

Aktive Mobilität und gesundes Altern:

Kommunales Handeln an der Schnittstelle zwischen
Gesundheitsförderung und räumlicher Planung

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. pol.
an der Fakultät Raumplanung, Technische Universität Dortmund



vorgelegt von
Paula Quentin, M.Sc.

Dortmund, Juli 2021

Titel: eigene Darstellung

Aktive Mobilität und gesundes Altern:

Kommunales Handeln an der Schnittstelle zwischen
Gesundheitsförderung und räumlicher Planung

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. pol.
an der Fakultät Raumplanung, Technische Universität Dortmund

vorgelegt von

Paula Quentin, M.Sc.

Gutachter*innen:

Prof. Dr. Sabine Baumgart
Fakultät Raumplanung, TU Dortmund

Prof. Dr. Karsten Zimmermann
Fakultät Raumplanung, TU Dortmund

Vorsitzender der Prüfungskommission:

Prof. Dr. Frank Othengrafen
Fakultät Raumplanung, TU Dortmund

Dortmund, Juli 2021

Eidesstattliche Versicherung gem. § 11 Abs. 2 Promotionsordnung der Fakultät Raumplanung der Technischen Universität Dortmund vom 06.08.2013

Ich versichere an Eides statt, dass ich diese Dissertation selbstständig verfasst und alle in Anspruch genommenen Quellen und Hilfen in der Dissertation vermerkt habe.

Paula Quentin

Dortmund, Juli 2021

Erklärung gem. § 11 Abs. 2 Promotionsordnung der Fakultät Raumplanung der Technischen Universität Dortmund vom 06.08.2013

Ich erkläre hiermit, dass diese Dissertation weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung oder in Teilen an der Technischen Universität Dortmund oder einer anderen Hochschule im Zusammenhang mit einer staatlichen oder akademischen Prüfung vorgelegt wurde. Dies schließt Fassungen in anderen Sprachen oder Übersetzungen ein.

Paula Quentin

Dortmund, Juli 2021

In der vorliegenden Arbeit wurden gendergerechte oder, wo möglich, geschlechtsneutrale Formulierungen gewählt. Verzichtet wurde hierauf bei feststehenden Begriffen, z. B. Einwohnermeldeamt, oder wenn das Geschlecht der Personen bekannt war, z. B. bei den befragten Expert*innen.

Danksagung

Die vorliegende Arbeit beruht auf der Zusammenarbeit und dem Austausch mit vielen Kolleg*innen. Ich habe in meinem Forschungsprozess von vielen Seiten Unterstützung erfahren und möchte mich an dieser Stelle bei euch und Ihnen allen bedanken.

Zuallererst danke ich Sabine Baumgart, die mich aus der Praxis zurück an die Uni – an das Fachgebiet Stadt- und Regionalplanung – geholt hat und mir damit die Möglichkeit gegeben hat, mich fachlich und persönlich weiterzuentwickeln. Als Betreuerin und Vorgesetzte haben Sie mir das nötige Maß an Rückhalt und Freiheit gegeben. Zudem danke ich Karsten Zimmermann, der diese Arbeit als Zweitbetreuer und zweiter Gutachter ebenfalls über eine lange Zeit begleitet und mich zwischenzeitlich am Fachgebiet Europäische Planungskulturen willkommen geheißen hat. Bedanken möchte ich mich außerdem bei Frank Othengrafen, der den Vorsitz der Prüfungskommission übernimmt, mich inzwischen an das Fachgebiet Stadt- und Regionalplanung zurückgeholt und mir dort in der Abschlussphase dieser Dissertation die nötigen Freiheiten eingeräumt hat.

Sehr herzlich bedanke ich mich auch bei Tanja Brüchert und Gabriele Bolte für die enge und wertschätzende Zusammenarbeit im Forschungsprojekt AFOOT. Die Zusammenarbeit mit euch hat mir den Zugang zu Gesundheitsförderung und Public Health eröffnet – eine Perspektive, ohne die diese Arbeit so nicht hätte entstehen können. Den Kolleg*innen in Ritterhude möchte ich dafür danken, dass sie sich auf die Zusammenarbeit mit uns in einem Reallabor eingelassen haben. Mein Dank gilt außerdem den Expert*innen aus den Landkreisen, kreisfreien Städten und kreisangehörigen Städten und Gemeinden in der Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten, die durch ihr Mitwirken die Entstehung dieser Arbeit mit ermöglicht haben. Zudem danke ich Hanna Seydel, Antonia Stratmann, Ronja Bechauf und Clara Melchert, die mich als studentische und wissenschaftliche Hilfskräfte im Forschungsprojekt AFOOT an vielen Stellen unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt Katrin Lehn und Anja Neubauer, mit denen ich mich während der Entstehung dieser Arbeit intensiv ausgetauscht habe. Danke euch beiden, für all die Stunden, in denen ihr meine Texte kommentiert, meine Daten mit mir diskutiert, meine Gedanken zu ordnen geholfen und mich zum Weitermachen ermutigt habt. Sehr herzlich danke ich auch Nadine Appelhans, Johanna Schoppengerd und Raphael Sieber für ihr konstruktives und aufrichtiges Feedback zu einzelnen Kapiteln dieser Arbeit sowie Mariam Salehi, die mich auf die interpretative Policy Analyse und die Arbeiten von Dvora Yanow aufmerksam gemacht hat.

Ich danke den aktuellen und ehemaligen Kolleg*innen an den Fachgebieten Stadt- und Regionalplanung und Europäische Planungskulturen für den Rückhalt, die Ermutigungen, das Rücken-Freihalten und die vielen gemeinsamen Mittagspausen sowie den Kolleg*innen im informellen Kolloquium der Fakultät Raumplanung und des Instituts für Landes- und Stadtentwicklungsforschung für die konstruktiven Diskussionen. Zudem danke ich dem Mentoring³ und

dem AEQUIPA-Graduiertenprogramm für die Unterstützung in Form von Austausch, Beratung und überfachlichen Workshops.

Außerdem danke ich Anna-Maria Reichardt von LektorARE für das sorgfältige Korrekturat und die wertvollen sprachlichen Anmerkungen.

Ganz besonders danke ich dir, Kilian, denn ohne deine emotionale und kulinarische Unterstützung wäre der Weg bis zur Fertigstellung dieser Dissertation ungleich schwerer gewesen.

Dortmund, Juli 2021

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung. Neben dem expliziten Umgang mit Gesundheit, z. B. dem Schutz vor gesundheitlichen Risiken oder der Förderung körperlicher Aktivität, geht es um den kommunalen Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern. Gesundheit wird so als ein Querschnittsthema beleuchtet, das viele Schnittstellen zu anderen kommunalen Handlungsfeldern – hier Mobilität und Altern – aufweist.

In einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung tragen – angelehnt an eine *healthy urban governance* (Corburn 2009) – Inhalte, Prozesse und Institutionen gleichermaßen zu einer gesundheitsorientierten Entwicklung von Städten und Gemeinden bei. Gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung setzt dabei ein kommunales Handeln voraus, das Gesundheit im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes als Querschnittsaufgabe begreift, ausgehend von einer Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Auswirkungen politischer Entscheidungen das Bewusstsein für Gesundheit in allen Politikbereichen stärkt und eine gemeinsame Verantwortungsübernahme aller Politikbereiche für Gesundheit unterstützt. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die intersektorale Zusammenarbeit – hier insbesondere die Zusammenarbeit zwischen räumlicher Planung und Gesundheitsförderung.

In der vorliegenden Arbeit wird eine politikwissenschaftliche Sichtweise auf das kommunale Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung eingenommen, die ausgehend von der sozialen Konstruktion von Policy Problemen und dem *Framing*-Ansatz Prozesse der Problemdefinition in den Vordergrund stellt. Die empirische Untersuchung des kommunalen Handelns an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung stellt dar, (1) welche Problemverständnisse dem kommunalen Handeln bezogen auf aktive Mobilität, Altern und Gesundheit zugrunde liegen, (2) welche Rollen die kommunalen Akteur*innen im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit einnehmen, und (3) welche Interaktionen den Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit prägen. Die empirische Analyse gibt damit Aufschluss darüber, inwiefern bestehende Denk- und Handlungsweisen im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung die Anerkennung von Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns und die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in kommunalen Entscheidungs- und Planungsprozessen begünstigen oder erschweren und somit eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung unterstützen oder ihr entgegenstehen.

Die empirische Untersuchung umfasst eine interviewbasierte Fallstudienanalyse und ein Reallabor. Die Fallstudienanalyse basiert auf Interviews mit Vertreter*innen aus Landkreisen, kreisfreien Städten sowie kreisangehörigen Städten und Gemeinden in der Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten. Das Reallabor wurde gemeinsam mit der in der Metropolregion gelegenen Gemeinde Ritterhude durchgeführt. Beiden Analyseschritten liegen ein interpretativer Forschungszugang und eine qualitativ-inhaltsanalytische Auswertung zugrunde.

In Hinblick auf die Problemverständnisse zeigt die vorliegende Arbeit, dass der Umgang mit gesundheitlichen Risiken im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion gegenüber dem Umgang mit Aspekten der Gesundheitsförderung, wie der Förderung körperlicher Aktivität, im Vordergrund steht. Sofern körperliche Aktivität adressiert wird, geschieht dies in erster Linie in Hinblick auf individuelle Gesundheit und körperliche Fitness. Im Umgang mit (gesundem) Altern geht es den Kommunen in der Untersuchungsregion darum, Versorgungsinfrastrukturen aufrechtzuerhalten und Möglichkeiten zu schaffen, im gewohnten Umfeld alt zu werden. Aktive Mobilität wird in der Untersuchungsregion vor allem in Hinblick auf Verkehrssicherheit und Barrierefreiheit adressiert. Hierbei erlangen auch altersbedingte Mobilitätseinschränkungen Aufmerksamkeit.

In Hinblick auf die Rollen, die die kommunalen Akteur*innen einnehmen, überwiegt im Umgang mit dem (gesunden) Altern eine raumbezogene Steuerung, im Umgang mit aktiver Mobilität der regelkonforme Rad- und Fußwegeausbau, im Umgang mit gesundheitlichen Risiken eine grenzwertbezogene Prüfung sowie im Umgang mit körperlicher Aktivität die themenbezogene Koordination und Unterstützung. Darüber hinaus ist im Umgang mit (gesundem) Altern eine deutliche kommunale Verantwortungsübernahme zu erkennen, wohingegen im Umgang mit aktiver Mobilität fehlende kommunale Zuständigkeiten sowie im Umgang mit körperlicher Aktivität ein uneindeutiger gesetzlicher Auftrag das kommunale Handeln prägen.

Neben der intersektoralen Zusammenarbeit, insbesondere zwischen räumlicher Planung und ÖGD, erweisen sich in Hinblick auf Interaktionsmuster auch die interkommunale Zusammenarbeit und die Beteiligung von Bewohner*innen als relevant für das kommunale Handeln im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit. Die intersektorale Zusammenarbeit ist im Umgang mit gesundheitlichen Risiken besonders gut etabliert. Im Umgang mit aktiver Mobilität fehlt sie dagegen nahezu vollständig. Die interkommunale Zusammenarbeit ist im Umgang mit (gesundem) Altern stark ausgeprägt, findet zunehmend aber auch im Umgang mit Aspekten der Gesundheitsförderung Anwendung. Die Beteiligung der Bewohner*innen nimmt je nach Handlungsfeld eine andere Form an.

Die in der empirischen Analyse identifizierten Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster bieten Anknüpfungspunkte für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung. Zugleich verdeutlichen sie, inwiefern das bestehende kommunale Handeln in der Untersuchungsregion von den Leitbildern und Handlungsansätzen einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung abweicht. Um die Anerkennung von Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns und die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in kommunalen Entscheidungs- und Planungsprozessen zu stärken, braucht es erstens eine Sensibilisierung für eine umwelt- und bevölkerungsbezogene Sichtweise auf Gesundheit und zweitens eine Stärkung koordinierender und unterstützender Rollen im kommunalen Handeln.

Inhalt

Danksagung	i
Zusammenfassung	iii
Abbildungsverzeichnis.....	x
Tabellenverzeichnis.....	xii
Abkürzungsverzeichnis	xiii
1 Einleitung.....	1
1.1 Verhältnis zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung.....	2
1.2 Rolle der Städte und Planungsprozesse	4
1.3 Zielsetzung und Forschungsfragen	6
1.4 Aufbau der Arbeit.....	8
1.5 Verortung im Forschungsprojekt AFOOT	10
Teil I: Hintergrund und Forschungsstand	13
2 Kommunales Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung	15
2.1 Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und <i>Health in All Policies</i>	16
2.1.1 Implementierung des Health-in-All-Policies-Ansatzes	17
2.1.2 <i>Health in All Policies</i> auf lokaler Ebene	20
2.2 Kommunales Verwaltungshandeln in Deutschland	24
2.2.1 Kommunale Handlungsmöglichkeiten in der räumlichen Planung	26
2.2.2 Kommunale Handlungsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst	29
2.3 Strukturelle und prozessuale Voraussetzungen für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung in Deutschland	32
3 Handlungsfelder einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung	35
3.1 Umweltbezogener Gesundheitsschutz.....	37
3.1.1 Schutzgut menschliche Gesundheit	39
3.1.2 Leitbild Umweltgerechtigkeit	41
3.2 Gesundheitsförderung in Lebenswelten	43
3.2.1 <i>Healthy urban planning</i>	46
3.2.2 Schaffung gesundheitsfördernder <i>Settings</i>	47
3.3 Alternsgerechte Kommunalentwicklung	49
3.3.1 Leitbild gesundes Altern.....	50
3.3.2 Alternsgerechte Quartiere	53

3.4	Kommunale Rad- und Fußverkehrsförderung.....	55
3.4.1	Sozialökologisches Modell für einen aktiven Lebensstil	58
3.4.2	<i>Walkability</i> im Wohnumfeld.....	60
3.5	Normative Leitbilder und Interventionsansätze einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung	62
Teil II: Forschungszugang, Methodik und Untersuchungsregion		65
4	Forschungszugang und methodisches Vorgehen	67
4.1	<i>Framing</i> -Ansatz als analytischer Zugang zu Problemdefinitionen.....	69
4.1.1	<i>Frames</i> als Denk- und Handlungsmuster	70
4.1.2	<i>Framing</i> als Prozess der Bedeutungskonstruktion.....	74
4.2	Empirische Analyse von <i>Frames</i> und <i>Framing</i>	79
4.2.1	Interviewbasierte Fallstudienanalyse	81
4.2.2	Vertiefendes Reallabor	84
4.2.3	Qualitative Inhaltsanalyse.....	88
5	Vorstellung der Untersuchungsregion und des Reallabors	93
5.1	Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten	93
5.1.1	Siedlungsstruktur und Mobilität	95
5.1.2	Demografische Entwicklung	99
5.1.3	Übersicht über die Untersuchungsfälle	102
5.2	Reallabor in der Gemeinde Ritterhude	107
5.2.1	Akteur*innen und Strukturen der Zusammenarbeit im Reallabor	111
5.2.2	Phasen des Reallabors.....	114
Teil III: Empirische <i>Framing</i>-Analyse.....		121
6	Schutz vor gesundheitlichen Risiken.....	123
6.1	Problemverständnisse im Umgang mit gesundheitlichen Risiken.....	123
6.1.1	Verunreinigungen von Luft und Wasser	124
6.1.2	Lärm, Infraschall und elektromagnetische Strahlung	125
6.2	Rollenverständnisse im Umgang mit gesundheitlichen Risiken	126
6.2.1	Grenzwertbezogene Prüfung.....	127
6.3	Interaktionsmuster im Umgang mit gesundheitlichen Risiken	128
6.3.1	Formalisierte Behördenbeteiligung	128
6.3.2	Widerstand der Bevölkerung.....	130
6.4	Handlungsleitende <i>Frames</i> im Umgang mit gesundheitlichen Risiken	130
7	Förderung von körperlicher Aktivität	133
7.1	Problemverständnisse im Umgang mit körperlicher Aktivität	133

7.1.1	(Fehlende) Gelegenheiten für Sport und Bewegung.....	134
7.2	Rollenverständnisse im Umgang mit körperlicher Aktivität	136
7.2.1	Uneindeutiger gesetzlicher Auftrag	136
7.2.2	Themenbezogene Koordination und Unterstützung	137
7.3	Interaktionsmuster im Umgang mit körperlicher Aktivität.....	138
7.3.1	Interkommunale und intersektorale Vernetzung.....	139
7.4	Handlungsleitende <i>Frames</i> im Umgang mit körperlicher Aktivität.....	140
8	Lebensverhältnisse für das (gesunde) Altern	143
8.1	Problemverständnisse im Umgang mit (gesundem) Altern.....	143
8.1.1	Ausgedünnte Versorgungsstrukturen	144
8.1.2	Fehlende Unterstützungsstrukturen.....	146
8.2	Rollenverständnisse im Umgang mit (gesundem) Altern	148
8.2.1	Kommunale Verantwortungsübernahme	148
8.2.2	Raumbezogene Steuerung.....	150
8.3	Interaktionsmuster im Umgang mit (gesundem) Altern.....	151
8.3.1	Interkommunale Zusammenarbeit	151
8.3.2	Bürger*innenbeteiligung und Ehrenamt.....	152
8.4	Handlungsleitende <i>Frames</i> im Umgang mit (gesundem) Altern	153
9	Straßenräume für aktive Mobilität.....	157
9.1	Problemverständnisse im Umgang mit aktiver Mobilität	157
9.1.1	Weite Entfernungen und wenig Platz für den Rad- und Fußverkehr	158
9.1.2	Unfallgefahren und Mobilitätseinschränkungen.....	161
9.2	Rollenverständnisse im Umgang mit aktiver Mobilität.....	163
9.2.1	Fehlende kommunale Zuständigkeit	163
9.2.2	Regelkonformer Rad- und Fußwegeausbau	164
9.3	Interaktionsmuster im Umgang mit aktiver Mobilität	165
9.3.1	Fehlende Behördenbeteiligung.....	166
9.3.2	Interessenvertretung und Bürger*innenbeteiligung	167
9.4	Handlungsleitende <i>Frames</i> im Umgang mit aktiver Mobilität	168
10	Aktive Mobilität und gesundes Altern im Reallabor	171
10.1	Problemverständnisse im Reallabor	171
10.1.1	Autoorientiertes Mobilitätsverhalten und Mobilitätseinschränkungen	172
10.1.2	Räumliche Rahmenbedingungen für aktive Mobilität.....	174
10.1.3	Voraussetzungen für ein selbstständiges Leben im Alter	176
10.2	Rollenverständnisse im Reallabor	179
10.2.1	Daten- und Transferorientierung.....	179

10.2.2	Partizipativer und transformativer Anspruch	180
10.3	Interaktionsmuster im Reallabor	182
10.3.1	Transdisziplinäre Zusammenarbeit.....	182
10.3.2	Intersektorale Zusammenarbeit und interkommunaler Austausch.....	184
10.4	<i>Frames</i> und <i>Framing</i> im Reallabor	185
Teil IV: Schlussbetrachtung		189
11 Problemverständnisse im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit		191
11.1	Gesundheit zwischen umweltbezogenen Risiken und körperlicher Fitness.....	191
11.2	(Gesundes) Altern zwischen räumlicher Erreichbarkeit und gesellschaftlicher Teilhabe	192
11.3	Aktive Mobilität zwischen Verkehrssicherheit und individueller Gesundheit	194
12 Rollenverständnisse im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit		197
12.1	Kommunale Rollenverständnisse zwischen Verantwortungsübernahme und Nicht-Zuständigkeit.....	197
12.2	Fachliche Rollenverständnisse zwischen raumbezogener Steuerung und Befähigung.....	198
12.3	Wissenschaftliche Rollenverständnisse zwischen Transfer und Transformation	199
13 Interaktionsmuster im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit		201
13.1	Intersektorale Zusammenarbeit zwischen Formalisierung und Verständigung ..	201
13.2	Interkommunale Zusammenarbeit zwischen Kooperation und Vernetzung.....	203
13.3	Beteiligung von Bewohner*innen zwischen Konfrontation und Ko-Produktion .	203
14 Reflexion des Forschungsansatzes		207
14.1	Chancen und Grenzen der <i>Framing</i> -Analyse in der interviewbasierten Fallstudienanalyse.....	207
14.2	Chancen und Grenzen der <i>Framing</i> -Analyse für das Forschen in Reallaboren ...	209
15 Fazit		213
Literaturverzeichnis		221
Verzeichnis der Rechts- und Verwaltungsvorschriften		239
Anhang		241
Interviewleitfaden für Landkreise und kreisfreie Städte		241
Interviewleitfaden für kreisangehörige Städte und Gemeinden		242
Übersicht über die ausgewerteten Dokumente im Reallabor		243
Fallbeschreibungen (gekürzte Darstellung).....		244
Landkreis 1: „Das muss in den Köpfen passieren“		244
Landkreis 2: „Dem Gesundheitsamt Gehör verschaffen“		244

Landkreis 3: „Zusammenarbeit muss man wollen“	245
Landkreis 4: „Demografischer Wandel durchdringt so langsam jede Pore“	245
Landkreis 5: „Ich bewerte das unter Umständen auch sehr kritisch“	246
Landkreis 6: „Die Akteure vor Ort wissen, wo der Schuh drückt“	246
Landkreis 7: „So ist das immer gewesen“	247
Kreisfreie Stadt 1: „Hand in Hand auf der Arbeitsebene“	247
Kreisfreie Stadt 2: „Gegen Gesundheit hat niemand was“	248
Kreisfreie Stadt 3a: „Es ist leichter ein Eulenpaar zu schützen“	248
Kreisfreie Stadt 3b: „Da steckt richtig Zündstoff drin“	249
Kreisangehörige Gemeinde 1: „Andere Wege gehen“	249
Kreisangehörige Stadt 2: „Es wird einfach nicht erfüllt“	249
Kreisangehörige Gemeinde 3: „Nicht im stillen Kämmerlein“	250
Kreisangehörige Gemeinde 4: „Mit dem Gedanken Gesundheit wäre es rund gewesen“	250
Kreisangehörige Stadt 5: „Die müssen mit uns Gespräche führen“	251
Kreisangehörige Gemeinde 6: „Irgendwie muss ja trotzdem eine Lösung her“ ..	251
Kreisangehörige Gemeinde 7: „Jeder würde sonst sein eigenes Süppchen kochen“	251
Fallübersicht zum Umgang mit gesundheitlichen Risiken (gekürzte Darstellung)	253
Fallübersicht zum Umgang mit körperlicher Aktivität (gekürzte Darstellung)	256
Fallübersicht zum Umgang mit (gesundem) Altern (gekürzte Darstellung)	259
Fallübersicht zum Umgang mit aktiver Mobilität (gekürzte Darstellung)	264
Fallübersicht zum Reallabor (gekürzte Darstellung)	270
Kriterien und Leitfragen der formativen Evaluation im Reallabor	277

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mögliche Verschränkungen der Themen Gesundheit, Mobilität und Altern (eigene Darstellung)	7
Abbildung 2: Unterscheidung zwischen der salutogenetischen und der pathogenetischen Perspektive auf Gesundheit (eigene, vereinfachte Darstellung nach Bauer et al. 2006, 155)	36
Abbildung 3: Modell zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit (eigene Darstellung nach Bolte et al. 2018b, 678).....	42
Abbildung 4: Modell der Gesundheitsdeterminanten (eigene vereinfachte Darstellung nach Dahlgren/Whitehead 2007a)	44
Abbildung 5: Interventionsrahmen für das gesunde Altern (eigene Darstellung nach World Health Organization 2015b, 33).....	52
Abbildung 6: Sozialökologisches Modell für einen aktiven Lebensstil (eigene, vereinfachte Darstellung nach Sallis et al. 2006, 301)	59
Abbildung 7: Vier Typen von Policy Problemen (eigene Darstellung nach Hisschemöller/Hoppe 1995, 44)	68
Abbildung 8: Systematisierung von <i>Frames</i> basierend auf Rein und Schön (eigene Darstellung)	72
Abbildung 9: Schematische Darstellung des <i>Framing</i> -Prozesses basierend auf van Hulst und Yanow (eigene Darstellung).....	76
Abbildung 10: Schematische Darstellung des Forschungsdesigns (eigene Darstellung)	80
Abbildung 11: Idealtypischer transdisziplinärer Forschungsprozess (eigene Darstellung nach Jahn 2008, 31).....	85
Abbildung 12: Landkreise und kreisfreie Städte in der Metropolregion Nordwest (eigene Darstellung)	95
Abbildung 13: Siedlungstypen in der Metropolregion Nordwest basierend auf der RegioStaR-Typologie (eigene Darstellung).....	96
Abbildung 14: Anteil von Personen über 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung der Metropolregion Nordwest in Prozent (eigene Darstellung basierend auf Daten des Regionalmonitorings).....	101
Abbildung 15: Darstellung der untersuchten Landkreise sowie kreisangehörigen Städte und Gemeinden nach Regions- und Raumtyp (eigene Darstellung)	103
Abbildung 16: Darstellung der untersuchten Landkreise sowie kreisangehörigen Städte und Gemeinden nach Bevölkerungsanteil über 65 Jahre (eigene Darstellung)	105
Abbildung 17: Darstellung der untersuchten Landkreise sowie kreisangehörigen Städte und Gemeinden nach Geburten-/Sterbe-Saldo und Wanderungssaldo je 1.000 Einwohner*innen (eigene Darstellung)	106
Abbildung 18: Ortsteile und übergeordnete Verkehrswege in der Gemeinde Ritterhude (eigene Darstellung)	107
Abbildung 19: Anteil der Personen über 60 Jahre in Ritterhude (eigene Darstellung auf Basis einer im Forschungsprojekt AFOOT durchgeführten GIS-Analyse).....	108

Abbildung 20: Fußläufige Erreichbarkeit von Supermärkten in Ritterhude (eigene Darstellung auf Basis einer im Forschungsprojekt AFOOT durchgeführten GIS-Analyse)	109
Abbildung 21: Akteur*innenkonstellation im Reallabor (eigene Darstellung in Anlehnung an Seebacher et al. 2018, 156)	112
Abbildung 22: Phasen des Reallabors mit ausgewählten Ereignissen.....	115
Abbildung 23: Hierarchisches Code-Subcode-Modell für den Umgang mit gesundheitlichen Risiken (eigene Darstellung mit MAXmaps in MaxQDA)	123
Abbildung 24: Themenschwerpunkte im Umgang mit gesundheitlichen Risiken nach Fallgruppen (dargestellt als prozentuale Verteilung der Kodierungen der jeweiligen Fallgruppe auf die Sub-Kategorien des Handlungsfeldes; eigene Darstellung).....	124
Abbildung 25: Hierarchisches Code-Subcode-Modell für den Umgang mit körperlicher Aktivität (eigene Darstellung mit MAXmaps in MaxQDA)	133
Abbildung 26: Themenschwerpunkte im Umgang mit körperlicher Aktivität nach Fallgruppen (dargestellt als prozentuale Verteilung der Kodierungen der jeweiligen Fallgruppe auf die Sub-Kategorien des Handlungsfeldes; eigene Darstellung).....	134
Abbildung 27: Hierarchisches Code-Subcode-Modell für den Umgang mit (gesundem) Altern (eigene Darstellung mit MAXmaps in MaxQDA).....	143
Abbildung 28: Themenschwerpunkte im Umgang mit (gesundem) Altern nach Fallgruppen (dargestellt als prozentuale Verteilung der Kodierungen der jeweiligen Fallgruppe auf die Sub-Kategorien des Handlungsfeldes; eigene Darstellung).....	144
Abbildung 29: Hierarchisches Code-Subcode-Modell für den Umgang mit aktiver Mobilität (eigene Darstellung mit MAXmaps in MaxQDA).....	157
Abbildung 30: Themenschwerpunkte im Umgang mit aktiver Mobilität nach Fallgruppen (dargestellt als prozentuale Verteilung der Kodierungen der jeweiligen Fallgruppe auf die Sub-Kategorien des Handlungsfeldes; eigene Darstellung).....	158
Abbildung 31: Hierarchisches Code-Subcode-Modell für das Reallabor (eigene Darstellung mit MAXmaps in MaxQDA)	171
Abbildung 32: Themenschwerpunkte im Reallabor im zeitlichen Verlauf (dargestellt als der prozentuale Anteil der entsprechenden Kategorien an den Kodierungen in der jeweiligen Phase; eigene Darstellung)	172
Abbildung 33: Rollen im Reallabor im zeitlichen Verlauf (dargestellt ist der prozentuale Anteil der entsprechenden Kategorien an den Kodierungen in der jeweiligen Phase; eigene Darstellung)	179
Abbildung 34: Interaktionen im Reallabor im zeitlichen Verlauf (dargestellt ist der prozentuale Anteil der entsprechenden Kategorien an den Kodierungen in der jeweiligen Phase; eigene Darstellung)	182

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausdifferenziertes Kategoriensystem für die Auswertung der Interviews.....	91
Tabelle 2: Ausdifferenziertes Kategoriensystem für die Auswertung des Reallabors.....	92
Tabelle 3: Übersicht über die untersuchten Landkreise.....	104
Tabelle 4: Übersicht über die untersuchten kreisangehörigen Städte und Gemeinden	104
Tabelle 5: Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitende <i>Frames</i> im Umgang mit gesundheitlichen Risiken.....	131
Tabelle 6: Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitende <i>Frames</i> im Umgang mit körperlicher Aktivität	141
Tabelle 7: Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitende <i>Frames</i> im Umgang mit (gesundem) Altern	154
Tabelle 8: Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitende <i>Frames</i> im Umgang mit aktiver Mobilität.....	169
Tabelle 9: Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitende <i>Frames</i> im Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern im Reallabor	186
Tabelle 10: Übersicht über Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitende <i>Frames</i> in den vier Handlungsfeldern und dem Reallabor	190

Abkürzungsverzeichnis

ADFC	Allgemeiner Deutscher Fahrrad Club e.V.
AEQUIPA	Körperliche Aktivität in der Altersgruppe 65+ Präventionsnetzwerk für gesundes Altern im Nordwesten
AFOOT	Alternd zu Fuß oder mit Fahrrad: Urban mobil ohne Stress
AK	Arbeitskreis
BMVI	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur
DALY	disability-adjusted life years
EFA	Empfehlungen für Fußverkehrsanlagen
FGSV	Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen
GIS	Geografisches Informationssystem
HiAP	Health in All Policies
Kfz	Kraftfahrzeug
Lkw	Lastkraftwagen
MiD	Mobilität in Deutschland
MIV	Motorisierter Individualverkehr
NHS	National Health Service
NRVP	Nationaler Radverkehrsplan
NUA	New Urban Agenda
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖV	Öffentlicher Verkehr
RASt	Richtlinien für die Anlage von Stadtstraßen
RegioStaR	Regionalstatistische Raumtypologie für die Mobilitäts- und Verkehrsforschung
RROP	Regionales Raumordnungsprogramm
SDG	Sustainable Development Goals
SUP	Strategische Umweltprüfung
TA Lärm	Technische Anleitung zum Schutz gegen Lärm
UVP	Umweltverträglichkeitsprüfung
VBN	Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen GmbH
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZVBN	Zweckverband Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen

1 Einleitung

Die Verbesserung der hygienischen Lebensbedingungen und der medizinische Fortschritt der vergangenen 150 Jahre haben die Verbreitung vieler ansteckender Krankheiten stark reduziert und so dazu beigetragen, dass sich die Lebenserwartung in Europa von kaum über 40 Jahre Mitte des 19. Jahrhunderts auf etwa 80 Jahre nahezu verdoppelt hat (Kickbusch/Hartung 2014, 39–41). Jedoch haben sich auch neue Krankheitsbilder herausgebildet, die vor allem mit veränderten Lebensstilen – zunehmend aber auch mit den Lebensbedingungen – in Verbindung gebracht werden. So sprechen Clos und Surinach (2019) angesichts der Tatsache, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen weltweit die häufigste Todesursache sind, von einer „global pandemic of non-communicable diseases“ (Clos/Surinach 2019, 20). Als besorgniserregend bezeichnet wird darüber hinaus die „starke globale Zunahme von Übergewicht, Essstörungen, Bewegungsmangel, Suchterkrankungen, Depressionen und Stress“ (Kickbusch/Hartung 2014, 25).

Zudem sind gesunde Lebensjahre und gesundheitliche Risiken sozial ungleich verteilt. Krankheitsrisiken nehmen, z. B. mit sinkendem Einkommen und Bildungsstand, graduell zu (Geyer 2018, 918). Hinzu kommen geschlechtsspezifische und altersspezifische Ungleichheiten (Geyer 2018, 919). In Deutschland schätzen Menschen mit einem geringeren Einkommen oder einem geringeren Bildungsstand, einem Bericht der WHO zufolge, ihren Gesundheitszustand niedriger ein als Menschen mit einem höheren Einkommen oder einem höheren Bildungsstand.¹ Der Unterschied kann für verschiedene Altersgruppen gezeigt werden und die Zahlen deuten darauf hin, dass sich der Unterschied mit zunehmendem Alter vergrößert (World Health Organization 2019, 21–24). Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen zeigen sich auch bezogen auf die Lebenszufriedenheit, die bei Menschen mit geringerem Einkommen geringer ausfällt (World Health Organization 2019, 26), und bezogen auf die mentale Gesundheit, die von Menschen mit geringerem Einkommen häufiger als schlecht eingeschätzt wird (World Health Organization 2019, 32).

Als ein zentrales Hindernis für die Adressierung von nicht-übertragbaren Krankheiten, wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sowie für die Adressierung von gesundheitlicher Ungleichheit gilt die sektorale Trennung von Handlungsfeldern (Grant et al. 2017, 3; Rydin et al. 2012; Corburn 2009, 60). Die gesundheitspolitische Antwort auf die institutionelle und inhaltliche Trennung von Gesundheitsförderung und anderen Politikbereichen ist eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Die Förderung der Gesundheit wird demnach als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet, die das gemeinsame Handeln vieler Sektoren erfordert (Grant et al. 2017, 3; Fabian et al. 2017, 27; Rydin et al. 2012; Geene 2020, 37). Auch auf kommunaler

¹ Als Maß wurde die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes betrachtet. Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes gilt als zuverlässiger Indikator für den objektiven Gesundheitszustand (World Health Organization 2019, 20).

Ebene wird intersektorale Zusammenarbeit als wichtige Strategie gesehen, um Gesundheit als Gegenstand des öffentlichen Handelns zu stärken (Rydin et al. 2012, 2102; Grant et al. 2017, 5). In der gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung steht dabei die Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen der räumlichen Planung und der Gesundheitsförderung im Vordergrund (Böhme et al. 2018, 137).

Alles in allem ist wissenschaftlich gut belegt, dass städtische Räume und die sie gestaltenden Planungsprozesse einen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Bewohner*innen haben (Fudge et al. 2020, 136; Grant 2015, 54; Rydin et al. 2012, 2081). Welchen Stellenwert Gesundheit in städtischen Entscheidungsprozessen einnimmt, ist jedoch eine offene Frage (Fudge/Fawkes 2017, 103). Trotz wachsender wissenschaftlicher Evidenz für den Zusammenhang zwischen städtischen Umwelten und Gesundheit bleibt eine Implementierung der abgeleiteten Prinzipien und Empfehlungen – jenseits von Maßnahmen zur Vermeidung von übertragbaren Krankheiten – meist hinter dem in (gesundheits-)politischen Zielsetzungen formulierten Anspruch zurück (Fudge et al. 2020, 146; Clos/Surinach 2019, 21; Grant et al. 2017, 5; Grant 2015, 55).

1.1 Verhältnis zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung

Historisch betrachtet hat sich das Verhältnis von Gesundheitsförderung und räumlicher Planung immer wieder gewandelt. Die gemeinsamen Wurzeln der modernen Stadtplanung und des öffentlichen Gesundheitswesens liegen in den aufgrund der Industrialisierung stark wachsenden Städten des 19. Jahrhunderts (Corburn 2009, 27–31). Die Städte dieser Zeit waren durch überfüllte Wohnungen, mangelnde sanitäre Anlagen sowie fehlende Stadtreinigung, Müllabfuhr und Abwasserbeseitigung geprägt (Rodenstein 2012, 18; Rodenstein 1988, 53–54). Die schlechten Wohn- und Lebensverhältnisse stellten zunehmend ein gesundheitliches Risiko dar. Wiederkehrende Choleraepidemien, die auch wohlhabendere Bevölkerungsgruppen betrafen und die wirtschaftliche Handlungsfähigkeit der Städte einzuschränken drohten, sowie eine zunehmende Verelendung der städtischen Arbeiterschaft lenkten die öffentliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit ab Mitte des 19. Jahrhunderts zunehmend auf Fragen der Gesundheit und der Krankheitsentstehung (Rodenstein 1988, 68–69; Rodenstein 2012, 18).

Gesundheitswissenschaftliche Studien untersuchten zu dieser Zeit, z. B. in London, den Einfluss der städtischen Lebensbedingungen auf die Entstehung von Krankheiten. In der Folge wurden, z. B. durch den Public Health Act von 1848 in Großbritannien, wichtige rechtliche Rahmenbedingungen für die öffentliche Gesundheitsvorsorge – im Sinne einer Krankheitsvermeidung – geschaffen (Barton 2017, 47–49; Rodenstein 1988, 71–76). Auf Basis wissenschaftlicher Untersuchungen wurden gesundheitliche Mindeststandards, beispielsweise für den Wohnungsbau, formuliert (Baumgart 2018, 23–24; Barton 2017, 48–49; Rodenstein 1988,

128). Diese mündeten in einer Kritik der bestehenden Wohnverhältnisse, z. B. in den Mietskasernen, und wurden gezielt als Rechtfertigung herangezogen, um den planerischen Handlungsspielraum zu erweitern und die private Baufreiheit einzuschränken (Rodenstein 2012, 20; Rodenstein 1988, 125).

Neben dem Wohnungsbau wurden insbesondere Fragen der Stadtreinigung thematisiert und neue technische Infrastrukturen, wie die Kanalisation, entwickelt (Baumgart 2018, 24; Rodenstein 2012, 19; Rodenstein 1988, 70, 83). Zudem wurden neue administrative Strukturen und Zuständigkeiten geschaffen, die den Bau und Betrieb der technischen Infrastrukturen langfristig sichern sollten (Corburn 2009, 37). Die Einführung der Kanalisation wurde zunehmend als technisches Problem aufgefasst, das mit fortschreitender Routine dem Bereich der Stadtplanung entzogen und in einen eigenständigen Bereich der Stadtreinigung bzw. Stadttechnik überführt wurde (Rodenstein 1988, 104). Mit der Spezialisierung der einzelnen Disziplinen zu Beginn des 20. Jahrhunderts ging eine Ausdifferenzierung der öffentlichen Aufgaben und Zuständigkeiten einher. Gesundheitsförderung und räumliche Planung, aber auch Wohnen, Ökologie und Verkehr wurden als eigenständige kommunale Handlungsfelder etabliert und voneinander getrennt (Barton 2017, 55). Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung nahm in diesem Zusammenhang ab (Corburn 2009, 39).

Um die historisch gewachsene Trennung zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung zu überwinden und eine Adressierung gegenwärtiger gesundheitlicher Herausforderungen zu unterstützen, gilt es, Gesundheit und Nachhaltigkeit zu verbinden: „Whilst keeping sustainability centrally in our sights, it must be twinned with the concern for human health“ (Grant et al. 2017, 2). Clos und Surinach zufolge stellt Gesundheit einen wichtigen Eckpfeiler der für die nachhaltige Entwicklung weltweit richtungweisenden *Sustainable Development Goals* (SDG) und der daran anknüpfenden *New Urban Agenda* (NUA) dar (Clos/Surinach 2019, 27). In den SDG ist Gesundheit mit Ziel 3 – „Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages“ (United Nations 2015) – explizit benannt. Neben einem universellen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung sollen u. a. die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von nicht-übertragbaren Krankheiten weltweit um ein Drittel gesenkt sowie Tod und Verletzung aufgrund von Verkehrsunfällen halbiert werden (United Nations 2015). Ausgehend von Ziel 11 – „Make cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable“ (United Nations 2015) – sollen bis 2030 zudem der Zugang zu sicherem und bezahlbarem Wohnen und sicherem und bezahlbarem öffentlichem Verkehr geschaffen sowie die Luftqualität und der Zugang zu Grün- und Freiflächen verbessert werden (United Nations 2015).

In den Zielen der NUA ist ebenfalls eine Verbesserung der menschlichen Gesundheit und des Wohlbefindens enthalten (United Nations 2017). Clos und Surinach zufolge trägt die NUA der grundlegenden Verbindung von Gesundheit und nachhaltiger Stadtentwicklung Rechnung und erkennt das Erfordernis einer Stadtplanung an, die gesundheitliche Risiken abschwächt und das Wohlbefinden fördert (Clos/Surinach 2019, 19). Die WHO tritt in diesem Zusammenhang

dafür ein, die ökologischen, sozialen und ökonomischen Ziele eng mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden der städtischen Bevölkerung zu verknüpfen (World Health Organization 2016, 35). Der Gesundheitssektor kann demnach die Ziele der NUA, z. B. durch die Abschätzung gesundheitlicher Folgen politischer Entscheidungen und die Kommunikation mit der Bevölkerung, maßgeblich unterstützen (World Health Organization 2016, 27).

1.2 Rolle der Städte und Planungsprozesse

Städte und die sie gestaltenden Planungsprozesse werden als zentral erachtet, um nicht nur den gesundheitlichen, sondern auch anderen globalen Herausforderungen, wie dem Klimawandel, zu begegnen (Fudge et al. 2020, 136; Fudge/Fawkes 2017, 103). Städte und Planungsprozesse gelten hierbei als wichtige Einflussfaktoren auf Gesundheit:

„Urban places and the city planning processes that shape them – particularly those processes governing land use, housing, transportation, job opportunities, social services, the quality of the urban environment and opportunities for public participation in local government – are increasingly understood as powerful determinants of population health“ (Corburn 2009, 1).

Städte und Planungsprozesse können dabei sowohl positive als auch negative Wirkungen auf Gesundheit haben. So lädt beispielsweise eine autoorientierte Infrastruktur zum Autofahren ein, was negative Einflüsse auf Gesundheit wie Lärm, Luftverschmutzung und Hitzeinseln verstärkt und potenziell förderliche Verhaltensweisen wie körperliche Aktivität und aktive Mobilität erschwert (Nieuwenhuijsen/Khreis 2019, 7; Clos/Surinach 2019, 20). Eine an Rad- und Fußverkehr orientierte Infrastruktur unterstützt dagegen aktive Mobilität, Erholung und soziale Kontakte, wohingegen sie Lärm, Luftverschmutzung und Hitzeinseln sowie Stress reduziert (Nieuwenhuijsen/Khreis 2019, 8). Stadt- und Verkehrsplanung müssen dabei gleichermaßen den Klimawandel, eine steigende soziale und ökonomische Ungleichheit und die Alterung der Bevölkerung berücksichtigen (Nieuwenhuijsen/Khreis 2019, 5–6).

Städte – als administrative und politische Einheiten – haben die Möglichkeit, Gesundheitsdeterminanten zu gestalten, und gelten deshalb als geeigneter Ort, um neue Ansätze für den Schutz und die Förderung der Gesundheit zu erproben (Grant et al. 2017, 4; Tsouros 2019, 81). Aufgrund von lokalen Verantwortungsstrukturen und einer höheren Flexibilität im Handeln, z. B. im Vergleich zu nationalen Regierungen, gelten die Bedingungen für Veränderungen als günstig: „Cities provide good opportunities for policy change“ (Nieuwenhuijsen/Khreis 2019, 10). Gleichzeitig sind angesichts der Komplexität städtischer Umwelten und der hohen Pfadabhängigkeit, insbesondere von gebauten Infrastrukturen, politischer Wille und effektive Verwaltungsstrukturen erforderlich, um tatsächlich Veränderungen erzielen zu können (Nieuwenhuijsen/Khreis 2019, 10). Eine sektorale Verwaltungsgliederung und die Trennung von Zu-

ständigkeiten, z. B. für Gesundheit, Umwelt, Verkehr und Stadtplanung, erweist sich als hinderlich für die Adressierung vielschichtiger städtischer und gesundheitlicher Probleme (Nieuwenhuijsen/Khreis 2019, 12).

Als beispielhaft für die Umsetzung einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung können die Städte des Gesunde-Städte-Netzwerks der WHO betrachtet werden. Das Netzwerk verfolgt bereits seit Mitte der 1980er Jahre das Ziel, die Rolle der Kommunen in der Erreichung globaler Gesundheitsziele zu stärken (Corburn 2009, 58). Zur Förderung der Gesundheit streben die Städte des Netzwerks eine höhere Priorisierung von Gesundheit auf der lokalen politischen Agenda, die Anerkennung der Bedeutsamkeit lokalen politischen Handelns und ein entsprechendes *commitment* der politischen Entscheidungsträger an (Tsouros 2019, 73). Gesunde Städte zeichnen sich Tsouros zufolge u. a. durch Offenheit für Innovationen, starkes *leadership*, strategisches Denken und Anpassungsfähigkeit aus (Tsouros 2019, 77). Sie setzen – ähnlich wie z. B. die Lokale Agenda 21 im Kontext der Nachhaltigkeitsbewegung – auf eine Beteiligung und Befähigung möglichst vieler Akteur*innen und streben eine intersektorale Strategieentwicklung an (Rydin et al. 2012, 2084).

Jedoch sind die städtischen Herausforderungen vielfältig, die Zielsetzungen einer zukünftigen Entwicklung von Städten umstritten und die Informationen, auf die sich lokales politisches Handeln stützen kann, begrenzt (Fudge et al. 2020, 136). Angesichts der Dynamik und Komplexität städtischer Umwelt, der Vielzahl der potenziellen Einflüsse, der vielgestaltigen Auswirkungen auf die Gesundheit und der möglichen Wechselwirkungen besteht Unsicherheit dahingehend, welche Aspekte der Umwelt welchen konkreten Effekt haben (Rydin et al. 2012, 2085; Grant 2015, 67). Ursache und Wirkung sind nicht immer klar voneinander zu trennen: Die Entscheidung, einen Weg mit dem Fahrrad zurückzulegen, kann beispielsweise von der verfügbaren Wegeinfrastruktur beeinflusst sein und beeinflusst ihrerseits wiederum die individuelle Gesundheit der Radfahrenden und durch die Wahl eines emissionsfreien Verkehrsmittels die Luftqualität (Rydin et al. 2012, 2085).

Eine Wissenschaft, die dieser Komplexität gerecht werden will, muss sich, z. B. im Rahmen transdisziplinärer Zusammenarbeit, für neue Formen der Wissensproduktion und neue Formen der Evidenz öffnen (Fudge et al. 2020, 136; Grant et al. 2017, 5). Neben dem Wissenstransfer, d. h. der Übersetzung wissenschaftlicher Evidenz zu einzelnen Fragen des Zusammenhangs zwischen Umwelt und Gesundheit für politisches Handeln, wird ein besseres Verständnis der Prozesse der Politikgestaltung als notwendig erachtet, um die Entscheidungsfindung und Handlungsfähigkeit an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis zu unterstützen (Fudge et al. 2020, 136). Denn bisher scheitern viele Ansätze der Gesundheitsförderung an der Übersetzung in praktisches Handeln: „The health promotion realm has been very good at talking the talk of the policy world (...), but it has failed to walk the walk of the complex, iterative, and quintessentially power-driven policy process“ (Clavier/Leeuw 2013, 13). Gesund-

heitsförderung, die über die Adressierung des individuellen Gesundheitsverhaltens hinausgeht und an das Verständnis der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik anknüpft, erfordert demnach ein besseres Verständnis der Policy Prozesse (Clavier/Leeuw 2013, 4; Leeuw/Breton 2013, 28; Baum et al. 2013, 189).

1.3 Zielsetzung und Forschungsfragen

Anknüpfend an das Erfordernis eines besseren Verständnisses von Policy Prozessen nimmt die vorliegende Arbeit eine politikwissenschaftliche Sichtweise auf das kommunale Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung ein. Ausgehend von der sozialen Konstruktion von Policy Problemen stehen dabei die Prozesse der Problemdefinition im Vordergrund. Mit dem *Framing*-Ansatz werden spezifische Denk- und Handlungsweisen in der räumlichen Planung und der Gesundheitsförderung identifiziert, die einen Einfluss darauf haben, welche Inhalte im kommunalen Handeln berücksichtigt werden, welche Rollen die beteiligten Akteur*innen in Bezug auf diese Inhalte einnehmen und wie sie miteinander interagieren. *Frames* werden als Bedeutungsstrukturen verstanden, die dazu dienen, eine komplexe Realität in einen klar umrissenen politischen Gegenstand zu übersetzen (Rein/Schön 1993, 146). *Framing* bezeichnet einen Prozess der Bedeutungskonstruktion, innerhalb dessen die am politischen Prozess Beteiligten einen politischen Gegenstand als solchen abgrenzen, ihn als veränderungswürdig bzw. problematisch einstufen und hierdurch Handlungsoptionen entwickeln. Neben dem politischen Gegenstand unterliegen auch die Rollen und Interaktionen der beteiligten Akteur*innen dem *Framing* (van Hulst/Yanow 2016, 102–103).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu untersuchen, welche *Frames* und *Framing*-Prozesse das kommunale Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung prägen. Die Analyse soll ausgehend von den Themen aktive Mobilität und gesundes Altern Aufschluss darüber geben, inwiefern bestehende Denk- und Handlungsweisen im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung die Anerkennung von Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns und die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in kommunalen Entscheidungs- und Planungsprozessen begünstigen oder erschweren und somit eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung unterstützen oder ihr entgegenstehen. Hierdurch soll ein Beitrag zur Erklärung des eingangs beschriebenen Implementierungsdefizits geleistet und das Verständnis für kommunale Entscheidungs- und Planungsprozesse geschärft werden.

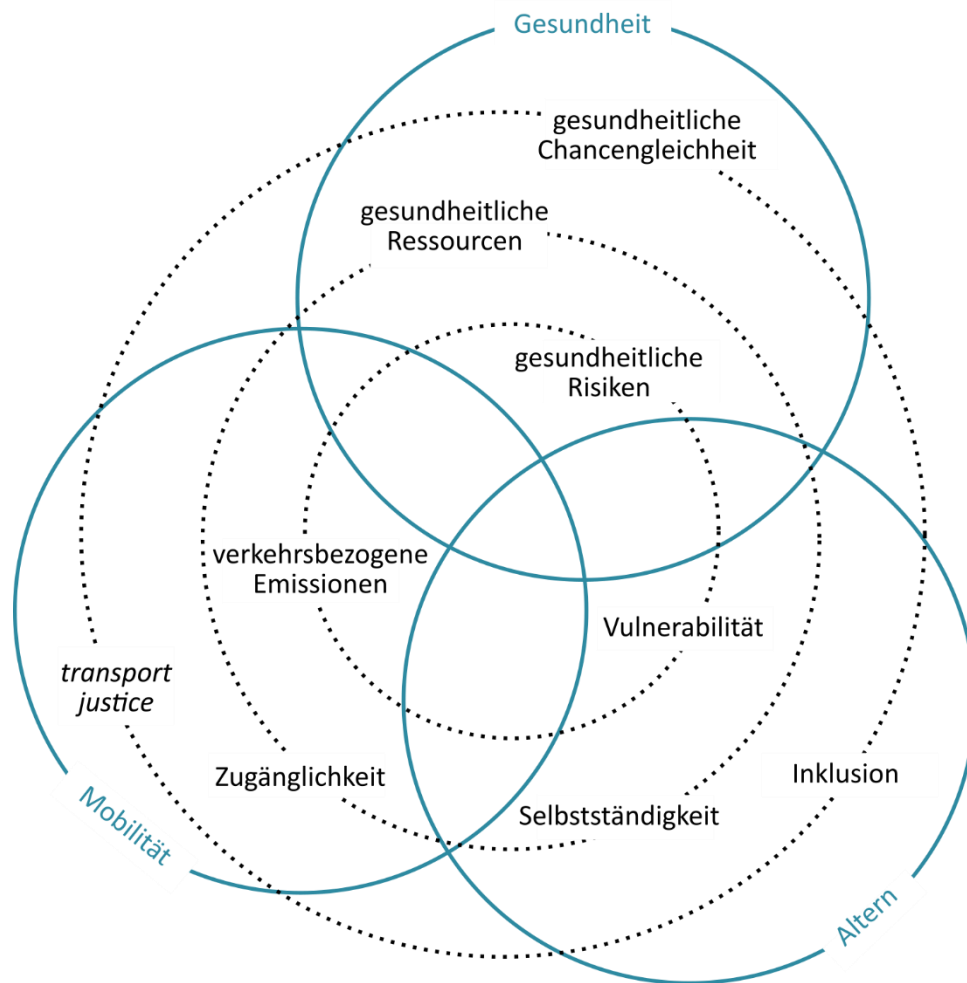


Abbildung 1: Mögliche Verschränkungen der Themen Gesundheit, Mobilität und Altern (eigene Darstellung)

Gesundheit wird in der vorliegenden Arbeit als Querschnittsthema betrachtet, sodass nicht allein der explizite Umgang mit Gesundheit von Interesse ist. Vielmehr werden mit aktiver Mobilität und gesundem Altern zwei Themen gewählt, die es ermöglichen, den Umgang mit Gesundheit an der Schnittstelle zu anderen kommunalen Handlungsfeldern – hier Mobilität und Altern – zu verorten und so den Querschnittscharakter einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung zu unterstreichen. Mobilität, Altern und Gesundheit lassen dabei vielfältige Verknüpfungen zu (siehe Abbildung 1). So stellen verkehrsbezogene Emissionen gesundheitliche Risiken dar, gegenüber denen Ältere womöglich in besonderer Weise vulnerabel sind. Zugleich kann die durch (aktive) Mobilität ermöglichte Zugänglichkeit als gesundheitliche Ressource betrachtet werden, die es Älteren ermöglicht selbstständig zu leben. Mit gesundheitlicher Chancengleichheit, Inklusion und *transport justice* sind zudem drei mögliche Zugänge zu Gerechtigkeitsfragen gegeben.

Kern der vorliegenden Arbeit ist die empirische Untersuchung des kommunalen Handelns an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung in Hinblick auf (1) die Problemverständnisse, die dem kommunalen Handeln bezogen auf aktive Mobilität, Altern

und Gesundheit zugrunde liegen, (2) die Rollen, die die kommunalen Akteur*innen im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit einnehmen, und (3) die Interaktionen, die den Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit prägen. Abschließend wird eingeschätzt, inwiefern die Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung unterstützen (siehe leitende Forschungsfrage und Untersuchungsfragen in der Box auf Seite 8). Die empirische Untersuchung umfasst eine interviewbasierte Fallstudienanalyse und ein Reallabor. Während die interviewbasierte Fallstudienanalyse auf die Analyse bestehender Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionen sowie der handlungsleitenden *Frames* im bestehenden kommunalen Handeln zielt, dient das Reallabor dazu, einen Einblick in mögliche Prozesse des *Framing* zu gewinnen. Beiden Analyseschritten liegen ein interpretativer Forschungszugang und eine qualitativ-inhaltsanalytische Auswertung zugrunde.

Leitende Forschungsfrage und Untersuchungsfragen (1–4)

Inwiefern adressiert kommunales Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung aktive Mobilität und gesundes Altern?

- (1) Welche Problemverständnisse prägen den Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung?
- (2) Welche Rolle(n) nehmen die am kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung Beteiligten in Bezug auf aktive Mobilität, Altern und Gesundheit ein?
- (3) Welche Interaktionsformen prägen den Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung?
- (4) Inwiefern unterstützen die Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsformen im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung?

1.4 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in vier Teile. Teil I stellt die Hintergründe und den Stand der Forschung dar. Zunächst wird das der Arbeit zugrunde liegende Verständnis gesundheitsfördernder Kommunalentwicklung eingeführt (siehe Kapitel 2). Ausgehend von der Forderung nach einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik wird der Health-in-All-Policies-Ansatz vorgestellt, wobei besonderes Augenmerk auf der Implementierung des Ansatzes, insbesondere auf kommunaler Ebene, liegt (siehe Kapitel 2.1). Es werden im Weiteren die institutionellen Rahmenbedingungen des kommunalen Handelns in Deutschland sowie die spezifischen kommunalen Handlungsmöglichkeiten in räumlicher Planung und Öffentlichem Gesundheitsdienst ausgeführt

(siehe Kapitel 2.2) und so die strukturellen und prozessualen Voraussetzungen für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung in Deutschland spezifiziert (siehe Kapitel 2.3). In Kapitel 3 werden mögliche Handlungsfelder einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung vorgestellt. Der umweltbezogene Gesundheitsschutz (siehe Kapitel 3.1) und die Gesundheitsförderung in Lebenswelten (siehe Kapitel 3.2) stehen hierbei für den expliziten Umgang mit Gesundheit, wohingegen die altersgerechte Kommunalentwicklung (siehe Kapitel 3.3) und die kommunale Rad- und Fußverkehrsförderung (siehe Kapitel 3.4) für einen querschnittsorientierten Umgang mit Gesundheit stehen. Besonderes Augenmerk liegt auf den normativen Leitbildern und spezifischen Interventionsansätzen (siehe Kapitel 3.5).

In Teil II werden der Forschungszugang, die Methodik und die Untersuchungsregion vorgestellt. Ausgehend von einer sozialen Konstruktion von Policy Problemen wird der *Framing*-Ansatz als analytischer Zugang zu Problemdefinitionen eingeführt (siehe Kapitel 4.1). Hierbei wird auf *Frames* als Denk- und Handlungsmuster und auf *Framing* als ein Prozess der Bedeutungskonstruktion eingegangen. Anschließend werden das Forschungsdesign und das methodische Vorgehen für die empirische Analyse von *Frames* und *Framing* beschrieben (siehe Kapitel 4.2). Hierbei wird zunächst auf die interviewbasierte Fallstudienanalyse, dann auf den Forschungsansatz Reallabor und schließlich auf die qualitative Inhaltsanalyse eingegangen. Kapitel 5 stellt die Untersuchungsregion und das in der Region durchgeführte Reallabor vor. Die Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten wird hinsichtlich Siedlungsstruktur und Mobilität (siehe Kapitel 5.1.1) sowie hinsichtlich der demografischen Entwicklung (siehe Kapitel 5.1.2) näher charakterisiert. Hierauf aufbauend werden die Untersuchungsfälle der Fallstudienanalyse vorgestellt (siehe Kapitel 5.1.3). In Kapitel 5.2 wird die Gemeinde Ritterhude als Reallabor-Kommune näher vorgestellt. Zudem werden Akteur*innen und Strukturen der Zusammenarbeit im Reallabor sowie Ablauf und Phasen des Reallabors beschrieben.

In Teil III folgt die empirische *Framing*-Analyse des kommunalen Handelns an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung in der Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten. Die Ergebnisse der interviewbasierten Fallstudienanalyse werden für den Umgang mit gesundheitlichen Risiken (siehe Kapitel 6), den Umgang mit körperlicher Aktivität (siehe Kapitel 7), den Umgang mit (gesundem) Altern (siehe Kapitel 8) sowie den Umgang mit aktiver Mobilität (siehe Kapitel 9) separat dargestellt. In jedem der Kapitel werden die relevanten Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster beschrieben und die für den Umgang mit dem jeweiligen Gegenstand handlungsleitenden *Frames* herausgearbeitet. In Kapitel 10 wird dem gleichen Aufbau folgend der Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern im Reallabor dargestellt.

In Teil IV werden die zentralen Ergebnisse der empirischen *Framing*-Analyse zusammengefasst und diskutiert. Es wird abschließend dargestellt, inwiefern aktive Mobilität, Altern und Gesundheit Gegenstand des kommunalen Handelns in der Untersuchungsregion sind (siehe Kapitel 11) sowie, welche Rollenverständnisse (siehe Kapitel 12) und Interaktionsmuster (siehe

Kapitel 13) im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit in der Untersuchungsregion eine Rolle spielen. Hierbei werden auch Zusammenhänge zwischen den Handlungsfeldern sowie zwischen der interviewbasierten Fallstudienanalyse und dem Reallabor herausgestellt. In Kapitel 14 wird eine Reflexion des Forschungsansatzes vorgenommen, die auf Chancen und Grenzen der *Framing*-Analyse sowohl für die Fallstudienanalyse als auch für das Forschen in Reallaboren eingeht. Die Arbeit schließt mit einem Fazit ab (siehe Kapitel 15).

1.5 Verortung im Forschungsprojekt AFOOT

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Forschungsprojekts „Alternd zu Fuß oder mit Fahrrad: Urban mobil ohne Stress“ (AFOOT) verfasst. AFOOT wurde von den Fachgebieten Stadt- und Regionalplanung sowie Europäische Planungskulturen an der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund gemeinsam mit der Abteilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Uni Bremen durchgeführt und ist ein Teilprojekt im Forschungsverbund AEQUIPA „Körperliche Aktivität in der Altersgruppe 65+ Präventionsnetzwerk für gesundes Altern im Nordwesten“ unter der Leitung des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) in Bremen. Von Februar 2015 bis Januar 2021 wurde das Projekt unter den Förderkennzeichen 01EL1422G und 01EL1822G vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

Der Forschungsverbund AEQUIPA zielte auf die Förderung körperlicher Aktivität bei Personen ab 65 Jahren durch individuelle ebenso wie kontextbezogene Maßnahmen. Dabei wurden u. a. der Einsatz von Technologie und die Ungleichheitseffekte von Interventionen untersucht (Forberger et al. 2017). Das Teilprojekt AFOOT zielte in diesem Zusammenhang auf die Förderung aktiver Mobilität im Alter, d. h. das Zurücklegen von Alltagswegen zu Fuß und mit dem Fahrrad, durch die Verknüpfung von Ansätzen der Gesundheitsförderung und der räumlichen Planung. Im Vordergrund standen hierbei die kommunalen Handlungsmöglichkeiten in Klein- und Mittelstädten in der Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten.

In der ersten Förderphase des Forschungsprojekts (2015 bis 2018) wurden Experteninterviews mit Vertreter*innen aus Landkreisen, kreisfreien Städten sowie kreisangehörigen Städten und Gemeinden geführt. Darüber hinaus wurden drei Workshops zu einer kooperativen Indikatorenentwicklung und drei Planspiele durchgeführt (Brüchert et al. 2017). Es entstand eine Arbeitshilfe, die die Zusammenarbeit zwischen der kommunalen Bau- und Planungsverwaltung und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung aktiver Mobilität im Alter in Klein- und Mittelstädten unterstützt (Bolte et al. 2018a).

In der zweiten Förderphase des Forschungsprojekts (2018 bis 2021) wurde gemeinsam mit der Gemeinde Ritterhude das Reallabor „Aktiv mobil – länger gesund“ durchgeführt. Im Rahmen des Reallabors wurde die Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen der Gesundheitsförderung und der räumlichen Planung vertieft und ausgewählte Ansätze zur Förderung aktiver

Mobilität im Alter erprobt. Die Erfahrungen aus dem Reallabor flossen in eine Toolbox² ein. Zudem wurde im Rahmen des Forschungsprojekts eine Querschnittstudie durchgeführt, die den Zusammenhang zwischen dem Mobilitätsverhalten und der gebauten Umwelt bei Bewohner*innen ab 65 Jahren in Klein- und Mittelstädten in der Untersuchungsregion untersucht (Brüchert et al. 2021a; Brüchert et al. 2020; Brüchert et al. eingereicht).

Die Datenerhebung für die vorliegende Arbeit, d. h. die Durchführung der Expert*inneninterviews mit Vertreter*innen aus Landkreisen, kreisfreien Städten sowie kreisangehörigen Städten und Gemeinden und die Durchführung des Reallabors, erfolgte im Rahmen des Forschungsprojekts AFOOT. Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführte *Framing*-Analyse stellt eine Vertiefung der im Rahmen des Forschungsprojekts erarbeiteten Inhalte dar. Die Interviewtranskripte und Dokumente aus dem Reallabor wurden dazu eigenständig neu ausgewertet.

² Die Toolbox „Aktive Mobilität im Alter fördern“ steht auf der Webseite des Forschungsverbundes frei zur Verfügung. Zugriff unter: www.aequipa.de/materialien/afoot (letzter Zugriff am 04.07.2021)

Teil I: Hintergrund und Forschungsstand

Im Folgenden wird zunächst das der Arbeit zugrunde liegende Verständnis gesundheitsfördernder Kommunalentwicklung eingeführt. Um die prozessualen und strukturellen Voraussetzungen einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung näher zu fassen, werden die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und der Health-in-All-Policies-Ansatz vorgestellt. Im Vordergrund steht die Implementierung des Ansatzes, insbesondere auf kommunaler Ebene. Ausgehend von zwei internationalen Fallbeispielen werden die internationalen Erfahrungen in der Implementierung des Ansatzes konkretisiert. Um die prozessualen und strukturellen Voraussetzungen für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung in Deutschland abzuschätzen, werden im Weiteren die institutionellen Rahmenbedingungen für das kommunale Handeln in Deutschland sowie die spezifischen kommunalen Handlungsmöglichkeiten in räumlicher Planung und Öffentlichem Gesundheitsdienst ausgeführt. Im Anschluss werden mögliche Handlungsfelder einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung vorgestellt, die hinsichtlich der normativen Leitvorstellungen und Interventionsansätze charakterisiert werden. Mit dem umweltbezogenen Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten wurden zwei komplementäre Handlungsfelder gewählt, die explizit auf Gesundheit bezogen sind. Mit der altersgerechten Kommunalentwicklung und der kommunalen Rad- und Fußverkehrsförderung folgen dann zwei Handlungsfelder, die für einen querschnittsorientierten Umgang mit Gesundheit stehen.

2 Kommunales Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung

Gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung³ bezeichnet in der vorliegenden Arbeit, angelehnt an eine *healthy urban governance* (Corburn 2009), die Anerkennung von Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns und die Ausgestaltung von Entscheidungs- und Planungsprozessen dahingehend, dass gesundheitliche Belange angemessen berücksichtigt werden. Wie Corburn schreibt, müssen Inhalte, Prozesse und Institutionen gleichermaßen zu einer gesundheitsorientierten Entwicklung von Städten und Gemeinden beitragen:

„Healthy city planning must be viewed as healthy urban governance, where both the *substantive content* of what contributes to human well-being – the physical and social qualities that promote urban health – and the decision-making *processes and institutions* that shape the distributions of these qualities across places and populations are improved“ (Corburn 2009, 2).

Eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung umfasst Corburn zufolge alle Prozesse, Institutionen und Diskurse, formellen Regeln und Entscheidungen, die die Ausrichtung und den Inhalt von Plänen und anderen raumbezogenen Interventionen prägen (Corburn 2009, 4). Unter Institutionen sind dabei nicht nur die formalen Strukturen und Prozesse zu fassen, sondern auch die eingeübten „norms of practice“ (Corburn 2009, 15). Corburn tritt für eine kritische Auseinandersetzung mit den häufig impliziten Entscheidungsstrukturen in kommunalen Planungsprozessen ein, den „taken-for-granted ways of seeing, knowing, and doing in city planning“ (Corburn 2009, 67).

Er knüpft dabei an ein kommunikatives Planungsverständnis an, das Planung als einen sozialen Prozess betrachtet: „Public policy, and hence planning, are (...) social processes through which ways of thinking, ways of valuing and ways of acting are actively constructed by participants“ (Healey 2006, 29). Dem in kulturelle und soziale Bedeutungssysteme eingebetteten und durch soziale Interaktion hervorgebrachten Planungssystem liegen Denkmuster und Wertvorstellungen zugrunde, die implizite und explizite Annahmen darüber transportieren, „how things should be done and who should get what“ (Healey 2006, 45).

Mit den Bedeutungssystemen und Denkweisen gehen spezifische Argumentationen einher (Healey 2006, 52). Ein Bewusstsein für diese, der Planung zugrunde liegenden, normativen Bezugspunkte kann dazu beitragen, die Vielfalt des in Planungsprozessen berücksichtigten Wissens und der Argumente zu erweitern und letztlich „collaborative consensus-building“ (Healey 2006, 29–30) zu ermöglichen. Wo unterschiedliche Interessen, Sichtweisen und Argumentationsgewohnheiten aufeinandertreffen, kommt der Bedeutungsmobilisierung und der

³ Da in der vorliegenden Arbeit nicht nur Städte, sondern auch Landkreise und Gemeinden untersucht werden, wird anstelle der geläufigen Bezeichnung „gesundheitsfördernde Stadtentwicklung“ (Baumgart 2020, 219) die Begrifflichkeit gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung gewählt.

Generierung von Ideen eine zentrale Bedeutung zu. Sie haben das Potenzial, Bedeutungssysteme und damit Denkweisen zu ändern und so letztlich zu einer veränderten Verteilung von Ressourcen beizutragen (Healey 2006, 60–61).

Corburn zufolge ist es eine solche Bedeutungsmobilisierung, die die gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung braucht: „A new set of political frames are necessary for moving toward a new practice of healthy city planning“ (Corburn 2009, 12). Eine engere Verzahnung von kommunaler Planung und Gesundheitsförderung ist demnach ohne eine Berücksichtigung der dem Handeln zugrunde liegenden (politischen) *Frames* nur schwer zu erreichen (Corburn 2009, 197–198).

Im Folgenden stehen zunächst die Ausgestaltung der Prozesse und die strukturellen Voraussetzungen einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung im Vordergrund. Zunächst werden die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und der Health-in-All-Policies-Ansatz vorgestellt und anschließend die politisch-administrativen Rahmenbedingungen für kommunales Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung in Deutschland konkretisiert.

2.1 Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und *Health in All Policies*

Da viele Einflussfaktoren auf Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit außerhalb der Zuständigkeit des Gesundheitssektors liegen (Ollila et al. 2013, 6–7), wird in der Gesundheitspolitik der WHO bereits seit den 1980er Jahren eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (*healthy public policy*) angestrebt, deren zentraler Anspruch es ist, das Bewusstsein für Gesundheit in allen Politikbereichen zu stärken:

„Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung verdeutlicht werden“ (Weltgesundheitsorganisation 1986, 3).

Angestrebt wird ein „umfassendes gesundheitsförderliches Handeln des politisch-administrativen Systems“ (Trojan 2020, 17). Gesundheitsförderung soll damit über eine eher medizinisch orientierte Krankheitsprävention und eine am Individuum ausgerichtete Gesundheitserziehung hinausgehen und die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik den (strategischen) Rahmen für weitere Maßnahmen der Gesundheitsförderung schaffen (Trojan 2020, 20–21). Die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik umfasst dabei nicht nur das Handeln staatlicher Akteur*innen, sondern auch die Zusammenarbeit mit Wirtschaft und Zivilgesellschaft. Zudem spricht sie alle Ebenen des politischen Handelns an – von der internationalen Gesundheitspolitik bis zum kommunalen Handeln (Trojan 2020, 21).

Die Forderung nach einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik wurde sukzessive zu einem strategischen Ansatz weiterentwickelt und ausdifferenziert (Clavier/Leeuw 2013, 2). Der so entstandene Health-in-All-Policies-Ansatz zielt auf eine systematische Berücksichtigung gesundheitlicher Auswirkungen und auf die Verantwortungsübernahme für Gesundheit auf allen Ebenen der Politikgestaltung (World Health Organization 2013, 1). *Health in All Policies* (HiAP) steht folglich für ein inter- bzw. multisektorales Handeln, das Gesundheit als eine Querschnittsaufgabe betrachtet (Sterdt/Walter 2012, 30). Dabei wird eine „Doppelstrategie“ (Geene 2020, 37) verfolgt, die sowohl Elemente eines whole-of-government-Ansatzes, d. h. die Zusammenarbeit verschiedener staatlicher Akteur*innen, als auch eines whole-of-society-Ansatzes, d. h. die Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteur*innen, umfasst.

Neben der inhaltlichen Ausrichtung an den sozialen und umweltbezogenen Determinanten von Gesundheit und der Zielsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit (siehe Kapitel 3) zeichnet sich der HiAP-Ansatz durch strukturelle und prozedurale Merkmale aus. Die langfristige strukturelle Verankerung unterscheidet den HiAP-Ansatz von anderen, kurzfristigen Formen intersektoraler Zusammenarbeit (Shankardass et al. 2012, 26; Shankardass et al. 2015, 463; Freiler et al. 2013, 1069). Integrierte Ansätze und entsprechende Kooperationsstrukturen sollen dazu beitragen, dass sowohl den Auswirkungen anderer Sektoren auf Gesundheit als auch den Auswirkungen von Gesundheit und Wohlbefinden auf diese Sektoren Rechnung getragen wird (Clavier/Leeuw 2013, 3). Der HiAP-Ansatz soll eine praktische Antwort auf die gegenwärtigen Gesundheitsherausforderungen, z. B. die gesundheitliche Ungleichheit, sein (World Health Organization 2013, 2). Mit seiner Hilfe sollen Gelegenheiten für Gesundheitsförderung erkannt und genutzt werden: „HiAP does not mean doing everything at all times; it is about doing the best possible within the context of political will and resources“ (Ollila et al. 2013, 7).

2.1.1 Implementierung des Health-in-All-Policies-Ansatzes

Noch vor zehn Jahren hieß es bezogen auf die Implementierung intersektoralen Handelns für Gesundheit: „ideas were more easily transferred into rhetoric than practice“ (Ollila 2011, 11). Auf den Bedarf an einer systematischen Auseinandersetzung mit der Initiierung und Implementierung des HiAP-Ansatzes wurde seither mehrfach hingewiesen (Shankardass et al. 2012, 26; Shankardass et al. 2015, 463; Freiler et al. 2013, 1068; Delany et al. 2016, 889). Eine erfolgreiche, d. h. nachhaltige, Verankerung von HiAP erfordert ersten Untersuchungen zufolge Akzeptanz (*acceptability*) und Machbarkeit (*feasibility*) (Shankardass et al. 2015, 465; Freiler et al. 2013, 1069). Akzeptanz steht hierbei für die Bereitschaft, gesundheitsbezogen und intersektoral zusammenzuarbeiten, und Machbarkeit für die Fähigkeit dazu, d. h. die materiellen, personellen und institutionellen Voraussetzungen für die intersektorale Zusammenarbeit

(Shankardass et al. 2015, 465). Als zentrale Strategien für die Implementierung von HiAP gelten das *Agenda Setting* bzw. die Sensibilisierung und der Aufbau von Kapazitäten (*capacity building*) (Shankardass et al. 2015, 465; Freiler et al. 2013, 1068).

Agenda Setting bezeichnet einen Prozess, in dem der Gegenstand politischen Handelns ausgewählt wird. In Bezug auf die Akzeptanz von HiAP heißt dies, dass die beteiligten Akteur*innen Gesundheit als wichtigen Gegenstand bzw. gesundheitliche Ungleichheit als wichtiges Problem und HiAP als adäquaten Lösungsansatz anerkennen (Freiler et al. 2013, 1070). Freiler et al. betonen dabei die Bedeutung der Problemdefinition: „The way in which the problem is defined or framed may contribute to whether a HiAP approach is prioritised by non-health sectors or whether it winds up on their agendas at all“ (Freiler et al. 2013, 1070).

Da die Gesundheitsbezüge für Nicht-Gesundheitsakteur*innen nicht immer klar ersichtlich sind, wird neben einer Kenntnis der Handlungserfordernisse und Wertorientierungen der beteiligten Politikbereiche eine kontinuierliche Sensibilisierung für Gesundheit als wichtig erachtet (Freiler et al. 2013, 1070; Baum et al. 2013, 200–201). Die Sensibilisierung soll das Bewusstsein für die gesundheitlichen Auswirkungen politischer Entscheidungen jenseits des Gesundheitssektors schärfen (Freiler et al. 2013, 1070). Als wichtig werden hierbei Gesundheitsdaten und Methoden wie die Gesundheitsfolgenabschätzung⁴ oder das *Health Equity Impact Assessment*⁵ erachtet (Shankardass et al. 2012, 27; Ollila 2011, 14–15; World Health Organization 2014, 15).

Der Aufbau von Kapazitäten, als zweite zentrale Strategie zur Implementierung von HiAP, zielt einerseits auf den Aufbau von Expertise und andererseits auf den Aufbau institutioneller Ressourcen (Freiler et al. 2013, 1070). Ersteres meint die fachliche Kompetenz, z. B. in der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsfolgenabschätzung, sowie Kompetenzen für die Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen (World Health Organization 2014, 16; Freiler et al. 2013, 1071). Letzteres meint die erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen, den Zugang zu Informationen sowie bestehende administrative Strukturen, z. B. intersektorale Arbeitsgruppen, und Prozesse, z. B. zur Gesundheitsfolgenabschätzung, die die intersektorale Zusammenarbeit unterstützen (World Health Organization 2014, 14–15; Freiler et al. 2013, 1071). Ebenso wie die Sensibilisierung ist auch das *capacity building* als kontinuierlicher Prozess zu verstehen (Freiler et al. 2013, 1070).

⁴ Gesundheitsfolgenabschätzung oder *Health Impact Assessment* ist ein „international etabliertes Instrument zur systematischen Analyse und Bewertung geplanter Vorhaben“ (Mekel 2020, 377) hinsichtlich der zu erwartenden gesundheitlichen Auswirkungen.

⁵ Ein *Health Equity Impact Assessment* ergänzt die Gesundheitsfolgenabschätzung um die Dimension der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Die Entwicklung der nötigen Rahmensetzungen, Mechanismen und Instrumente für eine Berücksichtigung von Gesundheit in allen Politikbereichen erfordert ein hohes Maß an Koordination und partnerschaftlicher Zusammenarbeit. Die Erklärung von Adelaide verweist in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit einer „neue(n) Rolle für den Gesundheitssektor“ (World Health Organization 2010). Neben dem Aufbau von neuen Kompetenzen und neuen Wissensbeständen ist auch das Verständnis für andere Sektoren, deren politische Agenden und sektoralen Traditionen, administrativen Erfordernisse und Rahmenbedingungen von Bedeutung (World Health Organization 2010).

Ollila (2011) beschreibt vier mögliche Herangehensweisen an die intersektorale Zusammenarbeit. Erstens kann Gesundheit als Kern betrachtet und andere Akteur*innen zu einem gesundheitsbezogenen Handeln motiviert werden (Ollila 2011, 13). Zweitens können, im Sinne einer win-win-Strategie, solche Handlungen identifiziert werden, die allen beteiligten Politikbereichen nutzen, z. B. ein gesundes Mittagessen im Bildungsbereich (Ollila 2011, 13). Drittens kann eine systematische Kooperation eingegangen werden, bei der Gesundheitsakteur*innen mit ihren Kompetenzen andere Akteur*innen bei der Erreichung ihrer Ziele unterstützen (Ollila 2011, 14). Viertens können Gesundheitsakteur*innen im Sinne einer Schadensbegrenzung dann auf den Plan treten, wenn eine gesundheitliche Gefährdung eintritt oder zu erwarten ist (Ollila 2011, 14).

Als zentral für die Initiierung und anschließende Implementierung von HiAP gilt darüber hinaus ein politisches Mandat bzw. ein Handlungsauftrag (siehe hierzu Box auf Seite 19). Hierdurch werden Verantwortlichkeiten zwischen den beteiligten Politikbereichen und Handlungsebenen geklärt, Ressourcen zugewiesen sowie Anforderungen an den Prozess formuliert, z. B. durch die Vorgabe einer Gesundheitsfolgenabschätzung (Freiler et al. 2013, 1069–1070). Shankardass et al. ergänzen, dass die Implementierung von HiAP über das initiale Mandat hinaus eine langfristige politische Priorisierung erfordert (Shankardass et al. 2015, 466).

Beispiel: Health in All Policies in South Australia

In South Australia – einem internationalen Vorreiter in der Implementierung von HiAP – war ein politisches Mandat durch den *South Australian Strategic Plan* gegeben, der bei der Entwicklung strategischer Projekte die Anwendung eines HiAP-Ansatzes vorsah (Baum et al. 2014, i140). Für die Implementierung des HiAP-Ansatzes wurde eine eigene Abteilung mit entsprechenden personellen und finanziellen Ressourcen eingerichtet (Baum et al. 2014, i132; Delany et al. 2016, 889). Die sogenannte *HiAP unit* wurde einer Evaluation zufolge nicht nur für ihre Kompetenzen in der Abschätzung von Gesundheitsfolgen, sondern auch in Hinblick auf ihre Fähigkeiten zur Zusammenarbeit geschätzt (Delany et al. 2016, 892). Der Zugang der *HiAP unit* zu den anderen Politikbereichen wurde durch eine enge Zusammenarbeit mit der Abteilung des Premierministers erleichtert und die *HiAP unit* im Vergleich zur übrigen Gesundheitsverwaltung als besonders kooperativ eingeschätzt (Delany et al. 2016, 892).

In South Australia wurde ausgehend von den vier Formen intersektoraler Zusammenarbeit nach Olilla (2014) eine systematische Kooperation angestrebt (Delany et al. 2016, 890). Erleichtert wurde diese durch die Ausrichtung an übergeordneten strategischen Zielen, u. a. durch die Einbettung des HiAP-Ansatzes im *South Australian Strategic Plan* (Delany et al. 2016, 890). Hierdurch konnten der Ressourcenaufwand legitimiert und die Motivation zu intersektoraler Zusammenarbeit erhöht werden (Delany et al. 2016, 893). Zudem kam eine sogenannte *Health Lens Analysis* zur Anwendung, um die Verbindungen zwischen den Politikbereichen und Gesundheit systematisch und kollaborativ zu untersuchen (Baum et al. 2014, i132; Delany et al. 2016, 890). Die *Health Lens Analysis* hat sich einer Evaluation zufolge als hilfreich erwiesen und bei den beteiligten Politikgestalter*innen das Bewusstsein für die Auswirkungen ihrer Tätigkeit auf Gesundheit gestärkt (Baum et al. 2014, i138).

Begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen und eine „persistence of siloed thinking“ (Delany et al. 2016, 894), d. h. eine Ausrichtung an sektoralen Kernaufgaben, stellten nichtsdestotrotz eine Herausforderung dar. Über die strukturellen Voraussetzungen zur Zusammenarbeit hinaus unterstreichen die Erfahrungen aus South Australia, dass Partnerschaften aufgebaut und Vertrauen geschaffen werden müssen (Delany et al. 2016, 893). Für das gegenseitige Verständnis erwies es sich als wichtig, die Arbeit, Ziele und Institutionen der jeweils anderen Sektoren kennenzulernen und soweit möglich auf eine sektorale Fachsprache zu verzichten (Delany et al. 2016, 893).

2.1.2 Health in All Policies auf lokaler Ebene

Neben der Implementierung von HiAP auf der Ebene von National- oder Bundesstaaten erlangt zunehmend auch die Implementierung auf lokaler Ebene, d. h. in Städten und Gemeinden, Beachtung (Guglielmin et al. 2018, 285; Rantala et al. 2014, i92; van Vliet-Brown et al. 2018, 714). Städte und Gemeinden haben aufgrund ihrer Zuständigkeiten, z. B. für Verkehr, Flächennutzungsplanung und Gesundheitsförderung, einen großen Einfluss auf Gesundheit und bieten folglich viele Anknüpfungspunkte für eine Implementierung von HiAP (Guglielmin et al. 2018, 285; Rantala et al. 2014, i93; Larsen et al. 2014, 650). Zudem gelten die Wege zwischen den Fachämtern – insbesondere in kleinen Städten und Gemeinden – als kurz und die Nähe zu den Bewohner*innen als groß, sodass sowohl intersektorales als auch partizipatives Handeln möglich erscheinen (Rantala et al. 2014, i93; Guglielmin et al. 2018, 285; van Vliet-Brown et al. 2018, 714; Hendriks et al. 2015, 53).

Gleichzeitig unterscheidet sich der Handlungskontext von Kommunen von dem anderer Ebenen des politisch-administrativen Systems, sodass die Rahmenbedingungen für eine Implementierung von HiAP andere sind (Guglielmin et al. 2018, 285). Das Wissen darüber, welche Faktoren eine lokale Implementierung unterstützen oder behindern können, ist noch sehr begrenzt (Guglielmin et al. 2018, 291; Rantala et al. 2014, i92–93; van Vliet-Brown et al. 2018, 714). Der im Folgenden dargestellte Forschungsstand basiert auf einzelnen Fallstudien aus

Norwegen (Tallarek et al. 2013; Hagen et al. 2015), Dänemark (Larsen et al. 2014) und den Niederlanden (Hendriks et al. 2015), einer weltweiten Studie der WHO (Rantala et al. 2014) sowie zwei Reviews (Guglielmin et al. 2018; van Vliet-Brown et al. 2018). Die von den Autor*innen identifizierten unterstützenden und hinderlichen Faktoren für eine lokale Implementierung von HiAP werden ausgehend von fünf Schwerpunkten zusammengefasst: (1) gemeinsame Ziele, (2) Rollen und Zuständigkeiten, (3) Kooperationsstrukturen, (4) Anleitung und Instrumente sowie (5) Partizipation und Beteiligung.

HiAP erfordert erstens, dass Akteur*innen außerhalb des Gesundheitssektors sich der gesundheitlichen Bedeutung ihrer Tätigkeit bewusst werden. Gemeinsame Zielsetzungen oder eine geteilte Zukunftsvorstellung gelten dafür als zentral (Guglielmin et al. 2018, 287; Rantala et al. 2014, i99). Andernfalls fehlt der Anreiz zu intersektorialem Handeln (Larsen et al. 2014, 655). Bisherige Erfahrungen deuten jedoch darauf hin, dass es sehr herausfordernd ist, eine über Fach- und Sektorengrenzen hinweg geteilte Zielvorstellung zu etablieren (Guglielmin et al. 2018, 287). Gute Kommunikation und das Verfolgen einer win-win-Strategie (Guglielmin et al. 2018, 288) sowie ein Bewusstsein dafür, dass nicht nur Gesundheit, sondern viele aktuelle Probleme multidimensional sind (Hendriks et al. 2015, 51), können die gemeinsame Zielfindung unterstützen. Gelingt dies nicht, wird der Mehrwert intersektoraler Zusammenarbeit vielerorts nicht erkannt und die Auseinandersetzung mit Gesundheit als zusätzliche Arbeit wahrgenommen, die in Konkurrenz zu anderen Themen und Zielsetzungen steht (Guglielmin et al. 2018, 288; Rantala et al. 2014, i99; van Vliet-Brown et al. 2018, 718). Erschwert wird die gemeinsame Zielfindung – wie schon auf nationaler Ebene – durch eine sektorale Handlungslogik, d.h. die Ausrichtung von Zielen und Budgets an einzelnen Verwaltungseinheiten (Rantala et al. 2014, i99; van Vliet-Brown et al. 2018, 718; Larsen et al. 2014, 654), sowie durch eine hohe Spezialisierung, unterschiedliche Fachkulturen und fachspezifische Arbeitsweisen (Hendriks et al. 2015, 51–52).

Zweitens erfordert die lokale Implementierung von HiAP klare Rollen und Zuständigkeiten (Guglielmin et al. 2018, 288; Rantala et al. 2014, i99). Durch sie sollen die Verantwortungsübernahme und die Identifikation mit dem gemeinsamen Ziel gestärkt werden (Guglielmin et al. 2018, 288). In der bisherigen Praxis intersektoralen Handelns erwies es sich jedoch als schwer, eine geteilte Verantwortungsübernahme für Gesundheit zu erzielen. Vielmehr wurde vielerorts von einer (alleinigen) Zuständigkeit des Gesundheitssektors ausgegangen (Guglielmin et al. 2018, 288; Tallarek et al. 2013, 230). Ein klares Mandat, z. B. durch ein nationales Gesetz oder eine lokale Entwicklungsstrategie, kann intersektorales Handeln auch auf lokaler Ebene legitimieren und unterstützen (Rantala et al. 2014, i98; van Vliet-Brown et al. 2018, 718; Guglielmin et al. 2018, 288; Larsen et al. 2014, 655). Wo die rechtliche Verankerung schwach ausfällt, gelten vor allem politische Unterstützung (Rantala et al. 2014, i97; van Vliet-Brown et al. 2018, 718; Larsen et al. 2014, 654) und „local leadership“ (Guglielmin et al. 2018, 289) als zentral für das Gelingen intersektoraler Zusammenarbeit. Jedoch wirken die Stadt-

und Gemeinderäte sowie die Bürgermeister*innen der WHO-Studie zufolge nur in knapp einem Drittel der Fälle an der Implementierung intersektoralen Handelns mit (Rantala et al. 2014, i95).

