasten. Genauso gibt es Stadtteilgesundheitszentren, die stärker sozial-, umwelt- und gemeinschaftsorientiert arbeiten.
- **Integration** – Von funktionalen Inseln bis zu vernetzten Treffpunkten: Manche Gesundheitszentren funktionieren fast unabhängig von ihrem (sozial-)räumlichen Kontext, andere positionieren sich bewusst im Zentrum der Nachbarschaft, begreifen diese als Handlungsfeld und wirken so über ihre (räumlichen) Grenzen hinweg.

So gesehen ist auch die Rolle im Raum unterschiedlich zu bewerten. Die neuen Gesundheitszentren sind im gesamten Spektrum des Dazwischen zu finden, zwischen Krankenhaus und Alltagswelt und zwischen Gesundheits- und Stadtplanung. Sie sind genauso soziale Infrastrukturen im Stadtteil wie auch medizinische Versorgungseinrichtungen. Dabei haben diese neuen Orte der Gesundheit nicht nur gesundheitliche Versorgungsrelevanz. Sie sind eine neue Spielart der gesundheitlichen Nahversorgung, die auch neue (raum-)planerische Überlegungen notwendig macht.

4.3.3 Neue Primärversorgung in Österreich

Auch in Österreich beobachten wir eine grundlegende Umstrukturierung der gesundheitlichen Nahversorgung. So ist der Ausbau von Primärversorgungseinheiten (PVEs)²²³ ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel, das seit 2013 durch Gesetze (PrimVG), Verträge (Zielsteuerung) und Förderprogramme (Europäischer Aufbau- und Resilienzplan der Europäischen Union) vorangetrieben wird.²²⁴

Die Primärversorgungsreform zielt darauf ab, eine verbesserte und wohnortnahe medizinische Versorgung im ambulanten Bereich zu fördern, um so die Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Dazu soll einerseits die Gesundheitsförderung gestärkt und andererseits die Behandlung vom stationären in den niedergelassenen Bereich verlagert werden. Wir haben es also auch hier mit einer Verschiebung der Versorgung raus aus den Krankenhäusern und einer Erweiterung der Aufgaben über die reine medizinische Versorgung hinaus zu tun.²²⁵

Diese Erweiterung der Aufgaben wird auch von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) formuliert. Für diese sind PVEs ein wichtiger Baustein eines „gesamtgesellschaftlichen Primary Health Care-Ansatzes“²²⁶. Das bedeutet,

„[...] dass die Gesundheit von Menschen nicht nur von medizinischen Interventionen bestimmt wird, sondern auch durch eine Reihe von sozialen, wirtschaftlichen und umweltbezogenen Faktoren. [...] Das Potenzial der PVE liegt im häufigen und wiederkehrenden Kontakt mit den Patientinnen und den Patienten – der Begleitung der Menschen im Lebenslauf – und in der Kenntnis der regionalen Verhältnisse.“²²⁷

223 PVEs können entweder als Netzwerk (PVN) oder in Zentren (PVZ) organisiert sein.
224 vgl. BMSGPK 2023b
225 vgl. BMGF 2017b
226 Rojatz, Rath, u. a. 2021, 1
227 ebd.

Vor diesem Hintergrund werden PVEs zur Drehscheibe in der integrierten Gesundheitsförderung. Sie sollen Kooperationen mit regionalen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten etablieren, indem sie gesundheitsrelevante Akteur:innen und Angebote in der Umgebung identifizieren, dokumentieren und darstellen²²⁸.

Damit wirken die PVEs über das Gesundheitswesen hinaus. Sie werden zu integrierten und aktivierenden Institutionen der sozialen Infrastrukturlandschaft einer Gemeinde oder eines Stadtteiles. Besonders deutlich wird das beim Thema *Social Prescribing*. Dabei sollen gesundheitsrelevante, nicht medizinischen Bedarfe adressiert werden.

„Tanzen statt Trägheit. Kreativität statt Schwarzmalerei. Freundschaften statt Einsamkeit. Das ist das Ziel von Social Prescribing.“²²⁹

Anstelle klassischer medizinischer Behandlungen, werden Menschen Aktivitäten, Vereinsmitgliedschaften oder Kontakte *verschrieben* und vermittelt. Das können beispielsweise Tanzkurse, Museumsbesuche, Gärtnern im Gemeinschaftsgarten oder eine Mitgliedschaft in einem Sportverein sein. Dafür braucht das PVE ein Netzwerk und Kontakte außerhalb der medizinischen Welt, im Quartier oder in der Gemeinde²³⁰.

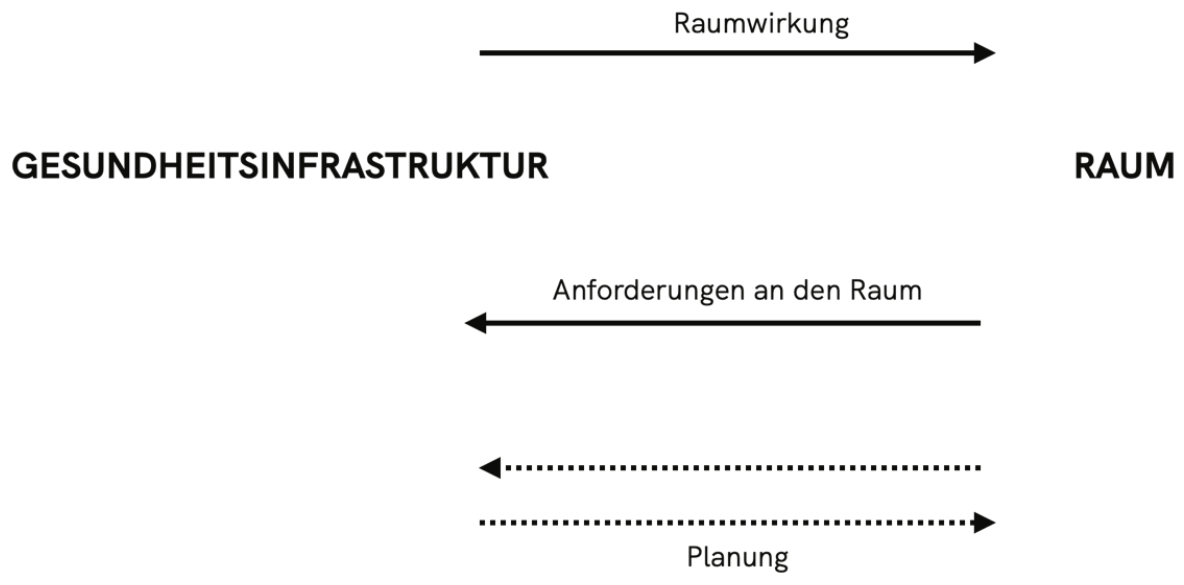
Gesetzliche Grundlage für die PVEs ist das Primärversorgungsgesetz (PrimVG). Für die grobe räumliche Verteilung (in der Körnung der Versorgungsregionen) sind die Planungsvorgaben der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSGs) maßgeblich. Konkrete, standortbezogene Bedarfe oder Besonderheiten sind in den Versorgungskonzepten der einzelnen PVEs zu berücksichtigen, die anhand von *Regionalen Versorgungsprofilen* (RVP PV) erstellt werden können²³¹.

In der Realität wurden in den letzten Jahren weitaus weniger PVEs gegründet als geplant waren. Doch der Ausbau der PVE wird weiter mit großen Anstrengungen vorangetrieben. Eine Novellierung des Primärversorgungsgesetzes soll Hürden abbauen und Gründungen erleichtern. Darüber hinaus wird der Ausbau der Primärversorgung mit 100 Mio. Euro aus der EU-Aufbau- und Resilienzfazilität (ARF) gefördert.²³²

Das neue Ziel ist eine Verdreifachung der PVEs, also auf insgesamt 120 bis 2025²³³. Es ist also zu erwarten, dass diese in der Zukunft eine tragende Rolle in gesundheitlichen Nahversorgung spielen werden und die Versorgungslandschaft verändern. Es stehen demnach die Fragen im Raum, welche räumlichen Folgen das nach sich zieht, wie die Raumplanung mit diesen Veränderungen umgeht und welche Instrumente und Strategien dafür verwendet bzw. entwickelt werden müssen.

2013:	Gesundheitsreform: Start der Neugestaltung der Primärversorgung
2017:	Zielsteuerungsvertrag: Stärkung der Primärversorgung wird vereinbart
2017:	Beschluss Primärversorgungsgesetz (PrimVG)
2019:	Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten
2021-2026:	100 Millionen Euro für die „Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“ (im Rahmen der EU-Aufbau- und Resilienzfazilität, kurz RRF). Novellierung des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG)
2023:	Es gibt 44 PVEs in Österreich.
Stand 12.07.2023:	

228 vgl. ebd.
229 Redaktion Gesundheitspark 2023
230 vgl. Rojatz, Antosik, u. a. 2021
231 vgl. Röthlin u. a. 2022
232 vgl. BMSGPK 2023b
233 vgl. Bundeskanzleramt 2023



NEUE GESUNDHEITSINFRASTRUKTUREN IN DER (RÄUMLICHEN) PLANUNG

Die vorherigen Abschnitte haben die räumliche Bedeutung der Gesundheitsinfrastruktur verdeutlicht. Wo und wie sie entsteht, beeinflusst die Entwicklung unserer Städte und Gemeinden. Damit sind sie ein Thema der Raumplanung. Deshalb: Wer die Entwicklung von Raum gestalten will, muss Gesundheitsinfrastrukturentwicklung planen. Oder: Wer Gesundheitsinfrastrukturentwicklung plant, gestaltet die räumliche Entwicklung.

Dabei ist die Erkenntnis, dass räumliche Entwicklung nicht nur von räumlicher Planung beeinflusst wird, keineswegs überraschend oder neu:

„Nicht nur konzeptionelle räumliche Planung, Bauleitplanung, Stadterneuerung, Verkehrs- und Grünplanung verändern unsere Städte. Auch Standortentscheidungen für die kommunale Infrastruktur wie Schulen, Kindertagesstätten und Kultureinrichtungen, die sowohl fachlich als auch politisch begründet sein können, oder die Ausgestaltung der aktuellen Energiewende wirken sich in der Stadtentwicklung aus.“²³⁴

Somit muss eine Planung, die Stadt- und Stadtentwicklung in ihrer Gesamtheit und Komplexität versteht, den Gesundheitsbereich mitdenken. Umso erstaunlicher ist die bisherige Zurückhaltung der Raumplanung im Umgang mit Gesundheitsinfrastrukturen, sowohl bei der Bestrebung, Räume für Gesundheit zu planen, als auch Gesundheitsinfrastrukturen anhand ihrer Raumwirkung als Bausteine – Instrumente – für räumlichen Entwicklungen einzusetzen.

Dabei ist der Planung das integrierte Handeln und die Abstimmung mit anderen Sektoren durchaus vertraut²³⁵. Das lässt vermuten, dass es auch im Zusammenhang mit Gesundheitseinrichtungen Mittel und Wege gibt, diese in das Repertoire der planbaren Stadtbausteine aufzunehmen und ihre räumliche Wirkung nicht nur passiv hinzunehmen. Wenn Bereiche wie Verkehr, Bildung, Kultur, Handel und Produktion berücksichtigt werden können, sollte das auch für die Gesundheit gelten. Die Suche nach Wegen, Raum und Gesundheit zusammenzudenken, ist herausfordernd, aber keineswegs aussichtslos.

Deshalb widmet sich dieses Kapitel der Frage, wie die Raum- und Stadtentwicklungsplanung die Verortung neuer Gesundheitseinrichtungen gestalten kann. Welche Möglichkeiten gibt es? Wie können diese eingesetzt werden und welche neuen Instrumente und Strategien kommen dafür in Frage?

Zu Beginn wird die Wiederentdeckung sozialer Infrastrukturen im Planungsdiskurs beschrieben und die Bedeutung für den Umgang mit Einrichtungen im Gesundheitsbereich erörtert. Anschließend wird untersucht, welche Möglichkeiten formelle und informelle Planung bereits bieten, um mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens umzugehen²³⁶.

234 Heinig 2022, 10

235 So spielen etwa Bildungsbauten seit längerem eine wichtige Rolle in der Entwicklung neuerer Quartiere. Ebenso wird oft ein hoher Planungsaufwand betrieben, um eine integrierte Entwicklung von Handel und Gewerbe zu ermöglichen.

236 Diese Arbeit beschränkt ihre Untersuchungen diesbezüglich auf Österreich.

5.1

RENAISSANCE: DIE WIEDERENTDECKUNG SOZIALER INFRASTRUKTUR

Der Öffentliche Raum dominiert den stadtplanerischen Diskurs. Er gilt als strukturgebendes Element und bildet so das Grundgerüst, den Grundriss unserer Städte.

„Öffentliche Räume verbinden und erschließen Städte, bilden ihre innere Struktur, dienen der räumlichen Mobilität der Menschen, dem Transport und Konsum von Waren etc. In ihnen findet gesellschaftliches Leben statt, werden Vielfalt und Verschiedenheit der Stadtgesellschaft, aber auch Toleranz, Integration oder Ausgrenzung sichtbar. Sie sind Orte des Aufenthaltes, bieten Gelegenheit zur Begegnung“²³⁷

Doch nicht nur der öffentliche Raum formt die Struktur unserer Städte. Auch öffentliche Einrichtungen, Institutionen und Infrastrukturen tragen einen wesentlichen Teil zur Orientierung, zur Struktur aber auch zu Zusammenleben, Gemeinwesen und Öffentlichkeit bei.

„Museen, Theater, Krankenhäuser, Schulen und Universitäten sind wichtige Stadtbild prägende Gebäude oder Ensembles; als soziale und kulturelle Infrastruktur stellen sie ein unverzichtbares Element in der Stadt dar.“²³⁸

Sie sind die „primären“ Elemente einer Stadt, sie stiften „Sinn und Identität“²³⁹. Somit sind soziale Infrastrukturen nicht nur versorgungsrelevant, sie haben auch eine raum- und gesellschaftsordnende Funktion. Städtische Orte wie Bildungseinrichtungen und Rathäuser sowie Kirchen aber auch Spitäler prägen das Bild von Städten und Gemeinden²⁴⁰. In den letzten Jahren wird dieser Funktion wieder mehr Aufmerksamkeit geschenkt und sie rückt von verschiedenen Blickwinkeln her wieder in den Fokus.

Eva Barlösius verhandelt zum Beispiel in dem Text *Infrastrukturen als soziale Ordnungsdienste* das „Verhältnis von Infrastruktur und Dörflichkeit“²⁴¹. Barlösius versteht unter Dörflichkeit kein Phänomen, das auf das ländliche Dorf beschränkt ist oder ausschließlich in ländlichen Gegenden zu finden ist:

„Dörflichkeit [...] eignet sich, eine eigene Art sozialer Beziehungen, Verpflichtungen und Ansprüche begrifflich zusammen zudenken. Diese sozialen Eigenschaften können auch jenseits eines Dorfes entstehen und praktiziert werden: Sie können sich im Kiez und im Arrondissement herausbilden und nicht in allen Dörfern haben die sozialen Beziehungen, Verpflichtungen und Ansprüche den Charakter von Dörflichkeit.“²⁴²

In Fallstudien untersucht sie, wie und wann soziale Infrastrukturen zur Dörflichkeit beitragen²⁴³. In ihren Schlussfolgerungen benennt Barlösius insbesondere die räumliche Fixierung als Voraussetzung:

„Entscheidend ist, dass es sich um konkrete und nicht um abstrakte Orte handelt, gerade ihre ‚räumliche Festgelegtheit‘ (Simmel 1992: 706) prädestiniert diese Einrichtungen dazu, in verdörflichte Infrastrukturen transformiert zu werden.“²⁴⁴

Es ist also nicht die Zugänglichkeit zu Versorgung, die über Erreichbarkeiten abgebildet wird und auch durch digitale oder mobile Dienste hergestellt werden kann, sondern es sind die tatsächlichen Orte, Gebäude und Institutionen, die Dörflichkeit möglich machen. Somit

237 Selle und Berding 2019, 1641

238 Kataikko 2016, 143

239 Reicher 2016, 216

240 vgl. ebd.

241 Neu und Barlösius 2008

242 ebd. Neu und Barlösius 2018, Editorial

243 vgl. Barlösius 2019, 100

244 ebd. 2019, 111

haben Planung und Verortung von sozialen Infrastrukturen auch immer eine räumlich-strukturierende Dimension.

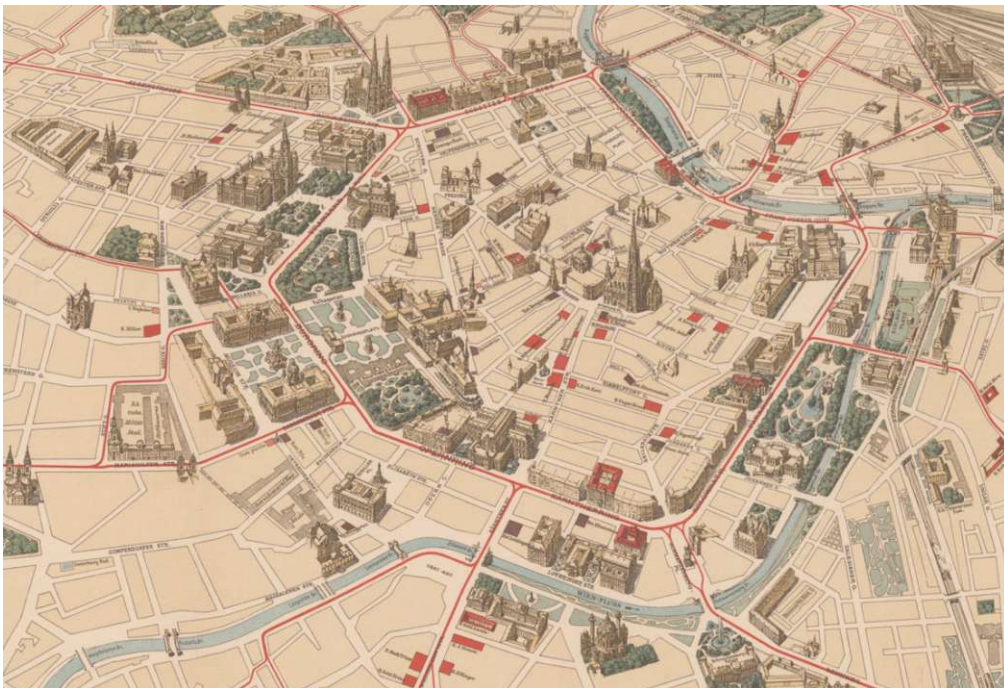
Ebenso befasst sich Eric Klinenberg mit sozialen Infrastrukturen. 2018 erschien sein in breiter Öffentlichkeit diskutiertes Buch *Palaces for the people: how social infrastructure can help fight inequality, polarization, and the decline of civic life*²⁴⁵. Spätestens zu diesem Zeitpunkt lässt sich im öffentlichen Diskurs von einer „Renaissance der sozialen Infrastrukturen“ sprechen.²⁴⁶

Klinenberg bezieht sich auch auf Jane Jacobs *The Death and Life of Great American Cities*²⁴⁷ und erweitert bzw. fokussiert ihren Zugang zum öffentlichen Raum um die Dimension sozialer Infrastrukturen:

„[...] public places and institutions play a pivotal role in the daily lives of our neighborhoods and communities. On good days, they can determine how many opportunities we have for meaningful social interactions. On bad days, especially during crises, they can mean the difference between life and death.“²⁴⁸

So gesehen sind soziale Infrastrukturen – so wie der Öffentliche Raum – *lebenswichtiger* Teil unserer Städte und Gemeinden. Gesundheitsinfrastrukturen sind immanenter Teil dieser sozialen Infrastrukturlandschaft und können somit zu Barlösius' *Dörfllichkeit* beitragen und zu Klinenbergs *Places for The People* werden.

„Jede Stadt besteht aus diesem Grundgerüst aus Bauten und öffentlichen Räumen. Sie definieren den Stadtraum und dienen den Menschen zur Orientierung und Identifikation mit der Stadt. Es ist das kulturelle Kapital einer Gesellschaft.“
(Nickl 2013: 86)



25: Ausschnitt aus dem Monumental-Plan der Haupt- und Residenzstadt Wien (Petrovits 1887)

- 245 Klinenberg 2018; Die spätere Ausgabe trägt den geänderten Titel *Palaces for the people: how to build a more equal and united society* (Klinenberg 2020)
- 246 Bemerkenswert ist in Zusammenhang mit dieser Arbeit auch, dass sich Klinenberg davor schon mit dem Thema Soziale Isolation und Gesundheit (Klinenberg 2016) beschäftigte und der Gesundheit auch in *Palaces for the people: how social infrastructure can help fight inequality, polarization, and the decline of civic life* ein eigenes Kapitel widmet.
- 247 Jacobs 1961
- 248 Klinenberg 2020, 226

5.2

NEUE GESUNDHEITSINFRASTRUKTUREN IN DER FORMELLEN PLANUNG

Die formelle Planung trennt zwischen Raum- und Gesundheitssystemplanung. Wie und wo Gesundheitseinrichtungen entstehen sollen und dürfen, steuert die Gesundheitsplanung. Die Raumplanung hat kaum formelle Instrumente, um über die Verortung von Gesundheitsinfrastrukturen zu entscheiden.

Eine eigene Widmungskategorie für Gesundheitseinrichtungen gibt es meist nicht. Ganz im Gegenteil sind Gesundheitseinrichtungen in nahezu jeder Widmungskategorie möglich und zu finden.

So sind die Flächen von Krankenhäusern nicht einheitlich definiert: Die Klinik Landstraße steht im gewidmeten Wohngebiet, während sich die Klinik Floridsdorf im gemischten Baugebiet befinden²⁴⁹. Außerhalb Wiens werden Krankenhäuser oft als Sondergebiete mit dem Zusatz Krankenhaus oder Krankenanstalt gewidmet.²⁵⁰

Gleiches gilt für den Extramuralen Bereich. Auch hier gibt es kaum einheitliche Vorgaben. So sind Praxen und Ambulatorien etwa in umfunktionierten Wohnungen in Gründerzeitvierteln, Einkaufszentren oder in den Einfamilienhäusern der Ärzt:innen zu finden.

Die Gesundheitsplanung könnte als raumrelevante Fachplanung auch Ziele der räumlichen Entwicklungsplanung berücksichtigen. Doch sind ihre formellen Steuerungsmöglichkeiten auf örtlicher Ebene ebenso begrenzt. Die Gesundheitsplanung hat zwar die Möglichkeit, mittels ÖSG und RSG Vorgaben zur Verteilung von Primärversorgung zu machen²⁵¹, jedoch beschränkt sich diese Steuerungsmöglichkeit auf die Zuordnung zu einzelnen Versorgungsregionen. Diese Regionen sind aber so großmaßstäblich und divers, dass sie, wenn überhaupt, eher auf regionaler als auf kommunaler oder städtischer Ebene wirksam werden²⁵².

Die fehlenden (formellen) Planungsmöglichkeiten waren für die räumliche Entwicklung von Gesundheitsinfrastruktur lange nahezu irrelevant. Die Frage, wo sich Einzelpraxen ansiedeln, hatten keine Bedeutung. Weder brauchten diese Praxen besondere Typologien, sie konnten sich sowohl in Wohnungen als auch in Erdgeschossflächen einrichten, noch veränderten sie im erheblichen Maße das räumliche Gefüge von Städten, Quartieren und Regionen.

Krankenhäuser hingegen hatten und haben einen so enormen Einfluss auf die räumliche Struktur von Städten und Regionen, dass sie ohnehin außerhalb der alltäglichen Planungsroutine verhandelt werden. Sie sind Großprojekte, die in der Planung bedacht und deren Planung räumliche Entwicklungen und Wirkungen berücksichtigen sollte. Neue Krankenhausstandorte oder die Schließung von Kliniken sind seltene und gleichzeitig weitreichende Ereignisse, die unzählige Sektoren und politische Interessen berühren. Wie solche Planungs- bzw. Entscheidungsprozesse aussehen, ist dabei kaum standardisiert. Bezüglich der architektonischen

249 vgl. Flächenwidmungsplan der Stadt Wien

250 Beispielsweise in St. Pölten, Klagenfurt oder Salzburg.

251 vgl. K. 3.5.2

252 So gliedert sich beispielsweise Wien in drei, Salzburg in zwei oder Oberösterreich in sechs Versorgungsregionen. („ÖSG 2017 – Regionale Gliederung (Excel)“ 2020)

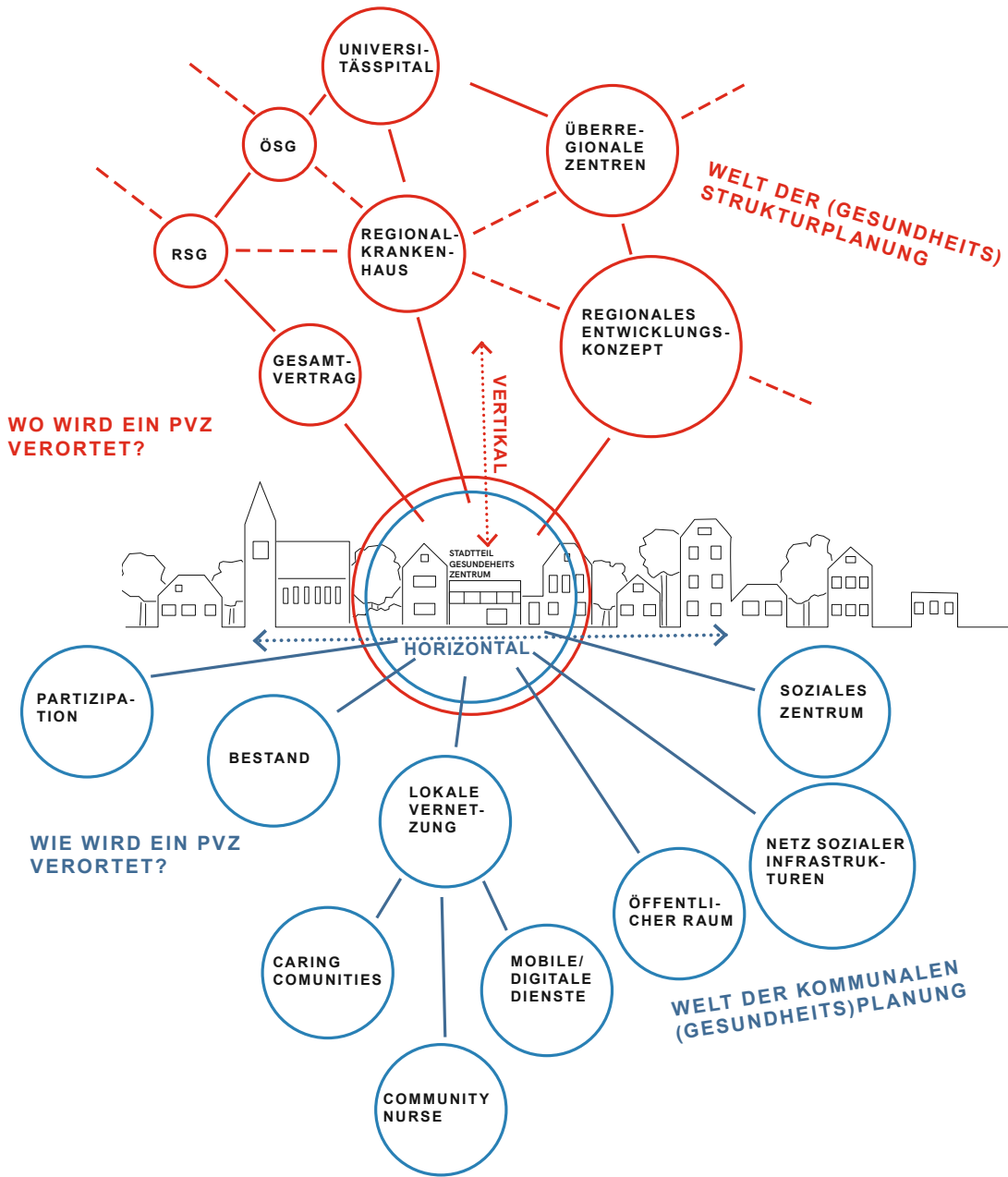
Planung von Krankenhäusern heißt es: Jedes Krankenhaus ist ein Prototyp. Ähnliches gilt wahrscheinlich auch aus raumplanerischer Perspektive.

Doch sehen wir uns nun mit neuen Gesundheitsinfrastrukturen konfrontiert, die einen neuen planerischen Umgang erfordern. Bis jetzt waren Krankenhäuser zu groß und zu relevant, Einzelpraxen hingegen zu klein und zu irrelevant, als dass letztere in der formellen Planung eine große Rolle zu spielen gehabt hätten. Neue Gesundheitszentren positionieren sich dazwischen. Sie sind zu umfangreich und zu räumlich einflussreich, um planerisch ignoriert werden zu können, aber zu klein und zu häufig, um als außergewöhnliches Ereignis genug Aufmerksamkeit zu generieren. Dabei ist klar: Wenn in Österreich, wie angekündigt, dutzende solcher Zentren entstehen, wird das einen immensen Einfluss auf die Raum- und Stadtentwicklung haben.²⁵³

Die Frage ist auch, ob wir dafür neue raumplanerische Instrumente für die Gesundheitsinfrastrukturplanung brauchen (z.B. eine Sonderwidmung). Eine solche spezielle Gesundheitsplanung könnte aber die Gesundheit wiederum isolieren. Wie wir bereits wissen, betrifft die Fragestellung auch andere soziale und kulturelle Infrastrukturen – *soziale Orte*, die wir in unseren Gemeinden und Stadtteilen ebenso dringend nötig²⁵⁴. Es bedarf also vielmehr einen räumlich-strategischen Umgang mit öffentlich geplanten, gebauten, betriebenen, finanzierten und/oder geförderten Einrichtungen. Es geht um die Sicherstellung der Versorgung. Es geht aber auch um Raum, genauer um eine raumsensible soziale Infrastrukturentwicklung.

Für die Raumplanung bedeutet das, auch mit formellen Instrumenten, Räume für soziale Infrastrukturen in den Zentren zu sichern und deren Ansiedlung in peripheren Gebieten entgegenzusteuern. Für die Gesundheitsplanung bedeutet das wiederum, raumplanerische Ziele zu berücksichtigen²⁵⁵. Dabei stoßen beide Planungswelten auf kommunaler Ebene an Grenzen, die Konzepte notwendig machen, welche über das formelle Instrumentarium hinausgehen und nach integrierten Lösungen verlangen.

253 vgl. K. 4.3.3
254 vgl. K. 4.2.4
255 vgl. Diller 2018, 1029



5.3 GESUNDHEITSINFRASTRUKTUREN IN DER INTEGRIERTEN PLANUNG

*Integrierte Planung*²⁵⁶ ist ein zentraler Begriff im Stadt- und Gesundheitsbereich. In der Gesundheit bedeutet das:

„Integrative Planung bezieht idealerweise alle Elemente des Versorgungssystems sowie ihre Beziehungen und Wechselwirkungen gleichzeitig und in eine Gesamtschau ein.“²⁵⁷

Dabei beschränkt sich integrierte Planung meist auf Akteur:innen und Einrichtungen innerhalb des Gesundheitswesens. Die Raumplanung weist ebenso eine Tradition der Integrierten Entwicklungsplanung auf. Diese basiert auf der Tatsache, dass zahlreiche raumbezogene Herausforderungen nicht allein vom Raumplanungssektor bewältigt werden können. Stadtentwicklung ist dabei nie nur Ergebnis spezifisch planerischer Entscheidung. Sie ist vielmehr Resultat unterschiedlicher politischer, sozialer, wirtschaftlicher oder privater Aktivitäten.²⁵⁸

In diesem Zusammenhang ist der Gesundheitsbereich jedenfalls ein großer räumlicher Faktor. Wo Krankenhäuser entstehen oder verschwinden, werden Regionen gestärkt oder geschwächt. Wo Gesundheitszentren eröffnen, verändert sich das räumliche Gefüge. Es ist also entscheidend, den Gesundheitsbereich und seine Infrastrukturen in die Stadtplanung einzubeziehen – zu integrieren.

Jedoch ist der Gesundheitsbereich keineswegs homogen, sondern umfasst eine Vielzahl von Akteur:innen. Dazu gehört die sektorale Gesundheitsplanung und -verwaltung. Diese umfassen aber auch Unternehmen, also privat geführte Gesundheitseinrichtungen wie Praxen, PVEs oder Ambulatorien und andere Initiativen wie etwa Selbsthilfegruppen oder Interessensvertretungen.

Heinig beschreibt in seinem Buch *Integrierte Stadtentwicklungsplanung*²⁵⁹ drei Ebenen der Integration: Fachliche Integration, Integration von Akteur:innen und Mehrebenenintegration. Alle betreffen die Gesundheitsplanung. So müssen Heinig zufolge Gesundheitsinteressen und die Entwicklungen von Gesundheitsinfrastrukturen eingebunden werden (Fachliche Integration), Betreiber:innen von Gesundheitseinrichtungen seien wichtige Akteur:innen in Quartieren, Städten und Regionen (Integration von Akteur:innen) und auch die Herausforderungen unseres Gesundheitssystems können nicht (nur) lokal oder (nur) übergeordnet gelöst werden (Mehrebenenintegration).

Der Stadtentwicklungsplanung stehen für die Integrierte Planung eine Reihe von Handlungsmöglichkeiten – eine Art *Instrumentenbaukasten* – zur Verfügung. Die Frage ist, inwieweit dieser Baukasten für Gesundheitsinfrastrukturen genutzt werden kann. „Dabei geht es einerseits darum, ob und wie ich bestimmte Instrumente nutze, oder ob ich andererseits neue Instrumente entwickeln muss“²⁶⁰. Einige von ihnen sollen in folgenden Abschnitten mit Bezug auf das Thema Gesundheit diskutiert werden.

256 Die Begriffe „integriert“ und „integrativ“ werden oft synonym verwendet. Integrierte Planung bedeutet – so wie der Begriff meist verwendet wird – nicht nur selbst integriert zu sein, sondern auch integrativ zu agieren.

257 ÖSG 2017, 205

258 vgl. Heinig 2022

259 Heinig 2022, 19

260 Heinig 2022, 74

5.3.1 Gemeinsame Grundlagen, Analysen und Ziele

Grundlage jeder Planung sind Informationen, Analysen und Daten. Darüber hinaus geben übergeordnete Ideale und Ziele die angestrebte Entwicklungsrichtung vor²⁶¹.

In der Vergangenheit gehörten die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und das Verfolgen gesundheitlicher Ziele zum stadtplanerischen Selbstverständnis. So würden etwa Bauordnungen, die die Ausnutzbarkeit – und damit die ökonomische Verwertbarkeit – von Grundstücken einschränkten, aber die Mindeststandards (Abstand, Belichtung, Größe) sicherten, mit gesundheitlichen Argumenten durchgesetzt. Im Laufe des letzten Jahrhunderts wurde die Gesundheit jedoch aus dem Planungsdiskurs verdrängt und ökonomische, ökologische und soziale Belange lösten die Gesundheit Planungsziele – Gesundheit war zwar mitgemeint, stand aber nicht im Vordergrund²⁶².

Doch dieses Zugehörigkeitsverhältnis lässt sich auch von der anderen Seite aus betrachten. Mit der ganzheitlichen Konzeption von Gesundheit und Gesunder Stadt ist viel von dem, was eine gute Stadtplanung ausmacht, automatisch mitgemeint: Sie ist klimagerecht, sozial, resilient und ökologisch.

In dieser Grundlagenarbeit kann der Gesundheitsbereich auch Heute auf verschiedenen Maßstabebenen wichtiger Partner sein. Auf der Ebene der Gesamtstadt geben räumliche Gesundheitsdaten Aufschluss darüber, wo es geringe Gesundheitschancen, Versorgungslücken und somit große Handlungsbedarfe gibt. Im Quartier – vor Ort – haben Gesundheitseinrichtungen oft einen guten Überblick über die lokale Situation, sind im Kontakt mit vielen Menschen, haben Wissen über Themen, Probleme und Ressourcen im Stadtteil und können so bei kleinräumigen Erhebungen helfen.

Darüber hinaus gibt es übergeordnete gesundheitspolitische Planungen und Ziele, die in Raumplanung miteinbezogen bzw. abgestimmt werden sollten. Das sind solche, die die Gesundheitsversorgungslandschaft betreffen²⁶³, aber auch Zielvorgaben oder Strategien der Gesundheitsförderung, wie etwa die *Österreichischen Gesundheitsziele* oder das *SDG 3: Gesundheit und Wohlergehen* der Vereinten Nationen²⁶⁴.

5.3.2 Integrierte Finanzplanung und Subventionen

In Österreich werden jährlich über 50 Mio. € für Gesundheit ausgegeben, das meiste davon aus öffentlicher Hand²⁶⁵. Damit wird auch räumliche Entwicklung beeinflusst. Unabhängig vom Ursprungsressort haben Finanzplanung, Investitionen und Subventionen fast immer eine räumliche Dimension. Die Ressorts, die über die Finanzmittel verfügen, versuchen diese zwar inhaltlich möglichst zielgerichtet einzusetzen, doch auch wenn Förderungen aus der

261 vgl. Heinig 2022, 87

262 vgl. Rodenstein 1988; vgl. Maierhofer 2016, 117

263 z.B. ÖSG, RSG, Spitalsplanung

264 vgl. BMGF 2017a; vgl. Vereinte Nationen 2015

265 vgl. Statistik Austria 2023

Ressortperspektive genau da ankommen, wo sie sollen, können diese Gelder aus raumplanerischer Perspektive eine flächendeckende Gießkanne darstellen.²⁶⁶

Dabei hat der Gesundheitsbereich ein erhebliches budgetäres Gewicht. Umso wichtiger ist es, raumrelevante Investitionen im Gesundheitsbereich mit Entwicklungszielen der Stadt- und Regionalplanung abzustimmen und räumlich zu steuern²⁶⁷. Das betrifft etwa Investitionen in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser. Sie sind öffentlich finanzierte Infrastrukturen mit erheblicher räumlicher Relevanz. Sie verbrauchen Flächen und verändern Zentralitäten, Mobilität, das Netz sozialer Infrastrukturen sowie den öffentlichen Raum.

Gleiches gilt für die wohnortnahe Versorgung. Wenn in Österreich der Ausbau von PVEs mit 100 Millionen Euro gefördert wird, sollte das aus raumplanerischer Sicht auch an räumliche Kriterien geknüpft werden (Innenentwicklung, öffentlicher Erreichbarkeit oder Bodenverbrauch)²⁶⁸.

5.3.3 Gesundheitsinfrastrukturen als Raumfrage

Ganz grundsätzlich gilt: Gesundheitsversorgung braucht Fläche. In neuen Stadtentwicklungsgebieten stellt sich deshalb die Frage, wer diese bereitstellt. In der Vergangenheit wurden sie mit dem Wohnbau oder Gewerbe mitentwickelt. Dabei handelte es sich jedoch nicht um spezielle Typologien, sondern lediglich um einfache Erdgeschossflächen oder Wohnungen, die von Gesundheitseinrichtungen genutzt werden konnten.

Für die neuen Stadtteilgesundheitszentren reicht das nicht aus. Diese haben spezifischere typologische Anforderungen, sind größer, stehen im engeren Bezug zum Öffentlichen Raum und brauchen Raum für etwaige Veränderungen. Solche Flächen werden mit dem Wohnbau nicht mehr einfach mitgeplant und mitgebaut, sie erfordern spezifische Planungsstrategien und aktive Planung.

Eine Option bestünde darin, ein Baufeld oder einen Teil eines Baufeldes für ein Stadtteilgesundheitszentrum vorzusehen. Allerdings gibt es eine Diskrepanz zwischen den zeitlichen Planungshorizonten: Geht es bei Stadtentwicklungsprojekten um Zeiträume von Jahren, wollen Betreiber:innen von PVEs diese meist deutlich kurzfristiger eröffnen.

Die Planung könnte aber davon ausgehen, dass Stadtteile jedenfalls ein gewisses Maß an soziokultureller Infrastruktur brauchen und könnte diese einplanen. Doch die grundlegende Frage bleibt: Wer errichtet sie und wer geht in Vorleistung? Gemeinnützige Wohnbauträger haben dafür oft keinen Auftrag.

266 vgl. Heinig 2022, 75

267 ebd.

268 vgl. K. 4.3.3

Betrachten wir zwei Projekte, die in neuen Stadtteilen Raum für Gesundheitszentren geschaffen haben:

- In Berlin wurde 2021 das Haus Alltag im Vollgut-Areal eröffnet. Es beherbergt neben anderen sozialen Nutzungen auch das Stadtteilgesundheitszentrum des Gesundheitskollektivs Berlin (kurz: GEKO Berlin). Ermöglicht wurde das Projekt durch die Stiftung Edith Maryon, die das Ziel hat, Grundstücke der Spekulation zu entziehen und einem dauerhaften sozialverträglichen Nutzen zuzuführen.²⁶⁹
- In Wien entstand 2021 im Sonnwendviertel das Gesundheits- und Sozialzentrum Cape 10. Auch in dem Gebäude befindet sich neben anderen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen ein PVE. Wie das Haus Alltag wurde auch Cape 10 von einer Stiftung realisiert, die die Flächen an die Nutzer:innen vermietet.²⁷⁰

In beiden Fällen war bei Projektstart noch nicht klar, dass eine PVE bzw. ein Stadtteilgesundheitszentrum einziehen wird. Vordergründige Idee war, Raum für soziale Einrichtungen zu schaffen. Ebenso handelt es sich auch nicht um konventionellen Bauträger, sondern vielmehr um private Initiativen.²⁷¹

Doch auch abgesehen von solch gemeinnützig orientierten Initiativen sind Immobilien, die für eine gesundheitliche Nutzung errichtet werden, nichts Außergewöhnliches. Das Errichten von Ärztehäusern bildet ein gewinnbringendes Geschäftsmodell. Das ist auch im Zusammenhang mit PVEs der Fall. Unter dem Titel Gesundheitszentrum werden - oft mit öffentlichen Mitteln unterstützt - nicht nur Räume für die eigene Praxis, sondern auch Flächen zur gewinnbringenden Vermietung errichtet. Die Immobilieneigentümer:innen stellen den eingemieteten Ärzt:innen neben den Flächen auch Geräte und Dienstleistungen (wie IT-Dienstleistungen, Abrechnungssoftware oder Ordinationshilfe) zur Verfügung.²⁷²

In dem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Rolle der öffentlichen Hand und der Gemeinwohlorientierung. Verstehen wir Gesundheitsversorgung als elementare öffentliche Aufgabe, sollte sie, mehr eher als gewinnorientierten und privaten Akteuren, eine tonangebende Rolle in der Errichtung von sozialen und Gesundheitsinfrastrukturen spielen. Wie für das Wohnen könnten öffentliche und gemeinnützige Modelle der Bau-Trägerschaft entwickelt werden, die unterschiedlichen sozialen Infrastrukturen Raum geben.

5.3.4 Die räumlichen Potenziale kommunaler Gesundheitsunternehmen

Kommunale Gesundheitsunternehmen²⁷³ haben die Aufgabe, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Für die Stadtentwicklungsplanung sind sie ebenso von strategischer Bedeutung. Größe, Flächenreserven, Bautätigkeit, Anzahl der Beschäftigten und die Rolle ihrer Einrichtungen in ihren Nachbarschaften führen dazu, dass sie maßgeblich zur Entwicklung der Stadt beitragen. Neue Standorte, die Fragen, was mit freiwerdenden Flächen passiert und wie der öffentliche Raum der Kliniken genutzt wird, verändern die Stadt.

Doch oft haben stadtplanerische Interessen für Gesundheitsunternehmen keine hohe Priorität. Sie sind meist an einen eng gefassten gesetzlichen Auftrag gebunden, der sie daran hindert,

²⁶⁹ vgl. Stiftung Edith Maryon, o. J.

²⁷⁰ vgl. IBA Wien o. J.

²⁷¹ vgl. Hutter 2022; vgl. Carpaneto 2022

²⁷² vgl. die Space-Anatomy-Forschungsreisen 2020, siehe A.3

²⁷³ Das sind beispielsweise die Träger von Pflege- und Krankenhäusern wie der Wiener Gesundheitsverbund oder die Salzburger Landeskliniken.

sich mit Themen außerhalb ihres unmittelbaren Tätigkeitsbereichs auseinanderzusetzen²⁷⁴. Aus Sicht einer integrierten Stadtentwicklungsplanung sind sie aber wichtige raumwirksame Akteure, die im Sinne von *Health for All Policies*²⁷⁵ Ziele der Stadtentwicklung zumindest berücksichtigen sollten.

Nachdem diese Unternehmen meist in öffentlicher Hand sind, bestünde auch die Möglichkeit, gesamtpolitische Interessen in den Unternehmenszielen zu verankern und so im Gesundheit- und Spitalsbereich eine Entwicklung in Abstimmung mit räumlichen Interessen ermöglichen²⁷⁶. Angesichts dessen, wie oft und umfangreich an Gesundheitsneubauten erneut um- und weitergebaut wird²⁷⁷, ist diese Verankerung von gesamtpolitischen Interessen in Unternehmenszielen und die damit verbundene Möglichkeit, räumliche Effekte miteinzubeziehen, ein entscheidender Faktor für die Stadtentwicklung.

Ein besonderes Augenmerk ist auf die Freiräume z.B. von Krankenhäusern zu richten. Dies betrifft sowohl die Gestaltung der Ränder, also das Zusammenspiel mit den angrenzenden öffentlichen Räumen und Nutzungen, als auch die Programmierung der Flächen innerhalb des Spitalareals. Diese bergen oft ein großes Freiraumpotenzial, das sowohl für die Umgebung als auch für die Menschen, die im Krankenhaus arbeiten oder behandelt werden, aktiviert werden könnte. Dazu gilt es insbesondere, Grün- und Erholungsflächen zugänglich zu machen, Durchwegungen zu schaffen, eventuell externe Nutzungen zu integrieren und die Schwellenräume - vor allem die Erdgeschosszonen, die an die Umgebung angrenzen - attraktiv und belebt zu gestalten und zu programmieren.²⁷⁸

5.3.5 Gesundheitseinrichtungen als Schlüsselprojekte und Stadtbausteine

Einzelne Projekte können der Schlüssel für Entwicklungsprozesse sein, die gesamte Städte oder Stadtteile transformieren²⁷⁹. Auf gesamtstädtischer Ebene wurde bereits in *A Hospital is (not) a tree*²⁸⁰ ausführlich dargelegt, wie sich Krankenhausprojekte auswirken, indem sie neue Stadtteile entstehen lassen, zur Erweiterung der Stadt beitragen, oder Zentralitäten in der Stadt verändern²⁸¹.

Doch auch die transformative Kraft kleinerer Gesundheitsprojekte ist ein Schlüssel für die gelungene Stadtentwicklungsplanung. Auf Stadtteil und Gemeindeebene können sie Zentren und Ortskerne stärken bzw. zu deren Entstehung beitragen. Sie sind wichtige Impulse für neue und bestehenden Quartiere. Ganz ähnlich wie Schulen können auch die Infrastrukturen der Gesundheit, gerade in strukturschwachen Kontexten, stabilisierende Zentren des Gemeinwens werden²⁸².

274 vgl. Heinig 2022, 78f

275 vgl. K. 3.4

276 vgl. Heinig 2022, 78f

277 So finden in Wien momentan an fast allen Standorten des Wiener Gesundheitsverbundes Umplanungen und Umbauten statt. (Wiener Gesundheitsverbund 2023)

278 Der Kantonsspital Winterthur Masterplan 2030+ ist etwa ein Beispiel dafür, wie der öffentliche Raum des Klinikraums als funktionaler Teil der Stadt weiterentwickelt werden kann. (vgl. Jäggi 2021)

279 vgl. Heinig 2022, 80

280 Maierhofer 2016

281 vgl. Maierhofer 2016

282 vgl. Kataikko 2016, 143

Genauso können räumliche Sonderbausteine eingesetzt werden, die sich von der Umgebung typologisch abheben, Blickbeziehungen herstellen und Orientierung geben. Als bedeutsame Punkte, markante Elemente, können sie insbesondere im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Raum eine formende aber auch identitätsstiftende Rolle einnehmen²⁸³. Dabei sind nicht singular zu betrachten, vielmehr können sie als Ankernutzungen zur Programmierung multifunktionellen Gebäude beitragen.

In diesem Zusammenhang stellen neue PVEs ein großes Potenzial für die integrierte Stadtentwicklungsplanung dar. Die zentralen Fragen sind, wie und ob die transformative Kraft dieser Projekte genutzt werden können. Dafür ist jedenfalls eine enge Verschränkung von Gesundheits- und Raumplanung notwendig, die die lokale Ebene in den Blick nimmt. Das bedeutet zum einen die Berücksichtigung räumlicher Belange in der Entwicklung der PVEs, zum anderen auch ein aktives Einbinden von Seiten der Planung.

5.3.6 Gesundheitsinfrastrukturen in Entwicklungskonzepten

Stadtentwicklungskonzepte sind die wichtigsten Instrumente, um räumliche Entwicklungsziele darzustellen. Sie sind übergeordnete Klammer und Orientierung für all die unterschiedlichen Themen, Projekte und Akteur:innen.

Dabei gibt es sehr unterschiedliche Formen von Stadtentwicklungskonzepten. Sie können sich mit der Gesamtstadt oder einzelnen Stadtteilen befassen. Manchen sind - wie z.B. Konzepte zu Wohnbau, Zentren oder öffentlichem Raum - sektoral, andere verfolgen einen integrierten Ansatz.²⁸⁴ Gesundheit und Gesundheitsversorgung können und sollten in all diesen Bereichen eine Rolle spielen und nehmen diese Rolle auch zunehmend ein.

In den letzten Jahren werden vermehrt gesamtstädtische sektorale Konzepte zum Thema Gesundheit diskutiert²⁸⁵. Schon 2012 veröffentlichten Sabine Baumgart u. a. die „fiktionalen Prototypen“²⁸⁶ *Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen*²⁸⁷ und *Fachplan Gesundheit des Kreises Gesundbrunnen*²⁸⁸. Diese Vorlagen sollen dazu beizutragen, den Fachplan Gesundheit als Instrument für eine gesundheitsfördernde Stadt- und Regionalentwicklung zu etablieren.

„Ein Fachplan Gesundheit ist ein neues, noch in der Entwicklung befindliches Instrument des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Er hat das Potenzial, als Instrument zu einer gesundheitsfördernden Stadt- und Regionalentwicklung beizutragen.“²⁸⁹

Die Konzepte fokussieren aber stark auf Aspekte der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes. Gesundheitsinfrastrukturen spielen nur eine untergeordnete Rolle. Gesundheitseinrichtungen werden meist eher im Kontext sozialer Infrastrukturen oder Sozialer Stadt behandelt.

Auf gesamtstädtischer oder regionaler Ebenen der Gesamtstadt scheinen die Themen Gesundheit, Gesundheitsversorgung und soziale Infrastruktur auch an Bedeutung zu gewinnen. So

283 Reicher 2016, 46

284 vgl. Heinig 2022, 126

285 Vorreiter sind dabei die deutschen Bundesländer Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen, die das Thema „Fachplan Gesundheit“ in mehreren Pilotprojekten vorantreiben (Baumgart und Dilger 2018, 207 f).

286 Baumgart u. a. 2012a, 4

287 ebd.

288 ebd. 2012b

289 Baumgart und Dilger 2018, 201

spielten sie etwa im Wiener Stadtentwicklungsplan (STEP) 2025 noch keine große Rolle²⁹⁰. Im aktuellen Erstellungsprozess für den STEP 2035 widmen sich eigene Arbeitsgruppen und Vertiefungsstrategien explizit der Frage, wie die Themen Gesundheit und soziale Infrastruktur verankert werden können²⁹¹.

Genauso können Gesundheitsinfrastrukturen in der Integrierten Stadtteilentwicklung eine zentrale Rolle einnehmen. So ist etwa die Poliklinik Veddel als Projekt, Handlungsfeld und Mitglied des Stadtteilrates im Integrierten Entwicklungskonzept für den Stadtteil vertreten.²⁹²

Angesichts der Neustrukturierung der Gesundheitslandschaft²⁹³, verbunden mit steigender Raumrelevanz, sollten Gesundheitsinfrastrukturen in zukünftigen Entwicklungskonzepten – egal ob auf regionaler und kommunaler Ebene, sektoral oder integriert – stärker einbezogen und explizit benannt werden.

5.3.7 Gesundheitsinfrastrukturen und Zentralitäten

Analyse, Schaffung und Steuerung von Zentralitäten sind bedeutende raumplanerische Themen. Sie beinhalten sowohl eine analytisch-deskriptive wie eine planerisch-normative Komponente. Bei beiden Fällen spielen Gesundheitseinrichtungen eine bedeutende Rolle. So sind Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser, Fach- oder Allgemeinmedizinische Praxen wesentliche Ausstattungsmerkmale, um Zentralitäten zu beschreiben. Sie machen Zentren zu Zentren.²⁹⁴

Realpolitisch sind Verlagerungsprozesse bzw. Standortentscheidungen, die Zentralitäten verschieben komplex, berühren vielerlei Interessen und folgen nicht immer exakt den raumplanerischen Vorgaben. Doch allein die Annahme, dass sich Konzepte nicht eins zu eins in der Realität umsetzen lassen, rechtfertigt keinesfalls, keine räumlichen Ziele zu formulieren und zu verfolgen.

„So erlaubt erst das ‚Zusammenzeichnen‘ eines integrierten überörtlichen Plans, und sei er noch so stark von der rechtsverbindlichen Flächennutzung im Einzelfall abstrahiert, die Bezugnahme [...] auf punktuelle, lineare und flächenhafte Infrastrukturen“²⁹⁵

Entwicklungskonzepte sind dabei ein wichtiges Instrument, um fachfremden Sektoren wie dem Gesundheitsbereich raumsensible Entscheidungen überhaupt zu ermöglichen. Übersektorale räumliche Ziele sind Voraussetzung dafür, dass zum Beispiel auch der Gesundheitssektor diese erkennen und verfolgen kann. In anderen Worten: Wenn die Gesundheitsplanung raumplanerische Ziele nicht kennt, kann sie diese auch nicht berücksichtigen.

Unumstritten ist die Raumwirksamkeit des tertiären Bereichs, der Krankenhausplanung. Doch auch in den unteren Ebenen gewinnen Einrichtungen des Gesundheitswesens an Bedeutung. Entgegen dem aktuellen Trend, dass sich viele Infrastruktureinrichtungen aus der Fläche

290 Sie fließen zwar in unterschiedliche Themen mit ein, eigene Kapitel oder Überschriften wurden ihnen aber nicht gewidmet.

291 vgl. Maierhofer und Benz 2022

292 Mehr dazu in K. 7

293 vgl. K. 4.3.3

294 vgl. Terfrüchte und Flex 2018, 2970

295 Altrock 2023, 162f

zurückziehen und nur mehr in höherrangigen Zentren zu finden sind, soll sich die Gesundheitsversorgung aus den zentralen Krankenhäusern in die Fläche verlagern.

PVEs haben den Einzugsbereich und die Maßstäblichkeit, die für Stadt(teil)- und Gemeindeentwicklung relevant sind, sie sind Nahversorgung. So haben diese insbesondere auf örtlicher Ebene das Potenzial, Zentren zu stärken, oder raumplanerische Ziele zu konterkarieren. Umso wichtiger ist es, dass gesundheitspolitische Strategien und Entscheidungen auch räumliche Entwicklungsziele (z.B. Innenentwicklung) berücksichtigen. So ist es auch auf dieser Ebene notwendig, Maßnahmen und Instrumente der Gesundheits- und auch Sozialplanung mit der Raumplanung zu verknüpfen²⁹⁶.

Dabei haben Zentren mehr als nur eine frequenzbringende Bedeutung. Sie sind auch „[...] stadtbildprägende Orte und Kristallisationspunkte der Urbanität“²⁹⁷. Darin begegnen sich Menschen bewusst oder zufällig, wobei öffentlicher Raum und Nutzungen zusammenspielen. Dazu tragen verschieden Nutzungen auf unterschiedliche Weise bei. Das war/ist beispielsweise auch beim Handel so. Der Bäcker, der die Kundschaft beim Namen kennt, hat für ein Zentrum eine ganz andere Bedeutung als ein Selbstbedienungssupermarkt. Er nahversorgt nicht nur mit Waren, sondern auch mit Austausch, Tratsch und Informationen. Genauso gibt es nicht *die* Gesundheitsversorgung. Ein anonymes Ambulatorium bringt Frequenz. Ein integriertes Stadtteilgesundheitszentrum belebt den öffentlichen Raum, ist Treffpunkt für Menschen und bildet einen Teil der gesundheitlichen bzw. sozialen Nahversorgung. Die Ausstattung mit Gesundheitsinfrastrukturen hat also nicht nur eine quantitative, sondern insbesondere auch eine qualitative Dimension.

Claudia Neu fordert in ihrem kürzlich, im von Oswalt und Rettich herausgegebenen Buch *Zentralitäten 4.0* erschienen Beitrag, das Zentrale-Orte-Konzept um ein Soziale-Orte-Konzept zu ergänzen. Sie sagt:

„Insbesondere haben die starke Konzentration der Daseinsvorsorgeleistungen auf Zentrale Orte und die Vernachlässigung schwieriger Stadtquartiere dazu geführt, dass Orte der Begegnung verschwunden sind, der öffentliche Raum nicht selten verwaist und damit die Öffentlichkeit versiegt. Lokale Demokratie lebt aber von Öffentlichkeit, dort wo sie fehlt, finden die neuen selbsternannten braunen Kümmerer auch ihre Klientel. Kurzum: Es bedarf eines Soziale-Orte-Konzepts, das in Stadt und Land die Frage beantwortet, wo sich Gesellschaftsmitglieder begegnen, wenn der Alltag digital wird und die kommunalen und regionalen Lebensverhältnisse zunehmend disparater werden.“²⁹⁸

Diese Forderung nach Konzepten, die sich explizit mit dem Erhalt und der Weiterentwicklung von Sozialen Orten, die Teilhabe und Mitgestaltung ermöglichen - also höchst gesundheitsrelevanten Orten - beschäftigen, kann aus *Public-Health*-Perspektive nur unterstützt werden. Dabei sind öffentliche Infrastrukturen und Institutionen, so Neu, ein „Bedingungsfaktor für die Institutionalisierung Sozialer Orte“²⁹⁹. Insofern können und sollten Gesundheitsinfrastrukturen in solchen Konzepten eine wesentliche Rolle spielen.

296 So ist das etwa schon in Thüringen verankert. (vgl. Walter 2023, 216f)

297 Heinig 2022, 169

298 Neu 2023, 27

299 ebd.

ZWISCHENFAZIT: NEUE GESUNDHEIT – NEUE GESUNDHEITSINFRASTRUKTUREN – NEUE PLANUNG

Die Welt der Gesundheit - die Gesundheit selbst - verändert sich, die räumlichen Konsequenzen werden deutlich, die Planung muss reagieren.

Zunächst besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Raum und Gesundheit: Gesundheit wird heute in der Stadt, in Quartieren, Gemeinden und Nachbarschaften verhandelt und hergestellt. Die Planung dieser Verhältnisse, dieser Räume, wird zum gesundheitlichen Belang. Die *Neue gesunde Planung* beschränkt sich längst nicht mehr auf Licht, Luft und Sonne, vielmehr gelten die Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe, Mitgestaltung und Interaktion (soziale Determinanten von Gesundheit) als gesund.

Zweitens refiguriert die *neue Gesundheit* den Raum mittels ihrer Infrastrukturen. Durch den Wandel von der Dichotomie von Orten der Krankheit und Orten der Gesundheit hin zum *Stadt-Krankenhaus-Kontinuum* sowie durch Prozesse der Digitalisierung, De-Zentralisierung und De-Infrastrukturalisierung verändern sich bestehende und entstehen neue Spielarten der Gesundheitsversorgung entlang dieses Kontinuums.

Dies betrifft insbesondere die gesundheitliche Nahversorgung. Die neuen Gesundheitskioske, PVEs oder Stadtteilgesundheitszentren verkörpern das neue Dazwischen, zwischen Krankenversorgung und Gesundheitsförderung, zwischen Alltagsarchitektur und spezialisierter medizinischer Einrichtung. Sie sind Bausteine unserer Gemeinden und Stadtteile und elementare Einrichtungen der Gesundheit-(Versorgungs-)Landschaft.

Einige arbeiten und behandeln in beiden Welten und verbinden Alltag und Gesundheit. Solche Gesundheitszentren sind soziale Infrastrukturen im doppelten Sinne: Infrastrukturen der Daseinsvorsorge zum einen und Sozialität verortende Infrastrukturen - soziale Orte - zum anderen. Dabei sind sie keineswegs geschlossene Einrichtungen, sondern wirken räumlich und institutionell über ihre Grenzen hinaus, bespielen den öffentlichen Raum und interagieren mit den umliegenden sozialen Infrastrukturen, Vereinen, Initiativen und Kultureinrichtungen. Sie kooperieren und vernetzen.

Damit gewinnt die wohnortnahe Gesundheitsversorgung insbesondere auf der Ebene von Gemeinden und Stadtteilen an räumlicher Relevanz. Gesundheitseinrichtungen verändern Zentralitäten, erzeugen Mobilität, ermöglichen Begegnung und sind integraler Bestandteil des Zusammenspiels von sozialer Infrastrukturlandschaft und öffentlichem Raum. Damit können sie eine positive Raumentwicklung sowohl befördern als auch konterkarieren. Angesichts der großen Zahl geplanter neuer Gesundheitszentren wird dies auch in Österreich vielerorts der-Fall sein - (räumlich) geplant oder ungeplant.

Daraus ergibt sich die raumplanerische Notwendigkeit, Wege zu finden, das raumverändernde Potenzial von Gesundheitsinfrastrukturen für eine gute Entwicklung zu nutzen und nicht tatenlos zuzusehen, wie der Wandel der Versorgungslandschaft planerischen Zielen zuwiderläuft. Dabei hat die Raumplanung mittlerweile ein breites Instrumentarium entwickelt, um fachfremde Belange und Ziele zu integrieren. Es gilt daher vor allem, diesen Fundus zu nutzen, auf die Planung von Gesundheitsinfrastrukturen anzuwenden, gesundheits- und raumplanerische Ziele und Planungen aufeinander abzustimmen, bestehende Einrichtungen als Akteurinnen einzubinden und ihr Potenzial als Schlüsselprojekte zu nutzen, Gesundheit und ihre Infrastrukturen proaktiv (räumlich) zu planen.

Ebenso ist eine räumliche Verantwortung des Gesundheitssektors einzufordern. Nachdem *Health in All Policies* zu *Health for All Policies* geworden ist, muss es im nächsten Schritt, im Sinne einer gemeinwohlorientierten, bodenschonenden und klimagerechten Stadtentwicklung, heißen: *Space in All Policies*. Das bedeutet auch, dass etwa große Subventions- und Förderbeträge, die in den Bau von Gesundheitsinfrastruktur fließen, nicht ohne räumliche Kriterien vergeben werden dürfen bzw. dass öffentliche Gesundheitsunternehmen auch übergeordnete räumliche Ziele berücksichtigen müssen.

Grundvoraussetzung dafür wäre ein institutionalisierter und regelmäßiger Austausch zwischen Planung und Gesundheit. Doch so wie es *die* Planung als Ansprechpartnerin nicht gibt, ist auch Gesundheit durch eine Vielzahl von Akteur:innen, Aktivitäten, Zuständigkeiten und Zugängen geprägt. So liegen die Welten der sektoralen, verschiedene Planungsebenen integrierenden Gesundheits-(System-)Planung und der kommunalen Gesundheitsplanung, die Gesundheit als sektorenübergreifendes, in den Alltagswelten vor Ort verankertes Thema behandelt, oft weiter auseinander als die Arbeit eines Stadtteil- von der eines Gesundheitsbüros. Allerdings ist eine horizontal und vertikal integrierte Raum- und Gesundheitsplanung erforderlich, um eine solche Versorgung zu ermöglichen.

6.1 ÜBERBLICK

6.1.1 Der Ort

In Haslach an der Mühl, einer Gemeinde in Oberösterreich, leben rund 2.500 Menschen. Die Ortschaft liegt im Böhmerwald unweit der tschechischen Grenze. Ihre Geschichte ist eng mit der Textilindustrie verbunden und stark von deren Niedergang betroffen. 1999 schloss die Vonwiller Textilfabrik und hinterließ das zentral gelegene und ortsbildprägende Fabrikgelände³⁰⁰. Der damalige Bürgermeister Norbert Leitner meinte später dazu:

„Wir standen vor der Wahl, entweder zu resignieren oder die Stilllegung als Chance zu nutzen.“³⁰¹

Die Gemeinde beschloss, das gesamte, strategisch bedeutende Areal zu erwerben, es zu adaptieren und um einen zentralen, architektonisch prägnanten Erschließungsturm zu ergänzen. Seitdem hat sich das Areal nach und nach zu einem Zentrum für Kultur, Veranstaltungen, Gastronomie, Museen und soziale Nutzung entwickelt.³⁰²

Maßgeblich beteiligt war der Haslacher Architekt Josef Schütz. Er setzte sich stark für den Ankauf und Erhalt des Geländes ein und entwarf den Erschließungsturm. Darüber hinaus prägt er seit Jahrzehnten Planungsdiskurs und Planungshandeln des Ortes. Er ist Gründer des Architekturbüros ARKADE, das sich in einem von ihm revitalisierten Altbau am Marktplatz befindet. Schütz ist überdies gut vernetzt, und holt seit 1996 mit dem Architekturfrühling jährlich ein Stück Planungswelt nach Haslach. Er lobbyiert gegen die Zersiedelung und für den Ortskern, berät den Bürgermeister und baut in Haslach zahlreiche Gebäude (um).³⁰³ Er ist de facto der Gemeindearchitekt.

„Es geht um Gemeinden, die mehrere Jahrhunderte alt sind und immer als sozialer Raum und als Kommunikationsplatz funktioniert haben. [...] Für die Menschen ist es wichtig, dass sie Räume besetzen, selber teilhaben und andere teilhaben lassen. So muss auch der Ort die räumlichen Voraussetzungen für Begegnungen schaffen, die für ein gesundes Leben so notwendig sind.“³⁰⁴

Dass er auch den Umbau des ehemaligen Webereimuseums in das neue Gesundheitszentrum verantwortet, war logische Konsequenz.

300 vgl. Gruber und Bettel 2013

301 ebd. 2013, 45

302 vgl. ebd.

303 z.B. das Vonwiller Areal, das Pfarrzentrum oder eben das Gesundheitszentrum.

304 Schütz in Maierhofer 2023

6.1.2 Das Gesundheitszentrum

In Haslach gab es zwei 350m voneinander entfernte Einzelpraxen für Allgemeinmedizin. Als die Pensionierung des einen Arztes näher rückte und trotz dreimaliger Ausschreibung kein:e Nachfolger:in gefunden war, brachte der andere die Möglichkeit eines Primärversorgungszentrums ins Spiel:

„Ich habe diese Form von Primärversorgungsmodellen schon vor 25-30 Jahren, in anderen Ländern, kennengelernt. Und da hab mich immer gefragt, warum geht das in Österreich nicht?“³⁰⁵

Dieser Arzt kannte solche Modelle aus dem Ausland, war zu diesem Zeitpunkt als Leiter der Gesellschaft für Primärversorgung gut vernetzt und in die Erstellung der ersten Grundlagenpapiere für die 2014 in der Bundesgesundheitskonferenz beschlossenen Primärversorgung eingebunden³⁰⁶. Er setzte sich dafür ein, dass das Gesundheitszentrum Haslach ein Pilotprojekt für die neuen Primärversorgung wird.

So stellte sich die Standortfrage. Zunächst gab es zwei Optionen: Räumlichkeiten im Vonwiller-Areal und das ehemalige Webereimuseum am Kirchplatz. Gegen den Standort im Kulturareal sprach, dass sich die Räume in der ehemaligen Fabrik im siebten Stock befanden und nicht leicht zu finden waren. Zudem gab es viele raumplanerische Argumente für das alte Gebäude am Kirchenplatz. So der Bürgermeister:

„Und da hat der Kirchenplatz eine Rolle gespielt. Wir haben gewusst, wir wollen im Zentrum bleiben und nicht auf grüner Wiese. Aus den bekannten Gründen, wegen der Stärkung des Ortskerns und des Ortszentrums. Und auch das hat sich alles als richtig herausgestellt, weil es einfach ein Frequenzbringer ist, weil das ganze Szenario belebt wird – auch das Pfarrzentrum und der Veranstaltungsraum.“³⁰⁷

Für das zentrale, gemeindeeigene Gebäude neben der Kirche gab es davor schon Ideen. Eine davon war, es für eine Wohnnutzung zu adaptieren. Der angefragte Bauträger wollte aber nicht sanieren, sondern neu bauen. Das wollte wiederum die Gemeinde nicht. Damit stand das Gebäude weiter leer. In Bezug auf das Gesundheitszentrum hingegen war von Anfang an klar, der Bestand bleibt:

„Wir haben auch einen innovativen Architekten im Ort, der drüber schaut, und grob sagen kann, [...], das kann was werden, das wird ein schmuckes Stück und wir wollen die historische Substanz erhalten.“³⁰⁸

Unsicherheiten gab es bei der Finanzierung. Das Land und die Sozialversicherung übernehmen zwar die Kosten für den laufenden Betrieb der PVE, nicht aber für Neu- oder Umbauten. Daher ging die Gemeinde in Vorleistung, borgte sich 2 Millionen Euro und baute für das Gesundheitszentrum (um).

305 Gruppeninterview Haslach 2021, siehe K. A.3

306 vgl. Space-Anatomy-LVA 2020, siehe K A.3

307 Gruppeninterview Haslach 2021, siehe K. A.3

308 ebd.

Der Errichtung fand 2017 statt. Die Revitalisierung beschränkte sich nicht nur auf das Gebäude, sondern bezog auch den öffentlichen Raum, den Kirchplatz, mit ein. Ein überdachter Eingangsbereich mit Sitzgelegenheiten verbindet den Vorplatz mit dem Warteraum des Gesundheitszentrums. Auf Parkflächen auf dem Kirchplatz konnte weitgehend verzichtet werden, stattdessen wird der bestehende, nicht weit entfernte Parkplatz der Kirche mitgenutzt.

„Interessant sind die Synergien, die rund um den Kirchenplatz entstanden sind. An Sonntagen kommen ungefähr 200 Leute zum Gottesdienst und mittlerweile ist es so, dass unter der Woche fast genauso viele Menschen das Gesundheitszentrum besuchen und damit den Ort beleben. Das Gesundheitszentrum hat auch keine eigenen Parkplätze. Die Menschen nutzen den Parkplatz der Kirche und gehen über den Platz zum Arzt. Man muss die Menschen bewusst in den öffentlichen Raum holen, damit sie sich begegnen und ins Gespräch kommen. Deshalb ist dieser Standort in Haslach unmittelbar neben der Kirche und dem Pfarrheim so wichtig.“³⁰⁹

Im Gesundheitszentrum arbeiten seit 2018 rund 30 Personen, drei Allgemeinmediziner:innen auf zwei Kassenstellen sowie ein multiprofessionelles Team aus Sozialarbeit, Pflege und Therapie.

6.1.3 Das Gesundheitsbüro und Social Prescribing

Das 2019 eröffnete Gesundheitsbüro, ergänzt das Angebot des Gesundheitszentrums. Seine Räumlichkeiten befinden sich am Marktplatz, im Haus des Arztes, dort wo sich vormals die Einzelpraxis befand. Es entstand als zentrales Element des Projektes *GES.UND - Gesundheitsförderung und gemeinwohlorientierte Primärversorgung in Haslach an der Mühl*³¹⁰.

Doch was ist und was macht ein Gesundheitsbüro konkret? Es ist vor allem eine Vernetzungsstelle. Es verbindet das Gesundheitszentrum mit den Bewohner:innen, die Menschen untereinander, einsame Menschen mit Vereinen sowie verschiedene gesundheitliche, soziale und kulturelle Angebote miteinander.

Besonders deutlich wird dies am Beispiel des Social Prescribing. Der Ansatz greift nicht-medizinische Gesundheitsthemen auf, indem, anstelle von Medikamenten oder Therapien, soziale Aktivitäten wie Vereinsmitgliedschaften, Kinokarten, Sportkurse oder sozialarbeiterische Unterstützung verordnet werden. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das *Link-Working*, also die Vernetzung zwischen Primärversorgung und regionalen Angeboten wie Seniorencafés, Malkursen, Sportvereinen oder Gemeinschaftsgärten usw.³¹¹

In Haslach setzen das Gesundheitsbüro und das Gesundheitszentrum Social Prescribing schon länger gemeinsam um. Konkret bedeutet das: Patient:innen, die sich mit nicht-medizinischen Problemen an das Gesundheitszentrum wenden, werden an das Gesundheitsbüro überwiesen. Dort stellt die Projektkoordinatorin den Kontakt zwischen den Personen und lokalen Gruppen, Netzwerken, Aktivitäten oder Angeboten her.

309 Schütz in Maierhofer 2023, 67

310 Das Projekt ist eine Kooperation zwischen Gesundheitszentrum und PROGES, einem gemeinnützigen Verein, der österreichweit, insbesondere in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention tätig ist.

311 vgl. Haas u. a. 2019

Von Seiten des Gesundheitsbüros heißt es:

„[W]ir sind der Meinung, dass dieses System mit dem Gesundheitszentrum, der medizinische Versorgungseinheit, auf der einen Seite und dieser externen Struktur auf der anderen Seite, die zwar eng an das Gesundheitszentrum gekoppelt ist, aber trotzdem außerhalb ist, eine gute Möglichkeit ist. Die Patientinnen begleitet man hinaus aus dem medizinischen System in eine Struktur, die noch sehr geschützt ist und wo professionell weitergearbeitet wird und trotzdem schon wieder den Freizeitbereich berührt.“³¹²

Da zu diesem Zeitpunkt der Ansatz in Österreich noch nicht etabliert war, greift er auf kostenlose Angebote von Vereinen und ehrenamtliche Tätigkeiten zurück. Dazu hat das Gesundheitsbüro ein breites Kooperationsnetzwerk aus Sportvereinen, Schulen, sozialen Einrichtungen, Beratungsstellen, Ehrenamtlichen, der Pfarrgemeinde Kultureinrichtungen u.v.m. aufgebaut. Ziel ist es, den Menschen über das Gesundheitssystem hinaus zu helfen und ihr Wohlbefinden in ihrem alltäglichen Umfeld zu stärken.³¹³

„[D]as ist eine Riesenchance und langfristig kann das das Gesundheitssystem entlasten. Weil die Menschen einfach weniger medizinische Leistungen brauchen, wenn sie gut in einer Gemeinschaft integriert sind und gut präventiv mit sich selbst arbeiten.“³¹⁴

Dieser gemeindeorientierte Zugang zur sozialen Gesundheit geht weit über die Betreuung von Einzelpersonen hinaus. Im Gesundheitsbüro wird neben der individuellen auch systematische Vernetzungsarbeit geleistet. Das Gesundheitsbüro ist dabei Bindeglied zwischen Gesundheitszentrum und Bevölkerung – zwischen Gesundheit und Alltag.³¹⁵

Neben der Vernetzung bestehender Vereine und Angebote initiiert das Büro auch neue gesundheitsfördernde Aktivitäten im Ort. Dazu gehört beispielsweise das Projekt *Schachmatt - Begegnung der Generationen am Schachbrett*, bei dem ältere Menschen aus dem Schachverein Kindern das Schachspielen beibringen. Im Pfarrheim findet in Kooperation mit der Ernährungsberaterin des Gesundheitszentrums der Mittagstisch statt, zu dem die einen kommen, um sich auszutauschen und gemeinsam zu kochen und andere die Gelegenheit wahrnehmen, nicht alleine essen zu müssen. Mit den Schulen und dem Sportverein wurde eine Rätselrallye entwickelt und die Kreativgruppe dekoriert den Spielplatz. Im Büro finden das Herzcafé, das Sprachcafé und das Frauencafé statt, es trifft sich der Stammtisch für pflegende Angehörige und im Eingangsbereich des Büros wurde ein offener Bücherschrank eingerichtet.³¹⁶

„Die Gemeinschaft, die Angebote und die Gruppen haben etwas Heilsames für viele Menschen, die aus irgendeinem Grund nicht mehr den Anschluss an die Gesellschaft haben. Oder auch für andere: Man weiß ja, dass so freiwilliges Engagement auch zur Gesundheit beiträgt. Wenn man sich freiwillig irgendwo engagiert und da Wichtigkeit oder Gebrauchtwerden erlebt, dann kann das auch gesund halten.“³¹⁷

312 Space-Anatomy-LVA 2020, siehe K. A.3
313 vgl. ebd.
314 ebd. 2020
315 vgl. PROGES 2023
316 vgl. ebd.
317 Space-Anatomy-LVA 2020, siehe K. A.3

Das Gesundheitsbüro nutzt und stärkt vorhandene Infrastruktur außerhalb der eigenen Räumlichkeiten. Wie es das tut, sehen wir beispielhaft im abgelegenen Ortsteil St. Stefan am Walde. Dort haben der einzige Wirt und das letzte Geschäft geschlossen. Eine Bürgergenossenschaft kaufte daraufhin das ehemalige Gasthaus Mayr und betreibt nun selbst das Stefansplatzlerl als Begegnungszentrum mit Gasthaus, Café, Nahversorger und Veranstaltungsraum.³¹⁸

„Das Gesundheitsbüro ist mit einem Stammtisch im Wirtshaus präsent, um einzufangen, was die Leute für Probleme haben und Lösungen zu suchen. Das ist ein Treffpunkt, der einfach ungemein gut funktioniert.“³¹⁹

Ebenso wirkt die Arbeit in den öffentlichen Raum der Gemeinden. Der Rollator-Rundweg ermöglicht es den Bewohner:innen des Pflegeheims ohne Hindernisse die Kirche, das Gesundheitszentrum, den Marktplatz, die Apotheke, die Geschäfte und das Gasthaus zu erreichen. Auf der kleinen Grünfläche am Marktplatz errichtete das Gesundheitszentrum zwei Begegnungsbänke. Sie dienen als Außenposten des Büros, um mit den Menschen in Kontakt zu treten. Wenn sich dort jemand hinsetzt, signalisiert er:sie, dass man sich gerne dazusetzen und ins Gespräch kommen kann. Der Bürgermeister nutzt die Bankerln, um seine Bürgersprechstunde in den öffentlichen Raum zu verlegen.³²⁰

Durch die Räumlichkeiten direkt am Marktplatz, kann das Gesundheitsbüro die Niederschwelligkeit des öffentlichen Raums für sich nutzen. So heißt es auch im ersten Evaluationsbericht:

„Ein Gesundheitsbüro als zentrale Anlaufstelle als Ort für sozialen Kontakt und Austausch fördert die Niederschwelligkeit und erleichtert den Zugang zu den verschiedenen Bevölkerungsgruppen.“³²¹

Dabei sind die Gesundheitsförderungsmaßnahmen keine vorgefertigten Maßnahmen oder Programme, die konsumiert werden können. Vielmehr handelt es sich um einen partizipativen Prozess, bei dem Aktivitäten aus dem Bestehenden entwickelt werden. Das Gesundheitsbüro vernetzt, unterstützt und koordiniert. „Vorhandene Ressourcen einzelner Personen und im Gemeinwesen werden in einem partizipativen Prozess aufgespürt, erkannt und verknüpft.“³²²

Vor diesem Hintergrund wird offensichtlich, warum Gesundheitsförderung einen Ort wie ein physisches Büro im Zentrum braucht. Gerade Social Prescribing fordert eine enge Verflechtung zwischen Gesundheitseinrichtung und sozialer Infrastrukturlandschaft vor Ort.