Drittens ist der Aufbau von Kooperationsstrukturen angesichts einer Vielzahl von Akteur*innen ein zentraler Schritt in der Implementierung von HiAP auf lokaler Ebene. Neben dem Gesundheitssektor wirken vor allem die Fachbereiche Soziales, Sport und Freizeit, Kultur und Bildung sowie Umwelt, Planen und Wohnen an intersektoralen Handeln auf Gemeindeebene mit (Rantala et al. 2014, i95; van Vliet-Brown et al. 2018, 717–718). Darüber hinaus ist auf lokaler Ebene – anders als auf nationaler Ebene – die Einbeziehung der Zivilgesellschaft bzw. der lokalen Gemeinschaft, z. B. durch Nachbarschaftsvertreter*innen, Sportgruppen und Religionsgemeinschaften, weit verbreitet (Rantala et al. 2014, i95). Auch eine Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen wird mehrfach berichtet (Rantala et al. 2014, i95; Larsen et al. 2014, 655). Wenn die für Gesundheit relevanten Zuständigkeiten auf verschiedene Ebenen des politisch-administrativen Systems aufgeteilt sind, ist darüber hinaus eine vertikale Kooperation, d. h. die Zusammenarbeit mit anderen Ebenen des politisch-administrativen Systems, erforderlich (Rantala et al. 2014, i98). Der WHO-Studie zufolge haben rund drei Viertel der untersuchten Fälle Kooperationsstrukturen, z. B. eine Projektgruppe oder ein Komitee, eingerichtet (Rantala et al. 2014, i96). Auch bestehende Kooperationsstrukturen können intersektorales Handeln unterstützen (Rantala et al. 2014, i98; van Vliet-Brown et al. 2018, 718). Wichtig sind eine offene Kommunikation und die Weitergabe von Informationen (Rantala et al. 2014, i99; van Vliet-Brown et al. 2018, 718; Larsen et al. 2014, 654).

Für eine Implementierung von HiAP in Kommunen erweisen sich viertens konkrete Instrumente und entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten als hilfreich (Guglielmin et al. 2018, 289; Rantala et al. 2014, i98; van Vliet-Brown et al. 2018, 718). Wie schon auf nationaler Ebene beschrieben, kann die Gesundheitsfolgenabschätzung das Bewusstsein der lokalen Akteur*innen für Gesundheit stärken und intersektorale Zusammenarbeit unterstützen (Guglielmin et al. 2018, 289; Rantala et al. 2014, i98). Die konkrete Anwendung des Instruments scheint Kommunen aber vor Herausforderungen zu stellen. Selbst in Norwegen, wo die Gesundheitsfolgenabschätzung gesetzlich vorgeschrieben und Gesundheitsförderung in der Kommune fest verankert ist (siehe hierzu Box auf Seite 23), werden Implementierungsdefizite beobachtet und ein Bedarf an Wissen und dem Aufbau entsprechender Kompetenzen gesehen (Tallarek et al. 2013, 232–233). Auch die Nutzung von gesundheitsbezogenen Indikatoren wird als förderlich betrachtet, wobei jedoch die Umsetzung bisher häufig an einem Mangel an lokalen Gesundheitsdaten, insbesondere zur sozialen Ungleichheit, scheitert (Guglielmin et al. 2018, 290; Tallarek et al. 2013, 230). Zudem sollte die anlassbezogene Anwendung der Gesundheitsfolgenabschätzung nicht mit der strukturellen Implementierung von HiAP gleichgesetzt werden (van Vliet-Brown et al. 2018, 719–720).

Fünftens gilt Partizipation – neben der politischen Unterstützung – als einer der zentralen Faktoren zur Unterstützung intersektoralen Handelns auf lokaler Ebene (Rantala et al. 2014, i97; van Vliet-Brown et al. 2018, 718). In der größeren Bedeutung von Partizipation in der lokalen Implementierung von HiAP sehen Rantala et al. einen wichtigen Unterschied zu der Implementierung von HiAP auf nationale Ebene (Rantala et al. 2014, i100). Lokales Handeln wird als eine Chance für Partnerschaften jenseits des politisch-administrativen Systems, z. B. mit Zivilgesellschaft, Bewohner*innen und der lokalen Wirtschaft, gesehen (Rantala et al. 2014, i97). Eine breite öffentliche Wahrnehmung von Gesundheitsthemen kann dabei das *Agenda Setting* unterstützen und intersektorales Handeln *bottom-up* initiieren (Rantala et al. 2014, i97). Als herausfordernd erweist es sich jedoch, die Beteiligung über einen langen Prozess aufrechtzuerhalten (Larsen et al. 2014, 654).

Beispiel: Kommunale Gesundheitsförderung in Norwegen

In Norwegen haben die Kommunen bereits seit den 1980er Jahren eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung (Tallarek et al. 2013, 228). Seit 2009 sind eine Gesundheitsfolgenabschätzung und kollaborative Planungsansätze zudem im norwegischen Planungsrecht verankert – mit einem kommunalen Masterplan als zentralem Planungsinstrument (Tallarek et al. 2013, 229). Seit 2012 weist der Public Health Act den Kommunen darüber hinaus die Verantwortung für Gesundheitsförderung zu. Dies beinhaltet eine strategische Gesundheitsplanung und Umsetzung eines HiAP-Ansatzes (Hagen et al. 2015, 597; Tallarek et al. 2013, 229).

Der HiAP-Ansatz umfasst dabei die vertikale und horizontale Zusammenarbeit ebenso wie die Zusammenarbeit mit nicht-staatlichen Akteur*innen (Hagen et al. 2015, 598). Um dem hohen Koordinationsaufwand gerecht zu werden, wird die Einstellung lokaler Public Health-Koordinator*innen empfohlen und im Rahmen regionaler Partnerschaften aktiv gefördert (Hagen et al. 2015, 598). Die lokalen Koordinator*innen haben bei der Implementierung von HiAP eine Schlüsselrolle: „Public health coordinators are expected to be driving forces for HiAP at the local level in that they coordinate inter-sectoral work for health and integrate health considerations into municipal planning procedures“ (Tallarek et al. 2013, 233).

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Public Health Act von 2012 hatten etwa drei Viertel der norwegischen Gemeinden eine entsprechende Stelle geschaffen – jedoch in den meisten Fällen in Teilzeit (Hagen et al. 2015, 603). Rund die Hälfte der Koordinator*innen kombiniert diese Tätigkeit mit Aufgaben im Bereich der Gesundheitsversorgung (Tallarek et al. 2013, 231). Etwas mehr als ein Viertel der Koordinator*innen ist unmittelbar der Verwaltungsspitze unterstellt, insbesondere dort, wo eine enge Zusammenarbeit mit nicht-staatlichen Akteur*innen angestrebt wird (Hagen et al. 2015, 603). In rund der Hälfte der Kommunen war der oder die Koordinator*in auch an der Entwicklung eines Masterplans für die Gemeinde beteiligt (Hagen et al. 2015, 603).

2.2 Kommunales Verwaltungshandeln in Deutschland

Deutsche Kommunen⁶ verfügen als eigene Ebene im Verwaltungsaufbau der föderalstaatlichen Ordnung und Träger der im Grundgesetz verankerten kommunalen Selbstverwaltung über vergleichsweise große Gestaltungsspielräume (Bogumil/Holtkamp 2006, 9; Bogumil/Holtkamp 2013, 15). So sichert das Grundgesetz den Kommunen das Recht zu, „alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“ (Art. 28 Abs. 2 GG). Die Kommunen verfügen im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung über Finanz-, Organisations- und Personalhoheit sowie über Planungs-, Satzungs- und Gebietshoheit, jedoch nicht über eine eigene Gesetzgebungskompetenz (Bogumil 2018, 1129; Bogumil/Holtkamp 2013, 16).

Als öffentliche Gebietskörperschaften nehmen die Kommunen vielfältige Versorgungs-, Fürsorge- und Planungsfunktionen wahr (Bogumil/Holtkamp 2006, 9). Hierbei wird unterschieden zwischen den im eigenen Wirkungskreis, d. h. in eigener Verantwortung, übernommenen Selbstverwaltungsangelegenheiten und den im übertragenen Wirkungskreis übernommenen Auftragsangelegenheiten (Bogumil 2018, 1131; Bogumil/Holtkamp 2013, 17). Zu den Auftragsangelegenheiten gehören u. a. das Meldewesen, die Bauaufsicht und das Ordnungsrecht. Bei der Ausgestaltung dieser Aufgaben haben die Kommunen keinen Handlungsspielraum, sondern handeln auf Weisung des Bundes oder der Länder (Bogumil 2018, 1131; Bogumil/Holtkamp 2013, 17).

Bei den im Rahmen der Selbstverwaltung ausgeübten Aufgaben gilt die „Allzuständigkeit des Rates“ (Bogumil/Holtkamp 2013, 17), d. h. die Entscheidungskompetenz liegt bei den gewählten Kommunalvertretungen. Innerhalb der Selbstverwaltungsangelegenheiten werden freiwillige Aufgaben und Pflichtaufgaben unterschieden (Bogumil/Holtkamp 2013, 17). Die größten Handlungsspielräume bestehen bei den freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben. Jedoch werden die tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten insbesondere durch den kommunalen Finanzrahmen und rechtliche Vorgaben von EU, Bund und Ländern eingeschränkt (Bogumil/Holtkamp 2013, 17–18). Bei den pflichtigen Selbstverwaltungsaufgaben sind die Ziele bereits gesetzt, es bestehen jedoch Handlungsspielräume in der Ausgestaltung der Umsetzung (Bogumil/Holtkamp 2013, 18–19). Zu den Pflichtaufgaben zählen u. a. die Bauleitplanung, die Jugendhilfe und die Abfallbeseitigung. Als freiwillige Aufgaben gelten dagegen z. B. die Unterhaltung von Grünflächen, die Einrichtung von Begegnungsstätten für Senior*innen und die Förderung des Vereinswesens (Bogumil 2018, 1131).

Kreisfreie Städte, die i. d. R. mindestens 100.000 Einwohner*innen haben, nehmen alle kommunalen Aufgaben selbst wahr (Bogumil/Holtkamp 2013, 23). Alle anderen Städte und Ge-

⁶ Als Kommune werden in Deutschland sowohl Landkreise und kreisfreie Städte als auch kreisangehörige Städte und Gemeinden bezeichnet (Bogumil/Holtkamp 2006, 9; Bogumil 2018, 1128).

meinden sind Kreisen zugordnet, die einerseits als Gemeindeverbund und andererseits als untere staatliche Verwaltungsbehörde fungieren (Bogumil/Holtkamp 2013, 23). Regelungen dahingehend, welche Aufgaben durch die Landkreise und welche durch die kreisangehörigen Städte und Gemeinden wahrgenommen werden, treffen die Länder (Bogumil/Holtkamp 2013, 17). Abhängig von der Bevölkerungsgröße können kreisangehörige Städte und Gemeinden einen verwaltungsrechtlichen Sonderstatus⁷ erhalten und weitere Aufgaben übertragen bekommen (Bogumil/Holtkamp 2013, 23). Zudem können Kreise, Städte und Gemeinden zur Erfüllung von Aufgaben Zweckverbände gründen, z. B. einen Verkehrsverbund für den ÖV (Bogumil/Holtkamp 2013, 24–25). Die Fach- und Rechtsaufsicht liegt bei den Ländern. Einen Sonderfall stellen hier die Stadtstaaten dar, in denen sich kommunale Kompetenzen und die der Landesebene überschneiden (Bogumil 2018, 1129).

Politik und Verwaltung sind in Deutschland auf kommunaler Ebene weniger stark getrennt als auf Ebene der Länder und des Bundes. Die klassische Gewaltenteilung gilt hier nicht. Vielmehr wird die kommunale Selbstverwaltung in Gänze der Exekutive zugeschrieben (Bogumil/Jann 2020, 247). Die Bürgermeister*innen und Landrät*innen werden seit den 1990er Jahren in allen Bundesländern direkt gewählt (Bogumil/Holtkamp 2013, 30–31). Sie sind in den meisten Bundesländern zugleich Chef*in der Verwaltung und Vorsitzende*r des Rates (Bogumil/Holtkamp 2013, 33). Als hauptamtliche Chef*innen der Verwaltung leiten und organisieren sie das kommunale Verwaltungshandeln. In ihre Zuständigkeit fallen darüber hinaus die im übertragenen Wirkungskreis ausgeübten Auftragsangelegenheiten (Bogumil/Holtkamp 2013, 40). Die ehrenamtlich arbeitenden Kommunalpolitiker*innen in den gewählten Kommunalvertretungen sind demgegenüber ausschließlich für die freiwilligen und pflichtigen Selbstverwaltungsangelegenheiten zuständig. Für die Arbeit der Kommunalvertretungen sind die Ausschüsse von zentraler Bedeutung, in denen alle Entscheidungsvorlagen besprochen werden (Bogumil/Holtkamp 2013, 40–41).

Ausgehend von verschiedenen normativen Staats- und Verwaltungsverständnissen entspricht die kommunale Selbstverwaltung überwiegend dem Verständnis einer hierarchischen Verwaltung (Bogumil/Jann 2020, 264). In der hierarchischen Verwaltung „besteht die zentrale Funktion öffentlicher Organisationen in der Verwirklichung demokratisch definierter politischer Präferenzen“ (Bogumil/Jann 2020, 257). Der Politik kommt hier die Aufgabe der Politikformulierung zu, während die Verwaltung für eine politisch neutrale und professionelle Politikdurchführung verantwortlich ist. Die Verwaltung handelt diesem Verständnis zufolge auf politisch-legitimierte Weisung der Politik (Bogumil/Jann 2020, 257). Aufgaben sind klar abgegrenzt und werden einzelnen Verwaltungseinheiten zugewiesen (Bogumil/Jann 2020, 261). Die kommu-

⁷ In Niedersachsen erhalten Gemeinden mit einer Einwohner*innenzahl von über 30.000 die Stellung einer selbstständigen Gemeinde. Gemeinden mit über 20.000 Einwohner*innen können auf Antrag zu selbstständigen Gemeinden erklärt werden (§ 14 Abs. 3 NKomVG).

nale Selbstverwaltung trägt darüber hinaus Züge einer kooperativen und responsiven Verwaltung (Bogumil/Jann 2020, 265–266). Im kooperativen Verwaltungsverständnis stehen Verhandlung und Interessenausgleich im Vordergrund (Bogumil/Jann 2020, 258). Die Rolle der Verwaltung besteht diesem Verständnis zufolge in der „administrativen Interessenvermittlung, d. h. in der Aggregation und durchaus auch Artikulation gesellschaftlicher Interessen“ (Bogumil/Jann 2020, 258). Die Verwaltung als responsive Dienstleistungsorganisation richtet sich dagegen in erster Linie nach den Wünschen und Bedürfnissen der Bürger*innen (Bogumil/Jann 2020, 258).

Der Aufbau der Kommunalverwaltung wird als „hochgradig arbeitsteilig organisiert und stark hierarchisiert“ (Bogumil/Holtkamp 2013, 42) beschrieben. Die Arbeitsteilung ermöglicht eine fachliche Spezialisierung und erhöht damit i. d. R. die fachliche Kompetenz der einzelnen Verwaltungseinheiten (Bogumil/Jann 2020, 176). Eine hierarchische Organisation unterstützt „eindeutige Strukturen für Kommunikation, Weisungen und Kontrolle“ (Bogumil/Jann 2020, 177) sowie die eindeutige Zuweisung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten. Auch die Abläufe, d. h. die Arbeitsprozesse innerhalb der Verwaltung und die Verfahren, die zur Erfüllung der Aufgaben angewendet werden, sind genau definiert: „Verwaltungshandeln ist also stark regelgebunden und standardisiert“ (Bogumil/Jann 2020, 178).

Mit Ausnahme von Querschnittsämtern, wie dem Personalamt und der Kämmerei, folgt der Verwaltungsaufbau i. d. R. einer fachlich-thematischen Gliederung. Die zentrale Organisationseinheit ist dabei das Amt, z. B. das Stadtplanungsamt (Bogumil/Holtkamp 2013, 42). Im Zuge der Verwaltungsmodernisierung nach dem Neuen Steuerungsmodell werden zunehmend auch andere Organisationsformen, wie z. B. Stabstellen, erprobt (Bogumil/Holtkamp 2013, 43). Mit der Größe der Stadt und der Komplexität der zu übernehmenden Aufgaben steigt tendenziell auch die Ausdifferenzierung der kommunalen Verwaltung. In kleineren Städten und Gemeinden ist die Anzahl der Organisationseinheiten und Hierarchiestufen i. d. R. geringer als in größeren Städten und Gemeinden (Rüdiger 2009, 47). Zudem wird vielfach davon ausgegangen, dass die Abläufe in einer kleinen Verwaltung weniger formalisiert sind und informelle Kontakte angesichts der insgesamt geringeren Anzahl an Beschäftigten ein größeres Gewicht haben (Rüdiger 2009, 59).

Im Rahmen dieser Arbeit ist vor allem das kommunale Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung von Interesse. Deshalb werden im Folgenden die Handlungsmöglichkeiten in der räumlichen Planung und im ÖGD weiter ausgeführt.

2.2.1 Kommunale Handlungsmöglichkeiten in der räumlichen Planung

Räumliche Planung bezeichnet die „öffentliche Planung von Raum- und Stadtentwicklungen sowie von Infrastrukturvorhaben“ (Fürst 2018, 1712). Sie umfasst sowohl die als überfachlich verstandene räumliche Gesamtplanung als auch sektoral ausgerichtete raumbedeutsame

Fachplanungen, wie die Verkehrsplanung (Danielzyk/Münter 2018, 1937). Während die Fachplanungen auf Grundlage eigener Fachgesetze sektoral definierte Aufgaben lösen und dabei Raum in Anspruch nehmen (Danielzyk/Münter 2018, 1937), zielt die räumliche Gesamtplanung auf die „Koordination unterschiedlicher und teils konkurrierender (Flächen-)Nutzungsansprüche im Raum“ (Danielzyk/Münter 2018, 1932).

Der föderalen Struktur Deutschlands folgend werden verschiedene Planungsebenen unterschieden. Für die räumliche Gesamtplanung sind dies die Bundesraumordnung, die Landesplanung und die Regionalplanung⁸ auf überörtlicher sowie die Orts- bzw. Stadtplanung auf lokaler Ebene (Danielzyk/Münter 2018, 1932). Die Orts- bzw. Stadtplanung fällt unter die kommunale Selbstverwaltung und wird von den Städten und Gemeinden in eigener Verantwortung ausgeübt (Danielzyk/Münter 2018, 1936). Im Gegensatz zum ÖGD, dessen kommunale Ebene in den Kreisen und kreisfreien Städten angesiedelt ist, werden in der räumlichen Planung auch die kreisangehörigen Städte und Gemeinden in eigener Verantwortung tätig.

Auf überörtlicher Ebene sind Handlungsmöglichkeiten für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung vor allem im Rahmen der im Raumordnungsrecht verankerten Daseinsvorsorge gegeben. Als Leitvorstellung gilt eine „nachhaltige Raumentwicklung, die (...) zu einer dauerhaften, großräumig ausgewogenen Ordnung mit gleichwertigen Lebensverhältnissen in den Teilräumen führt“ (§ 1 Abs. 2 ROG). Daseinsvorsorge steht in diesem Zusammenhang dafür, dass alle Bürger*innen unabhängig von der Lage ihres Wohnorts durch einen Zugang zu technischen und sozialen Infrastrukturen die Chance auf Teilhabe und Selbstentfaltung haben (Baumgart et al. 2018, 12). Die normative Grundlage für die Sicherung der Daseinsvorsorge bildet das Sozialstaatsprinzip, d. h. die Ausrichtung staatlichen Handelns an sozialer Gerechtigkeit (Stielike 2018, 62–64). Die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse gilt dabei als „Konkretisierung des Sozialstaatsziels in räumlicher Hinsicht“ (Stielike 2018, 68). Mit der Verteilungsgerechtigkeit und der Chancengerechtigkeit stehen sich zwei Gerechtigkeitsbegriffe gegenüber: Während die Verteilungsgerechtigkeit auf eine gerechte Verteilung von Nutzen und Lasten in einer Gesellschaft zielt, zielt die Chancengerechtigkeit auf eine gerechte Verteilung der Lebenschancen (Stielike 2018, 64). Auf die Daseinsvorsorge übertragen zielt die Verteilungsgerechtigkeit auf den gerechten Zugang zu Angeboten der Daseinsvorsorge und die Chancengerechtigkeit auf eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen und Vulnerabilitäten (Stielike 2018, 59).

Welche Versorgungsbereiche letztlich zur Daseinsvorsorge hinzuzählen, ist nicht abschließend definiert und immer wieder Gegenstand von Diskussionen (Neu 2009, 10). Die Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat

⁸ Im Land Niedersachsen obliegt die Verantwortung für die Regionalplanung den Landkreisen, deren maßgebendes Instrument in Niedersachsen die regionalen Raumordnungsprogramme (RROP) sind.

legt ein breites Verständnis von Daseinsvorsorge nahe. Neben den technischen Infrastrukturen, z. B. zur Energie- und Wasserversorgung, Breitband- und Mobilfunknetzen sowie Mobilitätsangeboten, betont die Kommission u. a. die Bedeutung der sozialen Daseinsvorsorge. Hierzu werden Einrichtungen der medizinischen Versorgung ebenso gezählt wie Kindertagesstätten, Schulen, Kultureinrichtungen, Dorfgemeinschaftshäuser, Sport- und Spielplätze sowie Einkaufsmöglichkeiten (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat 2019, 12). Der Zusammenhang zwischen Daseinsvorsorge und Gesundheit liegt bei der ärztlichen Versorgung auf der Hand. So ist die Qualität und Quantität der möglichst wohnortnahen Haus- und Fachärzt*innenversorgung ein wichtiger Einflussfaktor auf Gesundheit und deren Sicherstellung „eine Kernaufgabe kommunaler Daseinsvorsorge“ (Hornberg/Pauli 2014, 21). Über die ärztliche Versorgung hinaus werden aber auch andere gesundheitlich relevante Aspekte der Daseinsvorsorge zugeschrieben, z. B. die Verfügbarkeit von bezahlbarem Wohnraum, der Zugang zu Grünräumen, die Qualität der gebauten Umwelt, die Erreichbarkeit von Bildungsangeboten sowie die Möglichkeit zu sozialen Kontakten (Hornberg/Pauli 2014, 20–21).

Auf lokaler Ebene, d. h. in den Städten und Gemeinden, sind Handlungsmöglichkeiten für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung u. a. im Rahmen der Bauleitplanung gegeben. Eine wichtige Grundlage für die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange wird durch die Planungsgrundsätze und Planungsleitlinien im Baugesetzbuch (BauGB) geschaffen. Die Planungsgrundsätze der Bauleitplanung fordern „eine nachhaltige städtebauliche Entwicklung, die die sozialen, wirtschaftlichen und umweltschützenden Anforderungen auch in Verantwortung gegenüber künftigen Generationen miteinander in Einklang bringt“ (§ 1 Abs. 5 S. 1 BauGB). Zudem sollen die Bauleitpläne einen Beitrag dazu leisten, „eine menschenwürdige Umwelt zu sichern“ (§ 1 Abs. 5 S. 2 BauGB). In den Planungsleitlinien wird an erster Stelle die Berücksichtigung der „allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse“ (§ 1 Abs. 6 Nr. 1 BauGB) gefordert. Ein Plan, der diesen Anforderungen nicht genügt, d. h. von dem eine Gefährdung der gesunden Wohn- und Arbeitsverhältnisse ausgeht, wäre damit nicht zulässig (Löhr 2012, 40). Weitere Anknüpfungspunkte für Gesundheit ergeben sich aus den ebenfalls unter die Planungsleitlinien fallenden „sozialen und kulturellen Bedürfnisse(n) der Bevölkerung“ (§ 1 Abs. 6 Nr. 3 BauGB) sowie aus den an gleicher Stelle genannten gesundheitsrelevanten Belangen von Sport, Freizeit und Erholung (Löhr 2012, 40).

Explizite Erwähnung findet die Gesundheit darüber hinaus im Zusammenhang mit den Belangen des Umweltschutzes, wo insbesondere die „umweltbezogene(n) Auswirkungen auf den Menschen und seine Gesundheit sowie die Bevölkerung insgesamt“ (§ 1 Abs. 6 Nr. 7c BauGB) zu berücksichtigen sind. Die auf europäisches Recht zurückgehende Formulierung zielt vor allem auf den Schutz vor Lärm, elektromagnetischer Strahlung, Geruch sowie Verunreinigungen von Luft und Boden (siehe hierzu auch Kapitel 3.1.1). Sie bezieht im Kontext der Innenentwicklung aber auch die Auswirkungen klimatischer Veränderungen, wie Starkregen und Hitzewellen, und Erholungsmöglichkeiten ein (Löhr 2012, 41). Die Belange sind im Zuge der Aufstellung von Bauleitplänen vollständig zu ermitteln, zu gewichten und der Abwägung nach § 1 Abs. 7

BauGB zuzuführen, wobei weder für die Gesundheitsförderung noch für einen anderen Belang, z. B. den Umweltschutz oder die wirtschaftliche Entwicklung, ein Vorrang formuliert werden kann (Löhr 2012, 42). Gesundheit ist im Kontext der kommunalen Bauleitplanung folglich nur ein Belang unter vielen (Köckler/Fehr 2018, 84–85). Jedoch sind sowohl eine nachhaltige Entwicklung als auch eine menschenwürdige Umwelt Löhr zufolge kaum vorstellbar, ohne dass sie die menschliche Gesundheit fördern oder zumindest nicht belasten (Löhr 2012, 39). Eine explizite Definition dessen, was als menschliche Gesundheit zu erachten ist, wird in den für das öffentliche Baurecht maßgebenden Gesetzestexten jedoch nicht vorgenommen (Löhr 2012, 38). Anders als im Umweltschutz fehlt in der Gesundheitspolitik bisher eine Diskussion darüber, wann eine hinreichende Berücksichtigung gesundheitlicher Belange gegeben ist (Löhr 2012, 42).

Jenseits der formellen Bauleitplanung bietet vor allem die integrierte Stadtentwicklung Anknüpfungspunkte für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung. Die integrierte Stadtentwicklung zielt auf die „Koordination zentraler städtischer Politikfelder in räumlicher, sachlicher und zeitlicher Hinsicht“ (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit 2007) und die Einbeziehung der dafür relevanten Akteur*innen. Gefördert wird sie insbesondere im Rahmen der Städtebauförderung, die an die Erstellung integrierter Stadtentwicklungs- und Quartierskonzepte geknüpft ist (Beckmann 2018, 1066). Solche informellen Konzepte bieten gute Möglichkeiten, gesundheitsbezogene Datengrundlagen zu berücksichtigen und gesundheitsbezogene Zielsetzungen zu verankern (Baumgart/Kistemann 2018, 260–261). Aufgrund der offenen Prozessgestaltung eignen sie sich besonders für die Zusammenarbeit zwischen „Akteuren mit unterschiedlichen Handlungsrationitäten“ (Baumgart/Kistemann 2018, 262).

2.2.2 Kommunale Handlungsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Deutschland umfasst auf Bundesebene das Bundesgesundheitsministerium sowie Bundeseinrichtungen wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Robert Koch-Institut. Auf Landesebene zählen die entsprechenden Landesministerien und Landesämter zum ÖGD. Die kommunale Ebene des ÖGD bilden die Gesundheitsämter (Reisig/Kuhn 2018, 672). Die Gesundheitsämter, teils auch als Fachdienst Gesundheit bezeichnet, sind dabei i. d. R. in den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten angesiedelt (Plümer 2018, 35). Die Landkreise und kreisfreien Städte im Land Niedersachsen werden überwiegend im eigenen Wirkungskreis tätig (§ 2 Abs. 1 S. 2 NGöGD). Einzelne Tätigkeitsbereiche, z. B. der Infektionsschutz, sind jedoch dem übertragenen Wirkungskreis zugeordnet (§ 3 Abs. 1 S. 3 NGöGD). Im Land Bremen sind die Gesundheitsämter in den Stadtgemeinden angesiedelt. Hier werden vor allem Aufgaben zur Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe und AIDS-Beratung im eigenen Wirkungskreis ausgeübt (§ 4 Abs. 2 ÖGDG Bremen).

Kernaufgaben des ÖGD sind einem aktuellen Leitbild⁹ zufolge neben dem Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung auch die Koordination, Kommunikation und Politikberatung, z. B. durch Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung und Gesundheitskonferenzen (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen 2017). Da Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune „multidisziplinäre Unterfangen sind, an denen möglichst viele verschiedene gesellschaftliche Teilsysteme und Akteure beteiligt werden sollen“ (Süß/Trojan 2018, 157), werden zunehmend kooperative Ansätze verfolgt. Oftmals stehen diese partnerschaftlichen und partizipativen Ansätze jedoch neben hoheitlichen Kontroll- und Überwachungsaufgaben, z. B. im Bereich Infektionsschutz und Hygiene (Reisig/Kuhn 2018, 673). Die Konkretisierung der Aufgaben obliegt der entsprechenden Landesgesetzgebung. Im Folgenden stehen ausgehend von der Untersuchungsregion die Länder Niedersachsen und Bremen im Vordergrund.

Der Schutz vor gesundheitsschädigenden Umwelteinflüssen findet sich im Niedersächsischen Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) wie folgt wieder: „Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten, untersuchen und bewerten Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden, die auf Umwelteinflüssen beruhen und wirken auf deren Verhütung und Beseitigung hin“ (§ 6 NGöGD). Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) im Land Bremen setzt neben dem Schutz vor schädigenden Umwelteinflüssen auf eine „gesundheitsgerechte Gestaltung der Umwelt- und Lebensbedingungen“ (§ 20 Abs. 1 ÖGDG Bremen). Das Bremische ÖGDG sieht explizit eine Mitwirkung der Gesundheitsämter an räumlichen Planungen dahingehend vor, dass gesundheitliche Gefahren vermieden, vermindert oder beseitigt werden. Der ÖGD kann dabei „auch ohne Ersuchen der zuständigen Behörde tätig werden“ (§ 20 Abs. 2 ÖGDG Bremen). An Verfahren zur gesetzlich vorgeschriebenen Umweltverträglichkeitsprüfung beteiligt sich der ÖGD im Land Bremen durch eine Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit (§ 20 Abs. 3 ÖGDG Bremen). Im NGöGD wird eine Mitwirkung der Gesundheitsämter an Planungs- und Genehmigungsverfahren nicht explizit angesprochen.

Hinsichtlich von Prävention und Gesundheitsförderung heißt es im NGöGD: „Die Landkreise und kreisfreien Städte veranlassen, unterstützen und koordinieren präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen; sie können diese auch selbst durchführen“ (§ 4 Abs. 1 S. 1 NGöGD). Besonders hervorgehoben wird die zielgruppen- und lebensraumbezogene Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (§ 5 Abs. 1 NGöGD). Hierzu werden insbesondere die Schuleingangsuntersuchungen (§ 5 Abs. 2 NGöGD) und die Zahngesundheitspflege (§ 5 Abs. 3 NGöGD) gezählt. Während im NGöGD mit „Information, Beratung und Aufklärung“

⁹ Das Leitbild „Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Public Health vor Ort“ wurde von der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen auf Basis eines Beschlusses der 89. Gesundheitsministerkonferenz 2016 erarbeitet. Auf der 91. Gesundheitsministerkonferenz 2018 empfahlen die Ministerinnen und Minister sowie Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder das Leitbild allen Akteur*innen des ÖGD für die eigene Ausrichtung (Gesundheitsministerkonferenz 2018).

(§ 4 Abs. 1 S. 2 NGöGD) vor allem Maßnahmen benannt werden, die das individuelle Verhalten adressieren, umfasst das Bremische ÖGDG mit der „Förderung gesunder Lebens- und Umweltbedingungen“ (§ 13 Abs. 1 ÖGDG Bremen) explizit auch eine verhältnisbezogene Gesundheitsförderung. Neben einer stadtteilorientierten Kinder- und Jugendgesundheitspflege (§ 14 Abs. 2 ÖGDG Bremen) sind im Land Bremen auch Aufgaben im Gesetz verankert, die ältere Menschen betreffen. Angebote der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie aus dem sozialen Bereich sollen aufeinander abgestimmt werden, um „gesundheitlich beeinträchtigte ältere Menschen zu befähigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben“ (§ 16 Abs. 1 ÖGDG Bremen).

Als wichtiges gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument gilt die Gesundheitsberichterstattung, die den Auftrag hat, „Politik und Öffentlichkeit über Gesundheit, Krankheit, Gesundheitsrisiken und Sterbegeschehen einer räumlich und zeitlich definierten Bevölkerung zu informieren“ (Starke et al. 2017, 4). Neben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden auch auf Ebene der Länder und der Kommunen Gesundheitsberichte verfasst, in denen „Daten und Informationen zielgruppenbezogen und geschlechterspezifisch dargestellt und bewertet (werden)“ (§ 8 Abs. 1 S. 2 NGöGD). Neben dem Landesgesundheitsbericht verfassen im Land Niedersachsen die Landkreise und kreisfreien Städte kommunale Gesundheitsberichte (§ 8 Abs. 2 und 4 NGöGD). Im Land Bremen wird der Landesgesundheitsbericht durch Jahresgesundheitsberichte der Gesundheitsämter der Stadtgemeinden ergänzt (§ 9 Abs. 2 und § 10 Abs. 1 ÖGDG Bremen).

Beide Bundesländer beschreiben zudem die Koordination und Unterstützung von Aktivitäten anderer im Bereich der Gesundheitsförderung tätiger Organisationen und Gruppen als Aufgabe des ÖGD (§ 4 Abs. 1 NGöGD; § 13 Abs. 2 Nr. 1–2 ÖGDG Bremen). Kommunale Gesundheitskonferenzen sind in Niedersachsen und Bremen jedoch nicht gesetzlich verankert. Das Land Niedersachsen fördert allerdings seit 2014 eine gesundheitsbezogene Vernetzung und Koordination auf regionaler Ebene im Rahmen von Gesundheitsregionen. Die Gesundheitsregionen zielen auf eine Vernetzung der Akteur*innen des Gesundheitswesens sowie anderer Bereiche der Daseinsvorsorge. Angesiedelt sind sie auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte. Gefördert werden sowohl der Strukturaufbau, z. B. einer regionalen Steuerungsrunde und einer Gesundheitskonferenz, als auch die Umsetzung konkreter Projekte, die die Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung in der Region stärken (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen 2014, 6–8).

Um bestehende Angebote und Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Zusammenarbeit verschiedener Akteur*innen und deren abgestimmtes und arbeitsteiliges Handeln „zu einer integrierten kommunalen Infrastruktur weiterzuentwickeln“ (Richter-Kornweitz et al. 2018, 809), findet in Niedersachsen außerdem der Ansatz der Präventionsketten Anwendung. Charakteristisch für den Ansatz ist eine Lebensphasenorientierung, d. h. der

Anspruch, dass Angebote für unterschiedliche Altersgruppen und Lebensphasen ineinandergreifen und den Übergang zwischen diesen Lebensphasen erleichtern (Richter-Kornweitz et al. 2018, 810–811). Ein räumlicher Bezug ist möglich, steht – anders als beim in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg erprobten Fachplan Gesundheit¹⁰ – aber nicht im Vordergrund (Richter-Kornweitz et al. 2018, 813). Im Land Niedersachsen werden Kommunen noch bis 2022 beim Aufbau von Präventionsketten für das gesunde Aufwachsen unterstützt (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen o.J.).

Weitere Handlungsmöglichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune ergeben sich aus dem 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Das Gesetz ändert die im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen dahingehend, dass Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufgenommen und Krankenkassen zu solchen Leistungen verpflichtet werden. Kommunen sind neben Kita, Schule und Arbeitsplatz eine der möglichen Lebenswelten, innerhalb der die Krankenkassen mindestens 2 Euro je versicherte Person und Jahr für Prävention und Gesundheitsförderung einsetzen sollen (Rauland et al. 2018, 241).

2.3 Strukturelle und prozessuale Voraussetzungen für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung in Deutschland

Ausgehend von der Annahme, dass eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung nicht nur durch die Inhalte, sondern auch durch die institutionellen Strukturen und Prozesse geprägt ist, wurden in diesem Kapitel zunächst die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und der Health-in-All-Policies-Ansatz vorgestellt. Anschließend wurden die rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen für kommunales Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung in Deutschland dargestellt. Hierbei standen die kommunalen Handlungsmöglichkeiten in der räumlichen Planung und im ÖGD im Vordergrund. Auf dieser Basis sollen nun die strukturellen und prozessualen Voraussetzungen für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung in Deutschland eingeschätzt werden.

Gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung ist auch in Deutschland eine „Querschnittsaufgabe, die unterschiedliche Themen und damit unterschiedliche Ressorts der Kommunalverwaltung betrifft“ (Böhme et al. 2018, 136). Sie erfordert die themen- und ressortübergreifende Zusammenarbeit – insbesondere zwischen der räumlichen Planung und der Gesund-

¹⁰ Als sektorales Planungsinstrument hat der Fachplan Gesundheit eine strategisch-räumliche Ausrichtung. Der Fachplan soll Ziele und Maßnahmen formulieren und diese räumlich darstellen, um so u. a. eine Integration gesundheitsbezogener Zielsetzungen in die räumliche Planung und Entwicklung zu erleichtern (Baumgart/Dilger 2018, 201–202).

heitsförderung, aber auch mit den für Umwelt, Sport, Bildung und Soziales zuständigen Ämtern (Böhme et al. 2018, 137). Eine solche Zusammenarbeit erfordert – ähnlich wie die internationalen Erfahrungen zur Implementierung von HiAP zeigen – Strukturen, wie z. B. ämterübergreifende Arbeitsgruppen. In kleineren Städten und Gemeinden kann eine Zusammenarbeit auch auf dem sogenannten kurzen Weg zwischen Kolleg*innen realisiert werden. Bezogen auf kreisangehörige Städte und Gemeinden ist – insbesondere in Hinblick auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst – die Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen Kreis und Gemeinde zu berücksichtigen (Böhme et al. 2018, 137–138).

Neben dem unmittelbaren Austausch zwischen den Kommunalvertreter*innen der unterschiedlichen Ressorts ist die Einbeziehung sektoraler Handlungsfelder und Fachplanungen in die räumliche Gesamtplanung, z. B. im Rahmen der Stadt- und Gemeindeentwicklungsplanung, von Bedeutung (Böhme et al. 2018, 138). Für die Einbeziehung von Gesundheit im Rahmen der räumlichen Planung geben u. a. die Daseinsvorsorge auf überörtlicher und die Bauleitplanung auf lokaler Ebene wichtige Anhaltspunkte (siehe Kapitel 2.2.1). Ausgehend von der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in der Raumordnung sowie einer nachhaltigen städtebaulichen Entwicklung und Sicherung einer menschenwürdigen Umwelt in der Bauleitplanung sind wichtige Voraussetzungen für eine Anerkennung von Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns in der räumlichen Planung gegeben. Mit Ansätzen wie Gesundheitsregionen und Präventionsketten sind auch im ÖGD Instrumente vorhanden, die eine raumbezogene Betrachtung von Gesundheit und eine Einbeziehung verschiedener Akteur*innen zumindest auf freiwilliger Basis ermöglichen (siehe Kapitel 2.2.2).

Besondere Aufmerksamkeit erlangt in der gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung auch in Deutschland die Zusammenarbeit mit Akteur*innen außerhalb von Politik und Verwaltung (Böhme et al. 2018, 137). Einen hohen Stellenwert hat dabei – sowohl aus Sicht der Gesundheitsförderung als auch aus Sicht der räumlichen Planung – die Beteiligung von Bewohner*innen. Die Ausrichtung und das Verständnis von Beteiligung ist jedoch in den beiden Disziplinen nicht identisch (Quilling/Köckler 2018, 102). Beteiligung bzw. Partizipation bezeichnet zunächst einmal eine Mitwirkung an Entscheidungs- und Entwicklungsprozessen (Sieber 2017, 62). In der räumlichen Planung dient Beteiligung u. a. dazu, die Wissensbasis in Planungsprozessen auszuweiten, Entscheidungen zu legitimieren und die Akzeptanz für Entscheidungen und deren Umsetzung zu steigern (Quilling/Köckler 2018, 107). In der Gesundheitsförderung zielt Beteiligung dagegen auf eine Befähigung bzw. ein *Empowerment*. Gemeint ist hiermit die Stärkung individueller und gemeinschaftlicher Ressourcen sowie die Entwicklung von Fähigkeiten zu selbstbestimmtem Handeln (Quilling/Köckler 2018, 103; Sieber 2017, 55). Mit Beteiligung geht in der Gesundheitsförderung eine gezielte Einbeziehung benachteiligter Bevölkerungsgruppen einher (Quilling/Köckler 2018, 103). Beteiligung in der räumlichen Planung beinhaltet hingegen, insbesondere in formellen Verfahren, keine gezielte Ansprache einzelner Bevölkerungsgruppen. Im Sinne einer Öffentlichkeitsbeteiligung sind i. d. R. alle Bewohner*innen einer Stadt oder Gemeinde bzw. des zu beplanenden Gebiets angesprochen. Belange im

Zuge dieser Verfahren erfolgreich einzubringen setzt jedoch Kompetenzen voraus, über die oft nur entsprechend gebildete Bevölkerungsgruppen verfügen (Quilling/Köckler 2018, 108–109). Die selektive Beteiligung dieser Bevölkerungsgruppen führt zu einer „selektiven Vertretung von Interessen“ (Quilling/Köckler 2018, 109).

Intersektorales und partizipatives Verwaltungshandeln in einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung sieht sich vergleichbar mit den internationalen Erfahrungen zur Implementierung von HiAP auch in Deutschland einigen Hemmnissen und Hürden gegenüber. So ist schon eine gleichberechtigte ressortübergreifende Zusammenarbeit „aufgrund teilweise konkurrierender Interessenslagen und unterschiedlicher politischer Aufträge keine Selbstverständlichkeit“ (Böhme et al. 2018, 140). Die sektorale Organisationsstruktur der Verwaltung (siehe Kapitel 2.2) bringt die Ämter in Konkurrenz um Mittel, Personal und politische Aufmerksamkeit und fördert das Unwissen über Aufgaben, Ziele und Instrumente der jeweils anderen Ämter (Böhme et al. 2018, 140). Zudem können fachspezifische Herangehensweisen die Zusammenarbeit erschweren. Während die räumliche Planung in erster Linie einen räumlichen Zugang wählt, geht Gesundheitsförderung häufig zielgruppen- bzw. adressatenspezifisch vor (Böhme et al. 2018, 140). Die Einbeziehung von Akteur*innen außerhalb von Politik und Verwaltung scheidet häufig an mangelnder Erfahrung und Qualifikation, z. B. hinsichtlich der Bürger*innen- und Akteur*innenbeteiligung (Böhme et al. 2018, 141). Zusätzliche Hürden stellen ein Mangel an finanziellen Ressourcen und personellen Kapazitäten sowie eine hohe Auslastung von Verwaltungsmitarbeiter*innen mit sektoralen Kernaufgaben dar (Böhme et al. 2018, 141). Darüber hinaus fehlt es oft an einer „Kultur der Anerkennung“ (Böhme et al. 2018, 141) bezogen auf die jeweils anderen Fachkompetenzen und in der Folge an einer „Kommunikation auf Augenhöhe“ (Böhme et al. 2018, 141).

Für die fach- und sektorenspezifischen sowie die institutionell verankerten Denk- und Handlungsweisen ein besseres Verständnis zu erlangen, ist eines der Ziele dieser Arbeit. Nachdem in diesem Kapitel zunächst die Ausgestaltung der Prozesse einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung und deren strukturellen Voraussetzungen im Vordergrund standen, folgt in Kapitel 3 ausgehend von vier möglichen Handlungsfeldern die Auseinandersetzung mit normativen Leitbildern und Interventionsansätzen einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung.

3 Handlungsfelder einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung

Gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung kann sich im Sinne des Gesundheitsschutzes auf die Reduzierung gesundheitlicher Risiken in der Umwelt konzentrieren oder im Sinne der Gesundheitsförderung auf die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen abzielen. Im Vordergrund stehen Fabian et al. zufolge entweder die Belastungen, die vom Wohnumfeld oder Quartier ausgehen, und die Maßnahmen, die geeignet sind, diese Belastungen zu reduzieren. Oder es steht die Frage im Vordergrund, „was Menschen brauchen, um gesund zu bleiben oder um ihre Gesundheit zu entwickeln und welche Rolle und Aufgaben dabei einem Quartier zukommen könnten“ (Fabian et al. 2017, 9).

Die unterschiedlichen Handlungsansätze basieren auf unterschiedlichen Gesundheitsverständnissen. Der letztgenannte knüpft an die sogenannte Salutogenese an, die auf einen Prozess der Gesunderhaltung zielt und sich mit dem auseinandersetzt, was gesund macht bzw. gesund erhält. Sie beruht auf der Annahme, dass Menschen sich zu jedem Zeitpunkt ihres Lebens auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bewegen (Antonovsky 1997, 22–23; Antonovsky 1996, 13–14) und zielt darauf, zu verstehen, wie der Mensch seine Position auf diesem Kontinuum trotz der Einwirkung von als Stressoren bezeichneten Risikofaktoren halten oder verbessern kann (Antonovsky 1996, 14). In Abgrenzung von einer pathogenetischen Orientierung, die Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit betrachtet und die Entstehung von Krankheit auf unterschiedliche Krankheitserreger und Risikofaktoren zurückführt, sucht die Salutogenese nach den Faktoren, „die zu einer Bewegung in Richtung auf das gesunde Ende des Kontinuums beitragen“ (Antonovsky 1997, 24–25).

Abbildung 2 stellt dar, wie beide Perspektiven einander ergänzen. Ausgehend von der pathogenetischen Perspektive stehen Krankheit und gesundheitliche Risiken im Vordergrund, wohingegen ausgehend von der salutogenetischen Perspektive Gesundheit und gesundheitliche Ressourcen im Vordergrund stehen. Zudem unterscheidet die Abbildung zwischen Ansätzen, die das Individuum adressieren und solchen, die die Umwelt adressieren (Bauer et al. 2006, 154–155). Die Gesundheitsförderung folgt einer salutogenetischen Perspektive und ist auf individuelle Gesunderhaltung und die Stärkung umweltbezogener Ressourcen ausgerichtet. Die Prävention folgt einer pathogenetischen Sichtweise und ist auf individuelle Risikofaktoren ausgerichtet. Sie wird ergänzt durch einen ebenfalls von der pathogenetischen Sichtweise geprägten Gesundheitsschutz, der umweltbezogene Risikofaktoren adressiert, und einen auf individuelle Erkrankungen ausgerichteten kurativen Ansatz der Gesundheitsversorgung (Bauer et al. 2006, 156).

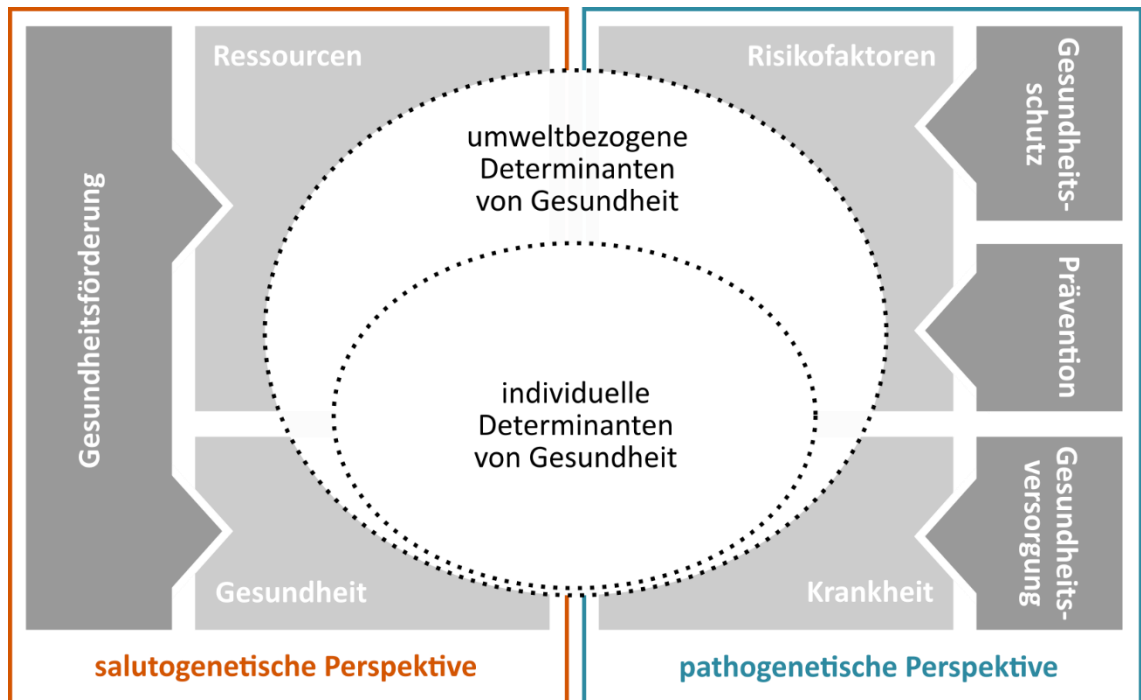


Abbildung 2: Unterscheidung zwischen der salutogenetischen und der pathogenetischen Perspektive auf Gesundheit (eigene, vereinfachte Darstellung nach Bauer et al. 2006, 155)

Die Unterscheidung zwischen individuellen und umweltbezogenen Ansätzen wird auch durch die Begrifflichkeiten der Verhaltens- und der Verhältnisprävention unterstrichen. Während die am Individuum orientierte Verhaltensprävention versucht, durch Aufklärung, Beratung und Anreize das individuelle Verhalten in eine gesundheitsförderliche Richtung zu lenken, setzt die an der Umwelt orientierte Verhältnisprävention auf die Reduzierung gesundheitlicher Risiken in der Umwelt und die Schaffung gesundheitsfördernder Wohn- und Arbeitsumgebungen (Bär 2015, 27). Einem humanökologischen Zugang folgend steht bei der Verhältnisprävention das Wechselspiel zwischen Mensch und Umwelt und damit die „Umweltgebundenheit menschlicher Gesundheit“ (Albrecht et al. 2014, 17) im Vordergrund. Von der physischen, biologischen und sozialen Umwelt gehen, diesem Verständnis zufolge, sowohl potenziell schädigende als auch schützende Einflüsse auf die menschliche Gesundheit aus (Albrecht et al. 2014, 17).

Zusätzlich kann gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung eine bevölkerungsbezogene Sichtweise einnehmen, die nicht nach den Faktoren sucht, die das Individuum krank oder gesund machen, sondern nach den Ursachen einer ungleichen Verteilung von Krankheit und Wohlbefinden zwischen Bevölkerungsgruppen (Corburn 2009, 97). Anstelle der Einflussfaktoren auf Gesundheit steht hier die Verteilung von Gesundheit bzw. von Gesundheitschancen im Vordergrund. Als problematisch gilt – ausgehend von der gesundheitspolitischen Zielsetzung der *health equity* bzw. gesundheitlichen Chancengleichheit – eine sozial ungleiche Verteilung negativer – und auch positiver – Einflüsse auf die Gesundheit (Commission on Social Determinants of Health 2008, 26; Weltgesundheitsorganisation 2019).

In diesem Kapitel werden ausgewählte Handlungsfelder einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung näher beleuchtet. Mit dem umweltbezogenen Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten werden zwei Handlungsfelder vorgestellt, in denen der Umgang mit Gesundheit explizit im Vordergrund steht. Mit der altersgerechten Kommunalentwicklung und der kommunalen Rad- und Fußverkehrsförderung werden darüber hinaus zwei Handlungsfelder aufgegriffen, die für einen querschnittsorientierten Umgang mit Gesundheit stehen. Für jedes der Handlungsfelder wird ausgeführt, welche normativen Leitbilder verfolgt werden und welche Interventionsansätze dabei zur Anwendung kommen. Zwei internationale Fallbeispiele illustrieren eine mögliche Umsetzung.

3.1 Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Berechnungen der WHO zufolge sind weltweit 23 % der Todesfälle bzw. 22 % der sogenannten *disability-adjusted life years* (DALY), die den Verlust gesunder Lebensjahre aufgrund von Tod oder Behinderung angeben, umweltbezogenen Gesundheitsgefährdungen zuzuschreiben (Prüss-Ustün et al. 2016, 86). Als umweltbezogene Gesundheitsgefährdungen gelten dabei physikalische, chemische und biologische Faktoren, wobei der Fokus auf veränderbaren Umwelttrisiken, z. B. Luftverschmutzung, Lärm, sowie auf der gebauten Umwelt und der Arbeitsumgebung liegt (Prüss-Ustün et al. 2016, 3). Insgesamt ging die Zahl der umweltbedingten Todesfälle zwischen 2002 und 2012 leicht zurück. Gleichzeitig kam es zu einer Verschiebung: Während die Zahl der umweltbedingten Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten, wie Atemwegs- und Magen-Darm-Infektionen, deutlich zurückging, stieg die Zahl der umweltbedingten Todesfälle durch nicht übertragbare Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Prüss-Ustün et al. 2016, 92–93). Allein die Luftverschmutzung verursacht jährlich schätzungsweise 3,7 Millionen Todesfälle (Prüss-Ustün et al. 2016, 98).

Den gesundheitlichen Gefährdungen in der Umwelt entgegenzuwirken, ist das gemeinsame Ziel zweier einander ergänzender Handlungsfelder: umweltbezogener Gesundheitsschutz und gesundheitsbezogener Umweltschutz (Bunge 2020, 144–145). Der umweltbezogene Gesundheitsschutz, der z. B. den Immissions- und Strahlenschutz umfasst, stellt eine spezifische Ausrichtung des Gesundheitsschutzes dar. Der Gesundheitsschutz, zu dem auch Handlungsfelder wie der Infektionsschutz, der Katastrophenschutz und die Lebensmittelsicherheit gezählt werden, ist über das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) im Grundgesetz verankert (Kuhn/Böhm 2018, 537–538). Da die Umsetzung des Gesundheitsschutzes potenziell in individuelle und institutionelle Gestaltungsspielräume eingreift, basiert diese i. d. R. auf einer umfangreichen Gesetzesgrundlage (Kuhn/Böhm 2018, 537). Dem Gesundheitsschutz liegt dabei eine pathogenetische Sichtweise auf Gesundheit zugrunde (Kuhn/Böhm 2018, 537). Der gesundheitsbezogene Umweltschutz zielt in ähnlicher Weise darauf ab, „für die Gesundheit negative Umwelteinflüsse zu erkennen, diese zu reduzieren oder ihre Entstehung möglichst

zu verhindern“ (Bunge 2020, 144). Im Vordergrund steht die Abwehr von Gesundheitsgefahren, z. B. durch Luftreinhaltung oder Lärmschutz, und die Umsetzung erfolgt auch hier vor allem über Grenzwerte und Regulierung (Bunge 2020, 148). Allerdings werden neben den negativen Umwelteinflüssen zunehmend auch umweltbezogene Gesundheitsressourcen betrachtet, z. B. städtische Grünräume (Bunge 2020, 149).

Trotz der ähnlichen Zielrichtung von umweltbezogenem Gesundheitsschutz und gesundheitsbezogenem Umweltschutz sind auch Zielkonflikte zwischen Umwelt- und Gesundheitsschutz möglich. Ein Beispiel aus dem Kontext der Kommunalentwicklung stellt die Nachverdichtung dar. Einerseits tragen eine kompakte Siedlungsstruktur und hohe Nutzungsmischung dazu bei, die Versiegelung zu reduzieren und Verkehr zu vermeiden, und unterstützen damit Ziele des Umweltschutzes. Andererseits steigt in kompakten,utzungsgemischten Quartieren tendenziell die Lärmbelastung und der Anteil an Freiflächen sinkt, was Zielen des Gesundheitsschutzes widerspricht (Bunge 2020, 153–154).

Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus der Erkenntnis, dass nicht alle Menschen in gleichem Maße Umweltrisiken ausgesetzt sind. Es zeigen sich sowohl regionale als auch soziale Unterschiede. So ist die umweltbezogene Krankheitslast global betrachtet in Ländern mit niedrigen oder mittlerem Bruttonationaleinkommen tendenziell höher als in Ländern mit hohem Bruttonationaleinkommen (Prüss-Ustün et al. 2016, 104). Die Umwelteinflüsse auf die Gesundheit unterscheiden sich aber auch nach sozialen Gruppen, z. B. abhängig von Einkommen, sozialem Status, Bildungsstand, Geschlecht, Alter und ethnischer Zugehörigkeit (Prüss-Ustün et al. 2016, 104). Auch in Deutschland sind „sozial schlechter gestellte Menschen (...) oft höheren Gesundheitsbelastungen durch Umweltprobleme ausgesetzt als Menschen, die sozial besser gestellt sind“ (Bunge 2020, 150).

So erlangt der Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen Bedeutung (Bunge 2020, 148). Vulnerabilität bezeichnet die Verletzlichkeit gegenüber einem externen Einfluss (Köckler 2017, 51). Bezogen auf Gesundheit bezeichnet Vulnerabilität die Verwundbarkeit bzw. Anfälligkeit für eine nachteilige gesundheitliche Wirkung von Umwelteinflüssen bezogen auf ein Individuum oder eine soziale Gruppe (Bolte et al. 2018b, 675). Vulnerabilität ist dabei abhängig von den individuellen und kollektiven Fähigkeiten, den externen Umwelteinflüssen zu begegnen (Köckler 2017, 53). Als vulnerabel gelten Bevölkerungsgruppen, die z. B. aufgrund eines niedrigen Bildungsstands oder Einkommens oder aufgrund von Geschlecht, Lebensalter oder Migration von sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sind (Kaba-Schönstein/Kilian 2018, 485). Neben der sozialen Lage können aber auch der Gesundheitszustand, chronische Erkrankungen, eine Behinderung oder eine genetische Veranlagung eine Vulnerabilität begründen (Hartlik/Machtolf 2018, 187). Zudem kann eine mangelnde Teilhabe an (kommunal-)politischen Entscheidungsprozessen Ausdruck von Vulnerabilität sein (Köckler 2014, 213–214).

3.1.1 Schutzgut menschliche Gesundheit

Einen wichtigen Bezugspunkt für den kommunalen Umgang mit Gesundheit im Sinne des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes stellt das in der Umweltprüfung verankerte Schutzgut menschliche Gesundheit dar. Umweltprüfungen werden bei der Genehmigung von bestimmten Vorhaben, z. B. Verkehrswegen, Kraftwerken oder Windparks, als vorhabenbezogene Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) und bei der Aufstellung von Plänen und Programmen, z. B. Raumordnungsplänen, als Strategische Umweltprüfung (SUP) durchgeführt (Hartlik/Machtolf 2018, 171–172). Auch für die Aufstellung von Flächennutzungsplänen und Bebauungsplänen ist eine Umweltprüfung vorgesehen. So hat nach § 2 BauGB eine Prüfung der Auswirkung von Bebauungs- und Flächennutzungsplänen auf Umweltbelange zu erfolgen.¹¹ Die Umweltprüfungen sind in das entsprechende Fachrecht integriert, sodass im Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVPG) keine eigenständigen verbindlichen Maßstäbe für die Untersuchung des Schutzguts menschliche Gesundheit formuliert werden. Die Bewertung der Auswirkungen eines Plans oder Vorhabens auf das Schutzgut menschliche Gesundheit erfolgt z. B. auf Grundlage des Immissionsschutz- oder Naturschutzrechts (Hartlik/Machtolf 2018, 176–180).

Das Schutzgut menschliche Gesundheit lenkt die Aufmerksamkeit auf die umweltbezogenen Einflussfaktoren auf Gesundheit. Hierbei können Aspekte der natürlichen, gebauten und sozialräumlichen Umgebung ebenso eine Rolle spielen wie chemische und biologische Einflüsse und physikalische Faktoren, wie Lärm, Strahlung und Erschütterung (Albrecht et al. 2014, 62). Naturräumliche Determinanten, d. h. Natur und Landschaft, wirken sich in vielerlei Hinsicht positiv auf das menschliche Wohlbefinden aus, z. B. hinsichtlich des Naturerlebens und der Erholung sowie der Förderung von körperlicher Aktivität und sozialer Begegnung (Albrecht et al. 2014, 72–75). Für Planungsprozesse können diesbezüglich beispielsweise Erholungswert, Landschaftsbild und kleinräumige klimatische Verhältnisse von Bedeutung sein (Albrecht et al. 2014, 75–80). Unter den sozialräumlichen Determinanten wird insbesondere dem materiellen und sozialen Wohnumfeld eine zentrale Rolle beigemessen. Wichtige Faktoren können z. B. der Zugang zu gesunden Lebensmitteln und gesundheitlicher Versorgung sowie der Zustand der Wohngebäude und die Kriminalitätsrate sein. Zudem können sich unterstützende nachbarschaftliche Kontakte positiv auf die Gesundheit auswirken (Albrecht et al. 2014, 68–69).

Einen wichtigen Einflussbereich auf das Schutzgut menschliche Gesundheit stellen darüber hinaus die sogenannten Noxen dar. Noxen werden unterschieden in chemische, physikalische und biologische Determinanten, von denen bei entsprechendem Kontakt, der sogenannten

¹¹ Eine Ausnahme stellt das vereinfachte Verfahren für Bebauungspläne der Innenentwicklung nach § 13a BauGB dar. Im vereinfachten Verfahren kann die Prüfung der Umweltauswirkungen eingeschränkt werden, sofern keine Anhaltspunkte für eine Einschränkung der Schutzgüter – so auch der menschlichen Gesundheit – gegeben sind (Baumgart/Kistemann 2018, 258).

Exposition¹², eine gesundheitsschädigende Wirkung ausgeht (Albrecht et al. 2014, 65–66). Zu den chemischen Noxen zählen Schadstoffe im Boden, im Wasser oder in der Luft, z. B. Schwermetalle wie Blei und Cadmium sowie Feinstaub und Stickoxide (Albrecht et al. 2014, 65, 80, 93). Zu den chemischen Verunreinigungen der Luft wird auch der Geruch, z. B. aus Nutztierhaltung, Lebensmittelproduktion und Abfallbeseitigung, gezählt (Albrecht et al. 2014, 106–107). Die physikalischen Determinanten umfassen verschiedene Formen der Strahlung, z. B. Radioaktivität, aber auch elektrische, magnetische und elektromagnetische Felder. Außerdem werden Schallimmissionen, die von hörbarem Lärm bis zu Infraschall und tieffrequenten Schall reichen, sowie Erschütterungen und Licht als physikalische Determinanten betrachtet (Albrecht et al. 2014, 111, 122, 137, 150). Zu den biologischen Determinanten zählen wiederum Mikroorganismen wie Bakterien, Pilze und Viren sowie Bioaerosole, die u. a. durch Tierzucht- und Abfallbeseitigungsanlagen emittiert werden (Albrecht et al. 2014, 156).

Von besonderer Bedeutung sind in der Umweltprüfung Mehrfachbelastungen. Von einer Mehrfachbelastung spricht man dann, wenn die kumulierte Wirkung mehrerer gesundheitsschädigender Faktoren „zu einer über die Relevanz der Einzelwirkungen hinausgehenden Gesamtbelastung führen können“ (Albrecht et al. 2014, 162). Darüber hinaus spielt auch die Vulnerabilität verschiedener Personengruppen eine Rolle. Hierbei ist kontextbezogen und abhängig von den spezifischen Umwelteinflüssen zu bewerten, welche Gruppen als vulnerabel zu betrachten sind. Bei Hochspannungsleitungen gelten beispielsweise aufgrund eines erhöhten Leukämierisikos Kinder und Jugendliche als vulnerabel, bei Luftschadstoffen hingegen vor allem Menschen mit Vorerkrankungen wie Herz-Lungen-Krankheiten (Hartlik/Machtolf 2018, 187).

Der Umgang mit Gesundheit in der Umweltprüfung kann dem Gefahrenabwehr- oder dem Vorsorgeprinzip folgen. Der Gefahrenabwehr liegen meist Grenzwerte zugrunde, die in geltenden Fachgesetzen und ihren Ausführungsvorschriften verbindlich festgelegt sind (Hartlik/Machtolf 2018, 182). Die 39. Bundesimmissionschutzverordnung legt beispielsweise verbindliche Immissionsgrenzwerte zum Schutz der menschlichen Gesundheit für unterschiedliche Luftschadstoffe, wie Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Feinstaub, fest (§§ 2–4 39. BImSchV). Die Werte haben eine hohe Verbindlichkeit, stellen jedoch eher eine Mindestanforderung dar, die beispielsweise empfindliche Personengruppen nicht berücksichtigt (Hartlik/Machtolf 2018, 183). Zudem gibt es nicht für alle Umweltbelastungen verbindliche Grenzwerte, z. B. für den Umgebungslärm (Bunge 2020, 152).

Das Vorsorgeprinzip geht über die Anwendung gesetzlicher Gefahrenabwehrstandards hinaus und greift, z. B. wenn ein Schaden für möglich gehalten wird, auch wenn die Verursachungszusammenhänge noch nicht hinreichend bekannt sind oder ein späterer Schadenseintritt nicht

¹² Exposition bezeichnet in der Epidemiologie „die räumliche Gleichzeitigkeit von gesundheitsrelevanten Faktoren und den betrachteten Menschen“ (Köckler 2017, 16).

ausgeschlossen werden kann oder aber sich ein Schaden erst aus dem Zusammenwirken mehrerer einzeln betrachtet unschädlicher Einwirkungen ergibt (Albrecht et al. 2014, 23). Das Vorsorgeprinzip zieht folglich „Schadensmöglichkeiten in Betracht, für die noch keine Gefahr, sondern nur ein Gefahrenverdacht oder ein Besorgnispotenzial besteht“ (Baumgart et al. 2018, 11). Die Wertmaßstäbe sind Gegenstand fachlicher Diskussionen und gesellschaftlicher Auseinandersetzungen und weisen meist nur eine geringere rechtliche Verbindlichkeit auf (Albrecht et al. 2014, 31–32).

3.1.2 Leitbild Umweltgerechtigkeit

An der Schnittstelle zwischen räumlicher Planung und Gesundheitsförderung hat sich ausgehend von der gesundheitspolitischen Zielsetzung der gesundheitlichen Chancengleichheit mit der Umweltgerechtigkeit (auch: umweltbezogene Gerechtigkeit) ein mögliches Leitbild für gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung herausgebildet, das über die Anwendung des Schutzguts menschliche Gesundheit hinausgeht. Umweltgerechtigkeit setzt Gesundheit mit der ungleichen räumlichen Verteilung von Gesundheitsbelastungen und Umweltqualitäten sowie mit der sozialen Lage in Beziehung (Böhme/Köckler 2018, 88–89). Dabei geht es gleichermaßen um das Erkennen umweltbezogener Differenzen und um die Bewertung dieser Differenzen als ungerecht (Köckler 2017, 14). Eine umweltbezogene Ungerechtigkeit liegt beispielsweise vor, wenn Menschen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status in weniger fußgänger*innenfreundlichen Nachbarschaften wohnen, einen schlechteren Zugang zu Grünflächen haben oder mehr Lärm ausgesetzt sind als besser gestellte Bevölkerungsgruppen.

Modelle, die den Zusammenhang zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit beschreiben, unterscheiden im Wesentlichen zwischen einer sozial ungleichen Verteilung von Umweltbelastungen und Umweltressourcen und einer sozial ungleichen Vulnerabilität (Bolte et al. 2018b, 674–675). Umweltbelastungen können beispielsweise von Lärm und Luftschadstoffen ausgehen, aber auch vom Zustand des Wohngebäudes und des Wohnumfeldes. Umweltbezogene Ressourcen können hingegen von Grün- und Erholungsflächen sowie von unterstützenden nachbarschaftlichen Beziehungen ausgehen (Bolte et al. 2018b, 675). Dass es selbst bei dem gleichen Maß an Umweltbelastungen und dem gleichen Maß an Umweltressourcen zu sozial unterschiedlichen gesundheitlichen Effekten kommt, wird einer unterschiedlichen Vulnerabilität zugeschrieben (Bolte et al. 2018b, 675). Die individuell unterschiedliche Vulnerabilität ergibt sich aus individuellen Belastungen, z. B. durch prekäre Beschäftigung, individuellen Ressourcen zur Bewältigung der Umwelteinflüsse, z. B. Wissen, Erfahrungen, und dem individuellen Gesundheitsverhalten (Bolte et al. 2018b, 675). Die lokale Lebenswelt mit ihren spezifischen Belastungen und Ressourcen und die individuelle Vulnerabilität werden, einem Modell von Bolte et al. zufolge, gleichermaßen von der sozialen Lage beeinflusst und beeinflussen ihrerseits die individuelle Exposition und darüber die Gesundheit (siehe Abbildung 3).

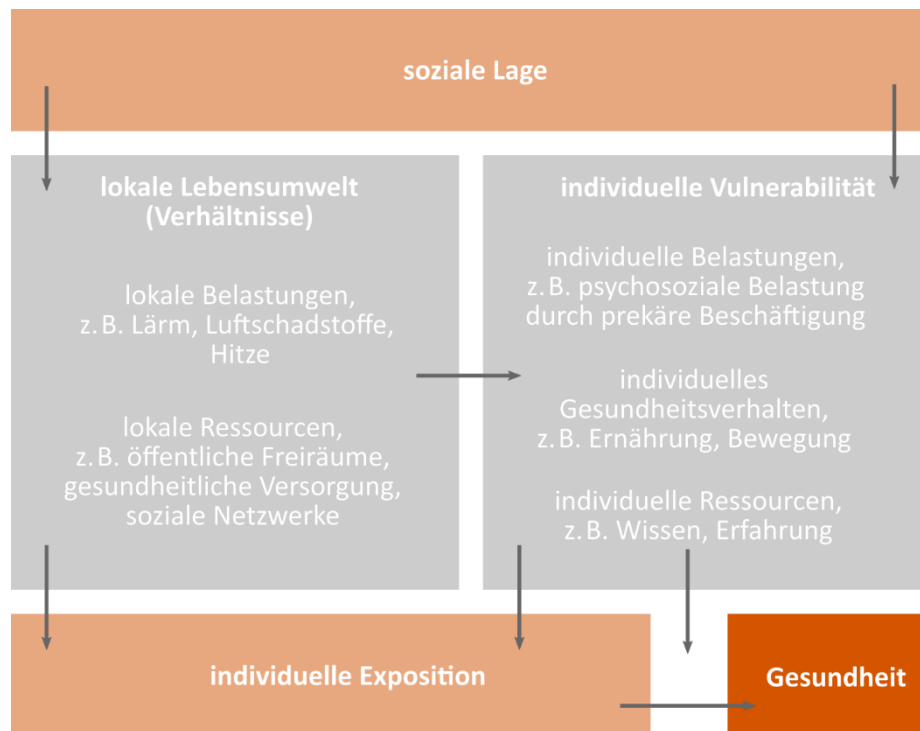


Abbildung 3: Modell zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit (eigene Darstellung nach Bolte et al. 2018b, 678)

Das normative Leitbild der Umweltgerechtigkeit steht vor diesem Hintergrund für ein Handeln, „das auf die Vermeidung und den Abbau der sozialräumlichen Konzentration gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen sowie die Gewährleistung eines sozialräumlich gerechten Zugangs zu Umweltressourcen orientiert ist“ (Böhme/Köckler 2018, 89). Über eine gerechte Verteilung von Umweltbelastungen und Umweltqualitäten (Verteilungsgerechtigkeit) hinaus finden weitere Gerechtigkeitsdimensionen Berücksichtigung: eine gerechte Teilhabe an umweltbezogenen Entscheidungsprozessen (Verfahrensgerechtigkeit), die Möglichkeit zur Entfaltung der eigenen Fähigkeiten (Chancengerechtigkeit) und eine mögliche Kompensation für eine umweltbezogene Verteilungsgerechtigkeit (Ergebnisgerechtigkeit) (Böhme/Köckler 2018, 89–93).

Insbesondere im Kontext der Städtebauförderung erweist sich das Leitbild Umweltgerechtigkeit als anschlussfähig (Köckler 2017, 61; Akademie für Raumforschung und Landesplanung 2014, 4). Seit 2016 konnten Maßnahmen zur Verbesserung der Wohn- und Lebensverhältnisse im Städtebauförderprogramm Soziale Stadt mit einer Erhöhung der Umweltgerechtigkeit begründet werden (VV Städtebauförderung 2016). In der Programmumsetzung spielten jedoch sowohl Umweltgerechtigkeit als auch Gesundheitsförderung zum Zeitpunkt der Programmevaluation 2017 eine untergeordnete Rolle (Altrock et al. 2017, 75–76, 98). Auch das 2017 eingeführte Städtebauförderprogramm Zukunft Stadtgrün strebte u. a. eine Verbesserung der „Umweltgerechtigkeit insbesondere durch eine gerechte Verteilung qualitativ hochwertigen Stadtgrüns“ (ErgVV Städtebauförderung 2017) an. Ein Statusbericht von 2018 deutet jedoch auch hier darauf hin, dass sich nur wenige Kommunen auf dieses Ziel beriefen (Jahnke et al.

2018, 24, 31). Seit der Neustrukturierung der Städtebauförderung 2020 finden sich Maßnahmen zur Stärkung der Umweltgerechtigkeit im Programm Sozialer Zusammenhalt wieder (VV Städtebauförderung 2021).

3.2 Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten ist, wie in der Ottawa Charta¹³ dargelegt, eines der zentralen Ziele der Gesundheitspolitik der WHO (Weltgesundheitsorganisation 1986). Dem Ziel liegt ein umweltbezogenes Gesundheitsverständnis zugrunde, das von sogenannten Gesundheitsdeterminanten ausgeht. Unter Gesundheitsdeterminanten, d. h. den sozialen und umweltbezogenen Einflussfaktoren auf Gesundheit, werden die Bedingungen verstanden, in denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und älter werden (Commission on Social Determinants of Health 2008, 26). Die sozialen und umweltbezogenen Determinanten von Gesundheit verschieben den Fokus von den individuellen Einflussfaktoren auf Gesundheit auf die strukturellen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren (World Health Organization 2009; World Health Organization 2011).

Die konzeptionelle Basis für diesen Zugang zu Gesundheit und Gesundheitsförderung bildet das Modell der Gesundheitsdeterminanten (Abbildung 4). Dem Modell zufolge ist Gesundheit nicht nur durch das Alter, Geschlecht und individuelle Erbanlagen sowie die individuelle Lebensweise beeinflusst, sondern auch durch die familiären und nachbarschaftlichen Netzwerke, die materiellen Wohn- und Lebensverhältnisse, z. B. den Zugang zu Wohnraum und medizinischer Versorgung, und die allgemeine sozio-ökonomische, kulturelle und natürliche Umwelt. Von den einzelnen Einflussbereichen können sowohl förderliche als auch hinderliche Einflüsse auf die Gesundheit ausgehen (Dahlgren/Whitehead 2007b, 11).

¹³ Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 wurde auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet. Sie ist als Aufruf zu internationalem Handeln zu verstehen. Die in der Ottawa Charta beschriebenen Grundsätze der Gesundheitsförderung sind nach wie vor eine wichtige Referenz für Maßnahmen und Initiativen der Gesundheitsförderung.

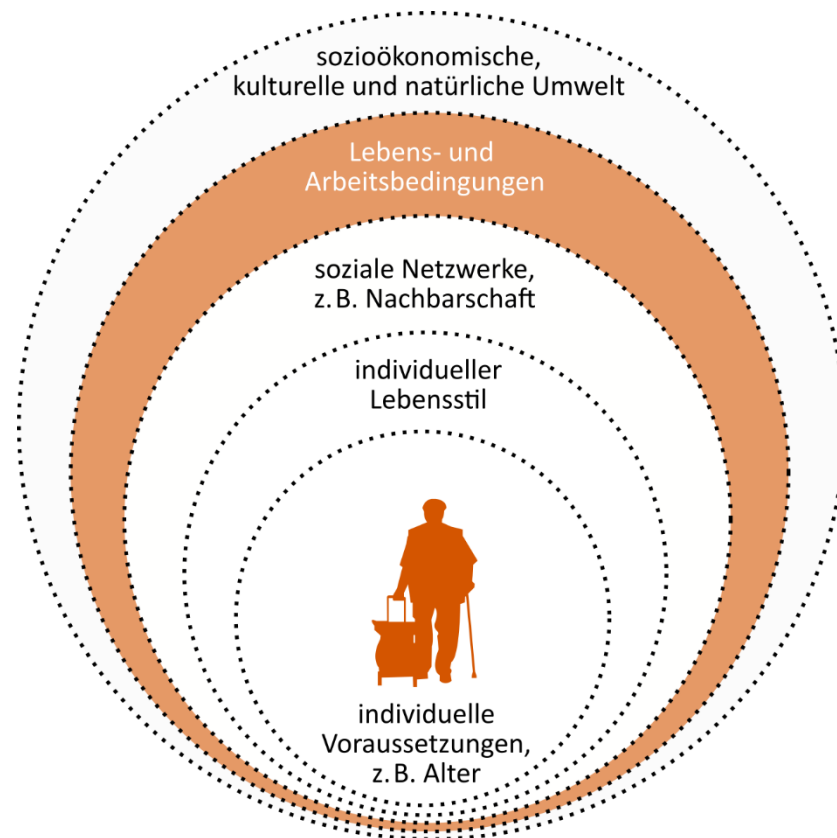


Abbildung 4: Modell der Gesundheitsdeterminanten (eigene vereinfachte Darstellung nach Dahlgren/Whitehead 2007a)

Ein zentrales Prinzip der Gesundheitsförderung der WHO ist ausgehend von dem Modell der Gesundheitsdeterminanten die Lebensweltorientierung. Sie lenkt den Fokus auf die alltägliche Umwelt, innerhalb der Menschen ihre Gesundheit aufrechterhalten: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (Weltgesundheitsorganisation 1986, 5). Um gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen, empfiehlt eine von 2005 bis 2008 durch die WHO eingesetzte Kommission u. a. die Schaffung von Partizipationsmöglichkeiten, die Bereitstellung von bezahlbarem und qualitativem Wohnraum und eine Gestaltung von Nachbarschaften, die zu aktiver Mobilität und gesunder Ernährung anregen (Commission on Social Determinants of Health 2008, 63–68). Wie diese Prinzipien in ein gesamtstädtisches Entwicklungskonzept einfließen können, zeigt das Beispiel des *One City Plans* der Stadt Bristol (siehe Box auf Seite 45).

In Deutschland wird bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes (siehe Kapitel 2.2.2) ebenfalls auf die Determinanten von Gesundheit Bezug genommen. So betonen die für die Umsetzung des Präventionsgesetzes rahmengebenden Empfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz, dass „die alltäglichen Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen (...) von erheblicher Bedeutung für ein gesundes Leben (sind)“ (Nationale Präventionskonferenz 2018, 7). Zudem verweist auch ein Leitfaden des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen auf wichtige Determinanten von Gesundheit, z. B. auf die Qualität der Bildung, die Integration in den Arbeitsmarkt, die soziale Teilhabe und die Wohnbedingungen (GKV Spitzenverband 2018, 6).

Beispiel: One City Plan, Bristol

Bis 2050 soll Bristol dem *One City Plan 2020* zufolge eine faire, gesunde und nachhaltige Stadt werden (Bristol City Office 2020). Als eine zentrale Vision benennt der *One City Plan 2020* eine signifikante Reduzierung des Unterschiedes in der Lebenserwartung zwischen den wohlhabendsten und den am stärksten benachteiligten Quartieren der Stadt (Bristol City Office 2020, 20). Gesundheit und Wohlbefinden sind hieran anknüpfend eines von sechs Schwerpunktthemen. Die sozialen Determinanten von Gesundheit zu adressieren wird dabei als zentrales Ziel benannt (Bristol City Office 2020, 20). Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass in nahezu allen anderen Schwerpunktthemen auf Gesundheit Bezug genommen wird. So werden beispielsweise im Themenschwerpunkt Konnektivität im Sinne eines gesunden Verkehrs eine Umweltzone und die Förderung aktiver Mobilität verfolgt (Bristol City Office 2020, 14) und im Themenschwerpunkt Umwelt eine gesunde Umwelt für alle angestrebt (Bristol City Office 2020, 18). Die breite Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen findet sich auch in der *Charter for an Age Friendly Bristol* wieder, die neben dem Zugang zu gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen die Bedeutung von Mobilität, Wohnen, Freiflächen sowie Arbeits-, Ehrenamts- und Freizeitgelegenheiten betont (Bristol City Office 2020, 50). 2019 wurde Bristol in das WHO-Netzwerk der *Age-friendly Communities* aufgenommen (Bristol City Office 2020, 21).

Der One-City-Ansatz in Bristol beruht auf einem Verständnis von „place-based leadership“ (Hambleton 2020, 223). Gemeint ist eine Form von *leadership*, in der politisch gewählte Vertreter*innen, öffentlich Bedienstete und Fachpersonal, zivilgesellschaftliche Vertreter*innen, lokale Unternehmen und Gewerkschaften gemeinsam lokale Entwicklungsprozesse gestalten (Hambleton 2020, 223; Bristol City Office 2020, 6). Die Zusammenarbeit erfolgt über eine Vielzahl von Gremien und Formaten. So gibt es zu jedem der sechs Themenschwerpunkte im *One City Plan 2020* einen Themenbeirat, der die Entwicklung im jeweiligen Bereich leitet (Bristol City Office 2020, 45). Dem Themenbeirat zu Gesundheit und Wohlbefinden gehören neben zwei Stadträt*innen Vertreter*innen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, aus dem NHS und aus der Zivilgesellschaft an.¹⁴ Zudem finden zweimal jährlich *city gatherings* statt, in denen die Stadtverwaltung ihre Arbeit präsentiert und die Anwesenden Fragen und Angebote einbringen können (Bristol City Office 2020, 44–45; Hambleton 2020, 226). Darüber hinaus gibt es sogenannte *drop in sessions* für alle, die sich einbringen wollen, und eine *innovation zone* als Anlaufpunkt im Rathaus der Stadt (Bristol City Office 2020, 44–45; Hambleton 2020, 226).

¹⁴ Die Arbeit des Themenbeirats lässt sich online einsehen: <http://www.bristolonecity.com/health-and-wellbeing/> (letzter Zugriff am 25.06.2021)

3.2.1 *Healthy urban planning*

Das Modell der Gesundheitsdeterminanten unterstreicht, dass auch die durch planerische Entscheidungen geprägte Umwelt einen vielfältigen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung ausübt. Städtische (und ländliche) Räume sind in zweierlei Hinsicht angesprochen: erstens als Teil der strukturellen Rahmenbedingungen, z. B. durch den Zugang zu bezahlbarem Wohnraum, und zweitens als Verhältnisse, die ein bestimmtes Verhalten fördern, z. B. durch eine rad- und fußverkehrsfreundliche Gestaltung (Barton 2017, 81). Die letztgenannte Ausrichtung findet sich seit den 1990er Jahren unter der Bezeichnung *healthy urban planning* u. a. in den Aktivitäten des Gesunde-Städte-Netzwerks wieder (Barton 2017, 63). Die positiven Einflüsse der Umwelt auf die Gesundheit werden hierbei gegenüber den negativen Einflüssen (siehe Kapitel 3.1) stärker in den Vordergrund gestellt. Analog zur Gesundheitsdefinition in der Verfassung der WHO (1946) liegt dem Handeln ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zugrunde. Zielsetzung für die räumliche Gestaltung ist es, Städte und Gemeinden zu schaffen, die ein gutes Leben ermöglichen (Barton 2017, 8).

Im Vordergrund steht bei *healthy urban planning* der Einfluss der gebauten Umwelt auf die Gesundheit. Hierunter werden die Gebäude, die Infrastruktur, aber auch von Menschen gestaltete Grünräume gefasst (Barton 2017, 22). Die gebaute Umwelt kann demnach durch ihre Gestaltung beispielsweise körperliche Aktivität in Form von aktiver Mobilität und aktiver Freizeitgestaltung fördern oder durch den Zugang zu frischen Lebensmitteln eine gesunde Ernährung unterstützen (Barton 2017, 25). Darüber hinaus wird der gebauten Umwelt durch das Schaffen von Gelegenheiten zu sozialer Interaktion ein Einfluss auf die soziale Gemeinschaft und das soziale Wohlbefinden zugeschrieben (Barton 2017, 26). Als gesundheitlich relevant werden außerdem der Zugang zu sozialer Infrastruktur, zu Freizeitmöglichkeiten und zu Arbeitsplätzen sowie die Qualität des Wohnraums und die Qualität der Gestaltung des Straßenraums erachtet (Barton 2017, 26).

Der mögliche gesundheitliche Nutzen der gebauten bzw. gestalteten Umwelt lässt sich beispielhaft am Thema Stadtgrün nachvollziehen. Gesundheitswissenschaftliche Studien zeigen, dass der Kontakt mit der Natur – auch in städtischen Parks und Grünflächen – sich positiv auf den Blutdruck und die Stressbewältigung auswirkt (Barton 2017, 97; Claßen 2018, 303). Auffallend ist, dass der positive Effekt von wohnungsnahen Grünflächen auf das Wohlbefinden bei Bevölkerungsgruppen, die weniger mobil und damit stärker an ihr Wohnumfeld gebunden sind, besonders deutlich zutage tritt (Barton 2017, 97). Zudem tragen städtische Grünräume bei entsprechender Bepflanzung zur Luftreinhaltung bei und wirken sich positiv auf die Wahrnehmung von Umgebungslärm aus. Darüber hinaus entfalten Grünräume eine kühlende Wirkung und können so an heißen Sommertagen als Rückzugsorte von Bedeutung sein (Claßen 2018, 300–302). Als wichtige Kriterien bei der Ausgestaltung von städtischen Grün- und Frei-

räumen haben sich eine gute, möglichst fußläufige Erreichbarkeit, eine Vernetzung zur Schaffung grüner Wegeverbindungen, eine Vermeidung von Angsträumen, die Schaffung von Räumen für Begegnung sowie eine ästhetische und multifunktionale, d. h. für viele Bevölkerungsgruppen nutzbare, Gestaltung erwiesen (Claßen 2018, 306–307).

Dennoch darf der planerische Einfluss auf die Gesundheit bzw. das gesundheitlich relevante individuelle Verhalten nicht überschätzt werden. Barton betont, dass neben der räumlichen Umwelt viele andere Faktoren, z. B. wirtschaftliche Rahmenbedingen, kulturelle Normen und persönliche Erfahrungen, das individuelle Verhalten und die Gesundheit beeinflussen. Für eine gesundheitsorientierte Planungspraxis ist also einerseits eine Verantwortungsübernahme für die Schaffung gesundheitsförderlicher Umwelten und andererseits ein Bewusstsein für die Grenzen des Ansatzes erforderlich (Barton 2017, 91–92). Kritik an einer Überbewertung der physisch-räumlichen Umweltqualitäten wird darüber hinaus ausgehend von einem relationalen Raumverständnis geäußert. So muss es „um mehr geh(en) als um das Ausstatten von Räumen mit bewegungsfördernder Infrastruktur, sauberer Luft, gutem Wohnstandard und der Verfügbarkeit von gesunden Lebensmitteln“ (Bär 2015, 29). In einem relationalen Raumverständnis stehen – in Abgrenzung zu einem Container-Raum-Verständnis, das den physischen Raum als gegeben annimmt – die sozialen Prozesse der Raumproduktion im Vordergrund. Für die gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung können demzufolge nicht nur die physischen Umweltqualitäten von Bedeutung sein. Auch die Interaktion zwischen Akteur*innen in einem Stadtteil und die Bedeutung, die sie ihrem Stadtteil beimessen, spielen eine Rolle (Bär 2015, 160–163).