318 Bürgergenossenschaft St.Stefan-Afiesl o. J.; vgl. Maierhofer 2023, 77)

319 Schütz in Maierhofer 2023, 77

320 vgl. Space-Anatomy-LVA 2020, siehe A.3

321 Commenda 2022

322 Commenda 2022

6.1.4 Die ARGE *Gesundheit Steinerne Mühl* und Community Nursing

Im Jahr 2022 lief das Projekt *GES.UND - Gesundheitsförderung und gemeinwohlorientierte Primärversorgung in Haslach an der Mühl* und die damit verbundene Finanzierung des Gesundheitsbüros aus. Im Rahmen der Anschlussfinanzierung wurde das Projekt stärker regional ausgerichtet.

Die neu gegründete *ARGE Gesundheit Steinerne Mühl* ist ein Kooperationsprojekt der Gemeinden Haslach, Lichtenau, St. Oswald und St. Stefan-Afiesl³²³. Beteiligt sind das Gesundheitszentrum, Vereine, die Gemeindeämter sowie das Community Nursing. Das Gesundheitsbüro fungiert wiederum als Drehscheibe und Vernetzungsstelle.

Eine wichtige neue Säule der Gesunden Region ist das Community Nursing. Wie wir bereits wissen, handelt es sich bei Community Nursing um einen international etablierten Ansatz zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit von Individuen, Familien und Gemeinschaften auf individueller, gesellschaftlicher und politischer Ebene. Der Fokus liegt dabei auf wohnortnaher Arbeit in den Settings Gemeinde, Stadtteil, Quartier und Region.³²⁴

„Dieser Ansatz umfasst die Anwaltschaft für Individuen und Familien, für Gruppen und Gemeinschaften und deren Gesundheitsanliegen und -Probleme sowie die Entwicklung und Planung von Netzwerken im öffentlichen Leben [...]. Mit einem mehrperspektivischen Zugang zu Gesundheit erfolgt die Pflege im gemeindenahen Umfeld durch die Anwendung von Theorie, Evidenz und Health in All Policies zu fördern und zu schützen.“³²⁵

Konkret heißt das: Ein:e angestellte:r Community Nurse ist in der Gemeinde oder im Stadtteil unterwegs, bietet Sprechstunden an, organisiert Stammtische und macht Hausbesuche. Die Fachkraft berät, informiert und begleitet insbesondere ältere Menschen und ihre Angehörigen bei der Planung und Organisation notwendiger Hilfen. Dabei geht es nicht nur um medizinische und pflegerische Belange, sondern auch um soziale Themen wie Teilhabe, Einsamkeit und Isolation - es wird vermittelt und vernetzt.³²⁶

„Die Community Nurses wenden dabei ihr klinisches Wissen und ihre Expertise an, erkennen die Komplexität von Gesundheitsproblemen im öffentlichen Gesundheitswesen und berücksichtigen den kontextuellen Charakter der Gesundheit, der kulturelle, umweltbezogene, historische, physische und soziale Faktoren in sich birgt.“³²⁷

Damit wird insbesondere deutlich, dass die Aktivitäten nicht nur auf der konkreten individuellen Ebene angesiedelt sind, sondern auch übergeordnete Themen auf kommunaler oder regionaler Ebene adressieren. Gemeint ist z.B., dass Community-Nursing-Bedarfe oder Ressourcen in Gemeinden, Stadtteilen und Regionen identifiziert, diese in ihrer Arbeit berücksichtigt und/oder gesundheitliche Interessen an andere Stellen (Gesundheitszentrum, Politik, Raumplanung, Sozialversicherung etc.) kommuniziert.³²⁸

Community Nursing ist in Österreich neben Social Prescribing eine weitere wichtige Entwicklung in der wohnortnahen Versorgung. Wie die Primärversorgung wird auch das Community Nursing im Rahmen der ARF unterstützt. Seit 2022 werden 120 Pilotprojekte in Gemeinden, Stadtteilen und Regionen umgesetzt. Eines davon in Haslach an der Mühl.³²⁹

323 Diese Gemeinden bilden das Einzugsgebiet des Gesundheitszentrums.

324 vgl. Kozisnik, Edtmayer, und Rappold 2021; vgl. GÖG 2023

325 ebd., 2

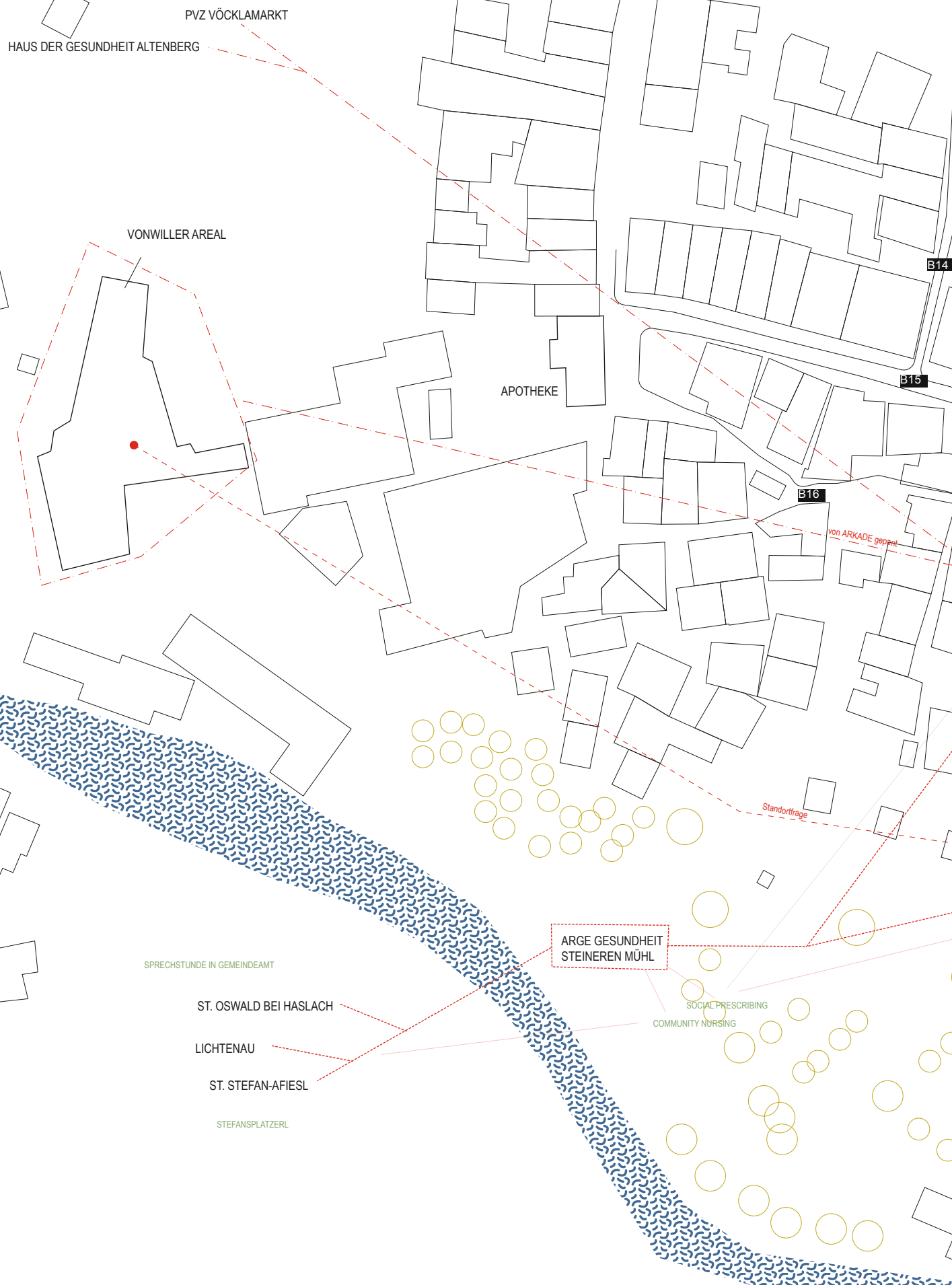
326 GÖG 2023

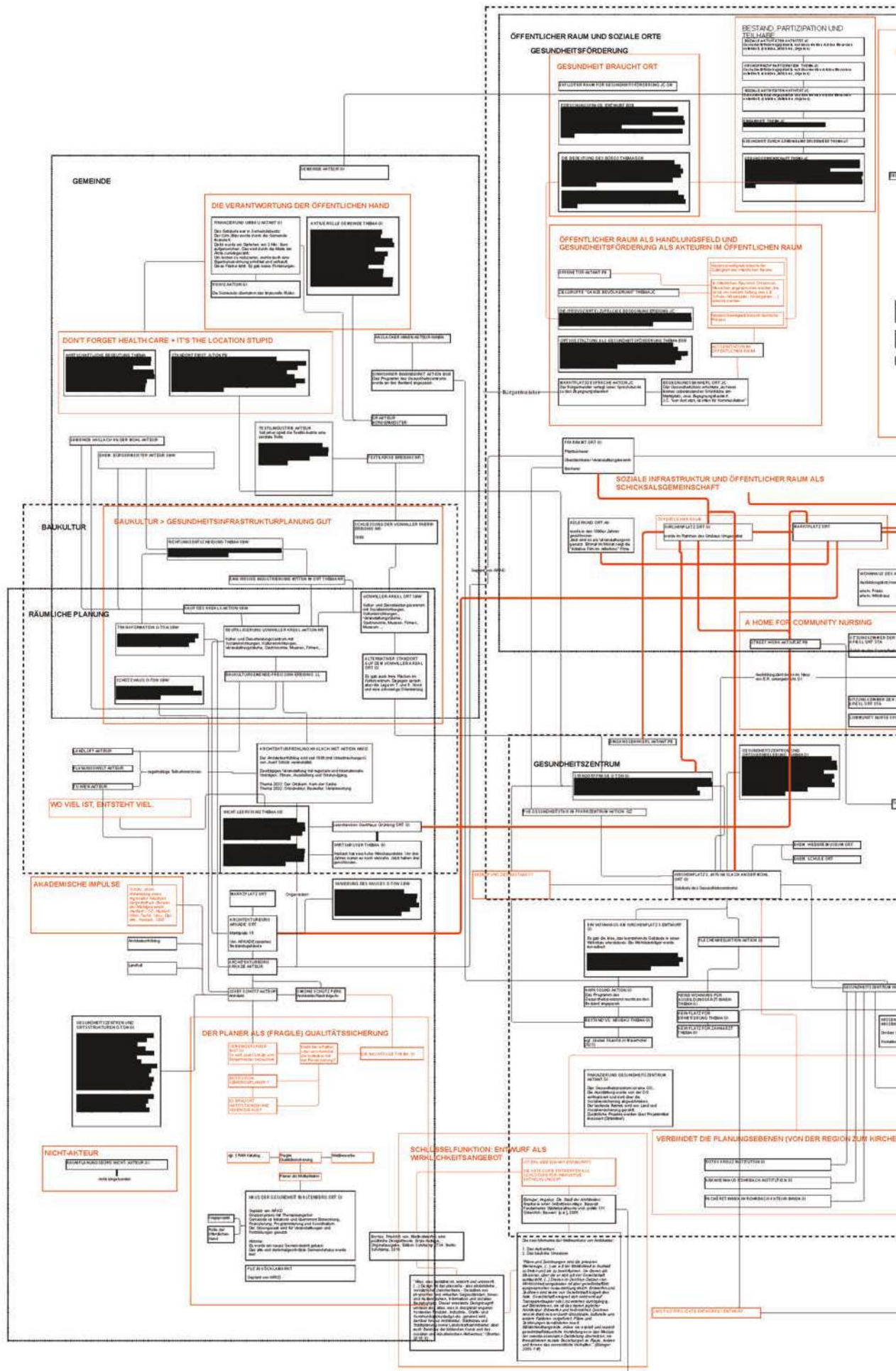
327 Kozisnik, Edtmayer, und Rappold 2021

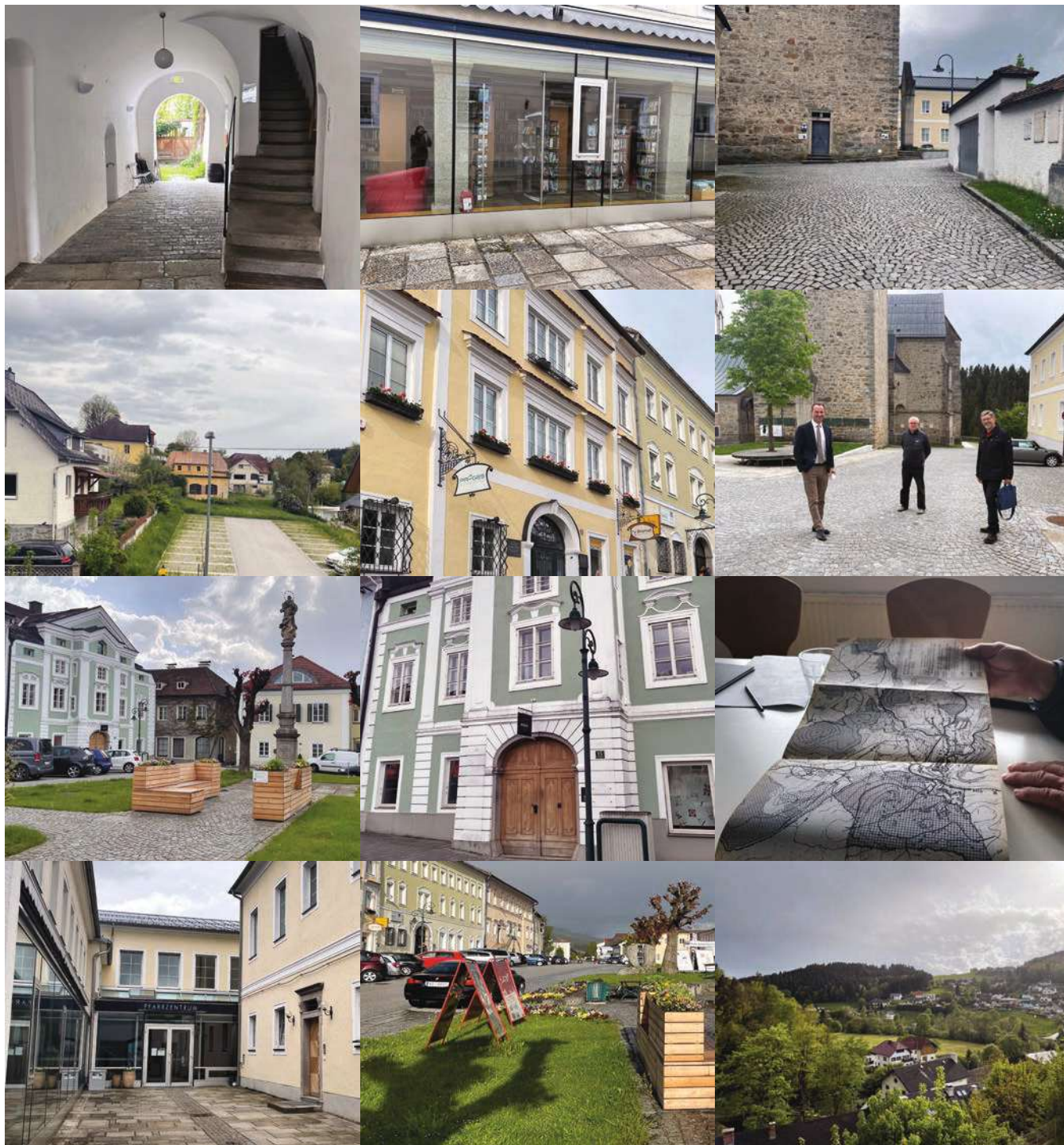
328 vgl. Kozisnik, Edtmayer, und Rappold 2021, 6f

329 vgl. GÖG 2023

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Dissertation ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this doctoral thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.







- B01 B02 B03
- B04 B05 B06
- B07 B08 B09
- B10 B11 B12



B13 B14 B15
B16 B17 B18
B19 B20 B21
B22 B23 B24

6.2 AUSSCHNITTE

6.2.1 De-Individualisierung und Institutionalisierung: Wenn die Praxis in Pension geht

Die Transformation der gesundheitlichen Nahversorgung ist nicht nur eine Form der Zentralisierung, sondern auch Ausdruck einer Institutionalisierung, die als Folge und Ursache einer De-Individualisierung verstanden werden kann.

Vor der Einführung des Gesundheitszentrums waren beide allgemeinmedizinischen Praxen in den Privathäusern der Ärzte untergebracht. Das Arzthaus war somit individueller Arbeitsplatz, Wohnraum, beruflicher und privater Lebensmittelpunkt zugleich. Der Behandlungsraum war somit so eng mit der Person des Arztes verknüpft, dass mit der Pensionierung des Arztes auch das Verschwinden des Raums verbunden war.³³⁰

Dies liegt daran, dass Ärzt:innen ihre Praxisräume, die einen integralen Bestandteil ihres individuellen und privaten Raumes darstellen, nicht an andere Ärzt:innen weitergeben können und wollen. Das hat auch Konsequenzen für die Praxisnachfolge. Es muss nicht nur eine Person gefunden werden, sondern auch ein neuer Ort - also sowohl ein:e Ärzt:in als auch passende neue Praxisräumlichkeiten. Dabei stellen die Gründung und Einrichtung einer neuen Praxis eine große Herausforderung dar. In Haslach konnte zunächst kein Nachfolger gefunden werden. Erst als die Planung des Gesundheitszentrums konkretisiert wurde und die Raumfrage geklärt war, gab es Interessent:innen.³³¹

Bei Einzelpraxen besteht eine starke Bindung zwischen Ort und Person. Ein Gesundheitszentrum ist jedoch eine Institution, die weniger von einzelnen Akteur:innen abhängig ist. Wenn es dort personelle Veränderungen gibt, hat dies keinen Einfluss auf das Gesamtsystem. Die Person geht, aber die Institution und der Ort bleiben.

Durch Institutionalisierung und De-Individualisierung gewinnt die Primärversorgung an räumlicher und planerischer Relevanz. Einzelpraxen sind abhängig von den Ärzt:innen, wo und wie sie sich niederlassen, sind weitgehend deren individuelle Entscheidung. Sie befinden sich in umgebauten Wohnungen, direkt im Wohnhaus oder in angemieteten Erdgeschoßräumen. Es gibt keine besonderen räumlichen Anforderungen wie Gebäudetiefe, Raumhöhe oder Parkplätze. Umgekehrt ist der Einfluss auf die Umgebung ebenfalls begrenzt. Zudem handelt es sich häufig um Einrichtungen mit wechselnden Betreiber:innen und Standorten³³². Sie schließen an einem Ort und eröffnen an einem anderen. Der Kassenvertrag ist nicht standortgebunden³³³. Die Entstehung, Verlagerung oder das Verschwinden von Einzelpraxen war und ist für die Raumplanung von untergeordneter Bedeutung. Die entscheidende Frage auf kommunaler Ebene ist in diesem Zusammenhang nur, ob und nicht wo Gesundheitsversorgung stattfindet.

Ganz anders die Gesundheitszentren wie in Haslach - sie sind gekommen, um zu bleiben. Sie bündeln die wohnortnahe Gesundheitsversorgung in einer Institution, an einem Ort. Sie prägen

330 vgl. Gruppeninterview Haslach 2021, siehe K. A.3

331 vgl.ebd.

332 Auch wenn ein:e Ärzt:in sein:ihr gesamtes selbständiges Berufsleben an einem Standort verbringt, ist dies aus Sicht der Raumplanung ein kurzer Zeitraum.

333 Kassenverträge sind Versorgungsregionen und im Regelfall keinen bestimmten Standorten zugeordnet.

und verändern den öffentlichen Raum. Die Entscheidung, wo sie gebaut werden, hat eine langfristige räumliche und strategische Bedeutung. Damit entsteht eine neue soziale Infrastruktur, die von der räumlichen Planung nicht (mehr) ignoriert werden kann. Wir brauchen Strategien, um den Umbau der wohnortnahen Versorgung mit der räumlichen Entwicklungsplanung zu koordinieren. Die Frage, wo sie entstehen, wie sie sich zum öffentlichen Raum verhalten oder wer sie baut und betreibt, ist für die Entwicklung von Gemeinden oder Quartieren mitentscheidend.

6.2.2 Soziale Infrastruktur und öffentlicher Raum: eine Schicksalsgemeinschaft

In Haslach wird deutlich, wie eng der öffentliche Raum, das Ortszentrum und die soziale Infrastruktur miteinander verknüpft sind. Sie profitieren voneinander, funktionieren nur gemeinsam und sind daher nicht getrennt voneinander zu verstehen und zu planen.

Der Umbau des alten Webereimuseums zum Gesundheitszentrum beschränkt sich nicht nur auf das Gebäudeinnere. Der Kirchplatz wurde mitgestaltet und der überdachte Vorbereich zwischen Wartezimmer und Platz verbindet diese beiden Räume. Das Gesundheitszentrum übernimmt Verantwortung für den angrenzenden öffentlichen Raum, wertet ihn auf und profitiert selbst davon, indem es den Kirchplatz oder das gegenüberliegende Pfarrhaus für Veranstaltungen nutzen kann. Kirche, Pfarrhaus und Gesundheitszentrum bilden ein räumliches und programmatisches Ensemble.³³⁴

Auch das Gesundheitsbüro und der Marktplatz sind eng miteinander verbunden. Die Tür steht immer offen und dient als räumliche Brücke zwischen Gesundheitsförderungsbüro und Alltagsraum. Die Außenstelle des Gesundheitsbüros, das Begegnungsbankerl, ist ein wesentlicher Bestandteil des Platzes geworden und das Gesundheitszentrum nutzt die Möglichkeit der zufälligen und niederschweligen Begegnung im Ortszentrum.³³⁵

Für die Gesundheitsförderung ist der öffentliche Raum nicht nur Treffpunkt, sondern auch Aktionsraum. In Parks und auf Plätzen finden Kurse und Informationsveranstaltungen statt. Darüber hinaus zielen Projekte des Gesundheitsbüros darauf ab, den öffentlichen Raum selbst gesundheitsförderlich zu gestalten. Dabei hat die partizipative Mitgestaltung des öffentlichen Raumes, des eigenen Lebensumfeldes, eine per se gesundheitsfördernde Dimension. Gesundheit und Ortszentrum profitieren gleichermaßen.³³⁶

Beide Orte, das Gesundheitszentrum und das Gesundheitsbüro, sind nicht nur eng mit dem öffentlichen Raum verbunden, sondern auch Teil der sozialen Infrastrukturlandschaft. Das Gasthaus, das alte Kino, der Sportplatz, die Schule, das Pflegeheim oder die Küche des Pfarramtes - sie alle sind miteinander verbunden.³³⁷ Auf dieser lokalen Ebene kann die Gesundheitsinfrastruktur daher nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr ist sie integraler Bestandteil einer sozialen Infrastrukturlandschaft, die eng mit dem öffentlichen Raum verknüpft ist, und sollte auch als solche verstanden und integriert geplant werden.

334 vgl. Gruppeninterview Haslach 2021, siehe K. A.3

335 vgl. Interview Gesundheitsbüro 2020, siehe K. A.3

336 vgl. ebd.

337 vgl. ebd.

6.2.3 Die Verantwortung der öffentlichen Hand: Wer sorgt für Raum für die Gesundheit

Wer baut die Häuser für Gesundheitsinfrastruktur? Diese Frage ist gerade im Bereich der Primärversorgung nicht eindeutig zu beantworten. Die Sozialversicherung und die Länder finanzieren zwar den Betrieb der PVEs, aber in der Regel nicht die Errichtung – also Neu- bzw. Umbauten³³⁸. Dementsprechend sind auch die Eigentumsverhältnisse³³⁹ der PVEs in Österreich sehr unterschiedlich, sie gehören Gemeinden³⁴⁰, kirchlichen Einrichtungen³⁴¹, Stiftungen³⁴² oder privaten Immobiliengesellschaften³⁴³. Dies hat Auswirkungen auf die Planung bzw. die Interessen der Bauprojektentwickler:innen.

In Haslach war zwar schnell klar, dass das Gesundheitszentrum im ehemaligen Webereimuseum realisiert werden sollte. Unklar war aber lange, wer die Kosten für den Umbau trägt. Der Bürgermeister beschreibt dies wie folgt:

„Die Finanzierung war natürlich ein zentrales Thema. Obwohl ich nach den Verhandlungen erfahren habe, dass das Land nur den Betrieb finanziert, haben wir dann bald parteiübergreifend festgestellt, dass Gesundheitsversorgung und auch ärztliche Versorgung DAS zentrale Thema für eine Gemeinde ist und dass wir das stemmen werden auch wenn es über das Gemeinbudget läuft. Ich habe das von Anfang an auch mit völliger Transparenz gemacht und gesagt: „Ja, das wird 2 Millionen Euro kosten, aber das muss es uns wert sein.“³⁴⁴

Die Gemeinde übernahm die Rolle des Entwicklers und investierte in das historische Gebäude und in den Kirchplatz. Ein Teil der Kosten wurde durch den Verkauf einer Wohnung, die ebenfalls im ehemaligen Webeimuseum errichtet wurde, ausgeglichen. Der Rest wird nach und nach durch die Mieteinnahmen zurückgezahlt. Die Gemeinde hat also selbst investiert.

Warum hat sie das getan? Zum einen, weil der Erhalt der Gesundheitsversorgung für den Ort eine große Bedeutung hat, die über die reine Versorgungsrelevanz hinausgeht. So der Bürgermeister:

„Und ich habe auch die wirtschaftliche Dimension zu spüren bekommen. Auf einmal kamen 15 Delegierte vom Wirtschaftsverband und sagten, Bürgermeister, kein Doktor, das geht für uns gar nicht. Dann gehen alle zu einem anderen Doktor und kaufen dann auch dort ein, das können wir uns nicht leisten, da musst du was tun, da muss was geschehen.“³⁴⁵

Andererseits wird darauf hingewiesen, dass mit diesem eigenen Projekt auch andere politische Ziele unterstützt werden konnten und dies insbesondere auf die Standortwahl bezogen:

„Das Gemeindegebäude, das 40 Jahre lang ein Webereimuseum und davor eine Volksschule war, ist meiner Meinung nach aus mehreren Gründen eine hervorragende Wahl. Erstens Revitalisierung alter Bausubstanz, kein Bauen auf der grünen Wiese. Zweitens wird dadurch der Ortskern gestärkt und dem Zentrensterben entgegengewirkt und drittens ist das Gesundheitszentrum ein Frequenzbringer, von dem auch der örtliche Handel profitiert.“³⁴⁶

Wenn, wie hier in Haslach, die bauliche Herstellung neuer sozialer und gesundheitlicher Infrastruktur als öffentliche Aufgabe verstanden wird, kann diese zur Stärkung der historischen Substanz, des Zentrums und des öffentlichen Raums genutzt werden. Andere Beispiele zeigen, dass die Ansiedlung von PVEs in zentralen Lagen keineswegs selbstverständlich ist. In den letzten Jahren entstanden PVEs in autobahnnahen Gewerbegebieten, in Einkaufszentren, an

338 Wobei hier ergänzt werden muss, dass gerade hohe Fördermittel des RFFs in den Ausbau der PVEs fließen.

339 Das bezieht sich hier auf die Immobilien, nicht auf die Unternehmen.

340 vgl. Gesundheitszentrum Haslach

341 vgl. Gesundheitszentrum Admont

342 vgl. PVE Sonnendviertel

343 vgl. Primärversorgungseinheit – die Hausärzte Enns

344 Gruppeninterview Haslach 2021, siehe K. A.3

345 ebd.

346 ebd.

Einfallstraßen und als von Parkflächen umgebenen freistehende Kisten³⁴⁷. Dabei scheint es des Öfteren so, als wäre die Tatsache, *dass* ein PVE entsteht deutlich wichtiger als wie und wo es realisiert wird.

Dabei scheint es nicht unbedingt erforderlich, dass die öffentliche Hand selbst entwickelt, um sicherzustellen, dass auch andere öffentliche Interessen berücksichtigt werden. Wenn man bedenkt, dass nicht nur der Betrieb von PVEs an sich öffentlich finanziert wird, sondern auch hohe Fördermittel für die Errichtung gewährt werden, wäre es aus raumplanerischer Sicht empfehlenswert, diese Mittel auch an räumliche Kriterien zu knüpfen. Wenn Gesundheitszentren dort entstehen, wo Supermärkte nicht mehr genehmigt werden sollen, konterkariert dies sowohl raumplanerische als auch gesundheitspolitische Ziele. So sind Innenentwicklung, starke Ortskerne, Leerstandsaktivierung, kurze Wege und kompakte Siedlungsentwicklung nicht nur räumlich positiv zu bewerten, sondern unterstützen auch gesundheitliche Anliegen wie aktive Mobilität, Teilhabe und ein identitätsstiftendes Umfeld.

Neben der Positionierung spielt auch die Programmierung der Gebäude eine Rolle. Oft ist eine PVE nur eine von mehreren Nutzungsmöglichkeiten für ein Gebäude. Die restlichen Flächen werden anderweitig vermietet, an Apotheken, andere Ärzt:innen, weitere Gesundheitsdienstleister:innen, soziale Einrichtungen, kulturelle Nutzungen oder Gastronomie. Gerade neue Stadtteile benötigen solche Flächen für kulturelle und soziale Aktivitäten. PVEs könnten frequenzbringende Ankernutzungen sein und Anlass für die Erprobung neuer Bauträgerstrukturen bieten. Denn es bleibt die Frage: Wer baut? Wer sorgt dafür, dass es Raum für solche gesundheitsrelevanten Nutzungen gibt?

„Es geht um ein Verständnis für das Allgemeine wie Luft und Wasser oder auch Gesundheit, das allen zur Verfügung stehen sollte.“³⁴⁸

Wenn wir neue Stadtquartiere mit all ihren sozialen Orten und den damit verbundenen notwendigen Infrastrukturen für ein - aus heutiger Sicht - gesundes Wohnen verstehen, dann kann sich die Gemeinnützigkeit kaum auf den Wohnbau beschränken. Dazu bräuchten wir ebenso gemeinnützige Modelle und Bauträgerschaften für die Entwicklung sozialer Infrastrukturen, seien es Gesundheitsinfrastrukturen wie PVEs, Gesundheitsbüros, Gesundheitskioske, die Zentrale der mobilen Pflege oder auch gesundheitsrelevante soziale Infrastrukturen wie Kultureinrichtungen, das Wirtshaus, das Jugendzentrum, die Schachschule oder das Seniorentanzcafé. Berücksichtigt man die soziale Dimension von Gesundheit - so wie im letzten Jahrhundert die gesundheitliche Bedeutung von Licht, Luft und Sonne die Ausstattung des gesunden Wohnens geprägt hat - erscheint es völlig unlogisch, gerade die soziale Infrastruktur nicht in die öffentliche Hand zu nehmen.

347 vgl. Koordination Primärversorgung, o. J.
348 Schütz in Maierhofer 2023, 73

6.2.4

Gesundheit verortet: Das Gesundheitszentrum als Zuhause für Community Nursing, Social Prescribing und die Verräumlichung von Dörflichkeit

Das Gesundheitszentrum und das Gesundheitsbüro sind räumlich-fixierte Infrastrukturen³⁴⁹ – sie sind verortet und verortend zugleich. Diese starke lokalisierende Dimension der untersuchten Einrichtungen ist insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Transformationen im Gesundheitswesen bemerkenswert. So könnte angenommen werden, dass die Mobilisierung, die Zunahme temporärer Angebote und die Digitalisierung der Versorgung solche Einrichtungen vor Ort überflüssig machen – doch das Gegenteil ist hier der Fall.

Das Gesundheitszentrum und das Gesundheitsbüro sind Andockstationen für weitere Projekte und gesundheitspolitische Maßnahmen. Sowohl Social Prescribing als auch Community Nursing wären ohne die Einrichtungen in der Gemeinde kaum umsetzbar. Die lokal verankerten Institutionen schreiben Förderanträge, steuern die Projekte und geben Raum für die Umsetzung. Dies betrifft sowohl Projekte in Pilotphasen, wie eben Social Prescribing oder Community Nursing, die auf eine Verstetigung abzielen, als auch Fördermaßnahmen, die spezifische Themen aufgreifen.

Gesundheitsförderung braucht Raum - nicht nur in Haslach, sondern auch in den anderen Teilen der ARGE Gesundheit Steinerne Mühl. So findet der Gesundheitsstammtisch im Gasthaus St. Stefan statt, in St. Oswald nutzt das Community Nursing die Räume des Gemeindeamtes³⁵⁰.

Besonders stark ist die Kooperation der Gemeindegewerkschaft mit anderen räumlich fixierten Infrastrukturen. In den eher ländlich geprägten Gebieten wird ein großer Teil der Arbeit mobil und aufsuchend durchgeführt. Neben den Hausbesuchen werden bestehende soziale Infrastrukturen vor Ort, Kirchengemeinden, Dorfcafés oder Gemeinderäume zur Kontaktaufnahme, Beratung und Vernetzung mit den meist älteren Menschen genutzt.³⁵¹

Darüber hinaus leistet das Gesundheitsbüro einen Beitrag zur Dörflichkeit. Barlösius definiert solche Infrastrukturen wie folgt:

„Sie erbringen Vorleistungen, fördern eine bestimmte Sozialität, [...] und sie tragen zur Verräumlichung von Dörflichkeit bei.“³⁵²

Das Gesundheitsbüro beschreibt eine Form von Infrastruktur, die einen besonders starken Beitrag zur Sozialität leisten kann. Dieser zeichnen sich dadurch aus, dass „die Vorleistungen und das Regelwerk der Infrastrukturen beinahe gänzlich auf Dörflichkeit ausgerichtet“³⁵³ sind und das trifft auf das Gesundheitsbüros zu. Es will Gesundheit fördern, indem es Gemeinschaft stärkt – das Ziel ist in Barlösius' Worten: „Dörflichkeit zu schaffen.“³⁵⁴

349 vgl. Barlösius 2019, 111
350 vgl. Gemeinde St. Oswald bei Haslach, o. J.
351 vgl. Space-Anatomy-Forschungsreisen 2020, siehe K. A.3
352 Barlösius 2019, 99
353 ebd., 108f
354 ebd., 107

Voraussetzung dafür ist die „räumlichen Festgelegtheit“:

„Entscheidend ist, dass es sich um konkrete und nicht um abstrakte Orte handelt, gerade ihre 'räumliche Festgelegtheit' (Simmel 1992: 706) prädestiniert diese Einrichtungen dazu, in verdörflichte Infrastrukturen transformiert zu werden. Es sind territorial festgelegte Orte, die überhaupt zu Drehpunkten dörflicher Sozialität werden können. Verdörflichung besitzt deshalb hier neben sozialen immer auch territorialen Qualitäten.“³⁵⁵

Auf ähnliche Weise erkennt auch der Abschlussbericht des Projektes GES.UND die Bedeutung des konkreten Ortes:

"Ein örtlich verankertes Gesundheitsbüro kann [...] vor allem als Drehscheibe mit der Funktion eines Netzknotens rund um das Thema Partizipation, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz fungieren. [...] Ein Gesundheitsbüro als zentrale Anlaufstelle als Ort für sozialen Kontakt und Austausch fördert die Niederschwelligkeit und erleichtert den Zugang zu den verschiedenen Bevölkerungsgruppen.“³⁵⁶

Gerade wenn Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe verstanden wird, braucht es Institutionen, die dies ermöglichen und unterstützen. Soziale und gesundheitliche Infrastruktur, können solche sozialen Orte sein, an und um die sich Sozialität entwickeln kann, Vereine und Initiativen entstehen und informelle Sorgenetzwerke Halt finden können³⁵⁷. Wenn es also im Endbericht des Projektes heißt: „Ehrenamt braucht Hauptamt“³⁵⁸, dann gilt auch: Initiativen brauchen Institutionen, soziale Orte brauchen Infrastruktur und Gesundheitsförderung braucht Verortung.

6.2.5 Wo Gesundheit räumlich wird: Das Gesundheitsbüro als Brücke zwischen Medizin und Alltag

Auch wenn die Analyse vom Gesundheitszentrum als zentralem Ort ausgeht, stellt das Gesundheitsbüro die eigentlich zentrale, programmatische und räumliche Verbindung zwischen Alltag und Gesundheit dar. Die gemeindeorientierte Gesundheitsförderung ähnelt partizipativen Projekten, wie sie der Planungswelt geläufig sind und oft praktiziert werden. Bücherschränke, Begegnungsbänke, gemeinsame Spaziergänge und Rätselrallyes, bei denen Kinder etwas über den Ort lernen, könnten auch Projekte aus der Planungswelt sein. Vergleicht man die beiden folgenden Aussagen aus Gesundheits- und Planungswelt, wird die Ähnlichkeit augenscheinlich:

Planung: „Wir nutzen das Potential der Vielen: Mit Menschen vor Ort erarbeiten wir Konzepte für ein lebendiges Umfeld.“³⁵⁹

Gesundheit: „Teilhabe und Partizipation bedeuten Mitgestalten im Prozess zur gesundheitsgerechten Gestaltung der eigenen Lebenswelt und eine Beteiligung auf allen Stufen des Entwicklungs- und Forschungsprozesses.“³⁶⁰

Sowohl Gesundheitsförderungs- als auch Quartiersprojekte verfolgen Ansätze wie Partizipation, Empowerment und Bottom-up. Die inhaltlichen und methodischen Parallelen laden geradezu zur Kooperation bzw. Koordination ein. Die Überschneidungen der beiden Welten zeigen sich auch in ihren nahezu identischen Zielsetzungen. Was für die Gesundheit gut ist, ist in der Regel auch räumlich sinnvoll. Für den Marktplatz ist es letztlich gleichgültig, ob er durch Projekte der Gesundheitsförderung oder der Ortskernbelebung zu einem Ort der

355 ebd., 111
356 Commenda 2022, 12
357 vgl. Plunger in Maierhofer 2023, 71
358 Commenda 2022, 10
359 nonconform zt gmbh, o. J.
360 Commenda 2022, 4

Begegnung, des Verweilens und der Partizipation geworden ist, oder ob gesundheitliche oder planerische Argumente dazu geführt haben, ihn durch einen Spazierweg mit dem Pflegeheim zu verbinden.

Dabei darf nicht übersehen werden, dass die umfassende Gesundheitsförderungsarbeit ohne Büro und Projektförderung nicht möglich gewesen wäre. Die PVE allein könnte dies in diesem Umfang nicht leisten, dafür sind im laufenden PVE-Alltag weder Zeit noch Ressourcen vorhanden. Das Gesundheitsbüro ist somit selbst eine Art drittmittelfinanziertes Zusatzprojekt, das die Primärversorgung um die Gesundheitsförderung erweitert und die Versorgung mit dem Alltag (dem Alltagsraum) verzahnt.³⁶¹

Es ist möglich, dass diese Art von Gesundheitseinrichtung mehr mit den Konzepten der Gesundheitskioske zu tun hat als mit denen der neuen PVEs. Jedenfalls sind all diese neuen Orte der Gesundheit nicht getrennt voneinander zu betrachten, sie sind miteinander verbunden. Sie stellen keine getrennten Welten dar, sondern markieren Stationen entlang eines Krankheit-Gesundheit-Kontinuums – sie sind Teile eines neuen Stadt-Krankenhaus-Kontinuums.

6.2.6 Die Allianz aus Planung und Gesundheit: Starke Institutionen und die Praxis des integrierten Handelns vor Ort

In Haslach scheint viel zu gelingen: Die Gesundheitseinrichtungen sind räumlich und programmatisch in den Ort integriert, der öffentliche Raum wird belebt, Leerstand stellt kein Problem dar und Gesundheitsförderung gehört zum Alltag der Gemeinde. Die Frage drängt sich auf: Was sind die Voraussetzungen für eine solche gelungene Entwicklung? Eine singuläre und allgemeingültige Antwort kann an dieser Stelle nicht gegeben werden.

Bei der Betrachtung der Situation fällt jedoch auf, wie stark eine engagierte Planungs- aber auch Versorgungskultur im Ort verankert ist. Der Gemeindecarchitekt setzt sich seit Jahren für eine Baukultur ein, die das Gemeinsame in den Blick nimmt und die Stärkung des Ortskerns, der sozialen Infrastruktur und des öffentlichen Raums in den Mittelpunkt stellt. Er ergreift selbst die Initiative, saniert ein Haus am Marktplatz, engagiert sich über die Ortsgrenzen hinaus für das Thema und ist gut vernetzt. Regelmäßig organisiert er den Haslacher Architekturfrühling und holt damit die Architektur- und Planungswelt nach Haslach. Baukultur beeinflusst in Haslach die kommunale Entscheidungsfindung. Bei Standortfragen, möglichen Umbauten oder Umnutzungen im Zentrum wendet sich der Bürgermeister an den Architekten. Er hat sich für den Erhalt des Vonwiller-Areals ebenso eingesetzt wie für den jetzigen Standort des Gesundheitszentrums.³⁶²

An dieser Stelle könnte die Hypothese aufgestellt werden, dass der vorbildliche räumliche Umgang mit der neuen Gesundheitseinrichtung weniger mit einer besonders guten lokalen Gesundheitsplanung zu tun hat, sondern vielmehr mit einem grundsätzlich ausgeprägten Bewusstsein für die räumliche Dimension aller politischen Entscheidungen. Mit anderen Worten, die Gemeinde pflegt einen raumbewussten Umgang mit Herausforderungen, seien sie gesundheitlicher, wirtschaftlicher oder bildungspolitischer Natur.

³⁶¹ vgl. Gruppeninterview Haslach 2021, siehe K. A.3

³⁶² vgl. LandLuft 2009.; Gruppeninterview Haslach 2021, siehe K. A.3

Es ist aber gleichermaßen offensichtlich, dass eine gute integrierte Gesundheitsversorgung und -förderung nicht allein durch räumliche Planung erreicht werden kann. Ausschlaggebend dafür ist auch ein Verständnis von Gesundheit als gesamtpolitische Aufgabe, und auch das hat in Haslach Tradition. So spielt auch der Gemeindearzt eine wesentliche Rolle. Seine Arbeit beschränkt sich wiederum nicht nur auf die Aufgaben in der Praxis. Er engagiert sich ebenfalls für die Gesundheit in der Gemeinde und macht sich für eine gute Versorgung stark. Er war Präsident der Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. Mit der jährlichen Tagung *AM PULS-Gesundheit* bringt er die Themen der Welt der Gesundheit in das Haslacher Pfarramt. Darüber hinaus war er maßgeblich daran beteiligt, die Modellprojekte Gesundheitszentrum und Gesundheitsbüro nach Haslach zu holen.³⁶³

Betrachtet man die beiden Institutionen - Gemeindeplaner und Gemeindearzt - so fällt ein ausgeprägtes gegenseitiges Verständnis und Bescheidwissen übereinander auf. So setzt sich der Arzt für die Verbindung von öffentlichem Raum und Gesundheitszentrum ein und der Architekt vermittelt seine räumlichen Ziele mit jenen der Gesundheit:

„Es geht um Gesundheit, und im Endeffekt um eine allheitliche Gesundheit [sic]. Da muss man auch schauen, dass Ortstrukturen, die Wohnräume [...] sind, einladend und ansprechend sind – dass sie am Alltagsleben teilhaben lassen, dass man das erreichen kann, in die Kirche gehen kann, oder um die Kirche gehen kann und sich dort hinsetzen kann. Dass ich da mehr mitnehme, als nur dass man vom Parkplatz wegfahren kann.“³⁶⁴

Dies zeigt, was stark vernetzte und institutionalisierte Raum- und Gesundheits-(Versorgungs-)Planung leisten können. Sie waren die treibende Kraft für eine verzahnte Gesundheits- und Raumentwicklung. Voraussetzung dafür war und ist, dass beide Bereiche in der Kommune verankert sind und eine ausgeprägte Kommunikationskultur besteht. Für ein integriertes und vernetztes Handeln bedarf es ansprechbarer Institutionen auf beiden Seiten.

363 vgl. Gruppeninterview Haslach 2021, siehe K. A.3
364 Gruppeninterview Haslach 2021, siehe K. A.3

7.1 ÜBERBLICK

7.1.1 Der Ort

Hafen, Industrie, Ein- und Auswanderung prägen Geschichte und Gegenwart der Elbinsel Veddel³⁶⁵. Im Zuge des Wachstums des Hamburger Hafens im 19. Jahrhundert wurde die damalige Weideinsel eingegliedert und durch die Elbrücken mit Hamburg verbunden. Der Hamburger Reder Robert Miles Sloman errichtet dort Ende des 19. Jahrhunderts eine erste Siedlung für Hafentarbeiter:innen. In den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts mussten diese Gebäude einem neuen, dichter bebauten Stadtteil nach Plänen von Fritz Schumacher weichen³⁶⁶. Das Ensemble aus mehrgeschossiger Hofbebauung, die sich um einen zentralen Bereich mit Sportplatz, Schule und Kirche gruppiert, prägt bis heute die Struktur des Quartiers. Die Häuser mit ihren meist kleinen Wohnungen sind bis heute im Besitz der Stadt bzw. der städtischen Wohnungsgesellschaft SAGA.

Der Inselcharakter des Stadtteils wurde durch neue Barrieren wie die Autobahn weiter verstärkt. Allein die S-Bahn und die Brückenanlagen verbinden die Veddel:innen mit dem Festland im Norden und der größeren Elbinsel Wilhelmsburg im Süden. Die Veddel ist ein „Ankunftsstadtteil par excellence“³⁶⁷, viele Menschen kommen, vernetzen sich und ziehen weiter, die Nachbarschaft ist postmigrantisch geprägt.

Obwohl die Veddel nur rund drei Kilometer von der Innenstadt und weniger als zwei Kilometer von der HafenCity entfernt ist, gilt sie als einer der ärmsten Stadtteile Hamburgs. Die Lebenserwartung auf der Veddel liegt mehr als 10 Jahre unter der Lebenserwartung in den reichsten Stadtteilen der Stadt.³⁶⁸

Jonas Fiedler (Poliklinik Veddel) benennt diese gesundheitliche Ungleichheit:

„Und das finde ich immer wieder so eine total eklatante und himmelschreiende Ungerechtigkeit. Also das ist einfach nur die Frage, wo lebt man und wie kann man leben? Für die Frage, wie lange darf ich leben?“³⁶⁹

Die gesundheitlichen Belastungen im Stadtteil sind hoch. Stress, Armut, schlechte Wohnverhältnisse (Schimmel, Überbelag, Lärm), prekäre Arbeits- und Aufenthaltssituationen sowie Isolation und Umweltbelastungen prägen den Alltag der Menschen. Der Stadtteil ist von Industrie umgeben, liegt zwischen A7 und ICE-Trasse, direkt neben einem Kupferwerk.

„Auf der Veddel wird sichtbar, wer die Kosten für die ungleiche Verteilung des gesellschaftlichen Wohlstandes trägt: Armut macht krank.“³⁷⁰

365 Der Stadtteil Veddel besteht aus den Elbinseln Große und Kleine Veddel, Peute und Kaltehofe. Auf der Kleinen Veddel befindet sich die Schumacher-Siedlung. Auf den anderen Inseln wird nicht gewohnt, sie sind durch Hafen, Industrie und Gewerbe geprägt. Wenn in dieser Arbeit von der Veddel die Rede ist, ist die bewohnte Kleine Veddel gemeint.

366 vgl. Küttner 2010

367 Stadtteilspaziergang Veddel 2021, siehe K. A.3

368 vgl. Michael u. a. 2013; vgl. Fiedler in Bůžek und Fiedler 2023

369 Fiedler in Bůžek und Fiedler 2023

370 Poliklinikkollektiv 2018, 501

Die Lage am östlichen Rand des Hafens ist wie in vielen europäischen Städten historisch ungesund. Der Wind weht meist aus westlicher Richtung und trägt die verschmutzte Luft vom Hafen in die östlichen Wohngebiete. In den Gärten der Veddel darf kein Gemüse angebaut werden weil die Böden zu stark belastet sind. Der Stadtteil ist eng mit der Kupferhütte Aurubis verbunden, deren Werk in unmittelbarer Nachbarschaft liegt. Aurubis kooperiert mit der Stadtteilschule, viele Veddeler:innen sind, teilweise ihr gesamtes Berufsleben, im Werk beschäftigt und leisten oft schwere körperliche Arbeit an den Öfen.³⁷¹

Trotz dieser belastenden Determinanten, verstehen viele Bewohner:innen die Veddel als einen lebenswerten Ort.

„Die Veddel wird in der Öffentlichkeit und in den Medien stigmatisierend als ein armer, prekärer Stadtteil dargestellt, aber die Leute, die hier leben nehmen das ganz anders wahr, für die ist das ein lebenswerter Stadtteil und es ist auch wichtig zu sagen, keine *failed neighbourhood* – sicherlich von Stadt und Staat vernachlässigt, was die soziale Infrastruktur angeht, aber was das Miteinander und die Solidarität angeht: sehr sehr lebenswert.“³⁷²

Aus der Struktur des Stadtteils, welche von der Inselhaftigkeit und Schumachers Städtebau bestimmt wird, ergibt sich ein leicht nachvollziehbares System von öffentlichen und halböffentlichen Räumen sowie klare Stadtteilkanten. In den Innenhöfen entstehen geschützte Begegnungsräume. Die zentralen öffentlichen Räume des Stadtteils sind der mittlere Bereich, mit Sportplatz und Kirche, sowie die Veddeler Brückenstraße mit den Erdgeschossnutzungen

Insgesamt bildet die Veddel eine kohärente Einheit, deren Konturen und Grenzen räumlich deutlich erkennbar sind. Das klare architektonische Erscheinungsbild und die eindeutige Trennung von Innen und Außen ermöglichen Abgrenzung und Zuordnung.

„Eigentlich ist das mega gelungen und so nehmen das auch die Veddeler:innen wahr: [D]ie Innenhöfe, wo die Kinder spielen können, die Fußläufigkeit, das ist total lebenswert, obwohl der Stadtteil einer der ärmsten Hamburgs ist, fühlen sich die meisten Leute hier wohl, Communities haben ihre Refugien, Architektur und Stadtplanung tragen auf jeden Fall dazu bei.“³⁷³

Der Stadtteil kämpft jedoch mit einer unterdurchschnittlichen Versorgung mit (Sozialer) Infrastruktur. Seit Jahren besteht etwa der Bedarf an einem Vollsortimenter, der sich allerdings aufgrund der geringen Kaufkraft nicht ansiedeln will. Nachdem Ende 2020 der einzige Discounter auf der Insel ausbrannte, war es monatelang kaum möglich, die täglichen Einkäufe auf der Insel zu erledigen.³⁷⁴

Auch die medizinische Versorgungssituation auf der Veddel war vor der Gründung der Poliklinik sehr angespannt. In dem gesamten Stadtteil gab es nur eine allgemeinmedizinische Praxis, die Apotheke wollte schließen, Fachärzt:innen oder eine Drogerie gab es nicht. Auch wenn Hamburg insgesamt als überversorgt gilt, ist die medizinische Versorgung ungleich über die Stadt verteilt.³⁷⁵

Die Versorgungsplanung betrachtet Hamburg als eine Versorgungsregion. Das bedeutet, dass Ärzt:innen, die eine Arztsitzuteilung erhalten, sich in Hamburg niederlassen können, wo sie wollen, unabhängig von kleinräumiger Über- oder Unterversorgung. Ein Sitz kann somit auch von einem unterversorgten Stadtteil in einen möglicherweise zahlungskräftigeren und überversorgten Stadtteil verlegt werden.³⁷⁶

371 vgl. Interview Poliklinik Veddel 2021, siehe K. A.3; vgl. Stadtteilspaziergang Veddel 2021, siehe K. A.3

372 Stadtteilspaziergang Veddel 2021

373 ebd.

374 vgl. Twickel 2020; vgl. IEK Veddel 2020, 27

375 vgl. Interview Poliklinik Veddel 2021, siehe K. A.3; vgl. IEK Veddel 2020, 26; vgl. Poliklinikkollektiv 2018, 501

376 vgl. Kriens und Heining 2018, 166

Die resultierende Verteilung der medizinischen Versorgung folgt dem *inverse care law*³⁷⁷. Dieses vor 50 Jahren von Julian Tudor Hart beschriebene Gesetz besagt, dass sich Gesundheitseinrichtungen umgekehrt proportional zu Bedarfen häufen. Es kommt vermehrt zu einer Konzentration von gesundheitlichen Infrastrukturen und Angeboten in Regionen mit hohem Einkommen, Lebensstandard und -erwartung, während unterversorgte Gebiete mit hohen Bedarfen, geringerer Lebenserwartung und vielen Gesundheitsrisiken unterversorgt bleiben.³⁷⁸

Was das dieser Mechanismus für Hamburg bedeutet, beschreibt auch Jonas Fiedler (Poliklinik Veddel):

„Bei uns sind 10 Prozent unserer Patient:innen nicht krankenversichert. Damit ist völlig klar, in dem Stadtteil, kann man nicht viel Geld mit Medizin verdienen. [I]n so reichen Stadtteilen wie Eppendorf und Blankenese gibt es einfach unzählige Arztpraxen und im ganzen Raum Süderelbe [...] gibt es einfach sehr, sehr wenige Praxen. Das ist deshalb besonders eklatant, weil da sowieso eine strukturelle Benachteiligung vorliegt, die Leute eigentlich eine stärkere medizinische Versorgung bräuchten oder eine umfassendere, weil die Problemlagen viel komplexer sind. Und genau da ist aber dann die Unterversorgung so stark. [A]lso genau da, wo die Versorgung am notwendigsten ist, ist sie tatsächlich am schlechtesten.“³⁷⁹

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass die Poliklinik gerade in diesem Stadtteil entstanden ist, oder besser gesagt, dass sie sich gerade diesen Stadtteil ausgesucht hat.

7.1.2 Die Poliklinik und das Polikliniksyndikat

Der Name Poliklinik ist bewusst gewählt. Er bezieht sich auf die Sozialkliniken des 18. Jahrhunderts und die staatlichen Gesundheitszentren der DDR. Das Ziel der Poliklinik Veddel beschränkt sich jedoch nicht auf ein breites öffentliches medizinisches Angebot, sondern strebt eine integrierte Versorgung an, die Gesundheit mit all ihren sozialen und umweltbedingten Determinanten adressiert. Neben der individuellen Behandlung von Krankheiten spielen Gemeinwesenorientierung und Verhältnisprävention eine zentrale Rolle.³⁸⁰

Die Poliklinikbewegung entstand im Umfeld der *Medibüros*, die ehrenamtlich und anonym Menschen ohne Krankenversicherung behandelten³⁸¹. Ein Teil der Gruppe wollte nicht mehr nur punktuell Probleme behandeln, sondern eine Versorgungsform entwerfen und umzusetzen, die den gesundheitlichen Herausforderungen ganzheitlich begegnet. Die Vision ist ein Gegenmodell zu der vorherrschenden medizinisch orientierten Versorgung, die in erster Linie kurativ ausgerichtet ist. In diesem Zusammenhang bezieht sich die Poliklinik häufig auf das Zitat von Michael Marmot³⁸²:

„Why treat people and send them back to the conditions that made them sick?“³⁸³

377 vgl. Lancet 2021; vgl. Tudor Hart 1971

378 vgl. ebd.

379 Fiedler in Bůžek und Fiedler 2023

380 vgl. Poliklinik Veddel. o.J.

381 vgl. Interview Poliklinik Veddel 2021, siehe K. A.3

382 vgl. Pruskil u. a. 2023

383 Marmot 2015, 1

Die Poliklinik will nicht nur körperliche Beschwerden somatisch behandeln, sondern die Verhältnisse, in denen die Menschen leben - die sozialen Determinanten von Gesundheit - in den Blick nehmen.

„Anders als in den neoliberalen Erzählungen, die besagen, dass man selbst für seine Gesundheit verantwortlich ist, dass man mehr joggen muss, sich gesünder ernähren muss und weniger Stress haben muss, zeigt die Forschung, dass gesellschaftliche Einflussfaktoren viel wichtiger sind als das individuelle Verhalten.“³⁸⁴

In diesem Sinne kann die Gesundheitsversorgung nicht allein von Ärzt:innen geleistet werden, ihnen fehlt die Expertise für all diese Themen, vielmehr bedarf es eines multiprofessionellen Teams. Deshalb gibt es in der Poliklinik neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung auch Sozialberatung und Gemeinwesenarbeit – dadurch betritt die Poliklinik „Neuland im ärzt:innenzentrierten deutschen Gesundheitssystem“³⁸⁵.

Als Kollektiv sollen die Lebensbedingungen vor Ort - im Stadtteil - verbessert werden. Das neue Stadtteilgesundheitszentrum verfolgt so mehrere Ziele.³⁸⁶

- Die akute Verbesserung der Versorgung vor Ort
- Die Entwicklung eines neuen Versorgungsmodells: interdisziplinäre, partizipative Gemeinwesenarbeit und Adressierung sozialen Determinanten
- Handlungs- und Kompetenzerweiterung für die Pflege
- Engere Verschränkung von Öffentlichem Gesundheitsdienst und Primärversorgung
- Etablierung von Primärversorgungszentren in Stadtteilen mit gehäuften sozialen Problemlagen und ländlichen Regionen (inkl. Rechtlicher Verankerung)

2016 erhielt die Poliklinik ihren ersten Arztsitz auf der Veddel und konnte das Stadtteilgesundheitszentrum am Zollhafen eröffnen. Sie bezog das zweistöckige Bachsteingebäude, des ehemaligen Polizeiblocks, in dem sich früher der Pferdestall befand. Der Eingangsbereich im Erdgeschoß erinnert eher an ein Stadtteilcafé als an ein Wartezimmer. Der Empfang ist eine Theke, Caféhaustische verteilen sich im Raum und an der Wand hängen Plakate und Flyer zu allen möglichen Themen und Veranstaltungen:

„Am Zollhafen, unser Mutterschiff, ist [...] der Eingangs- und Wartebereich primär als ein Café gedacht. [A]lso ein Ort, wo man nicht nur wegen körperlicher oder seelischer Beschwerden hinget, sondern sich auch sonst gerne zum Kaffee trifft. Auch ein Raum, der in der Gemeindegarbeit gut bespielt werden kann. Wo auch Veranstaltungen oder kleine Konzerte stattfinden können. So könnte das als Schwellenraum zwischen Stadtteil und Poliklinik funktionieren.“³⁸⁷

Beim Stadtteilfest werden unter dem Vordach Waffeln gebacken, im Behandlungsraum hängt ein goldener Vorhang, weiße Mäntel gibt es nicht. In den oberen Räumen finden Beratungen, Therapien und medizinische Behandlungen statt. Einmal in der Woche trifft sich das Kollektiv zum Plenum.

Inzwischen ist die Poliklinik auf drei Standorte angewachsen. Als die Hausärztin in der Wilhelmsburgerstraße ihre Tätigkeit beendete, übernahm die Poliklinik die Praxis in der umgenutzten Wohnung. Der dritte Standort ist ein Erdgeschosslokal in der Brückenstraße, in dem Sozialberatung, Gemeinwesenarbeit und Community Nursing untergebracht sind. Er soll eine Brücke zum Stadtteil bilden. Mittlerweile arbeiten rund 35 Personen haupt- und ehrenamtlich in der Stadtteil- und der Hebammenpraxis, der Forschung, der Gemeinwesenarbeit, der Gesundheits- und Sozialberatung, der psychologischen Beratung, der Gemeindekrankenpflege, dem Community Nursing sowie der Koordination und Verwaltung.

384 Stadtteilspaziergang Veddel 2021, siehe K. A.3

385 Dickel in Maierhofer 2023

386 Pruskil u. a. 2023

387 Stadtteilspaziergang Veddel 2021, siehe K. A.3

Organisatorisch ist die Poliklinik ein Verein: *Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e.V.* Dieser Verein finanziert einen Teil der Projekte und bekommt wiederum Mittel aus verschiedenen Töpfen, Gelder von Stiftungen, Forschungsförderung, Behördenmittel, Fördermitgliedern oder Projektförderungen. Die Praxen (Stadtteilpraxen und Hebammenpraxen) können nicht vom Verein betrieben werden und sind daher eigenständige Einheiten, die mit den Krankenkassen abrechnen.

Die Gemeinwesenarbeit ist besonders eng mit der Umgebung vernetzt, ihr Behandlungsraum ist der Stadtteil. Auf diese Weise greift die Poliklinik Themen auf, die Gesundheit beeinflussen, oft aber nicht direkt dem Gesundheitsbereich zuzuordnen sind.

„So verbinden wir eine primär-medizinische Versorgung mit Gemeinwesenarbeit. Wir gehen sehr viel raus aus dem Gesundheitszentrum und befassen uns mit Themen wie Wohnen, Umweltverschmutzung, Einflüsse aus dem Hafen, Arbeitsbedingungen, aber auch mit Rassismuserfahrungen.“³⁸⁸

Die Poliklinik ist auf Stadtteilstufen präsent, führt ein Präventionsprojekt in der Schule durch, bietet Selbstverteidigungs- und Ressourcentraining für Frauen an, baut einen Gesundheitspavillon im Zollhafen, organisiert eine Stadtteilgesundheitskonferenz und veranstaltet Filmabende. Es gibt Workshops, eine Gruppe hilft sich gegenseitig bei der Steuererklärung und es werden gemeinsame Aktivitäten wie eine Hafenrundfahrt organisiert.³⁸⁹

Gesundheitsförderung ist Beziehungsarbeit. Deshalb pflegt das Kollektiv Kontakte zu lokalen Akteur:innen: Schule, Jugendarbeit, Stadtteilbücherei, AWO-Seniorentreff, Veddel Barrierefrei, Kiosk, Pizzeria, Sportvereine, Pfarre und viele mehr. Sie sind Umsetzungspartner:innen, Multiplikator:innen, Wissensträger:innen und Orte für Aktivitäten. So ist etwa der Kiosk ein wichtiger Multiplikator um die Menschen in ihrer Lebenswelt zu erreichen und zum Beispiel über Coronamaßnahmen zu informieren.³⁹⁰

Die Poliklinik kann aber auch als Anwältin für die Gesundheit der Veddel verstanden werden. Sie zeigt Missstände auf, setzt sich für die Belange des Stadtteils ein, verschafft ihnen Gehör und vertritt die Interessen der Veddeler:innen auf verschiedenen politischen Ebenen.

"Da werden wir auch gehört. Also ich würde auch sagen, man kann uns auch nicht mehr überhören."³⁹¹

Das Engagement geht über die konkrete Arbeit im Stadtteil hinaus. Sie setzt sich gegen die Finanzialisierung³⁹² des Gesundheitswesens sowie für eine gemeinwesenorientierte Gesundheitsversorgung ein, prangert krankmachende Verhältnisse wie zu hohe Mieten, ungleiche Vermögensverteilung, schlechte Arbeitsbedingungen oder fehlende soziale Versorgung und Infrastruktur an. Die Poliklinik Veddel versteht sich nicht als punktuelle Lösung eines lokalen Problems, sondern als modellhafte Alternative zu profitorientierten Versorgungszentren.³⁹³

"Wir dürfen unsere Gesundheit nicht dem Markt überlassen. Stattdessen brauchen wir eine neue Gemeinnützigkeit im Gesundheitssystem. Mit den Polikliniken ist hier eine real-utopische Alternative im Aufbau."³⁹⁴

Die Bewegung beschränkt sich nicht auf die Veddel. Die Poliklinik ist Teil des *Poliklinik Syndikats*, dem bundesweiten Dachverband der Solidarischen Stadtteilgesundheitszentren.

388 Dickel in Maierhofer 2023

389 vgl. Interview Poliklinik Veddel 2021, siehe K. A.3

390 vgl. ebd.

391 ebd.

392 „Finanzialisierung“ beschreibt Prozesse, die zu einem steigenden Einfluss der Finanzmärkte auf einen bestimmten Bereich führen. (vgl. ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft 2023, 6)

393 vgl. Fiedler in Bůžek und Fiedler 2023

394 Bůžek in Bůžek und Fiedler 2023

Mittlerweile gibt es neben Hamburg auch in Berlin, Dresden, Freiburg, Köln, Jena, Göttingen und Leipzig solche Polikliniken bzw. Gesundheitskollektive³⁹⁵.

Auf der Veddel ist die Poliklinik als Institution etabliert. Baulich sind die drei Standorte eher unscheinbar und räumlich wenig relevant, doch besteht der Wunsch und das Bestreben nach einem gemeinsamen Ort, einem gemeinsamen Standort unter einem Dach. Wie sich die Poliklinik im Stadtteil verortet bzw. verortet wird, hängt jedoch stark von Stadtentwicklung und Stadtteilplanung ab, die gerade auf mehreren Maßstabsebenen verhandelt wird.

7.1.3 Gesamtstädtischer Kontext und Transformationen rund um die Veddel

Die Veddel wird sich in wenigen Jahren in einer völlig neuen Umgebung wiederfinden. Mit dem Sprung über die Elbe, der IBA-Hamburg, dem neuen Stadtteil Grasbrook sowie den Entwicklungen südlich des S-Bahnhofs verändert sich der stadträumliche Kontext radikal. Im Norden wächst die HafenCity an den Stadtteil heran, nur etwa einen halben Kilometer von der Veddel entfernt entsteht der Elbtower³⁹⁶, ein über 230 Meter hoher Büro- und Hotelurm, und im Umfeld der S-Bahn Haltestelle Veddel soll nun, nachdem die Idee, dort den neuen Elbdom zu bauen³⁹⁷, ein Depot für 160 Busse entstehen³⁹⁸.

Auch wenn sich alle Projekte um die Veddel gruppieren, ist der Stadtteil für die einzelnen Konzepte eher ein Randthema. Gesamtstädtische Ziele überlagerten die Entwicklung der Veddel³⁹⁹. Bereits die ersten Konzepte für den Sprung über die Elbe legten den Schwerpunkt der Entwicklung auf die westliche Seite der Bahntrasse und nicht auf die östlich gelegene Schumachersiedlung⁴⁰⁰.

Ähnlich konzentrierte sich die IBA Hamburg auf die größere Elbinsel Wilhelmsburg. Zwar lag das IBA-Dock im Zollhafen, doch die Veddel spielte nur eine Nebenrolle. So äußerte sich der ehemalige Veddeler Pastor Ulfert Sterz zur IBA wie folgt:

„Außer dem IBA-Dock, wo die gut gekleideten Leute hingehen, Kaffee trinken, die Veddel wie einen Zoo bestaunen und wieder gehen, hat der Stadtteil kein eigentliches IBA-Projekt. Da kommt gleich wieder das Gefühl der Benachteiligung auf, das hier oft wie ein Hauch über der Insel liegt.“⁴⁰¹

Doch die gewichtigste Entwicklung findet am Grasbrook statt. Nachdem die ehemaligen Hafenflächen frei wurden und die Hamburger:innen die Olympischen Spiele, deren Stadien dort gebaut werden sollten, per Referendum ablehnten, begannen die Planungen für einen neuen Stadtteil. Das Quartier knüpft an die Entwicklungen nördlich der Elbe an, wird von der HafenCity GmbH entwickelt und folgte einem Entwurf von Herzog & de Meuron. Der nördliche Teil der Veddel soll über eine Brücke mit dem Grasbrook verbunden und mit dem neuen Quartier mitentwickelt werden.⁴⁰²

Für den Veddeler Norden gab es davor bereits Planungen. Die Integrierte Stadtteilplanung des Bezirks befasste sich mit dem Gebiet und in Workshops mit den Veddeler:innen wurden erste

395 vgl. Poliklinik Syndikat o. J.

396 vgl. Senatskanzlei Hamburg 2018

397 vgl. IEK Veddel 2020, 6

398 vgl. NDR 2023

399 IEK Veddel 2020, 6

400 vgl. Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt 2005, 36

401 Sterz o. J.

402 vgl. HafenCity Hamburg GmbH 2022; vgl. Interview RISE Hamburg 2021

Ideen entwickelt. Die Überlegungen sahen eine teilweise Verlagerung des Hafenverkehrs auf die westliche Bahnseite und eine vergleichsweise kleinteilige Struktur vor, die das Potenzial bieten sollte, die bekannten Flächen- und Nutzungsdefizite des Bestandes auszugleichen. So waren z.B. ein Multifunktionssaal und eben auch ein größerer zentraler Standort für die Poliklinik vorgesehen⁴⁰³.

Mit dem Neuen Grasbrook verlagerte sich die auch die Aufgabe der Entwicklung des Veddel Nordens zur HafenCity GmbH und weg von der Integrierten Planung im Bezirk. Diese ist zwar immer noch in die Prozesse eingebunden, verlagert ihren Fokus aber auf zentralere Bereiche der Veddel und das Projekt *Mitte Machen*⁴⁰⁴.

7.1.4 Integrierte Stadtteilentwicklung und *Mitte Machen*

Nicht nur die Stadtlandschaft rund um die Veddel ist in ständiger Bewegung, auch der Stadtteil selbst hat eine lange Geschichte als Handlungsraum verschiedener Planungs- und Förderprogramme. Seit 2020 ist die Insel wieder Zielgebiet des Rahmenprogramms *Integrierte Stadtteilentwicklung* (RISE).⁴⁰⁵

Das *Integrierte Entwicklungskonzept* (IEK) und der Stadtteilbeirat sind die zentralen Instrumente des RISE-Programms. Der Beirat stellt eine wichtige und dauerhafte Brücke zum Stadtteil dar. Er besteht auch aus Bewohner:innen, Personen aus der Verwaltung und Vertreter:innen von Institutionen vor Ort. Auch die Poliklinik ist im Stadtteilbeirat vertreten. Im IEK sind Handlungsfelder, handlungsfeldbezogene Leitziele und Schlüsselprojekte für das Integrierte Planung formuliert.⁴⁰⁶

Die wichtigsten Handlungsfelder auf der Veddel sind die Stärkung der sozialen Infrastruktur, der zentrale Bereich um die Kirche und die Stärkung der Gesundheitsversorgung, d.h. die Poliklinik. Die „Entwicklung eines sozialen Zentrums“ sowie eines „Stadtteilgesundheitszentrums“ sind in den Leitziele des Konzeptes explizit verankert.⁴⁰⁷

Die Idee eines Stadtteilzentrums für die Veddel wurde durch das parallel laufende Projekt *Mitte-Machen Veddel: Integrierte Planung und Gestaltung der sozialen Infrastruktur auf der Veddel* des Fachamtes Sozialraummanagement gestärkt. Im Rahmen dieses Mitte-Machens-Prozesses wurden gemeinsam mit Akteur:innen aus dem Stadtteil Empfehlungen zur Entwicklung der sozialen Infrastruktur erarbeitet. Ein klares Ergebnis war der Wunsch nach einem Stadtteilzentrum am Kirchplatz. Zum einen, weil der Ort von den Veddel:innen als Mitte empfunden wird, zum anderen, weil es dort mit dem Café Nova schon einen etablierten Begegnungsort gibt.⁴⁰⁸

Mitte Machen hat eine rein empfehlende Dimension, Gelder, etwa für den Bau eines solchen Zentrums, sind im Prozess nicht vorgesehen. Allerdings war schon während der Arbeitsgruppen klar, dass die Ergebnisse und damit auch das Stadtteilzentrum in das RISE-Programm

403 vgl. Interview RISE Hamburg 2021, siehe K. A.3; vgl. Bezirksamt Hamburg-Mitte, Fachamt Stadt und Landschaftsplanung 2019

404 vgl. Interview RISE Hamburg 2021, siehe K. A.3

405 vgl. IEK Veddel 2020, 6

406 IEK Veddel 2020; Interview RISE Hamburg 2021

407 IEK Veddel 2020, Plandarstellung im Anhang

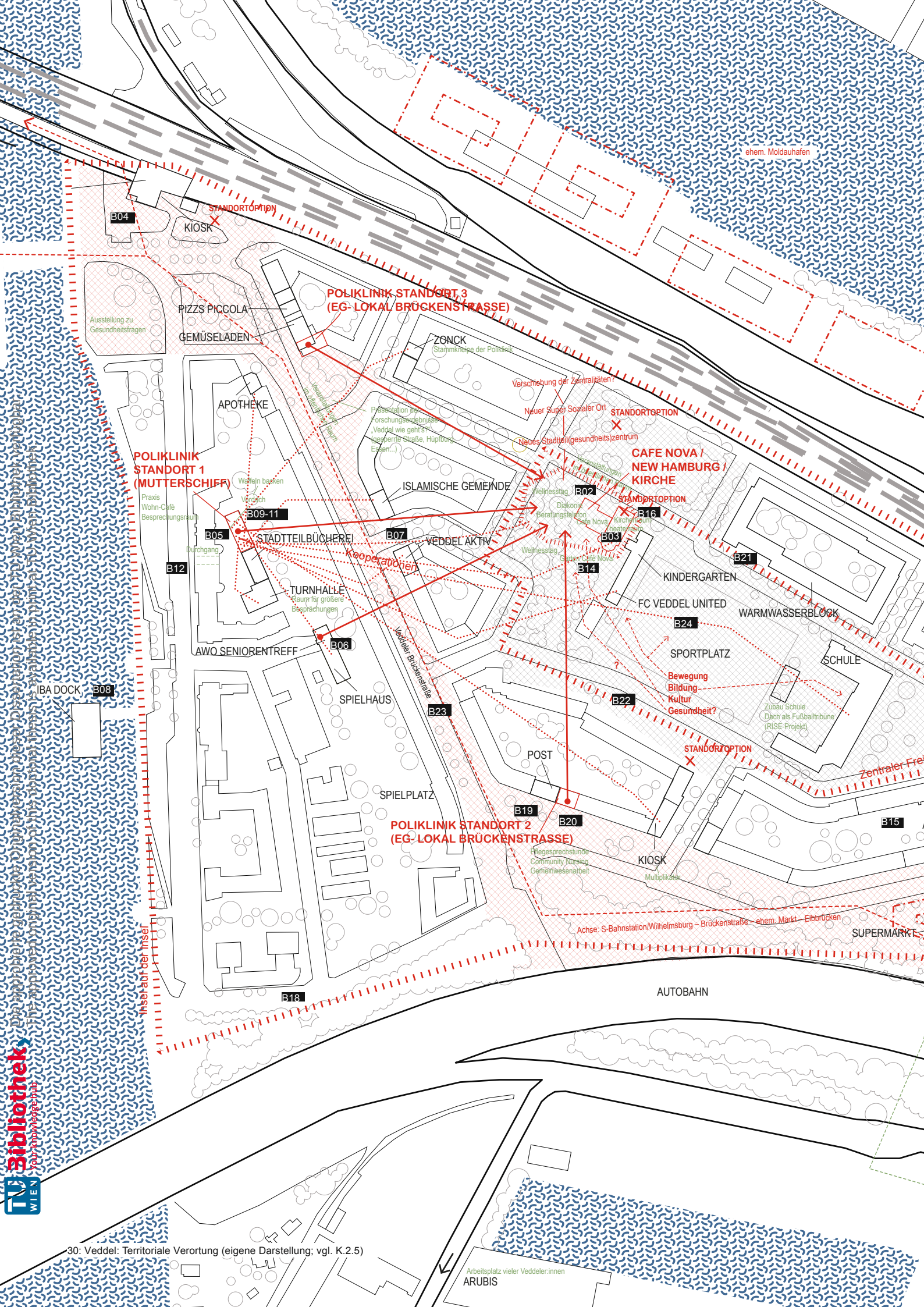
408 vgl. Interview RISE Hamburg 2021, siehe K. A.3; Interview Stadtteildiakonie Hamburg-Veddel 2021. siehe A.3

übergehen, wo es Budgetmittel für solche Projekte gibt. Klar war auch, die Poliklinik könnte und soll eine zentrale Rolle in einem solchen Zentrum spielen.