3.2.2 Schaffung gesundheitsfördernder Settings

Die Verschränkung von räumlicher Gestaltung und der Befähigung zur Mitgestaltung ist ein wesentliches Merkmal des Setting-Ansatzes. Der primär in der Gesundheitsförderung verortete Ansatz trägt einerseits der Umweltgebundenheit von Gesundheit Rechnung und weist andererseits eine Prozessorientierung auf, die u. a. in der Schaffung von Partizipationsmöglichkeiten zum Ausdruck kommt. Damit trägt der Setting-Ansatz einem zentralen Ziel der Gesundheitsförderung Rechnung: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Weltgesundheitsorganisation 1986).

Der Setting-Ansatz grenzt sich von traditionellen Ansätzen der Gesundheitsförderung ab, die ausschließlich das Individuum adressieren und dieses zu einer Verhaltensänderung motivieren (Hartung/Rosenbrock 2018, 892). Eine Lebenswelt bzw. ein *Setting* bezeichnet dabei einen sozialen Zusammenhang, innerhalb dessen Menschen Zeit verbringen. Der soziale Zusammenhang kann durch eine Organisationsstruktur oder einen räumlichen Kontext sowie durch die Lebenslage oder gemeinsame Werte definiert sein (Hartung/Rosenbrock 2018, 892). Bildungseinrichtungen und Betriebe werden ebenso als Lebenswelten bezeichnet wie Kommunen oder

Stadtteile (Sterdt/Walter 2012, 31). Städtische Quartiere gewannen in den vergangenen 20 Jahren zunehmend als *Settings* der Gesundheitsförderung an Bedeutung (Bär 2015, 20). Hierbei überlagern sich, insbesondere im Umgang mit benachteiligten Bevölkerungsgruppen, Ansätze der settingbezogenen Gesundheitsförderung, der quartiersbezogenen Gemeinwesenarbeit und der sozialen Stadtentwicklung. Besonders deutlich tritt dies in Ansätzen des Quartiersmanagements zutage (Altgeld 2004, 23).

Die Ausgestaltung des Setting-Ansatzes fällt in der Umsetzung sehr unterschiedlich aus. So gibt es Ansätze der Gesundheitsförderung, wie z. B. Ernährungsberatung in Kitas, in denen *Settings* „als Zugangsmöglichkeiten für zielgruppenspezifische Interventionen und Aufklärungskampagnen funktionalisiert werden“ (Bär 2015, 24). Das *Setting* bildet hier lediglich den Rahmen der Intervention und bleibt selbst unverändert (Hartung/Rosenbrock 2018, 893). Eine andere Auslegung des Setting-Ansatzes, die auch als „Schaffung gesundheitsförderlicher Settings“ (Hartung/Rosenbrock 2018, 893) bezeichnet wird, stellt Teilhabe und Organisationsentwicklung in den Vordergrund. Sowohl Partizipationsmöglichkeiten als auch das *Empowerment* sind wesentliche Bestandteile dieser Auslegung des Setting-Ansatzes, der die Veränderung struktureller Rahmenbedingungen mit der Stärkung persönlicher Fähigkeiten zusammenführt (Hartung/Rosenbrock 2018, 892; Sieber 2017, 52). Partizipation und *Empowerment* stehen dabei für eine Einflussnahme auf die die Gesundheit beeinflussenden Rahmenbedingungen bzw. Gesundheitsdeterminanten (Bär 2015, 22–23; Weltgesundheitsorganisation 1986). Vor allem die Gesundheitsförderung für und mit benachteiligten Menschen setzt auf Ansätze des *Empowerments*, auf die Stärkung sozialer Netzwerke und politischer Teilhabe sowie auf eine Verbesserung der strukturellen Lebens- und Arbeitsbedingungen (Kaba-Schönstein/Kilian 2018, 488–489). Durch die Kombination von Elementen der Verhaltens- mit der Verhältnisprävention soll u. a. eine Diskriminierung von Teilgruppen vermieden werden (Hartung/Rosenbrock 2018, 895).

Die explizite Aufnahme der Gesundheitsförderung in Lebenswelten im 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz (siehe Kapitel 2.2.2) steht für eine zunehmende Akzeptanz und Verbreitung der Lebensweltorientierung in der deutschen Gesundheitspolitik (Hartung/Rosenbrock 2018, 893). Als Lebenswelten gelten dem Gesetz zufolge „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ (§ 20a PräVG). Auch die besondere Bedeutung der Kommune als Lebenswelt wird im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz mehrfach betont (Nationale Präventionskonferenz 2018, 7; GKV Spitzenverband 2018, 31). Erstens stellt die Kommune einen Rahmen für die anderen Lebenswelten, z. B. Bildungseinrichtungen oder Betriebe, dar und ermöglicht so den Zugang zu Zielgruppen, die in anderen Lebenswelten nicht erreicht werden. Zweitens besitzen Kommunen neben der Trägerschaft für einzelne Lebenswelten „politische Gestaltungskompetenz auch für die Schaffung und Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher und präventiver Rahmenbedingungen“ (Nationale Präventionskonferenz 2018, 7).

3.3 Alternsgerechte Kommunalentwicklung

Die Auswirkungen des demografischen Wandels, d. h. einer alternden, schrumpfenden und zunehmend diversen Bevölkerung, stellen eine Herausforderung für Kommunen dar. So verändern sich die Anforderungen an die technische und soziale Infrastruktur, an kommunale Dienstleistungen sowie an lokale Wohn- und Arbeitsmärkte (Mäding 2020, 165; Beetz 2009, 123). Stark alternde Städte und Gemeinden sehen sich beispielsweise einer verstärkten Nachfrage nach sozialer Infrastruktur, z. B. in Gesundheit und Pflege, gegenüber. Außerdem gewinnen die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum und die fußläufige Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen an Bedeutung (Mäding 2020, 166–167).

Besondere Herausforderungen ergeben sich insbesondere in Regionen mit einer stark ausgeprägten Alterung der Bevölkerung und geringen Zuwanderungsraten. Die Zunahme an Hochbetagten mit Unterstützungsbedarf und der selektive Wegzug jüngerer Bevölkerungsschichten treffen in diesen Regionen häufig mit einem ausgedünnten Infrastrukturangebot zusammen, z. B. hinsichtlich des öffentlichen Nahverkehrs (Hornberg/Pauli 2014, 21). Aber auch innerhalb von Städten ist mit zunehmenden kleinräumigen Disparitäten zu rechnen, die u. a. mit einem ungleichen Zugang zum Wohnungsmarkt für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen in Verbindung stehen. Wer beispielsweise nur ein geringes Einkommen hat und auf niedrige Mieten angewiesen ist, muss häufig Einschränkungen in der Wohnqualität und damit möglicherweise einhergehende gesundheitliche Risiken in Kauf nehmen (Hornberg/Pauli 2014, 22–23).

Mäding zufolge sind der demografische Wandel und seine Auswirkungen auf die Kommunen aufgrund der Komplexität, der lokal unterschiedlichen Ausprägung und der nur begrenzten Vorhersehbarkeit lange unterschätzt worden. Eine systematische wissenschaftliche und politische Auseinandersetzung begann ihm zufolge etwa mit dem Jahr 2000 (Mäding 2020, 164). Noch 2009 schätzt Beetz ein, dass es in Hinblick auf die demografische Alterung „wenig Klarheit in den Kommunen (gibt), welche Anforderungen an einen Umbau der Daseinsvorsorge hinsichtlich der zukünftigen Alten bestehen“ (Beetz 2009, 123). Zudem scheint es im Verlauf der letzten 20 Jahre zu einer Themenverschiebung gekommen zu sein. So stellt Beetz 2009 fest, dass in der kommunalen Wahrnehmung des demografischen Wandels die Schrumpfung gegenüber der Alterung dominiere (Beetz 2009, 123). Mäding stellt hingegen fest, dass das Städtewachstum seit 2010 und die vermehrte internationale Zuwanderung um das Jahr 2015 ein Umdenken angeregt hat (Mäding 2020, 169).

Der Umgang mit dem demografischen Wandel stellt auf kommunaler Ebene „keine traditionelle administrative Fachaufgabe“ (Mäding 2020, 169) dar und erfordert ein hohes Maß an Information und Koordination. Bedarfe und Lösungen, Zuständigkeiten und Ressourcen müssen über verschiedene Verwaltungszweige hinweg abgestimmt werden (Mäding 2020, 169). Dabei sind demografische Problemlagen „wegen ihrer Langfristigkeit und der geringen Gestaltbarkeit der Ursachen“ (Mäding 2020, 169) für die politische Kommunikation eher unat-

traktiv. Dennoch nimmt die Erarbeitung demografiebezogener Programme und die Einrichtung entsprechender Stabstellen oder Projektgruppen auch auf kommunaler Ebene inzwischen zu (Mäding 2020, 169).

Auf individueller Ebene gehen mit einem steigenden Lebensalter physiologische Veränderungen im Körper einher, die sich beispielsweise in Einschränkungen des Sehens, Hörens und der körperlichen Beweglichkeit niederschlagen können. Zudem steigt das Risiko für nicht übertragbare Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle, chronische Atemwegserkrankungen, Krebs und Demenz. Dabei steigt mit dem Alter auch das Risiko, dass mehrere dieser Leiden gleichzeitig auftreten, was in den Gesundheitswissenschaften als Multimorbidität bezeichnet wird (World Health Organization 2015b, 26). Eine wichtige Erkenntnis – und zentrale Herausforderung im Umgang mit dem Altern – ist, dass die körperlichen Fähigkeiten innerhalb der Gruppe der Älteren stärker variieren als in jüngeren Altersgruppen. Während einzelne Ältere auch im Alter von 80 Jahren eine gute körperliche Verfassung haben, benötigen andere bereits im Alter von 60 Jahren Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben (World Health Organization 2015b, 7).

Diese Ungleichheit bezogen auf die körperliche Gesundheit kann nur zu einem Teil auf genetische Faktoren und das individuelle Verhalten zurückgeführt werden. Angelehnt an das oben bereits beschriebene Verständnis der Determinanten von Gesundheit wird auch der sozialen und physischen Umwelt ein großer Einfluss zugesprochen (World Health Organization 2015b, 8). Die Heterogenität der Gruppe der Älteren beschränkt sich jedoch nicht auf den Gesundheitszustand. Mit einer steigenden Lebenserwartung gehen auch neue Möglichkeiten zur Gestaltung des eigenen Lebensverlaufs einher, die sich von der stereotypen Einteilung in eine Erwerbs- und eine Ruhestandsphase lösen (World Health Organization 2015b, 10). Die Pluralisierung und Individualisierung von Lebensstilen, eine zunehmende kulturelle Diversität und wachsende soziale Ungleichheit im Alter finden in unterschiedlichen Mobilitätsbedürfnissen und Mobilitätsstilen sowie unterschiedlichen Anforderungen an das Wohnumfeld ihren Niederschlag (Deffner 2018, 442; Wolter 2017, 61–62).

3.3.1 Leitbild gesundes Altern

Viele Konzeptualisierungen von Alter bilden die Diversität von Älteren nicht ab. Sie beschreiben Ältere entweder als besonders vulnerabel und unterstützungsbedürftig oder als besonders aktive und engagierte Mitglieder der Gesellschaft. Konzeptionen, die beispielsweise zwischen sogenannten jungen Alten und Hochaltrigen unterscheiden, beschreiben die jungen Alten in der Regel als konsum- und freizeitorientiert sowie als aktive Gestalter*innen des Gemeinschaftslebens und potenzielle Ehrenamtliche, während hochaltrige Personen als eher passiv und unterstützungsbedürftig wahrgenommen werden (Wolter 2017, 63–64). Die WHO

tritt demgegenüber für eine Sichtweise ein, die die gesamte Bandbreite gesundheitlicher Zustände im Alter in den Blick nimmt und der Heterogenität des individuellen Erfahrens von Alter Rechnung trägt (World Health Organization 2015b, 8, 27).

Gesundes Altern bezeichnet demnach „the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age“ (World Health Organization 2015b, 28). Gemeint ist ein Prozess der Aufrechterhaltung und Stärkung der individuellen physischen und mentalen Fähigkeiten sowie des Ausbaus unterstützender Faktoren der sozialen, gebauten und politischen Umwelt, die es der oder dem Einzelnen ermöglichen, Wohlbefinden zu erlangen (World Health Organization 2015b, 28–29). Das Verständnis des gesunden Alterns ist durch eine Lebensweg-Perspektive geprägt, die mit der Geburt beginnt und mit dem Tod endet (World Health Organization 2015b, 29). Zugleich wird im Zusammenhang mit dem gesunden Altern das Zusammenspiel von individuellen und umweltbezogenen Voraussetzungen betont. Eine Person mit körperlichen Einschränkungen, die in einer unterstützenden Umwelt, z. B. mit barrierefreiem Zugang zum ÖV, lebt, hat demnach eine höhere funktionelle Fähigkeit (*functional ability*) und kann damit ihr Wohlbefinden besser aufrechterhalten als eine Person mit der gleichen körperlichen Einschränkung, die in einer weniger unterstützenden Umwelt lebt (World Health Organization 2015b, 29).

Der von der WHO vorgeschlagene Handlungsrahmen für Interventionen zur Förderung des gesunden Alterns (Abbildung 5) unterscheidet in der zweiten Lebenshälfte des Menschen zwischen einer Phase mit hohen und beständigen körperlichen und mentalen Fähigkeiten, einer Phase des langsamen Rückgangs dieser Fähigkeiten und einer Phase des fortschreitenden Verlusts dieser Fähigkeiten. Die Phasen werden nicht an das Lebensalter geknüpft, sondern können von Person zu Person in unterschiedlichem Alter auftreten (World Health Organization 2015b, 32). Der Handlungsrahmen unterscheidet zudem zwischen Interventionen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung und der Pflege sowie umweltbezogenen Interventionen. Interventionen zur Förderung des gesunden Alterns können dem Handlungsrahmen zufolge entweder die individuellen bzw. intrinsischen Fähigkeiten stärken oder über externe Unterstützungsstrukturen die sogenannte funktionelle Fähigkeit erhöhen (World Health Organization 2015b, 32).

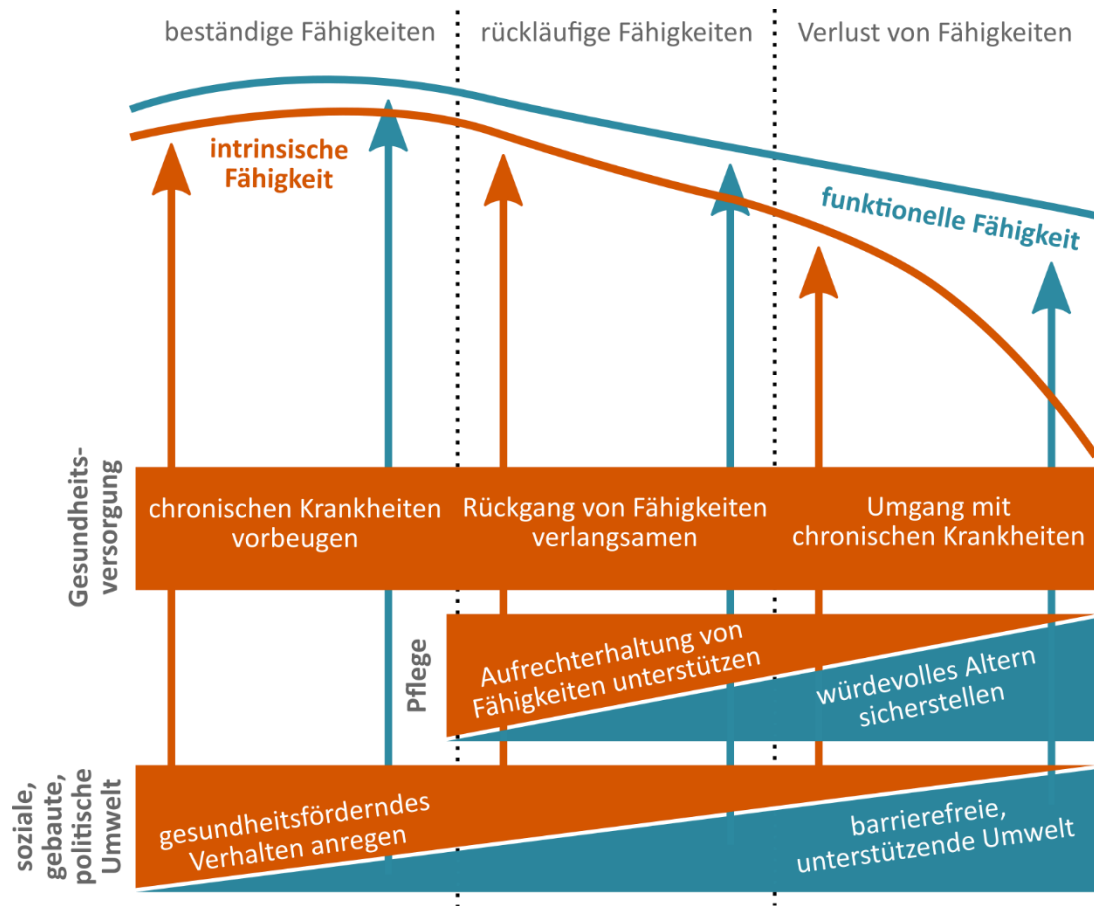


Abbildung 5: Interventionsrahmen für das gesunde Altern (eigene Darstellung nach World Health Organization 2015b, 33)

Je nach Lebens- bzw. Altersphase wandeln sich die Bedürfnisse der Älteren und damit die als wirksam erachteten Interventionen. In der ersten Phase stehen in der Gesundheitsversorgung die Prävention vor allem chronischer Krankheiten und in Bezug auf die Umwelt die Förderung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens im Vordergrund, z. B. durch ein Wohnumfeld, das zu Bewegung anregt. In der zweiten Phase werden Maßnahmen bedeutsam, die den Rückgang der Fähigkeiten verlangsamen. In dieser Phase können unterstützende Umwelten, z. B. mit ausreichend Sitzgelegenheiten und ausreichender Beleuchtung, die funktionelle Fähigkeit erhöhen. In der dritten Phase steht der Umgang mit den dann bestehenden Einschränkungen im Vordergrund. Die physische Umwelt kann dies beispielsweise durch vollständige Barrierefreiheit und eine demenzfreundliche Gestaltung unterstützen (World Health Organization 2015b, 32–34).

Jenseits der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung müssen, der WHO zufolge, für gesundes Altern weitere grundlegende Bedürfnisse erfüllt sein. Hierzu zählen Grundbedürfnisse, wie persönliche und finanzielle Sicherheit sowie angemessener Wohnraum, die Möglichkeit, zu lernen und sich zu entwickeln, die Mobilität in- und außerhalb der eigenen Wohnung, die Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten und die Möglichkeit, einen (gesellschaftlichen) Beitrag zu leisten, z. B. durch Erwerbsarbeit oder im Rahmen einer

ehrenamtlichen Tätigkeit (World Health Organization 2015b, 159). Über eine Anpassung von Gesundheitssystem und Pflege hinaus bedarf es folglich der Schaffung altersgerechter Lebenswelten (*age-friendly environments*), die es den Älteren in all ihrer Heterogenität ermöglichen „to be and to do what they have reason to value“ (World Health Organization 2015b, 218).

Eng damit verknüpft ist die Zielsetzung, dass Ältere in ihrer gewohnten Umgebung älter werden können (*ageing in place*). Gemeint ist hiermit „the ability of older people to live in their own home and community safely, independently, and comfortably, regardless of age, income or level of intrinsic capacity“ (World Health Organization 2015b, 36). Unberücksichtigt bleibt hierbei jedoch, unter welchen Umständen ein Verbleiben in der gewohnten Umgebung tatsächlich vorteilhaft ist. Gerade in peripheren Räumen bieten eine möglicherweise zu große Immobilie, ein ausgedünntes soziales Netzwerk und rückläufige wirtschaftliche oder bürger-schaftliche Tätigkeitsfelder, Beetz zufolge, möglicherweise nicht mehr die gewünschte Absicherung. Zudem können Ältere die lokalen Bedingungen abhängig von den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen unterschiedlich gut nutzen (Beetz 2009, 122).

3.3.2 Altersgerechte Quartiere

Durch Veränderungen des Alltags, z. B. das Ausscheiden aus dem Berufsleben, Veränderungen der Mobilitätsoptionen, z. B. die Abgabe des Führerscheins, sowie mögliche körperliche oder kognitive Einschränkungen als Folge des biologischen Alterns gewinnt das Wohnumfeld mit zunehmendem Alter tendenziell an Bedeutung (Wolter 2017, 62). Im Kontext einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung erlangt folglich vor allem die altersgerechte Gestaltung von Quartieren Aufmerksamkeit. Die Begrifflichkeit altersgerecht – im Gegensatz zu altersgerecht – unterstreicht die Vorstellung, dass das Altern ein kontinuierlicher Prozess ist und kein Zustand, den man mit Überschreiten einer bestimmten Altersgrenze erreicht (Brüchert/Quentin 2018, 354; Wolter 2017, 63).

Neben dem oben bereits beschriebenen biologischen Prozess des Alterns geht das Altern für viele – insbesondere sozial benachteiligte Personen – mit einem Verlust an finanziellen Ressourcen, z. B. durch niedrige Renten, begrenzten Möglichkeiten und einem fehlenden Anreiz zur Weiterbildung sowie einer Reduzierung sozialer Kontakte einher, z. B. durch den Wegfall von Kontakten mit Arbeitskolleg*innen oder Erkrankung und Versterben von Bezugspersonen (Wolter 2017, 64). Um drohender Einsamkeit und sozialer Isolation entgegenzuwirken, sind förderliche Bedingungen für ein selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe wichtig für ein gesundes Altern (Wolter 2017, 65). Lebenswelten, die ein gesundes Altern unterstützen, umfassen folglich nicht nur ein unterstützendes physisches Lebensumfeld, sondern auch eine Anerkennung der Diversität des Alterns, eine Abkehr von stereotypen Altersbildern sowie die Stärkung von Autonomie und freier Entscheidung (World Health Organization 2015b, 218–219).

Die WHO hat 2010 ein globales Netzwerk sogenannter *age-friendly cities* gegründet, dem Städte und Gemeinden angehören, die die lokalen Bedingungen für ein gesundes Altern verbessern wollen (World Health Organization 2015a, 4). *Age-friendly cities* adressieren dabei gleichermaßen die soziale und die gebaute Umwelt (World Health Organization 2015a, 3). Als Kernprinzipien gelten Erreichbarkeit und Zugänglichkeit sowie Inklusion und Chancengleichheit (World Health Organization 2015a, 27). Erreichbarkeit und Zugänglichkeit sind beispielsweise dann erfüllt, wenn die gebaute Umwelt eine hohe Fußgänger*innenfreundlichkeit aufweist (World Health Organization 2015a, 35–36; World Health Organization 2007, 13–15), öffentliche Räume und Gebäude barrierefrei gestaltet sind (World Health Organization 2015a, 36–37; World Health Organization 2007, 16–17), öffentliche Verkehrsmittel für alle nutzbar (World Health Organization 2015a, 38–40; World Health Organization 2007, 20–22) und Wohnungen bezahlbar sind (World Health Organization 2015a, 41; World Health Organization 2007, 30). Als Ausdruck einer inklusiven sozialen Umwelt gelten wiederum eine Wertschätzung Älterer im gesellschaftlichen Umgang (World Health Organization 2015a, 42–43; World Health Organization 2007, 45–47), ehrenamtliches Engagement durch Ältere (World Health Organization 2015a, 44; World Health Organization 2007, 51–52), die Beteiligung Älterer an politischen Entscheidungsprozessen (World Health Organization 2015a, 47; World Health Organization 2007, 55), die Verfügbarkeit von pflegerischer und gesundheitlicher Versorgung (World Health Organization 2015a, 49; World Health Organization 2007, 67–69) sowie ökonomische Sicherheit (World Health Organization 2015a, 50; World Health Organization 2007, 49–50). Chancengleichheit bemisst sich daran, dass sich all diese Aspekte zwischen gesellschaftlichen Teilgruppen, z. B. mit hohem oder niedrigem Einkommen, nicht substantiell unterscheiden (World Health Organization 2015a, 30).

Die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in Berlin-Moabit unterstreichen die Bedeutung einer integrierten Betrachtung der sozialen und gebauten Umwelt. Der Zugang zu barrierearmen und bezahlbaren Wohnungen wird hier in Hinblick auf eine altersgerechte Quartiersentwicklung als zentral beschrieben. Dies gilt insbesondere für Ältere mit gesundheitlichen Einschränkungen und geringen finanziellen Ressourcen, die fürchten, im Falle eines Umzugs das gewohnte Wohnumfeld verlassen zu müssen und hierdurch wichtige informelle Netzwerke und nachbarschaftliche Unterstützung zu verlieren (Wolter 2017, 69–70). Auch mangelnde Barrierefreiheit im ÖV, Angsträume sowie mangelnde Sitzgelegenheiten im öffentlichen Raum erweisen sich in der explorativen Studie als wichtige Hemmnisse für eine eigenständige Bewältigung des Alltags (Wolter 2017, 71–73). Neben einer nachbarschaftlich organisierten Selbsthilfe erweisen sich zudem informelle Treffpunkte im öffentlichen Raum als wichtig für die soziale Teilhabe (Wolter 2017, 73–75).

3.4 Kommunale Rad- und Fußverkehrsförderung

Das Zurücklegen von Wegen zu Fuß oder mit dem Fahrrad wird in der Mobilitätsforschung und Verkehrsplanung auch als aktive Mobilität, d. h. als Fortbewegung „aus eigener Körperkraft“ (Bracher 2016, 266), bezeichnet. Neben aktiver Mobilität sind auch die Begriffe nicht-motorisierter Verkehr, Nahmobilität und Langsamverkehr verbreitet (Bracher 2016, 266). Im Vordergrund steht die Abgrenzung von der Fortbewegung durch motorisierte Verkehrsmittel – denn Wege, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt werden, werden nicht mit dem Auto zurückgelegt. Aus verkehrsplanerischer Perspektive wird aktive Mobilität folglich vor allem gefördert, um CO₂-Emissionen, aber auch die Belastung mit Lärm und Luftschadstoffen zu reduzieren (Deffner 2018, 425; Bracher 2016, 276). In den Gesundheitswissenschaften bezeichnet aktive Mobilität als transportbezogene Aktivität eine Form körperlicher Aktivität. Regelmäßige körperliche Aktivität beugt erwiesenermaßen verschiedenen nicht übertragbaren Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes vor und trägt darüber hinaus zur Reduzierung von Gesundheitsrisiken, wie Bluthochdruck und Übergewicht, bei (World Health Organization 2018, 12). Radfahren und Zufußgehen werden in diesem Zusammenhang als Chance betrachtet, regelmäßige körperliche Aktivität in den Alltag zu integrieren (World Health Organization 2018, 16).

Nachdem das Radfahren und Zufußgehen mit der zunehmenden Verbreitung des Automobils in den 1960er und 1970er Jahren mehr und mehr an Bedeutung verloren hatte, setzte in den vergangenen zwanzig bis dreißig Jahren eine langsame Umkehr und Wiederentdeckung der aktiven Mobilität ein (Deffner 2018, 419). Dennoch stehen der Rad- und Fußverkehr in der Verkehrspolitik meist hinter dem Autoverkehr und dem Öffentlichen Nahverkehr zurück, was sich u. a. in einer schwächeren Verankerung in Regelwerken widerspiegelt (Bracher 2016, 288). Auf kommunaler Ebene gilt die Rad- und Fußverkehrsförderung weitgehend als freiwillige Aufgabe. Jenseits der Verkehrssicherungspflicht, die den Kommunen als Straßenbaulastträger für kommunale Straßen obliegt, sind die personellen und finanziellen Handlungsspielräume eng gesteckt (Bracher 2016, 270). Dass viele Kommunen seit den 1990er Jahren insbesondere für den Radverkehr dennoch aktiv geworden sind, zeigen u. a. die Arbeitsgemeinschaften Fahrradfreundlicher Kommunen in vielen Bundesländern (Deffner 2018, 420).

Regelwerke für den Radverkehr wurden bereits seit den 1980er Jahren entwickelt (Bracher 2016, 268). Von einem „systematische(n) Verständnis des Radverkehrs als Teil einer integrierten und intermodalen Verkehrspolitik“ (Bracher 2016, 269) kann jedoch erst seit 2002 mit dem ersten Nationalen Radverkehrsplan die Rede sein. 2021 wurde nun der Nationale Radverkehrsplan 3.0 (NRVP) beschlossen. Ziel ist es, die Zahl der mit dem Fahrrad zurückgelegten Kilometer bis 2030 zu verdoppeln (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2021, 9). Zudem soll das Radfahren attraktiver und sicherer werden (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2021, 10). Als Argument für eine Radverkehrsförderung wird neben dem Erreichen der Klimaschutzziele u. a. auf die gesundheitsfördernde Wirkung

der aktiven Mobilität und den Beitrag zu einer sozial gerechteren Mobilität verwiesen (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2021, 11–13). Handlungsbedarf benennt der NRVP insbesondere beim Ausbau der Infrastruktur und der Erhöhung der Verkehrssicherheit (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2021, 14–15). Neben dem Infrastrukturausbau sieht der NRVP die Förderung einer Fahrradkultur sowie die Förderung von Fahrradwirtschaft und Radtourismus vor. Zusätzlich wird eine radverkehrsfreundliche Politik im NRVP als zentrale Säule der Radverkehrsförderung dargestellt (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2021, 18–20). Hier geht es um eine Modernisierung des radverkehrsbezogenen Rechtsrahmens, u. a. durch die stärkere Verankerung des Radverkehrs im Bau- und Planungsrecht, und die finanzielle Förderung von Radverkehr mit bis zu 30 Euro pro Person und Jahr (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2021, 23–25). Radverkehrsförderung soll auf allen Verwaltungsebenen als verbindliche Querschnittsaufgabe etabliert werden, wobei vor allem den Landkreisen eine koordinierende Rolle zukommen soll (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2021, 27). Bezogen auf die räumliche Entwicklung der Städte und Gemeinden wird nicht weniger als ein „Paradigmenwechsel“ (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2021, 29) hin zu einer an Nachhaltigkeit, Lebensqualität, Gesundheit und Resilienz orientierten Verkehrs- und Siedlungsentwicklung gefordert. Wie dies ausgehend von einer strategischen Verknüpfung von aktiver Mobilität und Gesundheit aussehen kann, verdeutlicht der Healthy-Streets-Ansatz in London (siehe Box auf Seite 57).

Für den Fußverkehr gibt es seit 2002 mit den Empfehlungen für Fußverkehrsanlagen (EFA) der Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen ebenfalls ein eigenständiges Regelwerk, das u. a. die Wegebreite und die Anforderungen an Querungsmöglichkeiten thematisiert. Jedoch weist dieses Regelwerk nur eine geringe Verbindlichkeit auf (Bracher 2016, 285–286). Eine rahmensetzende Strategie, wie sie der NRVP für den Radverkehr darstellt, gibt es für den Fußverkehr bisher nicht. Das Umweltbundesamt möchte dies ändern und hat 2018 im Rahmen eines Forschungsvorhabens Grundzüge einer bundesweiten Fußverkehrsstrategie erarbeiten lassen, die den Fußverkehr als „Basis für eine umweltfreundliche Mobilität“ (Bauer et al. 2018, 21) versteht und entsprechende Empfehlungen formuliert. Bei den Argumenten für den Fußverkehr steht – ähnlich dem NRVP – der gesundheitliche Nutzen aktiver Mobilität neben dem Beitrag zum Klimaschutz und zur Reduzierung von Lärm und Luftschadstoffen (Bauer et al. 2018, 20–21). In Hinblick auf soziale Gerechtigkeit wird ausgeführt, dass eine Förderung des Fußverkehrs die Teilhabe insbesondere von Älteren, Kindern und Jugendlichen sowie von Menschen mit geringem Einkommen und von Menschen mit körperlichen Einschränkungen unterstützt (Bauer et al. 2018, 24). Handlungsbedarf wird u. a. hinsichtlich des Mangels an Platz für den Fußverkehr, der Verkehrssicherheit sowie einer fehlenden institutionellen Verankerung und eines fehlenden (kommunal-)politischen Bewusstseins für den Fußverkehr gesehen (Bauer et al. 2018, 27–33). Empfohlen wird – ähnlich dem NRVP – eine bes-

sere rechtliche Verankerung des Fußverkehrs, z. B. über eine Verankerung der fußläufigen Erreichbarkeit im Planungsrecht (Bauer et al. 2018, 42). Zudem werden ein höherer Gestaltungs- und Handlungsspielraum für Kommunen (Bauer et al. 2018, 43–44) sowie klare Zuständigkeiten und personelle Ressourcen auf allen Verwaltungsebenen gefordert (Bauer et al. 2018, 47).

Neben dem Ausbau der Rad- und Fußverkehrsinfrastruktur gelten die Instandhaltung und Sanierung bestehender Verkehrsanlagen sowie deren Anpassung an geltende Standards als wichtige Aufgaben der Rad- und Fußverkehrsförderung (Bracher 2016, 279). In bestehenden Straßenräumen gilt Rad- und Fußwegeplanung als „Detailarbeit“ (Bracher 2016, 280). Es muss eine Vielzahl von Fragen geklärt werden, z. B. hinsichtlich von Ampelschaltungen, Beleuchtung, Entwässerung und Wegweisung (Bracher 2016, 280–281). Darüber hinaus ist eine hohe Detailkenntnis bezüglich der Bedürfnisse und Anforderungen der Nutzer*innen sowie bezüglich der Hemmnisse für Nichtnutzer*innen erforderlich (Deffner 2018, 417). Jenseits der baulichen und infrastrukturellen Fragen betont Deffner die kommunikative Arbeit, die mit der Förderung aktiver Mobilität einhergeht (Deffner 2018, 417).

Beispiel: Healthy Streets, London

Der Healthy-Streets-Ansatz in London wurde ins Leben gerufen, um der „physical inactivity crisis“ (Plowden 2020, 156) zu begegnen. Die Priorisierung von Gehen, Radfahren und öffentlichem Verkehr soll London zu einer gesunden Stadt machen (Transport for London 2017). Verkehr und Gesundheit sollen dahingehend strategisch verbunden werden, dass die positiven Gesundheitseinflüsse durch aktive Mobilität gestärkt und die negativen Gesundheitseinflüsse durch Unfälle, Luftverschmutzung und Lärm reduziert werden (Plowden 2020, 157). Der Healthy-Streets-Ansatz setzt auf drei Ebenen an: der Gestaltung der Straßenräume, dem Management des Verkehrsnetzes sowie der räumlichen Planung (Transport for London 2017, 8–10). Zehn Indikatoren bilden ab, was *Healthy Streets* ausmacht: darunter saubere Luft, wenig Lärm, ein hohes Sicherheitsempfinden, einfache Straßenquerungen und Gelegenheiten zum Ausruhen (Transport for London 2017, 12–13). Der Healthy-Streets-Ansatz fordert eine neue Sichtweise auf die Straßenräume Londons ein: „Delivering Healthy Streets requires a major shift in thinking about what a city’s streets are for and who and what should take priority in their design and use. (...) This is as much a political challenge as a technical one“ (Plowden 2020, 160).

Der Healthy-Streets-Ansatz wird verstanden als ein „system of policies and strategies to help Londoners use cars less and walk, cycle and use public transport more“ (Transport for London 2017, 8). So ist der Healthy-Streets-Ansatz als ein Baustein zur Schaffung gesundheitsfördernder Nachbarschaften u. a. in der *London Health Inequalities Strategy* verankert (Greater London Authority 2018, 96). Der Healthy-Streets-Ansatz trägt insofern zu gesundheitlicher Chancengleichheit bei, dass die angestrebte Umgestaltung der Straßenräume z. B. für Frauen und Ältere das Sicherheitsgefühl stärkt, für Menschen mit körperlichen Einschränkungen das

Queren von Straßen erleichtert und für Ältere und Menschen mit kleinen Kindern Gelegenheiten zum Ausruhen bietet (Greater London Authority 2018, 99).

Der Healthy-Streets-Ansatz wird als *joint-up government* beschrieben, das mehrere Politikfelder umfasst, institutionelle Grenzen überwindet und eine abgestimmte Entscheidungsfindung von der Strategie über die Investitionsplanung und das Design bis hin zum Betrieb gewährleistet (Plowden 2020, 160). Der Healthy-Streets-Ansatz setzt dabei auf die Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Sektor, privatem Sektor und Zivilgesellschaft sowie auf die Zusammenarbeit mit Einzeleigentümern und Projektentwicklern, mit den Londoner Stadtbezirken sowie mit der Greater London Authority (Transport for London 2017, 14; Plowden 2020, 157–160). Institutionell begünstigt werde der Ansatz durch die Entscheidungsebene und Handlungsbefugnisse des Oberbürgermeisters sowie einer hausinternen Innovationsabteilung bei *Transport for London* (Plowden 2020, 160).

3.4.1 Sozialökologisches Modell für einen aktiven Lebensstil

Etwa zeitgleich mit dem Wiedererstarken des Interesses an aktiver Mobilität im Verkehrsbereich erfuhr auch das Verständnis von körperlicher Aktivität in den Gesundheitswissenschaften eine Wandlung. Während der Fokus in den 1970er Jahren vor allem auf sportlichen Aktivitäten lag, wurde ab den 1990er Jahren zunehmend von körperlicher Aktivität in einem weiteren Sinne gesprochen, die z. B. auch zügiges Gehen umfasst. Eine weitere Ausweitung des Begriffsverständnisses erfolgte ab Ende der 1990er dadurch, dass der Fokus von Freizeitaktivitäten auf einen aktiven Lebensstil (*active living*) ausgeweitet wurde, der neben der Freizeit auch die Lebensbereiche Haushalt, Beruf und Mobilität umfasst (Sallis et al. 2006, 298).

Beispielhaft hierfür steht das sozialökologische Modell für einen aktiven Lebensstil, das Sallis et al. (2006) entwickelten, um spezifische Zugänge und Konzepte verschiedener Disziplinen zusammenzuführen und dadurch ein umfassenderes Verständnis für aktive Mobilität und andere Formen der körperlichen Aktivität zu ermöglichen (Sallis et al. 2006, 298). Sozialökologische Modelle beschreiben den Zusammenhang zwischen dem individuellen Verhalten und der physischen, soziokulturellen und politischen Umwelt. Sie gehen damit über psychosoziale Modelle hinaus, auf denen individuelle und gruppenbezogene Ansätze der Bewegungsförderung basieren (Sallis et al. 2006, 299). Das Modell zeigt Interventionsmöglichkeiten auf, um körperliche Aktivität in all ihren Facetten zu fördern, und zielt dabei insbesondere auf „multilevel interventions based on ecological models and targeting individuals, social environments, physical environments, and policies“ (Sallis et al. 2006, 298).

Neben der aktiven Mobilität umfasst das sozialökologische Modell für einen aktiven Lebensstil drei weitere sogenannte Domänen der Bewegung: Aktivitäten im Haushalt, arbeitsbezogene Aktivität sowie aktive Freizeitgestaltung (Sallis et al. 2006, 300). Als mögliche Einflussbereiche auf die vier Domänen der Bewegung werden in dem mehrschichtigen Modell intrapersonale Merkmale und die wahrgenommene Umwelt, sowie Charakteristika von verhaltensbezogenen

Settings und die politischen Rahmenbedingungen dargestellt (siehe Abbildung 6). Die sozio-kulturelle und natürliche Umwelt, die Einflussfaktoren wie Sicherheit und soziale Beziehungen sowie Topografie und Luftqualität umfassen, werden quer zu den bereits genannten Einfluss-ebenen dargestellt (Sallis et al. 2006, 302).

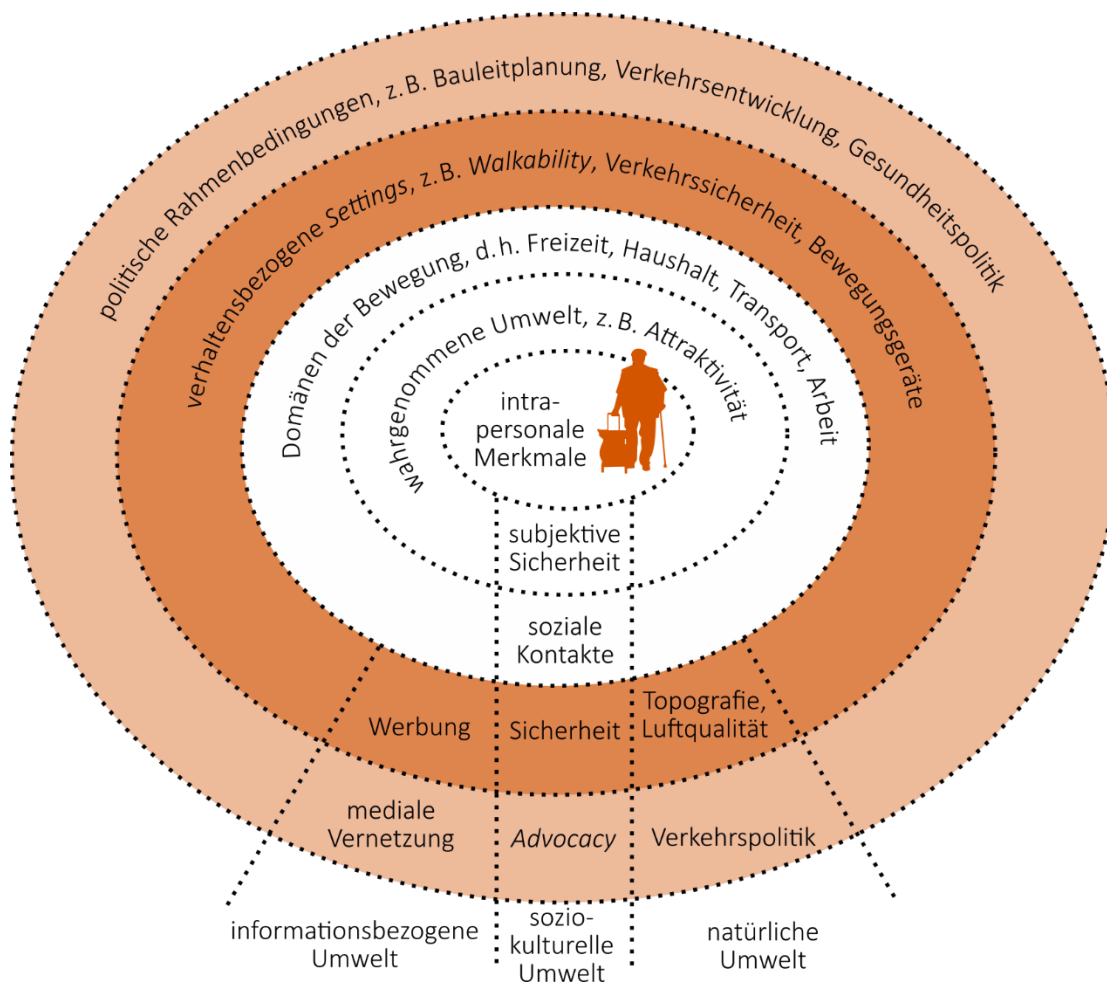


Abbildung 6: Sozialökologisches Modell für einen aktiven Lebensstil (eigene, vereinfachte Darstellung nach Sallis et al. 2006, 301)

Verhaltensbezogene *Settings* bezeichnen mögliche Orte, an denen körperliche Aktivität stattfinden kann. Sowohl der Zugang zu den Orten als auch deren spezifische Ausgestaltung können das Bewegungsverhalten beeinflussen (Sallis et al. 2006, 302). Als mögliche Einflussfaktoren auf aktive Mobilität werden u. a. die *Walkability* des Wohnumfeldes, die Rad- und Fußwegeinfrastruktur sowie das Verkehrsaufkommen benannt (Sallis et al. 2006, 301). Die politischen Rahmenbedingungen wiederum umfassen Regularien und Programme, wie das Bau- und Planungsrecht oder Investitionen in die Stadtentwicklung und den Verkehrssektor. Durch die Gestaltung der gebauten Umwelt haben die politischen Rahmenbedingungen einen indirekten Einfluss auf das Bewegungsverhalten (Sallis et al. 2006, 301–302). Hier sind auch die kommunalpolitischen Entscheidungsprozesse zu verorten, die zu einer mehr oder weniger bewegungsfreundlichen Gestaltung der Umwelt beitragen (Frahsa 2018, 403). Kommunen sind demnach nicht nur als gebaute Umgebungen, sondern auch als „Orte politischen Handelns“

(Frahsa 2018, 404) zu betrachten. Die bewegungsfreundliche Gestaltung der Umwelt zeichnet sich nicht nur durch eine Eigenschaft des physischen Raums aus, sondern auch durch eine „bewegungspolitische Handlungskompetenz“ (Frahsa 2018, 412). Diese umfasst die Förderung intersektoralen Handelns ebenso wie die Ausrichtung von Maßnahmen zur Förderung der aktiven Mobilität an dem Ziel der Chancengleichheit (Frahsa 2018, 412).

Für die Erforschung und bevölkerungsweite Förderung körperlicher Aktivität in allen Lebensbereichen erachten Sallis et al. sozialökologische Modelle deshalb als zielführend, weil sie die konkreten Orte in den Blick nehmen, an denen Menschen aktiv sind oder sein können. So kann beispielsweise der Einfluss autoorientierter Siedlungsstrukturen, fehlender Rad- und Fußwege oder computerfokussierter Arbeitsplätze einbezogen werden (Sallis et al. 2006, 299–300). Sozialökologische Modelle werden jedoch dafür kritisiert, dass sie zwar eine Vielzahl möglicher Einflussfaktoren benennen, aber wenig Erklärungskraft dahingehend besitzen, welche Faktoren und Konstellationen von Faktoren sich tatsächlich auf das Bewegungsverhalten der Bevölkerung auswirken (Frahsa 2018, 400).

3.4.2 Walkability im Wohnumfeld

An der Schnittstelle zwischen räumlicher Planung und Gesundheitsförderung ist das Konzept der *Walkability* von besonderem Interesse, das den Zusammenhang zwischen der gebauten Umwelt, z. B. dem Wohnumfeld, und dem aktiven Zurücklegen von Wegen in den Blick nimmt (Frahsa 2018, 398–399; Tran 2018, 287). Aus verkehrlicher Sicht ist hierbei die Frage von Interesse, inwiefern die gebauten Strukturen zu einer Reduzierung des Verkehrsaufkommens, d. h. der Anzahl und Länge der Wege, und einer Verlagerung des Verkehrs weg vom Auto hin zu Rad- und Fußverkehr sowie ÖV-Nutzung beitragen können (Ewing/Cervero 2010, 265–266). In den Gesundheitswissenschaften stehen dagegen die Vermeidung körperlicher Inaktivität und steigende Adipositas-Raten im Fokus der Auseinandersetzung mit *Walkability* (Tran 2018, 287). Über Fußgänger*innenfreundlichkeit und Aufenthaltsqualität hinaus wird *Walkability* teils als „umfassendes Konzept für eine lebenswerte nachhaltige Stadt“ (Tran 2018, 287) verstanden.

Im Kontext einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung werden ein enges und ein weites *Walkability*-Verständnis unterschieden (Bucksch/Schneider 2014, 18). Das enge *Walkability*-Verständnis geht vor allem auf quantitative Studien in US-amerikanischen Städten zurück, die die gebaute Umwelt über die sogenannten drei (später fünf bzw. sechs) Ds abbilden. Zu den drei Ds gehören *density*, z. B. Bevölkerungs- oder Arbeitsplatzdichte, *diversity*, d. h. die Vielfalt der Flächennutzungen, und *design*, z. B. die Konnektivität des Straßennetzes, das Vorhandensein von Gehwegen oder die Anzahl der Querungsmöglichkeiten (Ewing/Cervero 2010, 267). Als viertes und fünftes D gelten die Erreichbarkeit von Alltagszielen (*destination acces-*

sibility) und die Entfernung zur nächstgelegenen ÖV-Haltestelle (*distance to transit*). In manchen Studien wird zudem auf Verkehrs- bzw. Mobilitätsmanagement (*demand management*) als mögliches zusätzliches Kriterium verwiesen (Ewing/Cervero 2010, 267).

Das weite Walkability-Verständnis berücksichtigt, jenseits der objektiv messbaren Merkmale des Straßen- und Verkehrsnetzes und der Entfernung zu Alltagszielen, auch Aspekte der subjektiven Wahrnehmung, wie die ästhetische Qualität öffentlicher Räume, das Sicherheitsempfinden, die wahrgenommene Qualität der Alltagsziele und die Wahrnehmung klimatischer Bedingungen (Bucksch/Schneider 2014, 20–21). Damit steht das weite Walkability-Verständnis Ansätzen aus Architektur und Städtebau nahe, die sich mit der Gestaltung und Nutzung öffentlicher Räume beschäftigen. Gehls Gestaltungskriterien für *Cities for people* sind hierfür ein prominentes Beispiel. Die zwölf Gestaltungskriterien beziehen sich auf den Schutz des Menschen vor Verkehr, vor Kriminalität sowie vor Witterung und Lärm, auf die Bereitstellung von Möglichkeiten zum Gehen, Verweilen und Sitzen, zum Schauen, Reden und Zuhören sowie zu Sport und Bewegung, auf einen menschlichen Maßstab (*human scale*) und das positive Erleben klimatischer Bedingungen und guter Gestaltung (Gehl 2010, 239).

Welche Merkmale der gebauten und wahrgenommenen Umwelt die Entscheidung, Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückzulegen, in welchem Maße beeinflussen, ist Gegenstand laufender Forschungen (Tran 2018, 291). Bezogen auf ältere Menschen zeigen Studien, dass Wege vor allem dann aktiv zurückgelegt werden, wenn alltägliche Ziele, wie Lebensmittelgeschäfte, gut erreichbar sind (Cerin et al. 2017, 15–16). Dies bestätigt auch eine Querschnittstudie, die im Rahmen des Forschungsprojekts AFOOT durchgeführt wurde (siehe Kapitel 1.5). Eine hohe fußläufige Erreichbarkeit von Alltagszielen – hier eingeschätzt auf Basis der Gehzeit vom Wohnort zu den entsprechenden Einrichtungen – ist demnach positiv mit dem Zurücklegen von Wegen zu Fuß (Brüchert et al. 2020, 10) ebenso wie dem Zurücklegen von Wegen mit dem Fahrrad assoziiert (Brüchert et al. eingereicht). Bezogen auf das Zufußgehen sind in der Querschnittstudie außerdem das Vorhandensein von Gehwegen und die Konnektivität des Straßennetzes positiv mit dem Zufußgehen und der Häufigkeit des Zufußgehens assoziiert (Brüchert et al. 2020, 10). Zudem unterstützen der Studie zufolge eine als ansprechend und sicher wahrgenommene Umwelt das Zufußgehen Älterer (Brüchert et al. 2020, 10). Für Personen, die eine Gehhilfe nutzen, sind eine gute Beschaffenheit der Gehwege und eine als ansprechend wahrgenommene Umgebung besonders wichtig (Brüchert et al. 2020, 13). Die Meta-Analyse von Cerin et al. benennt darüber hinaus die Möglichkeit, sich zwischendurch auszuruhen, und eine angemessene Beleuchtung als wichtige Kriterien, damit ältere Menschen Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen (Cerin et al. 2017, 15–16).

Bezogen auf das Radfahren erweisen sich in der Querschnittstudie aus dem Forschungsprojekt AFOOT insbesondere die Konnektivität des Straßennetzes und das Vorhandensein von Radwegen als wichtig (Brüchert et al. eingereicht). Eine als ansprechend wahrgenommene Umge-

bung weist ebenfalls einen positiven Zusammenhang mit dem Radfahren auf. Der Zusammenhang mit einer als sicher wahrgenommenen Umgebung bestätigt sich bezogen auf das Radfahren hingegen nicht (Brüchert et al. eingereicht). Eine in Belgien durchgeführte Studie spezifiziert weiter, dass ältere Radfahrende Wert auf vom motorisierten Verkehr getrennte Radwege legen und Routen mit einem geringen Verkehrsaufkommen bevorzugen (van Cauwenberg et al. 2019).

3.5 Normative Leitbilder und Interventionsansätze einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung

In diesem Kapitel wurden mit dem umweltbezogenen Gesundheitsschutz, der Gesundheitsförderung in Lebenswelten, der altersgerechten Kommunalentwicklung und der kommunalen Rad- und Fußverkehrsförderung vier mögliche Handlungsfelder einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung vorgestellt. Hierbei wurde besonderes Augenmerk auf die normativen Leitbilder und Interventionsansätze sowie die Gesundheitsverständnisse und Herangehensweisen an Gesundheit in den einzelnen Handlungsfeldern gelegt. Die Gesundheitsverständnisse und Herangehensweisen an Gesundheit sollen hier ausgehend von der in der Einführung dieses Kapitels ausgeführten Unterscheidung zwischen salutogenetischen und pathogenetischen, zwischen verhaltens- und verhältnisbezogenen sowie zwischen individuellen und bevölkerungsbezogenen Sichtweisen auf und Herangehensweisen an Gesundheit eingeschätzt werden.

Der umweltbezogene Gesundheitsschutz ist in erster Linie durch eine pathogenetische Sichtweise auf Gesundheit, d. h. einen Fokus auf gesundheitliche Risiken, geprägt. Über das Schutzgut menschliche Gesundheit findet diese Sichtweise im Rahmen der Umweltprüfungen Eingang in das kommunale Handeln (siehe Kapitel 3.1.1). Das an der Schnittstelle zwischen räumlicher Planung und Gesundheitsförderung verortete Leitbild Umweltgerechtigkeit strebt darüber hinaus eine bevölkerungsbezogene Sichtweise an, die nach der Verteilung gesundheitlicher Risiken und Ressourcen fragt (siehe Kapitel 3.1.2). Sowohl das Schutzgut menschliche Gesundheit als auch das Leitbild Umweltgerechtigkeit stehen für einen umweltbezogenen Umgang mit Gesundheit und sind damit der Verhältnisprävention zuzurechnen. Die Gesundheitsförderung in Lebenswelten basiert auf dem Modell der Gesundheitsdeterminanten und steht damit für ein umfassendes Gesundheitsverständnis, das – im Sinne der Salutogenese – explizit auf die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen ausgerichtet ist. Im Kontext der räumlichen Planung findet diese Sichtweise in Ansätzen des *healthy urban planning* Eingang (siehe Kapitel 3.2.1) und im Kontext der Gesundheitsförderung über den Setting-Ansatz (siehe Kapitel 3.2.2). Beide Ansätze betrachten Kommunen bzw. ihre Quartiere als Lebenswelten, innerhalb derer Menschen ihre Gesundheit mehr oder weniger gut erhalten können. Sie verbinden gezielt die Verhältnis- mit der Verhaltensprävention.

Im Zusammenhang mit einer altersgerechten Kommunalentwicklung knüpft das Leitbild gesundes Altern an die im Modell der Gesundheitsdeterminanten zum Ausdruck gebrachte Umweltgebundenheit von Gesundheit und ein weites Verständnis von Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden an. Im Vordergrund steht hierbei, wie die soziale und gebaute Umwelt die individuelle Handlungsfähigkeit Älterer unterstützen kann (siehe Kapitel 3.3.1). Altersgerechte Quartiere sind folglich nicht nur durch bauliche Merkmale, wie eine barrierefreie Infrastruktur, geprägt, sondern auch durch Gelegenheiten zu gesellschaftlicher Teilhabe und ein respektvolles Miteinander (siehe Kapitel 3.3.2). Das sozialökologische Modell für einen aktiven Lebensstil unterstreicht ebenfalls die Umweltgebundenheit von Gesundheit (siehe Kapitel 3.4.1). Ausgehend von konkreten Aspekten, wie der *Walkability* des Wohnumfeldes, wird zudem deutlich, wie die physisch-räumliche Umwelt, z. B. durch das Vorhandensein und die Qualität von Gehwegen, das individuelle Verhalten, d. h. das Zurücklegen eines Weges zu Fuß oder mit dem Fahrrad, unterstützen kann (siehe Kapitel 3.4.2). Die kommunale Rad- und Fußverkehrsförderung ließe sich hieran anknüpfend als ein Ineinandergreifen von Verhaltens- und Verhältnisprävention begreifen.

Die unterschiedlichen Sichtweisen auf Gesundheit und die daraus resultierenden Interventionsansätze unterscheiden sich zwar hinsichtlich der Interventionsrichtung, ergänzen sich jedoch hinsichtlich des gemeinsamen Ziels von mehr Gesundheit (Bauer et al. 2006, 156; Sieber 2017, 15–16). Umweltbezogener Gesundheitsschutz und die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten sind demnach nicht als einander exkludierende Zugänge zu verstehen. Zudem kann eine altersgerechte Kommunalentwicklung neben der Schaffung einer unterstützenden sozialen und gebauten Umwelt im Sinne des Schutzes vulnerabler Gruppen auch den Schutz Älterer vor umweltbezogenen Gesundheitsrisiken umfassen. Die kommunale Rad- und Fußverkehrsförderung kann gleichermaßen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen unterstützen und durch die Reduktion von verkehrlichen Emissionen zum Gesundheitsschutz beitragen.

Mit Blick auf die rechtliche und programmatische Verankerung der möglichen Handlungsfelder einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung wird deutlich, dass vor allem der umweltbezogene Gesundheitsschutz mit seiner pathogenetischen Sichtweise auf Gesundheit, z. B. durch verbindliche Grenz- und Richtwerte im Immissionsschutz, fest im kommunalen Handeln verankert ist. Aber auch ein an der salutogenetischen Sichtweise auf Gesundheit orientiertes Handeln erfährt zunehmend Aufmerksamkeit, wie die Verabschiedung des Präventionsgesetzes (2015) und die Aufnahme von Umweltgerechtigkeit in die Zielsetzungen der Städtebauförderprogramme Soziale Stadt (2016), Zukunft Stadtgrün (2017) und Sozialer Zusammenhalt (2020) zeigen. Die kommunalen Handlungsspielräume in der Gesundheitsförderung sind dadurch gewachsen. Jedoch bleibt ein solches Handeln freiwillig und unterliegt damit der kommunalen Entscheidungsfindung. Ob Kommunen die neuen Möglichkeiten angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen und personeller Kapazitäten nutzen, wird wesentlich davon

abhängen, ob Gesundheit jenseits des Gesundheitsschutzes als Gegenstand des kommunalen Handelns anerkannt und welche Priorität diesem Gegenstand beigemessen wird.

Die Anerkennung von Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns setzt ein entsprechendes Problemverständnis der kommunalen Akteur*innen voraus. Hier setzt die vorliegende Arbeit an und untersucht Problemdefinitionen im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung. Nachdem in diesem Kapitel mit normativen Leitbildern und Interventionsansätzen in vier Handlungsfeldern mögliche Problemdefinitionen in einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung literaturbasiert herausgestellt wurden, geht es im Weiteren um die empirische Untersuchung tatsächlicher Problemdefinitionen im kommunalen Handeln. Im nachfolgenden Teil II der Arbeit werden zunächst der Forschungszugang und das methodische Vorgehen für die empirische Erhebung und anschließend die Untersuchungsregion und das Reallabor vorgestellt.

Teil II: Forschungszugang, Methodik und Untersuchungsregion

Im Folgenden wird zunächst auf die soziale Konstruktion von Policy Problemen eingegangen und daran anknüpfend der *Framing*-Ansatz als analytischer Zugang zu Problemdefinitionen eingeführt. Mit *Frames* als Denk- und Handlungsmuster und *Framing* als ein Prozess der Bedeutungskonstruktion werden zwei komplementäre Auslegungen des Ansatzes berücksichtigt. Anschließend werden das Forschungsdesign und das methodische Vorgehen für die empirische Analyse von *Frames* und *Framing* im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung beschrieben. Hierbei wird nacheinander auf die interviewbasierte Fallstudienanalyse, den Forschungsansatz Reallabor und die qualitative Inhaltsanalyse eingegangen. Im Anschluss werden die Untersuchungsregion und das in der Region durchgeführte Reallabor vorgestellt. Basierend auf der siedlungsstrukturellen und demografischen Einschätzung der Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten werden die Untersuchungsfälle der Fallstudienanalyse dargestellt. Zudem wird die Gemeinde Ritterhude als Reallabor-Kommune näher charakterisiert. Hierbei werden auch die Akteur*innen und die Zusammenarbeit im Reallabor sowie der Ablauf und die Phasen des Reallabors beschrieben.

4 Forschungszugang und methodisches Vorgehen

In der vorliegenden Arbeit wird von einer sozialen Konstruktion von Problemen ausgegangen, die den Ausgangspunkt für politisches und administratives Handeln darstellen. Ein Problem ist dabei definiert durch die Abweichung zwischen einem gegebenen Ist-Zustand und einem als wünschenswert erachteten Soll-Zustand: „A policy problem is usually defined as a gap between the existing and a normatively valued situation that is to be bridged by government action“ (Hisschemöller/Hoppe 1995, 43). Da die Einschätzung des Ist-Zustands als problematisch bzw. veränderungswürdig nicht losgelöst von dem normativ bestimmten Soll-Zustand erfolgt, sind die im politischen und administrativen Handeln adressierten Probleme sozial und politisch konstruiert (Hisschemöller/Hoppe 1995, 43).

Durch die Auffassung von Problemen als soziale Konstruktionen verschiebt sich der Fokus von der Problemlösung und möglichen Umsetzungshemmnissen hin zu den Prozessen der Problemdefinition. Wenn es darum geht, die Ausrichtung öffentlicher *Policies*, z. B. der Stadt- bzw. Gemeindeentwicklung, zu verstehen, erlangen folglich die „Prozesse der Problemdefinition im Sinne einer Transformation von Phänomenen in ein Problem“ (Barbehön et al. 2015, 27) einen hohen Stellenwert. Policy Probleme sind dabei „aus heutiger Sicht komplexer in dem Sinne, dass sie nicht nur in der angemessenen Lösung umstritten sind, sondern auch dahingehend, worin ein Problem eigentlich besteht“ (Münch 2016, 2). Als besonders umstritten hinsichtlich der Problemdefinition gelten sogenannte *wicked problems* (Rittel/Webber 1973). Rittel und Webber zufolge unterscheiden sich Planungsprobleme grundlegend von wissenschaftlichen oder technischen Problemen. Sie sind schwer zu definieren und sind in diesem Sinne böseartig bzw. knifflig und schwer zu lösen (Rittel/Webber 1973, 160).

Eine etwas differenziertere Einordnung schwer zu lösender Policy Probleme ermöglicht eine Typologie von Hisschemöller und Hoppe (siehe Abbildung 7), die zwischen vier Typen von strukturierten und unstrukturierten Policy Problemen unterscheidet (Hisschemöller/Hoppe 1995, 43; Hoppe 2011, 16). Ein strukturiertes Problem ist der Typologie zufolge durch ein hohes Maß an Sicherheit bezüglich des verfügbaren und relevanten Wissens sowie bezüglich der zur Diskussion stehenden Werte und Normen geprägt. Bei moderat strukturierten Problemen besteht Unsicherheit entweder bezogen auf die verfolgten normativen Ziele oder in Bezug auf das als relevant erachtete Wissen und die Mittel. Im Umgang mit einem unstrukturierten Problem sind sowohl das Wissen über die Situation als auch die normativen Ziele ungeklärt bzw. umstritten (Hoppe 2011, 16; Hisschemöller/Hoppe 1995, 44). Unstrukturierte Probleme können nicht eindeutig abgegrenzt werden und entziehen sich administrativen Zuständigkeiten sowie einer technischen Problemlösung (Hisschemöller/Hoppe 1995, 43). Einer Problemlösung muss in diesem Fall eine Definition oder Strukturierung des Problems selbst vorausgehen: „Solving an unstructured problem requires problem structuring, which is essentially a political activity, to produce new insights on what the problem is about“ (Hisschemöller/Hoppe 1995, 43).

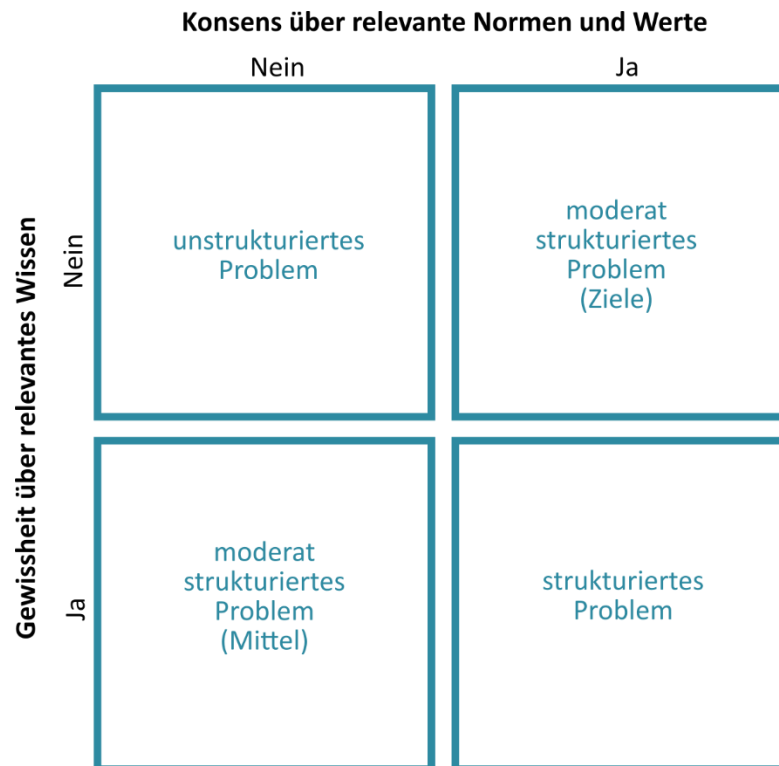


Abbildung 7: Vier Typen von Policy Problemen (eigene Darstellung nach Hisschemöller/Hoppe 1995, 44)

Die gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung weist ausgehend von der Typologie von Hisschemöller und Hoppe Merkmale eines unstrukturierten Problems auf. Zwar zeichnen sich, wie in den Kapiteln 2 und 3 dargestellt, in der theoretischen Auseinandersetzung mit gesundheitsfördernder Kommunalentwicklung normative Zielsetzungen ab, die nach und nach Eingang in Gesetze und Programme erhalten. Aber wie weit diese Zielsetzungen auch in der kommunalen Praxis geteilt werden, ist weitgehend ungeklärt. Auch hinsichtlich des für die gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung als relevant eingestuften Wissens gibt es, z. B. ausgehend vom Schutzgut menschliche Gesundheit, Empfehlungen, deren Umsetzung in die kommunale Praxis jedoch einer näheren Betrachtung bedarf.

In der vorliegenden Arbeit liegt das Augenmerk folglich nicht auf der Problemlösung, d. h. der Umsetzung einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung, sondern auf der ihr vorausgehenden Strukturierung bzw. Definition von Policy Problemen, d. h. dem Anerkennen von Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns. Einen analytischen Zugang hierzu bieten, wie im ersten Teil des Kapitels ausgeführt wird, interpretative Ansätze der Policy Analyse und insbesondere der *Framing*-Ansatz. Grundlage für die empirische Analyse von *Frames* und *Framing* im Kontext einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung sind eine interviewbasierte Fallstudienanalyse und ein vertiefendes Reallabor, die im zweiten Teil des Kapitels vorgestellt werden.

4.1 *Framing*-Ansatz als analytischer Zugang zu Problemdefinitionen

Forschungsansätze, die der Annahme einer sozialen Konstruktion von Problemen folgen, werden in der Policy Analyse ebenso wie in der Planungstheorie der argumentativen bzw. interpretativen Wende zugeordnet. Die argumentative Wende wendet sich von klassischen Ansätzen der Policy Analyse ab, die in den USA der 1950er und 1960er Jahren ihren Ursprung haben. Die klassischen Ansätze der Policy Analyse zielten auf die Produktion wert-neutralen Wissens zur Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse und gingen dabei, Fischer zufolge, von einem rationalen Entscheidungsprozess aus. Sie wiesen eine technokratische Herangehensweise auf, die sich auf bestimmte, z.B. ökonomische, Aspekte der Policy Probleme beschränkte (Fischer 2012, 4–5). Zudem wurden der Implementierungsprozess und die Evaluation von Maßnahmen vernachlässigt (Fischer 2012, 6–7; Dryzek 1993, 215–218).

Die erkannten Grenzen der klassischen Policy Analyse führte in Teilen der Disziplin zu einer stärkeren Aufmerksamkeit für die sozialen und normativen Aspekte der Politikformulierung, einem Hinterfragen der Rolle und des Nutzens akademischen Wissens in der Politikgestaltung sowie einem Bewusstsein für die soziale Konstruktion von Policy Problemen. Komplexe und schwer definierbare Probleme ließen sich nicht mit Rationalität und wissenschaftlichem Wissen allein lösen. Es ergaben sich eine eher prozessbezogene Sichtweise auf Politikgestaltung und eine stärkere Betonung der sozialen Relevanz von Wissen (Daviter 2018, 93–95; Fischer 2012, 10–11).

Argumentative und interpretative Ansätze der Policy Analyse sind vor allem dann interessant, wenn es darum geht, zu hinterfragen, warum ein politisches System sich eines bestimmten Problems oder Themas annimmt und eines anderen nicht (Fischer 2012, 23). Die Vertreter*innen der argumentativen Wende gehen davon aus, dass politische Entscheidungsfindung *nicht* darin besteht, im Sinne einer regelgeleiteten technischen Problemlösung den einzig besten Weg zu einem gegebenen Ziel zu finden (Dryzek 1993, 213). Stattdessen treten Prozesse der Aushandlung in den Vordergrund, die auf unterschiedlichen möglichen Sichtweisen und Überzeugungen basieren (Dryzek 1993, 214).

Ein Ansatz der Policy Analyse, der sich mit Problemdefinitionen als Grundlage der Politikgestaltung beschäftigt, ist der *Framing*-Ansatz. Er strebt eine sorgfältige Konzeptualisierung von komplexen und teils widersprüchlichen Policy Problemen an und setzt in der Problemsetzungs-Phase des Policy Prozesses an, in der beunruhigende Umstände in „Probleme“ umgedeutet werden (Daviter 2018, 97; van Hulst/Yanow 2016, 95–96). Der soziale und politische Prozess der Problemdefinition wird dabei als das Ergebnis von kommunikativer Interaktion und Interpretation betrachtet: „How policy problems are understood is the result of a political process that involves communicative interaction and interpretation“ (Daviter 2018, 91).

Der *Framing*-Ansatz kommt neben der Policy Analyse in vielen unterschiedlichen Disziplinen zur Anwendung, z. B. in der Psychologie, der Forschung zu sozialen Bewegungen, der Konfliktforschung, der Linguistik und den Kommunikationswissenschaften (van Hulst/Yanow 2016,

92–93; Dewulf et al. 2009, 155–156). Hiermit geht eine große konzeptionelle und methodologische Vielfalt einher (Dewulf et al. 2009, 157). Um eine größere konzeptionelle Schärfe zu erlangen, schlagen Dewulf et al. innerhalb der *Framing*-Ansätze eine Unterscheidung zwischen einem kognitiven und einem interaktionalen Paradigma vor. Im kognitiven Paradigma stehen *Frames* als kognitive Repräsentationen im Vordergrund, die Wissen und Wahrnehmung strukturieren. Im interaktionalen Paradigma liegt der Fokus hingegen auf dem *Framing* als Prozess der Aushandlung von Bedeutungen (Dewulf et al. 2009, 156).

Daviter führt eine ähnliche Unterscheidung ins Feld. Er identifiziert einerseits Untersuchungen von (*Policy*) *Frames* in einzelnen Politikfeldern, die auf dem Verständnis basieren, dass die Akteur*innen und Institutionen im politischen Prozess aufgrund ihrer begrenzten Rationalität nur einen selektiven Fokus auf einzelne Aspekte eines in der Realität viel komplexeren Problems legen. Eine große Aufmerksamkeit erhalten in diesen Untersuchungen Fragen nach dem Verhältnis zwischen institutionellen Strukturen und Problemdefinitionen (Daviter 2018, 95). Andererseits identifiziert er Untersuchungen, die die prozessualen Aspekte betonen und *Framing* als Prozess des interaktiven *Sensemaking* begreifen, der untrennbar von politischer und sozialer Interpretation ist. Ihr Bezugspunkt ist die soziale Realität, die durch vielfältige Deutungen und Bedeutungen geprägt ist (Daviter 2018, 97).

Die Unterscheidung zwischen *Frames* und *Framing* ist nicht nur eine sprachliche: „‘frame’ signifies a more definitional, static, and potentially taxonomizing approach to the subject; ‘framing’ offers a more dynamic and (...) potentially politically aware engagement“ (van Hulst/Yanow 2016, 93). Die unterschiedlichen Auslegungen des Ansatzes schließen sich gegenseitig nicht aus, sondern beleuchten unterschiedliche Facetten des Prozesses bzw. Phänomens (van Hulst/Yanow 2016, 93). Auch in der vorliegenden Arbeit werden Elemente beider Ausrichtungen aufgegriffen, die im Folgenden ausgehend von dem *Framing*-Ansatz von Rein und Schön und dessen Weiterentwicklung durch van Hulst und Yanow näher vorgestellt werden.

4.1.1 *Frames* als Denk- und Handlungsmuster

Für die Analyse von *Frames* und *Framing* im Kontext der Policy Analyse kann der Ansatz von Rein und Schön als wegweisend angesehen werden, der sowohl Aspekte des kognitiven als auch des interaktionalen Paradigmas beinhaltet (van Hulst/Yanow 2016, 92–93). Rein und Schön betrachten *Framing* als eine kognitive Notwendigkeit, die das Handeln und Kommunizieren mit sich bringen: „No one is exempt from the need for framing. Personal, scholarly, and political practice all depend on it“ (Rein/Schön 1993, 147). *Framing* schafft demzufolge als Prozess der Interpretation die Voraussetzungen für die Einschätzung problematischer Situationen und das daran orientierte Handeln.

Haltungen gegenüber politischen Gegenständen bringen Rein und Schön mit Werten, Wahrnehmungen und Deutungen in Verbindung (Schön/Rein 1994, 23). Diesem Grundverständnis

nach prägen *Frames* die Sichtweise auf und das Denken über politische Gegenstände und prägen dadurch zugleich auch das Handeln bezogen auf den jeweiligen politischen Gegenstand:

„In our sense of the term, framing is a way of selecting, organizing, interpreting, and making sense of a complex reality to provide guideposts for knowing, analyzing, persuading, and acting. A frame is a perspective from which an amorphous, ill-defined, problematic situation can be made sense of and acted on“ (Rein/Schön 1993, 146).

Frames übernehmen sowohl die Funktion eines „model of the world“ (van Hulst/Yanow 2016, 98) als auch eines „model for subsequent action“ (van Hulst/Yanow 2016, 98). Sie beschreiben den politischen Gegenstand bzw. das Problem nicht nur, sondern zeigen zugleich eine wünschenswerte Handlungsweise auf. Sie treffen nicht nur eine Aussage darüber, worin das Problem besteht, sondern auch, wie ihm zu begegnen ist (Rein/Schön 1996, 89). *Frames* beeinflussen folglich, welches Handeln bzw. welche Problemlösung als angemessen eingeschätzt wird: „Through the process of naming and framing, the stories make the ‚normative leap‘ from data to recommendation, from facts to values, from ‚is‘ to ‚ought‘“ (Schön/Rein 1994, 26).

Entstehungskontexte und Arten von Frames

Frames entstehen Rein und Schön zufolge im politischen Diskurs. Der politische Diskurs wird dabei als ein Interaktionsprozess zwischen Individuen, sozialen Gruppen und Institutionen verstanden, innerhalb dessen eine Situation als problematisch eingestuft und in einen politischen Gegenstand übersetzt, politische Agenden formuliert sowie Entscheidungen getroffen werden (Rein/Schön 1993, 145; Fischer 2012, 30). Der politische Diskurs ist in einen institutionellen Kontext eingebettet, der spezifische Sichtweisen, Rollen, Regeln und Routinen transportiert. Indem Institutionen Deutungen prägen, bestimmen sie die Präferenzen und Sichtweisen Einzelner sowie deren Kommunikation untereinander (Schön/Rein 1994, 31; Rein/Schön 1993, 156–157; Fischer 2012, 29).

Rein und Schön unterscheiden innerhalb des politischen Diskurses zwischen der politischen Debatte und der politischen Praxis, innerhalb derer jeweils unterschiedliche *Frames* entstehen (Rein/Schön 1996, 90; Schön/Rein 1994, 32). Während die politische Debatte rhetorische *Frames* hervorbringt, sind es in der politischen Praxis sogenannte *Action Frames* (Abbildung 8). Sowohl rhetorische *Frames* als auch *Action Frames* können zudem durch metakulturelle *Frames* beeinflusst sein. Dies sind gesellschaftliche bzw. kulturelle Bedeutungssysteme. Sie finden ihren Ausdruck z. B. in den verwendeten Metaphern und Dualismen wie gesund/krank, natürlich/künstlich, ganz/fragmentiert (Schön/Rein 1994, 33–34).

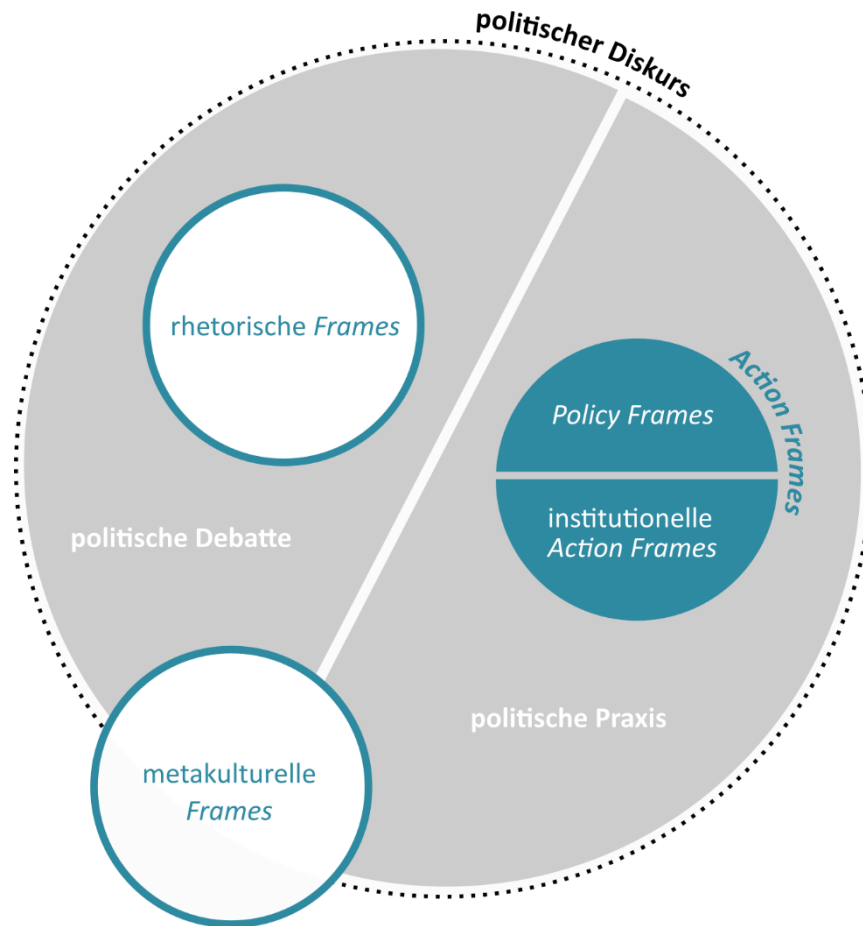


Abbildung 8: Systematisierung von *Frames* basierend auf Rein und Schön (eigene Darstellung)

Die in der politischen Debatte verorteten rhetorischen *Frames* dienen dazu, andere zu überzeugen und das eigene Handeln zu rechtfertigen (Schön/Rein 1994, 32; Rein/Schön 1996, 90). Sie werden von sogenannten *Frame*-Sponsoren geprägt und kommen in politischen Texten, z. B. Reden und politischen Programmen, zum Ausdruck. Rhetorische *Frames* sind häufig idealtypisch (Rein/Schön 1996, 90–92). *Frame*-Sponsoren versuchen, einer empirischen Untersuchung von Initiativen im Kontext des Klimaschutzes zufolge, unter Einsatz rhetorischer Fähigkeiten andere von der eigenen Sache zu überzeugen, indem sie beispielsweise wissenschaftliche Evidenz präsentieren und Fehlentwicklungen in der bestehenden politischen Praxis aufzeigen (Mintrom/Luetjens 2017, 1365–1366). *Frame*-Sponsoren können auch als aktive Kommunikationspartner in der gemeinsamen Diskussion mit Anderen Situationen deuten und ein neues Problemverständnis und neue Ansätze zur Problemlösung entwickeln (Mintrom/Luetjens 2017, 1366).

Die in der politischen Praxis verorteten *Action Frames* sind weniger klar umrissen als die rhetorischen *Frames*. Zudem sind sie nicht zwingend niedergeschrieben (Rein/Schön 1996, 91). *Action Frames* kommen im Handeln der an der praktischen Umsetzung von Politik Beteiligten zum Ausdruck: „Action frames (...) are the assumptional and value structures that underlie the policy design activities of the practitioners and account for their patterns of more or less coherent action“ (Rein/Schön 1996, 94). *Action Frames* werden als hybrid bezeichnet, weil sie

sowohl von einem institutionellen Sponsor als auch von dem handelnden Individuum geprägt werden. Sie bilden die Situation nicht vollständig ab und lassen so einen Interpretations- und Handlungsspielraum für den/die Einzelne*n, der/die sie zur Anwendung bringt (Rein/Schön 1996, 92–94). Eine entscheidende Rolle nehmen folglich die sogenannten *Policy Practitioner* ein, die politische Programme gestalten, Regeln ausformulieren oder Maßnahmen evaluieren: „They are designers in the sense that their work contributes to the shaping of ‚policy objects‘“ (Rein/Schön 1996, 93).

Action Frames beziehen sich auf unterschiedliche Dimensionen des Handelns. Als *Policy Frames* beziehen sie sich auf den konkreten politischen Gegenstand und dienen dazu, eine vormals abstrakte Situation in ein konkretes Problem zu übersetzen (Schön/Rein 1994, 33). Als institutionelle *Action Frames* beziehen sie sich hingegen auf charakteristische Standpunkte, etablierte Kategorisierungen, Routinen oder typische Handlungsweisen von Institutionen. Sie strukturieren so nicht nur die Sichtweise auf einen spezifischen politischen Gegenstand, sondern auf viele mögliche Probleme, und prägen dabei nicht nur die Innen-, sondern auch die Außenwahrnehmung von Institutionen (Schön/Rein 1994, 33).

Der Zusammenhang zwischen *Frame* und Handeln ist Rein und Schön zufolge nicht eindeutig in dem Sinne, dass nur ein *Frame* mit einer Handlung und nur eine Handlung mit einem *Frame* vereinbar sind. Vielmehr ist von einer Vielzahl von Deutungen auszugehen, die gleiche oder unterschiedliche Handlungsweisen begünstigen können. Rhetorische *Frames* und *Policy Frames* sind z. B. nicht zwingend deckungsgleich (Rein/Schön 1996, 92). So kann es sein, dass das in der politischen Debatte verwendete rhetorische *Frame* nicht mit dem in der politischen Praxis angewendeten *Policy Frame* übereinstimmt, dass also ein rhetorisches *Frame* z. B. genutzt wird, um Legitimität für eine eigentlich anders motivierte Handlung zu erlangen (Schön/Rein 1994, 35). Rein und Schön bezeichnen dieses Verknüpfen der eigenen Interessen mit einem dominanten bzw. allgemein akzeptierten *Frame* – ohne dieses *Frame* wirklich zu teilen – auch als „hitching on“ (Rein/Schön 1993, 151). Es kann weiterhin sein, dass eine Handlungsweise mit unterschiedlichen *Frames* in Einklang steht oder aber, dass das ursprüngliche *Frame* im Zuge des (lokalen) Implementierungsprozesses verändert wird (Schön/Rein 1994, 35).

Reframing und Frame Reflection

Den Prozessen des – bewussten wie unbewussten – *Reframing* gilt besondere Aufmerksamkeit. So bleibt der politische Gegenstand oder die Situation im Prozess der Politikgestaltung und Umsetzung nicht unverändert: „The policy object changes its meaning and use as it moves across the various boundaries that structure policy design inquiry“ (Rein/Schön 1996, 93). Rein und Schön zufolge kann ein *Reframing* auf einer bewussten Reflexion beruhen oder aber als ein unbewusster Prozess der kontinuierlichen Anpassung an sich verändernde Umstände ablaufen. Veränderungen von *Frames* können z. B. durch einen Personalwechsel, die Einführung

eines neuen politischen Programms, einer institutionellen Neuordnung aber auch durch einen gesamtgesellschaftlichen Wandel hervorgerufen werden. Die Anpassung an sich ändernde Umstände kann einen *Frame Shift* bewirken, der über einen Prozess des sozialen Lernens in der Ausbildung neuer Verhaltensweisen münden kann (Rein/Schön 1993, 154–155).

Ausgehend von diesem Verständnis suchen Rein und Schön nach einer gezielten Auseinandersetzung mit den dem Handeln zugrunde liegenden *Frames*, die auf einer bewussten Entscheidung und „willingness to engage in cognitive risk taking“ (Rein/Schön 1993, 164) aufbaut. Der als *Frame Reflection* bezeichnete Prozess meint die Reflexion der eigenen Sichtweise durch die handelnden Akteur*innen selbst: „When discourse is frame reflective, the work of reflection consists, first, in recognizing conflicting frames, identifying their sources and consequences, and then in translating, restructuring, integrating, converting, or choosing“ (Rein/Schön 1993, 164).

Der Prozess der *Frame Reflection* ist sowohl auf die Analyse als auch auf die Praxis zu übertragen. Eine Policy Analyse, die die vorherrschenden *Frames* reflektiert, möchte die als selbstverständlich geltenden Grundannahmen identifizieren und normative Entscheidungen nachvollziehen, die dem Verständnis politischer Probleme und dem politischen Handeln zugrunde liegen (Rein/Schön 1993, 150). *Frame Reflection* in der politischen Praxis ist dagegen dadurch gekennzeichnet, dass die am politischen Prozess beteiligten Akteur*innen selbst die ihrem Handeln zugrunde liegenden *Frames* reflektieren. Dabei fußt die Reflexion auf einem konkreten Gegenstand und wird in diesem Sinne von Rein und Schön als *situated* und *bottom-up* bezeichnet (Rein/Schön 1996, 94).

4.1.2 Framing als Prozess der Bedeutungskonstruktion

Aufbauend auf dem Ansatz von Rein und Schön stellen van Hulst und Yanow die dynamischen, prozesshaften und die macht-sensiblen, politischen Elemente des *Framing* heraus (van Hulst/Yanow 2016, 93). *Framing* ist ihnen zufolge ein mehrdimensionaler sozialer und politischer Prozess der Bedeutungsschaffung, der auf alltäglichen Praktiken und Werthaltungen basiert und in Hinblick auf eine zunehmende Komplexität der politischen Gegenstände an Bedeutung gewinnt (van Hulst/Yanow 2016, 104–105). *Framing* wandelt sich von einem kognitiven Akt zu einer kontinuierlichen Bedeutungsschaffung, an der unterschiedliche Akteur*innen beteiligt sind und die neben dem politischen Gegenstand auch die Identitäten und Beziehungen dieser Akteur*innen umfasst (van Hulst/Yanow 2016, 104).

Anders als die *Framing*-Ansätze in der Forschung zu sozialen Bewegungen, die *Framing* als einen bewusst eingesetzten, strategischen Prozess begreifen, gehen van Hulst und Yanow von einer eher unbewussten Hervorbringung von *Frames* in der sozialen Interaktion aus (van Hulst/Yanow 2016, 95). Sie betonen in ihrem auf die Analyse der Dynamiken politischer und organisationaler Prozesse ausgelegten Verständnis den intersubjektiven und situationsspezifischen Charakter des *Framing*: „In policy-making, framing is a process in and

through which policy-relevant actors intersubjectively construct the meanings of the policy-relevant situations with which they are involved, whether directly or as onlookers and stakeholders“ (van Hulst/Yanow 2016, 97).

Van Hulst und Yanow beziehen sich dabei u. a. auf das von Weick beschriebene *Sensemaking* in Organisationen. Organisationen sind Weick zufolge durch kontinuierliche Kommunikation geprägt und bilden Handlungsmuster und intersubjektive Verständnisse heraus, die sie in generische Verständnisse, d. h. Regeln, Rollen, Routinen, übersetzen (Weick 1995, 75). *Sensemaking* in Organisationen spielt sich auf drei Ebenen ab. Die erste Ebene (*intersubjectivity*) bezieht sich auf die direkte Interaktion zwischen Personen innerhalb der Organisation. *Sensemaking* nimmt hier die Form einer gemeinsamen Situationsdeutung und Aushandlung gemeinsamer Ziele an (Weick 1995, 71). Die zweite Ebene (*generic subjectivity*) umfasst die Regeln und Rollen des kollektiven bzw. institutionellen Handelns. Angehörige einer Organisation treten hier als „filler of roles“ und „follower of rules“ (Weick 1995, 71–72) auf. Als dritte Ebene (*extrasubjectivity*) nennt Weick übergeordnete gesellschaftliche Bedeutungen, die nicht innerhalb der einzelnen Organisation verhandelt werden, sondern gewissermaßen einen Rahmen für deren Handeln bilden, z. B. Kapitalismus (Weick 1995, 72).

Sensemaking ist, Weick zufolge, in verschiedenartigen Organisationen unterschiedlich stark ausgeprägt. In Organisationen, die sich primär als rationale Systeme über klar definierte Ziele und hochgradig formalisierte Strukturen definieren, ist *Sensemaking* demnach weniger stark ausgeprägt als in Organisationen, die sich über das geteilte Interesse am Fortbestehen der Organisation definieren. Am stärksten ist *Sensemaking* in solchen Organisationen ausgeprägt, die im Sinne eines offenen Systems auf der Bildung von Koalitionen auf der Basis der Aushandlung gemeinsamer Ziele beruhen (Weick 1995, 69–70). Die Frage danach, wie eine Situation zu begreifen ist, ist in den Organisationen des letzten Typs mit der Frage gepaart, welche Rolle der/die Einzelne bzw. die Organisation in Bezug auf die Situation einnimmt: „What is ‚out there‘, what is ‚in here‘, and who must we be in order to deal with both questions?“ (Weick 1995, 70).

Prozesse des Framing

Um zu verstehen, wie *Framing* dazu beiträgt, dass eine Situation als ein zu adressierendes Problem betrachtet wird, unterscheiden van Hulst und Yanow drei Prozesse: das *Sensemaking*, das *Naming* inklusive der Prozesse des Auswählens und Kategorisierens und das *Storytelling* (Abbildung 9). Eine zunächst uneindeutige, widersprüchliche oder komplexe Situation erhält in diesem Prozess eine Bedeutung und wird – auch, aber nicht ausschließlich mit sprachlichen Mitteln – definiert, sodass schließlich ein ausreichend kohärentes und greifbares Bild entsteht (van Hulst/Yanow 2016, 97). Die drei Prozesse verlaufen nicht nacheinander, sondern greifen

ineinander. Zudem ist von einem kontinuierlich fortschreitenden Prozess auszugehen, der keinen klaren Anfang und kein Ende hat: „Sensemaking never starts. The reason it never starts is that pure duration never stops“ (Weick 1995, 43).

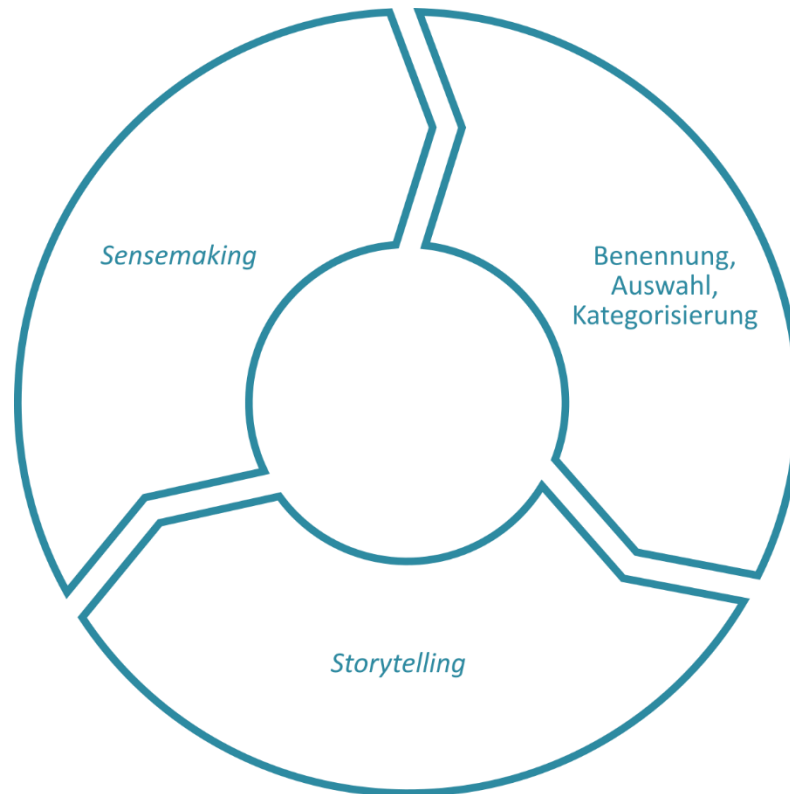


Abbildung 9: Schematische Darstellung des *Framing*-Prozesses basierend auf van Hulst und Yanow (eigene Darstellung)

Sensemaking bezeichnet van Hulst und Yanow zufolge einen Prozess, in dem die vormalig undefinierte Situation mit einer Bedeutung belegt wird, in dem Wissen organisiert und Handeln ausgerichtet wird (van Hulst/Yanow 2016, 97–98). Van Hulst und Yanow beschreiben dies als einen interaktiven und iterativen Prozess: „This is an interactive and iterative process, in which details and generalities inform one another, a clearer idea of what is going on develops, and meanings ‚emerge‘“ (van Hulst/Yanow 2016, 98). Zudem betonen van Hulst und Yanow, dass das *Sensemaking* ein intersubjektiver Prozess ist, der auf der direkten oder indirekten Interaktion zwischen den Beteiligten beruht (van Hulst/Yanow 2016, 98). An die Stelle der objektiven Wahrnehmung eines Problems tritt die intersubjektive Wahrnehmung, d. h. die Verständigung darüber, dass eine Situation als problematisch einzuschätzen ist (Weick 1995, 59).

Framing umfasst des Weiteren Prozesse des Auswählens, der Benennung und der Kategorisierung, durch die manche Aspekte herausgestellt und andere in den Hintergrund gedrängt werden. Es wird ausgewählt, was wichtig und was unwichtig ist. Es wird eine Bezeichnung, manchmal auch eine Metapher, für eine Situation oder ein Problem gewählt (van Hulst/Yanow 2016, 99). Die Situation oder einzelne Aspekte der Situation werden einer Kategorie zugewiesen: „Like selecting and naming (including metaphorizing), categorizing is a framing device: All

of these can be ways of highlighting some aspects of a policy discourse while occluding and even silencing others“ (van Hulst/Yanow 2016, 100).

Die Prozesse des Auswählens, der Benennung und der Kategorisierung sind zugleich eine praktische Notwendigkeit und eine politische Handlung. Sie ermöglichen erst ein Handeln, beeinflussen durch die vorgenommene Abgrenzung der Situation oder des Problems aber auch, wer Entscheidungen trifft, welche Ressourcen zur Verfügung stehen und wessen Interessen berücksichtigt werden (van Hulst/Yanow 2016, 99). In diesem Sinne wird das *Framing* auch als *world-making* bezeichnet: „The initial framing or operational ‚definition‘ of a policy situation is a way of making a world one can act in, and upon. In the world of policy and administrative practices, framing an issue is a condition for being able to do one's work“ (van Hulst/Yanow 2016, 100).

Framing umfasst schließlich das *Storytelling*, das die Aspekte einer Situation in ein kohärentes und verständliches narratives Muster übersetzt. Mit dem *Storytelling* wird erklärt, in welcher Situation man sich befindet, wie es dazu kam und was zukünftig zu tun ist (van Hulst/Yanow 2016, 100). Die Geschichte, die erzählt wird, muss glaubhaft sein, überzeugen und geeignet sein, Handeln anzuleiten (van Hulst/Yanow 2016, 101). Weick führt hierzu aus:

„A good story holds disparate elements together long enough to energize and guide action, plausible enough to allow people to make retrospective sense of whatever happens, and engagingly enough that others will contribute their own inputs in the interest of sensemaking“ (Weick 1995, 61).

Framing von Rollen und Interaktionen

Neben dem politischen Gegenstand bzw. den politischen Inhalten unterliegen auch die Rollen und Identitäten der beteiligten Akteur*innen sowie deren Beziehungen zueinander und der politische Prozess dem *Framing* (van Hulst/Yanow 2016, 102–103). Ein*e Akteur*in im politischen Prozess hat nicht nur eine bestimmte Vorstellung von dem zur Diskussion stehenden Thema, sondern auch eine Vorstellung von sich selbst bzw. der eigenen Rolle und der Rolle der anderen Beteiligten. Bezogen auf die Beziehungen zwischen Akteur*innen können beispielsweise wahrgenommene Macht und Expertise, der Zugang zu Ressourcen und das gegenseitige Vertrauen von Bedeutung sein (Dewulf et al. 2009, 168–169). In einer prozessbezogenen Sichtweise auf *Framing* wird auch von Identitätsarbeit gesprochen, die beispielsweise in dem Herausbilden einer kollektiven Identität bestehen kann (Dewulf et al. 2009, 171–172).

Van Hulst und Yanow weisen darauf hin, dass das *Framing* der Identitäten bzw. Rollen und das *Framing* des zu adressierenden Gegenstands miteinander verschränkt sein können: „Policy-relevant actors' identities can become strongly intertwined with a particular framing of a policy issue“ (van Hulst/Yanow 2016, 102). In der Verschränkung von Selbstbild und gegenstandsbezogenen *Frames* sehen van Hulst und Yanow ein mögliches Hindernis für Prozesse des

Reframing, also die Veränderung von *Frames*, da nicht nur eine Neudefinition des Gegenstands erfolgt, sondern möglicherweise auch eine Neudefinition der beteiligten Personen und deren Beziehungen zueinander (van Hulst/Yanow 2016, 102–103).

Die Verknüpfung von Problemdeutungen und Selbstverständnissen wird auch von Weick ins Feld geführt. Er weist darauf hin, dass die Selbstwahrnehmung, z. B. als Vertreter*in einer Ordnungsbehörde, einen Einfluss darauf hat, welchen Sinn die entsprechende Person Dingen und Situationen zumisst (Weick 1995, 20). Weick verweist ebenso wie van Hulst und Yanow auf die Tendenz, Bedeutungszuschreibungen an ein konsistentes Selbstbild zu knüpfen (Weick 1995, 23). In anderen Worten: Problemdeutungen, die das Selbstbild infrage stellen, sind unwahrscheinlich.

Das *Framing* des politischen Prozesses wiederum stellt eine Art Meta-Kommunikation bzw. Verständigung über die Art der Aushandlung dar: „Through such meta-communication, actors try to determine the kind of policy-making they and others will undertake“ (van Hulst/Yanow 2016, 103). Dewulf et al. sprechen in diesem Zusammenhang von *behavioural scripts*, d. h. Handlungsmustern, in denen Erwartungen beispielsweise über die Reihenfolge von Aktivitäten und die Rollen der einzelnen Beteiligten zum Ausdruck kommen. Hierin können z. B. hierarchische Verhältnisse angelegt sein, die kollaborative Arbeitsweisen und gemeinschaftliche Verantwortungsübernahme behindern (Dewulf et al. 2009, 169–170).

Als Beispiel für das Ineinandergreifen von einem *Framing* des Gegenstands und der Rollen kann die *C40 Climate Leadership Group* gelten, in der sich 2005 auf Initiative des damaligen Londoner Bürgermeisters Ken Livingstone Bürgermeister mehrerer Großstädte weltweit zusammengeschlossen haben, um den CO₂-Ausstoß zu reduzieren. Zum einen wurde der Klimawandel in Hinblick auf den CO₂-Ausstoß, aber auch die Vulnerabilität gegenüber Klimawandelfolgen als zentrales Thema für die städtische Bevölkerung geframt, zum anderen wurden im Rahmen dieser Initiative Städte als zentrale Akteurinnen im Klimawandel geframt (Mintrom/Luetjens 2017, 1368–1369).

Ein weiteres Beispiel stellt der Umgang mit Hochwasserrisiken im Pearl River Delta dar. So zeigt eine *Framing*-Analyse von Meng et al. (2019), dass Hochwasserrisiken in bisherigen räumlichen Planungen nur oberflächlich thematisiert und ausschließlich als Sicherheitsrisiko betrachtet werden. Die Rolle der Planung im Umgang mit Hochwasserrisiken bleibt vor diesem Hintergrund vage (Meng et al. 2019, 103). Ein neuartiger *Sponge City Plan* erkennt demgegenüber die Zusammenhänge zwischen Hochwasserrisiken und Siedlungsentwicklung an, stellt Synergien bezüglich der ökologischen Vielfalt, Umweltqualität und des Wohlbefindens heraus und konkretisiert auch die Rolle der Planung in Rahmen intersektoraler Zusammenarbeit (Meng et al. 2019, 103).

4.2 Empirische Analyse von *Frames* und *Framing*

Der *Framing*-Ansatz ermöglicht eine Perspektive auf das kommunale Handeln, die jenseits des klassischen *policy cycles* die Definition von Sachverhalten als Problem in den Vordergrund stellt (Münch 2010, 67). Durch die interaktionale Erweiterung des Ansatzes durch van Hulst und Yanow wird zudem die Wechselwirkung zwischen dem politischen Gegenstand und den Rollen und Interaktionen der beteiligten Akteur*innen in den Blick genommen. Diese analytische Perspektive kann für das Verständnis kommunalen Handelns im Kontext einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung fruchtbar sein, weil sie es ermöglicht, die normativen Zielsetzungen und Relevanzsysteme zu beleuchten, die für den Umgang mit unstrukturierten Problemen von zentraler Bedeutung sind.

In Anlehnung an den *Framing*-Ansatz von Rein und Schön werden *Frames* in der vorliegenden Arbeit als Bedeutungsstrukturen verstanden, die dazu dienen, eine komplexe Realität in einen klar umrissenen politischen Gegenstand zu übersetzen (Rein/Schön 1993, 146). Wie van Hulst und Yanow betonen, weisen *Frames* dabei zugleich eine beschreibende und eine normative Komponente auf (van Hulst/Yanow 2016, 98). *Frames* prägen folglich die Wahrnehmung und Beschreibung einer Situation und zugleich deren Einstufung als veränderungswürdig bzw. problematisch – und hierüber das aus ihnen resultierende Handeln. Ausgehend von dem *Framing*-Ansatz von Rein und Schön wird in der empirischen Analyse zwischen rhetorischen und metakulturellen *Frames* sowie institutionellen *Action Frames* und *Policy Frames* unterschieden (siehe Kapitel 4.1.1).

Framing wird in der vorliegenden Arbeit als Prozess der Bedeutungskonstruktion verstanden, innerhalb dessen die am politischen Prozess Beteiligten einen politischen Gegenstand als solchen abgrenzen, ihn als veränderungswürdig bzw. problematisch einstufen und hierdurch Handlungsoptionen entwickeln. Über den politischen Gegenstand hinaus unterliegen auch die Selbstverständnisse und Rollen der beteiligten Akteur*innen sowie deren Beziehungen und Interaktionen untereinander dem *Framing* (van Hulst/Yanow 2016, 102–103). Hieran anknüpfend wird in der empirischen Analyse zwischen (gegenstandsbezogenen) Problemverständnissen, Rollenverständnissen und Interaktionsmustern unterschieden.

Basierend auf dem hier beschriebenen Verständnis von *Frames* und *Framing* wird in der vorliegenden Arbeit das kommunale Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung in Bezug auf aktive Mobilität, Altern und Gesundheit empirisch untersucht. Ziel der empirischen Untersuchung ist es herauszuarbeiten, inwiefern aktive Mobilität, Altern und Gesundheit als Gegenstände des kommunalen Handelns wahrgenommen werden (Problemverständnisse), welche Rolle(n) die am kommunalen Handeln Beteiligten in Bezug auf diese Gegenstände einnehmen (Rollenverständnisse) und welche Interaktionen den kommunalen Umgang mit diesen Gegenständen prägen (Interaktionsmuster).

Der Untersuchungsfokus liegt auf dem Handeln der sogenannten *policy practitioner* (Rein/Schön 1996, 93), d. h. der am kommunalen Handeln beteiligten Verwaltungsakteur*innen. Ihre Perspektive soll beleuchtet und ihr Handeln nachvollzogen werden. Die Untersuchung folgt damit den Grundsätzen einer interpretativen Policy Analyse: „Interpretive policy analysis (...) seeks to understand the intentions underlying actor's practical reasoning in particular situations“ (Yanow 2000, 22–23). In der interpretativen Policy Analyse geht es darum, die Vielfalt der im Feld bestehenden Bedeutungen und Interpretationen herauszuarbeiten, deren Bezüge und Widersprüche aufzuzeigen und deren Entstehungskontext zu verstehen (Schwartz-Shea/Yanow 2012, 18; Münch 2016, 19–20). Baum et al. betonen die Bedeutung einer solchen Perspektive für die Analyse von HiAP-Ansätzen, an denen eine Vielzahl unterschiedlicher Akteur*innen mit jeweils unterschiedlichen Zielen und Sichtweisen beteiligt sind (Baum et al. 2014, i134).

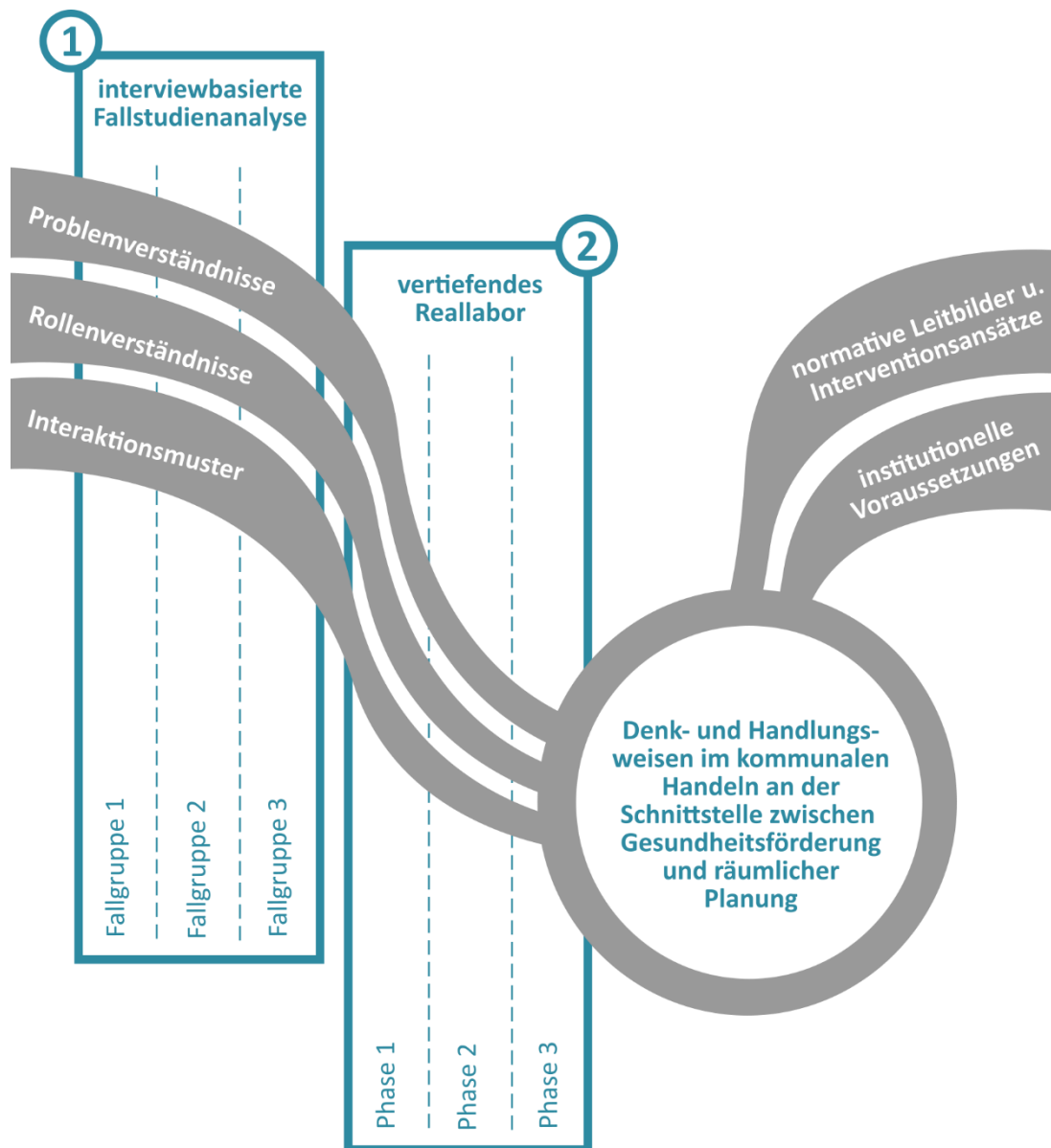


Abbildung 10: Schematische Darstellung des Forschungsdesigns (eigene Darstellung)

Die empirische Untersuchung gliedert sich in eine interviewbasierte Fallstudienanalyse (1) und ein vertiefendes Reallabor (2) (siehe Abbildung 10). Die interviewbasierte Fallstudienanalyse umfasst in drei Fallgruppen sieben Landkreise, sieben kreisangehörige Städte und Gemeinden sowie drei kreisfreie Städte und ermöglicht einen Einblick in den Status quo des kommunalen Handelns. Das vertiefende Reallabor mit den drei Phasen der Bestandsanalyse, der Agendaentwicklung und der Erprobung ermöglicht eine prozessbezogene Betrachtung kommunalen Handelns in einer einzelnen Gemeinde über einen längeren Zeitraum. Sowohl die Interviews der Fallstudienanalyse als auch das Reallabor wurden im Rahmen des Forschungsprojekts A-FOOT durchgeführt (siehe Kapitel 1.5).

Der interpretative Forschungsprozess ist durch enge Rückkopplung zwischen Theorie und Empirie und ein iteratives Vorgehen geprägt, das sowohl Elemente der Deduktion als auch der Induktion umfasst (Schwartz-Shea/Yanow 2012, 28, 46; Münch 2016, 19–20). Die empirisch herausgearbeiteten Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster werden folglich mit den in Teil I der Arbeit benannten normativen Leitbildern und Interventionsansätzen sowie den strukturellen und prozessualen Voraussetzungen für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung rückgekoppelt und abschließend zu einer Einschätzung der Denk- und Handlungsweisen im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung verdichtet.

Im Folgenden werden zunächst Aufbau und Datenerhebung für die Fallstudienanalyse vorgestellt. Anschließend werden Merkmale und Anforderungen für das Forschen in Reallaboren beschrieben. Als Drittes wird die qualitative Inhaltsanalyse als gemeinsame Auswertungsmethodik für Fallstudienanalyse und Reallabor vorgestellt. Eine detailliertere Schilderung der Untersuchungsfälle sowie des Aufbaus, des Ablaufs und der Inhalte des Reallabors folgen in Kapitel 5.

4.2.1 Interviewbasierte Fallstudienanalyse

Fallstudien zeichnen sich durch eine intensive Auseinandersetzung mit einem oder einer geringen Anzahl von Fällen aus und eignen sich somit für die interpretative Forschung, die auf das Verstehen der handelnden Akteur*innen zielt (Gerring 2017, 249). Fallstudien sind zudem dann geeignet, wenn – im Sinne eines explorativen Zugangs – der Untersuchungsgegenstand selbst noch nicht abschließend definiert ist, verschiedene Erklärungsansätze für möglich gehalten und Hypothesen erst generiert werden (Gerring 2017, 65; Gerring 2004, 349–350). Interpretative bzw. qualitative Fallstudien eignen sich insbesondere dafür, „typische Handlungsmuster“ (Lamnek 2010, 284) oder „causal mechanisms“ (Gerring 2004, 348) herauszuarbeiten. Durch das Nachvollziehen von Prozessen und Erkennen von Mustern werden Annahmen zu Zusammenhängen formuliert, die auf einer detaillierten Kenntnis der untersuchten Fälle basieren (Gerring 2017, 253).

Eine Fallstudie ist, Gerring zufolge, „an intensive study of a single unit for the purpose of understanding a larger class of (similar) units“ (Gerring 2004, 342). Die einzelne Untersuchungseinheit (*unit*) kann entweder im zeitlichen Verlauf oder räumlich in Untereinheiten bzw. Untersuchungsfälle (*cases*) differenziert werden (Gerring 2004, 343). Die Differenzierung einer einzelnen Untersuchungseinheit in mehrere Untersuchungsfälle erleichtert den Vergleich der Untersuchungsfälle untereinander, da diese gemeinsame Rahmenbedingungen teilen (Gerring 2004, 348). Die Einbeziehung mehrerer Untersuchungsebenen und der Vergleich innerhalb der Untersuchungseinheit stellen eine wichtige Basis für die Aussagekraft der Analyse dar (Gerring 2017, 29–30). Eine Fallstudienanalyse wird von Gerring als beobachtende, d. h. nicht experimentelle, Forschung bezeichnet (Gerring 2017, 29).

Untersuchungseinheit und Untersuchungsfälle

In der vorliegenden Arbeit dient – ausgehend vom Forschungsprojekt AFOOT – die Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten (kurz: Metropolregion Nordwest) als Untersuchungseinheit (siehe Darstellung der Untersuchungsregion in Kapitel 5.1). Innerhalb der Region wurden 17 Untersuchungsfälle ausgewählt, die in drei Fallgruppen gegliedert wurden: (1) Landkreise, (2) kreisangehörige Städte und Gemeinden sowie (3) kreisfreie Städte. Die erste Fallgruppe umfasst sieben der elf Landkreise der Metropolregion Nordwest. Die Landkreise wurden deshalb untersucht, weil hier im Land Niedersachsen die Gesundheitsämter angesiedelt sind. Aufgrund eines einheitlichen rechtlichen Rahmens und vergleichbarer administrativer Zuständigkeiten ist eine grundlegende Vergleichbarkeit der Landkreise untereinander gegeben. Da über die Hälfte der Landkreise aus der Metropolregion Nordwest zu einer Teilnahme an der Untersuchung bereit war, wird die Aussagekraft der Ergebnisse für die gesamte Region als hoch eingeschätzt.

Als zweite Fallgruppe wurden sieben kreisangehörige Städte und Gemeinden ausgewählt, da diese im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung zentrale Aufgaben der räumlichen Planung wahrnehmen. Die Auswahl erfolgte auf der Basis von konkreten Planungsvorhaben und Projekten mit Bezug auf Gesundheit (kreisangehörige Stadt 2), Demografie (kreisangehörige Gemeinden 4 und 6), Förderung von Rad- und Fußverkehr (kreisangehörige Gemeinden 1 und 3) und innerörtliche Entwicklungsmaßnahmen (kreisangehörige Stadt 5 und kreisangehörige Gemeinde 7). Die kreisangehörigen Städte und Gemeinden unterscheiden sich hinsichtlich der Akteur*innenkonstellationen und Zuständigkeiten deutlich von den Landkreisen. Auch innerhalb der Fallgruppe gibt es Unterschiede, z. B. hinsichtlich der Gemeindegröße und des fachlichen Hintergrunds der Ansprechpersonen. Die Fallgruppe soll folglich einen Einblick in die Vielfalt der möglichen Ausgangsbedingungen in Klein- und Mittelstädten ermöglichen. Als dritte Fallgruppe wurden drei kreisfreie Städte untersucht, die über eigene Gesundheitsämter und umfangreiche Kompetenzen in der räumlichen Planung verfügen. Aufgrund der abweichenden administrativen Struktur, der deutlich höheren Bevölkerungszahl – alle drei sind Großstädte –

und der im Falle der Stadtgemeinden des Landes Bremen abweichenden gesetzlichen Rahmenbedingungen dient diese Fallgruppe der Kontrastierung.

Datenerhebung durch Experteninterviews

Die Datenerhebung für die Fallstudienanalyse erfolgte durch Experteninterviews, die dazu dienten, das „aus der Praxis gewonnene, reflexiv verfügbare und spontan kommunizierbare Handlungs- und Erfahrungswissen“ (Bogner/Menz 2005, 37) zu erfragen. Hierbei ging es um Ereignisse, Prozessabläufe und Routinen, an denen die Expert*innen beteiligt sind oder über die sie zumindest Kenntnis haben (Bogner/Menz 2005, 43). Zudem sollte ein Einblick in das sogenannte Deutungswissen, also die „subjektiven Relevanzen, Regeln, Sichtweisen und Interpretationen des Experten“ (Bogner/Menz 2005, 43–44) gelingen. Expert*in ist nach Meuser und Nagel, „wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung und die Kontrolle einer Problemlösung oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“ (Meuser/Nagel 2005, 73). Für die Untersuchung des kommunalen Handelns an der Schnittstelle zwischen räumlicher Planung und Gesundheitsförderung kamen in erster Linie Vertreter*innen aus der Kommunalverwaltung infrage, die in einem der beiden Bereiche tätig sind.

Im Juni und Juli 2015 wurden zunächst Vertreter*innen aus sieben Landkreisen in der Metropolregion Nordwest interviewt. In den Interviews wurden in der Regel Vertreter*innen aus der räumlichen Planung und dem ÖGD gemeinsam befragt. In Landkreis 2 waren hiervon abweichend zusätzlich Vertreter*innen der Verkehrsplanung und des Senior*innen- und Pflegestützpunkts anwesend. In Landkreis 4 fehlte die Vertretung des Gesundheitsamtes, stattdessen nahm eine Vertreterin mit Tätigkeitsschwerpunkt Demografie teil. Im Oktober und November 2016 wurden Interviews mit Vertreter*innen der ausgewählten kreisangehörigen Städte und Gemeinden geführt. In der Regel wurden Einzelinterviews geführt.¹⁵ Es wurden Vertreter*innen der räumlichen Planung (kreisangehörige Städte und Gemeinden 3, 5 und 7), eine Projektkoordinatorin mit Tätigkeitsschwerpunkt Demografie (kreisangehörige Gemeinde 6), ein Projektkoordinator mit Tätigkeitsschwerpunkt Gesundheit (kreisangehörige Stadt 2) sowie zwei Bürgermeister*innen (kreisangehörige Gemeinden 1 und 4) interviewt.

Die Interviews mit Vertreter*innen aus kreisfreien Städten erfolgten zwischen Juni und September 2015 mit unterschiedlichen Akteur*innenkonstellationen. In der kreisfreien Stadt 1 wurden je ein Vertreter des Gesundheits- und des Stadtplanungsamts gemeinsam interviewt. In der kreisfreien Stadt 2 wurde ein Interview mit einem Verkehrsplaner geführt. Das Gesundheitsamt beteiligte sich hier nicht. In der kreisfreien Stadt 3 wurden die Vertreter des Gesund-

¹⁵ In dem Interview mit der kreisangehörigen Gemeinde 3 waren zwei Personen anwesend, die jedoch demselben Sachgebiet angehörten.

heits- und des Stadtplanungsamts getrennt voneinander interviewt. Insgesamt wurden 18 leitfadengestützte Interviews geführt. In den Interviews wurde nach der Situation des Rad- und Fußverkehrs, den Berührungspunkten der eigenen Tätigkeit mit Gesundheit und der Zusammenarbeit zwischen räumlicher Planung und ÖGD gefragt. Zudem wurde gezielt nach aktuellen Planungsvorhaben und Projekten gefragt, die vor den Interviews recherchiert worden waren. Darüber hinaus konnten die Gesprächspartner*innen eigene Themen einbringen, die ihnen im Kontext der Untersuchung wichtig erschienen (siehe Interviewleitfaden für Landkreise und kreisfreie Städte im Anhang auf Seite 241 sowie Interviewleitfaden für kreisangehörige Städte und Gemeinden im Anhang auf Seite 242).

Alle Interviews wurden gemeinsam mit Tanja Brüchert von der Universität Bremen durchgeführt, um auf Seite der Interviewer*innen sowohl die Perspektive der räumlichen Planung als auch der Gesundheitsförderung zu repräsentieren. Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend mit Hilfe der Transkriptions-Software F4 von studentischen Hilfskräften transkribiert. Namen wurden in den Transkripten anonymisiert und Ortsbezeichnungen mit gängigen Klassifizierungen, z. B. Landkreis, kreisangehörige Gemeinde oder Ortsteil, umschrieben. Unmittelbar nach den Interviews wurden Protokolle angefertigt, die die Interviewsituation und Gesprächsatmosphäre beschreiben und Gespräche vor und nach dem eigentlichen Interview sowie Besonderheiten während des Interviews festhalten.

4.2.2 Vertiefendes Reallabor

In einem zweiten Schritt wurde ein vertiefendes Reallabor durchgeführt. Reallabore können ausgehend von den von Lang et al. aufgestellten Grundprinzipien des transdisziplinären Forschens, d. h. Fokus auf eine gesellschaftlich relevante Problemstellung, einen wechselseitigen Lernprozess zwischen wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Akteur*innen und Schaffung lösungsorientierten Wissens, als ein transdisziplinärer Forschungsansatz bezeichnet werden (Lang et al. 2012, 27). Transdisziplinäre und transformative Forschungsansätze gehen, ähnlich der Policy Analyse nach der argumentativen Wende, von einer steigenden Komplexität gesellschaftlicher Probleme und einem zunehmenden Bewusstsein für die wissensbezogenen Unsicherheiten in Problemlösungsprozessen aus (Jahn 2008, 25). Die Komplexität der gesellschaftlichen Problemlagen erfordert diesem Forschungsverständnis zufolge eine neue gesellschaftliche Handlungsfähigkeit und „neue Formen der Wissensproduktion, welche die Struktur dieser komplexen gesellschaftlichen Probleme adäquat aufgreifen“ (Jahn 2008, 25).

Die Lösung komplexer Probleme erfordert demnach die Integration des Wissens unterschiedlicher „communities of knowledge“ (Lang et al. 2012, 26), z. B. durch die Einbeziehung gesellschaftlicher Akteur*innen in den Forschungsprozess. Die als transdisziplinär bezeichnete Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Akteur*innen erhöht Lang et al. (2012) zufolge die Legitimität, die Identifikation mit und die Verantwortungsübernahme für die entwickelten Lösungsansätze (Lang et al. 2012, 26). So soll sozial robustes

und lösungsorientiertes Wissen geschaffen werden, das in Wissenschaft und Praxis gleichermaßen Eingang findet (Lang et al. 2012, 27).

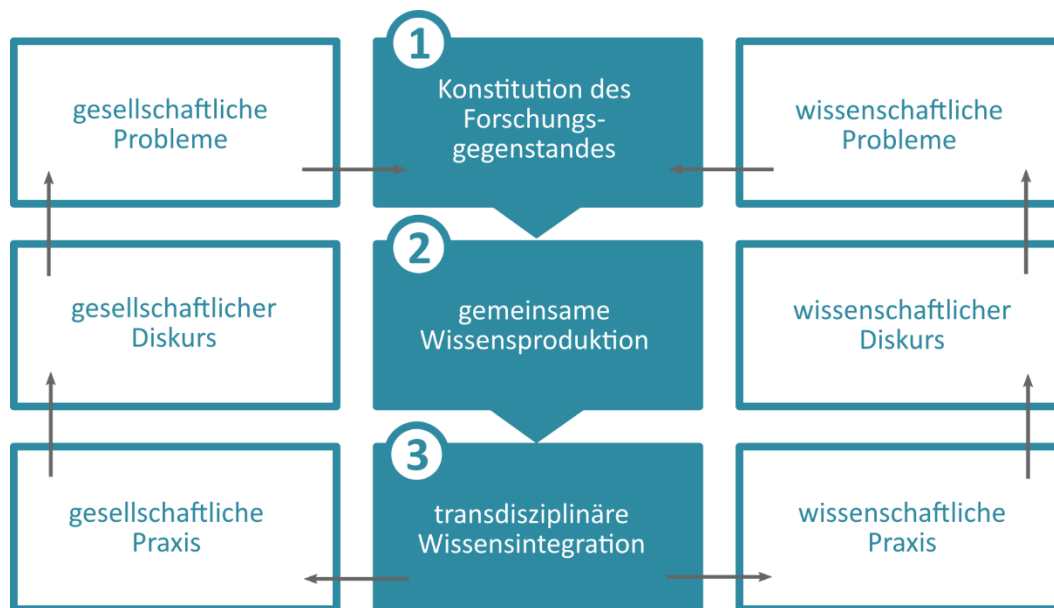


Abbildung 11: Idealtypischer transdisziplinärer Forschungsprozess (eigene Darstellung nach Jahn 2008, 31)

Transdisziplinäre Forschungsansätze zielen darauf, lebensweltliche Problemlösung und wissenschaftliche Erkenntnis in einem gemeinsamen Forschungsprozess zu integrieren (siehe Abbildung 11). Der lebensweltliche Zugang geht von einem gesellschaftlich definierten und als drängend eingestuften Problem aus, für dessen Lösung ein Bedarf an praktischem Problemlösungswissen besteht (Jahn 2008, 28–29). Der wissenschaftszentrierte Forschungszugang hat seinen Ausgangspunkt in einem wissenschaftlichen Problem, das sich z. B. aus einer disziplinären Sichtweise oder einem Mangel an angemessenen Methoden ergibt (Jahn 2008, 29–30). Transdisziplinäre Forschung führt beide Sichtweisen zusammen. Der in der mittleren Spalte dargestellte Integrationsprozess gliedert sich in (1) die Konstitution des Forschungsgegenstandes (in Bezug auf Reallabore auch als *Problem Framing* oder Ko-Design bezeichnet), (2) die gemeinsame Wissensproduktion (in Bezug auf Reallabore auch als Ko-Produktion bezeichnet) und (3) die Integration des geschaffenen Wissens in die Prozesse der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Problemlösung.

Phasen des transdisziplinären Forschungsprozesses

In der als wichtig eingestuften ersten Phase des idealtypischen transdisziplinären Forschungsprozesses geht es mit dem *Problem Framing* um die Identifizierung und Beschreibung einer sowohl lebensweltlich als auch wissenschaftlich relevanten Problemlage (Jahn 2008, 32). Die gemeinsame Problemdefinition soll alle notwendigen Akteur*innen beteiligen und neben den sachbezogenen Wissensbeständen auch normative Sichtweisen einbeziehen (Lang et al. 2012,

29). Wesentlich für die erste Phase ist auch die Bildung eines transdisziplinären Forschungsteams (Lang et al. 2012, 28). So empfehlen Lang et al. (2012) offenzulegen, wer warum an dem Projekt beteiligt ist, und zu vereinbaren, wie die Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Entscheidungsbefugnisse verteilt sind. Zudem sei es wichtig, eine gemeinsame Sprache zu finden, d. h. wichtige Begrifflichkeiten über Fachgrenzen hinweg zu definieren (Lang et al. 2012, 29). Ebenfalls Teil der ersten Phase ist die Verständigung über Forschungsziele, Forschungsfragen und Erfolgskriterien (Lang et al. 2012, 30) sowie die Entwicklung eines gemeinsamen methodischen Rahmens (Lang et al. 2012, 32).

In der zweiten Phase geht es um die Umsetzung der eigentlichen Forschung, wobei es wichtig ist, unterschiedliche Wissensbestände zu identifizieren und zu integrieren und zu definieren, wer was mit welchen Mitteln und mit welchem Ziel beiträgt (Lang et al. 2012, 28). In der dritten Phase erfolgt eine (Re-)Integration des in der zweiten Phase gewonnenen Wissens in Wissenschaft und Praxis. Die transdisziplinäre Wissensintegration geht über klassische Ansätze des Wissenstransfers hinaus. Da Wissensbestände sowohl aus der Praxis als auch aus der Wissenschaft in das Projekt einfließen, muss auch die (Re-)Integration in zwei Richtungen erfolgen – in die Praxis, z. B. durch die Implementierung von entwickelten Maßnahmen und Programmen, und in die Wissenschaft, z. B. durch eine Generalisierung der Ergebnisse und eine Weiterentwicklung wissenschaftlicher Methoden (Lang et al. 2012, 28). Zur Wissensintegration können die Entwicklung zielgerichteter Produkte, z. B. Publikationen, und die Evaluation der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Wirkung des Projekts beitragen (Lang et al. 2012, 34). Darüber hinaus kann transdisziplinäre Forschung durch ihren Charakter als Lernprozess auch weniger greifbare Wirkungen entfalten, wie z. B. das *Empowerment* bestimmter Gruppen zur Teilhabe an politischen Entscheidungsprozessen und die Erweiterung der politischen Entscheidungskompetenz im Allgemeinen (Lang et al. 2012, 29).

Lang et al. (2012) benennen drei weitere Aspekte, die für den gesamten transdisziplinären Forschungsprozess von Bedeutung sind, wenn die Gestaltung eines Lernprozesses im Vordergrund steht. Hierzu zählen (1) eine formative Evaluation, um den Projektfortschritt zu erfassen und eventuell notwendige Anpassungen im Projektverlauf vorzunehmen, (2) die Konfliktbewältigung durch gemeinsame Reflexionen und Diskussionen sowie, sofern erforderlich, moderierte Verhandlungen und Vereinbarungen, und (3) die Stärkung der Fähigkeiten zu und des Interesses an Partizipation, z. B. durch erreichbare Orte, interaktive Formate und visuelle Produkte (Lang et al. 2012, 34–35).

Merkmale von Reallaboren

Der transdisziplinäre Charakter von Reallaboren wird in der Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Akteur*innen sichtbar. Diese Zusammenarbeit bestimmt die grundsätzliche Ausrichtung des Reallabors, z. B. durch die gemeinsame Formu-

lierung von Forschungsfragen (Ko-Design), ebenso wie die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen und Umsetzung von Experimenten (Ko-Produktion) (Schäpke et al. 2017, 19). Reallabore decken dabei, Schäpke et al. zufolge, nicht zwingend alle Phasen des idealtypischen transdisziplinären Forschungsprozesses ab und gehen über den idealtypischen transdisziplinären Forschungsprozess dahingehend hinaus, dass sie erarbeitete Lösungsvorschläge in Realexperimenten probeweise umsetzen. Hieraus ergeben sich Reflexions- und Lernmöglichkeiten, die nicht in jedem transdisziplinären Forschungsprozess gegeben sind (Schäpke et al. 2017, 22).

Reallabore können Lang et al. zufolge eine Brückenfunktion zwischen praktischer Problemlösung und wissenschaftlicher Innovation einnehmen (Lang et al. 2012, 40). Sie können sowohl analytisches als auch handlungsleitendes Wissen produzieren, d. h. sich sowohl mit den Ursachen eines (Nachhaltigkeits-)Problems als auch mit dessen Lösung beschäftigen (Schäpke et al. 2017, 15–16). In jedem Fall soll das Wissen kontextspezifisch und sozial robust sein. Wesentlicher Bestandteil von Reallaboren ist deshalb eine probeweise Überführung von Wissen in Handeln im Rahmen sogenannter Realexperimente (Schäpke et al. 2017, 14). Entscheidend für den Charakter der Realexperimente – und den Laborcharakter im Allgemeinen – ist u. a. das Maß an Kontrolle. Durch die gemeinsame Gestaltung des Experiments durch wissenschaftliche und nicht-wissenschaftliche Akteur*innen sowie die Beachtung des lokalen Kontextes erlauben Reallabore eine „partizipative Kontrolle über das Experiment sowie seinen Kontext“ (Schäpke et al. 2017, 15).

Reallabore sollen nicht nur das Verständnis von Transformationsprozessen stärken, sondern auch zur Transformation selbst beitragen (Schäpke et al. 2017, 11). Reallabore weisen damit Ähnlichkeiten zu Forschungsansätzen der Nachhaltigkeits- und Transformationsforschung, insbesondere zu (*Urban*) *Transition Labs*, auf. *Urban Transition Labs* zielen auf die „Entwicklung von alternativen Ideen, Praktiken und Strukturen in gesellschaftlichen Nischen“ (Schäpke et al. 2017, 34). Sie sind als ein Instrument des *Transition Managements* zu verstehen, das in einem partizipativen und interaktiven Prozess ausgehend von den spezifischen Gegebenheiten eines Ortes Vorstellungen für eine nachhaltige Gesellschaft entwickelt und vor Ort umsetzt (Schäpke et al. 2017, 34–35).

Reallabore sind darüber hinaus als ein fortlaufender Reflexions- und Lernprozess zu verstehen (Schäpke et al. 2017, 5). Die Notwendigkeit der Reflexion ergibt sich aus: (1) der Gleichzeitigkeit von Intervention und Evaluation und der daraus resultierenden Doppelrolle der Forschenden als Gestalter*innen und Forschende (Schäpke et al. 2017, 12–13), (2) der hohen Kontextabhängigkeit der Realexperimente und der geringen Kontrollierbarkeit der Rahmenbedingungen (Schäpke et al. 2017, 17–18) sowie (3) der Anforderung zugleich ergebnisoffen und lösungsorientiert vorzugehen (Schäpke et al. 2017, 24). Die im Rahmen eines Reallabors entwickelten Lösungsansätze sollen über den Zeitraum des wissenschaftlich gerahmten Projekts hinaus Bestand haben und das produzierte Wissen auf andere Kontexte übertragbar sein (Schäpke et al. 2017, 25).

Die Verknüpfung von *Framing*-Ansatz und transdisziplinärer Forschung in Reallaboren erscheint aus zwei Gründen gewinnbringend. Erstens ermöglicht der *Framing*-Ansatz eine differenziertere Betrachtung des für transdisziplinäre Forschung in Reallaboren wichtigen *Problem Framing*. Zweitens erlaubt es der transdisziplinäre Forschungsansatz, die *Framing*-Prozesse – im Sinne einer *Frame Reflection* (siehe Kapitel 4.1.1) – zu explizieren, z. B. im Rahmen einer formativen Evaluation. Eine methodische Herausforderung ergibt sich aus der aktiven Rolle der Forschenden im Reallabor und damit im *Framing*-Prozess. Für Reallabore wird mehrfach auf diese aktive Rolle hingewiesen. Aber auch für interpretative Ansätze der *Framing*-Analyse wird die Notwendigkeit gesehen, dass sich die Forschenden unmittelbar in die Situation begeben, d. h. Teil des Prozesses werden (Daviter 2018, 97).

Die *Framing*-Analyse des Reallabors stellt einen eigenständigen Analyseschritt dar, der über die unmittelbaren Aktivitäten im Reallabor und die formative Evaluation hinausgeht. Der Aufbau, der Ablauf und die Inhalte des Reallabors sind in Kapitel 5.2 näher dargestellt. Die in Kapitel 10 dargestellte Auswertung erfolgte auf der Basis von internen Dokumenten. Hierzu zählen interne Protokolle von Arbeitstreffen, Gedächtnisprotokolle und Ergebnisdarstellungen der Reflexionen im Rahmen der formativen Evaluation, interne Berichte zur Bestandsanalyse, zu den Zukunftswerkstätten und zur Umsetzung der Realexperimente sowie ein Erfahrungsbericht der in der Gemeinde angestellten Projektkoordinatorin. Zudem wurde auf Beobachtungsprotokolle eines Planspiels zurückgegriffen, das im Juni 2017 in der Gemeinde durchgeführt wurde (siehe Übersicht über die ausgewerteten Dokumente im Reallabor im Anhang auf Seite 243).

4.2.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Interviewtranskripte und Dokumente aus dem Reallabor wurden qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine interpretative Form der Auswertung, die „an eine menschliche Verstehens- und Interpretationsleistung geknüpft (ist)“ (Kuckartz 2018, 27). Ausgehend vom *Framing*-Ansatz standen die folgenden Untersuchungsfragen im Vordergrund (siehe hierzu auch Box aus Seite 8):

- (1) Welche Problemverständnisse prägen den Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung?
- (2) Welche Rolle(n) nehmen die am kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung Beteiligten in Bezug auf aktive Mobilität, Altern und Gesundheit ein?
- (3) Welche Interaktionsformen prägen den Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung?

Bezogen auf die interviewbasierte Fallstudienanalyse stand je ein Interview für einen Untersuchungsfall bzw. eine Auswahleinheit.¹⁶ Jedes Interview stellte eine einzelne Analyseeinheit dar (Kuckartz 2018, 30). Bezogen auf das vertiefende Reallabor galten die drei Phasen des Reallabors sowie das vorausgegangene Planspiel als Auswahleinheiten. Als Analyseeinheit galten die einzelnen Dokumente, sodass sich jede Auswahleinheit – anders als in der Auswertung der Expert*inneninterviews – aus mehreren Analyseeinheiten zusammensetzt. Die Auswertung der Interviewtranskripte und Dokumente begann mit der „initiiierenden Textarbeit“ (Kuckartz 2018, 56). Die Interviewtranskripte und Dokumente wurden hierzu vollständig gelesen, um ein Gesamtverständnis für den einzelnen Untersuchungsfall bzw. die Auswahleinheit zu entwickeln (Kuckartz 2018, 56). Besonderheiten und erste Auswertungsideen wurden in dieser Phase in Memos festgehalten (Kuckartz 2018, 57–58). Bezogen auf die interviewbasierte Fallstudienanalyse endete die initiiierende Textarbeit mit der Erstellung von Fallbeschreibungen, die die charakteristischen Eigenschaften des einzelnen Untersuchungsfalls zusammenfassten (Kuckartz 2018, 58). Die Fallbeschreibungen erleichterten bei einem größeren zeitlichen Abstand zwischen Erhebung und Auswertung den Einstieg in das Material (siehe gekürzte Darstellung im Anhang ab Seite 244). Bezogen auf das Reallabor diente das vollständige Lesen der Dokumente einer komprimierten Rückschau über die Phasen des Reallabors. Da die Auswertung hier zeitlich direkt an die Umsetzung anschloss, wurde auf Fall- bzw. Phasenbeschreibungen verzichtet.

Im Anschluss an die initiiierende Textarbeit folgte die Kategorienbildung, die für die qualitative Inhaltsanalyse von zentraler Bedeutung ist (Kuckartz 2018, 26). In der vorliegenden Arbeit kam angelehnt an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse eine deduktiv-induktive Kategorienbildung zur Anwendung, bei der eine begrenzte Anzahl von Hauptkategorien „als eine Art Suchraster (fungieren)“ (Kuckartz 2018, 96). In einem ersten Materialdurchgang wurde das Material ausgehend von diesen wenigen Hauptkategorien inhaltlich strukturiert (Kuckartz 2018, 101). Jedes Interviewtranskript bzw. Dokument wurde hierzu sequenziell, Zeile-für-Zeile vollständig durchgegangen (Kuckartz 2018, 30–31). Kodiert wurden Textsegmente nach dem Sinnzusammenhang, d. h. es konnten sowohl einzelne Sätze als auch ganze Absätze kodiert werden (Kuckartz 2018, 43). Die Kodierungen wurden mit der Auswertungssoftware für qualitative Daten MaxQDA vorgenommen. Als Hauptkategorien für den ersten Materialdurchgang wurde – analog zu den in Kapitel 3 vorgestellten Handlungsfeldern einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung – zwischen dem Umgang mit gesundheitlichen Risiken, dem Umgang mit körperlicher Aktivität, dem Umgang mit (gesundem) Altern und dem Umgang mit aktiver Mobilität unterschieden. Das Reallabor stellte ein eigenes Handlungsfeld dar. Ausgehend von den oben genannten Untersuchungsfragen wurde in jedem der vier Handlungsfelder und dem Reallabor zwischen Problemverständnissen, Rollenverständnissen und Interaktionsmustern unterschieden. So ergab sich ein Suchraster aus zwölf Hauptkategorien

¹⁶ Eine Ausnahme stellt die kreisfreie Stadt 3 dar, in der zwei Interviews geführt wurden.

für die Auswertung der Interviews und drei Hauptkategorien für die Auswertung des Reallabors.

In einem zweiten Materialdurchgang wurde innerhalb der Hauptkategorien induktiv kodiert, d. h. „die Kategorien (wurden) direkt an den empirischen Daten gebildet“ (Kuckartz 2018, 64). Ziel war in diesem Kodierprozess eine inhaltlich-thematische Kategorienbildung, die auch sprachlich möglichst nah am Material bleibt (Kuckartz 2018, 83). Thematische bzw. inhaltliche Kategorien bezeichnen Themen oder Argumente, die im Interview zur Sprache kommen (Kuckartz 2018, 34). Das Kategoriensystem wurde im Zuge der induktiven Kategorienbildung kontinuierlich weiterentwickelt. Im fortschreitenden Materialdurchlauf wurden Aspekte, die bereits im Kategoriensystem vorhanden waren, mit der entsprechenden Kategorie kodiert. Neue Aspekte erhielten eine neue Kategorie. Wenn die Anzahl der Kategorien unübersichtlich wurde oder eine Kategorie sich als zu undifferenziert erwies, wurden Kategorien zusammengefasst oder ausdifferenziert (Kuckartz 2018, 84–85). Die inhaltlich-thematischen Kategorien wurden anschließend – unter Einbeziehung des in den Kapiteln 2 und 3 dargestellten Forschungsstands – zu analytischen bzw. theoretischen Kategorien verdichtet. Analytische Kategorien setzen eine intensive Auseinandersetzung mit dem empirischen Material voraus und können auch in Bezug zu einer Theorie entwickelt werden (Kuckartz 2018, 34). Das Kategoriensystem selbst ist Kuckartz zufolge ein erstes wichtiges Analyseergebnis (Kuckartz 2018, 95). Die abschließenden Kategoriensysteme für die Auswertung der Interviews und des Reallabors sind in Tabelle 1 und Tabelle 2 dargestellt. Zu Beginn der Ergebniskapitel in Teil III der Arbeit werden die für das jeweilige Handlungsfeld relevanten Auswertungskategorien zudem in einer Grafik dargestellt.

Auf Basis der Kodierungen wurden Fallübersichten erstellt. Hierzu wurden für jede Unterkategorie die diesbezüglichen Aussagen jedes einzelnen Untersuchungsfalls bzw. jeder Phase des Reallabors zusammengefasst und in einer Tabelle zusammengeführt (siehe gekürzte Darstellung für die vier Handlungsfelder im Anhang ab Seite 253). Die Fallübersichten dienten dazu, einen Überblick über das gesamte Spektrum an Ausprägungen zu erhalten. Darüber hinaus ermöglichten sie es, interessante Fälle für eine vertiefende Einzelauswertungen zu identifizieren und diese im Gesamtmaterial zu verorten (Kuckartz 2018, 115–116). In der Fallübersicht für das Reallabor wurden die Dokumente bzw. Analyseeinheiten zu Dokumentengruppen zusammengefasst, d. h. Protokolle, Reflexionen und Ergebnisdarstellungen (siehe gekürzte Darstellung im Anhang ab Seite 270). Neben einem systematischen Überblick über die Ausprägungen der Unterkategorien konnten so Rückschlüsse auf die Ebenen der Aushandlung, z. B. im Rahmen interner Treffen, im Rahmen der formativen Evaluation oder bei der Umsetzung konkreter Realexperimente, gezogen werden. Zudem ermöglichte die Darstellung einen Vergleich zwischen der Fallstudienanalyse und dem Reallabor.

Ziel der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse war es, jede Unterkategorie in der Breite der festgestellten Ausprägungen zu erfassen und interessante oder gegensätzliche

Ausprägungen näher nachzuvollziehen. Darüber hinaus wurden Zusammenhänge zwischen Unterkategorien herausgearbeitet und Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen und innerhalb der Handlungsfelder sowie zwischen und innerhalb der Fallgruppen betrachtet (Kuckartz 2018, 118–120). Ausgehend von den so näher charakterisierten Problemverständnissen, Rollenverständnissen und Interaktionsmustern wurden in einem weiteren Analyseschritt handlungsleitende *Frames* identifiziert, die innerhalb des jeweiligen Handlungsfeldes als „gemeinsamer Nenner“ erscheinen. Die Ergebnisse der Fallstudienanalyse sind in den Kapiteln 6 bis 9 und die Ergebnisse der Analyse des Reallabors in Kapitel 10 dargestellt.

	<i>Problemverständnisse</i>	<i>Rollenverständnisse</i>	<i>Interaktionsmuster</i>
<i>Gesundheitliche Risiken</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Verunreinigungen von Luft und Wasser • Lärm, Infraschall und elektromagnetische Strahlung • Infektionsschutz und Hygiene • vulnerable Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • grenzwertbezogene Prüfung 	<ul style="list-style-type: none"> • formalisierte Behördenbeteiligung • Widerstand der Bevölkerung
<i>Körperliche Aktivität</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sport und Bewegung • aktive Mobilität • Ältere als Zielgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • gesetzlicher Auftrag • themenbezogene Koordination und Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> • interkommunale und intersektorale Vernetzung
<i>Gesundes Altern</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Versorgung • Nahversorgung • Wohnen und Pflege • Mobilität • Teilhabe und soziale Kontakte 	<ul style="list-style-type: none"> • kommunale Verantwortungsübernahme • raumbezogene Steuerung • themenbezogene Koordination und Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> • interkommunale Zusammenarbeit • Bürger*innenbeteiligung und Ehrenamt • ämterübergreifende Zusammenarbeit • Zusammenarbeit mit weiteren Akteur*innen
<i>Aktive Mobilität</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wegenetze und Entfernungen • autoorientierte Aufteilung des Straßenraums • Unfallgefahren • Mobilitätseinschränkungen 	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende kommunale Zuständigkeiten • Auto- und Fahrradaffinität • regelkonformer Rad- und Fußwegebau 	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Behördenbeteiligung • Interessenvertretung und Bürger*innenbeteiligung • Zusammenarbeit mit weiteren Akteur*innen

Tabelle 1: Ausdifferenziertes Kategoriensystem für die Auswertung der Interviews

	<i>Problemverständnisse</i>	<i>Rollenverständnisse</i>	<i>Interaktionsmuster</i>
<i>Reallabor</i>	<ul style="list-style-type: none"> • autoorientiertes Mobilitätsverhalten und Mobilitätseinschränkungen • fehlende Wegeverbindungen und mangelhafter Zustand der Wege • unsichere Wegeführung und autoorientierte Aufteilung des Straßenraums • eingeschränkte Erreichbarkeit von Alltagszielen • fehlende Begegnungsorte und soziale Kontakte 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenorientierung • Transferorientierung • partizipativer Anspruch • transformativer Anspruch 	<ul style="list-style-type: none"> • transdisziplinäre Zusammenarbeit • intersektorale Zusammenarbeit • interkommunaler Austausch

Tabelle 2: Ausdifferenziertes Kategoriensystem für die Auswertung des Reallabors

5 Vorstellung der Untersuchungsregion und des Reallabors

Im ersten Teil des folgenden Kapitels wird die Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten vorgestellt, die – ausgehend vom Forschungsprojekt AFOOT – die Untersuchungsregion der vorliegenden Arbeit ist. Basierend auf der Regionalstatistischen Raumtypologie für die Mobilitäts- und Verkehrsforschung (RegioStaR) wird die Region zunächst hinsichtlich Siedlungsstruktur und Mobilität eingeschätzt. Anschließend wird eine Einschätzung der demografischen Entwicklung vorgenommen. Hierauf aufbauend werden die Untersuchungsfälle der Fallstudienanalyse vorgestellt. Im zweiten Teil des Kapitels werden die Gemeinde Ritterhude sowie die Akteur*innen und Phasen des in der Gemeinde durchgeführten Reallabors vorgestellt.

5.1 Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten

Die Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten (kurz: Metropolregion Nordwest) ist seit 2005 eine von elf europäischen Metropolregionen in Deutschland (Kawka/Staats 2016, 536–537). Die europäischen Metropolregionen stehen in Deutschland für ein raumordnungspolitisches Leitbild, das Metropolregionen als „als Motoren der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Entwicklung“ (Kawka/Staats 2016, 536) betrachtet. Die Stadt-Umland-Beziehungen sind dabei durch das Verständnis geprägt, dass die Vernetzung der verstärkten und ländlichen Teilräume gleichermaßen zu einer Funktionssteigerung der Region als Ganzes beitragen (Kawka/Staats 2016, 539). Mit neuen Formen regionaler *Governance* soll eine gemeinsame Verantwortungsübernahme für die jeweilige Region erzielt werden (Kawka/Staats 2016, 538).

In der Metropolregion Nordwest steht die wirtschaftliche Entwicklung, u. a. in den Bereichen Windkraft, Logistik und Gesundheitswirtschaft, im Vordergrund (Meincke/Ahn 2016, 572). Eine gemeinsame Zuständigkeit für die Regionalplanung, wie sie z. B. in den Regionen Hannover und Frankfurt Rhein/Main gegeben ist, gibt es in der Metropolregion Nordwest nicht (Vallée 2016, 633–634). Eine Koordination der räumlichen Entwicklung wird jedoch durch das Zusammenführen der regionalen Raumordnungsprogramme der Landkreise und der Flächennutzungspläne der kreisfreien Städte auf einer gemeinsamen Plattform, dem sogenannten Metropolplaner¹⁷, unterstützt. Zudem werden im Rahmen eines Regionalmonitorings¹⁸ Daten zu über 200 Indikatoren öffentlich zur Verfügung gestellt.

¹⁷ Der Metropolplaner steht online frei zur Verfügung. Zugriff unter: <https://metropolplaner.de/> (letzter Zugriff am 25.06.2021)

¹⁸ Das Regionalmonitoring steht online frei zur Verfügung. Zugriff unter: <http://monitoring.metropol-region-nordwest.de/> (letzter Zugriff am 25.06.2021)

In den Gremien des 2006 gegründeten Vereins Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten e.V., d.h. der Metropolversammlung und dem Vorstand, sind Vertreter*innen der Kommunen und der Wirtschaft in gleicher Anzahl vertreten. Hinzu kommen Vertreter*innen der Länder Niedersachsen und Bremen. In beratender Funktion gibt es einen parlamentarischen Beirat mit Vertreter*innen der beiden Landesparlamente und einen wissenschaftlichen Beirat, in dem die in der Region ansässigen Universitäten, Hochschulen und Forschungseinrichtungen vertreten sind. In thematisch ausgerichteten Arbeitskreisen, u.a. zur Raumstruktur, werden gemeinsame Projekte, wie der oben genannte Metropolplaner, angestoßen (Meincke/Ahn 2016, 571–572).

Der Metropolregion Nordwest gehören die niedersächsischen Landkreise Ammerland, Cloppenburg, Cuxhaven, Diepholz, Friesland, Oldenburg, Osnabrück, Osterholz, Vechta, Verden, Wesermarsch, die kreisfreien Städte Delmenhorst, Oldenburg, Wilhelmshaven sowie Bremen und Bremerhaven, fünf Industrie- und Handelskammern und die Länder Bremen und Niedersachsen an (Meincke/Ahn 2016, 572). Das Gebiet der Metropolregion umfasst 115 kreisangehörige Städte und Gemeinden, von denen jedoch nur maximal elf, d.h. eine für jeden Landkreis, in der Metropolversammlung vertreten sind (Meincke/Ahn 2016, 572).

Innerhalb des Gebiets der Metropolregion gibt es mit dem Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen e.V. ein weiteres interkommunales Bündnis, dem neben den kreisfreien Städten Bremen und Delmenhorst 24 Städte und Gemeinden im unmittelbaren Umland von Bremen sowie die beiden Landkreise Osterholz und Oldenburg angehören (siehe Abbildung 12). Mit dem Grundsatzbeschluss zur kooperativen Regionalentwicklung von 2015 wurde eine Vereinbarung zu einer intensiveren und zunehmend verbindlichen interkommunalen Zusammenarbeit getroffen und ein Leitbild für das Gebiet des Kommunalverbunds formuliert (Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen 2015). Der Kommunalverbund betreibt u.a. ein Demografie-Monitoring¹⁹, das demografische Daten auf Gemeindeebene zur Verfügung stellt. Eine Anwendung mit kleinräumigen Daten auf Ortsteilebene befindet sich seit September 2020 in der Erprobung. Ein regionales Mobilitätskonzept für den Radverkehr wurde ebenfalls im Jahr 2020 fertiggestellt und beschlossen (Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen 2020).

¹⁹ Das Demografie-Monitoring steht online frei zur Verfügung. Zugriff unter: <http://demografie-monitoring.de/> (letzter Zugriff am 25.06.2021)



Abbildung 12: Landkreise und kreisfreie Städte in der Metropolregion Nordwest (eigene Darstellung)

Im Bereich der Nahverkehrsplanung haben sich darüber hinaus 1996 die kreisfreien Städte Bremen, Bremerhaven, Delmenhorst und Oldenburg, die Landkreise Ammerland, Diepholz, Oldenburg, Osterholz, Wesermarsch und Verden sowie einzelne kreisangehörige Städte und Gemeinden der Landkreise Cuxhaven, Rotenburg und Nienburg zum Zweckverband Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen (ZVBN) zusammengeschlossen (Verbandssatzung des ZVBN vom 21.12.2001). Der Zweckverband hat die Trägerschaft für den straßengebundenen ÖV inne und arbeitet eng mit dem Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen GmbH (VBN) zusammen, in dem die in der Region tätigen Verkehrsunternehmen zusammengeschlossen sind.

5.1.1 Siedlungsstruktur und Mobilität

Um die siedlungsstrukturellen Merkmale der Metropolregion Nordwest näher zu fassen, wird auf die vom Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur entwickelte Regionalstatistische Raumtypologie für die Mobilitäts- und Verkehrsforschung (RegioStaR) zurückgegriffen. Die RegioStaR-Typologie ist mehrstufig aufgebaut. Sie unterscheidet zwischen metro-

politane Stadtregionen und regiopolitanen Stadtregionen sowie stadtreionsnahen und peripheren ländlichen Regionen. Innerhalb dieser Regionstypen unterscheidet die Typologie zwischen 17 regionalstatistischen Raumtypen, hierunter Metropolen, Regiopolen, Großstädte und zentrale Städte sowie Mittelstädte, städtische und kleinstädtische bzw. dörfliche Räume (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2018, 24). Die Siedlungsstruktur der Metropolregion Nordwest ist basierend auf dieser Typologie als sehr divers einzuschätzen (siehe Abbildung 13).

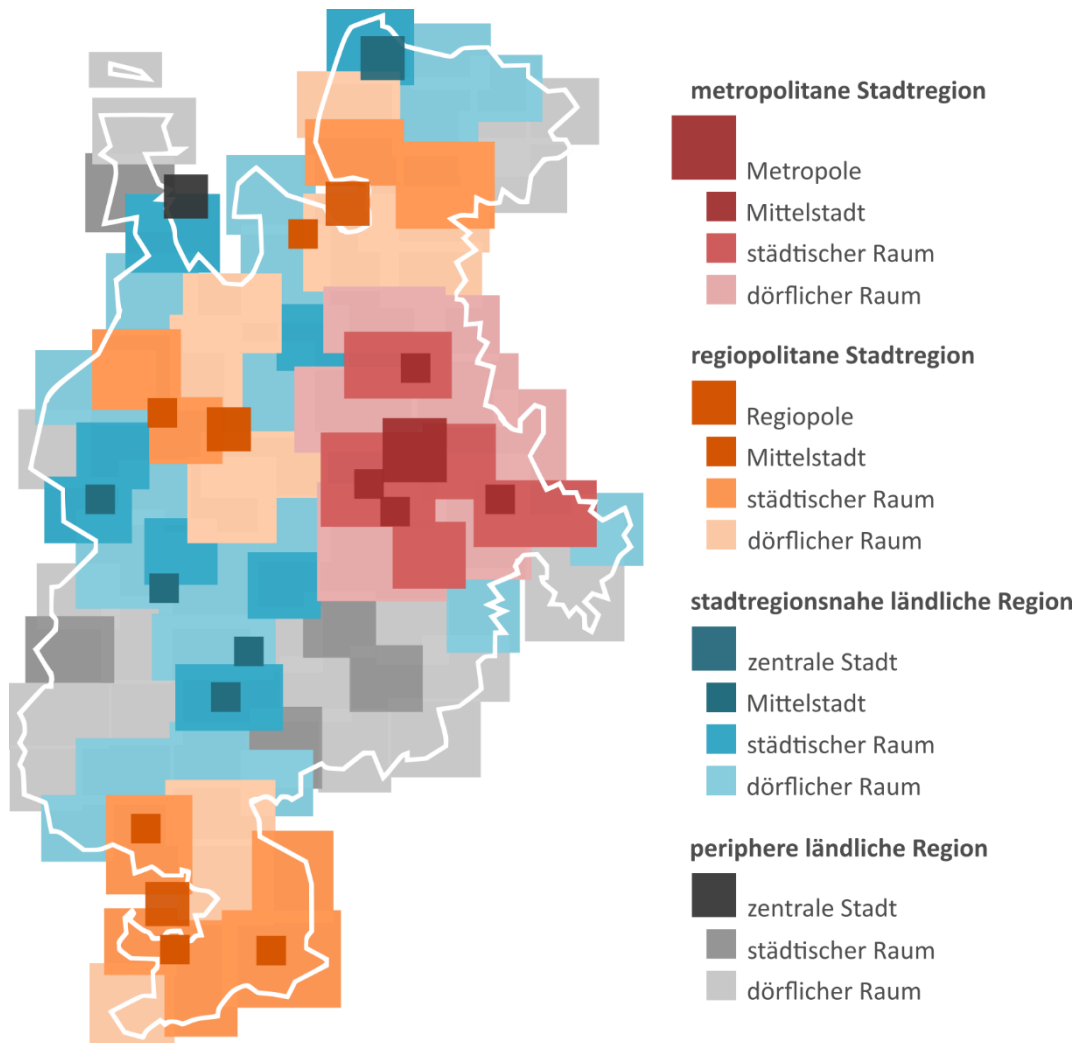


Abbildung 13: Siedlungstypen in der Metropolregion Nordwest basierend auf der RegioStaR-Typologie (eigene Darstellung)

Ausgehend von einer Bevölkerungszahl von über 500.000 Einwohner*innen innerhalb der Stadtgrenzen bzw. über 1 Mio. in der Region, gilt die Stadt Bremen der RegioStaR-Typologie zufolge als Metropole und die sie umgebende Region als metropolitane Stadtregion

(Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2018, 16–18). Die Städte Bremerhaven, Oldenburg und Osnabrück²⁰ gelten der Typologie zufolge mit einer Bevölkerung von über 100.000 Einwohner*innen als Regiopolen und ihre Verflechtungsräume²¹ als regiopolitane Stadtregionen (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2018, 16–18).

Die unmittelbar an die Stadtregionen angrenzenden Regionen werden ausgehend von einer Fahrzeit von bis zu 45 Minuten bis in die nächstgelegene Großstadt oder einem Bevölkerungspotenzial von mind. 300.000 Einwohner*innen als stadtregionsnahe ländliche Regionen klassifiziert. Ländliche Regionen, auf die diese Kriterien nicht zutreffen, gelten als periphere ländliche Regionen (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2018, 12). In der Untersuchungsregion finden sich sowohl stadtregionsnahe als auch periphere ländliche Regionen, letztgenannte liegen vor allem in den Landkreisen Cuxhaven, Friesland, Cloppenburg, Diepholz und Osnabrück.

Neben der Metropole Bremen und den drei bereits genannten Großstädten finden sich in der Untersuchungsregion mit der kreisfreien Stadt Wilhelmshaven und der Kreisstadt Cuxhaven zwei weitere zentrale Städte²². Darüber hinaus gibt es in der Untersuchungsregion 13 Mittelstädte²³, die sich über drei der vier Regionstypen verteilen. Die weitere Differenzierung der Städte und Gemeinden bzw. Gemeindeverbände in städtische und kleinstädtische bzw. dörfliche Räume erfolgt der RegioStaR-Typologie zufolge auf Basis der Bevölkerungsdichte und des Urbanisierungsgrads (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2018, 18–19). Als städtisch und kleinstädtisch bzw. dörflich klassifizierte Räume finden sich in der Untersuchungsregion in allen vier Regionstypen.

Die Studie Mobilität in Deutschland (MiD) setzt seit 2017 ihre Ergebnisse in Beziehung zu der RegioStaR-Raumtypologie, wobei in der Ergebnisdarstellung der zusammengefasste regionalstatistische Raumtyp RegioStaR 7²⁴ zur Anwendung kommt (Nobis/Kuhnimhof 2018, 22). Eine

²⁰ Die kreisfreie Stadt Osnabrück gehört der Metropolregion Nordwest nicht an, der sie umgebende Landkreis hingegen schon.

²¹ Für die Verflechtungsräume werden eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten mit dem MIV und ein Auspendleranteil von 25% in die betreffende Großstadt zugrunde gelegt (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2018, 11–12).

²² Zentrale Städte in ländlichen Regionen werden der RegioStaR-Typologie zufolge auf Grundlage einer Bevölkerungszahl von mind. 40.000 Einwohner*innen, ihrem Anteil am regionalen Bevölkerungspotenzial und der Arbeitsmarktzentralität abgegrenzt (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2018, 19–20).

²³ Mittelstädte in ländlichen Regionen werden der RegioStaR-Typologie zufolge auf Grundlage einer Bevölkerungszahl von mind. 15.000 Einwohner*innen und einem metrischen Zentralitätsindex bestimmt. Für Mittelstädte in Stadtregionen werden eine Bevölkerungszahl von mind. 25.000 Einwohner*innen und eine raumplanerisch festgesetzte zentralörtliche Funktion mind. als Mittelzentrum zugrunde gelegt (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2018, 23).

²⁴ Der zusammengefasste regionalstatistische Raumtyp (RegioStaR 7) fasst die 17 Raumtypen der RegioStaR-Typologie in sieben Raumtypen zusammen. Hierbei wird nur zwischen Stadtregionen und

Person in Deutschland legt 2017 im Schnitt 3,1 Wege am Tag zurück bzw. 3,7 Wege am Tag, wenn nur diejenigen Personen berücksichtigt werden, die am Stichtag tatsächlich mobil waren. Dies gilt unabhängig vom Raumtyp. Die Wegstrecke pro Person und Tag weist hingegen deutliche Unterschiede zwischen den siedlungsstrukturellen Raumtypen auf. So fällt die durchschnittlich pro Tag von mobilen Personen zurückgelegte Strecke in kleinstädtischen bzw. dörflichen Räumen mit 52 km besonders hoch aus – unabhängig davon, ob diese Räume in einer Stadtregion oder einer ländlichen Region liegen. Gleichzeitig ist die Unterwegszeit hier geringer als in Großstädten, d. h. es wird weniger Zeit auf das Zurücklegen der Wege verwendet (Nobis/Kuhnimhof 2018, 26–28). Menschen in Mittelstädten und städtischen Räumen legen vor allem in ländlichen Regionen weniger weite Wege zurück als Menschen in kleinstädtischen bzw. dörflichen Räumen (Nobis/Kuhnimhof 2018, 30–31). Eine Aufschlüsselung nach den Wegezwecken zeigt, dass fast alle Wege, d. h. zur Arbeit, zur Schule, aber auch für Einkäufe und Erledigungen, in diesen Raumtypen weiter sind als in Großstädten und zentralen Städten. Dies gilt jedoch nicht für Freizeitwege (Nobis/Kuhnimhof 2018, 62–63).

Deutliche Unterschiede zwischen den Raumtypen zeigen sich zudem beim Pkw-Besitz. So besitzen in kleinstädtischen und dörflichen Räumen unabhängig davon, ob diese in einer Stadtregion oder einer ländlichen Region liegen, rund 90% der Haushalte mindestens einen Pkw. Über ein Drittel der Haushalte besitzt sogar zwei oder mehr Pkw. In Mittelstädten und städtischen Räumen besitzen hingegen – ebenfalls unabhängig davon, ob diese in einer Stadtregion oder einer ländlichen Region liegen – 15% der Haushalte keinen Pkw und weniger als ein Drittel der Haushalte mehr als einen Pkw. Dieser Trend setzt sich über die zentralen Städte sowie Regiopolen und Großstädte fort bis zu den Metropolen, in denen 42% der Haushalte keinen Pkw und nur 10% der Haushalte mehr als einen Pkw besitzen (Nobis/Kuhnimhof 2018, 34–35).

Der Besitz herkömmlicher Fahrräder unterscheidet sich hingegen nicht wesentlich nach dem Raumtyp. Anders ist es bei Pedelecs²⁵. So besitzen 10% der Haushalte in kleinstädtischen bzw. dörflichen und 9% der Haushalte in Mittelstädten und städtischen Räumen ein Pedelec. In den Metropolen sind es hingegen nur 4% der Haushalte (Nobis/Kuhnimhof 2018, 38–40). Bezüglich der Verfügbarkeit einer ÖV-Zeitkarte zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. So besitzen in ländlichen Regionen weniger als 10% der Personen eine ÖV-Zeitkarte – unabhängig davon, ob sie in einer zentralen Stadt, einer Mittelstadt oder dem kleinstädtischen, dörflichen Raum wohnen. In Stadtregionen ist die Verfügbarkeit von ÖV-Zeitkarten im kleinstädtischen, dörflichen Raum sowie in Mittelstädten und städtischen Räumen mit 8 bzw. 12% ebenfalls

ländlichen Regionen unterschieden. Zudem wird die Unterscheidung zwischen Regiopolen und anderen Großstädten sowie zwischen Mittelstädten und städtischen Räumen aufgehoben (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2018, 24).

²⁵ Hier als Sammelbegriff für alle elektrisch angetriebenen Fahrräder, d. h. inklusive E-Bikes.

sehr niedrig, in größeren Städten und Metropolen hingegen deutlich höher (Nobis/Kuhnimhof 2018, 43).

Bei der Verkehrsmittelnutzung zeigen sich ebenfalls Unterschiede zwischen den Regions- und Raumtypen. Bundesweit werden 2017 22% der Wege zu Fuß, 11% mit dem Fahrrad und 10% mit dem ÖV zurückgelegt. 57% der Wege werden bundesweit mit dem Auto zurückgelegt, davon 14% als Mitfahrende. Der Anteil der Wege, die zu Fuß und mit dem Fahrrad zurückgelegt werden, ist in Metropolen, Regiopolen und Großstädten, aber auch in zentralen Städten in ländlichen Regionen überdurchschnittlich hoch, in Mittelstädten, städtischen Räumen und kleinstädtischen, dörflichen Räumen dagegen auffallend niedrig. Der ÖV wird vor allem in Metropolen, Regiopolen und anderen Großstädten in Stadtregionen genutzt. Während der Anteil der mit dem MIV zurückgelegten Wege in Metropolen nur 38% ausmacht, steigt er bereits in Regiopolen und anderen Großstädten auf 50%. In Mittelstädten und städtischen Räumen sowie kleinstädtischen, dörflichen Räumen beträgt er über 60%. In kleinstädtischen, dörflichen Räumen in ländlichen Regionen werden sogar 70% der Wege mit dem Auto zurückgelegt (Nobis/Kuhnimhof 2018, 47).

Bezogen auf die Metropolregion Nordwest ist auf Basis dieser gesamtdeutschen Daten davon auszugehen, dass die Wege, z. B. zum Einkaufen und für Erledigungen, außerhalb der wenigen Großstädte und zentralen Städte eher weit sind und eher selten mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurückgelegt werden. Auch die ÖV-Nutzung wird vor allem in den ländlichen Regionen, aber auch in den kleineren Städten und Gemeinden in den Stadtregionen nur eine geringe Bedeutung haben. In den kleinstädtischen, dörflichen Räumen sowie den ländlichen Regionen ist auch in der Metropolregion Nordwest davon auszugehen, dass viele Wege mit dem Auto zurückgelegt werden. Eine regionale Besonderheit stellt der in den Bundesländern Niedersachsen und Bremen im bundesweiten Vergleich hohe Fahrradbesitz (inklusive Pedelecs) dar (Nobis/Kuhnimhof 2018, 40).

5.1.2 Demografische Entwicklung

Das Durchschnittsalter in Deutschland ist von 1990 bis 2018 von 39 auf 44 Jahre gestiegen (Statistisches Bundesamt 2019, 11). Die Anzahl der Menschen ab 67 Jahren stieg im selben Zeitraum von rund 10 Mio. auf über 15 Mio. und wird den Vorausberechnungen zufolge bis 2038 auf über 20 Mio. wachsen (Statistisches Bundesamt 2019, 24). Der Altenquotient, d. h. die Anzahl von Personen ab 67 Jahren auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20–66 Jahre), stieg parallel dazu von ca. 20 im Jahr 1990 auf 31 im Jahr 2018 und wird in den kommenden 20 Jahren den Vorausberechnungen zufolge auf weit über 40 steigen (Statistisches Bundesamt 2019, 27–28). Für die Entwicklung der kommenden Jahre sind vor allem die zahlenmäßig größte Altersgruppe der von 1955 bis 1970 geborenen sogenannten Babyboomer von Bedeutung, die zunehmend aus dem Erwerbsalter ausscheiden (Statistisches Bundesamt 2019, 19).

Bei steigender Lebenserwartung, sinkender Sterblichkeit und auf niedrigem Niveau wachsender Geburtenzahlen weist Deutschland insgesamt eine negative natürliche Bevölkerungsbilanz auf, was einer schrumpfenden Bevölkerung gleichkommt. Seit 2014 konnte die Schrumpfung durch eine gestiegene Nettozuwanderung ausgeglichen werden. Obwohl vor allem jüngere Bevölkerungsgruppen zuwandern, ändert dies jedoch wenig an dem Prozess der demografischen Alterung (Statistisches Bundesamt 2019, 12). Die Alterung ist, Beetz zufolge, in ländlichen Regionen besonders stark ausgeprägt. Als Gründe gelten der Fortzug jüngerer Bevölkerungsgruppen, die überproportional sinkenden Geburtenzahlen und eine überproportional steigende Lebenserwartung seit den 1990er Jahren. Zudem erreichen viele Bewohner*innen, die in vergangenen Jahrzehnten als Familien in ländliche Regionen gezogen sind, das Rentenalter. Andere ziehen gezielt nach dem Austritt aus der Erwerbsarbeit aufs Land (Beetz 2009, 117–118).

In Niedersachsen konnte eine negative natürliche Bevölkerungsbilanz in den vergangenen Jahren – wie bundesweit auch – durch eine Nettozuwanderung ausgeglichen werden (Eberhardt 2019, 489). Auf lange Sicht wird die Bevölkerungszahl in dem Bundesland den Vorausberechnungen zufolge jedoch schrumpfen (Eberhardt 2019, 495). Der Anteil Älterer wird auch in Niedersachsen wachsen. 2018 waren in Niedersachsen knapp 22 % der Bevölkerung 65 Jahre oder älter. Bis 2060 könnte dieser Anteil auf rund 29 % wachsen (Eberhardt 2019, 495–497). Auch im Land Bremen fällt das natürliche Bevölkerungssaldo negativ aus, d. h. es sterben mehr Menschen, als geboren werden (Statistisches Landesamt Bremen 2019, 50). Auch hier konnte dies in den letzten Jahren durch ein positives Wanderungssaldo, d. h. mehr Zu- als Fortzüge, ausgeglichen werden (Statistisches Landesamt Bremen 2019, 52). Der Anteil der Personen ab 65 Jahren lag im Jahr 2018 im Land Bremen vergleichbar mit dem Anteil im Land Niedersachsen bei 21 % (Statistisches Landesamt Bremen 2019, 42).

In den Städten und Gemeinden der Metropolregion Nordwest leben insgesamt rund 2,7 Mio. Menschen (Meincke/Ahn 2016, 571). Die demografische Entwicklung ist hinsichtlich der Alterung sowie hinsichtlich Bevölkerungswachstum und -schrumpfung zwischen den Städten und Gemeinden sehr unterschiedlich ausgeprägt.²⁶ So variiert das Durchschnittsalter im Jahr 2018 zwischen 37,5 Jahren in Molbergen (Landkreis Cloppenburg) und 50 Jahren in Butjadingen (Landkreis Wesermarsch). Tendenziell ist das Durchschnittsalter im Norden und Osten der Metropolregion höher als im Westen. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Anteil der Personen ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung (siehe Abbildung 14). Mit Ausnahme von Bad Rothelfelde (Landkreis Osnabrück) liegen die Städte und Gemeinden mit den höchsten Anteilen

²⁶ Die Daten zur Bevölkerungsentwicklung in der Metropolregion Nordwest sind dem Regionalmonitoring entnommen. Das Regionalmonitoring stellt die Metropolregion in einer interaktiven Internetanwendung frei zur Verfügung: <http://monitoring.metropolregion-nordwest.de> (letzter Zugriff am 25.06.2021)

Älterer in den nördlichen Landkreisen. Mit Cuxhaven (29,5%), Budjadingen (29,4%) und Wangerland (28,5%) liegen drei der fünf „ältesten“ Gemeinden an der Küste. Der Altenquotient liegt in den drei Küstenorten sowie in Bad Rothenfelde und Bad Zwischenahn (Landkreis Ammerland) bei über 50, d. h. auf 100 Personen zwischen 18 und 65 kommen hier mehr als 50 Personen, die 65 Jahre oder älter sind.²⁷ Auch die kreisfreie Stadt Wilhelmshaven weist mit rund 26% und einem Altenquotienten von 43,8 einen vergleichsweise hohen Anteil Älterer auf. Im Landkreis Cloppenburg gibt es hingegen gleich mehrere Gemeinden, in denen Menschen ab 65 Jahren weniger als 15% der Bevölkerung ausmachen und der Altenquotient unter 25 liegt.