In dieser Gemengelage entstand 2021 auch das gemeinsame Projekt zwischen TU Wien und Poliklinik. In dieser Situation, in der noch nichts fix zu sein schien, aber die Möglichkeit, Teil eines Stadtteilzentrums zu werden, konkreter wurde, bearbeiteten wir im Rahmen des Masterprojekts *It is (not) about health - Gesundheit und soziale Infrastruktur* Fragen wie:

- Wo wäre der ideale Standort? Die Kirche, der Veddeler Norden oder gibt es auch andere Optionen?
- Wie könnte die Poliklinik der Zukunft aussehen, welches Raumprogramm, welche Typologie und welche stadträumliche Positionierung wird dieser neuen Form der Versorgung gerecht?
- Welche Rolle spielt ein solches Zentrum im Quartier und was bedeutet dies im Zusammenhang mit anderen sozialen Infrastrukturen und dem Öffentliche Raum?

Mittlerweile hat sich das Thema weiterentwickelt. Die Poliklinik soll „zentraler ‚Anker‘ des neuen Stadtteilzentrums“⁴⁰⁹ am Standort der Immanuelkirche werden. Der Prozess läuft.



30: Veddel: Territoriale Verortung (eigene Darstellung; vgl. K.2.5)

Arbeitsplatz vieler Veddel:innen
ARUBIS

B13

Neue Uferpromenade

ENTWICKLUNG GRASBROOK

Neue Brücke

ENTWICKLUNG VEDDEL NÖRD

VEDDELER FISCHGASSTÄTTE

ZOLLHALLEN

STANDORTOPZION

HOTEL

ATELIER

BOH

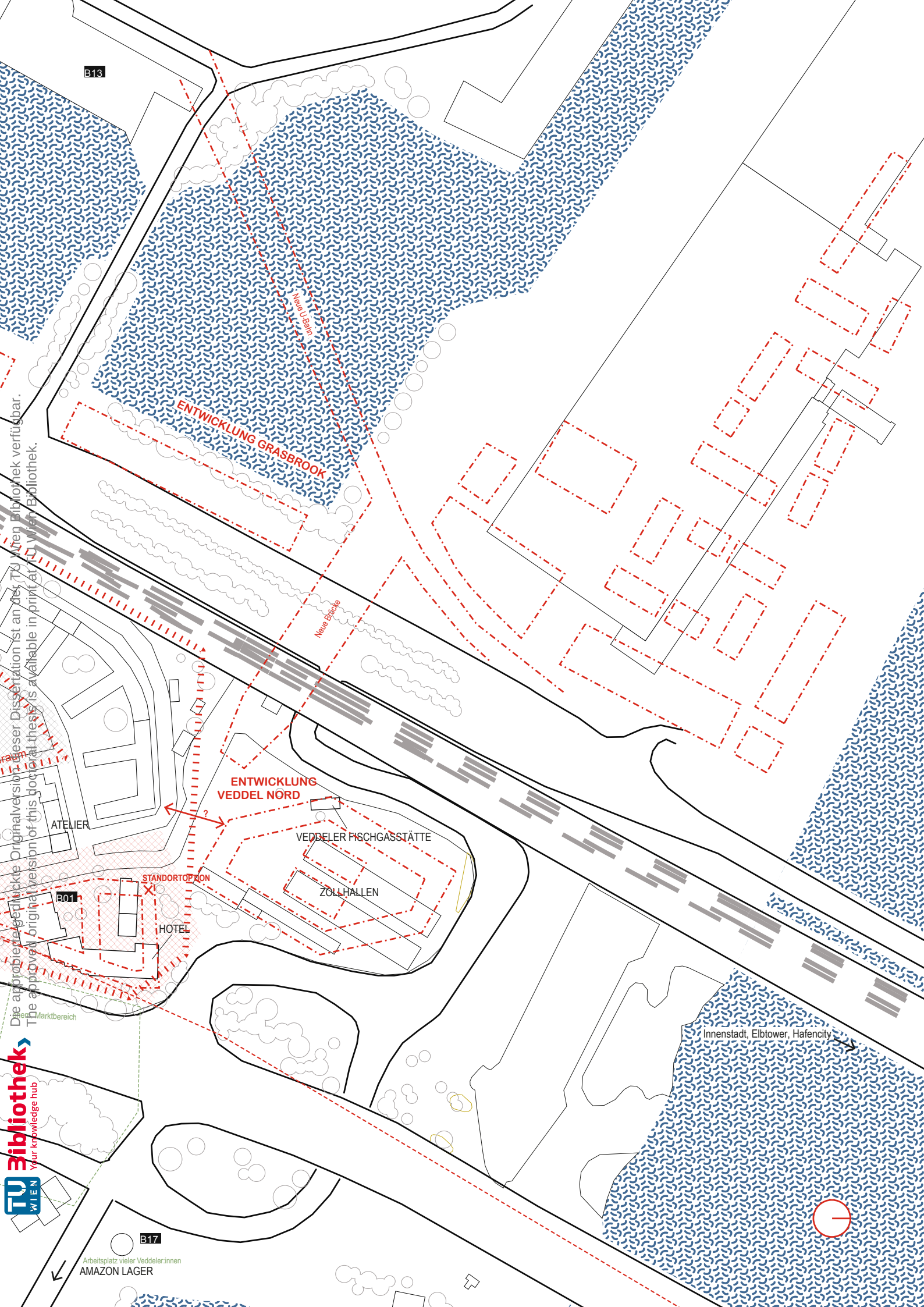
Innenstadt, Elbtower, Hafencity

B17

Arbeitsplatz vieler Veddelersinnen
AMAZON LAGER

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Dissertation ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar.
The approved original version of this doctoral thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

TU Bibliothek
Your knowledge hub
WIEN







- B01 B02 B03
- B04 B05 B06
- B07 B08 B09
- B10 B11 B12



B13 B14 B15
B16 B17 B18
B19 B20 B21
B22 B23 B24

7.2 AUSSCHNITTE

7.2.1 Die Transformation eines sozialen Ortes: wie die Kirche zum Gesundheitszentrum wird und sich dabei kaum verändert

Kirchen und Gesundheitszentren haben vieles gemeinsam. Auf der Veddel sind sie enge Verbündete und teilen sich bald ein Dach, den Kirchenraum, den zentralen sozialen Ort der Insel bzw. machen ihn zu einem solchen. Auch Eva Barlösius⁴¹⁰ und Kersten et.al.⁴¹¹ beschreiben die Bedeutung von Kirchen im Netz sozialer Orte, als Orte der Begegnung, für die Dörflichkeit und als räumlich fixierte Infrastruktur⁴¹². Diese Eigenschaften können auch dem Stadtteilgesundheitszentrum zugeschrieben werden, das einen großen Teil des Kirchenstandortes auf der Veddel übernehmen wird. Dieser Übergang, von der Kirche zum Stadtteil-(Gesundheits-)Zentrum, soll hier nachgezeichnet werden.

Dabei hat die Immanuelkirche schon einen längeren Transformationsprozess hinter sich. In der Kirche im Zentrum der Schulmeister-Siedlung finden nur noch selten Gottesdienste statt. Nachdem sich die Bevölkerungsstruktur auf der Veddel verändert und die evangelische Gemeinde geschrumpft war, wurde vor etwa zehn Jahren die Pfarrstelle gestrichen und der Standort wird seither von einer Diakonin betreut. An die Stelle der pastoralen Arbeit ist die Stadtteilarbeit getreten.

Schon der letzte Pastor, Ulfert Sterz, beobachtete die Veränderungen auf der Veddel und öffnete die Kirche für neue Bewohner:innengruppen und Aktivitäten.

„Jetzt haben wir eigentlich jede Woche Kino und Musikveranstaltungen, es kommen Leute von außerhalb, und es entsteht einfach eine gute Stimmung. Wir liegen ganz zentral, in der Mitte dieser Insel, haben fast ein Monopol auf einen großen Raum mit annehmbarer Akustik – das ist für mich der Weg, diesem Stadtteil Entfaltungsmöglichkeiten zu schenken. [...] Gleichzeitig ist die kirchliche Arbeit hier vor allem durch sozialdiakonische Arbeit geprägt. Wir bieten zweimal Essen an, wir haben hier die Tafel, eine Kleiderkammer, einen offenen Kinder- und Jugendtreff [...] Die Nachfrage ist groß.“⁴¹³

Es wird Theater gespielt, Fußball übertragen, es finden Jamsessions auf der Orgel statt, es wird gefeiert und getanzt⁴¹⁴.

Eine wichtige Rolle spielt dabei das Projekt New Hamburg, eine Kooperation mit dem Deutschen Schauspielhaus. Als sich das Theater 2014 öffnen wollte und auf der Suche nach einem geeigneten Ort für ein Vorstadtprojekt war, stießen die Regisseure auf die Kirche und den Pastor. Seitdem nutzt das Theater den Kirchenraum, ein Teppich ersetzt jetzt die Bestuhlung. Die Inhalte der Stücke werden mit den Veddelern:innen erarbeitet und greifen Themen aus dem Stadtteil auf. So thematisiert 2021 *Morte Mortale* die ehemalige Mülldeponie, Giftstoffe in Boden und Luft sowie gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen in einem Werk⁴¹⁵. Die diesjährige Produktion *Ministerium der Einsamkeit* beschäftigt sich mit den gesundheitlichen Folgen der Vereinzelung. Gemeinsam mit Veddeler:innen werden *Künstlerische Intervention zur Begrenzung von Einsamkeit* im Stadtteil umgesetzt, in der Kirche im Seniorentreff und

410 vgl. 2019, 104f

411 vgl. 2022, 57

412 vgl. K. 4.2.4

413 vgl. Stadtteilspaziergang Veddel 2021, siehe K. A.3

414 ebd.

415 vgl. Deutsches Schauspielhaus Hamburg 2021

Jugendliche performen im öffentlichen Raum. Die gesundheitsförderliche Dimension dieser Kooperation ist offensichtlich.⁴¹⁶

Aus dem Gemeindehaus wurde das Café Nova, wahrscheinlich der wichtigste Begegnungsort im Stadtteil. Es wird auch außerhalb von New Hamburg genutzt: Täglich kochen Anwohner:innen, Mitarbeiter:innen der Poliklinik verbringen hier die Mittagspause, es wird Deutsch gelernt, es gibt einen Gemeinschaftsgarten und die Stadtteilversammlung tagt in den Räumlichkeiten. Der Ort hat von einer konfessionellen Einrichtung zu einem sozialen Ort für den Stadtteil entwickelt, ist als solcher bekannt und etabliert.⁴¹⁷

Die Stadteildiakonie betreut das Café Nova, koordiniert die Nutzung des Kirchenraumes, organisiert soziale Projekte, macht Gemeinwesenarbeit und ist in verschiedenen Gremien aktiv. Ihre Hauptaufgabe ist die Nachbarschaftsarbeit.

„[E]s ist so wichtig, das Quartier als Ganzes zu betrachten und zu sehen, wie aktiviere ich die Menschen und wie kriege ich hin, dass Nachbarschaften funktionieren, dass Angebote da sind und Zusammenleben funktioniert.“⁴¹⁸

Dadurch trägt die Kirche aktiv zur Gesundheit im Setting Stadtteil bei. Sie ist aber auch schon jetzt eng mit der Gemeinwesenarbeit der Poliklinik verbunden. Viele Aktivitäten des Gesundheitszentrums finden im Café Nova statt. Für Poliklinik ist das ehemalige Gemeindezentrum ein Ort, um mit den Menschen in Kontakt zu kommen:

„Wenn ich so über Präventionsarbeit nachdenke, ist das auch ein wichtiger Ort, weil das hier einfach ein Ort ist zum Zusammenkommen, wo man Gespräche niedrigschwellig führen kann. Also einfach beim Essen, beim Kaffee. Hier treffen sich Frauengruppen, die auch hier im Café Nova arbeiten. Also hier gibt es quasi schon eine Community, die ich ansprechen kann und mit denen ich Sachen machen kann.“⁴¹⁹

Nun rücken die beiden Institutionen - die kirchliche und die gesundheitliche - noch enger zusammen. Wo früher kirchliches Gemeindeleben stattfand, soll nun ein soziales Stadtteil- (Gesundheits-)Zentrum entstehen, die Gesundheitsversorgung löst die Seelsorgearbeit ab. Im Mai 2023 wird die Kirche offiziell zum sozialen Stadtteilzentrum erklärt. Die Stadt übernimmt das Grundstück und überbaut bzw. erweitert den Bestand. Der Kirchenraum und der Kirchturm bleiben erhalten. Auf der Fläche des ehemaligen Gemeindezentrums entsteht ein dreigeschossiger Neubau, der Poliklinik, AWO, Stadteildiakonie flexibel nutzbare Räumlichkeiten und das Café Nova beherbergen wird.⁴²⁰

Klar ist, die gesundheitliche Nutzung wird dominieren, denn die Poliklinik ist bei weitem die größte Nutzerin des Neubaus. Doch die Grenzen zwischen sozialer Infrastruktur und Gesundheitsinfrastruktur verschwimmen. So hieß es in den Diskussionen zum Neubau der Poliklinik:

„Nachdem unser Gesundheitsbegriff- oder Verständnis so weit ist: als Gesundheitszentrum könnte man das im weitesten Sinne fast immer bezeichnen – also auch wenn die Bibliothek drinnen ist, und auch wenn New Hamburg drinnen ist.“⁴²¹

Die Umwandlung der kirchlichen Institution in eine gesundheitliche Einrichtung ist daher nicht mit einer völligen Neuprogrammierung gleichzusetzen. Zu ähnlich sind sich die Aktivitäten in Kirche und Poliklinik geworden, sie sind inhaltlich und methodisch kaum noch zu unterscheiden. Beide setzen auf Empowerment und Partizipation, orientieren sich an den vorhandenen Gegebenheiten und Bedürfnissen, wollen Orte der Begegnung und Interaktion

416 Deutsches Schauspielhaus Hamburg 202

417 vgl. Interview Stadteildiakonie Hamburg-Veddel; siehe A.3. 2021

418 ebd.

419 Stadtteilspaziergang Veddel 2021, siehe K. A.3

420 vgl. Boldt 2023; vgl. Groß 2023; vgl. Bezirksamt Hamburg-Mitte 2023

421 Gruppendiskussionen Poliklinik 2021, siehe K. A.3.

schaffen und engagieren sich in Gremien für die Belange des Stadtteils. Sie sind soziale Infrastrukturen par excellence, die sich nicht (mehr) auf Religion oder Gesundheit reduzieren lassen, sondern *soziale Orte* sind, wichtige Bausteine im Stadtteil, die Quartiersleben erst ermöglichen.

Nicht nur auf der Veddel stellt sich in dem Zusammenhang die Frage, wie Kirchen, die als solche ihre religiöse Funktion zunehmend verlieren, als soziale Orte erhalten bzw. weiterentwickelt werden können. In manchen Regionen oder Gemeinden sind Kirchen nach wie vor wichtige Orte, um mit Menschen in Kontakt zu kommen. Darüber hinaus liegt Potenzial der kirchlichen Gemeinderäume insbesondere in ihrer (noch) nahezu flächendeckenden Verfügbarkeit. So fragt auch das Soziale-Orte-Konzept:

„Wie können die Kirchen und Religionsgemeinschaften mit ihrer noch flächendeckenden Präsenz den sozialen Zusammenhalt stärken?“⁴²²

Diese Orte wird es aber vielerorts in dieser Form bald nicht mehr geben oder sie sind bereits verschwunden. Umso wichtiger ist die Frage, welche (neuen) sozialen Infrastrukturen die Zentren von Gemeinden und Quartieren bzw. des Gemeinde- und Quartierlebens bilden können. Gesundheitsinfrastrukturen sind dabei sicherlich eine Option, aber keinesfalls die einzige und schon gar nicht eine flächendeckende Lösung. Doch um das infrastrukturelle Potenzial von neuen Gesundheitsinfrastrukturen nicht in peripheren Räumen liegen zu lassen, sollten sie in ihrer sozialraumproduzierenden Dimension als mögliche soziale Orte erkannt, verstanden und diskutiert werden.

7.2.2 Die Verräumlichung einer Gesundheitsidee: Architektur und Stadtbaustein für ein neues Versorgungsmodell

Als klar war, dass die Poliklinik ein Haus bekommen sollte, gab es kaum Vorstellungen, wie ein solches Gebäude aussehen könnte. Referenzen aus dem Gesundheitsbereich schienen ungeeignet, zu klinisch, konkrete Vorbilder gab es kaum. Wer in Architekturpublikationen nach Stadtteilgesundheitszentren sucht, sucht vergeblich. Wer nach Polikliniken sucht, findet spezialisierte medizinische Einrichtungen. Es handelt sich also um etwas Neues, einen neuen Bautyp, einen neuen Stadtbaustein. Aber was für ein Ort soll die neue Poliklinik auf der Veddel sein? Eine medizinische Einrichtung, die sich zum Stadtteil hin öffnet, oder ein Stadtteilzentrum, in dem auch medizinische Versorgung stattfindet?

Betrachtet man den Wandel des Gesundheitsbegriffs der letzten Jahrzehnte und versteht Architektur und städtebauliche Positionierung als räumliche Manifestation dieses Wandels, wird der Kern dieser Fragen deutlich. So lässt sich die Poliklinik als Folge der Auflösung der Dichotomie zwischen Krankheit und Gesundheit bzw. Stadt und Krankenhaus verstehen.⁴²³

Die Poliklinik ist keineswegs (nur) der Welt der Pathogenese zuzuordnen, sondern befindet sich irgendwo entlang des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums und ist damit eine der neuen Gesundheitseinrichtungen im Dazwischen, näher am Alltag der Menschen als an der spezialisierten medizinischen Welt. Medizinische Elemente und Geräte treten in den Hintergrund.

Alltägliche Aspekte wie das Caféhaus, der Kontakt zum Stadtteil oder Themen wie Wohnen, Arbeit und Teilhabe am sozialen Leben spielen eine wesentliche Rolle. Damit ist sie mit den Räumen des Alltags eng verbunden, beschränkt sich nicht auf die Arbeit hinter der Praxistür, sondern behandelt auch in der Lebenswelt der Menschen – im Stadtteil.⁴²⁴

Die Poliklinik versteht Gesundheit ganzheitlich mit all ihren sozialen, psychischen und physischen Dimensionen⁴²⁵. Sie sieht Gesundheit als etwas, das in der Lebenswelt der Menschen entsteht, erhalten und gefördert wird, „dort wo sie leben und lieben, arbeiten und spielen“⁴²⁶ – auch im Stadtteil. Daher stellt die verhältnisorientierte Gesundheitsförderung die sozialen Determinanten von Gesundheit in den Mittelpunkt ihrer Arbeit⁴²⁷. Das bedeutet auch, dass sich das Gesundheitszentrum nicht auf die medizinische Welt beschränkt, sondern in den Stadtteil integriert ist und sich aktiv in das Umfeld – programmatisch und räumlich – einmischt.

Vor diesem Hintergrund haben Gesundheitszentrum, in ihren räumlichen Bedarfen und Wirkungen, sowie mit Programmierung und typologischen Anforderungen mehr mit einem Stadtteilzentrum als mit einer medizinischen Versorgungsinfrastruktur gemein. Das wurde auch im Rahmen des Projektes *It is (not) about health: Gesundheit und soziale Infrastrukturen*⁴²⁸ deutlich. Als Orientierung dienten Nachbarschaftszentren, Community Centers oder Gemeindehäuser.

Die Ergebnisse der Entwürfe waren nicht auf den ersten Blick als Gesundheitsgebäude erkennbar. Im Prozess ging es um Fragen wie:

- Wie können Außen- und Innenraum, Privatheit und Öffentlichkeit organisiert werden? Wie funktioniert die Wegeführung in, durch und um das Gebäude?
- Gibt es Möglichkeiten, eine reproduzierbare aber anpassungsfähige Struktur zu entwickeln, die auch für weitere Polikliniken an anderen Standorten genutzt werden kann?
- Wie verändert ein solches Zentrum den öffentlichen Raum, das Zentrengefüge und die soziale Infrastruktur auf der Insel?⁴²⁹

Ähnlich verliefen die Diskussionen mit der Poliklinik über ihre Vorstellungen von einem solchen Zentrum. Medizinische Anforderungen spielten dabei kaum eine Rolle. Wichtig war die Möglichkeit, interdisziplinär zu arbeiten, eine Atmosphäre zu erzeugen, die alle einlädt, und ein Programm zu formulieren, das sich am Alltag und nicht an der Ausnahmesituation des Krankseins orientiert.

„Und deshalb ist es halt auch total schön einfache Orte zu haben, wo man sich so trifft oder so zusammenkommen kann. [...] Wir brauchen genauso Räume wo die Leute hinkommen, wenn sie Lust draufhaben und nicht nur wenn sie krank sind und ein Rezept brauchen.“⁴³⁰

Mit diesem Anspruch wird auch deutlich, dass es sich nicht um eine Institution handelt, die nur bei Bedarf aufgesucht wird und sich im Hintergrund hält. Sie will Teil des Alltagslebens, Nahversorgung im Zentrum des Quartiers und sichtbar im öffentlichen Raum sein. Dabei geht es nicht zuletzt um den Stellenwert von sozialen Einrichtungen und Care-Infrastrukturen an sich:

„Unsere Vision ist, in Architektur nicht nur unser Versorgungskonzept abzubilden, sondern gleichzeitig so einen Aufbruch zu haben, zu sagen: soziale Infrastruktur, Care an sich, hat eine gesellschaftliche Stellenwert, und dafür eine Architektur zu finden, die das nach außen schreit [...] die einladend ist.“⁴³¹

424 ebd.

425 WHO 1946

426 WHO 1986

427 Poliklinik Veddel o.J. | SDG

428 vgl. *It is (not) about health* 2021, siehe K. A.3

429 vgl. ebd.

430 Stadtteilsparziengang Veddel 2021, siehe K. A.3

431 ebd.

Mit einem neuen Verständnis von Gesundheit kehrt die Versorgungsinfrastruktur selbstbewusst in die Stadt zurück und beansprucht ihren Platz. Philipp Dickel (Poliklinik Veddel) formuliert den Anspruch im Rahmen des *Space-Anatomy-Lunch-Talks* so:

„Die Architektur sozialer Infrastrukturen braucht einen politischen Aufbruch und sollte diesen Gebäuden wieder einen Wert beimessen [...] zeigen, was Care für eine Gesellschaft bedeutet. Die Planung von Gesundheitseinrichtungen sollte man nicht ökonomisieren, sondern zu Leuchttürmen der sozialen Infrastruktur machen.“⁴³²

Und er wendet sich mit einer Frage direkt an die Planer:innen in der Runde:

„Gibt es für die Primärversorgungszentren eine eigene Architekturidee, eine Debatte über Architektur und Raumplanung?“⁴³³

Die Antwort lautet: Es gibt noch keinen etablierten planerischen Umgang mit diesen neuen Orten der Gesundheit, mit der Neu-Verortung von Gesundheit. Die Debatte hat gerade erst begonnen.

7.2.3 Ein Gegenmodell-Prototyp: die Poliklinik als Entwurf einer neuen Gesundheitsinfrastruktur

Die Poliklinik ist ein Prototyp einer neuen sozialen Infrastruktur – der gebaute Entwurf eines neuen Versorgungsmodells. Sie veranschaulicht, wie eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung funktionieren kann und trägt so dazu bei, eine solche Infrastruktur diskutierbar zu machen. Obwohl die Poliklinik nicht das Ergebnis eines übergeordneten politischen Programms ist, zielt sie mit dieser Bottom-up Strategie auf eine grundlegende Neuausrichtung der wohnortnahen Versorgung ab. Angestrebt wird die

„Etablierung von Primärversorgungszentren als neue Rechtsform für Stadtteile mit gehäuften sozialen Problemlagen und ländliche Regionen“⁴³⁴

Ist der Anspruch, solche Stadtteile und Regionen, möglichst flächendeckend zu versorgen, können das Einzelinitiativen, wie die Poliklinik eine ist, nicht leisten. Dazu sind die Strukturen zu fragil und die Finanzierung zu kurzfristig und unsicher. Zudem ist die Frage der Trägerschaft ungeklärt und punktuelle Projekte führen nicht zwangsläufig dazu, dass die Regionen mit hohem Bedarf auch tatsächlich erreicht werden.

Allerdings können neue Modelle in einzelnen Pionierprojekten erprobt werden. Diese Idee verfolgt die Robert Bosch Stiftung mit dem Programm PORT (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung). Sie fördert dreizehn Umsetzungsbeispiele im niedergelassenen Bereich, die einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen und neben der hausärztlichen Tätigkeit auch pflegerische, therapeutische, populationsbezogene und sozialräumliche Arbeit integrieren. Die Poliklinik ist eines dieser Projekte.⁴³⁵

Das Programm beschreibt zwei Reformwege: Bottom-up und Top-down. Top-down bedeutet in diesem Zusammenhang, dass auf übergeordneter politischer Ebene daran gearbeitet wird, Reformen anzustoßen. Die Richtung geht vom Abstrakten zum Konkreten. Durch die Änderung rechtlicher Rahmenbedingungen oder die Schaffung von Finanzierungsmöglichkeiten

432 Dickel in Maierhofer 2023, 76

433 ebd.

434 Pruskil u. a. 2023

435 vgl. Gruhl 2022, 3

werden Versorgungsformen gefördert oder erzwungen. Demgegenüber steht der Bottom-up-Ansatz. Er schafft lokal verortete Fakten.⁴³⁶

„Das heißt, durch die Schaffung von Versorgungsrealitäten wird ein Druck erzeugt, der bewirkt, das formelle wie informelle Institutionen sich ändern.“⁴³⁷

Damit wird deutlich, dass es sich bei der Poliklinik keineswegs um eine rein lokale Aktivität handelt, sondern um einen Teil eines übergeordneten Programms, das die wohnortnahe Gesundheitsversorgung insgesamt neugestalten möchte.

Zwar gibt es in Deutschland seit 2004 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)⁴³⁸, in denen mehrere Ärzt:innen zusammenarbeiten, doch beschränken sich diese auf die reine Regelversorgung – Therapien oder Prävention spielen nur eine untergeordnete Rolle. Immer häufiger werden sie von gewinnorientierten Ketten betrieben, die sich im Besitz von vermögensverwaltenden Kapitalgesellschaften befinden. Private-Equity-Gesellschaften investieren stark in den öffentlich finanzierten Gesundheitssektor. Diese Finanzialisierung des niedergelassenen Bereichs wird in Deutschland öffentlich thematisiert und kritisiert⁴³⁹. Die Poliklinik positioniert sich als gemeinwohlorientiertes Gegenmodell:

„Es gibt total viele neoliberale Lösungen, die irgendwie die Primärversorgung umstrukturieren wollen. Und da wird es zwangsläufig Veränderungen geben müssen. Und ich glaube, es ist total wichtig, da so eine linke, solidarische Alternative frühzeitig in Stellung zu bringen.“⁴⁴⁰

Wobei auch im Falle der Poliklinik die gemeinnützige Trägerschaft nur teilweise realisiert werden kann. So ist die Praxis mangels rechtlicher Alternativen formal privatwirtschaftlich organisiert. Der Sitz ist an eine Person gebunden, nicht an einen Verein oder eine Institution. So muss auch die Stadtteilpraxis der Poliklinik als kleines privatwirtschaftliches Unternehmen geführt werden, das einen privaten Inhaber hat. Das hat institutionelle Unsicherheiten und Abhängigkeiten zur Folge:

„Wir wollen aber, dass der Verein den Sitz hat, weil angenommen, ich sage dann irgendwann, so ja, ihr gebt jetzt irgendwie doch auf den Keks oder ich will jetzt Kohle machen, tschüss, ja dann, was ist dann, also wir wollen, dass man das gemeinnütziger organisiert und denkt.“⁴⁴¹

Die Leistungen außerhalb der Praxen werden über einen gemeinnützigen Verein abgewickelt. Viele Mittel sind projektbezogen und zeitlich begrenzt. Auch wenn diese unabhängige *DIY-artige Struktur*⁴⁴² einige Vorteile mit sich bringt, ist sie mit vielen Unsicherheiten verbunden, basiert auf unbezahlter ehrenamtlicher Arbeit und ist nicht flächendeckend umsetzbar⁴⁴³. Daraus ergibt sich die Forderung nach öffentlichen Finanzierungsmodellen bzw. kommunaler und damit gemeinnütziger Trägerschaft. Vor dem Hintergrund, dass die Aktivitäten der Poliklinik ohnehin zu einem großen Teil kommunal finanziert werden und Aufgaben der Öffentlichen Hand übernehmen, sollte dies aus Sicht der Polikliniken der nächste Schritt sein.

„Und ich glaube auch, dass letzten Endes kommunale Gesundheitszentren, kommunale MVZ eine total gute Lösung sind. Und ich glaube, dass Polikliniken ein Teil einer Strategie, hin zu kommunalen Gesundheitszentren sein können [...]. In Polikliniken werden schon jetzt genuin kommunale Leistungen – Präventionsleistungen, aber auch psychosoziale Beratung, die häufig bei Kommunen angesiedelt sind – erbracht und zum Teil kommunal finanziert. Also dann ist der Schritt zu einer kommunalen Trägerschaft vielleicht gar nicht mehr so weit. Also sagen wir auch hier wieder: Vergesellschaften am Ende. Unbedingt.“⁴⁴⁴

436 vgl. Schmid, Günther und Baierlein 2020, 60

437 ebd.

438 Diese wurden durch das 2003 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz rechtlich verankert.

439 vgl. ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft 2023, 6; vgl. Scheuplein und Bůžek 2021; Medienberichte dazu sind zum Beispiel: ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft 2023, 6

440 Fiedler in Bůžek und Fiedler 2023

441 Interview Poliklinik Veddel 2021, siehe K. A.3

442 Dickel in Maierhofer 2023, 74

443 vgl. Fiedler in Bůžek und Fiedler 2023; vgl. Dickel in Maierhofer 2023, 74f

444 Fiedler in Bůžek und Fiedler 2023

Der Plan, einen Prototyp in die Realität umzusetzen, zu zeigen, dass es funktioniert um damit politische und gesetzliche Veränderungen anzustoßen, die solche Lösungen strukturell verankern, ist durchaus erfolgreich. So kam die Stadtverwaltung auf die Poliklinik zu, um die Idee der Stadtteilgesundheitszentren aufzugreifen und ein entsprechendes Programm zu entwickeln. 2019 beschloss der Senat die Förderung von sieben lokalen Gesundheitszentren (LGZ)⁴⁴⁵. In den Förderrichtlinien ist der Einfluss der Poliklinik deutlich erkennbar. So heißt es exemplarisch:

„Ein allein medizinisch geprägter Ansatz zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage wird den individuellen Bedürfnissen und Problemlagen der Patientinnen und Patienten in sozial benachteiligten Stadtteilen nicht gerecht. Vielmehr sind Ansätze notwendig, die sich an einer interdisziplinären, patientenorientierten Versorgung orientieren. Auch vor dem Hintergrund, dass in diesen Stadtteilen die lokale gesundheitliche Versorgung, insbesondere durch Hausärzte, oft kritisch ist, sind neue Versorgungsansätze erforderlich.“⁴⁴⁶

Versteht man die Poliklinik als Prototyp, so geht die Wirkung des Konzeptes über die Veddel und Hamburg hinaus. Das betrifft Organisationsformen und Finanzierungsmodelle, aber auch die räumliche und planerische Umsetzung. Es ist die Weltwerdung eines Versorgungskonzeptes, das Realität wird und dabei diskutiert und weiterentwickelt werden kann⁴⁴⁷. Aus Prototypen, wie sie in Hamburg und Berlin betrieben werden, soll ein Versorgungsmodell werden. Ob und wie dies gelingt, was wir von diesen Prototypen lernen und wie wir das in Prozesse und Rahmenbedingungen, auch Top-down, umlegen, hängt wiederum von der Raum- und Gesundheitsplanung ab.

7.2.4 Gesunde Stadt 2.0: Wie die Poliklinik das Quartier zum (Be-)Handlungsfeld macht

Im vorletzten Jahrhundert war die Stadt das große Thema der Gesundheit. Ärzt:innen forderten bessere Wohnverhältnisse und planerische Regularien, um gesundheitliche Gefahren einzudämmen⁴⁴⁸. Stadtepidemiolog:innen zeichneten Karten⁴⁴⁹, um den Ursachen von Krankheiten auf die Spur zu kommen, prangerten die Lebensbedingungen in den Arbeitervierteln an, engagierten sich politisch⁴⁵⁰. Sie wollten Verhältnisse – die Stadt – ändern, um die Gesundheit zu stärken. Sie kämpften für eine Gesunde Stadt.⁴⁵¹

Ganz ähnlich agiert die Poliklinik heute, lediglich das *Gesund* in der Gesunden Stadt ist neu. Damit haben sich auch die Ziele, Handlungsfelder und Schnittstellen zur Raumplanung verändert und erweitert. Es beschränkt sich nicht mehr auf die Abwesenheit pathogener Faktoren wie Schmutz oder Lärm, vielmehr spielen die sozialen Determinanten von Gesundheit eine entscheidende Rolle. Die Gesundheit befasst sich mit Wohnen, öffentlichen Raum und sozialen Infrastrukturen. So unterscheiden sich auch heute die Ziele der Gesundheitsförderung kaum von den Ideen und Idealen der *guten* Stadt. Früher wollten Planung und Gesundheit Licht, Luft und Sonne, heute fordern beide Mitbestimmungen, Kooperation und Teilhabe.⁴⁵²

445 Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2019b

446 Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2019a

447 vgl. Eisinger 2005, 15

448 Mindestabstände zwischen Gebäuden oder ein Mindestmaß an Belüftung und Belichtung waren ebenso Thema wie der Ausbau von Kanalisation, Frischwasserversorgung oder Parkanlagen.

449 Die wohl bekannteste Karte in diesem Zusammenhang ist die Cholera Karte von John Snow (vgl. Maierhofer 2016, 128).

450 Hier kann etwa der Arzt und Politiker Victor Adler genannt werden, der in seinem Aufsatz Die Lage der Ziegelarbeiter auf die krankmachenden Verhältnisse in den Arbeiterquartieren hinweist (vgl. Adler 1888).

451 vgl. Maierhofer 2016; vgl. Rodenstein 1988; vgl. Corburn 2009

452 vgl. Maierhofer 2016

Diese Parallelen zeigen sich insbesondere in der Gemeinwesenarbeit. Für die Poliklinik war beispielsweise der Erhalt des Warmwasserblocks ein wichtiges Projekt. 2018 bekamen die Mieter:innen des Schmacherbaus mit rund 160 Wohnungen einen Brief - das Gebäude sollte abgerissen werden. Bei einem Abriss wäre nicht klar gewesen, ob die Bewohner:innen in eine neue Wohnung zurückkehren könnten oder wie hoch die Mieten steigen würden. Die Gemeinwesenarbeit der Poliklinik erfuhr von dem Brief und organisierte eine Mieter:innenversammlung und eine Pressekonferenz. Sie unterstützte die Menschen im Warmwasserblock dabei, sich zu organisieren, nicht allein, sondern gemeinsam zu handeln und stellte den Kontakt zur Rechtsberatung her. Schließlich gelang es, den Erhalt und die Sanierung des Gebäudes durchzusetzen. Für die Zeit der Bauarbeiten erhielten die Bewohner:innen Ersatzwohnungen, finanzielle Unterstützung für den Umzug und konnten nach den Bauarbeiten in ihre Wohnungen zurückkehren. Die Poliklinik begleitete den gesamten Prozess und unterstützte bei der Kommunikation mit der SAGA oder bei der Organisation der Wohnungswechsel.⁴⁵³

Die Poliklinik hatte von Anfang an Erfahrungen mit dem Thema Recht auf Stadt. So war Tina Röthig (Poliklinik Veddel) auf St. Pauli und in der PlanBude aktiv. Dort half sie den Bewohner:innen der ESSO-Häuser, sich zu organisieren und gestaltete den Beteiligungsprozess mit⁴⁵⁴. Damals auf St. Pauli wie heute auf der Veddel wurde mit Stadtteilkonferenzen, Workshops und Empowerment gearbeitet und auf lokales Wissen zurückgegriffen. Auf St. Pauli wurde Punsch gegen Ideen getauscht. Auf der Veddel teilen Bewohner:innen und Poliklinik ihre Erfahrungen beim Nägellackieren am Wellnesstag. Der Ansatz ist grundsätzlich ähnlich. Ob explizit gesundheitsbezogen oder nicht.⁴⁵⁵

So formulieren Röthig et. al. in der Zeitschrift *dérive* eine PlanBuden-Agenda, die ebenso gut ein Programm für die gemeinwesenorientierte Gesundheitsförderung auf der Veddel sein könnte. Darin heißt es unter anderem:

„5. Sei vor Ort (verräumliche Dein Begehren): Städtischer Raum wird im Alltag mit dem Körper erfahren, erlaufen – und genau dort, in dieser Erfahrung, muss ein öffentliches Planungsbüro arbeiten [...].“⁴⁵⁶

oder

„7. Rede mit allen: Unter Niedrigschwelligkeit verstehen wir [...] ein breites Angebot an Zugangsmöglichkeiten zum Planungsprozess: Fragebögen in alle Briefkästen St. Paulis, Übersetzung in die fünf meistgesprochenen Sprachen des Viertels, verteilt in die entsprechenden Läden und Kneipen. Mehrsprachige PlanBuddies. Haustürgespräche in Kooperation mit der Gemeinwesenarbeit St. Pauli – lückenlos im direkten Umfeld. Eine Planungstour und Workshops in Kneipen, Treffs, Kaschemmen des Viertels. An die Orte gehen, wo die NachbarInnen sich sicher fühlen und in der Überzahl sind [...].“⁴⁵⁷

Vor diesem Hintergrund liegt die Vermutung nahe, dass das Gesundheitsideal der Poliklinik auch eine Haltung zu Stadt und Planung impliziert - ganz so, wie die Ärzt:innen des 19. Jahrhunderts die Stadt zum Handlungsfeld erkoren hatten. Wurde auf St. Pauli ein Recht auf Stadt gefordert, so fordert die Poliklinik nun ein Recht auf Gesundheit - inhaltlich unterscheiden sich die Programme kaum. Planung und Gesundheit sind so wieder mögliche Partner:innen für die Umsetzung einer besseren Stadt. Planung wird - im Ergebnis und im Prozess - gesundheitsrelevant, während die Akteur:innen der Gesundheitswelt beginnen, die Arena der Stadtproduktion neu zu bespielen. Diese gemeinsamen Interessen sollten genutzt werden, wenn man sich untereinander abstimmt, kann man mehr erreichen und umsetzen.