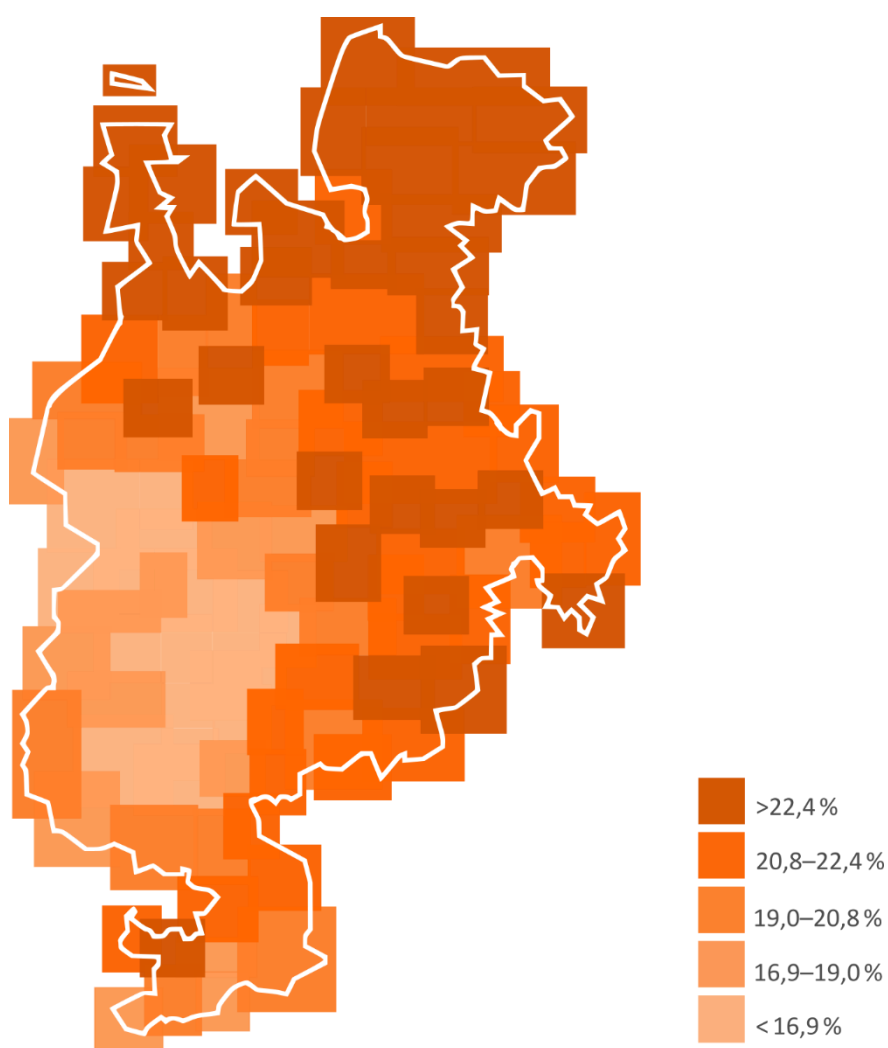


Abbildung 14: Anteil von Personen über 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung der Metropolregion Nordwest in Prozent (eigene Darstellung basierend auf Daten des Regionalmonitorings)

Mit Blick auf das Verhältnis von Geburten und Sterbefällen sind es abermals die Städte und Gemeinden im Landkreis Cloppenburg, aber auch im angrenzenden Landkreis Vechta, die

²⁷ Aufgrund der abweichenden Berechnung ist diese Zahl nur bedingt mit dem oben genannten Altenquotienten für Deutschland vergleichbar.

durch einen Geburtenüberschuss auffallen. Im Jahr 2018 kamen hier auf 1.000 Einwohner*innen im Durchschnitt mind. drei Kinder mehr zur Welt, als Menschen starben. In der Gemeinde Molbergen waren es sogar mehr als fünf. In vielen nördlichen und östlichen Städten und Gemeinden in der Metropolregion starben hingegen mehr Personen, als geboren wurden. In Butjadingen (Landkreis Wesermarsch) und Bad Rothenfelde (Landkreis Osnabrück) fällt der Geburten-/Sterbe-Saldo je 1.000 Einwohner*innen mit -10,4 und -14,4 besonders negativ aus. Dem gegenüberzustellen ist das Wanderungssaldo²⁸, d. h. das Verhältnis von Zu- und Fortzügen je 1.000 Einwohner*innen. Besonders viele Zuzüge verzeichnet mit einem Wanderungssaldo von 33,8 ebenfalls Bad Rothenfelde. Einen großen Anteil haben hieran Zuzüge von Personen ab 65 Jahren. Neben weiteren Städten und Gemeinden im Süden und Westen der Metropolregion sowie an der Küste weisen auch die Nachbargemeinden der kreisfreien Städte Bremen und Oldenburg ein positives Wanderungssaldo auf. 22 der rund 120 Städte und Gemeinden in der Metropolregion weisen hingegen ein negatives Wanderungssaldo auf. Am stärksten ausgeprägt ist dies mit -7,3 bzw. -7,5 in Berne (Landkreis Wesermarsch) und Dörverden (Landkreis Verden).

5.1.3 Übersicht über die Untersuchungsfälle

Im Folgenden werden die Untersuchungsfälle der Fallstudienanalyse basierend auf der RegioStaR-Raumtypologie siedlungsstrukturell eingeordnet und basierend auf den Daten des Regionalmonitorings hinsichtlich ihrer demografischen Entwicklung näher charakterisiert. Abbildung 15 ordnet die untersuchten Landkreise und die untersuchten kreisangehörigen Städte und Gemeinden hinsichtlich der Regions- und Raumtypen ein. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Mehrheit der Landkreise aufgrund ihrer Größe und der heterogenen Siedlungsstruktur nicht eindeutig einem Regions- und Raumtyp zugeordnet werden können. Für die Einordnung ist hier ausschlaggebend, wie viele der kreisangehörigen Städte und Gemeinden dem jeweiligen Regions- oder Raumtyp zugeordnet wurden.

Lediglich der Landkreis 4 liegt vollständig in einer Stadtregion. Die Landkreise 1, 2 und 6 liegen überwiegend in einer Stadtregion, wobei die Städte und Gemeinden im Landkreis 1 eher dörflich geprägt sind und die in den Landkreisen 2 und 6 zu etwa gleichen Teilen städtisch und dörflich. Die Städte und Gemeinden in Landkreis 3 sind eher dörflich geprägt und liegen zu etwa gleichen Teilen in und außerhalb von Stadtregionen. In den Landkreisen 5 und 7 überwiegen Städte und Gemeinden, die ländlichen Regionen zugeordnet werden. Städtische und dörfliche Räume finden sich hier zu etwa gleichen Teilen. Es wird deutlich, dass eher dörfliche Siedlungsstrukturen nicht zwingend mit einer ländlichen Lage einhergehen und umgekehrt.

²⁸ Das Referenzjahr ist hier abweichend das Jahr 2017.

Ebenso geht die Lage in einer Stadtregion nicht zwingend mit städtischen Siedlungsstrukturen einher.

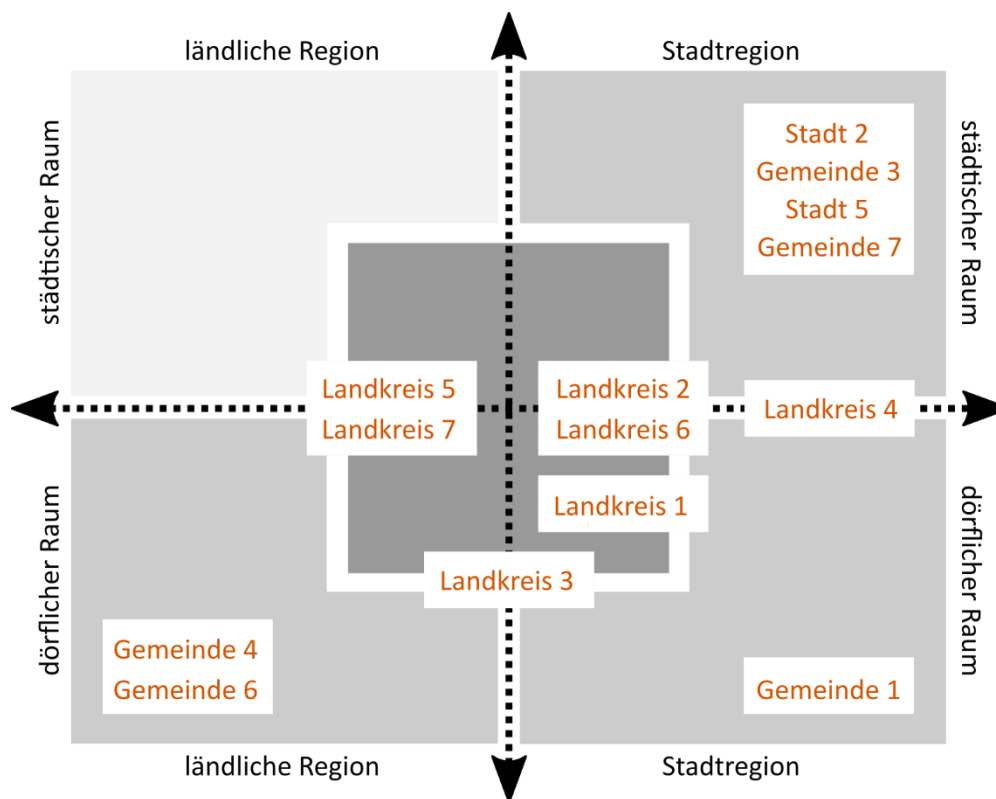


Abbildung 15: Darstellung der untersuchten Landkreise sowie kreisangehörigen Städte und Gemeinden nach Regions- und Raumtyp (eigene Darstellung)

Mit den untersuchten kreisangehörigen Städten und Gemeinden können drei Regionstypen und vier Siedlungstypen abgebildet werden (siehe hierzu auch Tabelle 4). Die Gemeinden 4 und 6 sind dörflich geprägte Gemeinden, die in stadtreionsnahen ländlichen Regionen gelegen sind. Die Gemeinde 1 ist ebenfalls dörflich geprägt, aber in einer Stadtregion – genauer gesagt einer regiopolitanen Stadtregion – gelegen. Stadt 2 und Gemeinde 3 sind ebenfalls in regiopolitanen Stadtregionen gelegen. Bei einer Bevölkerung von 20.000–25.000 Einwohner*innen weisen sie städtische Siedlungsstrukturen auf, werden der RegioStaR-Typologie zufolge aber nicht als Mittelstädte klassifiziert. Stadt 5 und Gemeinde 7 liegen in der metropolitanen Stadtregion um Bremen und sind beide als städtische Räume klassifiziert. Hier zeigt sich exemplarisch die Bandbreite der in der RegioStaR-Typologie als städtisch klassifizierten Räume. Während Stadt 5 ein Mittelzentrum ist und die für Mittelstädte in Stadtregionen angelegte Marke der 25.000 Einwohner*innen nur knapp unterschreitet, ist Gemeinde 7 ein Grundzentrum mit knapp 15.000 Einwohner*innen.

	<i>Landkreis 1</i>	<i>Landkreis 2</i>	<i>Landkreis 3</i>	<i>Landkreis 4</i>	<i>Landkreis 5</i>	<i>Landkreis 6</i>	<i>Landkreis 7</i>
<i>Regionstyp</i>	Stadtregion überwiegt	Stadtregion überwiegt	Stadtregion und ländliche Region	Stadtregion	ländliche Region überwiegt	Stadtregion überwiegt	ländliche Region überwiegt
<i>Raumtyp</i>	dörfliche Räume überwiegen	städtische und dörfliche Räume	dörfliche Räume überwiegen	städtische und dörfliche Räume	städtische und dörfliche Räume	städtische und dörfliche Räume	städtische und dörfliche Räume
<i>Mittelstädte / zentrale Städte</i>	keine	1	1	1	2	3	keine
<i>Durchschnittsalter</i>	44–45	44–45	> 45	> 45	< 44	44–45	> 45
<i>Bevölkerungsanteil über 65 Jahren</i>	20–22 %	22–24 %	>25 %	22–24 %	< 20 %	20–22 %	> 25 %
<i>Geburten-/Sterbe-Saldo je 1.000 EW (2017)</i>	-2 bis -4	0 bis -2	-4 bis -6	-2 bis -4	>0	0 bis -2	-4 bis -6
<i>Wanderungssaldo je 1.000 EW (2017)</i>	4–6	6–8	2–4	6–8	2–4	4–6	4–6

Tabelle 3: Übersicht über die untersuchten Landkreise²⁹

	<i>Gemeinde 1</i>	<i>Stadt 2</i>	<i>Gemeinde 3</i>	<i>Gemeinde 4</i>	<i>Stadt 5</i>	<i>Gemeinde 6</i>	<i>Gemeinde 7</i>
<i>Bevölkerungszahl</i>	10.000–15.000	20.000–25.000	20.000–25.000	10.000–15.000	20.000–25.000	<10.000	10.000–15.000
<i>Regionstyp</i>	regiopolitane Stadtregion	regiopolitane Stadtregion	regiopolitane Stadtregion	stadtnahe ländliche Region	metropolitane Stadtregion	stadtnahe ländliche Region	metropolitane Stadtregion
<i>Raumtyp</i>	kleinstädtischer, dörflicher Raum	städtischer Raum	städtischer Raum	kleinstädtischer, dörflicher Raum	städtischer Raum	kleinstädtischer, dörflicher Raum	städtischer Raum
<i>Durchschnittsalter</i>	42–44	42–44	44–46	40–42	44–46	44–46	44–46
<i>Bevölkerungsanteil über 65 Jahren</i>	20–22 %	20–22 %	20–22 %	< 20 %	22–24 %	< 20 %	22–24 %
<i>Geburten-/Sterbe-Saldo je 1.000 EW (2017)</i>	-2 bis -4	-2 bis -4	0 bis -2	>0	-2 bis -4	-2 bis -4	0 bis -2
<i>Wanderungssaldo je 1.000 EW (2017)</i>	0–2	8–10	-4 bis -6	4–6	4–6	-4 bis -6	6–8

Tabelle 4: Übersicht über die untersuchten kreisangehörigen Städte und Gemeinden³⁰

²⁹ Bezugsjahr ist, sofern nicht anders angegeben, das Jahr 2018. Die Werte werden als Spanne angegeben, damit keine direkte Rückverfolgung möglich ist.

³⁰ Bezugsjahr ist, sofern nicht anders angegeben, das Jahr 2018. Die Werte werden als Spanne angegeben, damit keine direkte Rückverfolgung möglich ist.

Abbildung 16 bildet die untersuchten Landkreise sowie kreisangehörigen Städte und Gemeinden hinsichtlich des Bevölkerungsanteils über 65 Jahre ab (siehe hierzu auch Tabelle 3 und Tabelle 4).³¹ In der Mehrheit der untersuchten Landkreise, Städte und Gemeinden liegt der Anteil von Personen über 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung zwischen 20 und 24 %, was etwa dem niedersächsischen Mittel von knapp 22 % entspricht. Landkreis 5 sowie die Gemeinden 4 und 6 weisen mit unter 20 % einen auffallend niedrigen Anteil Älterer auf. In den Landkreisen 3 und 7 ist hingegen mit einem Anteil von mehr als 25 % mehr als jede*r Vierte älter als 65.

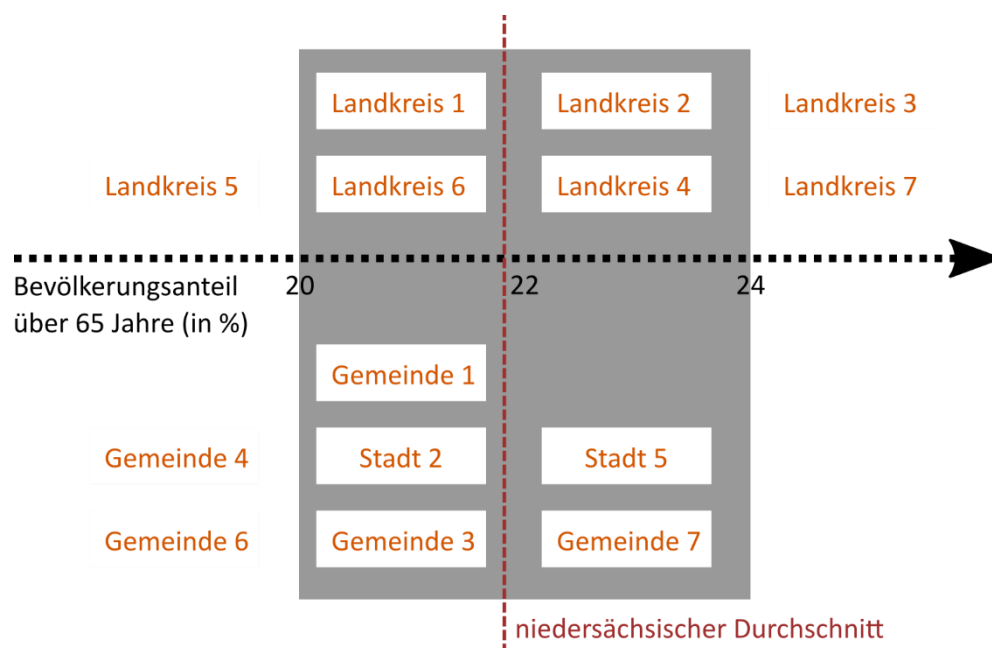


Abbildung 16: Darstellung der untersuchten Landkreise sowie kreisangehörigen Städte und Gemeinden nach Bevölkerungsanteil über 65 Jahre (eigene Darstellung)

Abbildung 17 stellt die untersuchten Landkreise, Städte und Gemeinden hinsichtlich des Wanderungssaldos je 1.000 Einwohner*innen sowie des Geburten-/Sterbe-Saldos je 1.000 Einwohner*innen dar.³² Im Jahr 2017 verzeichneten alle untersuchten Landkreise sowie die meisten der untersuchten Städte und Gemeinden mehr Zu- als Fortzüge. Lediglich die Gemeinden 3 und 6 verzeichneten mehr Fort- als Zuzüge. In Gemeinde 6 haben Fortzüge von Personen ab 50 Jahren hieran einen im Vergleich zu den anderen Städten und Gemeinden auffallend großen Anteil. Zugleich verzeichneten alle untersuchten Kommunen mit Ausnahme von Landkreis 5 und Gemeinde 4 weniger Geburten als Sterbefälle. Die Mehrheit der Kommunen kann dies

³¹ Die Daten zur Bevölkerungsentwicklung in den Untersuchungsfällen sind dem Regionalmonitoring der Metropolregion Nordwest entnommen. Das Regionalmonitoring stellt die Metropolregion in einer interaktiven Internetanwendung frei zur Verfügung: <http://monitoring.metropolregion-nordwest.de> (letzter Zugriff am 25.06.2021)

³² Da die Daten für das Wanderungssaldo nur für das Jahr 2017 verfügbar waren, wurde auch für das Geburten-/Sterbe-Saldo das Jahr 2017 zugrunde gelegt.

durch das Mehr an Zuzügen ausgleichen. Die Bevölkerungszahl sank im Referenzjahr lediglich in den Gemeinden 1, 3 und 6 sowie im Landkreis 3. Die Bevölkerungsentwicklung kann insbesondere in den kleinen Städten und Gemeinden zwischen den Jahren stark schwanken. Die in Abbildung 17 dargestellte Momentaufnahme für das Jahr 2017 soll einerseits unterstreichen, dass sich die demografischen Trends, die für Deutschland und für Niedersachsen beschrieben wurden, auch in den untersuchten Landkreisen, Städten und Gemeinden widerspiegeln. Andererseits soll sie verdeutlichen, dass zwischen den Kommunen dennoch Unterschiede bestehen.

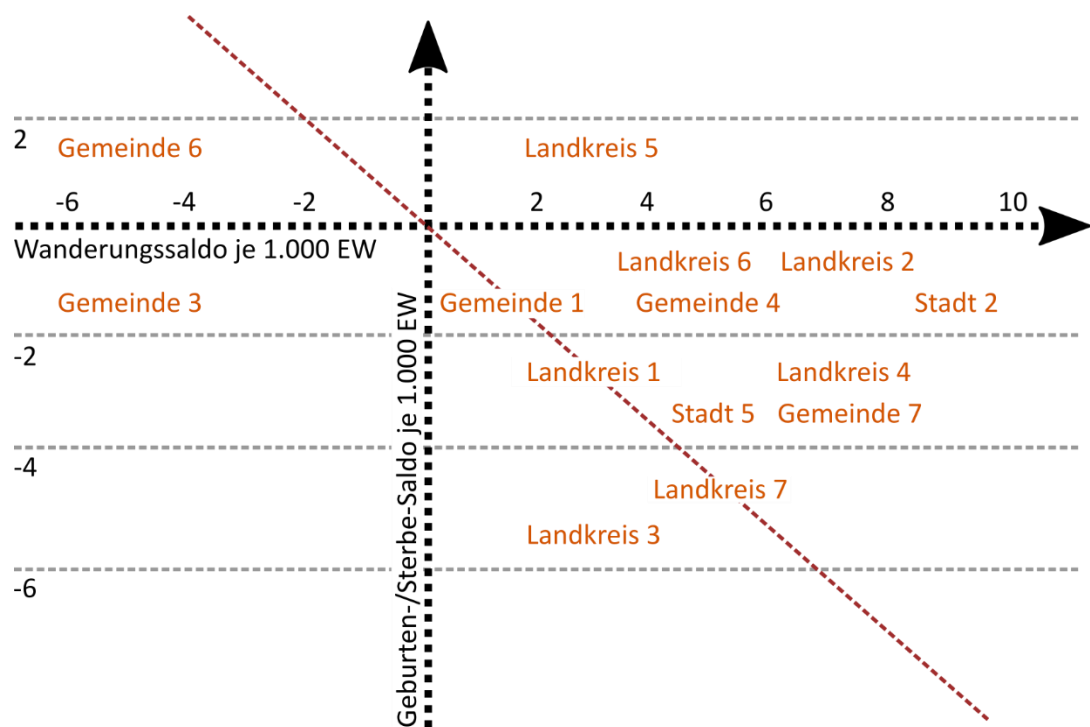


Abbildung 17: Darstellung der untersuchten Landkreise sowie kreisangehörigen Städte und Gemeinden nach Geburten-/Sterbe-Saldo und Wanderungssaldo je 1.000 Einwohner*innen (eigene Darstellung)

In den drei untersuchten kreisfreien Städten – nach RegioStaR-Typologie eine Metropole und zwei Regiopolen³³ – liegt das Durchschnittsalter mit unter 44 Jahren etwas niedriger als in den untersuchten Landkreisen. Der Anteil von Personen über 65 Jahren ist mit 18–22% ebenfalls eher niedrig, liegt aber im selben Rahmen wie bei den „jüngeren“ Landkreisen und kreisangehörigen Städten und Gemeinden. Das Geburten-/Sterbe-Saldo je 1.000 Einwohner*innen liegt in den kreisfreien Städten bei 0 bis -4. Das Wanderungssaldo ist in allen drei untersuchten kreisfreien Städten positiv, variiert jedoch zwischen 2 bis 4 und 8 bis 10.

³³ Um die Anonymität der Gesprächspartner zu gewährleisten, wird auf eine weitergehende Differenzierung verzichtet.

5.2 Reallabor in der Gemeinde Ritterhude

Die Gemeinde Ritterhude – in der bisherigen Darstellung kreisangehörige Gemeinde 7 – liegt im Landkreis Osterholz in Niedersachsen und grenzt unmittelbar an das Stadtgebiet von Bremen. Die ca. 15.000 Einwohner*innen der Gemeinde verteilen sich auf sechs Ortsteile (siehe Abbildung 18). Über die Hälfte der Einwohner*innen wohnt im Ortsteil Alt-Ritterhude, knapp ein Drittel in den Ortsteilen Ihlpohl und Platjenwerbe und je einige hundert in den Ortsteilen Lesumstotel, Werschenrege und Stendorf. Nach der RegioStaR-Typologie ist die Gemeinde Ritterhude als städtischer Raum in einer metropolitanen Stadtregion klassifiziert. Dies sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass Teile der Gemeinde eher ländliche Siedlungsstrukturen aufweisen. So weisen die Ortsteile Lesumstotel, Werschenrege und Stendorf sowie Platjenwerbe einen eher dörflichen Charakter auf. Die Ortsteile Alt-Ritterhude und Ihlpohl sind dagegen stärker von dem Wachstum der Siedlungs- und Verkehrsinfrastrukturen in den vergangenen Jahrzehnten gekennzeichnet (Gemeinde Ritterhude 2008, 7).

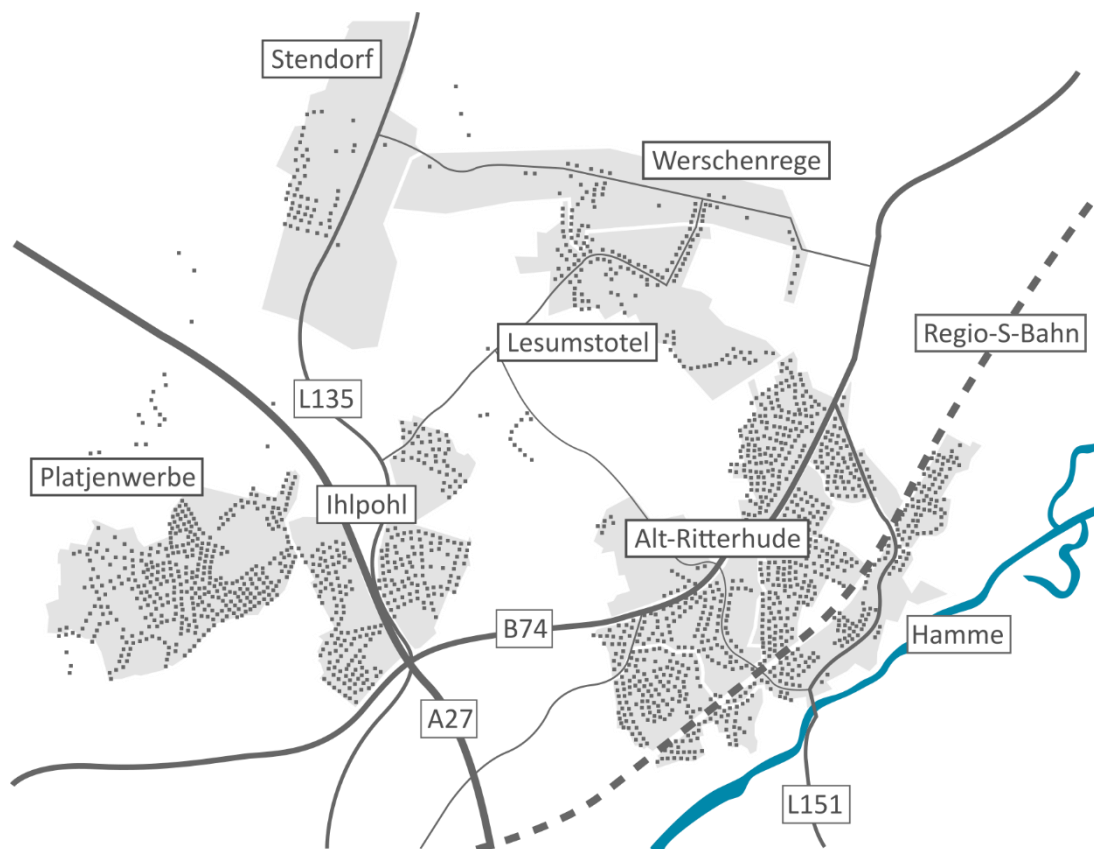


Abbildung 18: Ortsteile und übergeordnete Verkehrswege in der Gemeinde Ritterhude (eigene Darstellung)

Die Ortsteile Ihlpohl und Platjenwerbe grenzen an die Siedlungsbereiche der angrenzenden Bremer Ortsteile, der Ortsteil Werschenrege wiederum grenzt an einen Ortsteil der Kreisstadt Osterholz-Scharmbeck (Gemeinde Ritterhude 2008, 12). Die Siedlungsbereiche der Ortsteile Ihlpohl und Platjenwerbe sowie Lesumstotel und Werschenrege gehen nahtlos ineinander über (Gemeinde Ritterhude 2008, 17). Zwischen den Ortsteilen Stendorf und Platjenwerbe

sowie mitten durch den Ortsteil Ihlpohl verläuft die Autobahn A27. Durch den Ortsteil Alt-Ritterhude wiederum verlaufen die Bundesstraße B74 und die Bahnlinie Bremen-Bremerhaven (Gemeinde Ritterhude 2008, 17). Etwa parallel dazu verläuft die Riesstraße (innörtlicher Abschnitt der L151), an der das Rathaus sowie verschiedene Gastronomie- und Einzelhandels-einrichtungen angesiedelt sind. Südöstlich der Riesstraße verläuft die Hamme, hinter der sich die Hamme-Wümme-Niederung erstreckt. Eine topografische Besonderheit stellt die Lage an der Geestkante, d.h. am Übergang zwischen tiefliegenden Marsch- und höher liegenden Geestflächen, dar (Gemeinde Ritterhude 2008, 18–19).

Wie eine Auswertung von Daten des Einwohnermeldeamtes im Rahmen des in der Gemeinde durchgeführten Reallabors zeigt, verzeichnet die Gemeinde Ritterhude ein leichtes Bevölkerungswachstum. Es wächst aber nicht nur die Gesamtbevölkerung, sondern auch der Anteil Älterer. Basierend auf den Daten des Einwohnermeldeamtes liegt der Anteil von Personen über 60 Jahren bei rund 30% und der Anteil von Personen über 65 Jahren bei 23,8%. Der Anteil von Personen über 65 Jahren liegt damit über dem niedersächsischen Durchschnitt (siehe Kapitel 5.1.2). Zudem sind die Älteren nicht gleichmäßig über die Ortsteile der Gemeinde verteilt (siehe Abbildung 19).

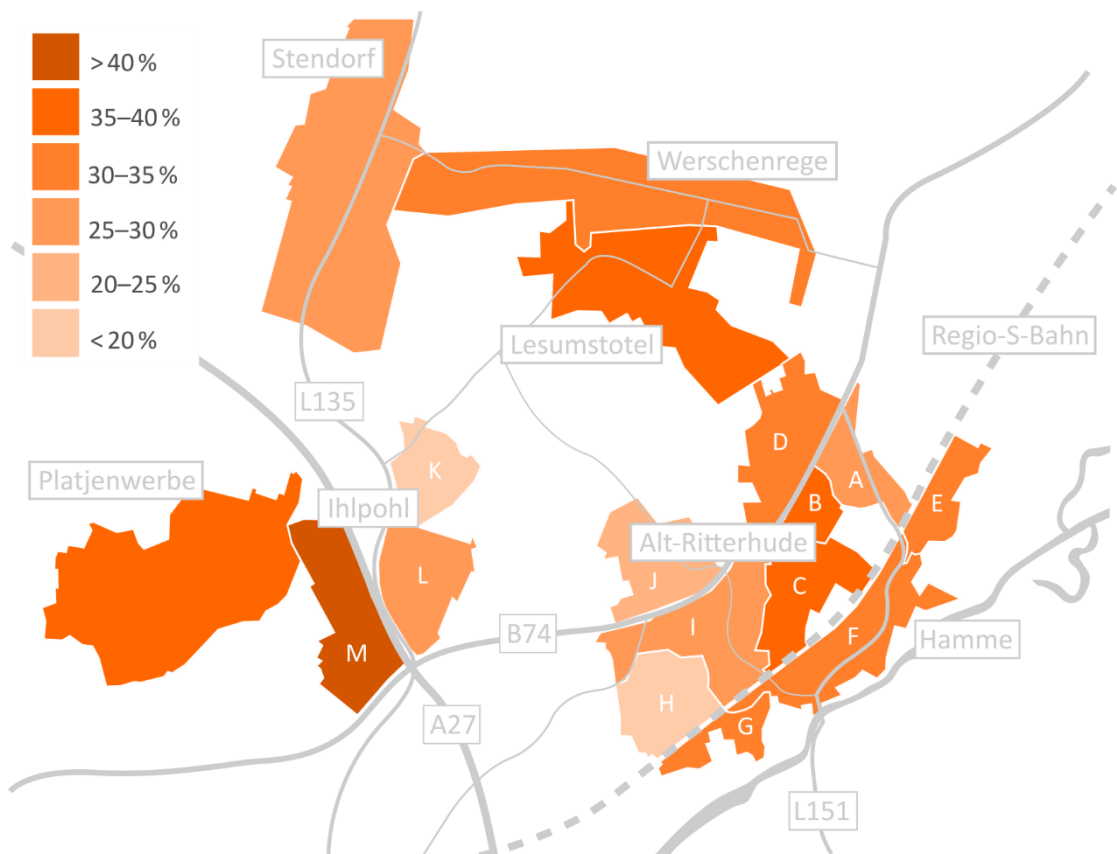


Abbildung 19: Anteil der Personen über 60 Jahre in Ritterhude (eigene Darstellung auf Basis einer im Forschungsprojekt AFOOT durchgeführten GIS-Analyse)

Den höchsten Anteil Älterer hat mit über 40% das Quartier Am Rosenhügel (M) im Ortsteil Ihlpohl.³⁴ Überdurchschnittlich viele Ältere leben auch in den Quartieren Am Großen Geeren (B) und Mühlenberg (C) im Ortsteil Alt-Ritterhude sowie in den Ortsteilen Lesumstotel und Platjenwerbe. Der Anteil von Personen über 60 Jahren liegt hier bei über 35 %. In den Ortsteilen Werschenrege, Lesumstotel und Platjenwerbe nimmt der Anteil Älterer zu, während jüngere Bevölkerungsgruppen rückläufig sind. Die Quartiere Ritterhuder Schweiz (H) und Vor Osterhagen (K), die den geringsten Anteil von Personen ab 60 Jahren aufweisen, sind Neubaugebiete, die seit den 1990er bzw. Mitte der 2000er Jahre entwickelt wurden (Gemeinde Ritterhude 2008, 17). In der Übersicht der Untersuchungsfälle (Kapitel 5.1.3) fällt die Gemeinde Ritterhude – dort als kreisangehörige Gemeinde 7 aufgeführt – zudem durch vergleichsweise viele Zuzüge auf. Das Wanderungssaldo nach Altersgruppen³⁵ legt nahe, dass die Gemeinde Ritterhude vom Zuzug von Familien mit Kindern unter 18 Jahren profitiert. Die im Rahmen des Reallabors durchgeführte kleinräumige Auswertung deutet darüber hinaus für den Ortsteil Platjenwerbe auf einen Zuzug von Personen über 60 Jahren hin.

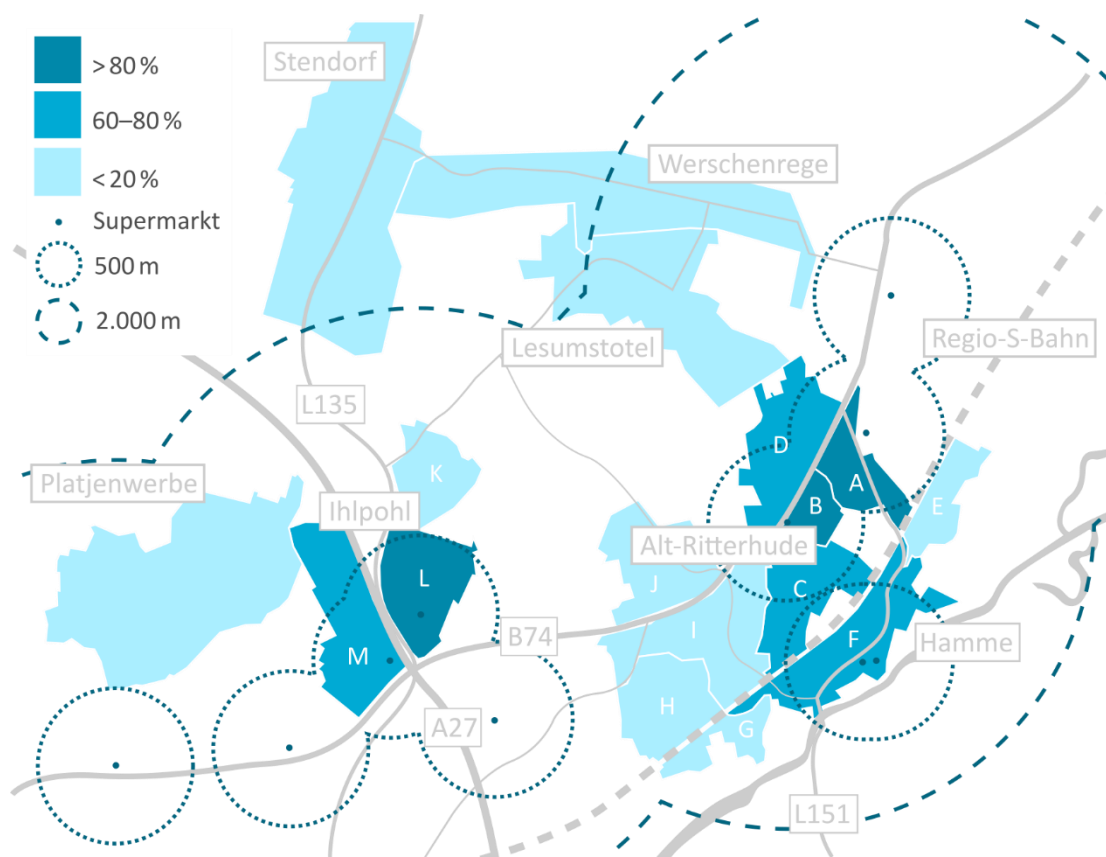


Abbildung 20: Fußläufige Erreichbarkeit von Supermärkten in Ritterhude (eigene Darstellung auf Basis einer im Forschungsprojekt AFOOT durchgeführten GIS-Analyse)

³⁴ Die Einteilung der Quartiere basiert auf einer früheren Analyse im Rahmen der Spielleitplanung (Gemeinde Ritterhude 2011, 11–12).

³⁵ Basierend auf den Daten des Regionalmonitoring der Metropolregion Nordwest für das Jahr 2017.

Im Rahmen des Reallabors wurde die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen, z. B. Supermärkten (siehe Abbildung 20), dahingehend eingeschätzt, ob sie von den Bewohner*innen Ritterhudes zu Fuß oder mit dem Fahrrad erreicht werden können. Rein auf die Entfernung bezogen erweist sich die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen mit dem Fahrrad vor allem in den Ortsteilen Alt-Ritterhude, Ihlpohl und Platjenwerbe als gut. In den Ortsteilen Lesumstotel, Werschenrege und Stendal können Versorgungseinrichtungen hingegen nicht von allen Bewohner*innen in weniger als 2 km Entfernung mit dem Fahrrad erreicht werden. Die fußläufige Erreichbarkeit erweist sich vor allem in den zentralen Quartieren von Alt-Ritterhude sowie in den Quartieren Alter Postweg (L) und Am Rosenhügel (M) in Ihlpohl als gut. Im Ortsteil Platjenwerbe können viele Bewohner*innen zumindest eine Bäckerei zu Fuß erreichen. In den Ortsteilen Lesumstotel, Werschenrege und Stendal ist eine fußläufige Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen dagegen nicht gegeben.

Die Ortskern- und Einzelhandelsentwicklung, insbesondere die Stärkung der Riesstraße im Ortsteil Alt-Ritterhude als zentralen Versorgungsbereich und Ortsmitte, war ein Schwerpunkt des mit Zeithorizont 2020 angelegten Gemeindeentwicklungskonzepts (Gemeinde Ritterhude 2008, 8–9). Im Sommer 2017 wurde die sogenannte Neue Ortsmitte eingeweiht. Neben einem REWE- und einem ALDI-Markt, einer Drogerie, einer Apotheke und einer Bäckerei mit Café wurde ein Marktplatz geschaffen, auf dem jeden Freitag ein Wochenmarkt stattfindet. An dem ebenfalls im Ortsteil Alt-Ritterhude gelegenen Riessportplatz entstand zwischen Sommer 2017 und Sommer 2019 zudem ein Mehrgenerationenplatz mit Tischtennisplatte, Boule-Bahn, Grillplatz und sechs Fitnessgeräten. Der Standort wurde bereits im Rahmen der Spielleitplanung 2010/2011 als potenzieller Aufenthalts- und Begegnungsort identifiziert (Gemeinde Ritterhude 2011, 23). Für die Ausstattung mit Fitnessgeräten hatte sich vor allem der Senior*innenbeirat der Gemeinde eingesetzt und für deren Realisierung Spenden eingeworben. Seit Sommer 2019 sammelt der Senior*innenbeirat Spenden für die Ergänzung des Mehrgenerationenplatzes um eine Aussichtsplattform mit Bänken.

Aktuell wird das Gemeindeentwicklungskonzept mit einem Entwicklungshorizont bis 2035 fortgeschrieben. Bezüglich der Bevölkerungsentwicklung geht das Konzept aufgrund der Nähe zu Bremen weiterhin von einem leichten Bevölkerungswachstum bei einer gleichzeitigen Alterung der Bevölkerung aus (Gemeinde Ritterhude/BPW Stadtplanung 2020, 4). Bezüglich der Einzelhandelsentwicklung werden in einem vorläufigen Konzeptstand die Stärkung des zentralen Versorgungsbereichs entlang der Riesstraße und eine Verbesserung der fußläufigen Erreichbarkeit der Einzelhandelsstandorte im Ortsteil Ihlpohl empfohlen (Gemeinde Ritterhude/BPW Stadtplanung 2020, 7). Bezüglich der Mobilität werden in dem vorläufigen Konzeptstand eine Erhöhung der Taktfrequenz im schienengebundenen ÖV, der barrierefreie Umbau von Bushaltestellen sowie Mängel im bestehenden Rad- und Fußwegenetz und Konflikte zwischen Verkehrsteilnehmenden genannt (Gemeinde Ritterhude/BPW Stadtplanung 2020, 8–9).

Ergänzend zum Gemeindeentwicklungskonzept befinden sich ein kommunales Radförderkonzept und ein Einzelhandelskonzept in der Erarbeitung. Die Quartiere Baumsiedlung (A), Am Großen Geeren (B) und Mühlenberg (C) im Ortsteil Alt-Ritterhude sind darüber hinaus Gegenstand eines Integrierten Energetischen Quartierskonzepts. Der in den Quartieren bevorstehende, einsetzende bzw. fortschreitende Generationenwechsel (Gemeinde Ritterhude 2020, 23–25) und der damit zu erwartende Eigentümer*innenwechsel sollen für Beratungen zu energetischen Sanierungen genutzt werden (Gemeinde Ritterhude 2020, 49). Mit der förmlichen Festlegung des Sanierungsgebiets Mühlenberg/Baumsiedlung/Am Großen Geeren sind gerade in diesen Quartieren des Ortsteils Alt-Ritterhude in den kommenden Jahren Sanierungsmaßnahmen zu erwarten (Satzung der Gemeinde Ritterhude vom 10.07.2020).

Im Zeitraum von August 2018 bis Mai 2020³⁶ war die Gemeinde Ritterhude im Rahmen des Reallabors „Aktiv mobil – länger gesund“ Teil des Forschungsprojekts AFOOT. Das Reallabor zielte ausgehend von der Förderung gesunden Alterns und aktiver Mobilität auf die Integration von Aspekten der Gesundheitsförderung in die räumliche Planung sowie die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen aus Gesundheitsförderung und räumlicher Planung. Neben der Bereitschaft zur Beteiligung am Reallabor war das angekündigte kommunale Radförderkonzept ein wesentlicher Grund für die Auswahl der Gemeinde Ritterhude.

5.2.1 Akteur*innen und Strukturen der Zusammenarbeit im Reallabor

Für den Zeitraum des Reallabors wurde in der Gemeinde Ritterhude eine 50%-Stelle für die Projektkoordination geschaffen, die im Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt angesiedelt und mit einer Gesundheitswissenschaftlerin besetzt wurde. Für die Umsetzung des Reallabors wurde außerdem ein *transition team* – im Weiteren als Kernteam bezeichnet – gebildet, dessen Aufgaben es war, die Inhalte und den Prozess des Reallabors zu gestalten und voranzubringen und zusätzliche Akteur*innen in den Prozess einzubinden (Nevens et al. 2013, 116–117; Seebacher et al. 2018, 157). Dem Kernteam gehörten neben der Koordinatorin in der Gemeinde Ritterhude eine Wissenschaftlerin aus den Gesundheitswissenschaften und eine Wissenschaftlerin aus der räumlichen Planung – gleichzeitig Autorin dieser Dissertation – an. Das Kernteam bildet damit die für das Reallabor relevanten fachlichen Perspektiven und die beteiligten Institutionen ab (Nevens et al. 2013, 116–117; Seebacher et al. 2018, 157).

³⁶ Ursprünglich war für das Reallabor eine Laufzeit von zwei Jahren vorgesehen. Aus personellen Gründen und aufgrund der Sars-CoV-2-Pandemie musste das Reallabor jedoch drei Monate früher enden als geplant.

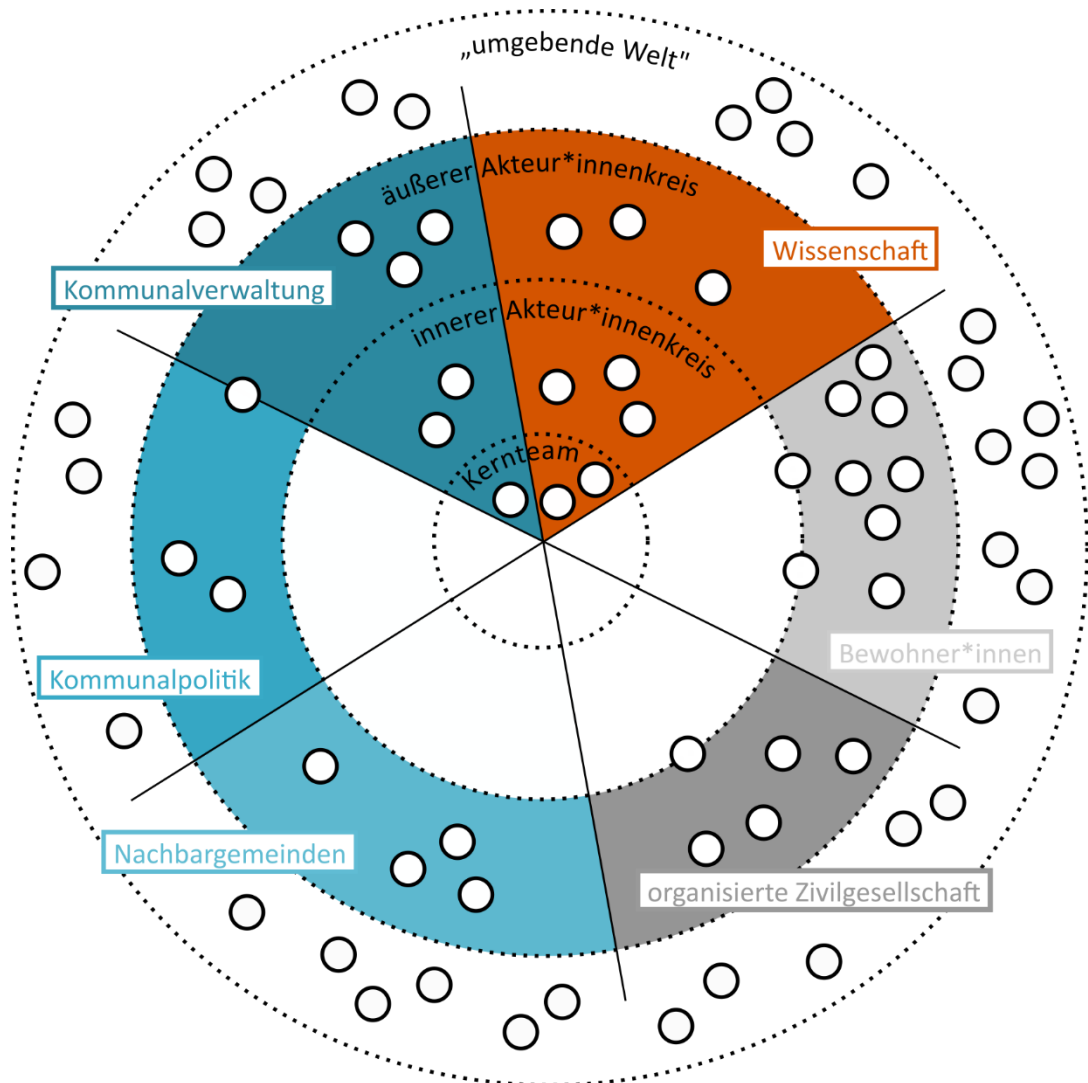


Abbildung 21: Akteur*innenkonstellation im Reallabor (eigene Darstellung in Anlehnung an Seebacher et al. 2018, 156)

Abbildung 21 stellt angelehnt an das 3-Kreise-Modell nach Seebacher et al. (2018) die Akteur*innenkonstellation im Reallabor dar. Das Kernteam mit den drei genannten Vertreterinnen ist in der Mitte des Modells dargestellt. Der darum angeordnete innere Akteur*innenkreis umfasst „all jene Akteure, die über einen längeren Zeitraum hinweg kontinuierlich, intensiv und unter größerem Ressourceneinsatz (Zeit, Geld, Material) an den Reallaboraktivitäten mitwirken“ (Seebacher et al. 2018, 157). In dem hier untersuchten Reallabor fielen hierunter die weiteren Vertreter des Sachgebiets Bau, Planung und Umwelt der Gemeinde Ritterhude, die durch monatliche Arbeitstreffen intensiv in den Reallaborprozess einbezogen waren, sowie die beteiligten Professor*innen, die den Reallaborprozess aus wissenschaftlicher Perspektive fortlaufend begleiteten. Diese Personen haben an der Umsetzung aller Phasen des Reallabors (siehe Kapitel 5.2.2) mitgewirkt. Halbjährliche Treffen haben den Austausch sichergestellt.

In dem als dritter Ring dargestellten äußeren Akteur*innenkreis sind diejenigen Akteur*innen verortet, die anlassbezogen in den Reallaborprozess einbezogen wurden (Seebacher et al. 2018, 157). Hierzu zählen in dem untersuchten Reallabor:

- der Planungsausschuss der Gemeinde Ritterhude, dem im Februar 2019 und September 2019 Zwischenergebnisse des Reallabors vorgestellt wurden,³⁷
- die Bürgermeisterin der Gemeinde Ritterhude, die das Reallabor vor allem in der Kommunikation mit der Bewohner*innenschaft und mit den Nachbargemeinden unterstützte,
- die Sachgebiete Bildung, Kultur und Freizeit, Sicherheit und Ordnung sowie soziale Sicherung der Gemeinde Ritterhude, die in einzelnen Phasen und Aktivitäten des Reallabors mitwirkten,
- Verwaltungsmitarbeiter*innen aus vier benachbarten Städten und Gemeinden, die im Rahmen der Erprobung an einem Auftakt zu einem interkommunalen Arbeitskreis teilnahmen,
- Vertreter*innen der organisierten Zivilgesellschaft, u. a. des Senior*innenbeirats und des ADFC, die sich in die Bestandsanalyse und die Durchführung einzelner Aktivitäten eingebracht haben,
- Bewohner*innen, die im Rahmen der Bestandsanalyse als Multiplikator*innen ausgebildet wurden und als solche eine Befragung der Bevölkerung unterstützt haben,
- der Forschungsverbund AEQUIPA, in den das Forschungsprojekt AFOOT und das Reallabor eingebettet waren.

Das Reallabor wurde als ein Lernprozess gestaltet. Ein wichtiges Element der Zusammenarbeit war deshalb eine formative, d. h. prozessbegleitende und prozessgestaltende, Evaluation. Die formative Evaluation sollte es ermöglichen, den Projektfortschritt zu beobachten und eventuelle Anpassungen im Projektverlauf vorzunehmen. Zudem sollte die formative Evaluation einen Anlass für eine gemeinsame Reflexion bieten, um Rollen und Zuständigkeiten zu klären und mögliche Konflikte zu lösen (Lang et al. 2012, 34–35; Luederitz et al. 2017, 62). Da der Lernprozess im Vordergrund stand, beruhte die Evaluation auf einer Selbsteinschätzung durch die Projektbeteiligten (Stockmann/Meyer 2014, 88–90). Die Selbstevaluation erfolgte als gemeinsame Reflexion bzw. Gruppendiskussion zu drei Zeitpunkten – nach sechs, zwölf und 18 Monaten – und wurde jeweils in zwei Schritten, d. h. erst im Kernteam und anschließend im erweiterten Team (d. h. innerer Akteur*innenkreis), durchgeführt. Zunächst war vorgesehen, über eine Befragung der Mitglieder des Planungsausschusses auch den äußeren Akteur*innenkreis in die formative Evaluation einzubeziehen. Aufgrund des geringen Rücklaufs bei einer ersten Befragung nach sechs Monaten hat sich dieser Ansatz jedoch nicht bewährt und wurde zu den späteren Evaluationszeitpunkten nicht wiederholt.

³⁷ Ein für Frühjahr 2020 geplanter Termin wurde aufgrund der Sars-CoV-2-Pandemie abgesagt.

Basierend auf dem von Luederitz et al. (2017) aufgestellten Kriterienkatalog für die Evaluation von experimentell angelegten Transitionsprozessen wurden ressourcenbezogene, prozessbezogene und ergebnisbezogene Kriterien evaluiert. Die vorgeschlagenen Evaluationsfragen (Luederitz et al. 2017, 71) wurden in projektspezifische Leitfragen übersetzt (siehe tabellarische Übersicht im Anhang ab Seite 277). Aufgrund der Vielzahl der Evaluationskriterien wurden zu den drei Evaluationszeitpunkten unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Bei der ersten Evaluation nach sechs Monaten stand die Ressourcen-Dimension im Vordergrund, bei der zweiten Evaluation die Prozess-Dimension und bei der dritten Evaluation die Ergebnis-Dimension. Eine Evaluation der Wirkung, wie sie im Kriterienkatalog von Luederitz et al. (2017) vorgesehen ist, konnte im Rahmen des Reallabors durch die Erprobung eines themenspezifischen Indikatorensets lediglich vorbereitet werden (AFOOT-Projektteam 2021b).

5.2.2 Phasen des Reallabors

In Anlehnung an das Vorgehen in *Urban Transition Labs* (Nevens et al. 2013, 115) gliederte sich das Reallabor in drei Phasen: (1) Bestandsanalyse, (2) Agendaentwicklung und (3) Erprobung. Die erste Phase diente der Annäherung an den Ort und Gegenstand des Reallabors, der Kontaktaufnahme mit Schlüsselakteur*innen in der Gemeinde sowie dem Kennenlernen der am Reallabor Beteiligten, der Verständigung über verschiedene fachliche und institutionelle Perspektiven und der Etablierung der oben beschriebenen Arbeits- und Abstimmungsprozesse (Nevens et al. 2013, 117–118). Die zweite Phase diente der Entwicklung einer lokalen Agenda. Hierin wurden die Entwicklung einer Zukunftsvorstellung und Skizzierung von Umsetzungswegen zusammengeführt – ohne jedoch dem in *Urban Transition Labs* verfolgten Ansatz der *Transition Arena* zu folgen (Nevens et al. 2013, 118–119). Die dritte Phase diente der Erprobung von sogenannten Realexperimenten, die die verfolgten Ziele greifbar machen (Nevens et al. 2013, 119). Wie die folgende Darstellung verdeutlicht, greifen die Phasen des Reallabors zeitlich ineinander (siehe Abbildung 22). Ergänzt wurden die drei Phasen durch ein Planspiel, das bereits im Juni 2017 in der Gemeinde Ritterhude durchgeführt wurde. Das Planspiel bietet einen punktuellen Einblick in die Situation vor dem Reallabor und wurde zur Kontextualisierung genutzt. Ebenfalls aufgeführt ist die oben bereits beschriebene formative Evaluation.

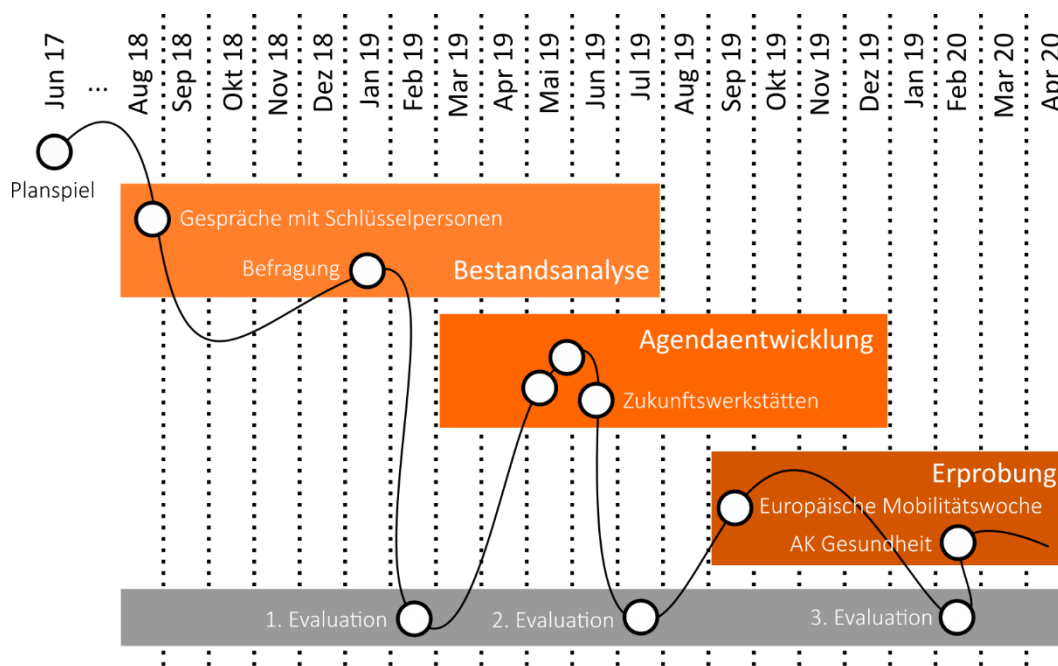


Abbildung 22: Phasen des Reallabors mit ausgewählten Ereignissen

Planspiel

Am 12.06.2017 fand in der Gemeinde Ritterhude im Rahmen der ersten Phase des Forschungsprojekts AFOOT ein Planspiel für die intersektorale Zusammenarbeit zur Förderung von aktiver Mobilität und körperlicher Aktivität im Alter statt (Brüchert et al. 2017, 4). Planspiele werden in der Planungsforschung eingesetzt, um Planungsprozesse zu simulieren und prozessbezogene Innovationen zu testen (Scholles 2008). Die zu testenden Elemente der AFOOT-Planspiele waren eine intersektorale Arbeitsgruppe und der Entwurf einer im Rahmen des Forschungsprojekts entwickelten Arbeitshilfe (Bolte et al. 2018a).

An dem Planspiel in der Gemeinde Ritterhude nahmen Vertreter*innen der Sachgebiete Bau, Planung und Umwelt, Bildung, Kultur und Freizeit sowie soziale Sicherung, die Bürgermeisterin der Gemeinde, je eine Vertreterin des Landrats- und des Gesundheitsamts, zwei Vertreter des Senior*innenbeirats, der Behindertenbeauftragte und ein Vertreter des ADFC teil. Die beteiligten Akteur*innen verblieben in ihren realen Rollen und tauschten sich im fiktiven Rahmen der intersektoralen Arbeitsgruppe und ausgehend von dem Entwurf der Arbeitshilfe über die reale Ausgangslage und Entwicklungsperspektiven der Ritterhuder Ortsmitte aus.

Neben Hinweisen für die Überarbeitung der Arbeitshilfe wurden so erste Eindrücke über die räumlichen Rahmenbedingungen und die Akteur*innenkonstellation in der Gemeinde Ritterhude gewonnen. Inhaltlich wurden u. a. die Belebung öffentlicher Plätze, die Erhöhung der Akzeptanz von Radfahrenden und die Verbesserung der Barrierefreiheit thematisiert. Hinsichtlich der Akteur*innenkonstellation erwies sich die Bürgermeisterin als eine Schlüsselper-

son. Auch die zivilgesellschaftlichen Vertreter des Senior*innenbeirats und des ADFC verschafften sich Gehör, wohingegen die Interaktionen mit den Vertreterinnen des Landkreises eher gering ausfielen (Quentin et al. 2018, 21).

Bestandsanalyse

Die Bestandsanalyse im Reallabor umfasste erste Gespräche mit Schlüsselpersonen in der Gemeinde, eine Analyse der sozio-demografischen Ausgangslage auf Basis von Daten des Einwohnermeldeamtes und des zuständigen Landkreises, eine Analyse der räumlichen Ausgangslage hinsichtlich der Erreichbarkeit von Alltagszielen sowie eine Analyse des Mobilitätsverhaltens der Bevölkerung ab 60 Jahren auf Basis einer durch Multiplikator*innen gestützten Befragung.

Die Gespräche mit Schlüsselpersonen dienten dazu, früh Kontakte aufzubauen, die über den inneren Akteur*innenkreis hinausgingen. Zudem sollten inhaltliche Anknüpfungspunkte gesucht, eine Einschätzung zu den ersten Schritten eingeholt, weitere Akteur*innen identifiziert und eine geeignete Ansprache für Ältere gefunden werden. Die kommunale Projektkoordinatorin führte die Gespräche mit einer Vertreterin des Sachgebiets Bildung, Kultur und Freizeit, einem Mitglied des Senior*innenbeirats, dem Behindertenbeauftragten und einer ehrenamtlichen Radtourenleiterin des ADFC in den ersten Wochen des Reallabors.

Für die Analyse der sozio-demografischen Ausgangslage wurden beim Einwohnermeldeamt Bevölkerungszahlen sowie Angaben zu Alter, Geschlecht und Nationalität jeweils für die Jahre 2008, 2013 und 2018 abgefragt. Der zuständige Landkreis trug aus der Sozialberichterstattung Daten u. a. zum Bezug von Grundsicherung bei. Anknüpfend an eine entsprechende Analyse im Rahmen der Spielleitplanung (Gemeinde Ritterhude 2011) wurden die Daten nach Ortsteilen und, wo zielführend und möglich, nach Quartieren räumlich differenziert (AFOOT-Projektteam 2021d). Ziel der Analyse war es, vulnerable Gruppen und räumliche Schwerpunkte auszumachen (für eine Darstellung ausgewählter Ergebnisse siehe Kapitel 5.2). Die Auswertung der demografischen Daten wurde durch die Projektbeteiligten der Universität Bremen durchgeführt, deren räumliche Darstellung durch die Projektbeteiligten der TU Dortmund.

Die Erreichbarkeit von Alltagszielen wurde für Supermärkte, Bäckereien, Apotheken, Postfilialen sowie Banken und Geldautomaten analysiert. Hierbei wurde für die Erreichbarkeit mit dem Fahrrad ein 2.000 m-Radius und für die fußläufige Erreichbarkeit ein 500 m-Radius zugrunde gelegt. Die Ortsteile und Quartiere wurden dahingehend eingeschätzt, zu welchem Anteil sie innerhalb dieser Radien lagen (AFOOT-Projektteam 2021d). Ziel der Analyse war es, Versorgungslücken zu erkennen und diese mit der räumlich differenzierten Bevölkerungsstruktur in Beziehung zu setzen (für eine Darstellung ausgewählter Ergebnisse siehe Kapitel 5.2). Die Analyse wurde mit Unterstützung studentischer Hilfskräfte durch die Projektbeteiligten der TU Dortmund durchgeführt.

Das Mobilitätsverhalten der Bevölkerung ab 60 Jahren wurde durch eine Befragung ermittelt. Um gleichzeitig eine Aktivierung der Bevölkerung zu bewirken, wurde hierfür ein Ansatz gewählt, bei dem die Befragung durch Multiplikator*innen aus der Bevölkerung durchgeführt wurde (AFOOT-Projektteam 2021a). Im November 2018 und Januar 2019 wurden insgesamt vier Personen durch die kommunale Projektkoordinatorin geschult. Zwischen November 2018 und Februar 2019 wurden mit ihrer Hilfe in Sportgruppen, bei einem Spieletreff, bei einer Frühstücksrunde und im privaten Umfeld der Multiplikator*innen 160 Fragebögen verteilt, von denen 98 ausgefüllt und zurückgegeben wurden. Der Fragebogen umfasste neben Fragen zum Mobilitätsverhalten auch solche zum Gesundheitszustand und zur Wahrnehmung der eigenen Wohnumgebung. Die Auswertung der Befragung wurde durch die Projektbeteiligten der Universität Bremen durchgeführt.

Agendaentwicklung

Die Agendaentwicklung beruhte auf der Durchführung von drei Zukunftswerkstätten im Mai und Juni 2019 in den Ortsteilen Platjenwerbe, Lesumstotel und Alt-Ritterhude. Zukunftswerkstätten sind eine Methode der Bürger*innenbeteiligung, die darauf zielt, in drei Phasen erstens Kritikpunkte zu einem bestimmten Thema zu sammeln, zweitens gemeinsame Ideen zur Problemlösung zu entwickeln und drittens konkrete Umsetzungsmöglichkeiten zu formulieren (Jungk/Müllert 1994; Nanz/Fritsche 2012, 81–82). Die durchgeführten Zukunftswerkstätten übernahmen den dreiphasigen Aufbau mit einer Kritikphase, einer Wunschphase und einer Verwirklichungsphase. Die drei Phasen wurden zeitlich jedoch so weit gestrafft, dass sie an einem Nachmittag durchgeführt werden konnten (AFOOT-Projektteam 2021a).

Zu einer Teilnahme an den Zukunftswerkstätten eingeladen waren vor allem Bewohner*innen ab 60 Jahren. Die Zukunftswerkstätten wurden über Flyer, die teils ausgelegt und teils verteilt wurden, einen Einleger in der Zeitung, Berichterstattung in der lokalen Presse sowie gezielte Ansprache in den bereits im Zuge der Befragung besuchten Gruppen angekündigt. Die Zukunftswerkstätten in Platjenwerbe und Lesumstotel, die die Besonderheiten der kleineren und dörflicheren Ortsteile abbilden sollten, waren mit drei und sechs Teilnehmenden nur schlecht besucht. An der abschließenden Zukunftswerkstatt im zentralen Ortsteil Alt-Ritterhude nahmen rund 20 Personen teil.

Basierend auf den Ergebnissen der Zukunftswerkstätten und der parallel fertiggestellten Bestandsanalyse haben die Beteiligten aus dem inneren Akteur*innenkreis im Rahmen eines internen Workshops die Agenda „Aktiv mobil – länger gesund“ formuliert, die zehn Ziele für die Förderung von aktiver Mobilität und gesundem Altern in der Gemeinde Ritterhude umfasst:

- (1) Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit finden in allen Arbeitsbereichen in der Gemeinde Ritterhude Berücksichtigung.
- (2) In der Gemeinde Ritterhude wird zu den Auswirkungen kommunalpolitischer Entscheidungen auf die Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit Stellung genommen.

- (3) Die Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen aus Gesundheitsförderung und räumlicher Planung wird gestärkt.
- (4) Die Entwicklung der Gesundheit, gesundheitlichen Chancengleichheit und Lebensqualität der Bevölkerung in der Gemeinde wird kontinuierlich überprüft und die Ergebnisse für kommunalpolitische Entscheidungen aufbereitet.
- (5) Die Vorteile des Radfahrens und Zufußgehens werden von der Öffentlichkeit wahrgenommen.
- (6) (Ältere) Bewohner*innen können in allen Ortsteilen wohnen bleiben und sich selbst versorgen, auch wenn sie nicht (mehr) Auto fahren können bzw. kein Auto besitzen.
- (7) Jede*r Bewohner*in kann einen nicht-kommerziellen Treffpunkt erreichen.
- (8) Radfahrende und Zufußgehende fühlen sich auf den Straßen in der Gemeinde Ritterhude sicher.
- (9) Die Fuß- und Radwege in der Gemeinde Ritterhude sind in einem Zustand, der zum Zufußgehen und Radfahren einlädt.
- (10) Öffentliche Einrichtungen, Geschäfte und soziale Treffpunkte sind in der Gemeinde Ritterhude für alle Menschen barrierefrei zugänglich.

Die Ziele 1–4 zielten auf eine Sensibilisierung der Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik für Gesundheit. Ziel 5 zielte auf eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Radfahren und Zufußgehen. Die Ziele 6–10 adressierten die räumlichen Rahmenbedingungen für aktive Mobilität und gesundes Altern.

Erprobung

Das zweite Jahr des Reallabors diente auf Grundlage der zuvor entwickelten Agenda der beispielhaften Umsetzung von Realexperimenten sowie deren Auswertung und, soweit möglich, Verstetigung. Hierzu wurden die allgemeinen Agenda-Ziele in konkrete Zielsetzungen übersetzt. Folgende Zielsetzungen wurden im Rahmen des Reallabors als Realexperimente erprobt:

- (1) Die Berücksichtigung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit in allen Arbeitsbereichen in der Gemeinde Ritterhude (Agenda-Ziel 1) sollte durch einen Runden Tisch Gesundheit (später Arbeitskreis Gesundheit) unterstützt werden. Im Rahmen des Reallabors fand hierzu im Februar 2020 ein erstes Auftakttreffen statt, an dem neben Vertreter*innen der Gemeinde Ritterhude auch Vertreter*innen aus vier weiteren Städten und Gemeinden des Landkreises Osterholz teilnahmen (AFOOT-Projektteam 2021c).
- (2) Zu den Auswirkungen kommunalpolitischer Entscheidungen auf die Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit (Agenda-Ziel 2) wurde beispielhaft ausgehend von dem in Erarbeitung befindlichen kommunalen Radförderkonzept Stellung genommen. Hierbei wurden auch die im Rahmen der Zukunftswerkstätten von den Bewohner*innen ab 60 Jahren benannten Mängel und Wünsche zum Zustand der Fuß- und Radwege (Agenda-Ziel 9) und zur Barrierefreiheit (Agenda-Ziel 10) einbezogen.

- (3) Die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen aus Gesundheitsförderung und räumlicher Planung (Agenda-Ziel 3) wurde durch die Einstellung einer Gesundheitswissenschaftlerin im Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt der Gemeinde erprobt (AFOOT-Projektteam 2021c). Ihre Erfahrungen wurden in einem Erfahrungsbericht festgehalten, der auf den Kriterien und Leitfragen der formativen Evaluation im Reallabor basiert (siehe tabellarische Übersicht im Anhang ab Seite 277).
- (4) Daten zur Gesundheit, gesundheitlichen Chancengleichheit und Lebensqualität der Bevölkerung in der Gemeinde wurden im Rahmen der Bestandsanalyse erstmalig erhoben und die Ergebnisse in einem Bericht zusammengestellt. Um eine kontinuierliche Fortführung der Datenerhebung (Agenda-Ziel 4) über den Zeitraum des Reallabors hinaus zu unterstützen, wurde ein Indikatoren-Set erstellt (AFOOT-Projektteam 2021b).
- (5) Um die Wahrnehmung der Vorteile des Radfahrens und Zufußgehens in der Öffentlichkeit zu stärken (Agenda-Ziel 5), nahm die Gemeinde Ritterhude im September 2019 an der Europäischen Mobilitätswoche teil, in deren Rahmen ein Aktionswochenende zu aktiver Mobilität stattfand. Für April 2020 war ein weiterer Aktionstag mit Fahrradcheck und Testmöglichkeiten für Pedelecs und Dreirädern sowie Informationen zum aktuellen Stand des kommunalen Radförderkonzepts geplant, der aufgrund der Sars-CoV-2-Pandemie jedoch nicht stattfinden konnte.
- (6) Um das Sicherheitsgefühl der Radfahrenden und Zufußgehenden und die Rücksichtnahme zwischen den Verkehrsteilnehmenden, insbesondere in der Riesstraße, zu verbessern (Agenda-Ziel 8), wurde im Rahmen der Europäischen Mobilitätswoche u. a. eine Radtour durch die Gemeinde veranstaltet, bei der Poolnudeln an den Gepäckträgern auf den Sicherheitsabstand beim Überholen von Radfahrenden aufmerksam machten. Zudem wurde eine Antragsbegründung für eine Geschwindigkeitsreduzierung in der Riesstraße formuliert. Der Rat der Gemeinde hat der Beantragung der Geschwindigkeitsreduzierung bei der zuständigen Landesbehörde in der Ratssitzung am 09.07.2020 zugestimmt.

Die Versorgungsmöglichkeiten unabhängig vom Auto (Agenda-Ziel 6) und die nicht-kommerziellen Treffpunkte (Agenda-Ziel 7) konnten im Rahmen der Erprobung aufgrund begrenzter personeller und zeitlicher Ressourcen nicht weiter vertieft werden. Eine geplante Aufnahme der von der Bevölkerung benannten Mängel und Wünsche zum Zustand der Fuß- und Radwege (Agenda-Ziel 9) und zur Barrierefreiheit (Agenda-Ziel 10) in das Straßenkataster konnte nicht im vorgesehenen Zeitrahmen realisiert werden, da sich die geplante Neuauflage des Straßenkatasters über die Laufzeit des Reallabors hinaus verschob. Die Ergebnisse der Zukunftswerkstätten fanden nach Abschluss des Reallabors jedoch Eingang in das Gemeindeentwicklungskonzept (Gemeinde Ritterhude/BPW Stadtplanung 2020) und das Integrierte Energetische Quartierskonzept Mühlenberg/Baumsiedlung/Am Großen Geeren (Gemeinde Ritterhude 2020, 50–53).

Teil III: Empirische *Framing*-Analyse

Im Folgenden wird das kommunale Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit empirisch untersucht. Hierbei werden zunächst ausgehend von den in der Metropolregion Nordwest geführten Interviews Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster im Umgang mit gesundheitlichen Risiken, im Umgang mit körperlicher Aktivität, im Umgang mit (gesundem) Altern sowie im Umgang mit aktiver Mobilität herausgearbeitet und die für den Umgang mit dem jeweiligen Gegenstand handlungsleitenden *Frames* identifiziert. Anschließend werden die Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitenden *Frames* im Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern im Reallabor analysiert, wobei zwischen den Phasen des Reallabors unterschieden wird.

6 Schutz vor gesundheitlichen Risiken

Als ein relevantes gesundheitsbezogenes Handlungsfeld erweist sich in den Kommunen in der Untersuchungsregion der Schutz vor gesundheitlichen Risiken, insbesondere der Immissionschutz. Gesundheits- und Immissionsschutz sind, wie bereits in den Kapiteln 2.2.2 und 3.1 beschrieben, fest im kommunalen Handeln verankert. Ausgehend von den in der Metropolregion Nordwest geführten Interviews werden im Folgenden Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster charakterisiert, die das kommunale Handeln im Umgang mit gesundheitlichen Risiken prägen. Das hierarchische Code-Subcode-Modell in Abbildung 23 gibt einen Überblick über die hierbei berücksichtigten Auswertungskategorien. In Kapitel 6.4 werden die für den Schutz vor gesundheitlichen Risiken handlungsleitenden *Frames* herausgearbeitet.

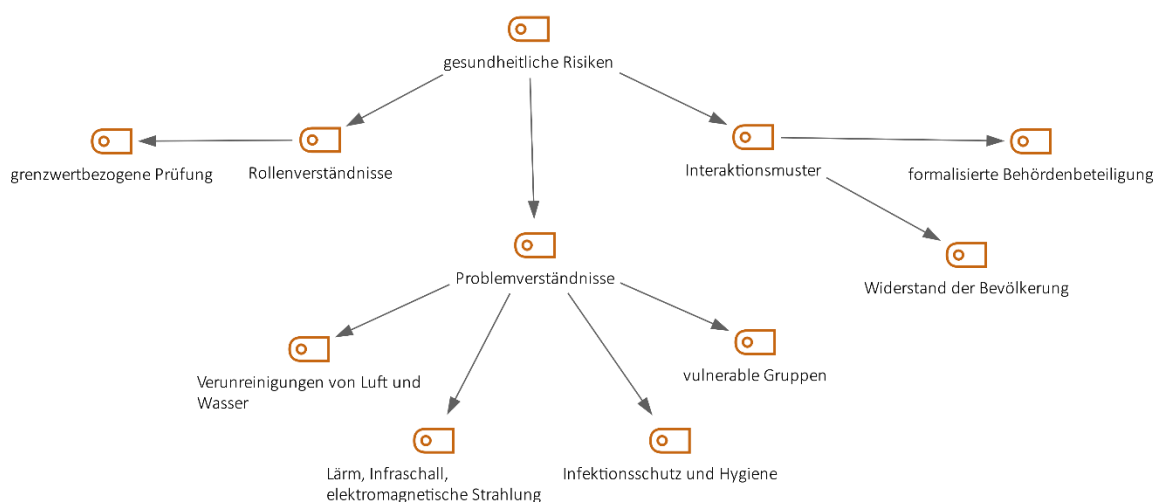


Abbildung 23: Hierarchisches Code-Subcode-Modell für den Umgang mit gesundheitlichen Risiken (eigene Darstellung mit MAXmaps in MaxQDA)

6.1 Problemverständnisse im Umgang mit gesundheitlichen Risiken

Als problematisch werden von den Kommunalvertreter*innen aus der Metropolregion Nordwest vor allem Verunreinigungen von Luft und Wasser sowie Belastungen durch Lärm, Infraschall und elektromagnetische Strahlung beschrieben (siehe Abbildung 24). In den Landkreisen entfallen besonders viele Nennungen auf Verunreinigungen von Luft und Wasser. Darüber hinaus sind Infektionsschutz und Hygiene ein häufig benanntes Thema. In den kreisangehörigen Städten und Gemeinden entfallen besonders viele Nennungen auf Lärm, Infraschall und elektromagnetische Strahlung. Der hohe Anteil an Nennungen bezüglich vulnerabler Gruppen beruht hier auf gezielten Nachfragen, wie weiter unten ausgeführt wird. In den kreisfreien Städten werden Verunreinigungen von Luft und Wasser sowie Lärm, Infraschall und elektromagnetische Strahlung in etwa gleich häufig thematisiert. Infektionsschutz und Hygiene sowie vulnerable Gruppen stehen demgegenüber im Hintergrund.

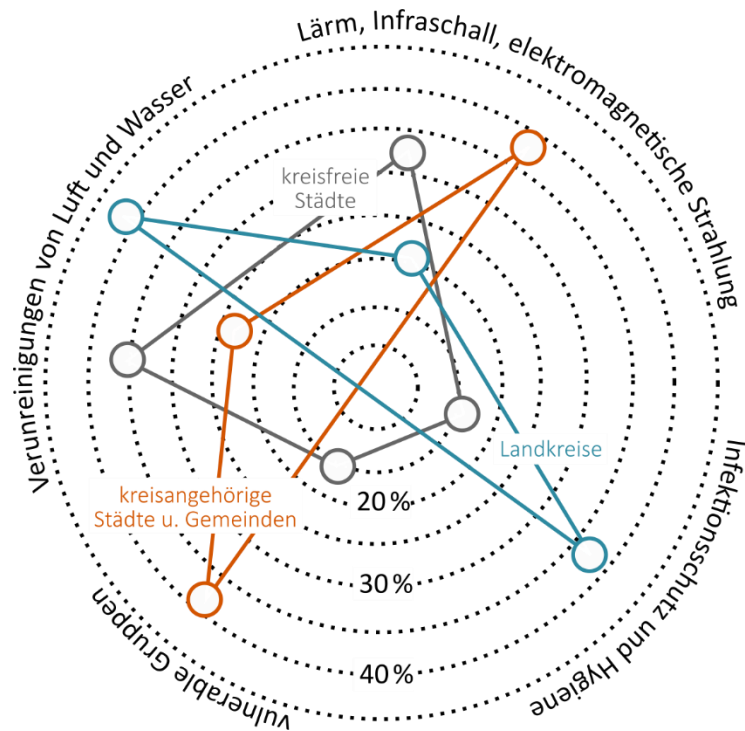


Abbildung 24: Themenschwerpunkte im Umgang mit gesundheitlichen Risiken nach Fallgruppen (dargestellt als prozentuale Verteilung der Kodierungen der jeweiligen Fallgruppe auf die Sub-Kategorien des Handlungsfeldes; eigene Darstellung)

6.1.1 Verunreinigungen von Luft und Wasser

Als gesundheitlich relevant werden Verunreinigungen von Luft und Wasser angesehen, die von intensiver Landwirtschaft, Industrie und Verkehr ausgehen. Die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen intensiver Landwirtschaft wird in Landkreis 5 besonders deutlich. Neben dem Feinstaubausstoß spricht der Gesundheitsvertreter in diesem Landkreis vor allem Gerüche aus der Tierhaltung und Fleischverarbeitung an: „Das ist dann keine geringfügige Geruchsbelastung, sondern das ist eine gesundheitliche Beeinträchtigung. (...) Wenn Sie schon einmal gerochen haben, wie nasse Federn riechen, ja, dann ist das ein Geruch, der besonders intensiv ist und besonders unangenehm ist“ (Landkreis 5, Abs. 62). Um die Einwirkung auf den Menschen angemessen abschätzen zu können, sind nach Auffassung des Gesundheitsvertreters umfangreiche Erhebungen erforderlich, bei denen die Gerüche zu unterschiedlichsten Witterungs- und Jahreszeiten wahrgenommen werden (Landkreis 5, Abs. 62). Um angesichts von Flächendruck und konkurrierenden Interessen von Wirtschaft, Gewerbe, Wohnen und Erholung „verschiedene Nutzungsmöglichkeiten des Raumes“ (Landkreis 5, Abs. 69) miteinander in Einklang zu bringen, setzt der Vertreter der Kreisentwicklung desselben Landkreises auf die Neuaufstellung des regionalen Raumordnungsprogramms, das wiederum den Rahmen schafft für eine gezielte Bauleitplanung der Städte und Gemeinden (Landkreis 5, Abs. 72–73).

Umweltbelastungen durch intensive Landwirtschaft werden auch in anderen Landkreisen und kreisangehörigen Gemeinden angesprochen (Landkreis 1, Abs. 88; kreisangehörige Gemeinde

4, Abs. 58). Gerüche sind darüber hinaus in den kreisfreien Städten ein Thema, z. B. bei der Fischmehlverarbeitung (kreisfreie Stadt 3b, Abs. 35). Insbesondere in den kreisfreien Städten werden außerdem verkehrsbedingte Luftschadstoffe angesprochen: „Es (sind) Luftschadstoffe, wie eben Feinstaub, den wir uns anschauen. Wenn in der Nähe von großen Straßen, stark befahrenen Straßen gebaut wird, wird dieser Aspekt halt mit thematisiert“ (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 14). In einem Landkreis wird zudem auf die Immissionen durch ein Holzheizwerk (Landkreis 2, Abs. 49) und in einem anderen auf industrielle Abwässer (Landkreis 7, Abs. 63) verwiesen. Es zeigen sich Parallelen zu Infektionsschutz und Hygiene, die vor allem von den Gesundheitsamtsvertreter*innen der Landkreise angesprochen werden: „Oft geht es da um Fragen der Hygieneaufsicht“ (Landkreis 7, Abs. 36). Als Beispiele werden Trinkwasser und Legionellen (Landkreis 5, Abs. 62; kreisfreie Stadt 3a, Abs. 40) sowie multiresistente Erreger und Antibiotikaresistenzen (Landkreis 1, Abs. 88; kreisfreie Stadt 3b, Abs. 37) genannt.

6.1.2 Lärm, Infraschall und elektromagnetische Strahlung

Eine gesundheitliche Relevanz haben in den Augen der Kommunalvertreter*innen aus der Metropolregion Nordwest auch der Umgang mit Lärm, Infraschall und elektromagnetischer Strahlung. In einer kreisfreien Stadt wird deutlich gemacht: „Die Hauptgesundheitsdebatte (...) ist Lärm“ (kreisfreie Stadt 3b, Abs. 35). Zwischen den Abteilungen für Bauen und für Gesundheit gibt es eine Vereinbarung, wonach beim Umgang mit Lärm Vorsorgewerte vorzusehen sind, die deutlich unter der TA Lärm³⁸ liegen. Der Planungsvertreter schildert die aus seiner Sicht zu befürchtenden Konsequenzen: „Sie können an keiner Bahnstrecke mehr bauen. Sie können an keiner Straße mehr bauen. Sie können letztlich nur suburbanes Bauen machen“ (kreisfreie Stadt 3b, Abs. 43). Im neuen Flächennutzungsplan stecke deshalb „richtig Zündstoff drin“ (kreisfreie Stadt 3b, Abs. 43), denn dieser zielt auf eine Verdichtung der Stadt und mehr gemischte Bauflächen. Durch die Tendenz zur Verdichtung der Stadt rücken Nutzungen immer näher aneinander heran. Dem Gesundheitsvertreter zufolge wird es dadurch schwieriger, lärmgeschützte Bereiche für das Wohnen in der Stadt zu finden (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 14).

Auch in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden zeigt sich dieses Problem. So wurden in einer Gemeinde im Rahmen der Aufstellung des Flächennutzungsplans solche Entwicklungsfelder von vornherein verworfen, bei denen von einer hohen Lärmbelastung durch eine Bundesstraße ausgegangen wurde (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 102). In einer kreisangehörigen Stadt wurde einem Bauantrag für eine städtebaulich als sinnvoll eingeschätzte straßenbegleitende Bebauung deshalb nicht stattgegeben, weil der Abstand zu einer Bahnlinie nicht ausreichte, und bei einer neu zu entwickelnden Wohnbaufläche in derselben Stadt wird ein

³⁸ Die Technische Anleitung zum Schutz gegen Lärm (kurz: TA Lärm) ist eine allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Bundes-Immissionsschutzgesetz. Sie enthält u. a. spezifische Immissionsrichtwerte für unterschiedliche Baugebiete.

Lärmschutzwall errichtet, um die geplante Wohnbebauung vor dem Lärm einer angrenzenden Umgehungsstraße zu schützen (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 62).

Ein weiterer Anknüpfungspunkt für eine Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Belangen – vor allem in den Landkreisen – ist das Aufstellen von Windkraftanlagen. Berücksichtigt werden der Infraschall, aber auch Schattenwurf und optische Beeinträchtigungen (Landkreis 5, Abs. 72). Die zunehmende Nähe zwischen Windkraftanlagen und Wohngebieten wird dabei als Problem beschrieben (Landkreis 5, Abs. 72). Bei Hochspannungsleitungen wird ebenfalls befunden, dass sich „gesundheitliche Bedenken (...) irgendwie aufdrängen“ (Landkreis 4, Abs. 46). Auch ein Umspannwerk in einem „landschaftlich völlig unbelasteten (...) Gebiet“ (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 58) wird als Beeinträchtigung wahrgenommen.

Vulnerable Gruppen werden nur in einer kreisfreien Stadt explizit angesprochen. Am Beispiel der Planung von Mobilfunkstandorten wird ausgeführt, dass Antennen so ausgerichtet werden, dass „Bereiche, wo sich eben empfindliche Personengruppen wie Kinder, kranke Menschen und so weiter aufhalten“ (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 14), nicht angestrahlt werden. Dem Vorsorgeprinzip folgend soll so das noch nicht abschließend eingeschätzte Risiko durch elektromagnetische Felder minimiert werden (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 14). Auch Zusammenhänge zwischen Umweltbedingungen und der sozialen Lage werden in der kreisfreien Stadt angesprochen. Zum Beispiel wird ein Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Lärm bzw. lauten Gebieten gesehen (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 24).

In den kreisangehörigen Städten und Gemeinden werden vulnerable Gruppen nur auf gezielte Nachfrage thematisiert. Auf die Frage, ob einzelne Bevölkerungsgruppen besonderen Belastungen, z. B. durch Lärm, ausgesetzt sind, fällt einem Kommunalvertreter auf, dass eine Senior*innenresidenz direkt an einer vielbefahrenen Straße gebaut wurde (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 79). Auch die kreisangehörige Gemeinde 3 ist aufgrund einer Autobahn und einer Bundesstraße stark durch Lärm belastet. Jedoch sind nach Einschätzung der Kommunalvertreter*innen einzelne Bevölkerungsgruppen dem Lärm nicht stärker ausgesetzt als andere (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 135). Ohnehin sind sich die Vertreter*innen der kreisangehörigen Städte und Gemeinden weitestgehend einig: „Diese sozialen Unterschiede wie in der Stadt, die gibt es hier nicht“ (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 60; ähnlich kreisangehörige Stadt 2, Abs. 23; kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 136).

6.2 Rollenverständnisse im Umgang mit gesundheitlichen Risiken

Eine Zuständigkeit für den Gesundheitsschutz und insbesondere den Immissionsschutz wird in den Kommunen nicht infrage gestellt. Im kommunalen Handeln überwiegt in diesem Zusammenhang eine prüfende Herangehensweise, die sich vor allem an gesetzlich definierten Grenzwerten orientiert.

6.2.1 Grenzwertbezogene Prüfung

Die in der räumlichen Planung tätigen Kommunalvertreter*innen sehen es im Zusammenhang mit dem Schutz vor gesundheitlichen Risiken als ihre Aufgabe, die „Einwirkungen von außen in die Siedlungsbereiche hinein (...) sorgfältig zu betrachten“ (Landkreis 1, Abs. 87). Dabei haben Bedenken eine höhere Priorität, „als dass man (...) vorsorglich guckt“ (Landkreis 4, Abs. 49). Ausgehend von seinen eigenen Erfahrungen mit der planbezogenen Umweltprüfung führt der Landkreisvertreter selbstkritisch aus: „Da geht es dann eher darum, sind die Regelwerte der TA Lärm eingehalten, was Lärmbelastungen anbelangt, was Staubbelastungen anbelangt. (...) (Das) geht noch nicht so weit, dass man wirklich guckt, was macht eine Straße eigentlich mit den Menschen“ (Landkreis 4, Abs. 65).

Die Herangehensweise der Gesundheitsvertreter*innen ist ähnlich gelagert: „Wir arbeiten hier in der Abteilung risikoorientiert. Wir schauen uns die Risiken an, die auf die Menschen einwirken in der Stadt. Und uns geht es immer darum, diese Risiken zu minimieren“ (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 18). Den Ausgangspunkt bilden auch hier die „rechtlichen Rahmenbedingungen, die uns zur Prüfung obliegen“ (Landkreis 2, Abs. 51). Dabei wird jedoch von dem Vertreter einer kreisfreien Stadt bemängelt, „dass Gesundheit relativ wenig gesetzlichen Rückhalt hat“ (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 75). Mit Bezug auf die Lärmwerte für Wohngebiete spitzt er zu: „Es ist leichter, ein Eulenpaar vor einer Straßenbahn zu schützen (...), als ein älteres Ehepaar, was da wohnt“ (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 75). Auch der Vertreter eines Landkreises merkt an, dass es ohne eine klare gesetzliche Grundlage schwer ist, gesundheitlichen Belangen Gewicht zu verleihen (Landkreis 7, Abs. 36).

Die starke Orientierung an Richtwerten und Normen hat ihre Gründe. So geht es in den Landkreisen u. a. darum, verlässliche Entscheidungen herbeizuführen: „Wir müssen, wenn wir eine Genehmigung erteilen, relativ sicher sein, dass es zu keinen unzumutbaren Beeinträchtigungen kommt, sonst ist unsere Genehmigung angreifbar“ (Landkreis 1, Abs. 93). Der Vertreter einer kreisfreien Stadt gibt jedoch zu bedenken: „Die Akten werden größer, und auch einzelne Teilprobleme der Umwelt werden besser geregelt, aber die Akzeptanz der Bevölkerung und dass sie sich eingebunden fühlt in diese Debatten steigt ja nicht“ (kreisfreie Stadt 3b, Abs. 39). Ein Flächennutzungsplan beispielsweise erreiche inzwischen mit den relevanten Gutachten, z. B. für Luft und Lärm, schnell einen Umfang von 2.000 Seiten (kreisfreie Stadt 3b, Abs. 39).

Dass vorsorgendes, über verbindliche Richtwerte hinausgehendes Handeln möglich ist, verdeutlicht das Beispiel eines Baugebiets in einer anderen kreisfreien Stadt. Die Richtwerte bezüglich der Lautstärke der in der Nähe befindlichen Windkraftanlagen wurden eingehalten, aber eine Begehung vor Ort machte deutlich, dass eine Beeinträchtigung durch die Art des Geräuschs nicht ausgeschlossen werden konnte. Dies wurde dann im Bebauungsplan als Hinweis mit aufgenommen (kreisfreie Stadt 1, Abs. 64–65). Erreicht hat dies ein Gesundheitsamt, dass seine Forderungen nach eigener Einschätzung „mit einigem Sachverstand“ (kreisfreie

Stadt 1, Abs. 22) vorzubringen weiß. Die Kolleg*innen in den Gesundheitsämtern der Landkreise schätzen ihren Sachverstand und ihre Möglichkeit, Forderungen vorzubringen, sehr viel geringer ein (Landkreis 3, Abs. 62; Landkreis 7, Abs. 36). Eine Ausnahme stellt der oben bereits erwähnte Landkreis 5 dar, dessen Gesundheitsamtsleiter selbst die umweltmedizinischen Stellungnahmen verfasst: „Alles, was mit Immissionen zu tun hat, was auf die Bevölkerung einwirkt, das bewerte ich und bewerte das auch unter Umständen auch sehr kritisch“ (Landkreis 5, Abs. 62).

6.3 Interaktionsmuster im Umgang mit gesundheitlichen Risiken

Im Zusammenhang mit dem Schutz vor gesundheitlichen Risiken gibt es eine ausgeprägte und stark formalisierte Zusammenarbeit zwischen der räumlichen Planung und dem ÖGD. Darüber hinaus wird mehrfach auf Widerstand aus der Bevölkerung verwiesen.

6.3.1 Formalisierte Behördenbeteiligung

Die Zusammenarbeit zwischen räumlicher Planung und ÖGD ist beim Schutz vor gesundheitlichen Risiken, insbesondere im Kontext des Immissionsschutzes, vor allem in den Landkreisen gut etabliert. So berichten ausnahmslos alle Landkreise davon, dass Gesundheitsbehörden zu einer Stellungnahme aufgefordert werden, z. B. bei Umweltverträglichkeitsprüfungen in Genehmigungsverfahren (Landkreis 2, Abs. 45; Landkreis 6, Abs. 98–101), aber auch bei der Aufstellung von regionalen Raumordnungsprogrammen (Landkreis 3, Abs. 78; Landkreis 4, Abs. 63). Die Gesamteinschätzung der Zusammenarbeit fällt dabei positiv aus. Man sei bemüht, „von der Planungsseite her diese Brücke zu schlagen“ (Landkreis 4, Abs. 46), und zumindest einzelne Gesundheitsvertreter*innen betonen, „dass wir da gut eingebunden sind, dass wir gehört werden, dass unsere Stellungnahmen, die wir dazu abgeben, auch, ich sage mal, den Weg finden, in die entsprechende Planung“ (Landkreis 1, Abs. 58).

In einem Landkreis wird angedeutet, dass die Beteiligung des Gesundheitsamts von der Einschätzung der gesundheitlichen Relevanz des Planungsvorhabens abhängt. Eine Beteiligung erfolge nur dort, „wo sichtbar auch ein gesundheitlicher Effekt dabei ist“ (Landkreis 7, Abs. 36). In den meisten Fällen scheinen jedoch formelle Vorgaben und interne Vereinbarungen zur Beteiligung der verschiedenen Fachdienste ausschlaggebend für eine Beteiligung der Gesundheitsämter zu sein (Landkreis 2, Abs. 53; Landkreis 1, Abs. 58). Ein Landkreisvertreter führt aus: „Wenn die Verfahrensschritte es erfordert haben, Träger öffentlicher Belange zu beteiligen, dann haben wir parallel immer auch eine Beteiligung der Fachstellen im Haus durchgeführt und in dem Zuge ist dann auch das Gesundheitsamt mit beteiligt worden“ (Landkreis 4, Abs. 65).

Das Einfordern der Stellungnahmen erfolgt in der Regel schriftlich: „Da geht es einfach reihum, da ist das Amt für Wasserwirtschaft, das Veterinäramt nimmt dann noch Stellung und so weiter, dann das Amt 63 noch wegen Baudenkmalerschutz und so weiter“ (Landkreis 5, Abs. 75). Erstellt werden die Stellungnahmen im Gesundheitsamt durch Gesundheitsaufseher*innen oder Ärzt*innen (Landkreis 1, Abs. 62). Der Umfang variiert je nach Gegenstand: „ausführlich, kurzgehalten, je nachdem, wie die Thematik auch da wieder ist“ (Landkreis 1, Abs. 88). In einem Landkreis wird das Verfassen der Stellungnahmen als „reine formale Abarbeitung“ (Landkreis 3, Abs. 82) beschrieben, in zwei anderen Landkreisen erfolgen hingegen aufbauend auf den schriftlichen Stellungnahmen auch telefonische Rücksprachen zwischen den Ämtern (Landkreis 1, Abs. 62; Landkreis 4, Abs. 53).

Einen über die Stellungnahmen hinausgehenden Austausch, z. B. in gemeinsamen Arbeitskreisen oder Gremien, in denen Akteur*innen aus Gesundheitsförderung und räumlicher Planung regelmäßig aufeinandertreffen, gibt es eher nicht (Landkreis 3, Abs. 85; Landkreis 4, Abs. 53). Ausnahmen stellen hier größere Problemlagen dar, bei denen die verschiedenen Kreisämter sich anlassbezogen auf eine gemeinsame Haltung verständigen (Landkreis 5, Abs. 78; Landkreis 7, Abs. 61). In einem Landkreis setzt zudem der Landrat auf einen fachlichen Austausch in der Amtsleiter*innenrunde (Landkreis 5, Abs. 78). In einem anderen Landkreis wurde mit der bisher einmaligen Hospitation einer Hygienekontrolleurin des Gesundheitsamts im Planungsamt „Neuland“ (Landkreis 4, Abs. 58) betreten.

In den kreisangehörigen Städten und Gemeinden ist zu berücksichtigen, dass diese, z. B. im Rahmen der Bauleitplanung, in der Regel zusammenfassende Stellungnahmen der Landkreise erhalten (Landkreis 4, Abs. 46). Ob daran auch das Gesundheitsamt mitgewirkt hat, ist für die Städte und Gemeinden nicht immer ersichtlich (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 108). Ein direkter Austausch mit dem Gesundheitsamt des zuständigen Landkreises erfolgt demzufolge nicht (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 103–106). Ganz anders sieht es in den kreisfreien Städten aus. Im Rahmen der Bauleitplanung beispielsweise erfolgt eine frühzeitige Beteiligung des Gesundheitsamtes und anderer Ämter in persönlichen Treffen (kreisfreie Stadt 1, Abs. 62; kreisfreie Stadt 3a, Abs. 58). Die Wahrnehmung des Gesundheitsamtes wird in der kreisfreien Stadt 1 als „außergewöhnlich gut“ (kreisfreie Stadt 1, Abs. 63) beschrieben. Besonders intensiv ist die Zusammenarbeit hier beim Thema Lärm (kreisfreie Stadt 1, Abs. 62). Aufseiten des Gesundheitsamtes ist ein Gesundheitsingenieur zuständig, „der ist dann beispielsweise auch mal irgendwo aufgetaucht und hat gesagt: Also, ich darf hier sein, darüber habe ich mich klug gemacht und deshalb bin ich jetzt hier und jetzt würde ich auch mal gern angehört werden“ (kreisfreie Stadt 1, Abs. 63). Aufseiten der Planung wurde eine eigene Stelle für technischen Umweltschutz geschaffen, die bewusst bei der Verkehrsplanung angesiedelt wurde (kreisfreie Stadt 1, Abs. 90). Der Austausch zwischen den beiden Kolleg*innen wird als sehr eng beschrieben (kreisfreie Stadt 1, Abs. 94).

6.3.2 Widerstand der Bevölkerung

Gesundheitliche Belange werden, wenn es um den Schutz vor gesundheitlichen Risiken geht, nach Einschätzung der Kommunalvertreter*innen auch durch die Bevölkerung aktiv eingebracht. „Der Bürger ist kritisch“ (Landkreis 1, Abs. 87), befindet der Planungsvertreter eines Landkreises mit Bezug auf Windkraftanlagen. Die Ausweisung von Flächen für die Energieerzeugung aus Windkraft führe „sehr häufig zu vehementem Widerstand der Anliegergemeinschaft“ (Landkreis 1, Abs. 87). Die Gemeinden müssten einerseits die Interessen der Anwohner*innen im Blick behalten und andererseits Raum für alternative Energien schaffen (Landkreis 1, Abs. 87).

Auch der Planungsvertreter in Landkreis 5 beobachtet ein steigendes Bewusstsein für umweltbezogene Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung. So gab es in diesem Landkreis auf den wasserrechtlichen Antrag eines Unternehmens 1.300 Eingaben von Bürger*inneninitiativen und Privatpersonen (Landkreis 5, Abs. 71). Die „Mutbürger“ (Landkreis 5, Abs. 71) seien gut informiert. Während die Vertreter*innen aus Landkreis 1 auf den Widerstand der Bevölkerung mit einer Absicherung durch Gutachten reagieren (Landkreis 1, Abs. 87), sehen es die Vertreter*innen aus Landkreis 5 als ihre Aufgabe, „Konflikte zu entschärfen und auch ein gewisses Gleichgewicht herzustellen“ (Landkreis 5, Abs. 71).

Auch mehrere kreisangehörige Städte und Gemeinden berichten von Bürger*inneninitiativen, z. B. gegen das bereits erwähnte Umspannwerk (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 58) und gegen den Lärm an einer Bundesstraße (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 71). Der Vertreter einer kreisfreien Stadt äußert jedoch die Einschätzung, dass viele Bürger*inneninitiativen heute von individueller Betroffenheit ausgingen und nicht von einer breiten Umweltdebatte getragen seien (kreisfreie Stadt 3b, Abs. 53).

6.4 **Handlungsleitende *Frames* im Umgang mit gesundheitlichen Risiken**

Gesundheitliche Risiken, d. h. mögliche negative Einflüsse auf die Gesundheit, sind in der Untersuchungsregion ein zentraler Anknüpfungspunkt für kommunales Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung. Es ist die Rede von gesundheitlichen Bedenken (Landkreis 4, Abs. 46), gesundheitlicher Beeinträchtigung (Landkreis 5, Abs. 62), gesundheitlicher Belastung (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 58) und gesundheitlicher Gefährdung (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 62) sowie vom Stressfaktor Lärm (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 22) und von Geruchsbelästigung (kreisfreie Stadt 3b, Abs. 35). Inhaltlich überwiegen die Verunreinigungen von Luft und Wasser sowie die Belastung durch Lärm, Infraschall und elektromagnetische Strahlung. Es geht folglich in erster Linie um umweltbezogene Gesundheitsrisiken. Das kommunale Handeln zielt in diesem Zusammenhang darauf, mögliche negative Einwirkungen auf die Gesundheit durch eine raumbezogene Steuerung zu minimie-

ren oder, wo diese unvermeidlich sind, entsprechende Schutzmaßnahmen, z. B. zum Lärm-
schutz, zu treffen. In einem einzelnen Fall wird der Schutz vulnerabler Gruppen als zusätzlicher
Lösungsansatz erkennbar.

<i>Prägende Problemver- ständnisse</i>	<i>Prägende Rollen- verständnisse</i>	<i>Prägende Interaktions- muster</i>	<i>Handlungsleitende Frames</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Verunreinigungen von Luft und Wasser • Lärm, Infraschall und elektromagnetische Strahlung 	<ul style="list-style-type: none"> • grenzwertbezo- gene Prüfung 	<ul style="list-style-type: none"> • formalisierte Behör- denbeteiligung • Widerstand der Be- völkerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Schutzgut mensch- liche Gesundheit • Gefahrenabwehr

Tabelle 5: Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungslei-
tende *Frames* im Umgang mit gesundheitlichen Risiken

Die auf umweltbezogene Gesundheitsrisiken fokussierten Problemverständnisse sind – auch wenn diese Begrifflichkeit nur in zwei Landkreisen explizit verwendet wird – anschlussfähig an das Schutzgut menschliche Gesundheit (Landkreis 2, Abs. 114; Landkreis 4, Abs. 63). Das Schutzgut menschliche Gesundheit ist ein handlungsleitendes *Frame*, das – wie in Kapitel 3.1.1 ausgeführt – über die Umweltprüfungen im kommunalen Handeln fest verankert ist. Mit den Verunreinigungen von Luft und Wasser sowie Belastungen durch Lärm, Infraschall und elektromagnetische Strahlung werden von den Kommunalvertreter*innen überwiegend chemische und physikalische Determinanten von Gesundheit angesprochen. Naturräumliche Determinanten finden punktuell Erwähnung, wenn es z. B. um Erholung oder den Eingriff in die Landschaft geht. Sozialräumliche Determinanten werden dagegen nicht angesprochen.

Ein weiteres handlungsleitendes *Frame* im Umgang mit gesundheitlichen Risiken ist die Gefahrenabwehr, die deutlich gegenüber dem Vorsorgeprinzip überwiegt. Es bestätigt sich die Einschätzung, dass das Schutzgut menschliche Gesundheit in der kommunalen Praxis meist „auf die Einhaltung einschlägiger umweltmedienbezogener Grenzwerte, den Verlust von Siedlungs-, Wohnumfeld- und Erholungsflächen sowie deren pauschalierte Betrachtung von Beeinträchtigungen durch Schall- oder Luftschadstoffimmissionen reduziert (wird)“ (Hartlik/Machtolf 2018, 178). Da meist nur erhebliche Auswirkungen berücksichtigt werden, dominiert dabei „der Erhalt des Status quo“ (Hartlik/Machtolf 2018, 178) gegenüber einer aktiven Gesundheitsförderung. Es überwiegt folglich eine pathogene-tische Sichtweise auf Gesundheit. Eine ergänzende salutogenetische Sichtweise, wie sie die Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit (Albrecht et al. 2014) und der Leitfaden Gesunde Stadt (Baumeister et al. 2019) nahelegen, findet sich im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion bisher nicht wieder.

Insgesamt werden die umweltbezogenen Gesundheitsrisiken eher räumlich als bevölkerungs-
bezogen beschrieben. Ausgehend von Abstandsregeln und Immissionsradien werden die Aus-
wirkungen in ein bestimmtes Gebiet hinein thematisiert, nicht jedoch die Auswirkungen auf
einzelne Bevölkerungsgruppen. Die Vulnerabilität einzelner Bevölkerungsgruppen wird nur in

einer kreisfreien Stadt explizit benannt. In den kreisangehörigen Städten und Gemeinden erfolgt keine derartige Differenzierung. Auch die sozial ungleiche Verteilung von Umweltbelastungen und Umweltqualitäten, wie sie das Leitbild Umweltgerechtigkeit nahelegt (siehe Kapitel 3.1.2), spielt in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden ebenso wie in den Landkreisen keine Rolle.

Bezüglich der Rollenverständnisse im Umgang mit gesundheitlichen Risiken überwiegt bei Vertreter*innen der räumlichen Planung und des ÖGD gleichermaßen eine prüfende Herangehensweise. Planer*innen und Gesundheitsvertreter*innen orientieren sich vor allem an den in den Verwaltungsvorschriften zum Bundesimmissionsschutzgesetz definierten Grenz- und Richtwerten, z. B. der TA Lärm. Das Rollenverständnis kann sich auf formelle Verfahren und Instrumente, insbesondere die Umweltprüfungen (siehe Kapitel 3.1.1), stützen. Die auf umweltbezogene Gesundheitsrisiken ausgerichteten Problemverständnisse und die grenzwertbezogene Prüfung als Rollenverständnis stärken sich ausgehend von dem handlungsleitenden *Frame* der Gefahrenabwehr gegenseitig.

Die Zusammenarbeit zwischen räumlicher Planung und ÖGD ist beim Schutz vor gesundheitlichen Risiken stark ausgeprägt. Sie kann sich mit dem Schutzgut menschliche Gesundheit und der Gefahrenabwehr auf von beiden Seiten geteilte *Frames* und eine von beiden Akteur*innengruppen praktizierte prüfende Herangehensweise stützen und weist einen stark formalisierten Charakter auf. Die Interaktion mit der Bevölkerung wird demgegenüber überwiegend als konfrontativ beschrieben. Ob dem Widerstand der Bevölkerung möglicherweise ein von der kommunalen Sichtweise abweichendes Problemverständnis zugrunde liegt, kann auf dieser Datengrundlage jedoch nicht eingeschätzt werden.

Beim Schutz vor gesundheitlichen Risiken überwiegen *Action Frames* gegenüber rhetorischen oder metakulturellen *Frames*. Die Gefahrenabwehr ist ausgehend von der Systematisierung nach Rein und Schön (siehe Kapitel 4.1.1) als institutionelles *Action Frame* zu betrachten, da es nicht nur den Umgang mit gesundheitlichen Risiken prägt. Das Schutzgut menschliche Gesundheit ist demgegenüber ein themenspezifisches *Policy Frame*. Es vermittelt eine Vorstellung von Gesundheit bzw. deren Schutz, die einerseits institutionell verankert ist, andererseits von den einzelnen Kommunalvertreter*innen ausgelegt werden muss.

7 Förderung von körperlicher Aktivität

Die Gesundheitsförderung hat im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion gegenüber dem Gesundheitsschutz einen geringeren Stellenwert. Die Förderung körperlicher Aktivität, insbesondere die Förderung körperlicher Aktivität im Alter, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung im Vordergrund stand, erwies sich als sehr spezifisches Handlungsfeld, zu dem die befragten Kommunalvertreter*innen nur einen geringen Bezug herstellen konnten. Im Folgenden werden Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster charakterisiert, die den Umgang mit körperlicher Aktivität sowie mit Gesundheitsförderung im Allgemeinen prägen. Das hierarchische Code-Subcode-Modell in Abbildung 25 gibt einen Überblick über die hierbei berücksichtigten Auswertungskategorien. In Kapitel 7.4 werden die für die Gesundheitsförderung und die Förderung körperlicher Aktivität handlungsleitenden *Frames* herausgearbeitet.

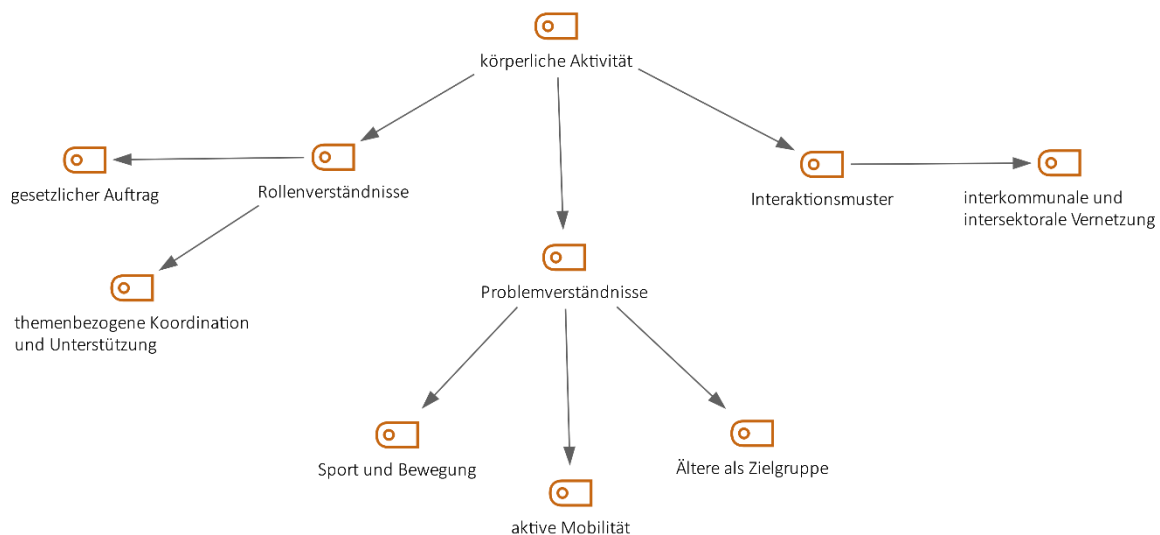


Abbildung 25: Hierarchisches Code-Subcode-Modell für den Umgang mit körperlicher Aktivität (eigene Darstellung mit MAXmaps in MaxQDA)

7.1 Problemverständnisse im Umgang mit körperlicher Aktivität

Im Umgang mit körperlicher Aktivität werden in der Untersuchungsregion in erster Linie Sport und Bewegung thematisiert (siehe Abbildung 26). Vor allem in den kreisangehörigen Städten überwiegt dieses Thema gegenüber der aktiven Mobilität als Form von körperlicher Aktivität und Älteren als Zielgruppe. In den Landkreisen sind alle drei Themen in etwa gleich gewichtet. In den kreisfreien Städten entfallen insgesamt nur wenige Nennungen auf den Umgang mit körperlicher Aktivität.

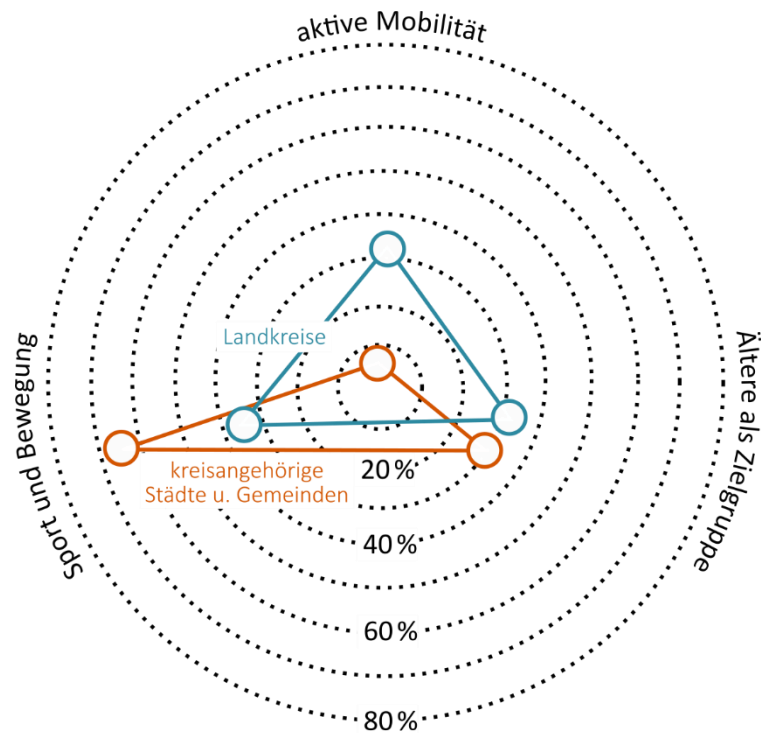


Abbildung 26: Themenschwerpunkte im Umgang mit körperlicher Aktivität nach Fallgruppen (dargestellt als prozentuale Verteilung der Kodierungen der jeweiligen Fallgruppe auf die Sub-Kategorien des Handlungsfeldes; eigene Darstellung)

7.1.1 (Fehlende) Gelegenheiten für Sport und Bewegung

Im Umgang mit körperlicher Aktivität werden in der Untersuchungsregion vor allem räumliche und institutionelle Gelegenheiten für Sport und Bewegung thematisiert. In den kreisangehörigen Städten und Gemeinden werden neben Sportplätzen (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 148; kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 48) und einem Bürger*innenpark (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 88) vor allem Mehrgenerationen- und Begegnungsplätze mit Bewegungsgeräten angesprochen. In der kreisangehörigen Gemeinde 6 wurde ein solcher Platz in einem Wohngebiet eingerichtet, das in den 1980er Jahren entstanden ist. Der große Kinderspielplatz in der Mitte des Wohngebiets wurde nicht mehr genutzt: „Da gibt es (...) keine Kinder mehr, weil die sind ja alle groß, weggezogen“ (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 36). Jetzt gibt es zwei Fitnessgeräte für Erwachsene und einen Unterstand mit einer Sitzgruppe, die Platz für einen Rollstuhl bietet (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 36).

Auch die kreisangehörige Gemeinde 3 erarbeitet ein Spielplatzkonzept, das die veränderte Altersstruktur berücksichtigt. Langfristig könnte es in jedem Ortsteil einen generationenübergreifenden „Platz der Begegnung“ (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 89) geben. Mehrere Bewegungsplätze für alle Generationen gibt es auch in Landkreis 4 (Landkreis 4, Abs. 71, 83). Einzelne Bewegungsgeräte sind in weiteren Gemeinden vorhanden oder geplant (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 49; kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 77). Eine Bürgermeisterin gibt gleichzeitig zu bedenken: „Wir sind hier eine Kommune, wo 90% im Eigenheim wohnen. (...)“

Die haben einen eigenen Garten. Das bedeutet, dass sie ein Stück weit ganz regelmäßige Alltagsbewegung schon haben“ (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 56).

In den Landkreisen, aus denen sich vor allem die Vertreter*innen der Gesundheitsämter äußern, stehen institutionelle Kontexte der Bewegungsförderung im Vordergrund.³⁹ So wird körperliche Aktivität im Zusammenhang mit Pflege bzw. Pflegeeinrichtungen thematisiert (Landkreis 1, Abs. 155; Landkreis 6, Abs. 30). In einem Landkreis wird auf die Förderung von Bewegung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements eingegangen (Landkreis 5, Abs. 26). Eine Bürgermeisterin, die zuvor in einem Gesundheitsamt tätig war, weist zudem auf Bewegungsförderung in einem Kindergarten und Familienzentrum hin (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 48). Außerdem zählt sie ehrenamtlich organisierte Sport- und Bewegungsangebote auf, z. B. regelmäßige Fahrradtouren des Heimatvereins, Lauffreize und Walkinggruppen (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 56). Eine Besonderheit stellen Bewegungsgruppen für Menschen mit depressiven Erkrankungen dar, die vom sozialpsychiatrischen Dienst eines Landkreises durchgeführt werden (Landkreis 6, Abs. 63).

Bezogen auf das Radfahren und Zufußgehen als Form der körperlichen Aktivität wird der „gesundheitsfördernde Aspekt“ (kreisfreie Stadt 2, Abs. 73) von den Kommunalvertreter*innen durchaus gesehen. Jedoch wird er bei kurzen Strecken als zu gering eingeschätzt: „Wenn ich nur das Fahrrad benutze, um zum Bäcker zu fahren, 1 km ganz langsam, dann ist der Ertüchtigungseffekt fürs Herzkreislaufsystem zu gering“ (Landkreis 3, Abs. 53). Als interessant wird der gesundheitliche Effekt u. a. in Hinblick auf individuelle Mobilitätsentscheidungen betrachtet. So ist ein Landkreis bemüht, mehr über die Vor- und Nachteile der Nutzung verschiedener Verkehrsmittel, z. B. Auto, Bus und Fahrrad, aufzuklären (Landkreis 1, Abs. 128).

Bezogen auf die Förderung körperlicher Aktivität und aktiver Mobilität im Alter wird vor allem auf Unterschiede innerhalb der Gruppe der Älteren verwiesen. So betont ein Landkreisvertreter, dass man zwischen den „fitten Senioren“ (Landkreis 3, Abs. 48) und den weniger fitten Senior*innen unterscheiden muss. Von Investitionen, z. B. in die touristische Radwegeinfrastruktur, profitieren ihm zufolge oft nur die Fitten (Landkreis 3, Abs. 48). Der Verkehrsplaner einer kreisfreien Stadt äußert ebenfalls Zweifel, ob das Radfahren tatsächlich für alle etwas ist: „Gerade die Gruppe der alten Alten, die hat da überhaupt gar nichts von“ (kreisfreie Stadt 2, Abs. 56). Der Gesundheitsamtsvertreter einer anderen kreisfreien Stadt vermutet, dass es schwierig sein könne, ältere Menschen, die noch nicht Fahrrad fahren, dazu zu bewegen. Vielmehr müsse es darum gehen, „die, die jetzt mobil sind, mobil zu halten, damit sie es zukünftig auch im Alter noch sind und sein können“ (kreisfreie Stadt 1, Abs. 46). Zugleich wird das Rad-

³⁹ Ähnlich ist es bei dem Thema gesunde Ernährung, das von mehreren Gesprächspartner*innen angesprochen, aber hier nicht weiter ausgeführt wird. Beispielhaft sind ein Projekt zur Förderung des Wassertrinkens in Schulen (Landkreis 6, Abs. 46; kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 48).

fahren als niedrigschwelliger Zugang zu Bewegung gewertet, „weil sie das immer genutzt haben, ohne dass es Sport war“ (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 56). Ein Landkreisvertreter gibt jedoch zu bedenken: „Da denken die Leute (...) eher an das räumliche Fortkommen als an die Gesundheit“ (Landkreis 7, Abs. 84).

7.2 Rollenverständnisse im Umgang mit körperlicher Aktivität

Im Zusammenhang mit der Förderung körperlicher Aktivität und Gesundheitsförderung im Allgemeinen steht an erster Stelle die Frage nach dem gesetzlichen Auftrag und den Aufgaben der Gesundheitsämter. In der Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung kommen darüber hinaus koordinierende und unterstützende Rollen zum Tragen.

7.2.1 Uneindeutiger gesetzlicher Auftrag

Der ÖGD hat in den vergangenen 30 Jahren eine große Veränderung durchlaufen: „Also wir haben uns ja ganz klar entwickelt von einer Kontroll- und Überwachungsbehörde (...) zu einem Dienstleistungsbetrieb mit einem hohen präventiven Anspruch“ (kreisfreie Stadt 1, Abs. 36). Ein Landkreisvertreter beschreibt diese Veränderung wie folgt: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist sicherlich bei meinen Vorgängern noch so ein Aufgabenbereich gewesen, den man mehr mit gesundheitspolizeilichen Aufgaben umschreiben kann als mit Gesundheitsförderung und Prävention“ (Landkreis 6, Abs. 43). Früher habe sich der ÖGD vor allem mit der Gesundheit von Kindern beschäftigt, z. B. im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen und Impfungen. Mit dem demografischen Wandel spreche man nun zunehmend auch über die älteren Menschen (Landkreis 6, Abs. 30).

Zu einer stärkeren rechtlichen Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung hat nach Einschätzung mancher Kommunalvertreter*innen auch das Niedersächsische Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst beigetragen. Das 2007 in Kraft getretene Gesetz schaffe eine Rechtsgrundlage dafür, „dass man sagt, Gesundheitsförderung ist nicht die Kür, sondern das ist mit ein Teil unseres Aufgabengebietes“ (Landkreis 6, Abs. 43). Diese Einschätzung teilen jedoch nicht alle Kommunalvertreter*innen. So bezieht ein Landkreisvertreter die gegenteilige Position: „Es gibt im Gesundheitsamt Pflichtaufgaben und das ist zum Beispiel die Kür“ (Landkreis 3, Abs. 58). Als kommunale Pflichtaufgabe wird die Gesundheitsförderung folglich nicht von allen gesehen (Landkreis 6, Abs. 144) und bedarf als solche einer weiteren Stärkung (Landkreis 1, Abs. 209).

Ein Landkreisvertreter bezeichnet den Gesundheitsförderungsparagrafen im Niedersächsischen Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst als „allgemeine Gutwillerklärung, mit (der) man also im Prinzip überhaupt nichts anfangen kann“ (Landkreis 7, Abs. 30). Personal könne er auf dieser Grundlage nicht anfordern (Landkreis 7, Abs. 30). Auch andere Gesund-

heitsamtsleiter*innen sehen sich auf die gesetzlich definierten Aufgaben beschränkt: „Darüber hinaus wird es eng, weil wir auch auf Kante genäht sind“ (Landkreis 2, Abs. 56). Auch der Vertreter einer kreisfreien Stadt folgert: „Im Bereich knapper Kassen, die in den Kommunen nicht selten sind, hilft es eigentlich bloß, wenn ich knallharte gesetzliche Vorgaben mache. (...) Solange ich das nicht mache und mich im nebulösen Raum bewege, sind wir da Spielball der Verfügbarkeiten“ (kreisfreie Stadt 1, Abs. 89). Präventive Angebote müssten häufig zugunsten von Pflichtaufgaben, wie dem Infektionsschutz, zurückgestellt werden (kreisfreie Stadt 1, Abs. 38; kreisfreie Stadt 3a, Abs. 52).

Das neue Präventionsgesetz ändere daran wenig, da es den kommunalen Gesundheitsdienst kaum berücksichtige (Landkreis 2, Abs. 61). Die Landkreisvertreter*innen hätten sich gewünscht, dass man „mehr Aufgaben dann tatsächlich den Kommunen überträgt“ (Landkreis 1, Abs. 197). Die Rolle des ÖGD werde in dem Gesetz jedoch nur in einem Nebensatz erwähnt und bestände darin, „dass dann die, die das Geld haben und das Geld kriegen, dann mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammenarbeiten sollen“ (Landkreis 5, Abs. 83). Es sei unklar, ob und wie der ÖGD selbst die über das Gesetz von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Mittel nutzen könne (Landkreis 1, Abs. 209; kreisfreie Stadt 3a, Abs. 44).

In der räumlichen Planung wird keine formelle Zuständigkeit oder Verankerung für die Gesundheitsförderung gesehen (Landkreis 3, Abs. 107; Landkreis 4, Abs. 35). Aus Sicht der räumlichen Planung hat Gesundheitsförderung folglich eher eine geringe Priorität: „Also meine Wahrnehmung ist, dass Gesundheitsvorsorge, durch, weiß ich nicht, Förderung von Bewegung grade der älteren Leute, nicht so auf dem Zettel ganz oben steht momentan. Da ist Klimaschutz das Tophema“ (Landkreis 6, Abs. 52). Auch Mobilität werde eher unter dem Aspekt der CO₂-Einsparung betrachtet (Landkreis 6, Abs. 52). Diese Einschätzung bestätigt sich auch in einer kreisfreien Stadt. Bei der Stärkung des Rad- und Fußverkehrs geht es dort eher „um die Erfüllung von klimarelevanten Zielen als denn noch der Nebenaspekt sozusagen der Gesundheitsförderung“ (kreisfreie Stadt 1, Abs. 44). Dennoch räumt der Verkehrsplaner ein, dass indirekt auch die Bewegung gefördert und die Belastung durch verkehrsbedingte Schadstoffe reduziert werde. Dadurch würde man die Gesundheit zwar nicht gezielt adressieren, aber zumindest unterstützen (kreisfreie Stadt 1, Abs. 41). Ein Vertreter einer anderen kreisfreien Stadt sieht zudem die Erfordernisse der Klimaanpassung, z. B. hinsichtlich Frischluftschneisen und Rückzugsmöglichkeiten bei Hitze, als eine Chance für einen stärkeren Fokus auf den Erhalt der Gesundheit (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 20).

7.2.2 Themenbezogene Koordination und Unterstützung

Diejenigen Gesundheitsakteur*innen, die Gesundheitsförderung als ihre Aufgabe betrachten, sehen sich als Unterstützer*innen und Koordinator*innen. Ein Landkreisvertreter bringt die Abkehr vom gesundheitspolizeilichen Selbstverständnis seiner Vorgänger*innen deutlich zum Ausdruck: „Mir würde es keinen Spaß machen, meine Tätigkeit so zu sehen, dass ich gucke,

was steht im Gesetz, was ist vorgeschrieben und das prüfe ich ab. (...) Viel besser ist es doch, Themen von der anderen Seite anzugehen, dass man als Dienstleister wahrgenommen wird, dass man andere unterstützt“ (Landkreis 6, Abs. 45). Eine wichtige Rolle spielen hierbei Netzwerke, wie z. B. Gesundheitskonferenzen, in denen auch Themen wie das gesunde Älterwerden aufgegriffen werden (Landkreis 1, Abs. 114). Gemeinsam können in den Netzwerken Projekte entwickelt werden, „die nicht die Welt verbessern, aber die hier in unserem direkten Umfeld, das ein oder andere Positive bewirkt haben“ (Landkreis 6, Abs. 46).

Ein ähnliches Vorgehen strebt Landkreis 5 in seiner Gesundheitsregion an. Kleine erreichbare Ziele sollen die Beteiligten zum Weitermachen motivieren (Landkreis 5, Abs. 43). Das Gesundheitsamt selbst sieht sich dabei in einer „Führungsrolle“ (Landkreis 5, Abs. 83), die darin besteht, dass es Fachwissen beisteuert (Landkreis 5, Abs. 83) sowie moderiert und Anstoß gibt (Landkreis 5, Abs. 77). Der Amtsleiter ist überzeugt: „Von alleine läuft nichts und man muss manchmal, wenn der Berg nicht zum Propheten kommt, den umgekehrten Weg wählen und (...) auf die Leute zugehen“ (Landkreis 5, Abs. 107). Letztlich sollen die Projektideen aber aus der Bevölkerung kommen: „Wir wollen ja alle in die Lage versetzen, ihre eigenen Gesundheitsressourcen so zu stärken, selber herauszufinden, was macht mehr gesund oder was hält mich gesund“ (Landkreis 5, Abs. 52). Gesundheitsförderung wird dabei als ein „gesamtgesellschaftliches Problem“ (Landkreis 5, Abs. 52) betrachtet und nicht als alleinige Aufgabe des Gesundheitsamtes.

In den kreisangehörigen Städten und Gemeinden, die nach eigener Einschätzung Gesundheitsförderung betreiben, stehen Beratungs- und Informationsangebote im Vordergrund. In einer kreisangehörigen Stadt, die dem Gesunde-Städte-Netzwerk angehört, wurden die entsprechenden Angebote und Aktivitäten in einem sogenannten Gesundheitshaus gebündelt: „Viele Leute wissen jetzt mittlerweile (...), wenn ich irgendetwas zu diesem Thema wissen will, kann ich hier Hilfe bekommen“ (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 41). Professionelle Beratungsstellen bieten in dem Haus Sprechstunden an, aber auch die Geflüchtetenhilfe sowie Sozial- und Familienpaten sind in dem Haus ansässig (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 45–47). Zudem finden hier, wie auch in einer anderen Gemeinde, Vorträge zu Gesundheitsthemen statt (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 47; kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 50). Die kreisfreien Städte bieten eine professionelle Bürger*innenberatung, z. B. zu umweltbezogenem Gesundheitsschutz (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 24), an und verfassen eine eigene Gesundheitsberichterstattung, z. B. zur sozialen Lage (kreisfreie Stadt 3a, Abs. 36–38, in geringerem Umfang auch kreisfreie Stadt 1, Abs. 57).

7.3 Interaktionsmuster im Umgang mit körperlicher Aktivität

Interkommunale und intersektorale Vernetzung sind prägend für die Interaktion zwischen den an Gesundheitsförderung beteiligten Akteur*innen. Die Gesundheitskonferenzen im Rahmen

der Gesundheitsregionen (siehe Kapitel 2.2.2) sind das dafür prägende Format in der Untersuchungsregion.

7.3.1 Interkommunale und intersektorale Vernetzung

Mehrere Landkreise sind zum Zeitpunkt der Interviews dabei, eine Gesundheitsregion und Gesundheitskonferenz zu gründen, die sowohl der interkommunalen als auch der intersektoralen Vernetzung dienen. Landkreis 1 berichtet, für die Auftaktveranstaltung rund 500 Institutionen im Landkreis angeschrieben zu haben (Landkreis 1, Abs. 108). Die Federführung für die Gesundheitsregion liegt beim Gesundheitsamt, aber auch andere Ämter sind beteiligt. Bei räumlichen Fragen solle z. B. auch die Verantwortliche für das Raumordnungsprogramm „mit in die Bütt“ (Landkreis 1, Abs. 147). Landkreis 5 möchte mit der Gesundheitsregion an den Demografie-Prozess anschließen, bei dem es bereits eine Arbeitsgruppe zur Gesundheit gab (Landkreis 5, Abs. 50). Auch hier wurde zur ersten Gesundheitskonferenz und Auftaktveranstaltung der Gesundheitsregion „erst einmal alles, was nicht niet- und nagelfest ist und was in irgendeiner Form noch dazu beitragen könnte, eingeladen“ (Landkreis 5, Abs. 77). Landkreis 7 möchte gemeinsam mit einem Nachbarlandkreis und einer angrenzenden kreisfreien Stadt ebenfalls Gesundheitsregion werden (Landkreis 7, Abs. 75).

Landkreis 6 veranstaltet bereits seit über zehn Jahren Gesundheitskonferenzen, die durch die Gesundheitsregion nun „einen neuen Deckel“ (Landkreis 6, Abs. 44) bekommen. Aus den Gesundheitskonferenzen sind über die Jahre verschiedene Netzwerke entstanden, in denen rund 200 Personen kontinuierlich zu unterschiedlichen Themen zusammenarbeiten (Landkreis 6, Abs. 44). In der Koordinierungsgruppe, die das Entstehen der Gesundheitsregion begleitet, ist auch der Planungsvertreter beteiligt (Landkreis 6, Abs. 97). In den kreisangehörigen Städten und Gemeinden wird das Engagement der Landkreise wahrgenommen: „Also der Landkreis versucht dieses Thema immer mehr (...) zu platzieren“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 49). Die Gemeinden werden einbezogen und können sich im Rahmen der Gesundheitsregionen an Arbeitsgruppen beteiligen (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 51). Die Bürgermeisterin der kreisangehörigen Gemeinde 4 regt an, dass auch fachliche Vertreter aus den Kommunen, z. B. aus dem Bau- oder Sozialamt, in den Gesundheitskonferenzen einbezogen werden könnten, „um einfach an der Stelle zu sensibilisieren und zu sagen, es gibt auch einen Einfluss, den ich auf Gesundheit habe“ (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 98).

Über die Gesundheitsregionen hinaus gibt es noch andere Formen der Vernetzung. Zum einen benennen die Gesundheitsamtsleiter überregionale Netzwerke, z. B. mit den anderen Amtsärzt*innen im Land Niedersachsen (Landkreis 2, Abs. 63; Landkreis 5, Abs. 83), zum anderen berichten sie von einer Vernetzung innerhalb der jeweiligen Kreisverwaltung, insbesondere in den Bereichen Jugend und Soziales (Landkreis 2, Abs. 56; Landkreis 5, Abs. 79; Landkreis 6, Abs. 45; kreisangehörige Stadt 2, Abs. 21). Eine Vernetzung zwischen räumlicher Planung und Gesundheitsförderung ist – jenseits der genannten Beteiligung von Planungsvertreter*innen

in den Gesundheitsregionen – bisher jedoch nicht gegeben (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 49; kreisangehörige Stadt 2, Abs. 89–90; kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 62).

Die Bürgermeisterin einer kleinen Gemeinde sieht hier einen Bedarf an Sensibilisierung: „Eigentlich müsste irgendwo immer so ein Merker aufpappen, ja, ne, was hat das eben kurz für gesundheitliche Auswirkungen?“ (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 77). Gerade in den kleinen Gemeinden sind die fachlichen Kompetenzen und personellen Ressourcen diesbezüglich jedoch begrenzt: „Wir haben eine Kollegin die macht Kindergärten, die macht Bücherei, die macht die Bäder, die macht Gesundheit bisschen mit und Ehrenamtler auch noch ein bisschen mit“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 125). Selbst in der Stadt, die dem Gesunde-Städte-Netzwerk angehört, wird der hierfür zuständige Koordinator nicht an Planungs- und Bauvorhaben beteiligt (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 15). Seiner Einschätzung nach „hat die Gesundheit in den Rats- und politischen Entscheidungen wenig Rückhalt“ (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 9).

Eine Planerin auf Kreisebene zeigt sich offen dafür, Gesundheit auch jenseits von Versorgungsfragen in Planungsprozessen zu berücksichtigen: „Natürlich wäre das ein Blickwinkel, den man da auch in der Planung einfließen lassen könnte. Ganz klar. Nicht nur die Versorgung (...), sondern auch ja: Wie lebe ich in der Stadt, wie gesund ist so eine Stadt, wie gesund sind meine Wege zur Arbeit, wie gefährlich sind sie?“ (Landkreis 1, Abs. 211). Ein anderer Planungsvertreter äußert sich dagegen eher skeptisch: „Ok, das wäre dann die Überschrift 388 bei allen räumlichen Planungen oder auch von tiefbaulichen Maßnahmen, da haben wir dann Gender und dann haben wir Klima und dann haben wir Gesundheit. Das geht dann locker auch unter, glaube ich, in so einem Anforderungskatalog“ (Landkreis 6, Abs. 73).

7.4 Handlungsleitende *Frames* im Umgang mit körperlicher Aktivität

Die Förderung von körperlicher Aktivität und insbesondere die Förderung von körperlicher Aktivität im Alter hat insgesamt im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion nur einen geringen Stellenwert. Die Kommunalvertreter*innen verweisen punktuell auf Maßnahmen, wie die Schaffung von Bewegungs- und Begegnungsorten oder die Förderung von körperlicher Aktivität in Pflege- und Bildungseinrichtungen. Eine Verknüpfung der Förderung körperlicher Aktivität mit dem Radfahren und Zufußgehen ist für die Kommunalvertreter*innen grundsätzlich nachvollziehbar, spiegelt sich jedoch nicht in ihrem tatsächlichen Handeln wider.

Bezüglich der Rollenverständnisse fällt zuerst die intensive Auseinandersetzung mit dem gesetzlichen Auftrag des ÖGD und den damit einhergehenden Handlungsspielräumen auf. Unabhängig von der Thematik der körperlichen Aktivität im Alter stellt sich für die Kommunalvertreter*innen grundsätzlich die Frage, ob die Gesundheitsförderung zu ihren Aufgaben zählt. Die Auffassungen liegen hier teils weit auseinander. Das Rollenverständnis derjenigen Vertreter*innen des ÖGD, die Gesundheitsförderung als ihre Aufgabe sehen, zeichnet sich durch

einen präventiven Anspruch sowie Ansätze der Koordination und Unterstützung aus. Bezüglich der Interaktionsmuster erweist sich die intersektorale und interkommunale Vernetzung als besonders relevant (siehe Tabelle 6).

<i>Prägende Problemverständnisse</i>	<i>Prägende Rollenverständnisse</i>	<i>Prägende Interaktionsmuster</i>	<i>Handlungsleitende Frames</i>
<ul style="list-style-type: none"> • (fehlende) Gelegenheiten für Sport und Bewegung 	<ul style="list-style-type: none"> • uneindeutiger gesetzlicher Auftrag • themenbezogene Koordination und Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> • interkommunale und intersektorale Vernetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche Fitness • Lebenswelt

Tabelle 6: Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitende *Frames* im Umgang mit körperlicher Aktivität

Sofern eine Auseinandersetzung mit der Förderung körperlicher Aktivität stattfindet, nimmt diese in erster Linie auf körperliche Fitness Bezug. So wird zwischen fitten und weniger fitten Senior*innen unterschieden und der gesundheitliche Nutzen ausgehend von der Ertüchtigung des Herz-Kreislauf-Systems betrachtet. In dem handlungsleitenden *Frame* körperliche Fitness kommt ein enges Gesundheitsverständnis zum Ausdruck, das, anders als die in Kapitel 3.2 beschriebenen Ansätze einer Gesundheitsförderung in Lebenswelten, die psychische und soziale Dimension von Gesundheit weitgehend außer Betracht lässt. Eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit wird in nur einem Fall in Bezug auf Spaziergangs-Gruppen explizit thematisiert.

Die Kommunalvertreter*innen sprechen mit Bewegungsplätzen und der Förderung von körperlicher Aktivität in Pflegeeinrichtungen und Kindertagesstätten sowohl räumliche als auch institutionelle Gelegenheiten für Sport und Bewegung an. Dies kann als lebensweltlicher Bezug gelesen werden. Insbesondere bei den institutionellen *Settings*, wie Kindertagesstätten und Pflegeeinrichtungen, scheint jedoch der Zugang zur Zielgruppe – wahlweise Kinder oder Ältere – gegenüber einer Veränderung der Verhältnisse im Vordergrund zu stehen (siehe Kapitel 3.2.2). Die Kommune als solche wird im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung in der Metropolregion Nordwest bisher nicht systematisch als *Setting* betrachtet.

Die Rollenverständnisse im Umgang mit körperlicher Aktivität und Gesundheitsförderung im Allgemeinen setzen zuallererst bei dem gesetzlichen Auftrag des ÖGD an. Hier fällt erstens auf, dass die Handlungsspielräume der Gesundheitsämter trotz der gesetzlichen Neuerungen, z. B. durch das Präventionsgesetz (siehe Kapitel 2.2.2), von vielen Kommunalvertreter*innen als eher gering eingeschätzt werden. Zweitens werden widerstreitende Positionen deutlich, die auf eine institutionelle Neuausrichtung hindeuten. Während sich manche Vertreter des ÖGD auf einen präventiven Anspruch und die Gesundheitsförderung als explizite Aufgabe des ÖGD berufen, sehen andere sich auf den Gesundheits- und Infektionsschutz beschränkt. Das vor allem im Rahmen der Gesundheitsregionen verkörperte Rollenverständnis der Koordination und Unterstützung kann an den lebensweltlichen Zugang anknüpfen. Ergänzt wird das

Rollenverständnis durch die intersektorale und interkommunale Vernetzung als prägendes Interaktionsmuster. Eine Vernetzung mit der räumlichen Planung findet punktuell statt, mündet jedoch nicht in einer systematischen Zusammenarbeit.

Angesichts der geringen institutionellen Verankerung der Gesundheitsförderung scheinen die Kommunalvertreter*innen auf außer-institutionelle Begriffsverständnisse zurückzugreifen. Körperliche Fitness ließe sich dann entweder als metakulturelles *Frame* oder als fachliches *Frame* der überwiegend in der Humanmedizin ausgebildeten Gesundheitsamtsleiter*innen betrachten. Der Lebensweltbezug weist demgegenüber eine zunehmende rechtliche Verankerung, z. B. im Rahmen des Präventionsgesetzes, auf und ist folglich ausgehend von der Systematisierung nach Rein und Schön (siehe Kapitel 4.1.1) als institutionelles *Action Frame* zu betrachten.

Insgesamt wird deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune derzeit in Veränderung begriffen sind. Diese Veränderung drückt sich in gewandelten Rollenverständnissen und neuen Interaktionsmustern aus, die noch nicht in allen Gesundheitsämtern Fuß gefasst haben. Von entscheidender Bedeutung sind hier auch die sehr unterschiedlichen Voraussetzungen hinsichtlich der personellen Ausstattung, die insbesondere im Vergleich zwischen den Kreisen und den kreisfreien Städten deutlich werden. Ob mit neuen Rollen und Interaktionen auf lange Sicht auch neue, möglicherweise komplexere Problemverständnisse in den ÖGD Einzug erhalten, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht eingeschätzt werden.

8 Lebensverhältnisse für das (gesunde) Altern

Die Alterung im Zuge des demografischen Wandels (siehe Kapitel 3.3) ist auch für die Kommunen in der Untersuchungsregion ein wichtiges Thema. Die Auseinandersetzung damit wird von den in der Metropolregion Nordwest befragten Kommunalvertreter*innen häufig mit Fragen der Daseinsvorsorge (siehe Kapitel 2.2.1) verknüpft. Ein Gesundheitsbezug wird dabei nicht immer gesehen, sodass es in vielen Fällen ein Umgang mit dem Altern ist und weniger ein Umgang mit dem gesunden Altern. Im Folgenden werden Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster im Umgang mit (gesundem) Altern charakterisiert. Das hierarchische Code-Subcode-Modell in Abbildung 27 gibt einen Überblick über die hierbei berücksichtigten Auswertungskategorien. In Kapitel 8.4 werden die für den Umgang mit (gesundem) Altern handlungsleitenden *Frames* herausgearbeitet.

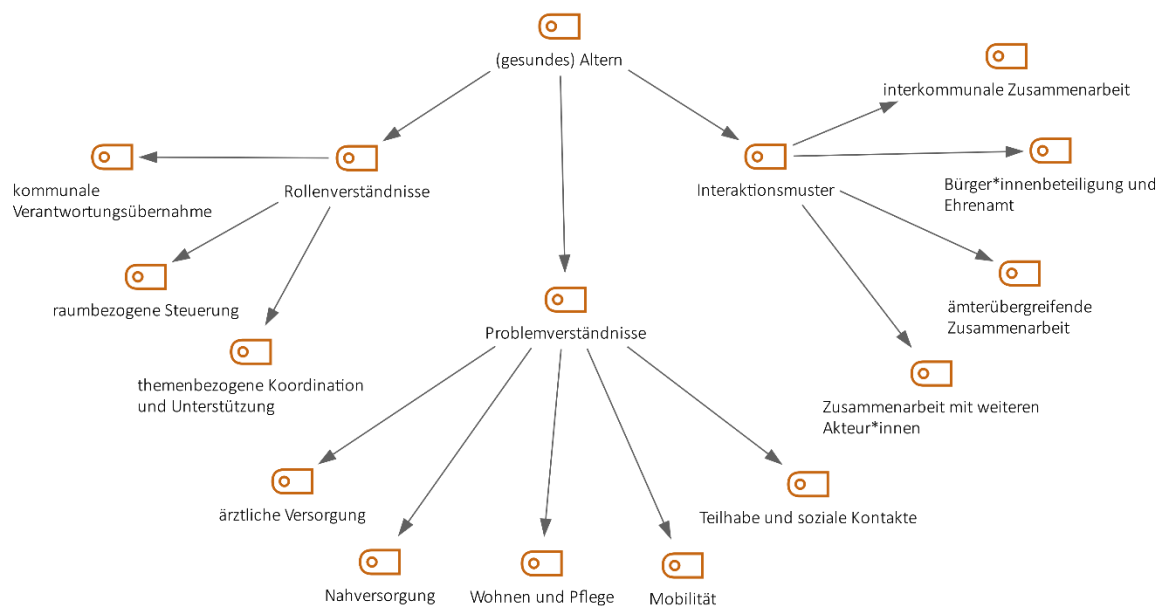


Abbildung 27: Hierarchisches Code-Subcode-Modell für den Umgang mit (gesundem) Altern (eigene Darstellung mit MAXmaps in MaxQDA)

8.1 Problemverständnisse im Umgang mit (gesundem) Altern

Als relevante Themen werden von den Kommunalvertreter*innen aus der Metropolregion Nordwest neben der ärztlichen Versorgung und der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs auch Wohnen und Pflege, Mobilität sowie soziale Kontakte angesprochen. Zwischen den Fallgruppen zeigen sich erkennbare Unterschiede in den Themenschwerpunkten (siehe Abbildung 28). So sind ärztliche Versorgung und Mobilität vor allem auf Ebene der Landkreise ein Thema, wohingegen Nahversorgung sowie Wohnen und Pflege in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden häufiger angesprochen werden. In den Interviews mit den Vertreter*innen der kreisfreien Städte werden diese Themen nur am Rande thematisiert.

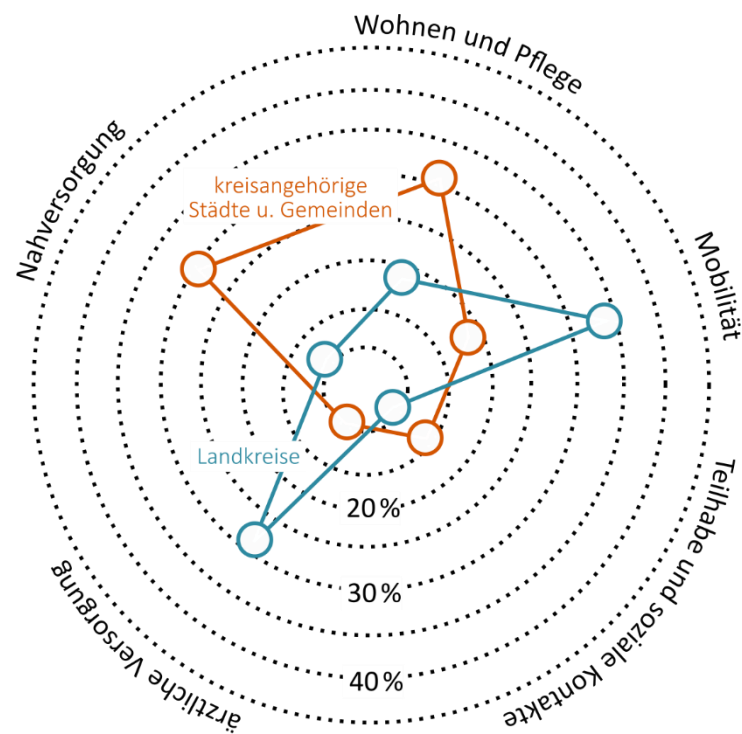


Abbildung 28: Themenschwerpunkte im Umgang mit (gesundem) Altern nach Fallgruppen (dargestellt als prozentuale Verteilung der Kodierungen der jeweiligen Fallgruppe auf die Sub-Kategorien des Handlungsfeldes; eigene Darstellung)

8.1.1 Ausgedünnte Versorgungsstrukturen

In den Landkreisen ist die ärztliche Versorgung unter den ersten Themen, die von den Vertreter*innen der räumlichen Planung und des ÖGD angesprochen werden: „Das sind in erster Linie (...) Versorgungsfragen, die da im Vordergrund stehen“ (Landkreis 1, Abs. 83). Es geht um die Versorgungsdichte und räumliche Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtungen: „Uns wäre es natürlich, ich sage mal aus der gesundheitspolitischen Sicht, immer lieb, also dass wir da eine Verdichtung haben. Ja, so viel wie möglich zu erreichen, ich sage mal mit wenigen Ärzten“ (Landkreis 1, Abs. 83). Dabei ist die Situation innerhalb der Region und selbst innerhalb der Landkreise sehr unterschiedlich, wie ein Vertreter eines anderen Landkreises schildert: „Wir (haben) im Südkreis eher einen Ärztemangel (...), im Nordkreis haben wir sogar eine Überversorgung“ (Landkreis 5, Abs. 55). Entsprechend unterschiedlich fällt auch die Einschätzung in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden aus. Während die kreisangehörige Gemeinde 3 nach eigener Einschätzung eine „super Ärzteversorgung“ (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 119) hat, berichtet die Bürgermeisterin einer kleinen Gemeinde von ihrer „Sorge um die Infrastruktur“ (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 48). Insbesondere dort, wo Ärzt*innen altersbedingt in den Ruhestand gehen, drohen Versorgungslücken zu entstehen (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 48).

Einige Landkreise sehen eine „Nachfolgeproblematik“ (Landkreis 7, Abs. 18). Jedoch können nach Einschätzung eines Landkreisvertreters die Ärzt*innen, die sich auf dem Land niederlassen, „von drei Omas, die sich den Blutdruck messen lassen, dann eben auch nicht leben“ (Landkreis 7, Abs. 41). Andere Landkreise begeben sich aktiv auf die Suche nach Ärzt*innen, die bereit sind, in kleineren Gemeinden eine Praxis zu eröffnen bzw. die Nachfolge einer dort ansässigen Praxis anzutreten. So haben sich mehrere niedersächsische Landkreise zusammengeschlossen, um mit einer gemeinsamen Kampagne für ärztlichen Nachwuchs zu werben (Landkreis 2, Abs. 78). Andere fördern Studierende, die ihr Praktikum bei Landärzt*innen machen, oder schaffen finanzielle Anreize durch günstige Praxisräume (Landkreis 5, Abs. 55–56). Zudem werden Modelle erprobt, bei denen eine sogenannte Gemeindegewerkschaft Hausbesuche übernimmt, wenn Personen allein leben und die Anwesenheit des/der Ärzt*in nicht unbedingt erforderlich ist (Landkreis 2, Abs. 78; kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 82). Ansätze einer mobilen Praxis, bei der der oder die Ärzt*in selbst durch die Dörfer fährt, sind ebenfalls erprobt worden, haben sich nach Einschätzung der Gesprächspartner*innen bisher jedoch nicht bewährt (Landkreis 2, Abs. 78; Landkreis 7, Abs. 45).

Jenseits der ärztlichen Versorgung ist in Landkreisen, Städten und Gemeinden auch die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs ein Thema. Während sich zur ärztlichen Versorgung vor allem die Vertreter*innen des ÖGD äußern, ist die Nahversorgung vor allem ein Thema der in der räumlichen Planung Tätigen. Beim demografischen Wandel stehen in der Metropolregion Nordwest der Bevölkerungsrückgang und die Alterung im Vordergrund: „Wir werden weniger und älter“ (Landkreis 6, Abs. 33). Die Versorgungseinrichtungen müssen folglich auch für ältere Menschen erreichbar sein, „die dann nicht mehr so mobil mit dem Auto sind“ (Landkreis 1, Abs. 82). Gleichzeitig können Versorgungsstrukturen bei „einer geringen Mantelbevölkerung“ (Landkreis 7, Abs. 42) nicht langfristig gehalten werden. Auch in kleinen Dörfern mit 200, 300 Einwohner*innen soll dennoch ein „Zugang zur Daseinsvorsorge“ (Landkreis 3, Abs. 45) möglich sein. Die Intention der Planer*innen in den Landkreisen ist es, „die siedelnden Menschen und die Infrastruktureinrichtungen zusammenzubringen“ (Landkreis 4, Abs. 33) und die „Siedlungsentwicklung (...) auf die Kernbereiche zu konzentrieren“ (Landkreis 3, Abs. 67). In der Interaktion zwischen Landkreisen und den für die Bauleitplanung zuständigen Städten und Gemeinden wird dies explizit mit dem demografischen Wandel begründet: „Mehr Dichte, also lieber nachverdichten als noch mehr in die Fläche, (...) im Hinblick auf die demografische Entwicklung, dass es kurze Wege gerade für ältere Menschen gibt“ (Landkreis 1, Abs. 82).

Auch in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden ist die Nahversorgung ein Thema. In den innerhalb von Stadtregionen liegenden Städten und Gemeinden geht es um die innerörtliche Ansiedlung von Einzelhandel (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 46; kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 28), in den in ländlichen Regionen gelegenen Gemeinden um die Schaffung alternativer Angebotsformen, die z. B. den Verkauf regionaler Produkte und den Zugang zu Beratungsleistungen, wie Suchtberatung und Familientherapie, ermöglichen (kreisangehörige

Gemeinde 4, Abs. 36). Um den Zugang zu Waren und Dienstleistungen auch dort zu ermöglichen, wo Versorgungsangebote vor Ort fehlen, spielen Bring- und Lieferdienste eine Rolle. Ein Vertreter aus einer kreisangehörigen Stadt überlegt: „Warum soll jemand, der zum Bahnhof fährt, nicht jemanden mitnehmen oder das Bäckerfahrzeug nicht die Milch mit anbieten?“ (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 19). Eine andere Kommunalvertreterin möchte eine Einkaufstour ins Leben rufen, bei der ehrenamtliche Fahrer*innen die Menschen zum Supermarkt und anschließend wieder nach Hause bringen (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 88).

8.1.2 Fehlende Unterstützungsstrukturen

Über Fragen der räumlichen Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen hinaus beschäftigen sich Landkreise, Städte und Gemeinden, Gesundheitsakteur*innen, Planer*innen, Demografiebeauftragte und Bürgermeister*innen mit dem Wohnen, der Pflege und der Mobilität Älterer. Eng verknüpft mit diesen Themen ist die Frage nach der Möglichkeit, im gewohnten Umfeld alt zu werden. Im Norden der Metropolregion beobachtet man bereits „eine Landflucht in dem Sinne (...), dass viele Ältere in die Grund- und Mittelzentren ziehen“ (Landkreis 7, Abs. 14). Andernorts wird die Intention zum Ausdruck gebracht, den Älteren einen Verbleib „in der Familie“ (Landkreis 1, Abs. 114) bzw. „in den eigenen Häusern auf dem Land“ (Landkreis 4, Abs. 85) zu ermöglichen. Als Schwierigkeiten werden eine Veränderung der Familienstrukturen (Landkreis 1, Abs. 167) und ein „Mangel an Pflegekräften“ (Landkreis 5, Abs. 79) benannt. In den städtisch geprägten Räumen kommen Fragen der Wohnraumversorgung hinzu, z. B. hinsichtlich der Barrierefreiheit (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 24), der Bezahlbarkeit (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 152; kreisangehörige Stadt 5, Abs. 19) und der Wohnfläche, insbesondere bei alleinstehenden Älteren (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 160).

Interessant ist ein Blick in die kleinsten Gemeinden. In der Gemeinde 6 hat die Bevölkerung den Bau eines Altenheims abgelehnt, weil es baulich nicht in das Ortsbild passte. Die Kommunalpolitik hat jedoch darauf gedrängt, dass es für Ältere dennoch die Möglichkeit geben müsse, im Ort wohnen zu bleiben. In einem umfangreichen Prozess und mit Beteiligung vieler Akteur*innen vor Ort wurde schließlich ein Konzept für das Leben im Alter in der Gemeinde entwickelt, das sowohl altersgerechten Wohnraum als auch Pflege und Nachbarschaftshilfe umfasst (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 4). Auf der Fläche, auf der das Altenheim hätte entstehen sollen, werden nun durch eine Genossenschaft Häuser gebaut, die deutlich kleiner und zu Höfen gruppiert sind (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 56). Zudem wurde ein Netzwerk für ehrenamtliche Hilfen aufgebaut. Ältere Bewohner*innen können sich bei der Gemeinde melden, wenn sie z. B. Unterstützung beim Einkaufen oder Gesellschaft beim Spaziergehen brauchen. Pflegende Angehörige sollen hierdurch entlastet werden (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 20). Auch in der kreisangehörigen Gemeinde 4 sind die Situation pflegender Angehöriger und ehrenamtliche Unterstützung, sogenannte kleine Hilfen, ein Thema (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 29, 36). In einem Ortsteil der kleinen Samtgemeinde soll ein Haus mit barrierefreien Wohnungen und Gemeinschaftsräumen entstehen, in das auch

eine ärztliche Praxis und ein ambulanter Pflegedienst einziehen. Durch eine Kombination von ambulanten und teilstationären Angeboten soll eine Pflege vor Ort ermöglicht werden (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 48–50).

Als problematisch für die Mobilität im Alter wird die hohe Abhängigkeit vom Auto gesehen. Für Personen, die nicht in den Ortskernen wohnen, ist „das Auto unerlässlich“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 59). Die Gemeinde möchte deshalb ein Projekt mit Alterswohngemeinschaften umsetzen, die „mitten in den Ort“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 59) sollen. Denn die Pkw-Verfügbarkeit nimmt mit dem Alter ab, wie eine Auswertung der Kfz-Zulassungszahlen nach Altersgruppen und Ortsteilen in einem Landkreis zeigt: „Da haben wir festgestellt, dass wir ungefähr 4.000 Bürger in bestimmten Bereichen haben, die gar kein Fahrzeug haben und da fragt man sich (...) wie kommen die, außer zu Fuß oder mit dem Fahrrad, eigentlich wohin?“ (Landkreis 1, Abs. 114). Der Mitarbeiter eines Senior*innenstützpunkts berichtet von einem Klienten, der zwar ein Auto besitzt, aber dennoch mit dem Fahrrad zum Beratungsgespräch kam: „Um Geld zu sparen nutzt er das Auto nur selten“ (Landkreis 2, Abs. 27). Wie alte Menschen mit wenig Geld und ohne eigenes Auto, z. B. in Einfamilienhaussiedlungen am Stadtrand, mobil bleiben, wird auch in einer kreisfreien Stadt als entscheidende „Zukunftsfrage“ (kreisfreie Stadt 2, Abs. 55) bezeichnet. Ein Landkreisvertreter beschreibt es recht plastisch: „Wie kommen eigentlich die alten Leute hier noch zu ihren Apotheken, (zum) Bäcker? Stichwort gesellschaftliche Teilhabe, mal mit jemandem reden“ (Landkreis 6, Abs. 34). Der Zugang zur Daseinsvorsorge wird dabei explizit als „Teilhabechance“ (Landkreis 3, Abs. 45) bezeichnet. Hiermit ist gemeint, dass gerade ältere Menschen auch ohne einen Umzug in die nächstgrößere Stadt einen Zugang zu Mobilität und Versorgungseinrichtungen haben sollen (Landkreis 3, Abs. 45).

Der ÖV ist vielerorts nur schlecht ausgebaut (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 59). Wo der öffentliche Nahverkehr nur selten fährt, ist Nachbarschaftshilfe ein wichtiger Weg, um die eigene Versorgung sicherzustellen: „Das ist ja auch das Gute am Dorfleben noch immer. Geht man mal zum Nachbar: Kannst' mir mal was mitbringen?“ (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 64). Neben dem Einkaufen (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 59) ist die Unterstützung durch Angehörige und Nachbar*innen auch für die Wege zur ärztlichen Praxis von großer Bedeutung (Landkreis 2, Abs. 78; Landkreis 7, Abs. 45). Hier gibt es konkrete Ansätze, das Gesundheitswesen und den ÖV zusammenzubringen, z. B., indem Praxen dafür sensibilisiert werden, dass Patient*innen mit dem Bürgerbus anreisen und der Fahrplan folglich bei der Terminabsprache berücksichtigt wird (Landkreis 4, Abs. 39). Darüber hinaus erproben Landkreise, Städte und Gemeinden verschiedene Ansätze, um den ÖV insgesamt zu stärken, z. B. durch Bürgerbusse (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 64) und Anruf- Sammel-Taxis (Landkreis 3, Abs. 46). In einem Landkreis sollen Angebote geschaffen werden, um den Älteren die ÖV-Nutzung nahezubringen und beispielsweise das Ein-, Aus- und Umsteigen mit Rollator zu üben (Landkreis 5, Abs. 31). Einige Kommunen versuchen die bisher informellen Mitnahme-Modelle zu institutionalisieren. So wurden in einer Gemeinde Mitnahmebänke aufgestellt, auf die man sich setzt, wenn

man mitgenommen werden möchte (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 24). Diese und eine weitere Gemeinde wollen außerdem ein Elektroauto anschaffen, das dann z. B. durch Ehrenamtliche, Vereine oder den Geflüchtetenhelfer*innen für gemeinschaftliche Fahrten genutzt werden kann (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 36; kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 88). Ein Landkreis möchte zudem bestehende Fahrzeuge, z. B. der Feuerwehr oder der Lebenshilfe, für ein Carsharing öffnen (Landkreis 2, Abs. 77).

Einige kreisangehörige Städte und Gemeinden haben sich die Stärkung von Sozialkontakten zur Aufgabe gemacht. So führt eine Kommunalvertreterin in Hinblick auf die geplante Einkaufstour aus: „Ich bin dann nicht allein, dann treffe ich da noch Else Müller aus dem Nachbarort. (...) Dann können sie noch ein bisschen schnacken. Hat ja auch was mit Sozialkontakten zu tun“ (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 90). In einer anderen Gemeinde wurden Anlaufstellen für Senior*innen geschaffen, die die Gemeinschaft der älteren Menschen untereinander fördern und Bildungsangebote machen, z. B. zum Umgang mit neuen Medien (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 50). In der dem Gesunde-Städte-Netzwerk angehörenden Stadt 2 werden Räumlichkeiten für Foto-, Strick- und Doppelkopfgruppen bereitgestellt und ein Repair Café veranstaltet. Der zuständige Gesunde-Städte-Koordinator bezieht sich dabei explizit auf ein weites Gesundheitsverständnis, das für ihn dann erfüllt ist, „wenn man sich wohlfühlt in einer Stadt“ (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 45).

8.2 Rollenverständnisse im Umgang mit (gesundem) Altern

Das kommunale Selbstverständnis im Umgang mit (gesundem) Altern ist einerseits von Verantwortungsübernahme und einem expliziten kommunalpolitischen Auftrag geprägt, andererseits aber auch von begrenzten personellen Ressourcen und fachlichen Kompetenzen. In fachlicher Hinsicht steht die raumbezogene Steuerung im Vordergrund, wird jedoch um Ansätze der Koordination und Unterstützung ergänzt, die vor allem in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden eine Rolle spielen.

8.2.1 Kommunale Verantwortungsübernahme

Ausgehend von den Bevölkerungsprognosen haben viele Landkreise begriffen: „Da entsteht, wenn wir nichts tun, ein massives Problem“ (Landkreis 4, Abs. 93). Der demografische Wandel wird dabei auch als Chance betrachtet, „ein Umdenken einkehren zu lassen“ (Landkreis 1, Abs. 229). Wo vor wenigen Jahren Wohnbauflächen für junge Familien als Allheilmittel galten und der Autoverkehr absolute Priorität genoss, beginnt man langsam, „die Rolle rückwärts zu machen“ (Landkreis 1, Abs. 225) und z. B. auf eine kompaktere Siedlungsentwicklung zu achten. Im Sinne einer „Daseinsvorsorge vor Ort“ (Landkreis 1, Abs. 168) wird es als Aufgabe des Landkreises gesehen, vor Ort ein ausreichendes Angebot aufrechtzuerhalten und nicht nur auf die

angrenzenden Oberzentren zu verweisen (Landkreis 1, Abs. 167). Bei der ärztlichen Versorgung beispielweise würde der Landkreis gerne mehr Verantwortung übernehmen, z. B. bei der Zulassung von Arztpraxen, die derzeit über die kassenärztlichen Vereinigungen geregelt wird (Landkreis 1, Abs. 199). Andere Landkreisvertreter*innen befürchten jedoch: „Da würden wir uns (...) nur die Finger mit verbrennen“ (Landkreis 7, Abs. 121).

Die kommunalpolitische Entscheidungsfindung und Prioritätensetzung hat im Umgang mit (gesundem) Altern eine große Bedeutung. So entscheidet, auch wenn die Entscheidung durch die Verwaltung intensiv vorbereitet wurde, letztlich die Politik über die Zulässigkeit eines medizinischen Versorgungszentrums: „Diese Grundentscheidung ‚Wollen wir das oder wollen wir es nicht?‘, die muss letzten Endes im politischen Raum getroffen werden“ (Landkreis 1, Abs. 79). In Landkreis 4 gibt es über Einzelentscheidungen hinaus eine Zielvereinbarung zwischen Verwaltung und Politik, den sogenannten Kontrakt (Landkreis 4, Abs. 95). Bei der Einführung des Instruments wurde Demografie als Handlungsfeld festgeschrieben (Landkreis 4, Abs. 94). Die Verwaltungsvertreter*innen bewerten das Instrument positiv, denn sie sehen es als Aufgabe des Kreistags, „aktiv Wünsche zu äußern“ (Landkreis 4, Abs. 97). Die daraus resultierenden Handlungsaufträge für die Verwaltung gehen meist über das Tagesgeschäft hinaus und sind dann „Schwerpunktaufgaben, die wir angehen müssen“ (Landkreis 4, Abs. 97).

Auch die Vertreterin einer kreisangehörigen Gemeinde bemerkt: „Als Verwaltung handeln wir eigentlich nur im Auftrag der Politik“ (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 99). Nach dem Scheitern der Pläne für ein großes Altenheim hat die Kommunalpolitik in der kleinen Gemeinde eine klare Richtung vorgegeben: „Es muss auch hier etwas passieren!“ (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 4). Die anschließende Strategieentwicklung gemeinsam mit der Bevölkerung wurde vollständig aus dem kommunalen Haushalt finanziert (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 7–8). Im Umkehrschluss ist es schwer, gegen den Willen der Kommunalpolitik etwas auszurichten: „Dann kann ich noch so auf die Dringlichkeit hinweisen, aber wenn der politische Wille ein anderer ist, dann ist das so“ (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 75). Denn spätestens bei der Entscheidung über den kommunalen Haushalt „muss Politik Farbe bekennen“ (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 148; ähnlich kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 17).

Bezüglich der Anpassungsbereitschaft, z. B. beim demografischen Wandel, merkt ein Landkreisvertreter an: „Schön wäre natürlich nur, wenn man als Behörde nicht immer nur hinterherläuft, sondern wenn man sozusagen vor die Front gerät und sozusagen die Dinge möglichst mit Weitblick vorher regelt“ (Landkreis 4, Abs. 73). Mehr Bereitschaft zu strategischem Handeln wünschen sich auch andere Kommunalvertreter*innen (Landkreis 3, Abs. 110; kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 17). Gerade in den kleinen Gemeinden fehlt es diesbezüglich jedoch an Erfahrung (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 17). Auch eine mangelnde fachliche Kompetenz kann ein Hemmnis darstellen (Landkreis 5, Abs. 102). Vor allem aber scheint die Auslastung mit dem „Alltagsgeschäft“ (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 148) so hoch zu sein, dass es schwer ist, neue und zusätzliche Themen vorzudenken (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs.

148; Landkreis 4, Abs. 77). Ein Landkreisvertreter versucht sich in die Rolle des Bauamtsleiters in einer kreisangehörigen Kleinstadt oder Gemeinde hineinzusetzen: „Also, wenn ich mir einen B-Plan angucke als Bauamtsleiter (...) und muss sehen, dass ich den vom Tisch kriege, (...) dann mache ich mir bestimmt nicht noch Gedanken über *Healthy Ageing*“ (Landkreis 5, Abs. 102).

8.2.2 Raumbezogene Steuerung

Ein Planungsvertreter auf Kreisebene beschreibt es als seine Aufgabe, „dass wir als Raumplaner sozusagen die Basis legen, dass eine gute Versorgung stattfinden kann“ (Landkreis 4, Abs. 33). Maßgebend ist hierbei das Zentrale-Orte-Konzept (Landkreis 4, Abs. 33). Er führt aus, dass weite Wege zwischen den Orten, an denen Menschen leben, und den Infrastruktureinrichtungen hohe Kosten verursachen. Diese Ursache gilt es durch eine Siedlungsentwicklung, die die Dinge zusammenbringt, zu bekämpfen (Landkreis 4, Abs. 34). Eine andere Planerin verweist ebenfalls auf das Zentrale-Orte-Konzept und betont dabei die rahmensetzende Wirkung der Landesraumordnung: „Das ist so der Rahmen, in dem wir uns bewegen“ (Landkreis 7, Abs. 12). Die Gesundheitsvertreter*innen akzeptieren einerseits die zentrale Rolle der räumlichen Planung, z. B. hinsichtlich der Zulässigkeit von medizinischen Einrichtungen. Andererseits setzen sie den raumplanerischen Vorgaben, dass z. B. ein medizinisches Versorgungszentrum nur in der Kreisstadt möglich ist, eigene Forderungen, z. B. nach einem weiteren Versorgungszentrum in einer kreisangehörigen Gemeinde, entgegen (Landkreis 1, Abs. 64–66). Auch zwischen Land und Landkreisen kommt es zu Spannungen. So bemerkt ein Planer auf Kreisebene, dass die Vorgaben des Landes zur Einzelhandelsverflechtung „an der Lebenswirklichkeit völlig vorbei(gehen)“ (Landkreis 5, Abs. 56).

In den kreisangehörigen Städten und Gemeinden nimmt die raumbezogene Steuerung ebenfalls einen hohen Stellenwert ein. Mit dem Wechsel von der Ebene der Raumordnung auf die Ebene der Bauleitplanung verschiebt sich der Fokus dabei vom Zentrale-Orte-Konzept zum Leitbild der Nachverdichtung (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 76). Bei der Aufstellung des Flächennutzungsplans wird statt der Neuausweisung von Flächen, z. B. für Gewerbe, auf die „Arrondierung von Flächen geachtet“ (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 72). In der nach eigener Einschätzung flächenmäßig kleinen Gemeinde wurde zudem ein Baulückenkataster aufgelegt, „um zusätzliche Flächen zu schaffen“ (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 78). Wie die weiter unten ausgeführten Interaktionsmuster verdeutlichen, wird die planerische Steuerung der räumlichen Entwicklung durch eine „aufsuchende Planung“ (Landkreis 6, Abs. 54) und ein Verständnis von Planung als Prozess (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 72) ergänzt.

Kommunalvertreter*innen, die nicht in der räumlichen Planung tätig sind, nehmen im Umgang mit (gesundem) Altern weitere Rollen ein, die der Koordination und Unterstützung dienen. So verfügen mehrere Landkreise, Städte und Gemeinden über Beratungs- und Unterstützungs-

angebote für Ältere und ihre Angehörigen (Landkreis 2, Abs. 7; Landkreis 5, Abs. 37; kreisangehörige Stadt 2, Abs. 64). In Gemeinde 6 bringt die kommunale Projektkoordinatorin Hilfesuchende und ehrenamtliche Helfer*innen zusammen (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 12). Eine kreisangehörige Stadt macht Erfahrungen mit einem Quartiersmanagement, das u. a. als Ansprechpartner für die ältere Bevölkerung gesehen wird (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 20).

8.3 Interaktionsmuster im Umgang mit (gesundem) Altern

Im Umgang mit (gesundem) Altern in der Untersuchungsregion ist die interkommunale Zusammenarbeit von großer Bedeutung. Eine ämterübergreifende Zusammenarbeit, insbesondere zwischen räumlicher Planung und ÖGD, steht demgegenüber im Hintergrund. Von großer Bedeutung ist darüber hinaus die Beteiligung der Bevölkerung sowie deren Engagement, z. B. für ehrenamtliche Unterstützungsstrukturen.

8.3.1 Interkommunale Zusammenarbeit

Große Bedeutung wird im Umgang mit (gesundem) Altern der Zusammenarbeit zwischen Landkreisen und Gemeinden beigemessen. Zum einen sind die Einflussmöglichkeiten der Landkreise angesichts der Planungshoheit der Städte und Gemeinden begrenzt (Landkreis 1, Abs. 229), zum anderen wissen „die Akteure vor Ort (...) genau, wo der Schuh drückt“ (Landkreis 6, Abs. 53). Die Zusammenarbeit reicht von der anlassbezogenen Beteiligung, z. B. im Rahmen der Erstellung des regionalen Raumordnungsprogramms (Landkreis 7, Abs. 52), über die Durchführung regelmäßiger Arbeitskreise (Landkreis 1, Abs. 229; Landkreis 4, Abs. 74) bis zu Planungswerkstätten, in denen der Landkreis als Anstoß- und Ideengeber die Städte und Gemeinden zu eigenem Handeln motiviert (Landkreis 6, Abs. 53). Die Zusammenarbeit zwischen Landkreisen und Gemeinden scheint jedoch nicht überall zu gelingen. So versucht der Landkreis 3 bisher vergeblich, seine Städte und Gemeinden für den demografischen Wandel und das Erfordernis der Innenentwicklung zu sensibilisieren (Landkreis 3, Abs. 65).

Zwei Landkreise berichten über die Aufstellung von landkreisweiten Demografieprogrammen. In Landkreis 5 wurden „mit allen zehn Städten und Gemeinden und dem Landkreis (...) Ziele erarbeitet“ (Landkreis 5, Abs. 53), die von allen Bürgermeister*innen und dem Landrat unterzeichnet wurden. In jeder Stadt und Gemeinde wurde ein*e Ansprechpartner*in benannt (Landkreis 5, Abs. 53). In Landkreis 4 wurde eine Steuerungsrunde zum demografischen Wandel gegründet, der ebenfalls alle kreisangehörigen Städte und Gemeinden angehören. Gemeinsam hat man ein Demografieprogramm entwickelt und setzt nun mindestens zwei Maßnahmen im Jahr um (Landkreis 4, Abs. 80–81). Für die kreisangehörigen Gemeinden bietet dies den Vorteil, dass man „voneinander lernen kann (und) gemeinsam große Themen angeht“ (Landkreis 4, Abs. 83). Gerade für kleinere Gemeinden scheinen die Zusammenarbeit über Gemeindegrenzen hinweg und die Beteiligung an interkommunalen Netzwerken wichtig zu

sein, um Fördermittel zu erhalten bzw. von Förderprogrammen zu erfahren (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 83; kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 38; kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 103). Aber auch größere kreisangehörige Städte berichten von der Zusammenarbeit mit Nachbarkommunen (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 12). Zudem kooperieren im Rahmen von Modellvorhaben auch Landkreise mit Landkreisen, z. B. zu Fragen der Mobilität und der ärztlichen Versorgung (Landkreis 2, Abs. 31).

In den Landkreisen ist im Umgang mit (gesundem) Altern außerdem die ressortübergreifende Zusammenarbeit von Bedeutung. Ein Landkreisvertreter sieht hierbei das „enge Gespräch miteinander auf der Arbeitsebene“ (Landkreis 4, Abs. 116) als wichtigen Garanten dafür, dass verschiedene Planungen miteinander harmonisieren. Regionalplanung, Wirtschaftsförderung und Demografie seien im Landkreis gut vernetzt, eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt erfolgt in diesem Landkreis bisher jedoch nicht (Landkreis 4, Abs. 117-119). Anders ist es in Landkreis 1, wo im Zuge der Erstellung des regionalen Raumordnungsprogramms regelmäßig ein ämterübergreifender Arbeitskreis zusammenkam, an dem auch das Gesundheitsamt beteiligt war. Es wurde u. a. über die Zulässigkeit eines medizinischen Versorgungszentrums diskutiert (Landkreis 1, Abs. 68–75).

8.3.2 Bürger*innenbeteiligung und Ehrenamt

Die Beteiligung der Bevölkerung reicht im Umgang mit (gesundem) Altern von Befragungen, z. B. zur Lebensqualität und den Wünschen von Pflegebedürftigen (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 169; kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 36), über Bürger*innenentscheide (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 46–48) und Bürger*innenveranstaltungen (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 80) bis zum Aufbau ehrenamtlicher Unterstützungsstrukturen und der Realisierung genossenschaftlichen Wohnraums (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 4). Ein senior*innenspezifisches Beteiligungsformat sind die in Landkreisen ebenso wie in kreisangehörigen Städten und Gemeinden etablierten Senior*innenbeiräte, die „ihre Generation in den politischen Gremien vertreten“ (Landkreis 2, Abs. 69; ähnlich kreisangehörige Stadt 2, Abs. 105; kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 128–129; kreisangehörige Stadt 5, Abs. 38).