453 vgl. Stadtteilspaziergang Veddel 2021, siehe K. A.3

454 vgl. Tribble und Röthig 2019

455 ebd.; vgl. Stadtteilspaziergang Veddel 2021, siehe K. A.3

456 Röthig u. a. 2015

457 ebd.

7.4.5

Gesundheit als Informationsressource und Planungsziel: Lokales Gesundheitswissens und die Poliklinik als Forschungsstation vor Ort

Die Poliklinik betreibt neben medizinischer Versorgung, Sozialberatung und Gemeinwesenarbeit auch Forschung. Dieser Fachbereich führt Studien auf der Veddel durch, macht die Poliklinik selbst zum Untersuchungsobjekt und dient in mehreren Forschungsvorhaben als lokal verankerte Partnerin.⁴⁵⁸

Für die Robert Bosch Stiftung ist die Poliklinik auch Forschungsgegenstand. Sie fördert das Gesundheitszentrum als Pionierprojekt, als „Gegenentwurf zu etablierten Versorgungsstrukturen“⁴⁵⁹, anhand dessen erforscht werden kann, wo die Herausforderungen und Chancen einer solchen Versorgung liegen und welche Rahmenbedingungen notwendig sind, um PORT-Zentren flächendeckend zu etablieren.⁴⁶⁰

Auch die Community Health Nursing (CHN) der Poliklinik ist sowohl ein Umsetzungs- als auch ein Forschungsprojekt. In Kooperation mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) wurde ein Forschungsprojekt zur „Gemeineschwester 2.0“ entwickelt. Das daraus resultierende Projekt umfasst sowohl die Implementierung als auch die wissenschaftliche Begleitung des neuen Community Health Nursing (CHN). Eine neue CHN-Struktur wird aufgebaut und erprobt - ein Versorgungsprototyp wird entwickelt.⁴⁶¹

Darüber hinaus forscht die Veddel auch selbst zur Gesundheit im Stadtteil. Gemeinsam wiederum mit der HAW Hamburg und einem Forschungsteam aus Veddel:innen führt die Poliklinik ein Projekt zur kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung durch.

„Wir wollen im Rahmen einer Vollerhebung den Zusammenhang zwischen den Lebensverhältnissen im Stadtteil und der Gesundheit seiner Bewohner und Bewohnerinnen untersuchen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen entwickeln wir im nächsten Schritt passgenaue sozialraumorientierte Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für die Veddel.“⁴⁶²

Die Umfrage *Veddel wie geht 's?* fragt: „Wie geht es uns auf der Veddel? Was macht auf der Veddel krank? Was hält gesund? Und was wollen wir gemeinsam tun, damit alle hier ein gutes Leben haben?“⁴⁶³. Die Ergebnisse wurden den Veddel:innen im Rahmen einer Veranstaltung in der Brückenstraße vorgestellt und gemeinsam diskutiert.

Aus planerischer Sicht sind alle diese Forschungsebenen relevant. Gesundheitszentren können als Forschungs- sowie Umsetzungspartnerinnen vor Ort fungieren und aufgrund ihrer lokalen Verankerung bei der Einbindung der Bewohner:innen helfen. Oft sind sie, wie in dieser Arbeit, auch selbst Gegenstand der Forschung und tragen dazu bei, mehr über Gesundheit und soziale Infrastruktur zu erfahren.

458 vgl. Vortrag Poliklinik Veddel 2021, siehe K. A.3

459 Schmid u. a. 2020, 9

460 vgl. Schmid u. a. 2020, 9

461 vgl. Poliklinik Veddel o.J. | CN

462 Poliklinik Veddel o.J. | Veddel wie geht's

463 Das Projekt wird von der Sozialbehörde der Stadt Hamburg, Robert Bosch Stiftung, Rosa Luxemburg Stiftung, Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Gesundheitszentrum Bad Laer Stiftung und Hans Sauer Stiftung finanziert. (ebd.)

7.2.6 Was die Planung planen kann: das Gesundheitszentrum in der Integrierten Stadtteilplanung

Nachdem sich die Poliklinik zu einem relevanten Stadtteilbaustein auf der Veddel entwickelt hat, gewinnt sie auch für die Planung des Stadtteiles an Bedeutung. Wie so oft gab es auch auf der Veddel keine spezifischen, vorgefertigten Konzepte, die explizit für den Ausbau der gesundheitlichen Nahversorgung entwickelt wurden. Die Integrierte Planung verfügt jedoch über Instrumente, die einen planerischen Umgang mit neuen Gesundheitsinfrastrukturen ermöglichen.

Die Veddel ist planerisch kein unbeschriebenes Blatt, sondern bereits seit 1997 Zielgebiet verschiedener Stadtteilentwicklungsprogramme. Dementsprechend gab es vor Ort einen Stadtteilbeirat und in der Behörde immer eine für das Gebiet zuständige Person. Die Planung konnte also stets auf etablierte Kontakte und Strukturen zurückgreifen.⁴⁶⁴

Das Integrierte Entwicklungskonzept (IEK) definiert Leitziele, Handlungsfelder und Projekte für die gesamte Projektlaufzeit. Obwohl Gesundheit als Handlungsfeld definiert ist, finden sich in vielen IEKs nur wenige konkrete Maßnahmen. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Stadtplanung kaum formale Möglichkeiten hat, eine ausreichende Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Das Defizit und die Problematik der Unterversorgung werden zwar benannt, aber mangels Zuständigkeit meist nicht wirklich bearbeitet. Im neuen Veddeler IEK umfasst das Handlungsfeld Gesundheit ein einziges Projekt - die Unterstützung der Poliklinik.⁴⁶⁵

Als der räumliche Fokus der Integrierten Stadtteilentwicklung in die Mitte der Veddel verlagerte, änderte das auch die Standortüberlegungen und die Poliklinik wurde Teil der Planungen zum Kirchengelände. Dort soll „ein soziales Zentrum als Begegnungs- und Veranstaltungsort entwickelt werden“⁴⁶⁶.

Aus Sicht der Stadtteilplanung ist die Poliklinik eine wichtige Nutzung, die Ankernutzung, für das neue Stadtteilzentrum. Dabei tut sich die Verwaltung schwer, mit der Poliklinik als singulärer Akteurin - als Institution - umzugehen. Für sie ist die Stadtteilpraxis formal eine gewerbliche Nutzung, für die z.B. hinsichtlich der Miethöhe andere Maßstäbe gelten als für eine gemeinnützige Organisation, wie es der Trägerverein der anderen Fachbereiche der Poliklinik ist.⁴⁶⁷

Die Herausforderung liegt also auch darin, mit Akteur:innen umzugehen, die zwar lokal hoch relevant, aber formal nicht unbedingt abbildbar sind. Genau dies ist aber der Anspruch an eine integrierte Stadtteilplanung: Sie soll lokale Gegebenheiten erkennen, verstehen und mit ihnen umgehen. Dies gilt keineswegs nur für den Gesundheitsbereich, sondern generell für die meist vielfältigen und schwer standardisierbaren Akteur:innenlandschaften rund um soziale Infrastrukturen. Dabei sind das genau die Einrichtungen, die für das Zusammenleben in einem Quartier von so großer Bedeutung sind, dass sich die Planung dieser Herausforderung stellen muss. So war auch die Entwicklung des Stadtteilzentrums auf der Veddel mit einer umfangreichen Beteiligung lokaler Initiativen, einer intensiven Arbeit im Stadtteilbeirat und zahlreichen Workshops verbunden.⁴⁶⁸

464 vgl. Interview RISE Hamburg 2021, siehe K. A.3; vgl. IEK Veddel 2020

465 vgl. Interview RISE Hamburg 2021, siehe K. A.3; vgl. IEK Veddel 2020, Anhang

466 IEK Veddel 2020, 62

467 Interview RISE Hamburg 2021, siehe K. A.3)

468 vgl. Stadtteilsparziengang Veddel 2021, siehe K. A.3; vgl. Interview RISE Hamburg 2021, siehe K. A.3; vgl. Interview Stadtteildiakonie Hamburg-Veddel; siehe A.3. 2021

Eine weitere Voraussetzung für die Realisierung eines solchen Projektes ist Geld. Da das Stadtteilzentrum im Rahmen des RISE-Programms umgesetzt wird, setzt sich die Finanzierung zu zwei Dritteln aus Hamburger Mitteln und zu einem Drittel aus Bundesmitteln zusammen. Grundlage dafür ist die Bund-Länder-Städtebauförderung. Daraus ergeben sich Steuerungsmöglichkeiten wie z.B. Förderkriterien oder Ausschlussgründe. So ist etwa gesetzlich verankert, dass die Fördermittel schwerpunktmäßig „zur Stärkung der Innenstädte/Ortsteilzentren [...], zur Wiedernutzung von Flächen [...] sowie für städtebauliche Maßnahmen zur Behebung sozialer Missstände“⁴⁶⁹ eingesetzt werden sollen. All dies trifft auf das Kirchenareal zu.

Um ein solches Zentrum gemeinsam mit den zukünftigen Nutzer:innen entwickeln zu können, muss die Planung zunächst wissen, wer die relevanten Akteur:innen/möglichen Nutzer:innen vor Ort sind und was sie brauchen. Hierfür ist ein kontinuierlicher Austausch mit dem Stadtteil sehr hilfreich. Im Stadtteilbeirat wird das Wissen vor Ort gebündelt und es kann über anstehende Projekte und Planungen informiert werden. Dadurch gibt es feste Ansprechpartner:innen und ein institutionalisiertes Austauschgremium.

Mit dem IEK wurde die Voraussetzung geschaffen, dass in der weiteren Planung des Zentrums nur noch über das *Wie* und nicht mehr über das *Ob* verhandelt werden muss. Das Dokument ist das Ergebnis eines Abstimmungsprozesses mit allen relevanten Stellen und damit eine belastbare Grundlage für das weitere Vorgehen. Wenn auf einem Plan, der die Leitziele eines Integrierten Entwicklungskonzeptes zeigt, vier dicke Pfeile eingezeichnet sind, die alle auf einen Punkt zeigen und dort steht „Entwicklung eines sozialen Zentrums“⁴⁷⁰, ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein solches Zentrum entsteht, von vornherein deutlich höher.

Unterstützt wurde dieses Projekt auch durch die Abstimmung mit dem Fachamt Sozialraummanagement. So kamen zwei unterschiedliche Bereiche in zwei unterschiedlichen Prozessen zu einem gleichen bzw. sich ergänzenden Ergebnis, das sowohl den Zielen der Stadtteilplanung als auch der Stärkung der sozialen Infrastruktur dient. Auch an der Projektabwicklung sind beide Bereiche beteiligt. Das Sozialraummanagement hat den Prozess *Mitte machen* angestoßen, das Gebäude wird durch RISE errichtet und anschließend wieder durch das Sozialraummanagement betreut. Es ist also im Ergebnis auch ein Resultat integrierter und abgestimmter Verwaltungshandeln – der Integrierten Planung.

Es darf nicht übersehen werden, dass der Prozess der Bestandsaufnahme die Voraussetzung dafür ist, dass das Thema soziale Infrastruktur in der Integrierten Stadtteilentwicklung in diesem Umfang berücksichtigt werden kann. Durch *Mitte machen* wurden die relevanten Akteur:innen und Akteure an einen Tisch gebracht, Problemfelder und Potenziale aufgezeigt und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. An sich sollte eine tiefe qualitative Analyse der sozialen Infrastrukturen und Orte Bestandteil jeder Integrierten Stadtteilentwicklungsplanung sein, die sich mit dem Thema soziale Infrastruktur in seiner Bedeutung und Komplexität auseinandersetzen will.

All diese Aspekte zeigen, dass das Stadtteilzentrum Ergebnis einer umfangreichen und kontinuierlichen Integrierten Stadtteilplanung ist und nicht das Resultat einer spezifischen Strategie zur Gesundheit. Ebenso steht der Übergeordneten, im IEK formulierten, Strategie auch eine lokale Vorarbeit gegenüber. Schon lange bevor das IEK erarbeitet wurde, startete die Transformation der Kirche und mit dem Café Nova war der Stadtteilbegegnungsort schon vor seiner Planung Realität.

Eine integrierte Gesundheitsinfrastrukturplanung auf Quartiersebene braucht aber vor allem eines: Gesundheitsinfrastruktur. Ist diese nicht vorhanden, ist die Quartiersplanung gegenüber der Nicht- bzw. Unterversorgung nahezu machtlos. Sie kann lediglich mit den Institutionen, Akteur:innen und Ressourcen arbeiten, die vor Ort zu finden sind. Für alles andere braucht sie Steuerungsmöglichkeiten auf übergeordneten Ebenen.

Das Stadtteilzentrum ist noch nicht gebaut und die Poliklinik noch nicht eingezogen. Der Prozess ist im Gange. Die nächsten Schritte sind die weitere Detaillierung der Planung und die Ausschreibung eines Architektenwettbewerbs. Aus heutiger Sicht deutet alles auf die Realisierung des Stadtteil-(Gesundheits-)Zentrums hin.

RAUM-PLANERISCHE KONSEQUENZEN

Die Gesundheit verortet sich neu, veränderte Gesundheitspraktiken manifestieren sich in unseren Städten und Gemeinden. Die Neu-Verortungen der Gesundheit in Haslach und auf der Veddel zeigen, ebenso wie die theoretische Betrachtung, dass es sich nicht um ein isoliertes und abstraktes Thema der Versorgungsplanung handelt. Vielmehr stellen diese neuen Orte der Gesundheit integrale Teile der gebauten und institutionellen Umgebung dar.

Die Neu-Verortung der Gesundheit produziert und transformiert institutionelle ebenso wie physische räumliche Strukturen und Relationen. Dadurch wird auch die Entwicklung von Regionen, Gemeinden, Städten und Stadtteilen beeinflusst. Wenn die Raumplanung also räumliche Entwicklungen planen, steuern oder gestalten will, muss sie sich mit der Neu-Verortung von Gesundheit auseinandersetzen.

Sowohl die theoretisch-systematische Betrachtung (Kapitel 3-5) als auch die konkreten Beobachtungen vor Ort (Kapitel 6-7) zeigen verschiedene Dimensionen, Ebenen, Momente und Handlungsräume auf, die Gesundheitsinfrastruktur und Raumentwicklung miteinander verknüpfen. Diese sollen im abschließenden Abschnitt der Arbeit aus einer planerischen Perspektive zusammengeführt und reflektiert werden.

8.1

NEUE GESUNDEHEITSINFRASTRUKTUREN PLANEN

Neue Gesundheitsinfrastrukturen refigurieren Räume, verändern Stadtteile und Gemeinden, und werden integraler Bestandteil ihrer physischen und institutionellen Nachbarschaften.

So unterschiedlich die Untersuchungsräume Veddel und Haslach auf den ersten Blick erscheinen - die ländliche Gemeinde im oberösterreichischen Mühlviertel und der Stadtteil auf einer Hamburger Hafensinsel - so ähnlich sind die beschriebenen Beobachtungen. Hinsichtlich der Frage, wie sich die neuen Gesundheitsinfrastrukturen im Raum verorten und wie sie diesen verändern, lassen beide Orte ähnliche Schlüsse zu. Auch die zugrunde liegenden Planungen, Konzepte und Strategien weisen Parallelen auf. Davon ausgehend, lässt sich die Hypothese formulieren, dass die räumlich-institutionellen Effekte mehr mit der Versorgungsform als mit dem räumlichen Kontext zusammenhängen.

8.1.1 Neue Infrastrukturen für Planungs- und Gesundheitswelt

In beiden Fällen erkennen wir eine neue Form der Infrastruktur. Es ist das räumlich und institutionell gewordene Dazwischen, das sich mit Krankheit und Gesundheit befasst, im Untersuchungszimmer und außerhalb der Institution. Damit sind beide Fälle entlang des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums angesiedelt, weit weg von der stationären Klinik, ganz nah an der Alltagswelt unserer Stadtteile und Gemeinden. Aus gesundheitlicher Sicht verkörpern sie medizinische Versorgung und Gesundheitsförderung gleichermaßen. Aus planerischer Sicht sind sie ein Hybrid aus Versorgungsinfrastruktur und sozialem Ort. Damit sind sie für die Raum- und Gesundheitsplanung gleichermaßen relevant und neu.⁴⁷¹

Um ihnen gerecht zu werden, müssen zwei Planungswelten neue Wege gehen: Gesundheitsplanung und Raumplanung. Und damit sie sich dabei nicht in die Quere kommen, sondern sich im Gegenteil einander ergänzen und unterstützen, darf das Dazwischen nicht aufgeteilt werden, dürfen keine neuen Grenzen gezogen werden, sondern es muss eine gemeinsame Strategie entwickelt, ein integrierter und abgestimmter Umgang mit den neuen Orten gefunden werden.

8.1.2 Die Transformationskraft neuer Sozialer-Infrastruktur-Schwergewichte räumlich nutzen

Unter dem Dach der Gesundheit entwickelten sich an beiden Standorten infrastrukturelle Schwergewichte. Ihre Arbeit geht weit über den medizinischen Versorgungsauftrag hinaus und greift in das Gemeinde- und Stadtteileben ein. Sie vernetzen sich mit anderen Einrichtungen und Angeboten, kooperieren und sind maßgeblicher Dreh- und Angelpunkt ihres institutionellen Umfeldes.⁴⁷²

Als physische, gebaute Institutionen sind sie aber auch räumliche Schwergewichte, positionieren sich im Zentrum am Hauptplatz, in der alten Schule am Kirchplatz oder in der alten Kirche selbst. Sie umfassen nicht nur physischen Gebäude, sondern auch Funktionen, beleben das Pfarrcafé, organisieren ehrenamtliche Aktivitäten und veranstalten Feste im öffentlichen Raum.

Sie bringen damit eine räumliche und institutionelle Transformationskraft ein, die der Gesundheits-(Infrastruktur) in dieser Größenordnung lange nicht innewohnte. Dies hat räumliche Konsequenzen, positive oder negative, gewollte oder ungewollte und das erfordert planerisches Handeln.

8.1.3 Mit verorteten Gesundheitsinfrastrukturen verortend planen

Sowohl in Haslach als auch auf der Veddel handelt es sich um räumlich fixierte – verortete – Institutionen, die anderen Initiativen und Aktivitäten Halt geben, sie machen andere Projekte verortbar. Beide Institutionen sind Partnerinnen, um übergeordnete Konzepte wie Community Nursing und Social Prescribing lokal umzusetzen. Solche sozialen Infrastrukturen im Stadtteil oder in der Kommune beantragen Fördermittel und tragen Projekte. Gibt es sie nicht, gibt es die Projekte nicht.

Sie sind Treffpunkt für Initiativen und bieten Raum für den Stammtisch pflegender Angehöriger oder den Stadtteilbeirat. Sie schaffen Anlässe zum Austausch und damit die Basis für Partizipation, Empowerment und Einmischung. Als soziale Orte ermöglichen sie Dorf und Nachbarschaft - sie verorten Sozialität.

Als Ankerinstitutionen und Frequenzbringerinnen werden sie räumlich wirksam, sie schaffen Zentralität und beleben öffentlichen Raum, können innerhalb dieses Raums Freiräume definieren, als Sonderelemente Orten Bedeutung geben und Orientierung schaffen.

Solche räumlich fixierten Infrastrukturen sind Ankerinstitutionen für fluidere, kurzfristigere und flexiblere Initiativen und Projekte, sie bilden das notwendige stabile Gerüst der *Gesunden*, der *Guten* Stadt. Diese zu erhalten, zu stärken und zu vervielfachen, muss zentrales planerisches Ziel sein.

472 vgl. K. 6.2.2 und 7.2.2

8.1.4 Das Potenzial doppelter Gesundheitsinfrastrukturen raumplanerisch nutzen

Die Poliklinik auf der Veddel sowie das Gesundheitszentrum mit Gesundheitsbüro in Haslach können als Gesundheitsinfrastrukturen oder soziale Infrastrukturen im doppelten Sinne verstanden werden. Sie stellen sowohl Versorgungseinrichtungen als auch gesundheitsrelevante Infrastrukturen dar. Als Versorgungseinrichtungen sind sie Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und damit DIE soziale Infrastruktur im klassischen Sinne schlechthin. Sie versorgen im Krankheitsfall, helfen gesund zu bleiben und setzen sich für ein gesundes Lebensumfeld ein. Gleichzeitig sind sie ein wesentlicher Teil einer gesunden Lebenswelt, des Stadtteils bzw. der Gemeinde. Als soziale Orte werden sie selbst gesundheitsförderlich wirksam und damit gleichsam zur gesundheitsrelevanten Infrastruktur – zum wichtigen Baustein des Zusammenlebens in Stadtteilen und Gemeinden.

Verfolgt man in der Planung das Ziel, ein Netz sozialer Orte/sozialer Infrastrukturen zu stärken, zu entwickeln oder entstandene Lücken zu schließen, können diese doppelten sozialen Infrastrukturen eine entscheidende Rolle spielen. So sind z.B. lokale Initiativen, die zweifellos einen wichtigen Beitrag zur Sozialität eines Ortes leisten können, zwar förder- bzw. unterstützbar, aber nur sehr schwer lenkbar. Anders verhält es sich mit sozialen Infrastrukturen im doppelten Sinne. Die öffentliche Hand ist grundsätzlich für Einrichtungen der Daseinsvorsorge verantwortlich, finanziert sie, ist für die grundlegenden Planungen zuständig oder betreibt sie selbst. Auch wenn die räumliche Planung keinen direkten Zugriff auf deren Instrumente hat, kann hier ein Potenzial für eine raumsensible Gesamtpolitik erkannt werden, das im Rahmen integrierter Planungsprozesse genutzt werden sollte.

In einer Zeit, in der im Gesundheitsbereich von HfAP (Health for All Policies) die Rede ist, sollte die Planung genau dies einfordern und angesichts der Klimarelevanz von Raumentwicklung, Flächenverbrauch und Biodiversitätskrise bei gleichzeitigem Sterben von Ortskernen, Mobilitäts Herausforderungen und zunehmender Vereinzelung SiAP (Space in All Policies) reklamieren. Dies wäre sowohl im raumplanerischen als auch im gesundheitlichen Interesse.

8.1.5 Gesundheitsinfrastrukturen als neue Sonderbausteine einsetzen

Jedes Quartier, jede Gemeinde, jede Stadt besteht aus räumlichen Elementen – Bausteinen –, wie öffentlichen Räumen, Straßen und Plätze, Wohnbauten, Typen wie Blöcken, Zeilen und Höfen, Handel, Grün- und Freiräumen⁴⁷³. Dazu kommen Sonderbausteine – soziale Infrastrukturen oder gebaute soziale Orte. Sie unterscheiden sich in Form und Funktion von der Umgebung, heben sich ab, ermöglichen Orientierung. Waren es in der Vergangenheit großformatige Institutionen des Wohlfahrtsstaates wie Pflegeheime oder Krankenhäuser, die den räumlichen Rhythmus ganzer Städte bestimmen konnten, haben wir es heute vermehrt mit geschrumpften Versionen dieser Monumente des Wohlfahrtsstaates zu tun, wie etwa Stadtteil-(Gesundheits-)Zentren⁴⁷⁴.

473 vgl. Reicher 2016, 54f und 91ff

474 vgl. Förster u. a. 2023, 78:431; vgl. Wagenaar 2006

Diese beeinflussen zwar nicht mehr ganze regionale oder städtische Zusammenhänge, haben aber auf lokaler Ebene, in Gemeinden und Quartieren, erheblichen räumlichen Einfluss und somit Gestaltungspotenzial. Im städtebaulichen Entwurf können sie durch ihre besondere räumliche und typologische Ausformulierung einem Ort, einem Platz, einem Straßenraum oder ganzen Quartieren Bedeutung und Struktur verleihen.

Andere Sonderbausteine des Gemeinwesens, wie etwa Schulen, fungieren insbesondere in vulnerablen Stadtteilen schon länger räumlich und programmatisch als „Stabilisatoren“⁴⁷⁵. Sie sind verbindende „Zentren des lokalen Gemeinwesens“⁴⁷⁶ oder verleihen öffentlichen Räumen und Plätzen ihre Form und Programmierung⁴⁷⁷. Ebenso können auch gesundheitliche Infrastrukturen gezielt und raumwirksam entwerfend verortet werden. Die Umsetzung ist, wie bei Bildungseinrichtungen auch, mit einem engen Austausch mit den zuständigen Fachbehörden oder Träger:innen verbunden.

Dabei muss nicht unbedingt von reinen Bildungs- oder Gesundheitsbauten ausgegangen werden. Ebenso können hybride, gemischte, sich ergänzende oder ablösende, kulturelle und soziale Programme gemeinsam Raum finden. In solchen bebauten Soziale-Infrastrukturkonglomeraten, können stabile Nutzungen wie Gesundheitseinrichtungen als Anker für fluidere Programmierungen wie Initiativen oder von Vornherein temporär angelegte Projekte sein. Ebenso ist ein Stadtbaustein, der unterschiedliche Soziale Nutzungen aufnimmt oder aufnehmen kann, besser gegenüber unterschiedlichen Zukunftsszenarien gerüstet, kann sich anpassen und verändern.

Angesichts der Herausforderungen der Transformation bestehender Stadtteil- und Gemeindezentren spielt die soziale Infrastruktur eine ebenso wichtige Rolle. Das gilt insbesondere für die Umprogrammierung vorhandener, möglicherweise von Leerstand betroffener, wichtiger Gebäude, sei es eine Kirche wie auf der Veddel oder ein Schulgebäude wie in Haslach.

Eine zentrale Frage ist dabei, wer solche Häuser baut und wer solche Einrichtungen des Gemeinwesens besitzt. Eine Antwort könnte sein, auch für diese gesundheitsrelevanten sozialen Infrastrukturen eine kommunale oder gemeinnützige Lösung zu entwickeln, so wie es für den Stadtbaustein Wohnen, insbesondere in Wien, eine lange und bewährte Tradition gibt.

Denn soziale Infrastrukturen, gebaute soziale Orte des Gemeinwesens, sind keine unbedeutenden Versorgungseinrichtungen, die wie viele technische Infrastrukturen im Verborgenen, quasi unsichtbar unter der Erde ihren Beitrag zum Funktionieren unserer Städte und Regionen leisten. Vielmehr können sie zu neuen Denkmälern des Gemeinwesens unserer Gemeinden und Quartiere werden oder diese mit Leben erfüllen. Als solche sollten sie auch konzipiert, geplant und entworfen werden.

475 Kataikko 2016, 143

476 ebd.

477 Ein Beispiel dafür ist etwa der Hannah-Arent-Park in der Seestadt Aspern. Dieser wird an zwei Seiten vom Bildungscampus Seestadt Aspern und dem BRG Seestadt definiert und programmatisch von den Schulen mitgeprägt.

8.2

WEGE UND EBENEN EINER INTEGRIERTEN GESUNDHEITSINFRASTRUKTURPLANUNG

Um zu verstehen, wie und wo Gesundheit neu verortet wird und damit auch gestaltet werden kann, müssen sowohl übergeordnete Planungsstrukturen als auch konkrete lokale Prozesse integriert betrachtet werden.

Dabei ist die Entstehung neuer gesundheitlicher Nahversorgung weder das Ergebnis eines punktuellen Ereignisses ("Entwurf"), noch folgt sie einem immer gleichen linearen Entscheidungspfad. Vielmehr werden in dieser Arbeit eine Reihe von Faktoren und Schlüsselmomenten entlang der (räumlichen und institutionellen) Genese neuer Gesundheitsinfrastrukturen herausgearbeitet. Dies ergibt sich sowohl aus der theoretischen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Raum als auch aus der Vor-Ort-Perspektive der empirischen Untersuchungen.

Raum- und Gesundheitsplanung sind zunehmend miteinander verknüpft. So wird die Zukunft einer guten und damit gesunden Raumentwicklung durch das planerische Handeln beider Welten, insbesondere in ihrem Zusammenwirken, gestaltet und ermöglicht. Dazu ist es notwendig, dass die Spezialist:innen beider Disziplinen die Raumrelevanz der Gesundheitsinfrastruktur einerseits und die Gesundheitsrelevanz der Raumentwicklung andererseits verstehen, berücksichtigen und adressieren.

Das Erkennen und Verstehen der Schnittstellen und Überlagerungen von Gesundheitsinfrastrukturen und Raum und in weiterer Folge der Kreuzungspunkte von Raum- und Gesundheitsplanung können die Grundlage für eine räumlich integrierte Planung von Gesundheitsinfrastrukturen bilden. Zu diesem Zweck sollen an dieser Stelle solche Berührungszonen und die sich daraus ergebenden möglichen planerischen Konsequenzen dargestellt werden.

8.2.1 Übergeordnete Ebene: gemeinsame Grundlagen, Strategien und Pläne

Integriertes Handeln erfordert zunächst eine gemeinsame Wissens- und Datenbasis sowie ein gegenseitiges Verständnis von Planungszielen, -inhalten und -instrumenten. Kennt die Planung die Gesundheitsziele oder neue Versorgungskonzepte nicht, kann sie diese kaum berücksichtigen, Co-Benefits bleiben unberücksichtigt oder die Versorgung findet keinen geeigneten Raum. Ebenso kann die Gesundheits-(Infrastruktur-)Planung raumplanerische Ziele nur dann adressiert, wenn diese definiert und kommuniziert werden.

Darüber hinaus ist eine kontinuierliche Kommunikation notwendig. Auf lokaler Ebene könnten von gesundheitlicher Seite die Raumplanung im Rahmen von kommunalen Gesundheitskonferenzen eingebunden werden. Die Planung wiederum hat die Möglichkeit, relevante Gesundheitsakteur:innen mittels Gremien wie Stadtteilbeiräten einzubeziehen. Voraussetzung ist, dass solche Austauschformate zur Verfügung stehen, das ist flächendeckend aber kaum zu leisten⁴⁷⁸.

Umso notwendiger erscheint es, auf übergeordneter Ebene besonders vulnerable Stadtteile und Gemeinden zu identifizieren. Um Räume mit besonderem Handlungsbedarf zu erkennen, bedarf es einer integrierten Analyse, die sowohl die räumliche als auch die gesundheitliche Perspektive, insbesondere hinsichtlich der sozialen Infrastruktur, der Versorgungssituation und der sozialen Orte berücksichtigt. Darauf aufbauend können lokale integrierte Prozesse zur Stärkung dieser Strukturen gezielt gestartet werden⁴⁷⁹.

Auf überörtlicher, gesamtstädtischer oder gar nationaler Ebene sind solche Formen des Austausches zwischen Raum- und Gesundheitsplanung wenig etabliert. Dabei werden gerade hier entscheidende Weichen gestellt, seien es ÖSG oder RSG auf Seiten der Gesundheitsplanung oder z.B. Regional- oder Stadtentwicklungskonzepte auf Seiten der Raumplanung. Jedenfalls bieten gerade diese übergeordneten Planungen und Konzepte auch ein erhebliches Integrationspotenzial der Interessen, dies gilt sowohl für die Ergebnisse als auch für die Erstellungsprozesse selbst.

Aus raumplanerischer Sicht ist es daher notwendig, Gesundheitsinfrastrukturen explizit in Entwicklungskonzepte zu integrieren. Auch wenn für deren Planung kaum formelle raumplanerische Instrumente zur Verfügung stehen, ist es Sinn und Zweck integrierter Konzepte, übergeordnet - über Disziplingrenzen hinweg - zu agieren und andere Fachbereiche einzubeziehen. Damit die integrierte Planung von Gesundheitsinfrastrukturen über die bloße Formulierung des Wunsches nach Versorgungssicherheit hinausgeht, müssen die für die Infrastruktur zuständigen Stellen, also die kommunalen Gesundheitsunternehmen, die Gesundheitsplanung oder der öffentliche Gesundheitsdienst, im Vorfeld eingebunden werden. Häufig bestehen von dieser Seite Steuerungsmöglichkeiten, seien es Standortentscheidungen für eigene Einrichtungen, Förderkriterien oder verbindliche Festlegungen in der Gesundheitsplanung. Die Akteur:innen können auch über ihre (räumlichen) Bedarfe und zukünftigen Entwicklungen informieren. Dies betrifft keineswegs nur die dezidierte Gesundheitsinfrastruktur, sondern auch das weite und diverse Feld der gesundheitsrelevanten sozialen Infrastruktur. Auf dieser Grundlage könne erste Weichen gestellt, Zielgebiete oder Standorte definiert und grundlegende Kriterien bzw. Anforderungen für eine zukünftige Gesundheitsinfrastrukturwicklung formuliert werden.

In umgekehrter Richtung muss dies auch für die Gesundheitsplanung bedeuten, nicht nur die räumlichen Ist-Zustände zu berücksichtigen, sondern auch raumplanerische Zielsetzungen zu integrieren. Insbesondere auf der Ebene der RSG könnten räumliche Kriterien einbezogen werden. So wäre es z.B. im Sinne der Innenentwicklung sinnvoll, für bestimmte Einrichtungen der gesundheitlichen Nahversorgung eine zentralörtliche Lage festzulegen. In jedem Fall sollte die Raumplanung (weiterhin) in den Erarbeitungsprozess eingebunden werden, um einerseits abschätzen zu können, wie sich die Bedarfe in Zukunft entwickeln werden, – z.B. steigende Bedarfe durch ein neues Stadtentwicklungsgebiet – und um andererseits relevante räumliche Kriterien verankern zu können und die räumlichen Auswirkungen der Gesundheitsplanung in eine positive Richtung zu lenken bzw. negative räumliche Auswirkungen zu vermeiden.

Doch wesentlich ist, dass integrierte Gesundheitsinfrastrukturplanung als Zukunftsplanung verstanden wird, die nicht nur aktuelle Bedarfe deckt, sondern aktiv an einer guten und gesunden zukünftigen Gesundheitslandschaft und Raumentwicklung arbeitet - mögliche Zukünfte entwirft, plant und ermöglicht.

479 Das Mitte-Machen-Programm auf der Veddel zeigt das vor.

8.2.2 Lokale Ebene: konzeptionelle und instrumentelle Verknüpfung

Im Sinne von HiAP und SiAP gilt es aber auch für die Instrumente der Raum- und Gesundheitsplanung, die jeweils fachfremden Belange zu adressieren und die räumlichen Auswirkungen gesundheitsplanerischen Handelns positiv wirksam werden zu lassen. Dies bedeutet sowohl auf regionaler als auch auf lokaler Ebene gesundheitsinfrastrukturelle Entwicklungen mit zukünftigen räumlichen Zielsetzungen abzustimmen, sowie zukünftige Versorgungsbedarfe zu erkennen und zu adressieren. Dies geht über die Berücksichtigung demographischer Daten und die Zählung vorhandener Arztsitze hinaus. Ziel muss vielmehr die koordinierte Erarbeitung von Entwicklungskonzepten und der abgestimmte Einsatz von Programmen und Instrumenten sein.

Dies bedeutet z. B. die finanzielle Förderung von Gesundheitseinrichtungen an räumliche Kriterien zu knüpfen und insbesondere auf Stadtteil- und Gemeindeebene Standorte im Bestand und in den Zentren zu stärken, wobei bodenverbrauchende, klimaschädliche und ortskernzerstörende Entwicklungen nicht zuzulassen sind. Denn sterbende Ortskerne und Zersiedelung haben wiederum erhebliche gesundheitsgefährdende Auswirkungen z.B. auf die Klimaentwicklung im globalen Maßstab oder auf Teilhabemöglichkeiten und kurze Wege im lokalen Kontext.

Ebenso gilt es für die Planung Gesundheitsinfrastrukturen in ihre Konzepte zu integrieren, geeignete Flächen bei Neuentwicklungen vorzusehen und im Bestand zu sichern. Gerade im Kontext der neuen wohnortnahen Gesundheitsversorgung benötigen Gesundheitsinfrastrukturen zentrale, sichtbare und integrierte Räume. Dies kann durch aktive Raumproduktion wie auf der Veddel oder durch die Sicherung zentraler Flächen im Ortskern wie in Haslach erreicht werden. Dabei geht es bei weitem nicht nur um die Gesundheitsversorgung, sondern grundsätzlich um die Planung und Sicherung von gesundheitsrelevanten (sozialen) Infrastrukturen. Zentral scheint dabei die Frage der Eigentümer:innen bzw. Bau-Träger:innenschaft. Gilt es doch, im Sinne einer gemeinwohlorientierten Raumentwicklung solche Flächen nicht profitorientiert, sondern gemeinwohlorientiert, möglichst kommunal zu entwickeln und zu erhalten.

8.2.3 konkrete und integrierte Umsetzung vor Ort

In Gemeinden und Stadtteilen stellt die integrierte Entwicklung neuer Gesundheitsinfrastrukturen eine große räumliche und gesundheitliche Chance dar, die es zu nutzen gilt. Das betrifft sowohl die Frage, *wie* diese entstehen, als auch *wo* diese entstehen. Sowohl aus Public Health- als auch aus räumlicher Sicht ist eine Verortung in zentralen Lagen notwendig. Diese unterstützt eine ressourcenschonende Raumentwicklung und fördern lebendige und gesundheitsfördernde Stadtteil- und Gemeindezentren. Ebenso erleichtert eine in die Alltagswelt integrierte Lage eben diese gesundheitsförderlich zu beeinflussen und ansonsten schwer erreichbare Gruppen zu adressieren.

Insbesondere sollte dabei das Zusammenwirken von sozialer Infrastruktur und öffentlichem Raum in den Blick genommen werden. Das Ziel der niederschweligen Versorgung ist dabei auch ein räumliches, sei es das angeschlossene Café, dessen Gastgarten eine Brücke in den Freiraum schlägt, das Haslacher Begegnungsbankerl am Hauptplatz als Außenposten des Gesundheitsbüros, die Feste die die Poliklinik in der Brückenstraße veranstaltet, oder das gemeinsame Picknick mit Ernährungsberatung im Park. So gilt es schon in der Planung dieser Schnittstelle zwischen öffentlichem Raum und Institution eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken, einen Übergang zu gestalten und den direkt angrenzenden Freiraum mitzudenken. Das könnten etwa überdachte Vorbereiche ebenso sein wie öffentbare Innenräume oder (Frei)Räume, die von der Institution betreut, aber der Nachbarschaft zugänglich gemacht werden. Im Endeffekt profitieren beide, die Institution und der öffentliche Raum: die Institution durch mehr beispielbare Fläche und einen breiteren Zugang zu den Menschen und der öffentliche Raum durch eine Programmierung und eine Institution, die sich verantwortlich fühlt, sich kümmert, sich sorgt. Das zu erreichen, setzt räumliche Qualitäten voraus, die entweder vorab, in städtebaulichen Leitbildern festgeschrieben bzw. durch Wettbewerbsverfahren gesichert werden könnten, oder im Rahmen einer öffentlichen Bauherr:innenschaft leichter umsetzbar gemacht werden könnten.