Ganz unterschiedliche Erfahrungen hat beispielsweise die kreisangehörige Gemeinde 3 mit Bürger*innenbeteiligung gemacht. So sollte im Ortszentrum mit einem privaten Investor ein Einzelhandelsstandort realisiert werden, der aber durch die Bevölkerung in einer Bürger*innenbefragung abgelehnt wurde (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 46–48). Die Notwendigkeit einer zusätzlichen Einkaufsmöglichkeit wurde durch die Bevölkerung nicht gesehen und man hatte sich nach Einschätzung der Kommunalvertreter*innen an die innerstädtische Brachfläche gewöhnt (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 52–53). Bei der Erstellung des Flächennutzungsplans ist das Planungsamt dann bereits sehr früh in eine Bürger*innenbeteiligung gegangen. Man habe „einen relativ offenen Dialog geführt“ (kreisangehörige Gemeinde

3, Abs. 82) und in allen Ortsteilen zunächst einmal Wünsche abgefragt (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 80). „Dass ein Flächennutzungsplan nicht so abstrakt ist, sondern auch schon Betroffenheit auslösen kann“ (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 83), zeigte sich in der Auseinandersetzung um einen Sportplatz, der einer Wohnbebauung weichen sollte.

Besonders weitreichend ist das Engagement der Bevölkerung in der kreisangehörigen Gemeinde 6. Aus dem Widerstand gegen den Bau eines Altenheims und einem durch die Kommunalpolitik angeregten Beteiligungsprozess sind ein Verein für Nachbarschaftshilfe und eine Genossenschaft für die Schaffung von altersgerechtem Wohnraum hervorgegangen. Mit Ausnahme der Projektkoordination, die eine Mitarbeiterin der Gemeinde übernimmt, werden alle Aktivitäten wesentlich von Bewohner*innen der Gemeinde getragen (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 10).

Um Lebensverhältnisse für das (gesunde) Altern zu schaffen, arbeiten Kommunen darüber hinaus mit vielen weiteren Akteur*innen zusammen. Zu nennen sind in der ärztlichen Versorgung die niedergelassenen Ärzt*innen (Landkreis 5, Abs. 55; Landkreis 7, Abs. 40–41), in der Nahversorgung die Gewerbetreibenden bzw. Einzelhändler*innen vor Ort (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 131; kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 52; kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 42) sowie im Bereich Wohnen die privaten Eigentümer*innen und Investor*innen (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 51; kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 46; kreisangehörige Stadt 5, Abs. 39).

8.4 Handlungsleitende *Frames* im Umgang mit (gesundem) Altern

Mit der ärztlichen Versorgung und der Versorgung mit Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs sowie Wohnen und Mobilität werden im Umgang mit (gesundem) Altern Kernaspekte der kommunalen Infrastruktur angesprochen. Um den Zugang zu Versorgungseinrichtungen auch für Ältere zu gewährleisten, streben die Kommunen in der Metropolregion Nordwest eine räumliche Konzentration von Siedlungsentwicklung und Infrastrukturen in Kernbereichen an. Zudem erproben sie alternative Angebotsformen, z. B. Bringdienste. Im Bereich der ärztlichen Versorgung wird die Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der Versorgungslage, z. B. durch finanzielle Anreize für die Niederlassung in ländlichen Regionen, unterstützt. Die Kommunen bemühen sich um die Schaffung von altersgerechtem Wohnraum, den Ausbau der pflegerischen Versorgung vor Ort und eine Stärkung von ÖV und Mitnahme-Modellen. In einzelnen, vor allem kleineren Kommunen werden ehrenamtliche Unterstützungsstrukturen aufgebaut, die Nachbarschaftshilfe unterstützt und soziale Kontakte zwischen Bewohner*innen gefördert.

Die Kommunen in der Untersuchungsregion unternehmen bereits vieles, was ein gesundes Altern unterstützt. Jedoch ist der Gesundheitsbezug – mit Ausnahme der ärztlichen und pfe-

gerischen Versorgung – nicht explizit. Dem kommunalen Handeln liegen zwei einander ergänzende Problemverständnisse zugrunde: erstens die Aufrechterhaltung von ärztlicher Versorgung und Nahversorgung angesichts einer ausgedünnten Versorgungsstruktur, insbesondere in den ländlichen Regionen, und zweitens die Möglichkeit, angesichts fehlender Unterstützungsstrukturen, in der gewohnten Umgebung alt zu werden (siehe Tabelle 7). Bezüglich der Rollenverständnisse im Umgang mit (gesundem) Altern stehen kommunale Verantwortungsübernahme und raumbezogene Steuerung im Vordergrund. Als Interaktionsmuster erweisen sich im Umgang mit dem (gesunden) Altern vor allem die interkommunale Zusammenarbeit sowie Bürger*innenbeteiligung und Ehrenamt als relevant.

<i>Prägende Problemverständnisse</i>	<i>Prägende Rollenverständnisse</i>	<i>Prägende Interaktionsmuster</i>	<i>Handlungsleitende Frames</i>
<ul style="list-style-type: none"> • ausgedünnte Versorgungsstrukturen • fehlende Unterstützungsstrukturen 	<ul style="list-style-type: none"> • kommunale Verantwortungsübernahme • raumbezogene Steuerung 	<ul style="list-style-type: none"> • interkommunale Zusammenarbeit • Bürger*innenbeteiligung und Ehrenamt 	<ul style="list-style-type: none"> • räumliche Erreichbarkeit • gesellschaftliche Teilhabe • demografische Alterung • demografische Schrumpfung

Tabelle 7: Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitende *Frames* im Umgang mit (gesundem) Altern

Gemäß dem Problemverständnis der ausgedünnten Versorgungsstrukturen gehen viele Kommunalvertreter*innen in der Untersuchungsregion davon aus, dass die ärztliche Versorgung sowie die Versorgung mit Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs gerade in dünn besiedelten Gebieten zunehmend schwer aufrechtzuerhalten sind. Maßgebend für die Einschätzung der Versorgungssituation durch die Kommunalvertreter*innen ist vor allem die räumliche Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtungen. Die räumliche Erreichbarkeit als handlungsleitendes *Frame* kann an Konzepte und Leitbilder der räumlichen Planung, wie das Zentrale-Orte-Konzept, die Stadt der kurzen Wege und das Leitbild der Nachverdichtung, anknüpfen, die von den Kommunalvertreter*innen explizit angesprochen werden.

Nicht explizit benannt wird die Leitvorstellung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse, die hier ebenfalls anklingt. Im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion überwiegt dabei die Orientierung an einer raumbezogenen Verteilungsgerechtigkeit, d. h. am räumlich definierten Zugang zu Angeboten der Daseinsvorsorge (siehe Kapitel 2.2.1). Dabei besteht aus kommunaler Sicht der Anspruch, diesen Zugang im Sinne einer „Daseinsvorsorge vor Ort“ (Landkreis 1, Abs. 168) innerhalb der Landkreise zu ermöglichen. Das mit dem Problemverständnis der ausgedünnten Versorgungsstrukturen einhergehende und insbesondere für die in der räumlichen Planung tätigen Kommunalvertreter*innen zentrale Rollenverständnis ist die raumbezogene Steuerung. In der Daseinsvorsorge bezeichnet dies die Verortung von Angeboten der Daseinsvorsorge zur Sicherstellung von deren Erreichbarkeit (Stielike 2018, 109).

Die räumliche Erreichbarkeit als handlungsleitendes *Frame* und das Rollenverständnis der raumbezogenen Steuerung stützen sich folglich gegenseitig.

Das auf fehlende Unterstützungsstrukturen verweisende zweite Problemverständnis bringt zum Ausdruck, dass aus Sicht der Kommunalvertreter*innen viele Ältere ausgehend von den gegebenen Rahmenbedingungen im Wohnen, in der Pflege und in der Mobilität nicht oder nur schwer in der gewohnten Umgebung alt werden können. Das Problemverständnis ist – auch wenn dies nicht explizit so benannt wird – anschlussfähig an das im Leitbild gesundes Altern der WHO angesprochene *Ageing in place* (siehe Kapitel 3.3.1). Begrifflich schließt das Problemverständnis an die gesellschaftliche Teilhabe als handlungsleitendes *Frame* an. Abgesehen von einzelnen Maßnahmen zur Förderung sozialer Kontakte deuten die von den Kommunalvertreter*innen beschriebenen Handlungsansätze darauf hin, dass räumlich-infrastrukturelle Aspekte, wie die Schaffung von barrierefreiem Wohnraum, die Stärkung des ÖV und der Ausbau der Pflegeversorgung, gegenüber bevölkerungsbezogenen Vulnerabilitäten und Bedürfnissen im kommunalen Handeln im Vordergrund stehen. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass kommunikative, vernetzende und unterstützende Rollen, die von einzelnen Kommunalvertreter*innen insbesondere in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden eingenommen werden, in den Interviews weniger klar umrissen bleiben und gegenüber dem Rollenverständnis der raumbezogenen Steuerung deutlich weniger Gewicht haben.

Im Umgang mit (gesundem) Altern sind zudem die auf den demografischen Wandel bezogenen *Frames* demografische Alterung und demografische Schrumpfung relevant. In Verbindung mit den beiden bereits beschriebenen Problemverständnissen treten unterschiedliche Aspekte des demografischen Wandels in den Vordergrund. Während ausgehend von den Versorgungsfragen vor allem der langfristige Bevölkerungsrückgang von Bedeutung ist, steht in Hinblick auf die Teilhabechancen die Alterung der Bevölkerung im Vordergrund. Die Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung sind zugleich ein wichtiger Bezugspunkt für das Rollenverständnis der kommunalen Verantwortungsübernahme. Angesichts des demografischen Wandels sehen sich die Kommunen in der Untersuchungsregion in der Verantwortung, zu handeln.

Hinsichtlich der Interaktionsmuster erweisen sich Bürger*innenbeteiligung und Ehrenamt sowie die interkommunale Zusammenarbeit für den Umgang mit (gesundem) Altern als relevant. Ehrenamtliche Unterstützungsstrukturen im Alltag, wie in Gemeinde 6, können an das handlungsleitende *Frame* der gesellschaftlichen Teilhabe anknüpfen. Die interkommunale Zusammenarbeit hingegen steht häufiger mit der Ausrichtung an räumlicher Erreichbarkeit in Zusammenhang. Eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen ÖGD und räumlicher Planung ist, wie Landkreis 1 zeigt, möglich. Ob ein gegenseitiger Austausch tatsächlich zustande kommt, scheint beim Umgang mit (gesundem) Altern jedoch sehr viel stärker von den einzelnen Akteur*innen abzuhängen, als dies beispielsweise beim Schutz vor gesundheitlichen Risiken der Fall ist (siehe Kapitel 6.3.1).

Basierend auf der Systematisierung nach Rein und Schön (siehe Kapitel 4.1.1) sind alle der hier ausgeführten handlungsleitenden *Frames* als institutionelle *Action Frames* einzuordnen. Die räumliche Erreichbarkeit, die gesellschaftliche Teilhabe sowie die demografische Alterung und Schrumpfung prägen das kommunale Handeln auch jenseits des Umgangs mit (gesundem) Altern. *Policy Frames*, die spezifisch auf den Gegenstand des gesunden Alterns ausgerichtet sind, konnten nicht festgestellt werden. Die punktuelle Bezugnahme auf rhetorische *Frames*, wie z. B. „Ärztmangel“ (Landkreis 5, Abs. 55) oder „Landflucht“ (Landkreis 7, Abs. 14), deutet darauf hin, dass die Auseinandersetzung über den Umgang mit gesundem Altern nicht auf die politische Praxis begrenzt ist, sondern in den Bereich der (kommunal-)politischen Debatte hineinreicht.

9 Straßenräume für aktive Mobilität

Wie in Kapitel 3.4 dargestellt, ist die kommunale Rad- und Fußverkehrsförderung weitgehend eine freiwillige Aufgabe, für die i. d. R. nur geringe personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen und deren rechtliche und programmatische Verankerung erst langsam zunimmt. Im Folgenden werden ausgehend von den in der Metropolregion Nordwest geführten Interviews Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster im Umgang mit aktiver Mobilität charakterisiert. Hierbei stehen das Radfahren und Zufußgehen im Alter im Vordergrund. Das hierarchische Code-Subcode-Modell in Abbildung 29 gibt einen Überblick über die hierbei berücksichtigten Auswertungskategorien. In Kapitel 9.4 werden die für den Umgang mit aktiver Mobilität handlungsleitenden *Frames* herausgearbeitet.

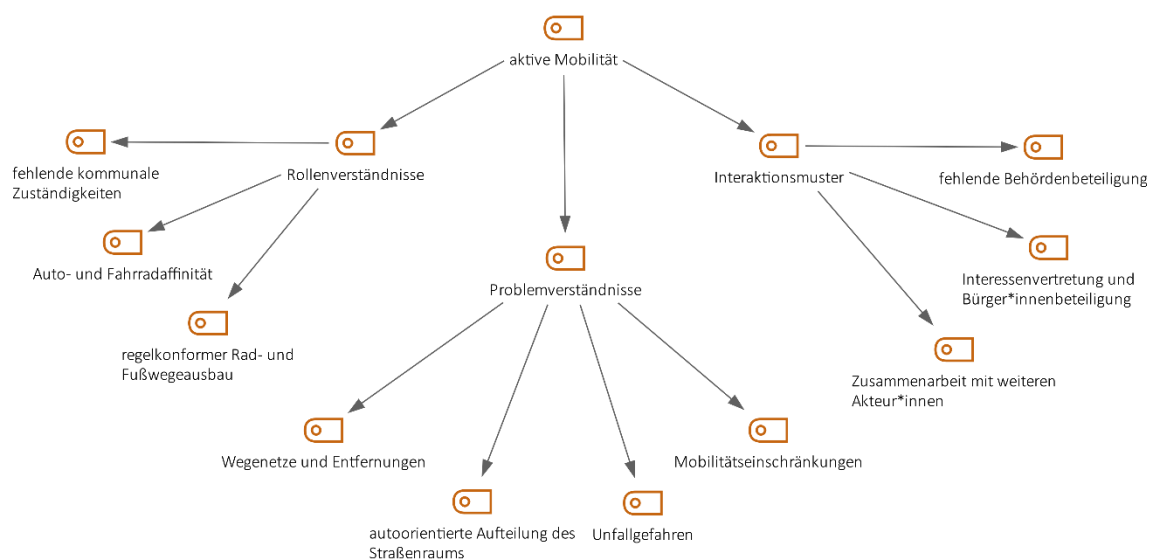


Abbildung 29: Hierarchisches Code-Subcode-Modell für den Umgang mit aktiver Mobilität (eigene Darstellung mit MAXmaps in MaxQDA)

9.1 Problemverständnisse im Umgang mit aktiver Mobilität

Im Umgang mit aktiver Mobilität verweisen die kommunalen Akteur*innen neben Wegenetzen und Entfernungen sowie der Aufteilung des Straßenraums auch auf Unfallgefahren und Mobilitätseinschränkungen (siehe Abbildung 30). In den Landkreisen überwiegt die Auseinandersetzung mit Mobilitätseinschränkungen, wohingegen die Aufteilung des Straßenraums eher im Hintergrund steht. In den kreisangehörigen Städten und Gemeinden und besonders in den kreisfreien Städten ist die Aufteilung des Straßenraums hingegen das am häufigsten angesprochene Thema.

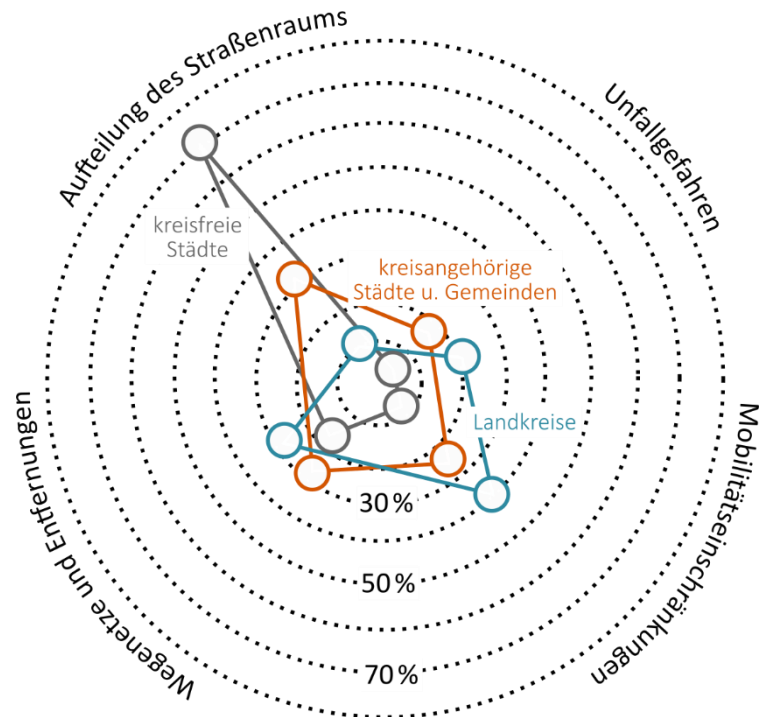


Abbildung 30: Themenschwerpunkte im Umgang mit aktiver Mobilität nach Fallgruppen (dargestellt als prozentuale Verteilung der Kodierungen der jeweiligen Fallgruppe auf die Sub-Kategorien des Handlungsfeldes; eigene Darstellung)

9.1.1 Weite Entfernungen und wenig Platz für den Rad- und Fußverkehr

Gleich mehrere Landkreise berichten von einem gut ausgebauten regionalen Radwegenetz (Landkreis 1, Abs. 18; Landkreis 3, Abs. 31; Landkreis 4, Abs. 16; Landkreis 5, Abs. 12; Landkreis 6, Abs. 16). Hierbei wird zum einen auf die in der Straßenbaulast der Landkreise befindlichen Radwege an Kreisstraßen verwiesen, zum anderen auf attraktive Nebenstrecken, die oft nicht auf eigenen Radwegen verlaufen, sondern auf schmalen Straßen (Landkreis 1, Abs. 18–20). Wer sich auskennt, kennt außerdem „auch ein paar Schleichwege“ (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 171). Insgesamt werden Radwege „bislang mehr touristisch wahrgenommen“ (Landkreis 7, Abs. 20). Auch bei Radwegeleitsystemen steht der Fahrradtourismus im Vordergrund (Landkreis 5, Abs. 12; Landkreis 6, Abs. 16). Durch die recht weiten Entfernungen sind viele Routen nach Einschätzung der kommunalen Akteur*innen nicht für das tägliche Fahren interessant (Landkreis 1, Abs. 32; Landkreis 6, Abs. 15). Punktuell werden jedoch Radschnellwege für möglich gehalten (Landkreis 2, Abs. 20; kreisfreie Stadt 3b, Abs. 5). Zudem werden E-Bikes bzw. Pedelecs als Chance betrachtet, mit deren Hilfe gerade Ältere auch längere Strecken bewältigen können (Landkreis 2, Abs. 26; Landkreis 6, Abs. 21; kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 120).

In einzelnen kreisangehörigen Städten und Gemeinden wird darüber hinaus das Fußwegenetz thematisiert. So möchte z. B. der Verkehrsplaner in einer kreisangehörigen Gemeinde bestehende Wegeverbindungen zwischen Wohngebieten so ausbauen, dass sie zu Fuß und mit dem

Fahrrad, mit Rollator, Rollstuhl und Fahrradanhänger als Abkürzung genutzt werden können (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 12–16). Eine Besonderheit stellen in dieser Gemeinde Wegeverbindungen über Treppenanlagen dar, die nach Einschätzung des Kommunalvertreters eine bessere Beleuchtung, ein Freischneiden von Bewuchs und mehr Möglichkeiten zum Ausruhen benötigen (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 60). Der Stadtplaner einer kreisangehörigen Stadt berichtet von einem städtebaulichen Konzept für ein innerstädtisches Bestandsquartier, in dem neue Wegebeziehungen geschaffen werden sollen (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 15). Im Zusammenhang mit der fußläufigen Erschließung des Quartiers werden u. a. die Begrünung, Sitzgelegenheiten und ein Café zum Verweilen benannt (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 13).

Häufig thematisiert wird die Aufteilung des Straßenraums. Dabei gelten die Radfahrenden und Zufußgehenden als „die Verkehrsteilnehmer, für die nicht so viel Platz eingeräumt wird“ (Landkreis 1, Abs. 14). So berichten insbesondere die Verkehrsplaner in den kreisfreien Städten von autoorientierten Verkehrsanlagen (kreisfreie Stadt 1, Abs. 14; kreisfreie Stadt 2, Abs. 13). Beim Ausbau der Verkehrsanlagen in den 1960er Jahren sind die Radfahrenden „im wahrsten Sinne des Wortes an den Rand gedrängt worden“ (kreisfreie Stadt 2, Abs. 13). In einer kreisfreien Stadt stellt der aufgrund der historischen Stadtstruktur ohnehin begrenzte Straßenraum eine besondere Herausforderung dar (kreisfreie Stadt 2, Abs. 36). Die nicht-motorisierten Verkehrsteilnehmenden stehen hier auch miteinander in Konkurrenz: „Wenn wir den Fußgänger auf diesen Strecken retten wollen (...), dann müsste man den Radverkehr dort überall auf die Fahrbahn nehmen“ (kreisfreie Stadt 2, Abs. 37). Anders ist die Situation in einer anderen kreisfreien Stadt, die über überdimensionierte Straßenräume verfügt, die es nun zugunsten des Rad- und Fußverkehrs anders zu verteilen gilt (kreisfreie Stadt 1, Abs. 14). Der Verkehrsplaner beschreibt dies mit dem Bild eines Kuchens: „Die Autofahrer oder diejenigen, die sich mit dem motorisierten Verkehr bewegen, haben sich früher von einem dreiviertel Kuchen satt gegessen und jetzt reicht vielleicht auch ein halber“ (kreisfreie Stadt 1, Abs. 74).

Während eine Umverteilung des Straßenraums, d. h. eine Reduzierung der Verkehrsflächen für den motorisierten Verkehr, in den kreisfreien Städten denkbar erscheint, wird diese von einem Landkreisvertreter als schwierig eingeschätzt (Landkreis 6, Abs. 22). Als typische Situation in Kleinstädten und kleineren Ortschaften wird eine Durchgangsstraße beschrieben, die auf beiden Seiten einen schmalen Fußweg hat, der teilweise auch vom Radverkehr genutzt wird (Landkreis 1, Abs. 24). In einer Gemeinde heißt es: „Teilweise sind die Gehwege einfach zu schmal. Es gibt kaum Möglichkeiten für die Leute, sich zu begegnen“ (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 16). In einer anderen Gemeinde wird dagegen befunden, dass die Fußwege breit genug sind – auch, um darauf mit dem Fahrrad zu fahren (kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 56). Die Begegnung zwischen Rad- und Fußverkehr verläuft nicht immer konfliktfrei: „Dann kommen schon mal die Radfahrer an und klingeln und dann muss man als Fußgänger (...) dann zur Seite springen“ (Landkreis 1, Abs. 14). Die Tendenz geht auch in den kleineren

Städten und Gemeinden dahin, die Benutzungspflicht der Radwege aufzuheben und den Radverkehr stattdessen auf der Straße zu führen (Landkreis 1, Abs. 14; Landkreis 4, Abs. 26). Besonders unproblematisch wird dies bei Tempo 30 angesehen (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 120; kreisfreie Stadt 2, Abs. 35). Jedoch ist die Akzeptanz des Fahrens auf der Fahrbahn gerade bei Älteren gering: „Die bestehen auf ihren Radweg“ (kreisfreie Stadt 2, Abs. 62). Radwege, die benutzungspflichtig sind, müssen eine Mindestbreite haben, die vielerorts nicht erfüllt werden kann (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 12). An ihre Kapazitätsgrenzen stoßen Radwege vor allem in touristischen Regionen und in den kreisfreien Städten (Landkreis 3, Abs. 16; kreisfreie Stadt 2, Abs. 39; kreisfreie Stadt 3b, Abs. 7).

Zwei kreisangehörige Städte und Gemeinden haben bereits Durchgangsstraßen im jeweiligen Ortskern umgebaut. In der Gemeinde 1 wurde eine Ortsdurchfahrt mit etwa 12.500 Fahrzeugen am Tag zu einem *Shared Space* umgebaut (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 7). Die Situation vor dem Umbau beschreibt der Bürgermeister wie folgt: „Sieben Meter breite Fahrbahn, schmaler Bürgersteig, und alles andere spielte keine Rolle“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 7). Das Hauptmotiv für den Umbau war demnach ein städtebauliches: Man wollte mehr Aufenthaltsqualität schaffen (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 7). Dem Shared-Space-Prinzip folgend wurde „keinem Verkehrsteilnehmer ein fester Raum zugeordnet“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 9). Es wurden jedoch Straßenlaternen so platziert, dass der motorisierte Verkehr mit großer Wahrscheinlichkeit zwischen ihnen durchfährt. Letztlich sei es auch darum gegangen, „Straßenräume zu verengen, damit Autos nicht durchrauschen können, wie sie wollen“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 29).

„Eine Entschleunigung herbeizuführen“ (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 17) und die „Aufenthaltsqualität zu verbessern“ (kreisfreie Gemeinde 3, Abs. 3) waren auch die Grundgedanken der Umgestaltung einer Straße mit fast 10.000 Fahrzeugen am Tag im Ortszentrum der Gemeinde 3. Hier wurde die Fahrbahn in einen schmalen Asphaltstreifen und einen gepflasterten Mehrzweckstreifen aufgeteilt. Autofahrer*innen sollen den Mehrzweckstreifen nur zum Ausweichen benutzen. Zudem wurden die Parkflächen quer gestellt, sodass die Fahrbahn beim Ein- und Ausparken blockiert wird (kreisfreie Gemeinde 3, Abs. 3). Außerdem haben die Gehwege eine „komfortable Breite“ (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 28) erhalten. Die Planungsamtsleiterin hat den Eindruck, dass die Straße seitdem belebter ist und sich die Menschen dort mehr aufhalten. Radfahrende sollen nun nicht mehr die Fußwege, sondern den Mehrzweckstreifen nutzen. Ältere sind dennoch manchmal auf den Fußwegen unterwegs, „weil sie sagen, ja das ist nett dieser Streifen da, aber (da) fühle ich mich nicht so sicher“ (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 198).

9.1.2 Unfallgefahren und Mobilitätseinschränkungen

Ein Thema, das viele Kommunalvertreter*innen benennen, sind Fahrradunfälle und Unfälle mit E-Bikes bzw. Pedelecs. Fahrradunfälle werden mit zu schmalen Wegen und unklaren Regeln (Landkreis 3, Abs. 49) sowie mit einer ungünstigen Radwegführung (Landkreis 6, Abs. 13) in Verbindung gebracht. Es wird auf die Problematik der rechts abbiegenden Lkw und das Öffnen von Türen bei parkenden Fahrzeugen verwiesen (Landkreis 6, Abs. 17–19). Als ein zentrales Problem wird außerdem gesehen, „dass Radfahrer hier zu wenig wahrgenommen werden“ (Landkreis 6, Abs. 19). Bei E-Bikes bzw. Pedelecs verschiebt sich die Problemwahrnehmung dahingehend, dass die Gefährdung auf das hohe Tempo (Landkreis 1, Abs. 36; Landkreis 6, Abs. 21), die mangelnde Beherrschung des Fahrzeugs (Landkreis 3, Abs. 30; Landkreis 7, Abs. 24) und das Fahren ohne Helm (Landkreis 1, Abs. 36; kreisangehörige Stadt 2, Abs. 68) zurückgeführt wird. Mehrere kreisangehörige Städte und Gemeinden sehen einen Bedarf an Fahrsicherheitstrainings und Informationsangeboten für die E-Bike- bzw. Pedelec-Nutzung (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 68; kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 56; kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 153). Nur teilweise wird auch auf Anforderungen an die Infrastruktur, z. B. einen guten Fahrbahnbelag, verwiesen (Landkreis 1, Abs. 36).

Bezogen auf den Fußverkehr werden Straßenquerungen als ein wichtiges Thema benannt. Gerade in kleineren Gemeinden gibt es Beschwerden von Älteren, die nicht über die viel befahrenen Durchfahrtstraßen kommen. Sie wünschen sich „einen Zebrastreifen in jeder Ortschaft“ (Landkreis 2, Abs. 22). Auch der Verkehrsplaner einer kreisfreien Stadt betont, dass fehlende Querungsmöglichkeiten die „Netzdurchlässigkeit gerade im Fußverkehr“ (kreisfreie Stadt 1, Abs. 18) deutlich schwächen. Vor allem für Ältere seien Sicherheitsaspekte und Sichtbeziehungen wichtig (kreisfreie Stadt 1, Abs. 18). Interessanterweise haben die beiden Gemeinden, die ihre Durchfahrtstraßen umgebaut haben, in diesem Zuge Querungsmöglichkeiten entfernt. Anstelle einer Ampel ist man nun auf Augenkontakt angewiesen (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 204). Auch das Shared-Space-Prinzip setzt auf gegenseitige Rücksichtnahme (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 17). Querungsunfälle von Zufußgehenden habe man in dem neu gestalteten Bereich nicht. Voraussetzung dafür ist aber die Kommunikation unter den Verkehrsteilnehmenden (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 21).

Als ein zentrales Hemmnis für die Mobilität Älterer wird mangelnde Barrierefreiheit gesehen: „Die Dinge hängen dann häufig an der Bordsteinkante“ (Landkreis 4, Abs. 174). Wobei zu berücksichtigen ist, „dass die Bordsteinkante flach genug ist, dass man da gut rüber rollen kann, aber auch hoch genug ist, wenn jemand blind ist“ (Landkreis 1, Abs. 51). Auch die kreisangehörigen Städte und Gemeinden erachten Barrierefreiheit als wichtig, „weil die Menschen eben auch immer älter werden und sich immer länger auch bewegen in öffentlichen Räumen“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 53). Die beiden Städte und Gemeinden, die bereits Straßenräume umgebaut haben, haben dabei auf Barrierefreiheit geachtet (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 9; kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 33–34). Eine erste Erfahrung dabei ist,

dass die Absenkung auf 3 cm für das Gehen mit Rollatoren immer noch ein Hindernis darstellt. Hier wird eine vollständige Absenkung benötigt, während gleichzeitig für Sehbehinderte ein taktiler System mit 6 cm erforderlich ist (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 121–123). Eine andere Erfahrung ist, dass in einem barrierefreien Straßenraum „jeder irgendwo parkt, wo er meint, (...) parken zu können“ (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 28).

Ein weiteres Thema sind unebene Wege. Gerade in kleineren Ortschaften gibt es viel Kopfsteinpflaster und unbefestigte Wege, was sowohl für das Zufußgehen als auch für das Radfahren hinderlich sein kann (Landkreis 2, Abs. 22). Einem Gesundheitsvertreter zufolge sollen zumindest Verbindungswege, z. B. zum Supermarkt, barrierearm und ohne Kopfsteinpflaster gestaltet werden (Landkreis 5, Abs. 64). In einigen Orten wurde bestehendes Kopfsteinpflaster in den letzten Jahren durch ebene Wege von der Breite eines Rollators ergänzt (Landkreis 2, Abs. 23; Landkreis 6, Abs. 34). Erfahrungen aus den kreisangehörigen Städten und Gemeinden zeigen, dass Barrierefreiheit bei der Umsetzung von Baumaßnahmen vor Ort längst noch nicht selbstverständlich und der Handlungsbedarf nach wie vor hoch ist (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 138; kreisangehörige Gemeinde 4, Abs. 48; kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 42).

Aktive Mobilität im Alter wird von vielen mit eingeschränkter Mobilität gleichgesetzt: „Also ein älterer Mensch ist nicht gleich ein behinderter Mensch, aber er ist unter Umständen eingeschränkt“ (Landkreis 6, Abs. 132). Zugleich empfinden auch viele Ältere sich erst dann als Ältere, wenn sie in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Die Nutzung der Angebote eines Senior*innenstützpunktes in einem Landkreis zeigt: „Die Leute tauchen auf, wenn ein gewisses Handicap vorliegt, wenn Selbstständigkeit nicht mehr so möglich ist“ (Landkreis 2, Abs. 27). Neben vielen möglichen Faktoren, wie die Topografie am Wohnort oder die ÖV-Anbindung, kann auch von der Angst vor Stürzen eine Einschränkung der Mobilität ausgehen (Landkreis 6, Abs. 56). Stürze werden als „das Schwerwiegendste, was einem älteren Menschen passieren kann“ (Landkreis 5, Abs. 32) beschrieben. Der im Alter fortschreitende Muskelabbau kann durch eine sturzbedingte Verletzung verstärkt werden. Die Förderung von Bewegung kann dagegen dazu beitragen, den Muskelabbau zu verlangsamen und wird folglich als „Sturzprophylaxe“ (Landkreis 5, Abs. 32) angesehen.

Zu den „altersbedingten Handicaps“ (Landkreis 6, Abs. 18) werden auch Einschränkungen der Wahrnehmung und der Reaktionszeit gezählt (Landkreis 6, Abs. 18; Landkreis 7, Abs. 26). In einem *Shared Space* können hieraus Nachteile entstehen, wenn Ältere beispielsweise länger brauchen, um die Straße zu queren. Denn der gleichberechtigte Umgang der Verkehrsteilnehmenden miteinander erfordert, dass ich „mir meinen Platz nehme in dem Verkehrssystem und dann auch mal durchaus klar kommuniziere, ich möchte hier über die Straße“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 7). Aber auch in Bezug auf die Pkw-Nutzung werden den Älteren zunehmende Unsicherheit (Landkreis 3, Abs. 45), eine erhöhte Unfallhäufigkeit (Landkreis 4, Abs. 160) und mangelnde Fahrtüchtigkeit (Landkreis 7, Abs. 45) zugeschrieben.

9.2 Rollenverständnisse im Umgang mit aktiver Mobilität

Auffällig ist, dass sich viele der befragten Kommunalvertreter*innen in ihrer fachlichen Position nicht für die Rad- und Fußverkehrsförderung zuständig fühlen. Demgegenüber steht eine von Einzelnen stark betonte Fahrradaffinität, die jedoch eher von persönlichen Haltungen und Erfahrungen ausgeht. In der Umsetzung von Maßnahmen der Rad- und Fußverkehrsförderung überwiegt eine technische Problemlösung, die sich in dem regelkonformen Ausbau der Rad- und Fußwegeinfrastruktur zeigt.

9.2.1 Fehlende kommunale Zuständigkeit

Anders als beim Umgang mit dem (gesunden) Altern fühlen sich viele der Gesprächspartner*innen für die aktive Mobilität nicht zuständig. Anstelle einer aktiven Verantwortungsübernahme wird auf formelle Zuständigkeiten – oder in vielen Fällen deren Fehlen – verwiesen. Im Rahmen der regionalen Raumordnungsprogramme wird der Radverkehr zwar thematisiert, jedoch beschränkt sich dies auf eher allgemeine Zielsetzungen, wie die Erreichbarkeit der Grundzentren oder regionale Radrouten (Landkreis 4, Abs. 16; Landkreis 7, Abs. 50). Nach Einschätzung der in der räumlichen Planung tätigen Kommunalvertreter*innen ist „die Steuerungswirkung in Sachen Planung für den Landkreis zu dem Thema (...), wirklich marginal“ (Landkreis 6, Abs. 33). Konzepte zum Rad- und Fußverkehr auf Kreisebene sind bisher nicht bekannt (Landkreis 5, Abs. 12), und auch integrierte Mobilitätskonzepte stellen auf Kreisebene eine Ausnahme dar (Landkreis 3, Abs. 41). In der Umsetzung sind die Landkreise nur für Radwege an Kreisstraßen zuständig (Landkreis 2, Abs. 16; Landkreis 4, Abs. 16). Wobei hier wiederum häufig nicht die Planungsabteilungen, sondern ein eigener Fachdienst Straßen zuständig ist (Landkreis 6, Abs. 14). Für alles weitere – insbesondere für den Fußverkehr – sind die kreisangehörigen Städte und Gemeinden zuständig (Landkreis 2, Abs. 16–18; Landkreis 4, Abs. 17; Landkreis 6, Abs. 33; Landkreis 7, Abs. 92).

Aber auch in den Städten und Gemeinden überlagern sich die Zuständigkeiten. In Gemeinde 1 war die Ortsdurchfahrt, die es umzubauen galt, wie vielerorts eine Landesstraße, d. h. die Gemeinde selbst war für deren Aus- und Umbau gar nicht zuständig. Im Fall der kreisangehörigen Gemeinde 1 konnte eine EU-Förderung als „Türöffner gegenüber dem Land“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 7) genutzt werden. Das Land hat die Gemeinde schließlich gewähren lassen, ihr aber die Unterhaltungs- und Verkehrssicherungspflicht für den 400 m langen Straßenabschnitt übertragen: „Das führt zu solchen kuriosen Situationen: Der Streuwagen kommt und stellt vor dem roten Teer den Streuwagen aus und hinterher wieder an“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 7).

Jenseits der formellen Zuständigkeiten äußern sich mehrere Kommunalvertreter*innen subjektiv aus ihrer Sicht als Verkehrsteilnehmende (Landkreis 1, Abs. 14; Landkreis 3, Abs. 16; Landkreis 7, Abs. 22; kreisfreie Stadt 1, Abs. 28; kreisfreie Stadt 2, Abs. 74; kreisfreie Stadt 3b,

Abs. 31). Vor allem die in der räumlichen Planung Tätigen bringen dabei eine starke Identifikation mit dem Radfahren zum Ausdruck: „Das bin ich (...), als Radfahrer, als begeisterter Radfahrer, ich mache halt alles mit dem Rad“ (Landkreis 6, Abs. 17). Auch den Menschen in der Region wird eine „gewisse Affinität (...) zum Fahrrad“ (kreisfreie Stadt 2, Abs. 11) zugeschrieben. Insbesondere über die Bewohner*innen einer kreisfreien Stadt wird gesagt, dass sie „sich für eine ganz wichtige Fahrradstadt halten“ (kreisfreie Stadt 3b, Abs. 7). Aber auch in einem ländlich geprägten Landkreis heißt es: „Also das sind die Leute von der Wiege bis zur Bahre gewöhnt, entweder man läuft zu Fuß oder man fährt mit dem Fahrrad“ (Landkreis 7, Abs. 136). Früher sei das Fahrrad noch als „Arme-Leute-Verkehrsmittel“ (kreisfreie Stadt 2, Abs. 78) wahrgenommen worden. Inzwischen beobachte man jedoch einen richtiggehenden „Hype, was Fahrradfahren angeht“ (kreisfreie Stadt 2, Abs. 17).

Zugleich berichten aber auch mehrere Kommunalvertreter*innen von einer „gewisse(n) Autoaffinität“ (kreisfreie Stadt 1, Abs. 14). Ein Landkreisvertreter macht bezogen auf seinen Landkreis deutlich: „Wir haben eine der höchsten Kfz-Dichten in der Bundesrepublik Deutschland“ (Landkreis 5, Abs. 12). Das habe den Rad- und Fußverkehr „bisher total in den Schatten gestellt“ (Landkreis 5, Abs. 12). Auch in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden ist die Verkehrsplanung „sehr stark auf Kfz-Verkehr ausgerichtet“ (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 12). Häufig werde eine autogerechte Infrastruktur, z. B. mit vielen Parkplätzen, auch durch die Bewohner*innen eingefordert (kreisangehörige Gemeinde 6, Abs. 149–151). Dass das Auto das „Hauptmobilitätsmittel“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 61) ist, werde man nach Einschätzung eines Bürgermeisters so schnell nicht ändern.

9.2.2 Regelkonformer Rad- und Fußwegeausbau

In den Städten und Gemeinden, die sich mit der konkreten Ausgestaltung der Rad- und Fußwegeinfrastruktur befassen, ist eine starke Orientierung an bestehenden Regelwerken zu erkennen: „Eine Richtlinie ist eine Richtlinie, daran hat man sich zu richten“ (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 160). Auch Empfehlungen, die weniger verbindlich sind, werden als relevant eingestuft, da sie als anerkannter Stand der Technik gelten und als solcher u. a. auch von Gerichten herangezogen werden (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 160). Die Verfügbarkeit von Richtlinien und Empfehlungen, z. B. bezüglich der Mindestbreite eines Gehwegs, wird dabei gerade in den kleinen Städten und Gemeinden als positiv eingeschätzt, da „jeder (...) sonst sein eigenes Süppchen kochen (würde)“ (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 162). In einer kreisangehörigen Stadt hat das Tiefbauamt basierend auf den Richtlinien für die Anlage von Stadtstraßen⁴⁰ verschiedene Straßenquerschnitte entwickelt, die von der Kommunalpolitik als

⁴⁰ Die Richtlinien für die Anlage von Stadtstraßen (kurz: RAST) sind ein technisches Regelwerk der Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (FGSV). Das Regelwerk hat empfehlenden Charakter und beinhaltet u. a. Entwürfe für Querschnitte typischer Straßensituationen.

verbindlich beschlossen wurden und nun bei neuen Bauvorhaben umgesetzt werden (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 47).

Dass eine zunehmende rechtliche Verankerung und Normierung Bewegung in ein Thema bringen kann, zeigt die Barrierefreiheit. Da gibt es, z. B. im öffentlichen Nahverkehr, zunehmend gesetzliche Vorgaben und zudem aufseiten der Landkreise die Erkenntnis, „dass der Hauptpunkt im (Landkreis) in Sachen demografischer Wandel die Alterung (ist)“ (Landkreis 6, Abs. 36). Auch die Städte und Gemeinden sind sich der Thematik zunehmend bewusst und zeigen eine Bereitschaft, in Richtung Barrierefreiheit aktiv zu werden (Landkreis 5, Abs. 65; kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 186).

Dass Regelwerke auch ein Hemmnis darstellen können, führt der Bürgermeister in der kreisangehörigen Gemeinde 1 aus. Für eine Ortsdurchfahrt als Landesstraße gelte ein sogenannter Regelquerschnitt von mindestens 6,5 Metern, der vor allem dem Autoverkehr ein ungehindertes Fortkommen ermöglicht (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 29). „Dieses System wollten wir eben ganz bewusst aufbrechen“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 29), betont der Bürgermeister. Der Verkehrsplaner einer kreisfreien Stadt kritisiert an den regelkonformen Lösungen deren zunehmende Komplexität und die geringe Akzeptanz. Er berichtet von einer Kreuzungsplanung mit markiertem Linksabbieger und Schutzstreifen für den Radverkehr. Gerade für Ältere sei eine solche Radwegführung nur schwer nachvollziehbar (kreisfreie Stadt 2, Abs. 57). Seiner Einschätzung nach müsse man „wegkommen von (...) diesen gewollten Lösungen, die aber wenig angenommen werden“ (kreisfreie Stadt 2, Abs. 59).

Unabhängig davon, wie die bestehenden Regelwerke im Einzelnen eingeschätzt und genutzt werden, wird deutlich, dass sich die meisten Planer*innen im Kontext der Rad- und Fußverkehrsförderung vor allem mit der technischen Ausgestaltung der Infrastruktur beschäftigen. Eine strategische Ausrichtung, die die Verkehrsentwicklung insgesamt in den Blick nimmt (kreisfreie Stadt 1, Abs. 47), oder eine integrierte Betrachtung, die einen Zusammenhang mit der Stadtentwicklungs- und Flächennutzungsplanung herstellt (kreisfreie Stadt 2, Abs. 76–77), erfolgt lediglich in den kreisfreien Städten. Gerade in den kleinen Gemeinden sind die personellen Ressourcen begrenzt: „Wir sind hier zu dritt bei den Tiefbauarbeiten (...) und damit müssen wir alles abdecken: Straßenneubau, Straßenunterhaltung, Kanalbau, Deiche“ (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 5). Ganz anders sieht es in einer kreisfreien Stadt aus, in der sich ein ganzer Fachdienst mit freiwilligen Aufgaben rund um die Zukunft der Mobilität beschäftigen kann (kreisfreie Stadt 2, Abs. 94).

9.3 Interaktionsmuster im Umgang mit aktiver Mobilität

Eine Zusammenarbeit zwischen der räumlichen Planung und dem ÖGD ist beim Umgang mit aktiver Mobilität eher unüblich. Auch interkommunale Zusammenarbeit wird nur am Rande thematisiert. Stärker vertreten ist dagegen die institutionalisierte Interessenvertretung, z. B.

durch Senior*innenbeiräte. Auch Bürger*innenbeteiligung findet bei größeren Umbaumaßnahmen statt.

9.3.1 Fehlende Behördenbeteiligung

Viele Gesundheitsvertreter*innen fühlen sich bei Fragen nach der Situation für Radfahrende und Zufußgehende gar nicht angesprochen (Landkreis 2, Abs. 15; Landkreis 5, Abs. 20). Eine Notwendigkeit, bei den Radwegen an Kreisstraßen „aus Gesundheitsgründen nochmal vorstellig (zu) werden“ (Landkreis 1, Abs. 34), wird nicht gesehen. Zudem werden die eigenen Einflussmöglichkeiten als gering eingeschätzt. So könne der ÖGD „nur einen ganz kleinen Teilbereich wahrscheinlich irgendwie verändern“ (Landkreis 6, Abs. 57). Eine Aufforderung zur Stellungnahme, wie sie beim Schutz vor gesundheitlichen Risiken näher beschrieben wird (siehe Kapitel 6.3.1), erfolgt bei der Fuß- und Radwegeplanung nur in wenigen Fällen. So betont lediglich der Gesundheitsvertreter aus Landkreis 1: „Also wir kriegen immer alle Pläne. (...) Wir können dazu Stellung nehmen“ (Landkreis 1, Abs. 26). Ein anderer Gesundheitsvertreter kann sich hingegen „nicht erinnern, jemals eine Stellungnahme zu Fahrradwegen und Fußverkehr abgegeben zu haben“ (Landkreis 3, Abs. 60). Bezogen auf die Radwegeplanung beschreibt ein weiterer Gesundheitsvertreter seine Position als „strukturell außen vor“ (Landkreis 2, Abs. 45). Auch bei Fragen der Barrierefreiheit sind Gesundheitsvertreter*innen „weniger von Seiten des Gesundheitsamtes involviert“ (Landkreis 5, Abs. 64).

Dabei würden sich einzelne Gesundheitsvertreter*innen durchaus einbringen wollen und äußern deutliche Kritik an der bestehenden Planungspraxis. Insbesondere hinsichtlich der Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit körperlichen Einschränkungen wird ein Sensibilisierungsbedarf gesehen: „Die Probleme werden einfach nicht gesehen. So, wie die Probleme behinderter Menschen oft nicht gesehen werden, (...) genauso wenig (werden) wahrscheinlich oftmals die Einschränkungen älterer Menschen nicht gesehen“ (Landkreis 6, Abs. 66). Der Gesundheitsamtsleiter wünscht sich, dass das Thema Gesundheit bei allen städtebaulichen Maßnahmen automatisch berücksichtigt und auch das Gesundheitsamt öfter einbezogen wird (Landkreis 6, Abs. 66). Bisher bleibt die Zusammenarbeit auch in anderen Landkreisen aber auf wenige konkrete Anlässe beschränkt, z. B. bei Unfallgefahren (Landkreis 2, Abs. 29; Landkreis 3, Abs. 83) und einem Sehtest im Rahmen einer Aktion für ältere Menschen im Straßenverkehr (Landkreis 2, Abs. 29).

In den kreisangehörigen Städten und Gemeinden ist eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt beim Umgang mit aktiver Mobilität bisher ebenfalls nicht etabliert (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 57; kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 70). Auch hier wird eine stärkere Sensibilisierung für die Bedürfnisse von Menschen mit körperlichen Einschränkungen gefordert: „Wir haben hier verschiedene Bevölkerungsgruppen, unter anderem auch Behinderte, das muss bei den Architekten, Planern einfach im Kopf drinnen sein“ (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 138). Bisher werden die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppen dem Gesunde-Städte-Koordinator

in der kreisangehörigen Stadt 2 zufolge nicht ausreichend berücksichtigt und entsprechende Beratungsangebote von den zuständigen Planer*innen ausgeschlagen (kreisangehörige Stadt 2, Abs. 142). Auch der Verkehrsplaner in einer kreisangehörigen Gemeinde hat die Erfahrung gemacht, dass die Bedürfnisse von Menschen mit körperlichen Einschränkungen oft erst gesehen werden, wenn ein persönlicher Bezug besteht (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 56).

Auch in den kreisfreien Städten, in denen Mobilitätskonzepte mit entsprechend aufwendigen Verfahren entwickelt werden, erfolgt bisher keine Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern (kreisfreie Stadt 1, Abs. 20; kreisfreie Stadt 2, Abs. 90–91). Ein Verkehrsplaner betont jedoch, dass für ihn die Gesundheit „ein wichtiges Argument immer gewesen (ist) für den Radverkehr. (...) Gegen Verkehrssicherheit und Gesundheit hat niemand was, haben wir gelernt“ (kreisfreie Stadt 2, Abs. 71).

Hinweise auf eine interkommunale Zusammenarbeit gibt es nur punktuell. So ist diese z. B. bei der Beschilderung von Wegen und der Tourismusinfrastruktur üblich (Landkreis 2, Abs. 18; Landkreis 5, Abs. 69; Landkreis 7, Abs. 56). Außerdem wird im Bereich Radverkehr auf Aktivitäten des Kommunalverbands Niedersachsen/Bremen (Landkreis 2, Abs. 20) und auf die Arbeitsgemeinschaft Fahrradfreundlicher Kommunen verwiesen (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 37).

9.3.2 Interessenvertretung und Bürger*innenbeteiligung

Öffentliche Aufmerksamkeit erfährt vor allem das Thema Barrierefreiheit. Diesbezügliche Mängel werden von der Bevölkerung sowohl an Planungs- als auch an Gesundheitsämter herangetragen und werden dort als Aufgabe wahrgenommen, für die es eine Lösung zu finden gilt (Landkreis 1, Abs. 103–104). Auch bezüglich Ampelschaltungen oder zu schmaler Radwege wissen meist die Nutzer*innen selbst am besten, wo die Probleme liegen (Landkreis 4, Abs. 29; Landkreis 6, Abs. 138). Punktuell bringen sich zivilgesellschaftliche Organisationen, wie der ADFC, ein und es werden Projekte mit Schüler*innen durchgeführt, die die Qualität der Radwege oder die Barrierefreiheit vor Ort bewerten (kreisangehörige Stadt 5, Abs. 26–28, 38).

Für Barrierefreiheit und sichere Straßenquerungen sowie die Belange von Menschen mit körperlichen Einschränkungen setzen sich vor allem die Senior*innen- und Behindertenbeiräte ein (Landkreis 2, Abs. 22–24; Landkreis 6, Abs. 132; kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 60). Die Senior*innen- und Behindertenbeiräte werden dabei als „sehr aktiv und (...) kritisch“ (Landkreis 2, Abs. 23) sowie „sehr engagiert und sehr fordernd“ (kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 56) beschrieben. Sie sind vor Ort in den Städten und Gemeinden ebenso aktiv wie auf Ebene der Landkreise und haben darüber hinaus auch eine Vertretung auf Landesebene (Landkreis 2, Abs. 65; Landkreis 4, Abs. 186).

Neben der Interessenvertretung spielt bei der konkreten Umsetzung von Maßnahmen auch die Bürger*innenbeteiligung eine maßgebende Rolle, wie der Prozess zur Umgestaltung der

Ortsdurchfahrt in der kreisangehörigen Gemeinde 1 zeigt. Das Projekt wurde über einen Bürger*innenbeteiligungsprozess mit extern moderierten Bürger*innenworkshops entwickelt (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 7). Als kurz vor dem Abschluss der Bauarbeiten eine Verunsicherung der Bevölkerung spürbar wurde, wurden gemeinsam mit der Polizei Informationsveranstaltungen in Kitas und Grundschulen durchgeführt, die darüber aufklären sollten, wie der neue *Shared Space* genutzt werden kann (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 23). Der Bürgermeister betont: „Wichtig ist eben, dass man die Menschen mitnimmt. (...) Sie müssen es ja nutzen“ (kreisangehörige Gemeinde 1, Abs. 31).

Auch die Mitwirkungsbereitschaft privater Eigentümer*innen ist bei der Umsetzung vieler Maßnahmen zentral. Da private und öffentliche Flächen ineinander übergehen und Betretungsverträge ausgehandelt werden mussten, war bei der Umgestaltung der Ortsdurchfahrt in der Gemeinde 3 eine Mitwirkung der privaten Grundstückseigentümer*innen zwingend erforderlich (kreisangehörige Gemeinde 3, Abs. 9). Wenn es um den barrierefreien Zugang zu öffentlichen Orten und Geschäften geht, sind es ebenfalls oft Private, die die Maßnahmen umsetzen müssen (Landkreis 6, Abs. 65; kreisangehörige Stadt 5, Abs. 38; kreisangehörige Gemeinde 7, Abs. 44).

9.4 Handlungsleitende *Frames* im Umgang mit aktiver Mobilität

Im Umgang mit aktiver Mobilität werden mit Wegenetzen und der Aufteilung des Straßenraums in erster Linie infrastrukturelle Fragen angesprochen. Umgebaute Straßenräume in zwei Gemeinden deuten auf eine Umverteilung der Verkehrsfläche zugunsten des Rad- und Fußverkehrs und eine stärkere Mischung der Verkehre, z. B. nach dem Shared-Space-Prinzip, als mögliche Lösungsansätze für die Verbesserung der räumlichen Rahmenbedingungen für das Radfahren und Zufußgehen hin. In Bezug auf das Radfahren und Zufußgehen im Alter wird darüber hinaus auf Unfallgefahren und mögliche Mobilitätseinschränkungen verwiesen. Als Lösungsansätze werden u. a. die Einrichtung von Querungshilfen, das Absenken von Bordsteinrändern, die Stärkung der Rücksichtnahme der Verkehrsteilnehmenden untereinander und Fahrsicherheitstrainings für Ältere thematisiert.

Im Umgang mit aktiver Mobilität im Alter stehen sich verschiedene Problemverständnisse gegenüber, die nicht von allen Kommunalvertreter*innen gleichermaßen geteilt werden. Vor dem Hintergrund der praktizierten Lösungsansätze erscheinen vor allem zwei Problemverständnisse als relevant: In Hinblick auf die Rad- und Fußwegeinfrastruktur geht es erstens um weite Entfernungen und die autoorientierte Aufteilung des Straßenraums. In Hinblick auf ältere Verkehrsteilnehmende geht es zweitens um Unfallgefahren und Mobilitätseinschränkungen (siehe Tabelle 8). Das Rollenverständnis im Kontext der Rad- und Fußverkehrsförderung ist einerseits durch eine fehlende Zuständigkeit und andererseits einen regelkonformen Rad- und Fußwegebau geprägt. Bei den Interaktionsmustern überwiegen Interessenvertretung

und Bürger*innenbeteiligung. Eine Behördenbeteiligung zwischen räumlicher Planung bzw. Verkehrsplanung und ÖGD ist im Umgang mit aktiver Mobilität nicht etabliert.

<i>Prägende Problemverständnisse</i>	<i>Prägende Rollenverständnisse</i>	<i>Prägende Interaktionsmuster</i>	<i>Handlungsleitende Frames</i>
<ul style="list-style-type: none"> • weite Entfernungen und wenig Platz für den Rad- und Fußverkehr • Unfallgefahren und Mobilitätseinschränkungen 	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende kommunale Zuständigkeiten • regelkonformer Rad- und Fußwegebau 	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Behördenbeteiligung • Interessenvertretung und Bürger*innenbeteiligung 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufenthaltsqualität • Verkehrssicherheit • Barrierefreiheit • demografische Alterung

Tabelle 8: Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitende *Frames* im Umgang mit aktiver Mobilität

Das infrastrukturbezogene Problemverständnis weist auf eine Ungleichverteilung des Straßenraums zwischen den Verkehrsteilnehmenden hin. Nicht von allen, aber von einigen Kommunalvertreter*innen wird der Platz für den Rad- und Fußverkehr gegenüber dem Platz für den motorisierten Verkehr als zu gering eingeschätzt. Die daraus resultierenden Konflikte und Konkurrenzen zwischen den Verkehrsteilnehmenden werden klar benannt. Auch Maßnahmen, die auf eine Umverteilung des Straßenraums zugunsten des Rad- und Fußverkehrs zielen, wurden – auch wenn sie auf kurze Streckenabschnitte beschränkt bleiben – z. B. in den kreisangehörigen Gemeinden 1 und 3 bereits umgesetzt. Das Problemverständnis beschreibt einen Aspekt verkehrsbezogener Gerechtigkeit bzw. *transport justice* (Gössling 2016, 2), wird jedoch im kommunalen Handeln nicht als Gerechtigkeitsfrage geframt. Stattdessen wird die Umverteilung des Straßenraums zugunsten des Rad- und Fußverkehrs in den untersuchten Fällen mit der Aufenthaltsqualität begründet. Eine mögliche Ungleichheit zwischen Verkehrsteilnehmenden und besondere Bedürfnisse einzelner Gruppen von Verkehrsteilnehmenden, z. B. ältere ZuFußgehende, rücken hierdurch gegenüber der räumlichen Gestaltung in den Hintergrund.

Hier setzt das zweite Problemverständnis an, das den Blick auf die älteren Verkehrsteilnehmenden lenkt und hierbei Mobilitätseinschränkungen und Unfallgefahren fokussiert. Vor dem Hintergrund der demografischen Alterung rechnen viele Kommunalvertreter*innen mit einer Zunahme von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen. Lösungsansätze, die auf dem Problemverständnis der Mobilitätseinschränkungen basieren, zielen z. B. auf die Schaffung von Querungshilfen und das Absenken von Bordsteinkanten sowie die Stärkung der individuellen Kompetenzen, z. B. durch Fahrsicherheitstrainings. Auch diese Maßnahmen werden nicht auf verkehrsbezogene Gerechtigkeitsaspekte, z. B. eine gleichberechtigte Teilnahme am Straßenverkehr, bezogen. Als handlungsleitende *Frames* erscheinen vielmehr Verkehrssicherheit und Barrierefreiheit. Zusätzlich erfolgt – wie schon beim Umgang mit dem (gesunden) Altern – eine Bezugnahme auf die demografische Alterung.

Hinsichtlich der Rollenverständnisse fällt auf, dass die eigenen Handlungsmöglichkeiten und die „Steuerungswirkung“ (Landkreis 6, Abs. 33) in der Rad- und Fußverkehrsförderung insbesondere in den Landkreisen als gering eingeschätzt werden. Eine kommunale Verantwortungsübernahme, wie beim Umgang mit (gesundem) Altern, ist beim Umgang mit aktiver Mobilität nicht zu erkennen. Vor allem die Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen Gemeinden, Kreisen sowie Bund und Ländern erweist sich als hinderlich. Auch die Einflussmöglichkeiten des ÖGD werden als sehr begrenzt beschrieben. Einzelne Gesundheitsvertreter*innen würden eine engere Einbeziehung im Kontext der Rad- und Fußverkehrsförderung durchaus begrüßen und fordern insbesondere eine stärkere Sensibilisierung der Planer*innen für die Bedürfnisse von Menschen mit körperlichen Einschränkungen. Eingebracht werden diese Bedürfnisse bisher jedoch in erster Linie von Interessenvertreter*innen wie den Senior*innen- und Behindertenbeiräten.

Trotz der Anerkennung der Bedürfnisse älterer Verkehrsteilnehmer*innen im zweiten Problemverständnis bleibt der Umgang mit aktiver Mobilität im Status quo, d. h. in der Instandhaltung der Infrastruktur und der Optimierung der Verkehrsführung, verhaftet. Angestrebt wird ein Ausbau der Rad- und Fußwegeinfrastruktur, der den geltenden Richtlinien und Normen genügt. Komplexe Probleme werden hierbei in technische Teilprobleme übersetzt. Die Aufteilung des Straßenraums wird so nicht als Frage der gerechten Aufteilung von Straßenraum betrachtet, sondern als Frage nach der Wegebreite. Barrierefreiheit ist eine technische Anforderung, die darin besteht, die Bordsteinkante an der richtigen Stelle auf null, drei oder sechs Zentimeter abzusenken. Den von Deffner ins Feld geführten kommunikativen Aufgaben und der Auseinandersetzung mit den spezifischen Bedürfnissen der verschiedenen Nutzer*innen des Straßenraums (Deffner 2018, 417) entspricht das Rollenverständnis mit seiner technischen Problemlösung nicht.

Ausgehend von der Systematisierung nach Rein und Schön (siehe Kapitel 4.1.1) sind es vor allem institutionelle *Action Frames*, die das kommunale Handeln im Umgang mit aktiver Mobilität prägen. Aufenthaltsqualität, Verkehrssicherheit und Barrierefreiheit sind nicht ausschließlich auf den Umgang mit aktiver Mobilität bezogen, sondern können auch in anderen kommunalen Handlungsfeldern relevant sein. In einem Fall wird darüber hinaus auf Gesundheit als mögliches rhetorisches *Frame* verwiesen, um kommunalpolitische Akteur*innen von Maßnahmen der Rad- und Fußverkehrsförderung zu überzeugen.

10 Aktive Mobilität und gesundes Altern im Reallabor

Die Auseinandersetzung mit dem kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen räumlicher Planung und Gesundheitsförderung wurde in einem Reallabor in der Gemeinde Ritterhude vertieft (für eine Darstellung der Gemeinde sowie Ablauf und Inhalt des Reallabors siehe Kapitel 5.2). Im Folgenden werden Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster im Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern im Reallabor charakterisiert. Das hierarchische Code-Subcode-Modell in Abbildung 31 gibt einen Überblick über die dabei berücksichtigten Auswertungskategorien. In Kapitel 10.4 werden die für den Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern im Reallabor handlungsleitenden *Frames* charakterisiert.

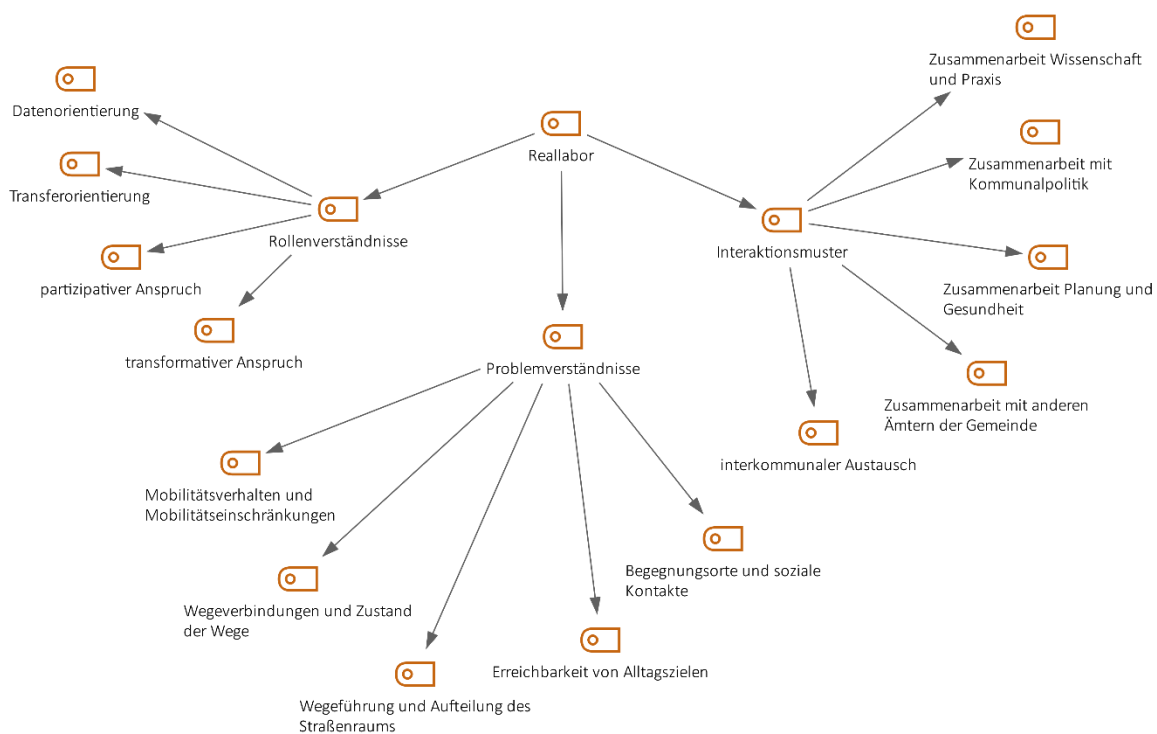


Abbildung 31: Hierarchisches Code-Subcode-Modell für das Reallabor (eigene Darstellung mit MAXmaps in MaxQDA)

10.1 Problemverständnisse im Reallabor

Im Folgenden wird ausgeführt, welche Problemverständnisse den Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern in dem Reallabor in der Gemeinde Ritterhude geprägt haben. Neben einer Auseinandersetzung mit dem individuellen Mobilitätsverhalten der Bewohner*innen und möglichen Mobilitätseinschränkungen erwiesen sich Wegeverbindungen und der Zustand von Wegen sowie die Wegführung und Aufteilung des Straßenraums als wichtig. In Hinblick auf ein selbstständiges Leben im Alter wurden darüber hinaus die Erreichbarkeit von Alltagszielen sowie Begegnungsorte und soziale Kontakte thematisiert. Abbildung 32 vermittelt einen

ersten Eindruck von den Themenschwerpunkten im zeitlichen Verlauf des Reallabors. In der Phase der Bestandsanalyse überwog die Auseinandersetzung mit dem Mobilitätsverhalten und Mobilitätseinschränkungen. In der Phase der Agendaentwicklung kam es zu einer deutlichen Verschiebung des Themenschwerpunkts hin zur Einschätzung der Verkehrsinfrastrukturen. In der abschließenden Erprobungsphase gewannen Mobilitätsverhalten und Mobilitätseinschränkungen wieder an Bedeutung, infrastrukturelle Aspekte blieben aber wichtig. Die Erreichbarkeit von Alltagszielen sowie Begegnungsorte und soziale Kontakte standen gegenüber den anderen Themen eher im Hintergrund.

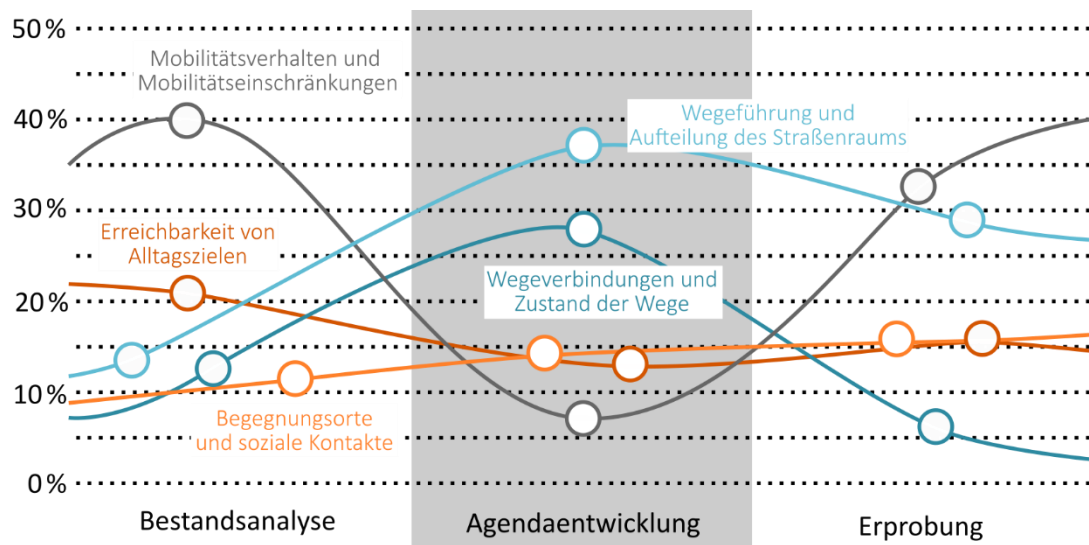


Abbildung 32: Themenschwerpunkte im Reallabor im zeitlichen Verlauf (dargestellt als der prozentuale Anteil der entsprechenden Kategorien an den Kodierungen in der jeweiligen Phase; eigene Darstellung)

10.1.1 Autoorientiertes Mobilitätsverhalten und Mobilitätseinschränkungen

Erklärtes Ziel des Reallabors war es, das Zufußgehen und Radfahren im Alter auf Alltagswegen in Ritterhude zu fördern. Vonseiten der Gemeinde wurde es als Problem eingeschätzt, dass viele Ältere so lange wie möglich Auto fahren. Die Vorteile des Radfahrens und Zufußgehens seien vielen Bewohner*innen nicht bewusst. Das Reallabor sollte dahingehend eine Bewusstseins-schärfung erzielen (Ergebnisprotokoll vom 13.08.2018). Die im Projekttitel gewählte Begrifflichkeit aktive Mobilität verband dabei körperliche Aktivität und Mobilität. Zwischen den Projektbeteiligten bestand Einigkeit, dass sich körperliche Aktivität, hier durch das Zufußgehen und Radfahren, positiv auf die Gesundheit älterer Menschen auswirkt (Reflexion im erweiterten Team am 04.02.2019). Dies wurde im Projektverlauf auch gegenüber der Bevölkerung immer wieder betont: „Wer regelmäßig Rad fährt oder zu Fuß geht, tut nicht nur der Umwelt, sondern auch seiner Gesundheit etwas Gutes“ (Ergebnisdarstellung Bestandsanalyse vom 16.07.2019; Ergebnisdarstellung Befragung vom 16.07.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019).

Aktive Mobilität bot gleichermaßen Anknüpfungspunkte für eine gesundheitswissenschaftliche und eine planerische Sichtweise, wobei sich die Schwerpunktsetzungen zwischen den Projektbeteiligten durchaus unterschieden. So zeigten sich zu Beginn des Projektes allein im Kernteam drei unterschiedliche Auffassungen. Für eine beteiligte Gesundheitswissenschaftlerin stand die körperliche Aktivität im Vordergrund: „Denn wer aktiv ist, ist gesund“ (Reflexion im Kernteam am 05.12.2018). Mobilität – ohne den Zusatz „aktiv“ – war für sie von geringerer Bedeutung. Für die zweite Gesundheitswissenschaftlerin im Kernteam war hingegen die Begrifflichkeit „Mobilität“ essenziell, um die Art der Aktivität zu unterstreichen und diese von sportlichen Aktivitäten abzugrenzen. Aus planerischer Sicht hingegen spezifizierte „aktiv“ vielmehr die Form der Mobilität (Reflexion im Kernteam am 05.12.2018). Durch den Zusatz „im Alltag“ bzw. „auf Alltagswegen“ wurde die Abgrenzung zu sportlicher Aktivität und zu Freizeitaktivitäten weiter unterstrichen (Reflexion im erweiterten Team am 04.02.2019). Ein Gemeindevertreter betonte, dass durch den positiv konnotierten Begriff „aktiv“ das gesamte Spektrum Älterer von den sehr Aktiven bis zu den in der Mobilität Eingeschränkten angesprochen werden sollte. Der Gemeindevertreter sprach sich für die Aufrechterhaltung der Mobilität bei den noch Mobilen aus (Reflexion im erweiterten Team am 04.02.2019).

Im Rahmen der Befragung in der Bestandsanalyse wurde das individuelle Mobilitätsverhalten der Bewohner*innen ab 60 Jahren erfragt (siehe hierzu auch Kapitel 5.2.2). Über die Hälfte der Befragten gab an, täglich oder an 3–4 Tagen pro Woche zu Fuß mobil zu sein. Ein knappes Drittel gab an, genauso häufig Fahrrad zu fahren. Die Mehrheit der Befragten, fast 75 %, gab an, täglich oder an 3–4 Tagen pro Woche selbst mit dem Auto zu fahren (Dokumentation Bestandsanalyse vom 24.07.2019; Ergebnisdarstellung Befragung vom 16.07.2019). Zudem wurden die Bewohner*innen ab 60 Jahren nach Mobilitätseinschränkungen gefragt. Etwa ein Drittel der Befragten gab an, durch ein gesundheitliches Problem in der Mobilität eingeschränkt zu sein. Eine Gehhilfe nutzen 9 % der Befragten. Hinsichtlich der Gestaltung der Straßenräume erwiesen sich für die Befragten mit gesundheitsbedingten Mobilitätseinschränkungen Queungsmöglichkeiten und geringe Geschwindigkeiten im Verkehr als besonders wichtig (wichtig oder eher wichtig für 96 % bzw. 92 % der Befragten mit gesundheitlichen Einschränkungen; Dokumentation Bestandsanalyse vom 24.07.2019; Ergebnisdarstellung Befragung vom 16.07.2019).

Gezielt betrachtet wurden in der Befragung die Wege zum Einkaufen. Diejenigen Befragten, die Einkäufe mit dem Fahrrad oder zu Fuß erledigen, gaben als Gründe u. a. an, dass sie keinen Parkplatz suchen müssen, dass es umweltfreundlich ist, nichts kostet und der Weg nicht weit ist. Diejenigen Befragten, die ihre Einkäufe nicht mit dem Fahrrad oder zu Fuß erledigen, gaben als Gründe u. a. an, dass sie zu viel zu transportieren haben, den Einkauf mit anderen Besorgungen verbinden möchten und dass der Weg zu weit ist. Eine Verschneidung mit der Erreichbarkeitsanalyse (siehe Kapitel 5.2) machte sichtbar, dass 70 % der Befragten in einem Gebiet mit einer schlechten fußläufigen Erreichbarkeit zu einem Supermarkt wohnen. Diese

Personen benannten die Entfernung besonders häufig als Hindernis, den Weg zum Supermarkt aktiv zurückzulegen (Dokumentation Bestandsanalyse vom 24.07.2019; Ergebnisdarstellung Befragung vom 16.07.2019).

In der Agendaentwicklung wurde das individuelle Mobilitätsverhalten dahingehend adressiert, dass die Öffentlichkeit für die Vorteile des Radfahrens und Zufußgehens sensibilisiert werden sollte (Agenda vom 04.09.2019, Nr. 5). In der Erprobungsphase leistete das Aktionswochenende im Rahmen der Europäischen Mobilitätswoche hierzu einen Beitrag. So wurden auf dem Marktplatz der Gemeinde Ritterhude an einem Samstag im September 2019 alle Einkaufenden, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad gekommen waren, mit einem Einkaufsbeutel oder Sattelschoner belohnt (Bericht zur Europäischen Mobilitätswoche vom 15.10.2019). Zudem wurden zwei Alterssimulationsanzüge zur Verfügung gestellt, um auch für Jüngere erlebbar zu machen, welche Mobilitätseinschränkungen, z. B. durch versteifte Gelenke und eingeschränkte Sicht, im Alter auftreten können (Bericht zur Europäischen Mobilitätswoche vom 15.10.2019).

In der Stellungnahme zum kommunalen Radförderkonzept und der Begründung für eine Geschwindigkeitsreduzierung in der Riesstraße wurden gesundheitliche Einschränkungen in der Mobilität dahingehend aufgegriffen, dass eine Berücksichtigung der Bedürfnisse der schwächsten Verkehrsteilnehmenden, z. B. ältere Menschen, Kinder und Menschen mit körperlichen Einschränkungen, eingefordert wurde. Aufgrund von Einschränkungen, z. B. in der Beweglichkeit und der Reaktionsfähigkeit, sowie einem höheren Risiko schwerer Verletzungen im Falle eines Unfalls wurden diese Personen als besonders schutzbedürftig benannt (Stellungnahme Radförderkonzept vom 06.11.2019; Antragsbegründung Tempo 30 vom 10.12.2019). Darüber hinaus wurde auf den Unterstützungsbedarf von Menschen mit geringem Einkommen verwiesen, die von Veränderungen im öffentlichen Raum besonders profitieren können. Als Leitmotiv wurde die Chancengleichheit benannt: „Chancengleichheit in Bezug auf aktive Mobilität ist dann gegeben, wenn alle Bewohnerinnen und Bewohner die gleichen Möglichkeiten haben, sich aktiv fortzubewegen“ (Stellungnahme Radförderkonzept vom 06.11.2019).

10.1.2 Räumliche Rahmenbedingungen für aktive Mobilität

Schon in dem 2017 durchgeführten Planspiel zeigten sich mangelnde Wegeverbindungen und eine unklare Wegeführung im Radverkehr als zentrale Kritikpunkte hinsichtlich der Förderung aktiver Mobilität in Ritterhude (Planspiel am 12.06.2017). Die Ergebnisse der im Mai und Juni 2019 durchgeführten Zukunftswerkstätten in den Ortsteilen Platjenwerbe, Lesumstotel und Alt-Ritterhude bestätigten dies. So sind nach Einschätzung der teilnehmenden Bevölkerung vor allem die Wegeverbindungen zu den Einzelhandelsangeboten im Ortsteil Ihlpohl sehr stark auf den Autoverkehr ausgerichtet. Aber auch die Anbindung an den Ortskern in Alt-Ritterhude mit dem Rathaus und dem neuen Marktplatz wurde für den Radverkehr als nicht ausreichend

eingeschätzt. Darüber hinaus wurden eine bessere Radweganbindung an das Bremer Stadtgebiet sowie eine verbesserte Zuwegung zur Hamme gewünscht. Radwege entlang der überörtlichen Straßen wurden dabei ebenso angesprochen wie die Nutzung landwirtschaftlicher Wege für den Radverkehr und mögliche Radschnellwege. Aus Sicht der Bevölkerung wurden freizeitbezogene Aktivitäten, z. B. Radtouren und Spaziergänge an der Hamme, ebenso thematisiert wie das Zurücklegen von Alltagswegen, z. B. zum Einkaufen, zum Sport oder zu Kulturveranstaltungen (Dokumentation Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019).

Innerhalb der Ortsteile wurde auf fehlende und unterbrochene Radwege hingewiesen. Zudem wurde eine unklare und uneinheitliche Wegeführung kritisiert, die Radfahrende und Autofahrer*innen dahingehend verunsichert, wo die Radfahrenden korrekterweise fahren sollten. Konkret benannt wurden hinderliche Sperren an autofreien Verbindungswegen, z. B. im Ortsteil Platjenwerbe (Dokumentation Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019). Auch die mangelnde Begeh- und Befahrbarkeit von Wegen und Straßen wurde kritisiert. Bereits im Planspiel 2017 wurden unebene, steile Wege und Straßen mit Kopfsteinpflaster angesprochen, die insbesondere bei Nässe nicht begehbar sind (Planspiel am 12.06.2017). Auch in den Zukunftswerkstätten wurde sehr detailliert auf Fahrbahnschäden, herausstehende Kanaldeckel, schlecht befahrbares Kopfsteinpflaster und Schotter sowie auf rutschige, abschüssige, überschwemmte und zugewachsene Wege und Straßenabschnitte Bezug genommen. Nur punktuell fanden hohe Bordsteinkanten, rollstuhlgerechte Wege und die barrierefreie Erschließung des Marktplatzes Erwähnung. Eine Besonderheit stellten die Treppenwege im Ortsteil Alt-Ritterhude dar, deren Zustand als schlecht eingeschätzt wurde (Dokumentation Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019).

Sowohl für den Rad- als auch für den Fußverkehr erwies sich außerdem der zur Verfügung stehende Platz als wichtig. Immer wieder wurde auf die Situation in der Riesstraße, der zentralen Ortsdurchfahrt im Ortsteil Alt-Ritterhude, verwiesen. Der Radverkehr wird hier auf der Fahrbahn geführt. Da es sich um eine Landesstraße handelt, die eine Mindestbreite von 6 Metern haben muss, ist kein Platz für einen Radweg oder Schutzstreifen. Jedoch trauen sich bei den gegebenen Bedingungen längst nicht alle Radfahrenden auf die Straße. Viele weichen stattdessen auf den schmalen Fußweg aus. Daraus resultieren wiederum Konflikte zwischen Radfahrenden und Zufußgehenden. Die Fußwege in der Riesstraße sind – wie andernorts in der Gemeinde auch – oft sehr schmal (Planspiel am 12.06.2017; Dokumentation Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019; Stellungnahme Radförderkonzept vom 06.11.2019).

Auch an anderen Orten in der Gemeinde wurden der motorisierte Verkehr, d. h. Durchgangsverkehr, landwirtschaftlicher Verkehr, Lieferverkehr sowie „Elterntaxis“ an einer Schule, als Hemmnis für den Rad- und Fußverkehr wahrgenommen. Es wurde vielfach von einer geringen

Akzeptanz der Autofahrer*innen für den Radverkehr gesprochen (Dokumentation Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019). Zudem wurden das Fehlen sicherer Querungsmöglichkeiten, eingeschränkte Sichtverhältnisse, eine fehlende oder schlechte Beleuchtung sowie zu hohe Geschwindigkeiten des motorisierten Verkehrs kritisiert. Ein zusätzliches Hindernis stellen parkende Autos dar. Neben infrastrukturellen Aspekten wurde auch die Nicht-Einhaltung von bestehenden Verkehrsregeln kritisiert (Dokumentation Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019).

Um das Sicherheitsgefühl für Radfahrende und Zufußgehende auf den Straßen der Gemeinde zu verbessern (Agenda vom 04.09.2019, Nr. 8), wurde im Rahmen der Europäischen Mobilitätswoche 2019 eine Radtour veranstaltet. Hierbei wurden Poolnudeln an den Gepäckträgern befestigt, die auf den nötigen Sicherheitsabstand zwischen Autos und Radfahrenden aufmerksam machten (Bericht zur Europäischen Mobilitätswoche vom 15.10.2019). Das Erfordernis, das Sicherheitsgefühl der Radfahrenden und das Bewusstsein der Autofahrenden für die Radfahrenden zu stärken, fand darüber hinaus in der Stellungnahme zum Radförderkonzept Eingang, wo auf mangelnde Querungsmöglichkeiten, unklare Sichtverhältnisse und eine unzureichende Beleuchtung verwiesen wurde. Es wurde außerdem die Bedeutung von Wegen abseits des Autoverkehrs insbesondere für unsichere Verkehrsteilnehmende unterstrichen und eine Reduzierung der Flächen für den MIV zugunsten des Rad- und Fußverkehrs gefordert, um eine gleichberechtigte Nutzung des Straßenraums zu ermöglichen. Als Begründung wurde u. a. angeführt, dass sich der Platzbedarf im Radverkehr durch unterschiedliche Geschwindigkeiten, z. B. durch Elektroantrieb, und unterschiedlich breite Fahrzeuge, z. B. mit drei Rädern oder mit Anhänger, zukünftig weiter erhöht. Eine Umverteilung zu Lasten des Fußverkehrs sollte dabei vermieden werden (Stellungnahme Radförderkonzept vom 06.11.2019). Für die Riesstraße wurde außerdem eine Geschwindigkeitsreduzierung auf Tempo 30 angeregt, die mit Sicherheitserfordernissen aber auch einer konfliktärmeren Nutzung des Straßenraums begründet wurde (Antragsbegründung Tempo 30 vom 10.12.2019).

10.1.3 Voraussetzungen für ein selbstständiges Leben im Alter

Das Reallabor zielte darauf, die Selbstständigkeit der Älteren zu fördern und dadurch ein gesundes Altern im gewohnten Umfeld zu ermöglichen (Ergebnisprotokoll vom 13.08.2018). Dies wurde gegenüber der Bevölkerung mehrfach betont (Ergebnisdarstellung Bestandsanalyse vom 16.07.2019; Ergebnisdarstellung Befragung vom 16.07.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019). Altern wurde dabei als Prozess aufgefasst. Auch wenn grundsätzlich alle Bevölkerungsgruppen älter werden, lag der Fokus des Reallabors auf dem Altern in einem fortgeschrittenen Lebensalter (Reflexion im erweiterten Team am 04.02.2019). Während die beteiligten Wissenschaftler*innen sich dafür stark machten, die Bedürfnisse älterer Menschen im kommunalen Handeln stärker zu berücksichtigen, war es der

Gemeinde wichtig, dass die Bedürfnisse der Älteren nicht in Konkurrenz z. B. zu den Bedürfnissen von Kindern stehen (Reflexion im Kernteam am 05.12.2018; Ergebnisprotokoll vom 04.02.2019). Als wichtig für gesundes Altern wurde von den beteiligten Gesundheitswissenschaftler*innen soziale Teilhabe erachtet. So sollte die Förderung aktiver Mobilität zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte beitragen, das Gefühl von Autonomie stärken und einer möglichen Vereinsamung älterer Menschen entgegenwirken (Ergebnisprotokoll vom 02.07.2019; Stellungnahme Radförderkonzept vom 06.11.2019; Antragsbegründung Tempo 30 vom 10.12.2019). Die Voraussetzungen für soziale Teilhabe wurden u. a. in den räumlichen Gegebenheiten, wie der Erreichbarkeit von Alltagszielen, und Gelegenheiten für soziale Interaktion gesehen.

Im Rahmen der Zukunftswerkstätten wurde die Möglichkeit, sich auch ohne Auto versorgen zu können, als wichtiger Wunsch geäußert. Ein Mangel an Versorgungsangeboten wurde – wie die Erreichbarkeitsanalyse (siehe Kapitel 5.2) bereits vermuten ließ – aus Sicht der Bevölkerung vor allem in den Ortsteilen Lesumstotel und Werschenrege, aber auch in Teilen von Platjenwerbe gesehen. Angemessene Radwegeverbindungen zum Einkaufen sind für diese Ortsteile von besonderer Bedeutung (Dokumentation Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019; Stellungnahme Radförderkonzept vom 06.11.2019). Außerdem wurde von der Bevölkerung ein auf die Bedürfnisse älterer Kund*innen ausgerichteter Service gewünscht, z. B. durch Hilfe beim Tragen und Verstauen der Einkäufe sowie persönliche Ansprechpartner*innen (Dokumentation Bestandsanalyse vom 24.07.2019). Darüber hinaus wurde die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr thematisiert. Schon in der Bestandsanalyse zeigte sich, dass die Zuganbindung über die Bahnhöfe Ritterhude und Bremen-Lesum zwar verhältnismäßig gut, das Busangebot hingegen insbesondere in den Abendstunden und an den Wochenenden sehr dünn ist. Viele Orte in der Gemeinde werden nur vom Bürgerbus angefahren (Dokumentation Bestandsanalyse vom 24.07.2019). In den Zukunftswerkstätten wurde eine bessere Busanbindung explizit gewünscht. Hierbei wurde auch eine Anpassung der Taktung im Bürgerbus angesprochen, um beispielsweise das Einkaufen mit dem Bus zu erleichtern. Als Idee wurde zudem ein „Kultur-Shuttle“ vorgeschlagen, das z. B. immer dann fahren könnte, wenn im zentral gelegenen Veranstaltungsort Filmvorführungen stattfinden (Dokumentation Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019).

Neben den Versorgungseinrichtungen spielten Aufenthalts- und Begegnungsorte im Reallabor eine Rolle. Hierbei setzte sich die Unterscheidung zwischen allgemeinen Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum und konkreten Begegnungsorten durch. Bezogen auf den Aufenthalt im öffentlichen Raum zeigte sich im Rahmen der Befragung und der Zukunftswerkstätten, dass Sitzgelegenheiten und öffentliche Toiletten von Bedeutung sind. Dies ist vor allem für Personen der Fall, die gesundheitliche Einschränkungen haben. In den Zukunftswerkstätten wurde auf fehlende und verdreckte Bänke verwiesen. Insbesondere an Wegen mit einer gro-

ßen Steigung sahen die beteiligten Bewohner*innen einen Bedarf an Rastmöglichkeiten. Berücksichtigung fanden in den Zukunftswerkstätten aber auch die Attraktivität und Atmosphäre öffentlicher Räume in den Ortsteilen. So wurden die historischen Gebäude in der Riesstraße positiv hervorgehoben. Von der Bevölkerung wurde außerdem der Wunsch nach Bäumen und einer bienenfreundlichen Begrünung geäußert. Am Bahnhof wurde mehr Sauberkeit gewünscht. In der Befragung wurde darüber hinaus der Schutz vor Witterung und die Sicherheit in Bezug auf Kriminalität als wichtig erachtet (Dokumentation Bestandsanalyse vom 24.07.2019; Ergebnisdarstellung Befragung vom 16.07.2019; Dokumentation Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019).