Zwar sind die formalen Steuerungsmöglichkeiten der örtlichen Planung beschränkt, doch können gerade mit dem engagierten Einsatz aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der integrierten Planung Gesundheitsinfrastrukturen zu einem entscheidenden Baustein einer positiven Transformation von Ortskernen und Stadtteilzentren werden. Das betrifft sowohl Projekte im Bestand, wie etwa in Haslach oder neue Gebäude, wie das Stadtteilzentrum auf der Veddel.

Angesichts der Herausforderung, die, etwa durch die Transformation des Einzelhandels und der mancherorts zu beobachteten Deinfrastrukturalisierung, auf die Räume der Sozialität zukommen – soziale Orte und öffentlichen Raum – sollte die Chance, soziale Infrastrukturen im Allgemeinen und Gesundheitszentren im Speziellen als und in zentrale, integrierte soziale Orte zu entwickeln, konsequent verfolgt werden. Dafür müssen, im Sinne einer guten und gesunden räumlichen Entwicklung, alle Möglichkeiten, wie das öffentliche Vorhalten und Entwickeln von Fläche für soziale und gesundheitsrelevante Nutzungen, das Berücksichtigen räumlicher Belange durch öffentlichen Gesundheitsunternehmen, sowie die Koppelung von finanziellen Mitteln an räumliche Kriterien oder die Erstellungen von integrierten Entwicklungsplänen und Konzepten für die soziale Infrastrukturentwicklung ausgeschöpft werden.

Jede Gesundheitseinrichtung und jede Einrichtung der gesundheitlichen Nahversorgung, die in der Peripherie entsteht, also nur mit dem Auto erreichbar ist, stellt eine ungenutzte Chance dar. Die Gelegenheiten zu nutzen, Gesundheitsinfrastrukturen in die Mitte unserer Orte, unserer Stadtteile, unserer Gemeinschaften zu holen, auch wenn das mit einem höheren Koordinations- und Planungsaufwand verbunden ist, muss Ziel einer guten, einer gesunden räumlichen Entwicklungsplanung sein.

8.2.4

Zusammenfassend:

Mit, für und durch Gesundheitsinfrastrukturen raumplanen

Auf all diesen Ebenen - der übergeordneten theoretischen, der strategisch-instrumentellen und der Umsetzungsebene vor Ort - lassen sich verschiedene Dimensionen einer integrierten Gesundheitsinfrastrukturplanung beschreiben.

Mit: Integrierte Gesundheitsinfrastrukturplanung bedeutet, *mit* den Akteuren und Institutionen der Gesundheitsversorgung zusammenzuarbeiten und die wechselseitigen gesundheitlichen und raumplanerischen Belange in das Handeln des jeweils anderen Bereiches zu integrieren. Gesundheitliche- und raumplanerische Ziele sollen in übergeordneten Planungen berücksichtigt und mit den zur Verfügung stehenden Instrumenten, Stadtentwicklungsplänen, Gesundheitsplänen, Förderkriterien, etc. verfolgt werden.

Für: Ebenso gilt es aus Sicht der Raumplanung, die Bedarfe insbesondere der neuen wohnortnahen Gesundheitseinrichtungen zu kennen und *für* diese zu planen. Dies bedeutet z.B. Flächen zu sichern, im öffentlichen Raum die Erfordernisse gesundheitsfördernder Aktivitäten zu berücksichtigen, oder die soziale Infrastruktur in einer Region, Stadt, Gemeinde oder einem Stadtteil aktiv zu entwickeln und zu fördern.

Durch: Die räumliche Wirkung der gesundheitlichen Infrastrukturlandschaft kann selbst zum Planungsinstrument werden. *Durch* die Verortung von Gesundheitseinrichtungen können räumliche Strukturen verändert und verbessert, neue Zentren geschaffen und bestehende Strukturen gestärkt werden. Dabei geht es bei der Verortung von Gesundheits- und Sozialinfrastrukturen nicht nur darum, den Versorgungsbedarf bestehender Verhältnisse abzudecken, sondern proaktiv in die Zukunft zu entwerfen und Raum zu entwickeln.

8.3 DIMENSIONEN DER NEU-VERORTUNG

Die Neu-Verortung der Gesundheit ist in vollem Gange, sie hat mit der Neukonzeption der Gesundheit selbst begonnen, macht damit die Stadt zu ihrem Handlungsraum und manifestiert sich nun in Form neuer Gesundheitsinfrastrukturen. Dies verändert nicht nur die Gesundheitslandschaft, sondern auch unsere Städte und Gemeinden selbst. Damit wird die Neu-Verortung auch zu einer räumlichen Angelegenheit und die Praxis der Neu-Verortung zu einer planerischen Aufgabe.

8.3.1 Die konzeptionelle Neu-Verortung

Die Neu-Verortung von Gesundheit geschah mit einer Reihe von Ansagen: Das Krankheits-Gesundheits-Kontinuum löst die Dichotomie von Stadt und Krankenhaus auf, die Ottawa-Charta verortet Gesundheit in der Lebenswelt der Menschen, Urban Health macht die Stadt selbst zum Gesundheitsthema und mit HiAP wird Gesundheitsförderung zur räumlichen Planungsaufgabe. Damit bekommt Public Health eine räumliche Dimension, die Fragen aufwirft wie: *Wo* entsteht Gesundheit entsteht, *wo* kann Gesundheit gefördert werden, *wo* entsteht gesundheitliche Chancenungleichheit und *wo* wird versorgt?

Wir beobachten eine doppelte Verräumlichung, die Herausbildung von gesunden Orten und von Orten der Gesundheit. Gesunde Parks, gesunde Gemeinden, gesunde Quartiere, gesunde Straßen - all das ist heute gesundheitsrelevant. Ebenso erleben wir eine Neufiguration der Gesundheits-(Versorgungs-)Landschaft, die einerseits als Folge des veränderten Gesundheitsbegriffs verstanden werden kann, aber sicherlich auch durch Einflussfaktoren wie Digitalisierung oder Mobilisierung vorangetrieben wird. Es entstehen dabei zwei Typen neuer Infrastrukturen. Einerseits neue Orte der Gesundheit, der Pflege und der Versorgung - also neue Gesundheits-(Versorgungs-)Infrastrukturen. Zum anderen entstehen neue gesunde Orte, also Einrichtungen, die die Gesundheit (positiv) beeinflussen - gesundheitsrelevante Infrastrukturen. So ist die Notaufnahme eines Krankenhauses eine prototypische Gesundheitsversorgungsinfrastruktur und das Gasthaus am Dorfplatz eine gesundheitsrelevante Infrastruktur, indem es Geselligkeit schafft und soziale Teilhabe ermöglicht.

Dabei geht es keineswegs um ein Entweder-Oder, um Gesundheitsversorgung oder Gesundheitsförderung, sondern, wie es auch das Modell des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums veranschaulicht, um einen graduell zu- oder abnehmenden Gesundheitsanteil, der nahezu jedem Ort, jeder Infrastruktur inhärent ist. Gleichzeitig entstehen gerade im wohnortnahen Bereich Einrichtungen, wie etwa die untersuchten Beispiele in Haslach und auf der Veddel, die sowohl Orte der Gesundheit als auch gesunde Orte sind. Daraus resultiert ein besonderes infrastrukturelles Potential.

8.3.2 Räumliche und infrastrukturelle Neu-Verortung

Die Gesundheitsversorgung bringt neue Orte der Gesundheit, neue Institutionen, neue räumliche Tatsachen, neue gesunde Typen hervor. Entlang des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums etablieren sich bisher unbekannte Spielarten der gesundheitlichen Nahversorgung, die weit in den Alltag hineinreichen. Dabei verändern sie nicht nur die Gesundheitslandschaft, sondern bringen eine räumliche Transformationskraft mit sich, die Strukturen positiv oder negativ, geplant oder ungeplant verändert.

Sie versorgen vor und im Ort, kurieren nicht nur Krankheiten einzelner Personen, sondern behandeln Verhältnisse, versuchen die Lebenswelt der Menschen, Stadtteile und Gemeinden gesundheitsförderlich zu gestalten, mischen sich ein, rücken in die Zentren, agieren im öffentlichen Raum, befassen sich mit den Themen Wohnen, soziale Infrastrukturen und Stadtentwicklung.

Diese neuen Orte der Gesundheit bringen ebenso neue räumliche Anforderungen mit sich, die sowohl ihre Positionierung als auch ihre programmatische und typologische Ausformung betreffen. Hierfür müssen einerseits neue Strategien der Verortung – bezogen auf ihre Lage im Raum – andererseits auch neue typologische Lösungen entwickelt werden. Diese neuen Stadtbausteine sind weitgehend unbekannt und unerforscht, weder gibt es einen routinierten raumplanerischen Umgang mit ihnen noch eine etablierte architektonische Form.

Anders als rein medizinisch-technische Versorgungseinrichtungen brauchen die neuen Infrastrukturen der gesundheitlichen Nahversorgung den Bezug zum öffentlichen Raum, sie brauchen Sichtbarkeit und Niederschwelligkeit. Sie wollen und sollen Teil des Alltags sein, Gesundheit dort fördern, wo Menschen leben, also in den Zentren der Gemeinden und Stadtteile. Dafür müssen wir sie dort verorten, inmitten des öffentlichen Lebens, auf den Hauptplätzen und in den Einkaufsstraßen.

Sie können zu besonderen, weithin sichtbaren und raumbestimmenden Bausteinen von Stadtteilen oder Gemeinden werden, zu Leuchttürmen der sozialen Infrastruktur, die sich räumlich und programmatisch von ihrer Umgebung abheben, den öffentlichen Raum gliedern, Orientierung geben und Initiativen tragen, vernetzen und verorten – wiederum Raum geben. Womöglich werden sie die neuen Monumente des Gemeinwesens, nur kleiner als die Klinikgiganten der 70er Jahre, im Quartiersmaßstab, den Vergleich mit religiösen Infrastrukturen wagend, eher Stadtteilkirchen als Kathedralen.

Solche verorteten Institutionen scheinen heute notwendiger denn je. Wenn sich Kirchen, Einzelhandel und andere öffentliche Einrichtungen aus der Fläche zurückziehen, entsteht ein Vakuum. Doch in einer Welt ohne soziale Orte ist das soziale Miteinander in Gefahr. Jede gute, jede gesunde Stadt braucht neben einem intakten öffentlichen Raum ein funktionierendes Netz von sozialen Infrastrukturen, die Sozialität ermöglichen - Gesundheitseinrichtungen, Stadtteilgesundheitszentren können und sollen ein wesentlicher Teil einer solchen Struktur sein.

Dabei verkörpern sie auch einen neuen Anspruch der Gesundheit (Gesundheitsversorgung), der sich ebenso niedrigschwellig und alltagsintegriert wie selbstbewusst und einmischend positioniert. Als Gesundheitsinstitutionen - als räumlich gewordenes Gesundheitsverständnis -,

das alle Lebensbereiche ganzheitlich und verhältnisorientiert in den Blick nimmt, beziehen sie ganze Gemeinden und Quartiere in das Gesundheitshandeln ein.

Diese neuen Orte der gesundheitlichen Nahversorgung sind nicht nur Teil des gesundheitsförderlichen Settings Stadtteil (oder Gemeinde), sondern selbst gesunde Orte. Die programmatischen Grenzen zwischen Gesundheitsinfrastruktur und gesundheitsrelevanter Infrastruktur verschwimmen. Sie sind also beides: Einrichtungen des Gemeinwesens und soziale Orte. In dieser Doppelfunktion liegt ein großes Gestaltungspotenzial. Als soziale Infrastruktur im Sinne der Daseinsvorsorge haben sie eine gewisse öffentliche Steuerbarkeit und als soziale Infrastruktur im Sinne der Ermöglichung von Sozialität sind sie ein immer knapper werdendes aber notwendiges Gut.

Als solche sind sie keine abgegrenzten Institutionen der Gesundheit mehr, sondern Teil einer Landschaft sozialer Infrastruktur, die sozialen Orten Teilhabe, Initiativbildung und Sozialität geben - diese verorten.

8.3.3 Planen als Neu-Verortung

Die Gesundheit ist zurück in der Stadt und somit (wieder) Aufgabe der räumlichen Planung. Das betrifft die Schaffung gesunder Städte und Gemeinden ebenso wie die Verortung neuer Gesundheitsinfrastrukturen. So verlagert sich auch die planerische Betroffenheit und Zuständigkeit weg von der rein klinischen Versorgungsplanung hin zur Raumplanung. Zum einen bedeutet das, dass passende Räume für Gesundheit und ihre Infrastrukturen gesichert werden, es bedeutet aber auch, dass mit den räumlichen Konsequenzen proaktiv umgegangen und deren Transformationskraft, etwa in der Verschiebung bzw. Stärkung von Zentren für eine räumlich zielführende Entwicklung, genutzt und konträre Wirkungen verhindert werden.

Es wäre jedoch zu kurz gegriffen, das Thema Gesundheitsinfrastruktur isoliert behandeln zu wollen, vielmehr geht es angesichts der aktuellen Veränderungen (demografischer Wandel, Digitalisierung, fluider werdende Nachbarschaften, De-Infrastrukturalisierungen...) um Strategien zum Erhalt, zur Stärkung und zur Entwicklung resilienter sozialer Infrastrukturlandschaften und sozialer Orte. Dabei können Gesundheitsinfrastrukturen eine zentrale räumlich-fixierte und verortende Rolle spielen.

Die räumlich integrierte Gesundheitsinfrastruktur kann als Spezialfall der sozialen Infrastrukturplanung verstanden werden. Die gesundheitliche Nahversorgung ist dabei oftmals Daseinsvorsorge und sozialer Ort zugleich. In beiden Fällen sollten nicht nur bestehende Bedarfe bedient werden, sondern proaktiv für die Zukunft geplant bzw. gewollte (räumliche) Entwicklungen angestoßen und vorangetrieben werden.

Dabei ist die Frage, wie und wo Gesundheit und ihre Infrastrukturen verortet werden, eine zutiefst planerische Frage, die nur mit und durch die Raumplanung verhandelt werden kann.

FAZIT: REFLEXION UND AUSBLICK

Die Beziehung zwischen Gesundheit und Stadt sowie die Verortung von Gesundheitsinfrastrukturen ist kein besonders neues Thema, im Gegenteil: Das Streben nach Gesundheit ist seit jeher ein Motor der Planung. Aber die Art und Weise, wie Gesundheit im Planungsdiskurs und Gesundheitsinfrastrukturen in der Stadt verortet werden, ist in Bewegung, bringt plötzlich ganz neue Spielarten der Versorgung hervor und verkehrt ihre einstigen Ideale ins Gegenteil. Daraus folgt die Notwendigkeit einen raumplanerischen Blick auf diese Prozesse zu werfen.

Die Arbeit skizziert erste raumplanerische Wege einer integrierten Gesundheitsinfrastrukturplanung und betritt damit ein lange Zeit wenig beachtetes Feld. Der verortete und verortende Ansatz stellt dabei eine Bottom-up-Forschungsstrategie dar, anhand der untersucht wird, welche räumlichen und planerischen Konsequenzen die übergeordnete Transformation der Gesundheitsplanung an konkreten Orten mit sich bringt. Eine ergänzende Auseinandersetzung, die übergeordnete Strategien und Planungsmöglichkeiten top-down nachzeichnet, könnte und sollte die Perspektive komplettieren und erweitern. Die vorliegende Auseinandersetzung soll dabei als Entwurf einer räumlichen Gesundheitsinfrastrukturplanung gelesen werden, der weiterentwickelt, hinterfragt, vervollständigt und erweitert werden soll.

Das im Theorieteil weiterentwickelte Modell des Stadt-Krankenhaus-Kontinuums bildet die Grundlage für einen strukturierten Umgang mit den neu entstehenden Gesundheitsinfrastrukturen. Der Schwerpunkt der Arbeit lag auf der neuen wohnortnahen Gesundheitsversorgung in Form von integrierten und interdisziplinären Gesundheitszentren. Es wurde deutlich, dass sich gerade dieser Bereich, fernab der klinischen Welt der Krankenhäuser, ganz nah an der Alltagswelt der Menschen stark verändert. Neben Gesundheitszentren entstehen Gesundheitskioske, mobile und dezentrale Satellitenlösungen, Innovationen wie Community Nursing oder Social Prescribing mischen sich in das Stadtteil- und Gemeindeleben ein.

Angesichts immer neuer digitaler Möglichkeiten bei gleichzeitig stark veränderten Bedarfen und einer Versorgungsstruktur, die immer häufiger an ihre Grenzen stößt, ist auch mit einem weiteren Wandel der gesundheitlichen Nahversorgung zu rechnen. Welche räumlichen Konsequenzen dies mit sich bringt und welche neuen Infrastrukturen dadurch entstehen, muss aus raumplanerischer Sicht weiter beobachtet, erforscht und gestaltet werden. Betrachtet man z.B. die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Gesundheitskioske in Deutschland, wo 1000 solcher Einrichtungen entstehen sollen, wird der Forschungs- und Planungsbedarf offenkundig.

Ebenso verändert sich der Randbereich der Krankenhäuser: mit Primärversorgungsambulanzen, die in den extramuralen Bereich hineinwachsen oder dem Ausbau ambulanter sowie tagesklinischer Behandlungen. All das verstärkt die Wechselwirkungen zwischen Stadt und Krankenhaus. Ob dies zu einer Auflösung der Grenzen, zur Bildung von Satellitenstandorten, oder zu einer weiteren Ausdifferenzierung der Angebote führt und welche räumlichen Folgen sich daraus ergeben, ist noch weitgehend ungeklärt.

Für all diese aktuellen und zukünftigen, bekannten und noch unbekanntem Fragen, die sich durch die Refiguration der Gesundheits- und Versorgungslandschaften stellen werden, kann der in dieser Arbeit eingeführte örtliche bzw. ortsbezogenen Ansatz eine Perspektive eröffnen und ein räumliches Verständnis bzw. den planerischen Umgang damit erleichtern. Denn es gilt, all die systematischen und theoretischen Veränderungen auch verorten zu können, deren Wirkungen zu verstehen und das Verorten an sich aktiv gestalten zu können.

Dieser Verortung von Gesundheit auf den Grund zu gehen, gewinnt insbesondere angesichts der verstärkten Auseinandersetzung mit sozialen Infrastrukturen und sozialen Orten an Relevanz. Dabei erweitert die Arbeit das Verständnis von Gesundheitsinfrastrukturen durch deren Beschreibung als doppelt soziale Infrastrukturen, als Teil der öffentlich finanzierten Daseinsvorsorgen, die spezifische Steuerbarkeiten mit sich bringt, und als soziale Orte, die Teilhabe und Nachbarschaftlichkeit ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund wird auch eine Differenzierung des Begriffs der Gesundheitsinfrastruktur eingeführt. Diese unterscheidet zwischen Gesundheitsversorgungsinfrastrukturen (health care infrastructures) und gesundheitsrelevanten Infrastrukturen (health-related infrastructures). Wobei einzelne Orte, wie auch die beiden Fallbeispiele belegen, beides sein können, Versorgungsorte und soziale Orte, Orte der Gesundheit und gesunde Orte, Teil der Gesundheitsversorgungsinfrastruktur und der gesundheitsrelevanten Infrastruktur, sowie soziale Infrastrukturen der Daseinsvorsorge und der Sozialität.

Abschließend: Die Neu-Verortung der Gesundheit ist in vollem Gange. Welche räumlichen Folgen das haben wird, ist noch nicht entschieden. Umso wichtiger ist es, diese räumlich zu verstehen, neue planerische Zugänge zur Gesundheit zu finden, diese Neu-Verortung raumplanerisch mitzugestalten, Wege einer integrierten Gesundheitsinfrastrukturplanung nicht nur aufzuzeigen, sondern auch zu beschreiten. Für eine gute räumliche Entwicklung, für gesunde Städte, Dörfer und Quartiere.

Denn es gilt: gute Planung ist gesunde Planung.

A.1 ABBILDUNGEN

1: Struktur der Arbeit (eigene Darstellung)	20
2: Gegenüberstellung der Untersuchungsorte (eigene Fotos)	24
3: Materialsammlung (eigene Darstellung)	27
4: Systematische Darstellung der Analysekarten (eigene Darstellung)	35
5: Institutionelle Verortung: Erste geordnete Version (eigene Darstellung)	38
6: Institutionelle Verortung: Ungeordnete Version (eigene Darstellung)	38
7: Institutionelle Verortung: Erste relationale Version (eigene Darstellung)	38
8: Institutionelle Verortung Haslach: Gesättigte Version (eigene Darstellung)	39
9: Institutionelle Verortung: Ungeordnete Erweiterung (eigene Darstellung)	39
10: Workshop Veddel: Übertragen der gesammelten Daten auf ein eine Karte/einen Joint Spatial Display (Entstanden im Rahmen der LVA: It is (not) about health)	41
11: Workshop Veddel: Teile des gesammelten Materials. (Entstanden im Rahmen der LVA: It is (not) about health)	42
12: Die Entwicklung der Settlement Health Map (Eigene Darstellung)	46
13: Systematische Analyse von gebauter Umwelt und Gesundheitsinfrastrukturen anhand der Settlement Health Map (eigene Darstellung auf Grundlage von: Barton, Grant, und Guise 2021, 83)	49
14: Raum und Gesundheitsförderung (eigene Darstellung)	51
15: Integrierte Settings: Stadtteil und Gesundheitszentrum Veddel: Territoriale Verortung (eigene Darstellung)	55
16: Wechselwirkungen zwischen versorgungs- und gesundheitsförderungsorientierten Ansätzen (eigene Darstellung). (vgl. Green 2007: 7)	61
17: Stadt-Krankenhaus-Kontinuum (Maierhofer 2017)	66
18: Positionen auf dem Stadt Krankenhaus Kontinuum (eigene Darstellung)	67
19: Neue Gesundheitsinfrastrukturen in Österreich (Die einzelnen Darstellungen stammen aus dem Space-Anatomy-Katalog) (vgl. Maierhofer et al. 2023)	68
20: Digitale Vernetzung der Versorgung (eigene Darstellung)	74
21: Zentralisierung und Dezentralisierung (eigene Darstellung)	77
22: Gesunde Stadt, Quartiere und Nachbarschaften (eigene Darstellung)	81
23: Transformationen der Gesundheitslandschaft (eigene Darstellung)	85
24: Richtungen der räumlichen Gesundheitsinfrastrukturplanung (eigene Darstellung)	90
25: Ausschnitt aus dem Monumental-Plan der Haupt- und Residenzstadt Wien (Petrovits 1887)	93
26: (Gesundheits-)Planungswelten (eigene Darstellung)	96
27: Haslach: Territoriale Verortung (eigene Darstellung; vgl. K.2.5)	116
28 Haslach: Insitutionelle Verortung (eigene Darstellung; vgl. K.2.5)	118
29: Haslach: Fotodokumentation (eigene Fotos)	120
30: Veddel: Territoriale Verortung (eigene Darstellung; vgl. K.2.5)	140
31: Veddel: Institutionelle Verortung (eigene Darstellung; vgl. K.2.5)	142
32: Veddel: Fotodokumentation (eigene Fotos)	144

A.2 ABKÜRZUNGEN

ARF:	Aufbau- und Resilienzfähigkeit der Europäischen Union
ARL:	ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft
AWO:	Arbeiterwohlfahrt
AZW:	Architekturzentrum Wien
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Österreich)
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Österreich)
CHN:	Community Health Nursing
FGÖ:	Fonds Gesundes ÖsterreichGeKo: Gesundheitskollektiv
GÖG:	Gesundheit Österreich GmbH
HAW:	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
HfAP:	Health for All Policies
HiAP:	Health in All Policies
HPH:	Health Promoting Hospitals & Health Services
IBA:	Internationale Bauausstellung
IEK:	Integriertes Entwicklungskonzept
IoT:	Internet of Things
IoHT:	Internet of Health Things
LKZ:	Lokales Gesundheitszentrum
LVA:	Lehrveranstaltung
MVZ:	Medizinisches Versorgungszentrum
ÖGK:	Österreichische Gesundheitskasse
ORTE:	ORTE: Architekturmetzwerk Niederösterreich
ÖSG:	Österreichische Strukturplan Gesundheit
PHC:	Primary Health Center
PORT:	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
PrimVG:	Primärversorgungsgesetz
PVZ:	Primärversorgungszentrum
PVE:	Primärversorgungseinheit
PVN:	Primärversorgungsnetzwerk
RISE:	Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung
RSG:	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RVP PV:	Regionale Versorgungsprofile Primärversorgung
SPAN:	Space Anatomy (Projektname)
SDG:	Soziale Determinanten der Gesundheit
SDG:	Sustainable Development Goals
STEP:	Stadtentwicklungsplan
WHO:	World Health Organization

A.3 MATERIAL

Interviews:

Interview Gesundheitsbüro, 16.12.2020, online, durchgeführt von Emma Gisinger (im Rahmen der Space Anatomy-Lehrveranstaltung)

Gruppeninterview Haslach, Arzt, Bürgermeister und Planer, 25.05.21, Gesundheitszentrum, Haslach.

Interview Poliklinik Veddel, 26.05.21, online

Interview Stadtteildiakonie Hamburg-Veddel, 18.08.21, Café Nova auf der Veddel, Hamburg

Vortrag Poliklinik Veddel, Vortrag und Fragerunde, 17.10.21, Workshopraum auf der Veddel, Hamburg

Interview RISE, (Integrierte Stadtteilentwicklung, Bezirksamt Hamburg-Mitte), 19.10.21, Bezirksamt Hamburg Mitte, Hamburg

Gruppendiskussionen Polyklinik Veddel, Mitarbeiter:innen der Poliklinik und Studierende der TU Wien (2 Gruppen), 19.10.21, Turnhalle auf der Veddel, Hamburg, im Rahmen der Exkursion *zur It is (not) about health*-Lehrveranstaltung.

Stadtteilspaziergang Veddel, Mitarbeiter:innen der Poliklinik führten Studierende der TU Wien durch den Stadtteil (2 Gruppen), 19.10.21, Veddel, Hamburg, im Rahmen der Exkursion zu *It is (not) about health*-Lehrveranstaltung.

Forschungsprojekt:

Space Anatomy– Die räumliche Dimension österreichischer Gesundheitspraxis (2020-2023):

Das Projekt wurde von der EXCITE Initiative der Fakultät für Architektur und Raumplanung der TU Wien gefördert und in Kooperation mit Evelyn Temmel, Judith Lehner, Kathrin Schelling und Lene Benz (Space Anatomy-Team) durchgeführt. Die Ergebnisse wurden 2023 im Space Anatomy-Buch⁴⁸⁰ veröffentlicht. Teile werden auch für diese Arbeit verwendet:

Space Anatomy-Lehrveranstaltung (WS 20): Die Lehrveranstaltung war eine Kooperation zwischen dem Forschungsbereich Örtliche Raumplanung und dem Forschungsbereich Gebäudelehre und Entwerfen.

Space Anatomy -Katalog: Die Grundlagen des Katalogs wurden im Rahmen der Lehrveranstaltungen erstellt und vom Teil vom Space Anatomy-Team für das Buch überarbeitet.

Space Anatomy -Forschungsreisen: Das Space Anatomy-Team führte im Sommer 2021 insgesamt drei Forschungsreisen durch, im Rahmen derer zwölf Orte mit neuen Gesundheitseinrichtungen in Österreich besucht wurden. Es wurden Betreiber:innen und/oder Bürgermeister:innen interviewt.

Space Anatomy-Lunch Talk 2: Zentral, dezentral, nicht egal? Wege einer integrierten Gesundheitsversorgung in urbanen und ruralen Nachbarschaften“, am 10.06.21, online, öffentliche Veranstaltung.

Teilnehmer:innen

- Philipp Dickel, Poliklinik Veddel
- Petra Plunger, Gesundheit Österreich GmbH
- Josef Schütz, Architekturbüro arkade ZT GmbH
- Isabel Stumfol, Center Ländlicher Raum TU Wien, Verein Landluft

Lehrveranstaltung:

It is (not) about health: Gesundheit und ihre Infrastrukturen (2021)

Im Rahmen des Masterprojektes haben Studierende der Architektur und Raumplanung Entwürfe und Szenarien für mögliche neue Standorte der Poliklinik erarbeitet. Eine einwöchige Exkursion diente als Auftakt, um die Poliklinik und die Veddel zu erkunden.⁴⁸¹

480 Maierhofer u. a. 2023

481 vgl. Maierhofer und Benz 2021

A.4 BIBLIOGRAPHIE

- Abels, Heinz. 2004. Einführung in die Soziologie: Band 1: Der Blick auf die Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS.
- Adler, Viktor. 1888. Die Lage der Ziegelerbeiter. In: Gleichheit, Dez. 1888. Wien.
- Altrock, Uwe. 2023. Das Zentrale-Orte-Konzept in der politischen Praxis. In: Philipp Oswalt und Stefan Rettich (Hrsg.). Zentralitäten 4.0: Raumpolitiken und neue Mobilität auf dem Lande. Berlin: Jovis. S.160–169
- Antonovsky, Aaron. 1979. Health, Stress, and Coping. San Francisco: Jossey-Bass Inc Pub.
- Antonovsky, Aaron. 1997 (1979). Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit Deutsche erweiterte Herausgabe. Alexa Franke (Hrsg.). Tübingen: dgvt-Verlag.
- ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft (Hrsg.). 2023. Handlungsempfehlungen für die planerische Steuerung der Krankenhausversorgung in Nordwestdeutschland. Hannover. = Positionspapier aus der ARL 143. URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-01437>
- Arndt, Moritz, Kai Buschbom, Claudia Neu, Ljubica Nikolic, Helena Reingen-Eifler, Maike Simmank, Berthold Vogel, und Dagmar Wicklow. 2020. Soziale Orte: ein Konzept zur Stärkung lokalen Zusammenhalts. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.). Bonn. (<https://library.fes.de/pdf-files/wiso/16772.pdf>, 04.04.2023)
- Ashton, John, und Howard Seymour. 1988. The New Public Health. Milton Keynes: Open University Press.
- Ayaß, Ruth. 2022. Totale Institutionen. In: Karl Lenz und Robert Hettlage (Hrsg.) Goffman-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung. Stuttgart: J.B. Metzler Stuttgart. S. 201–205. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-476-05871-3_26
- AZW. 2022. Gesundheitszentren der Zukunft gestalten. Veranstaltung mit Vortrag und Podiumsdiskussion. 07.12.22. Wien. (<https://www.azw.at/de/termin/gesundheitszentren-der-zukunft-gestalten/>, 12.12.22)
- Bär, Gesine. 2017. Gesundheitsförderung: als sozialraumbezogenes Handlungsfeld. In: Fabian Kessl und Christian Reutlinger (Hrsg.). Handbuch Sozialraum. Wiesbaden: Springer VS. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-531-19988-7_36-1
- Barlösius, Eva. 2019. Infrastrukturen als soziale Ordnungsdienste: ein Beitrag zur Gesellschaftsdiagnose. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Barlösius, Eva, und Michèle Spohr. 2017. Infrastrukturen im Dorf: Welche Formen von Sozialität ermöglichen sie? In: Michael Flitner, Julia Lossau, und Anna-Lisa Müller (Hrsg.). Infrastrukturen der Stadt. Wiesbaden: Springer VS. S. 229–251. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10424-5_12.
- Barton, Hugh. 2005. A Health Map for Urban Planners: Towards a Conceptual Model for Healthy, Sustainable Settlements. In: Built Environment (1978-), 31(4), S. 339–355. (<http://www.jstor.org/stable/23289538>, 04.10.23)
- Barton, Hugh, Susan Thompson, und Sarah Burgess (Hrsg.). 2015. The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being: Shaping a Sustainable and Healthy Future. London: Routledge. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315728261>
- Barton, Hugh, und Catherine Tsourou. 2000. Healthy Urban Planning: A WHO Guide to Planning for People. London: Taylor & Francis.
- Barton, Hugh. 2016. City of Well-Being: A Radical Guide to Planning. London: Routledge. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315438689>
- Barton, Hugh, Marcus Grant, und Richard Guise. 2021. Shaping Neighbourhoods: For Local Health and Global Sustainability. London: Routledge. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780429321245>
- Baumgart, Sabine und Ulrich Dilger. 2018. Fachplan Gesundheit – Entwicklung von Strategien über die bisherige Gesundheitsberichterstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hinaus. In: Baumgart, Sabine; Köckler, Heike; Ritzinger, Anne; Rüdiger, Andrea (Hrsg.). Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover. = Forschungsberichte der ARL 08. S.200–212. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0156-08537>
- Baumgart, Sabine, Manfred Dickersbach, Rainer Fehr, Heike Köckler, Natalie Riedel, Andrea Ruediger, und Rudolf Welteke. 2012a. Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen. Fiktionaler Bericht. Bielefeld. (https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2012_df/fachplan_gesundheit_healthhausen_lzg-nrw_2012.pdf, 7.11.22)
- Baumgart, Sabine, Manfred Dickersbach, Rainer Fehr, Heike Köckler, Natalie Riedel, Andrea Ruediger, und Rudolf Welteke. 2012b. Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen. Fiktionaler Bericht. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2012_df/fachplan_gesundheit_healthhausen_lzg-nrw_2012.pdf, 07.11.22)
- Baur, Nina und Gabriela Christmann. 2017. Fallauswahl und Generalisierung. In: Anna Juliane Heinrich, Séverine Marguin, Angela Million, und Jörg Stollmann (Hrsg.). Handbuch qualitative und visuelle Methoden der Raumforschung. Bielefeld: utb. S. 121-135. DOI: 10.36198/9783838555829
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (HH, D). 2019a. Förderrichtlinie zur Förderung lokaler Gesundheitszentren (LGZ). (<https://www.hamburg.de/content-blob/13271308/ffa1edbf5f56445ee297ad680ae75f38/data/foerderrichtlinie.pdf>, 10.09.23)
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (HH, D). 2019b. Gleiche Gesundheitschancen für Patientinnen und Patienten in Hamburg. (<https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/13213502/2019-11-15-bgv-stadtteil-gesundheitszentren/>, 10.09.23)
- Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt (HH, D). 2005. Sprung über die Elbe: Hamburg auf dem Weg zur Internationalen Bauausstellung – IBA Hamburg 2013. (https://www.internationale-bauausstellung-hamburg.de/fileadmin/Die_IBA-Story_post2013/051030_sprung_ueber_die_elbe.pdf, 14.07.23)
- Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen (HH, D). 2022. Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung Leitfaden für die Praxis. (<https://www.hamburg.de/content-blob/3749092/e903fbc227a90382141937979914a5d6/data/leitfaden-rise.pdf>, 24.10.23)
- Benz, Lene. 2023. Praktiken des Erforschens. In: Space Anatomy – Die räumliche Dimension österreichischer Gesundheitspraxis, Magdalena Maierhofer, Evelyn Temmel, Judith Lehner, Kathrin Schelling, und Lene Benz (Hg). Berlin: Jovis. S.169–93.
- Bezirksamt Hamburg-Mitte. 2023a. Immanuelkirche soll soziales Stadtteil-zentrum werden. (<https://www.hamburg.de/mitte/pressemitteilungen/17101858/vorstellung-machbarkeitsstudie-soziales-stadtteilzentrum-ved-del/>, 09.09.23)

- Bezirksamte Hamburg-Mitte. 2023b. Immanuelkirche soll soziales Stadtteilzentrum werden. (<https://www.hamburg.de/mitte/pressemitteilungen/17101858/vorstellung-machbarkeitsstudie-soziales-stadtteilzentrum-veddel>, 09.09.23)
- Bezirksamt Hamburg-Mitte, Fachamt Stadt und Landschaftsplanung. 2019. VEDDEL - Kleiner Grasbrook Fortschreibung Integriertes Entwicklungskonzept (Präsentation). (<https://www.hamburg.de/contentblob/13628148/a2d2f43fe53e222cc6753eb1fe008331/data/2019-04-09-anlage-3.pdf>, 09.09.23)
- Bhavani, Sanjeev P., Jagat Narula, und Partho P. Sengupta. 2016. Mobile Technology and the Digitization of Healthcare. *European Heart Journal* 37 (18) S. 1428–1438. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv770>.
- Birner, Andreas, Gerhard Fülöp, und Stephan Mildschuh. 2021. Gesundheitsversorgung und Gesundheitsplanung in Österreich. Außerordentliche Lehrveranstaltung im Rahmen des Masterstudienganges für Raumplanung der TU Wien. Gehalten auf der Außerordentliche Lehrveranstaltung im Rahmen des Masterstudienganges für Raumplanung der TU Wien. 07.06.21. Wien. (<https://jasmin.goeg.at/1818/>, 03.10.23)
- BMGF. 2017a. Gesundheitsziele Österreich: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. (https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_langfassung_2018.pdf, 03.03.23)
- BMGF. 2017 b. Rendi-Wagner: Primärversorgung kommt allen Menschen in Österreich zugute (Pressemitteilung). OTS.at. (https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170628_OTS0164/rendi-wagner-primarversorgung-kommt-allen-menschen-in-oesterreich-zugute, 03.03.23)
- BMSGPK. 2021. Sonderrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan – Maßnahme Community Nursing. (<https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Community-Nursing.html>, 03.03.23)
- BMSGPK. 2023a. 10 Maßnahmenbündel für eine gesundheitsfördernde Zukunft in Österreich. (<https://agenda-gesundheitsfoerderung.at/kozug/roadmap>, 03.10.23)
- BMSGPK. 2023b. Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primarversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primarversorgung.html), 20.10.23)
- BMSGPK. 2023c. Medizinische Versorgung: Regierung will Zahl der Primärversorgungszentren verdreifachen (Pressemitteilung). (https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20230302_OTS0082/medizinische-versorgung-regierung-will-zahl-der-primarversorgungszentren-verdreifachen, 20.10.23)
- Bode, Ingo. 2013. Die Infrastruktur des postindustriellen Wohlfahrtsstaats. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19428-8_1.
- Boldt, Florian. 2023. „Schlüsselprojekt“ im Hamburger Süden: Hier entsteht das neue Herz der Veddel. MOPO. (<https://www.mopo.de/hamburg/schluesselformat-im-hamburger-sueden-hier-entsteht-das-neue-herz-der-veddel/>, 05.09.23)
- Bundeskanzleramt (A). 2023. Bundesregierung setzt erste Schritte bei Gesundheitsreform. (<https://services.bundeskanzleramt.gv.at/newsletter/bka-medien-newsletter/innenpolitik/bka-medieninformation-pvenovelle.html>, 03.10.23)
- Bundesministerium für Gesundheit (D). 2022. Regierung plant Gesundheitskioske deutschlandweit. (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierung-plant-gesundheitskioske-deutschlandweit-lauterbach-praesentiert-eckpunkte-fuer-gesetzesinitiative.html>, 03.10.23)
- Bürgergenossenschaft St.Stefan-Afiesl. o. J. Website der Bürgergenossenschaft St. Stefan-Afiesl. (<http://genossenschaft.stefansplatzler.at/>, 03.09.23)
- Bůžek, Richard, und Jonas Fiedler. 2023. Finanzialisierung: Wir dürfen unser Gesundheitssystem nicht dem Markt überlassen! (Podcast). Interviewt von Inken Behrmann und Valentin Ihßen. (<https://was-tun.podigee.io/37-finanzialisierung-gesundheit-polyklinik-medibuero>, 05.10.23)
- Carpaneto, Sylvia. 2022. Gesundheitszentrum Neukölln. Vortrag im Architekturzentrum Wien. Gehalten am 07.07.22. Wien, (<https://www.azw.at/de/termin/gesundheitszentren-der-zukunft-gestalten/>, 03.03.23)
- Clarke, Adele. 2012. Situationsanalyse: Grounded Theory nach dem Postmodern Turn. Wiesbaden: Springer VS.
- Climate Change Centre Austria - Servicezentrum. 2020. Themenaufbereitung: Co-Benefits: Positive Nebenefekte Von Klimaschutz und Klimawandelanpassung. (<https://www.klimawandelanpassung.at/newsletter/invisible/kwa-co-benefitscccfsh>, 04.08.23)
- Commenda, Julia. 2022. GES.UND - Gesundheitsförderung und gemeinwohlorientierte Primärversorgung in Haslach an der Mühl: Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse. (https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/Endbericht_GES.UND.pdf, 23.09.23)
- Corburn, Jason. 2009. *Toward the Healthy City: People, Places, and the Politics of Urban Planning*. Cambridge: MIT Press.
- Da Costa, Cristiano André, Cristian F. Pasluosta, Björn Eskofier, Denise Bandeira Da Silva, und Rodrigo Da Rosa Righi. 2018. Internet of Health Things: Toward Intelligent Vital Signs Monitoring in Hospital Wards. *Artificial Intelligence in Medicine* 89 (Juli): S. 61–69. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2018.05.005>.
- Dahlgren, Göran und Margaret Whitehead. 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Arbeitsrapport 2007:14, Institute for Futures Studies. (<https://www.iffs.se/publikationer/arbetsrapporter/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health>, 03.10.23)
- DB Medibus. o. J. Die rollende Arztpraxis der DB Regio Bus. (<https://www.dbradio.de/angebot/bus/mobile-infrastruktur/db-medibus>, 01.10.23)
- Deutsches Schauspielhaus Hamburg. 2021. Monte Mortale (Theaterstück). (<https://schauspielhaus.de/st%C3%BCcke/monte-mortale>, 03.10.23)
- Deutsches Schauspielhaus Hamburg. 2023. Ministerium für Einsamkeit (Theaterstück). (<https://new-hamburg.de/wp/veranstaltung/ministerium-fuer-einsamkeit/>, 23.10.23)
- Diller, Christian. 2019. Instrumente der Raumplanung. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): *Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung*. Hannover. S.1023–1035. URN: urn:nbn:de:0156-5599968
- Driesen, Geert. 2006. A Strategy for Re-urbanizing hospitals. In: Cor Wagenaar (Hrsg.). *The Architecture of Hospitals*. Rotterdam: NAi Publishers. S.106-112.

- Drilling, Matthias, Simone Tappert, Olaf Schnur, Nadine Käser, und Patrick Oehler. 2022. Nachbarschaften in der Stadtentwicklung: Idealisierungen, Alltagsräume und professionelles Handlungswissen. Quartiersforschung. Wiesbaden: Springer VS. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-36101-3>.
- Durkheim, Émile. 1892. Die Regeln der soziologischen Methode. René König (Hrsg.). Aufl. 2020. Frankfurt am Main: Shurkamp.
- Eckart, Wolfgang U. 2017. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Berlin:Springer. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54660-4>
- Eisinger, Angelus. 2005. Die Stadt der Architekten: Anatomie einer Selbstdemontage. Gütersloh: Birkhäuser.
- Evangelisch-Lutherische Kirchengemeinde Hamburg-Veddel. o.J. Café Nova | Immanuelkirche Veddel. (<https://kirche-veddel.de/cafenova>. 10.09.23)
- European Commission. 2021. New European Bauhaus: Beautiful, Sustainable, Together. ([https://new-european-bauhaus.europa.eu/system/files/2021-09/COM\(2021\)_573_EN_ACT.pdf](https://new-european-bauhaus.europa.eu/system/files/2021-09/COM(2021)_573_EN_ACT.pdf), 03.10.23)
- Fariás, Ignacio und Julio Paulos. 2021. Die Räume der Akteur-Netzwerk-Theorie: Über die Formation, Deformation und Transformation des Sozialen. In: Anna Juliane Heinrich, Séverine Marguin, Angela Million, und Jörg Stollmann (Hrsg.). Handbuch qualitative und visuelle Methoden der Raumforschung. S. 37–51. Bielefeld: utb. DOI: 10.36198/9783838555829
- Fetters, Michael D. und Chihiro Tajima. 2022. Joint Displays of Integrated Data Collection in Mixed Methods Research. International Journal of Qualitative Methods, 21. DOI: <https://doi.org/10.1177/16094069221104564>
- Förster, Agnes, Nina Berding, Angelina Bolten, und Paula Erckmann. 2023. Quartier^4: Impulse für eine bedürfnisgerechte Quartiersgestaltung. Bielefeld: transcript. DOI: <https://doi.org/10.14361/9783839468517>
- Franzkowiak, Peter. 2022. Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0>.
- Fülöp, Gerhard. 2017. Patientenorientierte Bedarfsplanung in Österreich. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 125. S. 60–69. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.07.003>
- GeKo Berlin. o. J. Café | GeKos Berlins. (<https://geko-berlin.de/cafe>, 01.10.23)
- Gemeinde St. Oswald bei Haslach. o. J. Jasmin Scherb, Bsc - Community Nurse in unserer Gemeinde. (https://www.st-oswald-haslach.ooe.gv.at/Jasmin_Scherb_BSc_-_Community_Nurse_in_unserer_Gemeinde, 01.10.23)
- Gemeinde Weiler. o. J. Charmantes Dorf sucht engagierten Arzt - Gemeinde Weiler - Vorarlberg. (<https://www.gemeinde-weiler.at/arztsuche>, 23.04.21)
- Giedenbacher, Yvonne, Gerlinde Rohrauer-Näf, Anna Krappinger, Michaela Stadler-Vida, Andrea Reiter, Friederike Weber, und Katharina Resch. 2018. Aus Erfahrungen lernen. Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe von Familien und älteren Menschen in Nachbarschaften. Ein Handbuch zur Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“. Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH. Wien. (https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2019-02/Auf_gesunde_Nachbarschaft_Handbuch_bfrei.pdf, 03.10.23)
- Glaser, Barney G., und Anselm L. Strauss. 2005. Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.
- Goffman, Erving. 1973. Asyl: über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Aufl. 2020. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- GÖG. 2023. Das Projekt | CN-Österreich. (https://cn-oesterreich.at/das_Projekt, 12.09.23)
- Gräser, Silke. 2023. Globale Gesundheit / Global Health. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i063-3.0>
- Green, Andrew. 2007. An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems. Oxford: Oxford University Press.
- Greer, Scott L, Michelle Falkenbach, Luigi Siciliani, Martin McKee, Matthias Wismar, und Josep Figueras. 2022. From Health in All Policies to Health for All Policies“. The Lancet Public Health 7 (8): e718-720. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00155-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00155-4)
- Groß, Marianne. 2023. Die gute Botschaft: Es ist machbar!. In: Wilhelmsburger InselRundblick. (<https://inselrundblick.de/aktuell/die-gute-botschaft-es-ist-machbar/>, 04.10.23)
- Gruber, Roland, und Sonja Bettel. 2013. Haslach an der Mühl. Bauwelt 24.2013, Zukunftsraum Land. (<https://www.bauwelt.de/themen/bauten/Haslach-an-der-Muehl-Ortszentren-staerkung-Zukunftsraum-Land-2154698.html>, 05.05.23)
- Gruhl, Matthias. 2022. Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen: Eine Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). (https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-05/Expertise_Primaerversorgungszentren_%20RobertBoschStiftung_April%202022.pdf, 09.09.23)
- Haas, Sabine, Julia Bobek, Gudrun Braunerger-Kallinger, Joy Ladurner, und Petra Winkler. 2019. Social Prescribing. Factsheet. Gesundheit Österreich. (<https://jasmin.goeg.at/1411/>, 05.09.23)
- Hancock, Trevor. 1985. The Mandala of Health: A Model of the Human Ecosystem. Family & Community Health 8 (3): 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1097/00003727-198511000-00002>.
- Hartung, Susanne und Rolf Rosenbrock. 2022. Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0>
- Heinig, Stefan. 2022. Integrierte Stadtentwicklungsplanung: Konzepte - Methoden - Beispiele. Bielefeld: transcript.
- Heinrich, Anna Juliane. 2021. Integration visueller und verbaler Daten. In: Anna Juliane Heinrich, Séverine Marguin, Angela Million, und Jörg Stollmann (Hrsg.). Handbuch qualitative und visuelle Methoden der Raumforschung. Bielefeld: utb. S. 137–150. DOI: 10.36198/9783838555829
- Hollederer, Alfons und Alf Trojan. 2021. Gesundheitskonferenzen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i067-2.0>

- Hornberg, Claudia, und Andrea Pauli. 2012. Soziale Ungleichheit in der umweltbezogenen Gesundheit als Herausforderung für Stadtplanung. In: Christa Böhme, Christa Kliemke, Bettina Reimann, und Waldemar Süß (Hrsg.). Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Huber.
- Hunter, T.D. 1963. New View of the Hospital. *The Lancet* 282 (7314). S. 933–935. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(63\)90636-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(63)90636-6)
- Hurrelmann, K. & Richter, M. 2022. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0>
- Hutter, Sebastian. 2022. Input wohnungsnahe Versorgung Wege – Ziele – Herausforderungen (Vortrag). gehalten im Rahmen des Symposiums: Der Gesundheit neue Räume, Building Health des ORTE Architekturnetzwerks Niederösterreich, 31.03.22, Sanatorium Purkersdorf. (<https://orte-noe.at/programm/der-gesundheit-neue-raeume-building-health>, 03.08.22)
- IBA Wien. o. J. CAPE 10. (<https://www.iba-wien.at/projekte/projekt-detail/project/cape-10>, 03.10.23)
- IEK Veddel. 2020. IEK Integriertes Entwicklungskonzept RISE-Fördergebiet Veddel. Erstellt von Bezirksamt Hamburg-Mitte Dezernat Wirtschaft, Bauen und Umwelt Fachamt Stadt- und Landschaftsplanung. Abteilung Integrierte Stadtteilentwicklung (SL 4). (<https://www.hamburg.de/content-blob/16132414/7e0a38977c4a54ef4efe225875cd1845/data/entwicklungskonzept-rise-veddel.pdf>, 04.09.23)
- Intelmann, Dominik. 2019. Healthy City - Einführung in ein Stadtkonzept. UFZ Discussion Papers, 2/2019. Leipzig: Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung - UFZ. (<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-61976-6>, 03.11.23)
- Jacobs, Jane. 1961. *The Death and Life of Great American Cities*. New York: Random House N.Y..
- Jäggi, Jonathan. 2021. Masterplan für Stadt und Spital. Hochparterre. (<https://www.hochparterre.ch/nachrichten/presseschau/masterplan-fuer-stadt-und-spital>, 06.08.23)
- Kataikko, Päivi. 2016. Stadtbaustein Soziale und schulische Infrastruktur. In: Christa Reicher (Hrsg.). Städtebauliches Entwerfen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S.143-150. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15017-4>
- Kersten, Jens, Claudia Neu und Berthold Vogel. 2012. Die demografische Provokation der Infrastrukturen. *Leviathan* 40 (4): S. 563-590. DOI: <https://doi.org/10.5771/0340-0425-2012-4-563>.
- Kersten, Jens, Claudia Neu und Berthold Vogel. 2022. Das Soziale-Orte-Konzept Zusammenhalt in einer vulnerablen Gesellschaft. Bielefeld: transcript.
- Kickbusch, Ilona, und Susanne Hartung. 2014. *Die Gesundheitsgesellschaft: Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik*. Bern: Huber.
- Kistemann, Thomas, und Jürgen Schweikart. 2017. „Spatial turn“: Chance, Herausforderung und Methodenimpuls für die geographische Gesundheitsforschung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 60 (12): S. 1413–1421. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2647-1>.
- Klinenberg, Eric. 2016. „Social Isolation, Loneliness, and Living Alone: Identifying the Risks for Public Health. *American Journal of Public Health* 106 (5): S. 786-787. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303166>.
- Klinenberg, Eric. 2018. *Palaces for the People: How Social Infrastructure Can Help Fight Inequality, Polarization, and the Decline of Civic Life*. New York: Crown.
- Klinenberg, Eric. 2020. *Palaces for the People: How to Build a More Equal and United Society*. London: Vintage.
- Köckler, Heike, und Fehr Rainer. 2018. Health in All Policies: Gesundheit als integrales Thema von Stadtplanung und -entwicklung. In: Sabine Baumgart, Heike Köckler, Anne Ritzinger, und Andrea Rüdiger (Hrsg.). *Planung für gesundheitsfördernde Städte*. Hannover. = *Forschungsberichte der ARL* 08. S.200–212. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0156-08537>
- Koordination Primärversorgung. o. J. PVE-Landkarte. (<https://primaerversorgung.gv.at/standorte-pve-landkarte>, 07.10.23)
- Kozisnik, Petra, Alice Edtmayer, und Elisabeth Rappold. 2021. Aufgaben- und Rollenprofil: Community Nurse. *Gesundheit Österreich*. (https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Aufgabenprofil_CN.pdf, 03.01.23)
- Kriens, Jochen, und Eva Heining. 2018. Die ambulante vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Hamburg. In: Rainer Fehr und Alf Trojan (Hrsg.). *Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg: Bestandaufnahme und Perspektiven*. München: Oekom. 163–170
- Küttner, Sibylle. 2010. Sloman, Robert Miles. In: *Neue Deutsche Biographie* 24. S. 505-507 (<https://www.deutsche-biographie.de/pnd128387599.html#ndbcontent>, 23.09.23)
- Lancet, The. 2021. 50 Years of the Inverse Care Law. *The Lancet* 397 (10276): 767. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00505-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00505-5).
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. 2017. Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Ergebnisse eines Pilotvorhabens in Baden-Württemberg. (<https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/HandlungsempfehlungenGesundheitsplanung10-2017.pdf>, 11.08.23)
- LandLuft. 2009. Baukulturgemeinde-Preis 2009. (<https://www.landluft.at/bestpractice/haslach-an-der-muhl/>, 03.08.2023)
- Läpple, Dieter. 1991. Essay über den Raum: Für ein gesellschaftswissenschaftliches Raumkonzept. In: Hartmut Häussermann (Hrsg.). *Stadt und Raum: soziologische Analysen*. Pfaffenweiler: Centaurus. S.157-207
- Latour, Bruno. 2007. *Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft: Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie*. Frankfurt am Main: shurkamp.
- Löw, Martina. 2001. *Raumsoziologie*. Frankfurt am Main: shurkamp.
- Löw, Martina, und Gabriele Sturm. 2016. Raumsoziologie: eine disziplinäre Positionierung zum Sozialraum. In: Fabian Kessl und Christian Reutlinger (Hrsg.). *Handbuch Sozialraum*. Wiesbaden: Springer VS. 1–19. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-531-19988-7_1-1.
- Löw, Martina. 2018. *Vom Raum aus die Stadt denken: Grundlagen einer raumtheoretischen Stadtsoziologie*. Bielefeld: transcript.
- Löw, Martina. 2019. *Raumsoziologie*. In: Fabian Kessl und Christian Reutlinger (Hrsg.). *Handbuch Sozialraum: Grundlagen für den Bildungs- und Sozialbereich*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19983-2>

- Löw, Martina und Hubert Knoblauch. 2019. Die Re-Figuration von Räumen. Zum Forschungsprogramm des Sonderforschungsbereichs „Re-Figuration von Räumen“. SFB 1265 Working Paper, Nr. 1, Berlin. DOI: <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-8883>
- Löw, Martina und Hubert Knoblauch. 2021. Raumfiguren, Raumkulturen und die Refiguration von Räumen. In: Martina Löw, Volkan Sayman, Jona Schwerer und Hannah Wolf (Hrsg.). Am Ende Der Globalisierung Bielefeld: transcript. S. 25–58. DOI: <https://doi.org/10.1515/9783839454022-002>
- Maierhofer, Magdalena. 2016. A hospital is not a tree. Die Re-Urbanisierung von Krankenhaus und Gesundheit. Diplomarbeit. TU Wien. DOI: <https://doi.org/10.34726/hss.2016.40026>.
- Maierhofer, Magdalena. 2017. A hospital is not a tree. Die Reurbanisierung von Krankenhaus und Gesundheit. In: Dekanat der Fakultät für Architektur und Raumplanung (Hrsg.). Archdiploma 2017: Diplomarbeiten aus Architektur und Raumplanung. Wien: Sonderzahl. <https://resolver.obvsg.at/urn:nbn:at:at-ubtuw:3-3608>
- Maierhofer, Magdalena und Lene Benz. 2021. it is (not) about health - Gesundheit und soziale Infrastrukturen (Masterprojekt Raumplanung). (https://tiss.tuwien.ac.at/course/courseDetails.xhtml?dswid=3305&dssid=100&courseNr=280938&semester=2021W_05.06.23)
- Maierhofer, Magdalena und Lene Benz. 2022. STEP 2035 Vertiefungsstudie: Stadtplanung und Gesundheit. Im Auftrag der Magistratsabteilung 18 (Stadtentwicklung und Stadtplanung) Stadt Wien.
- Maierhofer, Magdalena, Evelyn Temmel, Judith Lehner, Kathrin Schelling, und Lene Benz (Hrsg.). 2023. Space Anatomy – Die räumliche Dimension österreichischer Gesundheitspraxis. Berlin: Jovis.
- Maierhofer, Magdalena. 2023. Zentral, dezentral, egal? Wege eine integrierte Gesundheitsinfrastrukturplanung. In: Magdalena Maierhofer, Evelyn Temmel, Judith Lehner, Kathrin Schelling und Lene Benz (Hrsg.). Space Anatomy – Die räumliche Dimension der Gesundheit und ihrer Infrastruktur. Berlin: Jovis.
- Marguin, Séverine, Dagmar Pelger, und Jörg Stollberg. 2021. Mappings als Joint Spatial Display. In: Anna Juliane Heinrich, Séverine Marguin, Angela Million, und Jörg Stollmann (Hrsg.). Handbuch qualitative und visuelle Methoden der Raumforschung. Bielefeld: utb. S. 381–399. DOI: 10.36198/9783838555829
- Marmot, Michael. 2015. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. London: Bloomsbury Press.
- Michael, Erhart, Ramona Hering, Mandy Schulz, und Dominik Graf von Stillfried. 2013. Morbiditätsatlas Hamburg. (<https://www.hamburg.de/contentblob/4133362/35bef19f920952a5b4bb098389834170/data/morbiditaetsatlas.pdf>, 19.07.23)
- NDR. 2023. Die Veddel bekommt einen Mobilitäts-Knotenpunkt. (<https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Die-Veddel-bekommt-einen-Mobilitaets-Knotenpunkt,veddel212.html>, 09.10.23)
- Neu, Claudia. 2023. Das Soziale-Orte-Konzept. In: Philipp Oswalt und Stefan Rettich (Hrsg.). Zentralitäten 4.0: Raumpolitiken und neue Mobilität auf dem Lande. Berlin: Jovis. 264–275.
- Neu, Claudia und Eva Barlösius, Hrsg. 2018a. Dörflichkeit und Ländlichkeit. Zeitschrift für Agrargeschichte und Agrarsoziologie: ZAA 66, 2. H-Soz-Kult. (<https://www.agrargeschichte.de/jg-66-2018-heft-2-doerflichkeit-und-laendlichkeit/>, 04.12.22)
- Neue Leipzig-Charta. 2020. Neue Leipzig-Charta – Die transformative Kraft der Städte für das Gemeinwohl, verabschiedet beim Informellen Ministertreffen Stadtentwicklung am 30. November 2020. (https://www.bmwsb.bund.de/SharedDocs/downloads/Webs/BMWSB/DE/veroeffentlichungen/wohnen/neue-leipzig-charta-2020.html;jsessionid=D5E04D48964A71784BE377092B121CE2.2_cid387,08.09.23)
- Nickl, Hans. 2013. „Gesundheit und Ort. In: Christine Nickl-Weller, Tanja Eichenauer, und Stefanie Matthys (Hrsg.). Health Care der Zukunft 4: Healing Architecture. S. 83–88. Berlin: MvV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Niederösterreichische Landesregierung. 2018. LH Mikl-Leitner startet ‚Initiative Landarzt Niederösterreich‘ - Land Niederösterreich“. 2018. (https://www.noel.gv.at/noe/LH_Mikl-Leitner_startet__Initiative_Landarzt_Niederoester.html, 07.10.23)
- nonconform zt gmbh. o. J. Büro-Website. (<https://www.nonconform.at>, 07.09.23)
- One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP), Adisasmito WB, Almuhairi S, Behravesh CB, Bilivogui P, Bukachi SA, et al. (2022) One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. PLoS Pathog 18(6): e1010537. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>
- ORTE Architektornetzwerk Niederösterreich. 2022. Der Gesundheit neue Räume, Building Health des ORTE Architektornetzwerks Niederösterreich (Symposium), 31.03.22, Sanatorium Purkersdorf. (<https://orte-noe.at/programm/der-gesundheit-neue-raeume-building-health>, 03.08.22)
- ÖSG. 2017. Österreichischer Strukturplan Gesundheit. Stand 7.10.2022. (https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/ÖSG_2017_-_Textband%2C_Stand_07.10.2022.pdf, 05.10.23)
- Petrovits, Ladislaus Eugen. 1887. Monumental-Plan der Haupt- und Residenzstadt Wien: Vom Arsenal bis zum Kahlenberg - von der Sternwarte bis zu den Kaisermühlen. Wien. Wienbibliothek im Rathaus. (<https://resolver.obvsg.at/urn:nbn:at:AT-WBR-46343>, 03.11.23)
- Poliklinik Syndikat. o.J. (www.poliklinik-syndikat.org, 07.08.23)
- Poliklinik Veddel. o.J. Wir sind die Poliklinik Veddel. (www.poliklinik1.org, 19.09.23)
- Poliklinik Veddel o.J. | CN. Community Health Nurse auf der Vedde. (<https://www.poliklinik1.org/community-health-nurse-auf-der-veddel>, 19.09.23)
- Poliklinik Veddel o.J. | SDG. Soziale Determinanten von Gesundheit. (<http://poliklinik1.org/sdg>, 19.09.23)
- Poliklinik Veddel o.J. | Veddel Wie geht's. Zusammen für ein gutes und gesundes Leben im Stadtteil. Eine Umfrage zu Leben und Gesundheit auf der Veddel. <https://www.veddel-wie-gehts.de>, 07.09.23)
- Poliklinikkollektiv. 2018. Stadtteilgesundheitszentrum, Poliklinik Veddel. In: Rainer Fehr und Alf Trojan. Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg: Bestandaufnahme und Perspektiven. München: oekom.
- PROGES. 2023. Modellprojekt Kommunale Gesundheitsförderung und Primärversorgung in Haslach an der Mühl. (<https://www.proges.at/angebote/kommunale-gesundheitsfoerderung/haslach>, 03.10.23)
- Pruskil, Susanne, Birgit Spalink, Philipp Dickel, und Jonas Fiedler. 2023. Multiprofessionelle Gesundheitszentren: Berichte vom Versorgungsmodell der Zukunft (Vortrag). Gehalten auf der Kongress Armut und Gesundheit 2023, Berlin, 19.07.23 (https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2023/Dokumentation_2023/78963_Pruskil_Fiedler_et_al.pdf, 04.10.23)

- Quilling, Elke, Janna Leimann und Patricia Tollmann. 2022. Kommunale Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i043-1.0>
- Redaktion Gesundheitspark. 2023. Hier kannst du dich zur kostenlosen Social-Prescribing-Beratung zuweisen lassen. (<https://www.gesundheitspark.at/magazin/hier-kannst-du-dich-zur-kostenlosen-social-prescribing-beratung-zuweisen-lassen>, 05.09.23)
- Reicher, Christa. 2016. Städtebauliches Entwerfen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15017-4>.
- Reicher, Christa, und Jürgen Tietz. 2022. Atmende Städte: Zukunftschancen für Stadt und Land mit und nach Corona. Wiesbaden: Springer Vieweg Wiesbaden. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-37759-5>.
- Robert Bosch Stiftung. 2020. „Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung“.
- Rodenstein, Marianne. 1988. „Mehr Licht, mehr Luft“ : Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750. Frankfurt am Main: Campus.
- Rojatz, Daniela, Jennifer Antosik, Jakob Weitzer, Sandra Ecker, und Sabine Haas. 2021. Handbuch Social Prescribing in der Primärversorgung. Schritt für Schritt zur Umsetzung. Gesundheit Österreich. Wien. (<https://jasmin.goeg.at/2216/>, 6.6.23)
- Rojatz, Daniela, Stefanie Rath, Leonie Holzweber, und Peter Nowak. 2021. Einführung in die Aufgabenbereiche - Factsheet 1 - Primärversorgungseinheit als Teil eines umfassenden Public-Health-Ansatzes. In: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgungseinheit. Info-Mappe. Version 2.0 März 2021. Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen und Fonds Gesundes Österreich. Wien. (<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.843940&portal=svportal>, 05.09.23)
- Rollberger Quartiersrat. 2022. Protokoll 4. Sitzung des Rollberger Quartiersrates (QR). (http://rollberg-quartier.de/images/stories/aktuelles/august22/QRat_Protokoll_160822.pdf, 05.09.23)
- Rosenkötter, Nicole, Brigitte Borrmann, Laura Arnold, und Andreas Böhm. 2020. „Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis“. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 63 (9): 1067–75. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z>.
- Röthlin, Florian, Stefan Mathis-Edenhofer, David Wachabauer und Gerhard Fülöp. 2022. Regionale Versorgungsprofile Primärversorgung (RVP PV): Manual“. (<https://jasmin.goeg.at/2207/>, 05.08.23)
- Röthig, Christina, Christoph Schäfer, Lisa-Marie Zander, Margit Czenki, Patricia Wedler, und Renée Tribble. 2015. „Wir nennen es PlanBude“. *derivé* 61. (<https://derive.at/texte/wir-nennen-es-planbude/>. 03.11.23)
- Sa, Thiago Herick de, Ramona Ludolph, Michael Hinsch, und Nathalie Roebbel. 2021. Health at the Heart of Urban and Territorial Planning: The WHO's Multi-Sectoral Leadership for Human and Planetary Health. *Journal of Urban Health* 98 (3): S. 438–441. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11524-021-00533-2>.
- SAGA. 2020. Stadtteilinformation Veddel. (https://www.saga.hamburg/fur-unsere-mieter/service-center/formulare-und-broschuren/stadtteilinformationen/SI_dl_Veddel.pdf, 04.03.22)
- Scheuplein, Christoph, und Richard Bůžek. 2021. Private-Equity-geführte Praxis-Ketten in der vertragsärztlichen ambulanten Patientenversorgung in Bayern. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 75 (2): S. 36–44. DOI: <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2021-2-36>.
- Schmid, Andreas, Sarah Günther und Jochen Baierlein. 2020. Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums. Application/pdf. University of Bayreuth. Robert Bosch Stiftung. DOI: https://doi.org/10.15495/EPUB_UBT_00005121.
- Schmid Andreas, Sarah Günther und Jochen Baierlein. 2020. Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart. DOI: https://doi.org/10.15495/EPub_UBT_00005134
- Schnack, Dirk. 2021. In Mecklenburg-Vorpommern kommt das Herz-MRT zum Patienten. *Ärztezeitung*. (<https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/In-Mecklenburg-Vorpommern-kommt-das-Herz-MRT-zum-Patienten-423699.html>. 05.02.22)
- Scutchfield, F. Douglas, Alex F. Howard, und Robert M. Shapiro. 2011. „Health Planning“. Oxford: Oxford University Press. DOI: <https://doi.org/10.1093/obo/9780199756797-0041>.
- Selle, Klaus, und Ullrich Berding. 2019. Öffentlicher Raum. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung. Hannover. S.1023–35. URN: urn:nbn:de:0156-5599968
- Senatskanzlei Hamburg. 2018. Elbtower. (<https://www.hamburg.de/sehenswuerdigkeiten-architektur/10428354/elbtower/>, 10.10.23)
- Sharifi, Ayyoob, Minal Pathak, Chaitali Joshi, und Bao-Jie He. 2021. A systematic review of the health co-benefits of urban climate change adaptation. *Sustainable Cities and Society* 74 (11): 103190. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.scs.2021.103190>.
- Sommer, Domenic. 2023. Projekt „MeDiLand“ – Medizin Digital zur Verbesserung der Versorgung auf dem Land“. In: Diane Ahrens. Smart Region: Angewandte digitale Lösungen für den ländlichen Raum: Best Practices aus den Modellprojekten „Digitales Dorf Bayern“. Wiesbaden. S. 187–211. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-658-38236-0_13.
- Statistik Austria. 2023. Gesundheitsausgaben. (<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsausgaben>, 04.10.23)
- Sterz, Ulfert. o. J. Der Sprung über die Elbe ging über uns hinweg (Interview). Interviewt von Christian Tschirner. (<https://new-hamburg.de/wp/gesprach-mit-pastor-ulfert-sterz/>, 04.12.23)
- Stiftung Edith Maryon. o. J. Leitbild-ziele. (<https://maryon.ch/stiftung/leitbild-ziele/>, 04.09.23)
- Strübing, Jörg. 2021. Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils. Wiesbaden: Springer VS. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-24425-5>.
- Styria vitalis. 2022. Gesundheit in der Örtlichen Raumplanung: Informationen, Empfehlungen und Praxishilfen für Gemeinden und ihre RaumplanerInnen. Graz. (https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/Leitfaden_Gesundheit_Raumplanung.pdf, 04.09.23)
- Temmel, Evelyn. 2023. Initiativen, Experimente, Visionen. Planerische und räumliche Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Magdalena Maierhofer, Evelyn Temmel, Judith Lehner, Kathrin Schelling, und Lene Benz (Hrsg.). Space Anatomy – Die räumliche Dimension der Gesundheits und ihrer Infrastruktur. Berlin: Jovis.

- Terfrüchte, Thomas, und Florian Flex. 2018. Zentraler Ort. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung. Hannover. S. 1639 -1653. URN: urn:nbn:de: 0156-5599968
- Trnsfrm o. J. ALLTAG. (<https://www.trnsfrm.org/project/alltag/>, 05.11.23)
- Tribble, Renée, und Christina Röthig. 2019. „Planung als Plattform: Kollektivproduktion oder wie organisiert man einen Prozess, in dem das Quartier zum Planer wird?“. (<https://www.youtube.com/watch?v=mNmSMTOJYdI>, 05.12.22)
- Trojan, Alf und Waldemar Süss, 2013. Gesundheit fördern, wo die Menschen leben. Das Setting Gemeinwesen. In: Trojan, Alf, Waldemar Süss, Christian Lorentz, Karin Wolf und Stefan Nickel (Hrsg.). Quartiersbezogene Gesundheitsförderung: Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Basel: Beltz Juventa. S. 14–26
- Tronto, Joan C. 2015. Who cares? how to reshape a democratic politics. Ithaca: Cornell University Press.
- Tudor Hart, Julian. 1971. The Inverse Care Law. The Lancet, Originally published as Volume 1, Issue 7696, 297 (7696): S. 405 - 412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X).
- Twickel, Christoph. 2020. Penny-Markt auf der Veddel: Keinen Penny wert. Die Zeit, 21.12.2020. (https://www.zeit.de/hamburg/2020-12/penny-brand-veddel-hamburg-lockdown-politik-kritik?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F, 04.08.23)
- UN-Habitat und WHO. 2020. Integrating Health in Urban and Territorial Planning: A Sourcebook. Genua. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331678>, 09.03.23)
- Vereinte Nationen. 2015. Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (Resolution) https://sdgwatchat-live-8893156df82d48b0bb53d2-309f0d2.aldryn-media.com/filer_public/80/0f/800f40fa-3b06-4e64-b516-fef69722cc9f/resolution_der_generalversammlung_verabschiedet_am_25_september_2015_-_transformation_unserer_welt_-_die_agenda_2030_fur.pdf.
- Volpp, Kevin G. und David A. Asch. 2016. Make the Healthy Choice the Easy Choice: Using Behavioral Economics to Advance a Culture of Health. QJM, 11, hcw190. DOI:<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcw190>.
- Wagenaar, Cor. 2006. Five Revolutions: A Short History of Hospital Architecture. In: Cor Wagenaar (Hrsg.). Architecture of Hospitals. Rotterdam: NAi Publishers. S. 26 - 41
- Walter, Thomas. 2023. Mittelzentrale Funktionsräume in Thüringen. In: Philipp Oswalt und Stefan Rettich (Hrsg.). Zentralitäten 4.0: Raumpolitiken und neue Mobilität auf dem Lande. Berlin: Jovis. S. 212-222.
- WHO. 1946. Satzung der Weltgesundheitsorganisation. (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010264>. 04.05.23)
- WHO. 1986. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. (https://fgoe.org/glossar/ottawa_charta, 04.04.23)
- WHO und UN-Habitat. 2021. Memorandum Of Understanding between the World Health Organization and the United Nations Human Settlements Programme. (<https://www.who.int/news/item/08-10-2021-who-and-un-habitat-agree-to-renewed-collaboration-on-urban-health>, 03.03.23)
- WHO. o. J. Linking Health and Urban Planning. (<https://www.who.int/europe/activities/linking-health-and-urban-planning>, 27.09.23)
- Wiener Gesundheitsverbund. 2023. Bauprojekte. (<https://bauprojekte.gesundheitsverbund.at/>, 29.09.23)
- Winkel, Rainer. 2019. Soziale Infrastruktur. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung. Hannover. S. 2185–2196. URN: urn:nbn:de: 0156-5599968
- Wolfram, Nicole, Peggy Looks, und Freya Trautmann. 2018. Kommunale Gesundheitsplanung und Health Impact Assessment als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“. Public Health Forum 26 (2): S. 160–163. DOI: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0022>.

DANKSAGUNG

Die Arbeit entstand nicht im luftleeren Raum, im Gegenteil, die Umsetzung im Rahmen der Arbeit am Institut für Raumplanung der TU Wien wurde von zahlreichen Menschen, Forschungsprojekten, Lehrveranstaltungen, Gesprächen und Diskussionen begleitet und durch diese erst ermöglicht. In diesem Zusammenhang möchte ich mich an erster Stelle bei Rudolf Scheuvs bedanken, der mir an der TU Wien die Vertiefung meiner Arbeit zu Gesundheitsinfrastrukturen ermöglichte, mich unterstützte, motivierte und mir den Raum für diese Arbeit gab. Weiters danke ich Christa Reicher und Sybilla Zech für ihre Bereitschaft, die vorliegende Arbeit zu begutachten. Philip Waldner danke ich für das Lektorat, vielen Dank! Ein ganz besonderer Dank gilt meinen Kolleginnen, mit denen ich das Projekt Space Anatomy entwickeln und umsetzen durfte, der interdisziplinäre Austausch hat meinen Horizont erweitert und diese Arbeit bereichert, Lene Benz, Judith Lehner, Kathrin Schelling, Evelyn Temmel - danke! Ebenso bedanke ich mich bei all den Studierenden, von deren Projekten, Entwürfen und Diplomarbeiten auch ich lernen konnte und Lena Hohenkamp für die Unterstützung bei den Lehrveranstaltungen. Bei Nina Mayerhofer, Madlyn Miessgang und Kerstin Pluch möchte ich mich für die immer inspirierende und freudvolle Zusammenarbeit bedanken. Dem gesamten Forschungsbereich Örtliche Raumplanung und insbesondere Andreas Voigt danke ich für die herzliche Aufnahme, für das unterstützende Arbeitsklima und die Hilfe, die ich insbesondere in der letzten Phase dieser Arbeit erfahren durfte. Besonders wichtig waren die Menschen in Haslach und auf der Veddel, die an den Veranstaltungen und Diskussionen teilnahmen, ihr Wissen mit mir mit teilen. Danke auch an die vielen Freund:innen, für unzählige Planungs- und Gesundheitsdiskussionen, für ihr Interesse, ihre Unterstützung und ihr Verständnis. Der abschließende Dank geht an meine Familie: an meine Mama, die mir ein unermüdliches Engagement für Gesundheit und eine bessere Versorgung vorgelebt hat, an meinen Papa, der mir die Freude an präziser Analyse mitgab und meine Schwestern, auf die ich mich immer verlassen kann und an Theresia, die mir das alles mit ermöglicht hat. Ganz besonders danke ich Philipp für die immer bereichernde, liebevolle, wie produktiv kritische Auseinandersetzung mit meiner Themenwelt und dieser Arbeit - danke!

DIⁱⁿ MAGDALENA MAIERHOFER**AKADEMISCHER WERDEGANG:**

- | | |
|--------------------|---|
| 2019- | Doktoratsstudium der technischen Wissenschaften Raumplanung |
| 2018 | Tongji University Shanghai
College of Architecture & Urban Planning (Summer School) |
| 2012-2013 | Hafencity Universität Hamburg
Masterstudium Urban Design (Erasmusstipendium) |
| 2006 – 2016 | TU Wien – Bachelor- und Masterstudium Architektur
Titel der Diplomarbeit: A hospital is not a tree.
Die (Re)Urbanisierung von Krankenhaus und Gesundheit.
Ausgezeichnet mit dem Rudolf-Wurzer-Preis für Raumplanung
Betreuung: Rudolf Scheuven und Albert Wimmer
Abschluss und Studium mit ausgezeichnetem Erfolg (1,0) |

BERUFLICHER WERDEGANG (Auszug):

- | | |
|------------------|--|
| 2018- | Technische Universität Wien – Institut für Raumplanung
Universitätsassistentin am Forschungsbereich für Örtliche Raumplanung (IFOER) |
| 2016-2019 | Albert Wimmer ZT GmbH –Health Team
Krankenhausplanung |
| 2012-2013 | Hafencity Universität Hamburg – Urban Design
Studentische Hilfswissenschaftlerin |