Bezogen auf konkrete Begegnungsorte wurden zunächst die Dorfgemeinschaftshäuser, die Alte Mühle, der Mehrgenerationenplatz am Riessportplatz sowie Kirchen und Sportvereine als wichtige soziale Treffpunkte für die Älteren in Ritterhude identifiziert (Dokumentation Bestandsanalyse vom 24.07.2019). Der neue Marktplatz im Ortszentrum von Alt-Ritterhude wird von Bewohner*innen aller Ortsteile aufgesucht. Im Rahmen der Zukunftswerkstätten wurde der Wunsch nach einer weiteren Belebung des Platzes laut (Dokumentation Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019). Zusätzlich zu den bereits etablierten Treffpunkten wurden in den Zukunftswerkstätten weitere Treffpunkte im Freien, z.B. an der Hamme, gewünscht. Häufig würden schon Sitzbänke mit einem Tisch und Mülleimer reichen, um den Bewohner*innen – gerade in den kleinen Ortsteilen – eine Gelegenheit zu geben, sich zu treffen (Dokumentation Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019).

In der Stellungnahme zum Radförderkonzept wurden attraktive Wegeverbindungen zu Alltagszielen als wichtig herausgestellt, um die Abhängigkeit vom Auto zu reduzieren. Zudem wurde betont, dass Straßenräume Platz für Begegnung bieten und zum Aufenthalt einladen sollen. Es wurde beispielsweise angeregt, Wegeverbindungen zwischen den Ortsteilen mit Rastplätzen in landschaftlich schöner Lage auszustatten, die zugleich auch als Treffpunkte genutzt werden können (Stellungnahme Radförderkonzept vom 06.11.2019). Beim Auftakttreffen des interkommunalen Arbeitskreises Gesundheit wurde die Perspektive ausgeweitet und der Einfluss des täglichen Lebensumfeldes auf die Gesundheit – und die Möglichkeit eines gesunden Alterns – unterstrichen (Dokumentation und Beobachtungsprotokoll AK Gesundheit vom 25.02.2020). Auch in einer abschließenden Stellungnahme der Projektbeteiligten, die bereits unter dem Eindruck der Sars-CoV-2-Pandemie verfasst wurde, wurde betont, dass „die Lebensverhältnisse Älterer in der Kommune beeinflussen, wie ältere Menschen mit gesundheitlichen Belastungen umgehen können“ (Empfehlungen zum AK Gesundheit vom 01.04.2020).

10.2 Rollenverständnisse im Reallabor

Im Folgenden wird dargestellt, welche Rollenverständnisse den Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern im Reallabor in der Gemeinde Ritterhude geprägt haben. Es geht um diejenigen Rollen, die im Rahmen der Aktivitäten des Reallabors eingenommen wurden. Da diese Aktivitäten im Wesentlichen durch das Kernteam getragen wurden, stehen die Rollen des Kernteams hierbei im Vordergrund. Viele weitere Akteur*innen, wie die Vertreter*innen des Sachgebiets Bau, Planung und Umwelt sowie die Bürgermeisterin der Gemeinde Ritterhude, haben den Reallaborprozess als solchen unterstützt und an der Entwicklung der Inhalte mitgewirkt. Ihre Mitwirkung wird in Kapitel 10.3 näher ausgeführt. Abbildung 33 vermittelt einen ersten Eindruck davon, welche Relevanz die einzelnen Rollen in den verschiedenen Phasen des Reallabors hatten. Während zu Beginn des Reallabors Rollen im Vordergrund standen, die mit Datenerhebung und -analyse sowie mit Wissenstransfer assoziiert werden, überwogen zum Ende des Reallabors Rollen, die sich aus dem partizipativen und transformativen Anspruch von Reallaboren ergeben. Die Rollen werden im Weiteren näher charakterisiert.

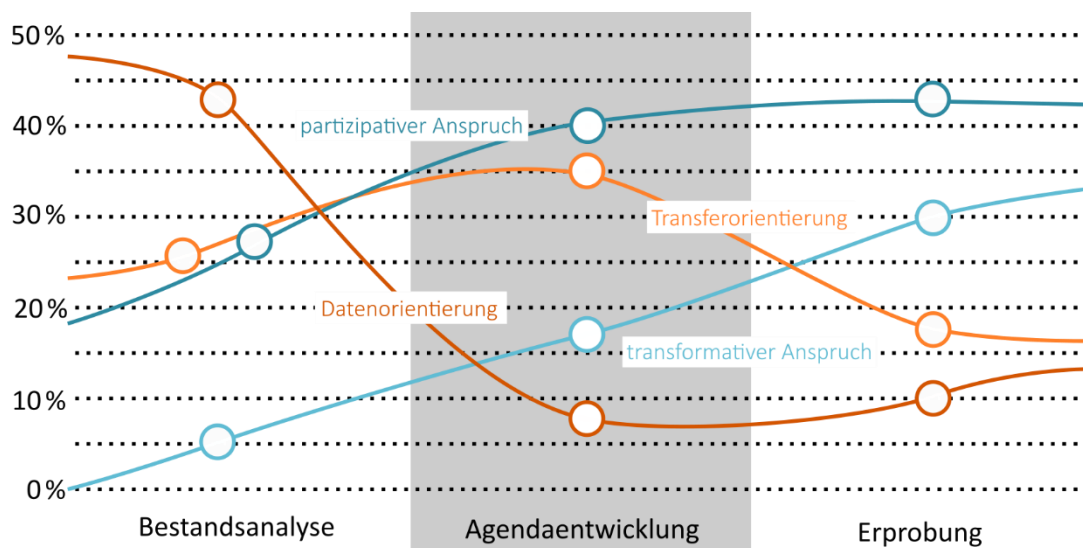


Abbildung 33: Rollen im Reallabor im zeitlichen Verlauf (dargestellt ist der prozentuale Anteil der entsprechenden Kategorien an den Kodierungen in der jeweiligen Phase; eigene Darstellung)

10.2.1 Daten- und Transferorientierung

In der Phase der Bestandsanalyse standen Datenerhebung und -analyse im Vordergrund. Das Kernteam trat folglich zuallererst in der Rolle von Datensammler*innen in Erscheinung. Hierfür stehen die Analyse der Daten des Einwohnermeldeamtes, die GIS-Analyse zur Erreichbarkeit von Nahversorgungsangeboten und die Befragung unter Bewohner*innen ab 60 Jahren. Räumliches und gesundheitsbezogenes Wissen wurde dabei miteinander in Beziehung gesetzt. So machte beispielsweise die kleinräumig differenzierte Analyse der Altersstruktur sichtbar, in welchen Quartieren eine Alterung der Bevölkerung besonders deutlich zutage tritt

(siehe hierzu auch Kapitel 5.2). Die Befragung der Bewohner*innen zeigte wiederum Unterschiede in der Beurteilung der räumlichen Rahmenbedingungen durch unterschiedliche Bevölkerungsgruppen, z.B. basierend auf dem Gesundheitszustand (Dokumentation Bestandsanalyse vom 24.07.2019). In der Phase der Agendaentwicklung, die maßgeblich durch die Zukunftswerkstätten geprägt war, wurde die Datenerhebung dahingehend fortgesetzt, dass Bewohner*innen ab 60 Jahren dazu eingeladen waren, Mängel und Wünsche mitzuteilen (Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019).

Die Wissensproduktion sollte gegenüber der Bevölkerung transparent kommuniziert und das gewonnene Wissen für zukünftige Planungen und Bauvorhaben in der Gemeinde aufbereitet werden. Dieser Anspruch fand seinen Ausdruck in einer Transferorientierung bzw. der Rolle der Wissensvermittler*in. In der Rolle als Wissensvermittler*in betrieb das Kernteam u. a. Öffentlichkeitsarbeit. Neben der Projektdarstellung auf der Webseite der Gemeinde und einer fortlaufenden Pressearbeit wurden das Projekt und erste Zwischenergebnisse zweimal auf dem Wochenmarkt vorgestellt (Ergebnisprotokolle vom 11.09.2018, 08.10.2018, 04.03.2019 und 08.04.2019). Hinsichtlich der Aufbereitung der Projektergebnisse für zukünftige Planungen und Bauvorhaben waren vor allem die Ergebnisse der Zukunftswerkstätten von Interesse. Sie flossen innerhalb des Reallabors in die Stellungnahme zum kommunalen Radförderkonzept ein (Stellungnahme Radförderkonzept vom 06.11.2019) und wurden – über das Reallabor hinaus – in die Fortschreibung des Gemeindeentwicklungskonzepts (Gemeinde Ritterhude/BPW Stadtplanung 2020) sowie das Integrierte Energetische Quartierskonzept Mühlenberg/Baumsiedlung/Am Großen Geeren einbezogen (Gemeinde Ritterhude 2020).

10.2.2 Partizipativer und transformativer Anspruch

Das Reallabor zielte über den Wissenstransfer hinaus auf die direkte Einbeziehung von Multiplikator*innen und der Bevölkerung. In der Phase der Bestandsanalyse wurden Schlüsselpersonen, wie der Senior*innenbeirat, der Behindertenbeauftragte und eine ehrenamtliche Radtourenleiterin des ADFC, frühzeitig einbezogen und dahingehend befragt, wo und wie die Älteren in der Gemeinde Ritterhude angesprochen werden können (Dokumentation Bestandsanalyse vom 24.07.2019). Im Rahmen einer ersten öffentlichen Vorstellung des Projekts auf dem Wochenmarkt konnten Bewohner*innen Orte markieren, an denen sie sich entweder gerne aufhalten und bewegen oder an denen sie Probleme sehen. Darüber hinaus wurde das Projekt bei einem Treffen des Senior*innenbeirats sowie in einer Sportgruppe und bei einem Senior*innen-Frühstück vorgestellt. Für die Befragung wurden vier Multiplikator*innen aus der Bevölkerung geschult, die Fragebögen ausgeteilt und beim Ausfüllen unterstützt haben (Ergebnisprotokolle vom 08.10.2018, 05.11.2018 und 03.12.2018). In der Phase der Agendaentwicklung wurden drei Zukunftswerkstätten durchgeführt, deren Ziel es war, gemeinsam mit den Bewohner*innen Ideen für das Radfahren und Zufußgehen in der Gemeinde Ritterhude zu entwickeln. In drei Phasen wurden (1) Kritikpunkte an den gegebenen Bedingungen

gesammelt, (2) Ideen und mögliche Lösungsansätze formuliert und (3) umsetzbare Schritte ins Auge gefasst (Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019).

Die Projektkoordinatorin in der Gemeinde nahm bei der Kommunikation mit der Bevölkerung die Rolle der Unterstützerin ein. In ihrem Erfahrungsbericht schreibt sie, dass es ihr wichtig war, sehr nah an der Bevölkerung zu sein und diese so häufig wie möglich mit einbeziehen zu können. Dies stellte sich ihrer Einschätzung nach jedoch auch als große Herausforderung heraus. Zum einen waren die Gewinnung von Multiplikator*innen und die organisatorischen Vorbereitungen für die einzelnen Veranstaltungen arbeits- bzw. zeitintensiv. Zum anderen wurden mit diesen Formaten letztlich nur diejenigen Älteren erreicht, die erreicht werden wollten und die ohnehin besonders fit waren. Die Projektkoordinatorin hat im Laufe der Projektlaufzeit zwar einen Pool an Kontakten aufbauen können, eine dauerhafte Zusammenarbeit ist daraus jedoch nicht hervorgegangen (Erfahrungsbericht vom 22.04.2020).

Eine weitere Rolle, die im Laufe des Reallabors zunehmend an Bedeutung gewann, war die der Anstoßgeber*in. Der in dieser Rolle zum Ausdruck kommende transformative Anspruch wurde bereits in der ersten Reflexion thematisiert. Eine beteiligte Wissenschaftlerin äußerte die Erwartung, in der Gemeinde ein Umdenken anzustoßen. Mit einer Gesundheitswissenschaftlerin an der richtigen Stelle und guten Argumenten sollte im Rahmen des Reallabors in der Bevölkerung, der kommunalen Planung und der Kommunalpolitik eine Sensibilisierung für aktive Mobilität und gesundes Altern erreicht werden (Reflexion im Kernteam am 05.12.2018; Reflexion im erweiterten Team am 04.02.2019). Aber auch von kommunaler Seite wurde die Erwartung geäußert, Empfehlungen zu erhalten. Ein Kommunalvertreter wünschte sich demnach eine Planungshilfe, die die Qualifizierung planerischer und baulicher Maßnahmen hinsichtlich der Förderung aktiver Mobilität unterstützt (Reflexion im erweiterten Team am 04.02.2019).

Wie die Projektergebnisse genutzt wurden, um zukünftige Entwicklungen anzustoßen, zeigt die Stellungnahme zum kommunalen Radförderkonzept, die basierend auf den Ergebnissen der Zukunftswerkstätten u. a. auf die Anforderungen an das Straßen- und Wegenetz, die Gestaltung und Ausstattung von Wegen sowie Aspekte der Verkehrssicherheit eingeht (Stellungnahme Radförderkonzept vom 06.11.2019). Zudem wurde eine Begründung für eine Reduzierung der zulässigen Höchstgeschwindigkeit in der Riesstraße auf Tempo 30 verfasst (Antragsbegründung Tempo 30 vom 10.12.2019). Eine entsprechende Beschlussvorlage wurde im Juli 2020 durch das Sachgebiet Sicherheit und Ordnung der Gemeinde in den Gemeinderat eingebracht.

10.3 Interaktionsmuster im Reallabor

Im Folgenden wird dargestellt, welche Interaktionsformen den Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern im Reallabor in der Gemeinde Ritterhude geprägt haben. Im Vordergrund stehen hierbei die transdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis sowie mit der Kommunalpolitik, die intersektorale Zusammenarbeit zwischen Planung und Gesundheit sowie mit anderen Ämtern und der interkommunale Austausch. Abbildung 34 vermittelt einen ersten Eindruck davon, welche Relevanz die unterschiedlichen Interaktionsformen in den verschiedenen Phasen des Reallabors hatten. Zunächst fällt auf, dass die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis über den gesamten Zeitraum die prägende Form der Zusammenarbeit war. Die intersektorale Zusammenarbeit zwischen Planung und Gesundheit und der interkommunale Austausch nahmen jedoch im fortschreitenden Prozess des Reallabors einen immer größeren Anteil ein.

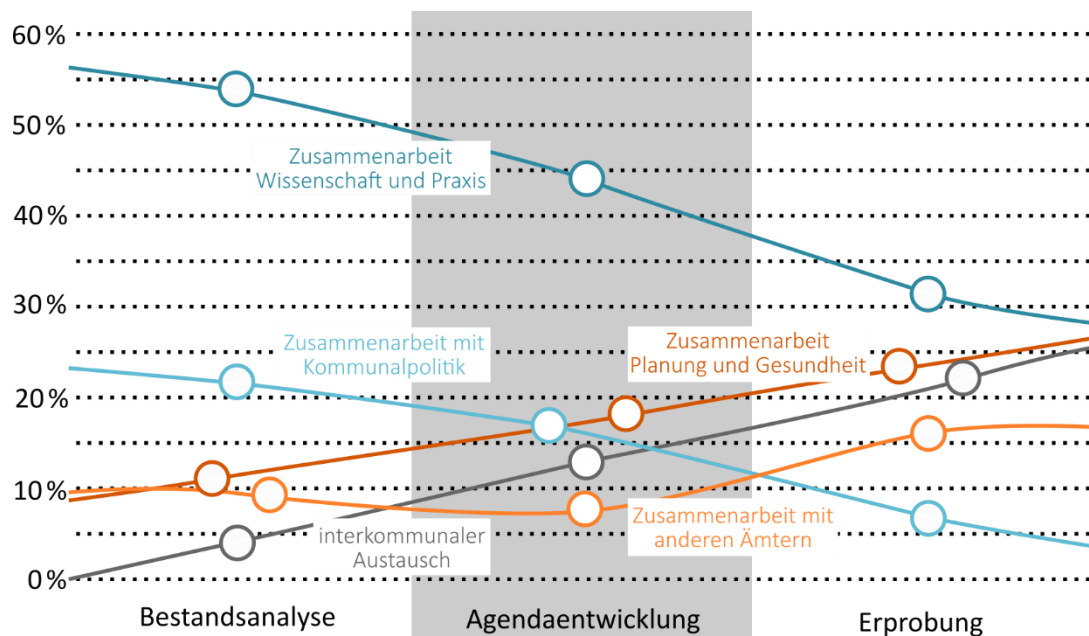


Abbildung 34: Interaktionen im Reallabor im zeitlichen Verlauf (dargestellt ist der prozentuale Anteil der entsprechenden Kategorien an den Kodierungen in der jeweiligen Phase; eigene Darstellung)

10.3.1 Transdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis war für den gesamten Reallaborprozess von großer Bedeutung und immer wieder Gegenstand von Reflexionen. Zentral für die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis war die Bildung des Kernteams aus der in der Gemeinde angestellten Projektkoordinatorin und zwei Wissenschaftlerinnen (siehe Kapitel 5.2.1). Die Inhalte des Reallabors wurden durch das Kernteam in stetiger und enger Zusammenarbeit erarbeitet. Die Zusammenarbeit im Kernteam wurde dabei von den Beteiligten als gleichberechtigt wahrgenommen. Die gemeinsamen Reflexionen unterstützten die Zusammenarbeit dahingehend, dass eine gemeinsame Verständigung über die Inhalte aber auch ein

offener Austausch über Kompetenzen und Zuständigkeiten erfolgte (Reflexion im Kernteam am 05.12.2018).

Das Kernteam selbst sah sich in einer Brückenfunktion zwischen Wissenschaft und Praxis (Reflexion im Kernteam am 05.12.2018). So erfolgte insbesondere in den ersten Projektmonaten eine enge Rückkopplung mit zwei Vertretern des Sachgebiets Bau, Planung und Umwelt. Die Ziele und Methoden der Bestandsanalyse beispielsweise wurden auf diese Weise gemeinsam festgelegt und Zwischenergebnisse fortlaufend diskutiert. Auch die Auswertung der Zukunftswerkstätten erfolgte – vorbereitet durch das Kernteam – bei einem gemeinsamen Treffen mit den Vertretern des Sachgebiets Bau, Planung und Umwelt und den beteiligten Professor*innen. Die anschließende Entwicklung einer gemeinsamen Agenda erfolgte als interaktiver Mini-Workshop ebenfalls in diesem Akteur*innenkreis (Ergebnisprotokoll vom 02.07.2019).

Im Rahmen der ersten Reflexion wurde die Zusammenarbeit mit der Gemeinde von wissenschaftlicher Seite insbesondere deshalb als bereichernd eingeschätzt, weil die Projektinhalte anhand eines Ortes konkretisiert werden konnten. Dem Kernteam mangelte es jedoch zu diesem Zeitpunkt noch an Wissen über den Ort sowie über die Arbeitsabläufe in der Gemeinde. Zudem wurde bereits zu diesem Zeitpunkt festgestellt, dass das Reallabor innerhalb der Gemeinde isoliert zu bleiben schien (Reflexion im Kernteam am 05.12.2018). Dieser Eindruck verfestigte sich im weiteren Verlauf des Reallabors. Die Projektkoordinatorin resümiert in ihrem Erfahrungsbericht, dass sie sich in der Gemeinde bis zum Ende nicht voll zugehörig fühlte: „Es war immer schwierig, ins Alltagsgeschäft zu gelangen“ (Erfahrungsbericht vom 22.04.2020). Innerhalb der Verwaltung, d. h. auch im Austausch mit Kolleg*innen anderer Ämter, wurde das Reallabor als zusätzlich zur regulären Arbeit wahrgenommen. In ihrem Erfahrungsbericht beschreibt die Projektkoordinatorin, dass vielen Kolleg*innen nicht klar war, was ihre Rolle und was der Inhalt ihrer Arbeit war (Erfahrungsbericht vom 22.04.2020).

Um den kommunalen Entscheidungsstrukturen Rechnung zu tragen, sollte die Kommunalpolitik in das Reallabor einbezogen werden. Aus Sicht der Kommunalverwaltung ist es „die Rolle der Kommunalpolitik, die kommunale Planung zu beauftragen, die wiederum die Rahmenbedingungen schafft, die das Mobilitätsverhalten in die gewünschte Richtung verändern“ (Evaluationsbericht vom 03.04.2019). Der Planungsausschuss wurde als das für die Thematik entscheidende kommunalpolitische Gremium erachtet. In einer schriftlichen Befragung im Anschluss an die erste Projektvorstellung äußerten die Mitglieder des Planungsausschusses allgemeine Zustimmung zur inhaltlichen Ausrichtung des Reallabors. Sie wünschten jedoch eine intensivere Einbindung sowohl des Planungsausschusses als auch des Gemeinderats, z. B. über das Ratsinformationssystem (Evaluationsbericht vom 03.04.2019). Gegen Ende des Reallabors wurde dennoch resümiert, dass die Kommunalpolitik über den Planungsausschuss zwar adressiert wurde, eine intensive Auseinandersetzung, z. B. mit den einzelnen Fraktionen, jedoch

nicht erfolgt ist. Vielmehr wurde die Kommunalpolitik über den Projektverlauf, d. h. über bevorstehende Aktionen oder veröffentlichte Ergebnisse, informiert (Reflexion im Kernteam am 05.02.2020).

Schon im Planspiel 2017 war deutlich geworden, dass die Bürgermeisterin – in Niedersachsen zugleich Verwaltungsspitze und Vorsitzende des Rates – eine Schlüsselrolle einnimmt. Nach eigener Aussage gestaltet sie „mit der Politik und meinen Mitarbeitern“ (Beobachtungsprotokoll zum Planspiel am 12.06.2017) die Gemeinde. Außerdem machte die Bürgermeisterin klar: „Wir werden älter. Deshalb muss ich meine Gemeinde entsprechend ausrichten“ (Beobachtungsprotokoll zum Planspiel am 12.06.2017). Auch im Reallabor wurde immer wieder mit der Bürgermeisterin Rücksprache gehalten. Die Einladung zu den Zukunftswerkstätten erfolgte in ihrem Namen und in zwei von drei Zukunftswerkstätten sprach sie das Grußwort. Darüber hinaus nutzte sie ihre Kontakte zu anderen Bürgermeister*innen, um das Projekt in den benachbarten Gemeinden bekannt zu machen und für eine Teilnahme am interkommunalen Arbeitskreis Gesundheit zu werben.

10.3.2 Intersektorale Zusammenarbeit und interkommunaler Austausch

Eines der zentralen Ziele des Reallabors war es, die Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen aus der räumlichen Planung und der Gesundheitsförderung zu stärken (Agenda vom 04.09.2019, Nr. 3). Konkret sollte dies dadurch erreicht werden, dass für die Dauer des Reallabors im Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt der Gemeinde eine Gesundheitswissenschaftlerin eingestellt wurde. Das Reallabor sollte u. a. dazu dienen, die mögliche Rolle einer Gesundheitswissenschaftlerin in einem kommunalen Bau- und Planungsamt zu schärfen. Hierzu sollte auch über die unmittelbaren Aktivitäten des Reallabors hinaus ein inhaltlicher Austausch im Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt angeregt werden. Als mögliche Anknüpfungspunkte hierfür wurden das kommunale Radförderkonzept und die Fortschreibung des Gemeindeentwicklungskonzepts gesehen (Ergebnisprotokoll vom 04.02.2019).

Ein langfristiges Ziel war es, dass in der Gemeinde „zu den Auswirkungen kommunalpolitischer Entscheidungen auf die Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit Stellung genommen (wird)“ (Agenda vom 04.09.2019, Nr. 2). Im Rahmen des Reallabors wurde dies beispielhaft für das kommunale Radförderkonzept erprobt (Stellungnahme Radförderkonzept vom 06.11.2019). Neben einer schriftlichen Stellungnahme war die Projektkoordinatorin – nach gezielter Nachfrage – auch bei Abstimmungen mit dem Auftragnehmer dabei (Ergebnisprotokoll vom 13.01.2020). Darüber hinaus ist es, wie sich in der dritten Reflexion zeigte, nicht gelungen, die Projektkoordinatorin in Routineaufgaben des Sachgebiets Bau, Planung und Umwelt einzubeziehen (Reflexion im erweiterten Team am 06.02.2020).

Zwar wurde nach außen kommuniziert, dass „das Thema Gesundheit bei der Planung von Straßen und Wegen noch stärker in den Fokus rücken“ (Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten

vom 05.11.2019) sollte, jedoch blieb der Gesundheitsbezug auch für die unmittelbar am Reallabor beteiligten Kommunalvertreter*innen teils unklar (Ergebnisprotokoll vom 02.07.2019). Die Projektkoordinatorin legt in ihrem Erfahrungsbericht dar, dass das Thema Gesundheit für viele Kolleg*innen abstrakt war und es schwerfiel, eine Verbindung zum Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt herzustellen. Die Projektkoordinatorin beschreibt ihre Tätigkeit rückblickend als „Aufklärungsarbeit“ (Erfahrungsbericht vom 22.04.2020).

Über die Zusammenarbeit innerhalb des Sachgebiets Bau, Planung und Umwelt hinaus erfolgte eine Zusammenarbeit mit verschiedenen weiteren Sachgebieten der Gemeinde. Eine erste Anlaufstelle, um u. a. Hinweise auf Gruppen und Treffpunkte von Älteren zu erhalten, war bereits in der Bestandsanalyse das Sachgebiet Bildung, Kultur und Freizeit (Dokumentation Bestandsanalyse vom 24.07.2019). In der Erprobungsphase wurden darüber hinaus die Sachgebiete Sicherheit und Ordnung sowie soziale Sicherung einbezogen (Ergebnisprotokoll vom 04.11.2019; Dokumentation AK Gesundheit vom 25.02.2020). Außerdem hatte die Projektkoordinatorin mit dem Sachgebiet Verwaltungsservice zu tun, wenn es um Inhalte für die Homepage oder um Pressearbeit ging. Mit vielen Abläufen im Haus half ihr eine Mitarbeiterin des Personalamts weiter, mit der sie das Büro teilte (Erfahrungsbericht vom 22.04.2020).

Um ein gemeinsames Verständnis für Gesundheit zu entwickeln und Anknüpfungspunkte in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen der Gemeinde zu identifizieren, wurde in der Agenda ein Runder Tisch (später Arbeitskreis) vorgesehen (Agenda vom 04.09.2019, Nr. 1). Auf Wunsch der Bürgermeisterin wurde dieser nicht nur intersektoral, sondern auch interkommunal ausgelegt. An einem Auftakttreffen nahmen neben drei Vertreter*innen der Gemeinde Ritterhude Vertreter*innen aus vier weiteren Städten und Gemeinden des Landkreises teil. Es bestand ein grundsätzliches Interesse an einem interkommunalen Austausch, jedoch wurde von den Teilnehmenden eine thematische Fokussierung und eine Anbindung an die bestehenden Foren für interkommunale Zusammenarbeit im Landkreis empfohlen (Dokumentation AK Gesundheit vom 25.02.2020).

10.4 *Frames und Framing* im Reallabor

Ausgehend von der Zielsetzung, aktive Mobilität auf Alltagswegen in der Gemeinde Ritterhude zu fördern und ein gesundes Altern zu unterstützen, erwiesen sich im Reallabor drei Problemverständnisse als zentral: Das erste Problemverständnis setzt bei dem individuellen Mobilitätsverhalten der älteren Bewohner*innen von Ritterhude und möglichen Mobilitätseinschränkungen an, das zweite zielt auf die räumlichen Rahmenbedingungen für aktive Mobilität und deren Wahrnehmung durch die Bevölkerung und das dritte Problemverständnis thematisiert die Voraussetzungen für ein selbstständiges Leben im Alter (siehe Tabelle 9).

<i>Prägende Problemverständnisse</i>	<i>Prägende Rollenverständnisse</i>	<i>Prägende Interaktionsmuster</i>	<i>Handlungsleitende Frames</i>
<ul style="list-style-type: none"> • autoorientiertes Mobilitätsverhalten und Mobilitätseinschränkungen • als mangelhaft wahrgenommene räumliche Rahmenbedingungen für aktive Mobilität • fehlende Voraussetzungen für ein selbstständiges Leben im Alter 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenorientierung • Transferorientierung • partizipativer Anspruch • transformativer Anspruch 	<ul style="list-style-type: none"> • transdisziplinäre Zusammenarbeit • intersektorale Zusammenarbeit • interkommunaler Austausch 	<ul style="list-style-type: none"> • individuelle Gesundheit • Chancengleichheit • wahrgenommene Sicherheit • Begehrbarkeit • räumliche Erreichbarkeit • gesellschaftliche Teilhabe

Tabelle 9: Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitende *Frames* im Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern im Reallabor

Ausgehend von dem Problemverständnis, dass viele Ältere auch in hohem Alter noch viel mit dem Auto fahren und sich der Vorteile des Radfahrens und Zufußgehens nicht bewusst sind, setzte die Förderung aktiver Mobilität im Reallabor bei der Sensibilisierung der Öffentlichkeit an. Adressiert wurde das individuelle Verhalten, das dahingehend beeinflusst werden sollte, dass die Älteren sich öfter für das Radfahren und Zufußgehen auf Alltagswegen entscheiden. Dieses Problemverständnis und dieser Lösungsansatz wurden vor allem von einem Gemeindevorteiler unterstützt (Reflexion im erweiterten Team am 04.02.2019). Mit der gegenüber der Bevölkerung kommunizierten Botschaft „Wer regelmäßig Rad fährt oder zu Fuß geht, tut (...) seiner Gesundheit etwas Gutes“ (Ergebnisdarstellung Bestandsanalyse vom 16.07.2019; Ergebnisdarstellung Befragung vom 16.07.2019; Ergebnisdarstellung Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019) wurde eine normative Zielrichtung formuliert. Die Verkehrsmittelwahl, d. h. die Entscheidung für oder gegen das Radfahren und Zufußgehen, wurde explizit auf die individuelle Gesundheit bezogen. Individuelle Gesundheit ist hier als ein metakulturelles *Frame* zu verstehen, mittels dessen die älteren Bewohner*innen von Ritterhude zu einer Veränderung ihres Mobilitätsverhaltens angeregt werden sollten.

Ergänzt wurde das am individuellen Mobilitätsverhalten orientierte Problemverständnis durch die Auseinandersetzung mit Mobilitätseinschränkungen. Auch die Mobilitätseinschränkungen setzten bei den individuellen Voraussetzungen für aktive Mobilität an, wurden jedoch mit der Forderung kombiniert, die Bedürfnisse von älteren Radfahrenden und Zufußgehenden in der Planung und Gestaltung von Verkehrsräumen stärker zu berücksichtigen (Reflexion im Kernteam am 05.12.2018). Neben der individuellen Verhaltensänderung setzte die Förderung aktiver Mobilität im Reallabor folglich auf eine Sensibilisierung der Kommunalpolitik und der kommunalen Planung, d. h. eine Adressierung der politischen Verhältnisse. Hierbei wurde z. B. in der Stellungnahme zum Radförderkonzept auf das *Frame* Chancengleichheit Bezug genommen.

Das zweite Problemverständnis spiegelt vor allem die Sichtweise der Bewohner*innen auf die Rad- und Fußwegeinfrastruktur in der Gemeinde wider, die diese im Rahmen der Zukunftswerkstätten einbrachten. Mit fehlenden und unsicheren Wegeverbindungen, dem mangelhaften Zustand der Rad- und Fußwege und einem Mangel an Platz für den Rad- und Fußverkehr wurden hierbei ganz ähnliche Aspekte angesprochen, wie in den Interviews (siehe Kapitel 9.1.1). Allerdings verschob sich die Perspektive dahingehend, dass die Wahrnehmung der räumlichen Rahmenbedingungen in den Vordergrund geriet. An die Stelle der Barrierefreiheit trat hierbei die allgemeine Begeh- und Befahrbarkeit von Straßen und Wegen und an die Stelle der Verkehrssicherheit die wahrgenommene Sicherheit bzw. Verunsicherung im Straßenverkehr. Die Alltagserfahrungen der Bewohner*innen sind anschlussfähig an die bereits in Kapitel 9.4 beschriebenen institutionellen *Action Frames* Barrierefreiheit und Verkehrssicherheit, sind aber nicht mit diesen identisch.

Das dritte Problemverständnis thematisiert Voraussetzungen für ein selbstständiges Leben im Alter. Im Vordergrund standen hierbei die Erreichbarkeit von Alltagszielen und Gelegenheiten zu sozialer Interaktion. Das Problemverständnis knüpft an die bereits in Kapitel 8.4 benannten *Frames* räumliche Erreichbarkeit und gesellschaftliche Teilhabe an. Dabei standen die räumlichen Rahmenbedingungen gegenüber nicht-räumlichen Lösungsansätzen, wie Unterstützungsstrukturen oder die Stärkung individueller Kompetenzen Älterer, im Vordergrund.

Vier Rollenverständnisse prägten den Umgang mit gesundem Altern und aktiver Mobilität im Reallabor. Die von der Datenorientierung ausgehende Rolle als Datensammler*in war insbesondere in der Phase der Bestandsanalyse von Bedeutung. Hierbei stand die Analyse der räumlichen Rahmenbedingungen und des individuellen Verhaltens der Älteren im Vordergrund. Die von der Transferorientierung ausgehende Rolle als Wissensvermittler*in war in den ersten beiden Phasen des Reallabors von Bedeutung und unterstützte diejenigen Lösungsansätze, die auf eine Sensibilisierung – wahlweise der kommunalen Akteur*innen oder der Bevölkerung – zielten. Die vom partizipativen Anspruch ausgehende Rolle als Unterstützer*in entfaltete im Verlauf des Reallabors eine zunehmende Bedeutung und stand in erster Linie für die Ansprache der Bevölkerung und die Adressierung des individuellen Verhaltens. Die Rolle wurde in erster Linie durch die kommunale Projektkoordinatorin ausgefüllt, die in der Bevölkerung Kontakte knüpfte und die verschiedenen Akteur*innen in die Reallaboraktivitäten einbezog. Die vom transformativen Anspruch ausgehende Rolle als Anstoßgeber*in war vor allem in der Erprobungsphase des Reallabors von Bedeutung und unterstützte diejenigen Lösungsansätze, die auf eine Sensibilisierung der kommunalen Akteur*innen zielten, z. B. durch die Stellungnahme zum kommunalen Radförderkonzept und die Antragsbegründung für Tempo 30 auf der Riesstraße.

Bezüglich der Interaktionsmuster überwog ausgehend von dem Forschungsansatz Reallabor die transdisziplinäre Zusammenarbeit. In dem Reallabor in der Gemeinde Ritterhude ist diese

Form der Zusammenarbeit insofern geglückt, dass kommunale und wissenschaftliche Projektbeteiligte an allen Projektschritten beteiligt waren. Die Etablierung des Kernteams und der Abstimmungsstrukturen waren hierfür von zentraler Bedeutung. Jedoch ist wichtig hervorzuheben, dass die Zusammenarbeit in erster Linie innerhalb des Kernteams stattfand und auf den engen Gestaltungsbereich des Reallabors beschränkt geblieben ist. Gerade zu Beginn des Reallabors wurde der Anbindung an kommunale Verwaltungs- und Entscheidungsstrukturen große Aufmerksamkeit geschenkt. Der Austausch mit dem Planungsausschuss als kommunalpolitischem Gremium blieb jedoch weitgehend auf eine einseitige Berichterstattung beschränkt.

Über die transdisziplinäre Zusammenarbeit hinaus war die intersektorale Zusammenarbeit im Reallabor von Bedeutung. Sie fand ihren Ausdruck u. a. in der Anstellung einer Gesundheitswissenschaftlerin im Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt. Eine Einbindung in Routineaufgaben gelang jedoch nicht. Dass eine engere intersektorale Zusammenarbeit nicht gelungen ist, deutet darauf hin, dass – neben den in der vergleichsweise kleinen Gemeinde möglicherweise fehlenden geeigneten Planungsanlässen, den fehlenden personellen Ressourcen und der hohen Auslastung mit anderen Aufgaben – die inhaltlichen Bezüge zwischen Planung und Gesundheit für die kommunalen Akteur*innen nicht deutlich geworden sind. Die Zustimmung des Gemeinderats zum Antrag auf Geschwindigkeitsbegrenzung in der Riesstraße, das Interesse an der Stellungnahme zum Radförderkonzept und die Berücksichtigung der Ergebnisse der Zukunftswerkstätten in weiteren Planungsdokumenten deuten dennoch darauf hin, dass ausgehend von der Zusammenführung der zwei Disziplinen punktuell inhaltliche Impulse gegeben werden konnten. Mit dem gegen Ende des Reallabors durchgeführten Auftakt für einen Arbeitskreis Gesundheit wurde zudem ein interkommunaler Austausch angeregt.

Es fällt auf, dass die handlungsleitenden *Frames* im Reallabor kaum von denen aus der Fallstudienanalyse abweichen. Insbesondere im Umgang mit den Voraussetzungen für ein selbstständiges Leben im Alter wurde mit der räumlichen Erreichbarkeit und der gesellschaftlichen Teilhabe an bereits etablierte *Frames* angeknüpft. Im Umgang mit den räumlichen Rahmenbedingungen des Rad- und Fußverkehrs kam es durch die Beteiligung der Bevölkerung im Rahmen der Zukunftswerkstätten zu einem *Reframing*, das der Wahrnehmung der Infrastruktur durch die Nutzer*innen mehr entspricht. Die handlungsleitenden *Frames* wichen dabei nur in Nuancen von den institutionellen *Action Frames* ab, was möglicherweise die Berücksichtigung dieser Ergebnisse in verschiedenen Planungsdokumenten erleichtert hat. Bezogen auf Mobilitätsverhalten und Mobilitätseinschränkungen wurden mit der individuellen Gesundheit und der Chancengleichheit zwei *Frames* bedient, die so in der Fallstudienanalyse keine bzw. nur eine untergeordnete Rolle spielten. Hier ist also ebenfalls von einem *Reframing* auszugehen, das jedoch so weit von der etablierten Praxis entfernt ist, dass unklar ist, ob es langfristig Relevanz entfalten und den Umgang mit dem Rad- und Fußverkehr über den Zeitraum des Reallabors hinaus verändern wird.

Teil IV: Schlussbetrachtung

Im Folgenden wird der Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung in der Metropolregion Nordwest abschließend charakterisiert. Ausgehend von den in den Handlungsfeldern und dem Reallabor herausgearbeiteten Problemverständnissen, Rollenverständnissen und Interaktionsmustern sowie den jeweils handlungsleitenden *Frames* (siehe Tabelle 10) werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Handlungsfeldern sowie zwischen den Interviews und dem Reallabor herausgestellt. Die im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung in der Metropolregion Nordwest als relevant herausgestellten *Frames* werden abschließend dahingehend eingeschätzt, ob sie eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung unterstützen. Zudem wird der Forschungszugang – sowohl in Hinblick auf die Fallstudienanalyse als auch in Hinblick auf das Reallabor – reflektiert.

	<i>Prägende Problemverständnisse</i>	<i>Prägende Rollenverständnisse</i>	<i>Prägende Interaktionsmuster</i>	<i>Handlungsleitende Frames</i>
<i>Gesundheitl. Risiken</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Verunreinigungen von Luft und Wasser • Lärm, Infraschall und elektromagnetische Strahlung 	<ul style="list-style-type: none"> • grenzwertbezogene Prüfung 	<ul style="list-style-type: none"> • formalisierte Behördenbeteiligung • Widerstand der Bevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Schutzgut menschliche Gesundheit • Gefahrenabwehr
<i>Körperliche Aktivität</i>	<ul style="list-style-type: none"> • (fehlende) Gelegenheiten für Sport und Bewegung 	<ul style="list-style-type: none"> • uneindeutiger gesetzlicher Auftrag • themenbezogene Koordination und Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> • interkommunale und intersektorale Vernetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche Fitness • Lebenswelt
<i>(Gesundes) Altern</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ausgedünnte Versorgungsstrukturen • fehlende Unterstützungsstrukturen 	<ul style="list-style-type: none"> • kommunale Verantwortungsübernahme • raumbezogene Steuerung 	<ul style="list-style-type: none"> • interkommunale Zusammenarbeit • Bürger*innenbeteiligung und Ehrenamt 	<ul style="list-style-type: none"> • räumliche Erreichbarkeit • gesellschaftliche Teilhabe • demografische Alterung • demografische Schrumpfung
<i>Aktive Mobilität</i>	<ul style="list-style-type: none"> • weite Entfernungen und wenig Platz für den Rad- und Fußverkehr • Unfallgefahren und Mobilitätseinschränkungen 	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende kommunale Zuständigkeiten • regelkonformer Rad- und Fußwegeausbau 	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Behördenbeteiligung • Interessenvertretung und Bürger*innenbeteiligung 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufenthaltsqualität • Verkehrssicherheit • Barrierefreiheit • demografische Alterung
<i>Reallabor</i>	<ul style="list-style-type: none"> • autoorientiertes Mobilitätsverhalten und Mobilitätseinschränkungen • als mangelhaft wahrgenommene räumliche Rahmenbedingungen für aktive Mobilität • fehlende Voraussetzungen für ein selbstständiges Leben im Alter 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenorientierung • Transferorientierung • partizipativer Anspruch • transformativer Anspruch 	<ul style="list-style-type: none"> • transdisziplinäre Zusammenarbeit • intersektorale Zusammenarbeit • interkommunaler Austausch 	<ul style="list-style-type: none"> • individuelle Gesundheit • Chancengleichheit • wahrgenommene Sicherheit • Begehbarkeit • räumliche Erreichbarkeit • gesellschaftliche Teilhabe

Tabelle 10: Übersicht über Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster sowie handlungsleitende *Frames* in den vier Handlungsfeldern und dem Reallabor

11 Problemverständnisse im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit

Mittels der empirischen *Framing*-Analyse wurde herausgearbeitet, welche Problemverständnisse den Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung in der Untersuchungsregion prägen (Untersuchungsfrage 1, siehe Box auf Seite 8). Zunächst kann festgestellt werden, dass sich die Problemverständnisse im kommunalen Handeln in der Metropolregion Nordwest zwischen den vier untersuchten Handlungsfeldern stark unterscheiden und in sehr unterschiedlichem Maß auf aktive Mobilität, Altern und Gesundheit Bezug nehmen. Im Umgang mit gesundheitlichen Risiken steht Gesundheit im Vordergrund. Bezüge zur Mobilität sind allenfalls indirekt über die Luftverschmutzung und Lärmbelastung gegeben. Auch das Altern bzw. die Älteren als potenziell vulnerable Gruppe werden in diesem Zusammenhang nur in Einzelfällen thematisiert. Im Umgang mit körperlicher Aktivität stehen das individuelle Gesundheitsverhalten und die körperliche Fitness im Vordergrund. Die Förderung aktiver Mobilität spielt dabei bisher kaum eine Rolle. Im Umgang mit (gesundem) Altern stehen die allgemeinen Lebensverhältnisse, z. B. bezüglich der ärztlichen Versorgung, der Nahversorgung und der Unterstützung im Alltag, im Vordergrund. Im Umgang mit aktiver Mobilität geht es um die konkrete Ausgestaltung und Nutzung der Straßenräume. Gesundheit und Altern werden hierbei im Sinne gesundheitsbedingter Mobilitätseinschränkungen berücksichtigt. Die Problemverständnisse im Reallabor sind teils sehr ähnlich gelagert, deuten punktuell aber auf eine Ausweitung bzw. ein *Reframing* des Problemverständnisses hin. Im Folgenden werden die Problemverständnisse im Umgang mit Gesundheit, (gesundem) Altern und aktiver Mobilität abschließend charakterisiert.

11.1 Gesundheit zwischen umweltbezogenen Risiken und körperlicher Fitness

Im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion steht der Umgang mit gesundheitlichen Risiken gegenüber dem Umgang mit Aspekten der Gesundheitsförderung, wie der Förderung körperlicher Aktivität, im Vordergrund. Der Fokus liegt ausgehend von den handlungsleitenden *Frames* Schutzgut menschliche Gesundheit und Gefahrenabwehr auf umweltbezogenen Gesundheitsrisiken (siehe Kapitel 6.4). Der Umgang mit gesundheitlichen Risiken ist durch eine pathogenetische Sichtweise, d. h. ein Verständnis von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, geprägt und die an gesetzlichen Standards orientierte Gefahrenabwehr überwiegt gegenüber dem Vorsorgeprinzip. Dies deckt sich mit einer Untersuchung des Gesundheitsverständnisses von Stadtplaner*innen in deutschen Großstädten, die Rodenstein bereits in den 1980er Jahren durchführte (Rodenstein 1991, 48). Auch Rodenstein kommt zu dem Schluss, dass in der Stadtplanung ein „enges“, medizinisch-naturwissenschaftliches Gesundheitsverständnis, das Gesundheit mit der Abwesenheit von Krankheit gleichsetzt, überwiegt und dass

lediglich objektivierbare, medizinisch bzw. naturwissenschaftlich nachweisbare Einflussfaktoren Berücksichtigung finden (Rodenstein 1991, 51). Hendriks et al. beobachten ausgehend von der Implementierung von HiAP in niederländischen Kommunen ebenfalls, dass bei Nicht-Gesundheitsakteur*innen ein enges Gesundheitsverständnis, d. h. ein Verständnis von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, überwiegt (Hendriks et al. 2015, 54).

Im Umgang mit körperlicher Aktivität wird Gesundheit in erster Linie in einer Ausrichtung auf körperliche Fitness adressiert (siehe Kapitel 7.4). Nur im Landkreis 5 wird im Zusammenhang mit der Gesundheitsregion ein Verständnis von Gesundheitsförderung expliziert, dass den Einzelnen befähigt, seine Gesundheit zu erhalten. Adressiert wird in erster Linie das Individuum, teils jedoch über eine entsprechende Ausgestaltung der Lebenswelt, z. B. durch die Schaffung von Bewegungsorten oder Angeboten zur Bewegungsförderung in Pflegeeinrichtungen. Ähnlich ist die Verknüpfung von aktiver Mobilität und individueller Gesundheit im Reallabor einzuordnen. Ausgehend von dem gesundheitlichen Nutzen aktiver Mobilität sollte hier die Bevölkerung zu einer Verhaltensänderung angeregt werden (siehe Kapitel 10.4).

Auf die Gesundheitsdeterminanten (siehe Kapitel 3.2) wird im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion nicht explizit Bezug genommen. Darin bestätigt sich die Einschätzung von Baum et al.: „So while ‚health‘ in terms of disease and health care has high visibility and is high on governmental agendas, the determinants of health largely remain as ‚conditions‘ rather than ‚problems‘ gaining serious policy attention“ (Baum et al. 2013, 196). Auch die Vulnerabilität einzelner Bevölkerungsgruppen, z. B. aufgrund von Vorerkrankungen, findet im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion kaum Berücksichtigung. Bunge kommt – jenseits der Untersuchungsregion – ebenfalls zu dem Schluss, dass „unterschiedliche Vulnerabilität von Bevölkerungsgruppen gegenüber Umwelteinflüssen bisher in Planverfahren kaum betrachtet (wird)“ (Bunge 2020, 153). Die sozial ungleiche Verteilung von Umweltbelastungen und Umweltqualitäten, wie sie im Zusammenhang mit dem Leitbild Umweltgerechtigkeit thematisiert wird (siehe Kapitel 3.1.2), findet im kommunalen Handeln in der Metropolregion Nordwest bisher ebenfalls nur in Einzelfällen Berücksichtigung. Mit dem *Frame* der Chancengleichheit wurde im Reallabor versucht, zusätzlich zu der auf das Individuum fokussierten auch eine bevölkerungsbezogene Sichtweise auf Gesundheit anzubieten, jedoch ist bisher offen, ob diese im kommunalen Handeln Resonanz findet (siehe Kapitel 10.4).

11.2 (Gesundes) Altern zwischen räumlicher Erreichbarkeit und gesellschaftlicher Teilhabe

Im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung in der Metropolregion Nordwest werden wichtige Rahmenbedingungen für ein (gesundes) Altern adressiert, die aber nicht immer als gesundheitlich relevant erkannt werden. Ausgehend von dem *Frame* der räumlichen Erreichbarkeit werden in erster Linie „Versorgungsfragen“ (Landkreis 1, Abs. 83) thematisiert. Diese umfassen die ärztliche Versorgung und die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs. Ausgehend von dem

Frame der gesellschaftlichen Teilhabe werden darüber hinaus Fragen des Wohnens und der Mobilität sowie Unterstützungsstrukturen im Alltag und die Förderung sozialer Interaktion thematisiert (siehe Kapitel 8.4). Es überwiegt eine räumlich-infrastrukturelle Sichtweise auf die Lebensbedingungen, die ein gesundes Altern ermöglichen. Mit Ausnahme der ärztlichen Versorgung werden diese in den meisten Fällen nicht als gesundheitlich relevant erkannt.

Im Reallabor wurden mit der Analyse der Erreichbarkeit von Alltagszielen und der Auseinandersetzung mit sozialen Treffpunkten viele der bereits in den Interviews genannten Aspekte aufgegriffen. Mit dem Fokus auf ein selbstständiges Leben im Alter wurde vor allem an das *Frame* der gesellschaftlichen Teilhabe angeschlossen (siehe Kapitel 10.4). Auch im Rahmen des Reallabors fiel es jedoch schwer, ein Verständnis für die gesundheitliche Bedeutung der allgemeinen Lebensbedingungen zu schaffen. In Gesprächen mit Vertreter*innen verschiedener Sachgebiete der Gemeinde sowie beim Auftakttreffen zum interkommunalen Arbeitskreis Gesundheit wurde versucht, ein solches Verständnis ausgehend von dem Modell der Gesundheitsdeterminanten zu stärken.

Auf das Leitbild gesundes Altern (siehe Kapitel 3.3.1) wird im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion nicht explizit Bezug genommen. Die Intention, das Älterwerden in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, ist aber grundsätzlich anschlussfähig an die im Leitbild enthaltene Vorstellung eines *ageing in place* (World Health Organization 2015b, 36). Neben einer angemessenen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung werden mit angemessenem Wohnraum, Mobilität und der Möglichkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gleich mehrere Voraussetzungen für gesundes Altern in den Kommunen berücksichtigt. In Abgrenzung zu Ansätzen einer alternsgerechten Quartiersentwicklung, die die soziale und gebaute Umwelt gleichermaßen adressieren (siehe Kapitel 3.3.2), überwiegen im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion infrastrukturelle Fragen gegenüber sozialen.

Sowohl im Umgang mit (gesundem) Altern als auch im Umgang mit aktiver Mobilität erweist sich zudem die demografische Alterung als ein handlungsleitendes *Frame*. In beiden Handlungsfeldern werden mit dem *Frame* vor allem mögliche altersbedingte Einschränkungen und erforderliche Unterstützungsstrukturen verknüpft. Die von der WHO geforderte Abkehr von stereotypen Altersbildern (World Health Organization 2015b, 218–219) findet sich im kommunalen Handeln nicht wieder. Auch der Diversität der Älteren wird nur begrenzt Rechnung getragen. Dabei ist im Umgang mit der demografischen Alterung von einer „Pluralisierung von Lebenslagen“ (Beetz 2009, 120) auszugehen, da sich Ältere maßgeblich, z. B. hinsichtlich des Bildungsstands, der Einkommenssituation sowie der Haushalts- und Familienstrukturen, unterscheiden.

Im Reallabor wurde ebenfalls auf die demografische Alterung Bezug genommen. Jedoch blieb das *Frame* hier umstritten. Während die Bürgermeisterin aus der Alterung der Bevölkerung einen klaren Handlungsauftrag für die Gemeinde ableitete, sich den veränderten Bedürfnissen

anzupassen, betonte ein Vertreter des Sachgebiets Bau, Planung und Umwelt, dass auch andere Bevölkerungsgruppen wachsen, z. B. durch den Zuzug junger Familien. Aus kommunaler Sicht sollten die Bedürfnisse von Älteren nicht in Konkurrenz z. B. zu den Bedürfnissen von Kindern stehen.

11.3 Aktive Mobilität zwischen Verkehrssicherheit und individueller Gesundheit

Der kommunale Umgang mit aktiver Mobilität, d. h. dem aktiven Zurücklegen von Alltagswegen, z. B. zu Fuß oder mit dem Fahrrad, ist in der Untersuchungsregion durch verschiedene handlungsleitende *Frames* geprägt, die unterschiedliche Aspekte des Themas beleuchten. Erstens gibt es eine Auseinandersetzung mit den gebauten Verkehrsinfrastrukturen und Straßenräumen. Hierbei wird u. a. die Aufteilung des Straßenraums wiederholt thematisiert. Zweitens erfolgt eine Auseinandersetzung mit den Mobilitätsbedürfnissen Älterer, wobei angenommen wird, dass Ältere in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Ausgehend von diesem Problemverständnis erlangen Verkehrssicherheit und Barrierefreiheit als handlungsleitende *Frames* Gewicht (siehe Kapitel 9.4).

Daten zur Mobilität in Deutschland (MiD) legen nahe, dass gesundheitsbedingte Mobilitätseinschränkungen im Alter tatsächlich zunehmen. So ist im Alter von 60 bis 70 Jahren circa jede fünfte, im Alter von 70 bis 80 Jahren fast jede dritte und im Alter über 80 Jahren etwa jede zweite Person gesundheitlich eingeschränkt. Mit steigendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass eine gesundheitliche Einschränkung eine Einschränkung der Mobilität mit sich bringt. So sind beispielsweise Frauen über 80 Jahren zu 45% durch eine gesundheitliche Einschränkung in ihrer Mobilität eingeschränkt (Nobis/Kuhnimhof 2018, 99–100). Die Anerkennung von möglichen Mobilitätseinschränkungen im kommunalen Handeln ist folglich wichtig. Die weitgehende Gleichsetzung von Mobilität im Alter mit eingeschränkter Mobilität bringt jedoch ein einseitiges Altersbild zum Ausdruck, das droht, in einer pauschalisierenden Betrachtung Älterer zu münden.

Im Rahmen des Reallabors wurden im Umgang mit aktiver Mobilität ähnliche Aspekte adressiert wie in den Interviews. Insbesondere im Rahmen der Zukunftswerkstätten wurden die räumlichen Rahmenbedingungen aber deutlich stärker aus der Nutzer*innenperspektive betrachtet. In diesem Zuge kam es zu einer Ausweitung des Verständnisses von Barrierefreiheit hin zu der allgemeinen Begeh- und Befahrbarkeit von Wegen sowie des Verständnisses von Verkehrssicherheit hin zu wahrgenommener Sicherheit und möglicher Verunsicherung im Straßenverkehr (siehe Kapitel 10.4). Jenseits der eher physisch-technischen Anforderungen an Barrierefreiheit und Verkehrssicherheit wurden folglich im Reallabor auch Wahrnehmungsaspekte berücksichtigt, die anschlussfähig an ein weites Verständnis von *Walkability* sind (siehe Kapitel 3.4.2). Dass gerade diese Informationen im Rahmen kommunaler Planungen, z. B. der Fortschreibung des Gemeindeentwicklungskonzepts und des Energetischen Quartierskonzepts, aufgegriffen wurden, unterstreicht die Akzeptanz dieser Sichtweise.

Der im Reallabor gewählten Verknüpfung von aktiver Mobilität und individueller Gesundheit lag hingegen eine starke Betonung des individuellen Verhaltens gegenüber den räumlichen Verhältnissen zugrunde. Die starke Betonung auf „aktiv“ bewirkte möglicherweise, dass sich vor allem diejenigen Bewohner*innen angesprochen fühlten, die sich bereits als „aktiv“ wahrnehmen. Während der starke Fokus auf Mobilitätseinschränkungen in den Interviews die aktiveren Älteren aus dem Blick verlor, drohte das *Framing* im Reallabor damit ausschließlich gegenüber den weniger Aktiven zu sein.

12 Rollenverständnisse im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit

Neben den Problemverständnissen wurde im Zuge der empirischen *Framing*-Analyse auch herausgearbeitet, welche Rolle(n) die am kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung Beteiligten in Bezug auf aktive Mobilität, Altern und Gesundheit in der Untersuchungsregion einnehmen (Untersuchungsfrage 2, siehe Box auf Seite 8). Die Analyse zeigt, dass zwischen kommunalen Rollenverständnissen, fachlichen Rollenverständnissen und wissenschaftlichen Rollenverständnissen zu unterscheiden ist. Kommunale Rollenverständnisse kommen z. B. in der kommunalen Verantwortungsübernahme im Umgang mit (gesundem) Altern, in der fehlenden kommunalen Zuständigkeit im Umgang mit aktiver Mobilität sowie im uneindeutigen gesetzlichen Auftrag im Umgang mit körperlicher Aktivität zum Ausdruck. Fachliche Rollenverständnisse spiegeln sich hingegen in der raumbezogenen Steuerung im Umgang mit dem (gesunden) Altern, dem regelkonformen Rad- und Fußwegeausbau, der grenzwertbezogenen Prüfung gesundheitlicher Risiken sowie der themenbezogenen Koordination und Unterstützung im Umgang mit körperlicher Aktivität. Wissenschaftliche Rollenverständnisse waren dagegen im Reallabor von Bedeutung. Im Folgenden werden die Rollenverständnisse im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit abschließend charakterisiert.

12.1 Kommunale Rollenverständnisse zwischen Verantwortungsübernahme und Nicht-Zuständigkeit

In der Untersuchungsregion ist das kommunale Handeln im Umgang mit (gesundem) Altern von einer expliziten Verantwortungsübernahme geprägt, d. h. die kommunalen Akteur*innen sehen sich selbst in der Verantwortung, eine „Daseinsvorsorge vor Ort“ (Landkreis 1, Abs. 168) zu gewährleisten bzw. zu sichern (siehe Kapitel 8.4). Oft geht dies mit einem expliziten kommunalpolitischen Auftrag, z. B. zur Auseinandersetzung mit den Folgen des demografischen Wandels (Landkreis 4) oder zur Schaffung von Bleibeperspektiven für Ältere (Gemeinde 6), einher. In einem deutlichen Kontrast dazu steht die fehlende kommunale Zuständigkeit im Umgang mit aktiver Mobilität (siehe Kapitel 9.2.1). Ausgehend von der Aufteilung der Straßenbaulast auf das Land, die Kreise und die Gemeinden und der mit Ausnahme der Verkehrssicherungspflicht geringen rechtlichen Verankerung der Rad- und Fußverkehrsförderung (siehe Kapitel 3.4), schätzen die kommunalen Akteur*innen, insbesondere in den Landkreisen, ihre diesbezüglichen Handlungsmöglichkeiten und ihre Steuerungswirkung als gering ein. So bleibt kommunales Handeln im Umgang mit aktiver Mobilität mit Ausnahme der kreisfreien Städte auf einzelne Maßnahmen, z. B. in Hinblick auf den Radtourismus oder den Umbau einzelner Straßenzüge, beschränkt. Auch im Umgang mit körperlicher Aktivität und Gesundheitsförderung ist ein Ringen um kommunale Zuständigkeiten und den eigenen Handlungsspielraum zu erkennen. Insbesondere bei der Frage, ob Gesundheitsförderung in den Aufgabenbereich der

kommunalen Gesundheitsämter fällt oder nicht, besteht erkennbar Uneinigkeit (siehe Kapitel 7.2.1).

Sowohl in Bezug auf aktive Mobilität als auch in Bezug auf Gesundheitsförderung unterstreicht die empirische Untersuchung die Hemmnisse für ein problembezogenes und querschnittsorientiertes Handeln in der Kommune. Die arbeitsteilige und hierarchische Organisation des Verwaltungshandelns sowie die eindeutige Zuweisung von Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und standardisierten Arbeitsprozessen (siehe Kapitel 2.2) scheinen eine gemeinsame Verantwortungsübernahme zu erschweren. Die Erfahrungen in der Untersuchungsregion sind folglich vergleichbar mit den internationalen Erfahrungen im Zusammenhang mit einer lokalen Implementierung von HiAP (siehe Kapitel 2.1.2). Zugleich wird ausgehend von der „Querschnittsaufgabe demografischer Wandel“ (Mäding 2020, 169) aber auch ein mögliches Umdenken erkennbar. Mit der demografischen Alterung ist ein handlungsleitendes *Frame* vorhanden, das zwar im Einzelnen unterschiedlich interpretiert werden kann, aber einen gemeinsamen Bezugsrahmen bietet. Der hieran anknüpfenden kommunalen Verantwortungsübernahme im Umgang mit (gesundem) Altern ging, wie eine Landkreisvertreterin ausführt, ein langer Prozess der Sensibilisierung voraus: „Es kommt ja von allen Seiten, also es durchdringt quasi so langsam jede Pore und (...) je größer diese Durchdringung ist, desto größer wird natürlich auch der Handlungsdruck“ (Landkreis 4, Abs. 76).

12.2 Fachliche Rollenverständnisse zwischen raumbezogener Steuerung und Befähigung

In der empirischen *Framing*-Analyse kommen in den vier untersuchten Handlungsfeldern unterschiedliche fachliche Rollenverständnisse zum Tragen. Im Umgang mit (gesundem) Altern ist das kommunale Handeln in der Untersuchungsregion vor allem durch das fachliche Rollenverständnis der raumbezogenen Steuerung geprägt (siehe Kapitel 8.2.2). Im Umgang mit aktiver Mobilität überwiegt im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion – die kreisfreien Städte ausgenommen – eine auf Detailfragen fokussierte technische Problemlösung, die auf den regelkonformen Ausbau der Rad- und Fußwegeinfrastruktur zielt (siehe Kapitel 9.2.2). Im Umgang mit gesundheitlichen Risiken steht eine grenzwertbezogene Prüfung im Vordergrund, die von Planer*innen und Gesundheitsvertreter*innen gleichermaßen vorgenommen wird (siehe Kapitel 6.2.1).

Ein weiteres fachliches Rollenverständnis ist das der themenbezogenen Koordination und Unterstützung. Im Umgang mit körperlicher Aktivität und Gesundheitsförderung im Allgemeinen füllen Vertreter*innen der Gesundheitsämter diese Rolle insbesondere im Kontext der Gesundheitsregionen aus. Die Rolle wird dabei bewusst von einem früheren, eher gesundheitspolizeilichen Verständnis des ÖGD abgegrenzt (siehe Kapitel 7.2.2). Aber auch im Umgang mit (gesundem) Altern wird von einzelnen, in der Regel Nicht-Planer*innen, eine vergleichbare Rolle eingenommen. Im Rahmen des Reallabors nahm die kommunale Projektkoordinatorin ausgehend von einem partizipativen Anspruch ebenfalls die Rolle einer Unterstützerin ein

(siehe Kapitel 10.2.2). Im Umgang mit aktiver Mobilität fehlt eine vergleichbare Rolle – obwohl auch hier zunehmend auf die Bedeutung kommunikativer Aufgaben verwiesen wird (Deffner 2018, 417).

Die identifizierten fachlichen Rollenverständnisse weisen Ähnlichkeiten mit den Planungs- und Rollenverständnissen auf, die in einer Befragung unter Stadtplaner*innen erhoben wurden, die in deutschen Mittelstädten tätig sind (Othengrafen/Levin-Keitel 2019, 116–117). Die raumbezogene Steuerung erweist sich in dieser Untersuchung als das planerische Rollenverständnis, das mit 95 % der Befragten die höchste Zustimmung erfuhr (Othengrafen/Levin-Keitel 2019, 117–118). Ein Verständnis von Planung als technische Aufgabe – wie es sich in der Untersuchungsregion im regelkonformen Ausbau der Rad- und Fußwegeinfrastruktur wiederfindet – ist mit einer Zustimmung durch 80 % der Befragten ebenfalls weitverbreitet (Othengrafen/Levin-Keitel 2019, 117–118). Die prüfende Herangehensweise findet sich in der Untersuchung von Othengrafen und Levin-Keitel nicht als eigenes Rollenverständnis wieder. Jedoch wird eine starke Orientierung an formellen Prozessen und eine Tendenz zur Formalisierung von Planungsprozessen beschrieben, die sich aus dem Erfordernis, rechtssichere Pläne zu erstellen und Verfahren rechtssicher durchzuführen, ergibt (Othengrafen/Levin-Keitel 2019, 122). Nur 45 % der Planer*innen in Mittelstädten sehen es als ihre Rolle, für die Interessen von benachteiligten Gruppen einzutreten (Othengrafen/Levin-Keitel 2019, 117–118). In der Untersuchungsregion kann eine vergleichbare Rolle nicht identifiziert werden. Eine solche Rolle könnte jedoch von Bedeutung sein, wenn das kommunale Handeln stärker an Vulnerabilität und Umweltgerechtigkeit ausgerichtet würde.

Die verschiedenen Rollen konkurrieren Othengrafen und Levin-Keitel zufolge nicht miteinander, sondern werden gebraucht, um unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen, mit denen die räumliche Planung konfrontiert ist (Othengrafen/Levin-Keitel 2019, 121). Eine Vielfalt von Rollen erscheint auch im Handeln des ÖGD erforderlich. So zählen zu den Aufgaben des ÖGD sowohl Kontroll- und Überwachungsaufgaben, z. B. im Infektionsschutz, als auch koordinierende und vernetzende Tätigkeiten, z. B. im Rahmen von Gesundheitskonferenzen (siehe Kapitel 2.2.2). Die Gleichzeitigkeit von hoheitlichen und partnerschaftlichen Arbeitsweisen gelten als eine zentrale Herausforderung für die interne Ausrichtung der Gesundheitsämter, aber auch für die intersektorale Zusammenarbeit mit anderen Ämtern (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen 2017, 3).

12.3 Wissenschaftliche Rollenverständnisse zwischen Transfer und Transformation

Im Reallabor standen die Rollen der in der Gemeinde angestellten Projektkoordinatorin und der beteiligten Wissenschaftler*innen im Vordergrund. Ihre Rollen waren durch eine Daten- und Transferorientierung sowie einen partizipativen und transformativen Anspruch geprägt (siehe Kapitel 10.4). Die Rollen waren dabei weniger durch die Gegenstände aktive Mobilität

und gesundes Altern geprägt als durch den Forschungsansatz Reallabor. Sie weisen große Ähnlichkeit mit den von Wittmayer und Schöpke (2014) im Kontext von Nachhaltigkeitstransitionen herausgearbeiteten Rollen auf.

Die Rolle als Datensammler*in, die im Rahmen des Reallabors vor allem in der Phase der Bestandsanalyse von Bedeutung war, steht der analytischen Rolle nahe, die Wittmayer und Schöpke als *reflective scientist* bezeichnen. Der/die *reflective scientist* sammelt, analysiert und interpretiert Daten zumeist aus einer beobachtenden Perspektive und orientiert sich dabei an den in der jeweiligen wissenschaftlichen Disziplin geltenden Qualitätsstandards (Wittmayer/Schöpke 2014, 487–488). Die Rolle als Wissensvermittler*in, die über den gesamten Reallabor-Prozess von Bedeutung war, steht dem/der *knowledge broker* nahe, der/die zwischen unterschiedlichen Perspektiven zu vermitteln versucht (Wittmayer/Schöpke 2014, 488).

Die Rolle als Unterstützer*in wiederum steht der Rolle des/der *process facilitator* nahe. Bei Wittmayer und Schöpke initiiert und gestaltet der/die *process facilitator* sowohl den Gesamtprozess als auch prozessbegleitende Aktivitäten. Hierzu zählt es, Teilnehmende anzusprechen und dafür Sorge zu tragen, dass möglichst viele Standpunkte in den Prozess eingebracht werden können (Wittmayer/Schöpke 2014, 488). Die Rolle als Anstoßgeber*in schließlich ist vergleichbar mit dem/der *change agent* bei Wittmayer und Schöpke, der/die Veränderungen außerhalb des unmittelbaren Projektkontexts anstößt und damit die Bedeutung von Vertrauensbildung, Motivation und *Empowerment* unterstreicht (Wittmayer/Schöpke 2014, 488–489).

Wissenschaftler*innen nehmen im Kontext transdisziplinärer und transformativer Forschung nicht nur analytische, sondern zunehmend prozess-orientierte Rollen ein (Wittmayer/Schöpke 2014, 483–484). In den Rollen kommen geänderte Anforderungen an die Wissenschaft zum Ausdruck, die zunehmend auf eine Ko-Produktion von wissenschaftlichem Wissen zielen. Corburn erachtet eine solche Ko-Produktion auch in der gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung als wichtig, um den Unsicherheiten und der Komplexität der Problemlagen gerecht zu werden (Corburn 2009, 88–89). Die Ko-Produktion von wissenschaftlichem Wissen im Kontext einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung steht, Corburn zufolge, für die Integration verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen, für neue Methoden der Wissensgenerierung und eine Berücksichtigung der sozialen, kulturellen und politischen Dimension der Wissensproduktion (Corburn 2009, 89). Er knüpft damit an eine *post-normal science* an, die neben den in standardisierten wissenschaftlichen Routinen erhobenen Fakten beispielsweise auch ethische Erwägungen als relevant erachtet (Funtowicz/Ravetz 1993, 750). Eine Problemlösung erfordert demnach eine Ausweitung des als kompetent anerkannten Akteur*innenkreises und des berücksichtigten Wissens (Funtowicz/Ravetz 1993, 754–755). Dabei geht es nicht nur um das Wissen selbst, sondern auch darum zu untersuchen, „how knowledge is applied, stabilized, and institutionalized over time“ (Corburn 2009, 89).

13 Interaktionsmuster im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit

Über Problem- und Rollenverständnisse hinaus waren auch Interaktionsmuster Gegenstand der empirischen *Framing*-Analyse. Herausgearbeitet wurden solche Interaktionen bzw. Formen der Zusammenarbeit, die den Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung in der Untersuchungsregion prägen (Untersuchungsfrage 3, siehe Box auf Seite 8). Zwischen den vier untersuchten Handlungsfeldern zeigen sich zunächst viele Parallelen. Jedoch sind manche Interaktionsmuster in einzelnen Handlungsfeldern stärker ausgeprägt als in anderen. Im Vordergrund stand in der empirischen Analyse – ausgehend vom Untersuchungsgegenstand – die intersektorale Zusammenarbeit, insbesondere zwischen räumlicher Planung und ÖGD. Darüber hinaus erweisen sich aber auch die interkommunale Zusammenarbeit und die Beteiligung von Bewohner*innen als relevant für das kommunale Handeln in den untersuchten Handlungsfeldern. Die Zusammenarbeit zwischen räumlicher Planung und ÖGD ist im Umgang mit gesundheitlichen Risiken besonders stark ausgeprägt. Im Umgang mit aktiver Mobilität fehlt sie dagegen nahezu vollständig. Die interkommunale Zusammenarbeit ist im Umgang mit (gesundem) Altern stark ausgeprägt, fasst zunehmend aber auch im Umgang mit Gesundheitsförderung Fuß. Die Beteiligung der Bewohner*innen wird im Umgang mit (gesundem) Altern und aktiver Mobilität ebenso thematisiert wie im Umgang mit gesundheitlichen Risiken. Sie nimmt in jedem dieser Kontexte aber eine andere Form an. Im Reallabor fanden sich intersektorale und interkommunale Zusammenarbeit sowie die Beteiligung von Bewohner*innen ebenfalls wieder. Im Folgenden werden die Interaktionsmuster im Umgang mit aktiver Mobilität, Altern und Gesundheit abschließend charakterisiert.

13.1 Intersektorale Zusammenarbeit zwischen Formalisierung und Verständigung

In der empirischen Untersuchung erwies sich die Zusammenarbeit zwischen räumlicher Planung und ÖGD vor allem im Umgang mit gesundheitlichen Risiken, z. B. im Rahmen von Umweltverträglichkeitsprüfungen, als üblich. Die Zusammenarbeit ist stark formalisiert und beruht meist auf einer schriftlichen Stellungnahme (siehe Kapitel 6.3.1). Auch im Umgang mit (gesundem) Altern ist eine Zusammenarbeit zwischen räumlicher Planung und ÖGD, z. B. im Zuge der Beteiligung der Träger öffentlicher Belange bei der Aufstellung der regionalen Raumordnungsprogramme, in vielen Kreisen vorgesehen. Die Gelegenheit zur Stellungnahme wird aber in unterschiedlichem Maße wahrgenommen (siehe Kapitel 8.4). Im Umgang mit aktiver Mobilität fehlen Abstimmungsprozesse zwischen räumlicher Planung und ÖGD in der Untersuchungsregion fast vollständig. Zwar treten einzelne Gesundheitsvertreter*innen dafür ein, dass sie mehr einbezogen werden, eine formelle Grundlage gibt es hierfür bisher jedoch nicht (siehe Kapitel 9.3.1). Im Umgang mit körperlicher Aktivität und Gesundheitsförderung im Allgemeinen verhält es sich ähnlich. Einzelne Planer*innen zeigen sich offen dafür, Aspekte der

Gesundheitsförderung in der räumlichen Planung stärker zu berücksichtigen, über eine punktuelle Zusammenarbeit, z. B. im Rahmen der Gesundheitsregionen, geht die intersektorale Zusammenarbeit bisher aber nicht hinaus (siehe Kapitel 7.3.1).

Im Reallabor war es ein zentrales Ziel, die intersektorale Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen der räumlichen Planung und der Gesundheitsförderung zu stärken. Die Erfahrungen der im Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt der Gemeinde angestellten Projektkoordinatorin machen jedoch deutlich, dass dies nur eingeschränkt geglückt ist. Zwar ist es gelungen, z. B. durch das Verfassen einer Stellungnahme zum kommunalen Radförderkonzept, inhaltliche Impulse zu geben. Eine Einbindung der Gesundheitswissenschaftlerin in Routineaufgaben blieb jedoch aus (siehe Kapitel 10.3.2). Vielen Kommunalvertreter*innen in- und außerhalb des Sachgebiets Bau, Planung und Umwelt war der gesundheitliche Bezug ihres Handelns nicht bewusst, sodass auch die Rolle der Projektkoordinatorin unklar blieb. Dies verdeutlicht, dass die intersektorale Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung selbst dann kein Selbstläufer ist, wenn eine Ansprechperson vor Ort ist. Vielmehr muss einer tatsächlichen inhaltlichen Zusammenarbeit – wie auch die internationalen Erfahrungen zur lokalen Implementierung von HiAP in Kapitel 2.1.2 zeigen – eine Verständigung über Gegenstand und Rollen vorausgehen.

In den Interviews ebenso wie im Reallabor bestätigen sich viele der bereits in Kapitel 2.3 genannten Hemmnisse und Hürden für eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung. Dass die Zusammenarbeit weitestgehend auf diejenigen Bereiche beschränkt ist, in denen sie durch entsprechende Verfahren vorgeschrieben ist, spricht für eine sogenannte negative Koordination. Negative Koordination bezeichnet in den Verwaltungswissenschaften eine sektorale Problemlösung, die andere Fachbereiche erst spät einbezieht und Austausch auf die Frage beschränkt, ob andere Fachbereiche durch die anvisierte Problemlösung negativ beeinflusst werden (Bogumil/Jann 2020, 184). Positive Koordination würde demgegenüber auf der Basis von Lösungsentwürfen unterschiedlicher Fachbereiche nach einer gemeinsamen Problemlösung suchen (Bogumil/Jann 2020, 184). In der Praxis mangelt es auch angesichts einer hohen Auslastung mit sektoralen Kernaufgaben hierfür oft an personellen und zeitlichen Kapazitäten (Böhme et al. 2018, 141). Auch eine „Kommunikation auf Augenhöhe“ (Böhme et al. 2018, 141) scheint nur schwer zu gelingen, was weniger an einer mangelnden Anerkennung der jeweils anderen fachlichen Kompetenz liegt, als an den unterschiedlichen Zugangsweisen, die eine gegenseitige Verständigung über gemeinsame Gegenstände und Ziele erschweren. Die von Böhme et al. benannte Diskrepanz zwischen dem räumlichen Zugang der Planungsakteur*innen und dem adressatenorientierten Zugang der Akteur*innen der Gesundheitsförderung bestätigt sich auch in der Untersuchungsregion (Böhme et al. 2018, 140).

13.2 Interkommunale Zusammenarbeit zwischen Kooperation und Vernetzung

Die interkommunale Zusammenarbeit erweist sich in der Untersuchungsregion insbesondere im Umgang mit dem (gesunden) Altern als relevant. Im Vordergrund steht die Kooperation zwischen verschiedenen Gebietskörperschaften – meist innerhalb eines Landkreises (siehe Kapitel 8.3.1). Im Umgang mit Gesundheitsförderung steht, z. B. im Rahmen der vom Land Niedersachsen geförderten Gesundheitsregionen, die Vernetzung von ganz unterschiedlichen Akteur*innen innerhalb einer Region im Vordergrund. Neben kommunalen Vertreter*innen umfasst der Akteur*innenkreis auch Vertreter*innen von Kliniken, Krankenkassen, Vereinen und Verbänden (siehe Kapitel 7.3.1). Im Rahmen des Reallabors wurde interkommunale Zusammenarbeit dahingehend erprobt, dass ein interkommunaler Arbeitskreis zum Thema Gesundheit angeregt wurde. Hierbei wurde auf den interkommunalen Austausch zu einem Thema gesetzt, für das innerhalb der einzelnen Städte und Gemeinden nur wenige Ressourcen zur Verfügung stehen (siehe Kapitel 10.3.2).

Die interkommunale Zusammenarbeit in dem durch die räumliche Planung geprägten Umgang mit dem (gesunden) Altern entspricht weitgehend einem engen Verständnis von interkommunaler Zusammenarbeit als „freiwillige Kooperation zwischen Städten, Gemeinden und kommunalen Einrichtungen“ (Trapp et al. 2019, 14). In der kommunalen Praxis hat sich diese – meist projektbezogene – Form der interkommunalen Zusammenarbeit „als Instrument zur Sicherung der Daseinsvorsorge vielfach bewährt“ (Trapp et al. 2019, 18). Die vernetzenden und koordinierenden Strukturen der Landkreise erweisen sich dabei auch andernorts insbesondere für kleine Kommunen als wichtig (Trapp et al. 2019, 17).

Die interkommunale Zusammenarbeit im stärker durch den ÖGD geprägten Umgang mit Gesundheitsförderung lässt sich eher als eine Form von regionaler *Governance* begreifen. *Regional Governance* beruht auf der freiwilligen Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen mit unterschiedlichen Handlungslogiken, z. B. Kommunalpolitiker*innen, Unternehmen und zivilgesellschaftlichen Akteur*innen (Fürst 2010, 50–51). Die Orientierung an bestehenden Gebietskörperschaften, d. h. Städten, Gemeinden, Landkreisen, tritt zugunsten einer funktionsbezogenen Vernetzung von Akteur*innen in den Hintergrund (Fürst 2010, 51). Im Zusammenhang mit einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung wird eine regionale Vernetzung insbesondere dahingehend angestrebt, dass sie eingeschränkte Sicht auf die einzelne Kommune überschreitet und zugleich – im Gegensatz zu nationalen Institutionen – den Blick für die lokalen bzw. regionalen Besonderheiten nicht verliert (Corburn 2009, 99–100).

13.3 Beteiligung von Bewohner*innen zwischen Konfrontation und Ko-Produktion

Die Beteiligung der Bewohner*innen erweist sich in drei der vier betrachteten Handlungsfelder als relevant. Im Umgang mit gesundheitlichen Risiken wird mehrfach von einem Widerstand aus der Bevölkerung berichtet, z. B. im Rahmen formeller Beteiligungsprozesse oder

durch Bürger*inneninitiativen. Die Interaktion mit der Bevölkerung trägt hier folglich eher konfrontative Züge (siehe Kapitel 6.3.2). Gemäß dem Stufenmodell für Partizipation in der Gesundheitsförderung überwiegt in diesem Handlungsfeld die Anhörung (Wright 2018, 708). Personen, die sich beteiligen, haben die Möglichkeit „(to) hear and be heard“ (Arnstein 1969, 217). Dass die eingebrachten Belange gehört werden und in die Entscheidungsfindung einfließen, ist in diesem Fall durch das Verfahren vorgegeben (Quilling/Köckler 2018, 107). Aufgrund der Voraussetzungen für das erfolgreiche Einbringen von Belangen und dem Verbleiben der Entscheidungsmacht bei den demokratisch legitimierten Gremien, findet keine „Partizipation auf Augenhöhe im Sinne einer gleichberechtigten Kooperation (...) statt“ (Quilling/Köckler 2018, 108).

Im Umgang mit aktiver Mobilität steht die Interessenvertretung, z. B. über Senior*innen- und Behindertenbeiräte, im Vordergrund (siehe Kapitel 9.3.2). Je nachdem, ob die Vertreter*innen lediglich eine beratende Rolle oder ein Mitspracherecht an Entscheidungen haben, ist hier gemäß dem Stufenmodell für Partizipation in der Gesundheitsförderung von einer Einbeziehung oder Mitbestimmung auszugehen (Wright 2018, 708). Die organisierte Interessenvertretung bietet dahingehend einen Vorteil, dass die Vertreter*innen i. d. R. bereits Erfahrungen in Beteiligungsprozessen haben und – im Sinne der vorliegenden Untersuchung – entsprechende *Frames* bedienen können. In Hinblick auf eine gleichberechtigte Teilhabe an Entscheidungsprozessen kann sich die Interessenvertretung aber als ähnlich selektiv erweisen, wie die formellen Verfahren selbst (Quilling/Köckler 2018, 109).

Anders ist es im Umgang mit (gesundem) Altern, wo die Bewohner*innen, z. B. im Rahmen breit angelegter Beteiligungsprozesse und ehrenamtlicher Unterstützungsstrukturen, eine aktive, gestaltende Rolle einnehmen (siehe Kapitel 8.3.2). Wenn, wie in Gemeinde 6, Bewohner*innen ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe leisten und z. B. bei organisatorischen Abläufen und rechtlichen Fragen durch eine*n Angestellte*n der Gemeinde unterstützt werden, dann lässt sich das als eine Form der gleichberechtigten Ko-Produktion bezeichnen. Ko-Produktion bezeichnet in diesem Zusammenhang eine Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Verwaltung und Bewohner*innen, die „die Fähigkeiten, Potenziale und Stärken aller Beteiligten besser zur Entfaltung (bringt), um gemeinsam die Lebensqualität vor Ort zu heben“ (Löffler 2015, 319). Neben einer partizipativen Mitgestaltung ist hier also auch das für die Gesundheitsförderung so zentrale Element der Befähigung enthalten.

Auch im Reallabor wurde ein partizipativer Anspruch verfolgt (siehe Kapitel 10.2.2). Dieser fand insbesondere in der Befragung durch Multiplikator*innen und in der Durchführung von Zukunftswerkstätten Ausdruck. Durch die Befragung in der Phase der Bestandsanalyse sollte die Sichtweise der Bewohner*innen so früh wie möglich in den Reallaborprozess einbezogen werden. Für die befragten Personen kam dies einer Anhörung gleich (Wright 2018, 708). Für die Multiplikator*innen sollte darüber hinaus eine Befähigung und Aktivierung erzielt werden (AFOOT-Projektteam 2021a). Die Zukunftswerkstätten wiederum setzten auf eine inhaltliche

Mitgestaltung durch die älteren Bewohner*innen. Die Bewohner*innen erlangten so eine beratende Rolle, waren jedoch nicht selbst zu Entscheidungen befugt. Gemäß dem Stufenmodell für Partizipation in der Gesundheitsförderung wäre von Einbeziehung zu sprechen (Wright 2018, 708).

14 Reflexion des Forschungsansatzes

Der *Framing*-Ansatz sollte es ermöglichen, eine Perspektive auf das kommunale Handeln einzunehmen, die jenseits des klassischen *policy cycle* die Definition von Sachverhalten als Problem in den Vordergrund stellt (Münch 2010, 67). *Frames* wurden in der vorliegenden Arbeit als Bedeutungsstrukturen verstanden, die dazu dienen, eine komplexe Realität in einen klar umrissenen politischen Gegenstand zu übersetzen (Rein/Schön 1993, 146). Ausgehend von dem *Framing*-Ansatz von Rein und Schön wurde dabei zwischen rhetorischen und metakulturellen *Frames* sowie institutionellen *Action Frames* und *Policy Frames* unterschieden (siehe Kapitel 4.1.1). Ausgehend von der interaktionalen Erweiterung des *Framing*-Ansatzes durch van Hulst und Yanow wurden neben dem politischen Gegenstand auch die Selbstverständnisse und Rollen der beteiligten Akteur*innen sowie deren Beziehungen und Interaktionen untereinander in den Blick genommen (siehe Kapitel 4.1.2). Im Zuge der empirischen *Framing*-Analyse wurden folglich Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung charakterisiert und handlungsleitende *Frames* identifiziert. Die empirische Untersuchung gliederte sich in eine interviewbasierte Fallstudienanalyse und ein Reallabor. Im Folgenden werden die Chancen und Grenzen des *Framing*-Ansatzes für beide Untersuchungsschritte eingeschätzt.

14.1 Chancen und Grenzen der *Framing*-Analyse in der interviewbasierten Fallstudienanalyse

Bereits früh im Forschungsprozess wurde deutlich, dass es im kommunalen Handeln nicht das eine gesundheitsbezogene Problemverständnis geben würde, sondern dass eine Analyse der *Frames* eine Präzisierung der Handlungsfelder erfordert. Um dem institutionellen und instrumentellen Rahmen des kommunalen Handelns Rechnung zu tragen, wurde folglich zwischen dem Umgang mit gesundheitlichen Risiken, dem Umgang mit körperlicher Aktivität, dem Umgang mit (gesundem) Altern und dem Umgang mit aktiver Mobilität unterschieden. In jedem dieser Handlungsfelder wurden spezifische Problemverständnisse, Rollenverständnisse, Interaktionsmuster und handlungsleitende *Frames* ausgemacht.

Die Differenzierung zwischen den Typen von *Frames* basierend auf dem *Framing*-Ansatz von Rein und Schön machte deutlich, dass die in der politischen Praxis verorteten *Action Frames* gegenüber den in der politischen Debatte verorteten rhetorischen *Frames* und den metakulturellen *Frames* im kommunalen Handeln überwiegen. Dies muss aber auch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass mit Ausnahme zweier Bürgermeister*innen ausschließlich Mitarbeiter*innen der kommunalen Verwaltung, d. h. die für die politische Praxis maßgebenden *policy practitioner*, interviewt wurden. Bei einem stärkeren Fokus auf kommunalpolitische

Vertreter*innen oder Bewohner*innen würden rhetorische und metakulturelle *Frames* vermutlich ein höheres Gewicht erhalten. In der interviewbasierten Fallstudienanalyse stand jedoch das Handeln der Kommunalverwaltungen im Vordergrund.

Die Differenzierung zwischen den Typen von *Frames* zeigte außerdem, dass innerhalb der *Action Frames* die themenübergreifenden institutionellen *Action Frames* gegenüber den themenspezifischen *Policy Frames* überwiegen. Dies unterstreicht einerseits, dass das kommunale Handeln stark durch institutionelle Rahmungen, z. B. durch Gesetze aber auch verwaltungsinterne Vorgaben und Verfahren, geprägt ist. Andererseits deutet es darauf hin, dass Gesundheit als Thema bisher wenig verankert ist und man sich deshalb im Umgang mit Gesundheit bestehender themenübergreifender *Frames* bedient.

Als einziges explizit auf Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns zugeschnittenes *Policy Frame* erweist sich das Schutzgut menschliche Gesundheit. Im Umgang mit aktiver Mobilität wird Gesundheit darüber hinaus punktuell als rhetorisches *Frame* eingesetzt, um kommunalpolitische Akteur*innen von Maßnahmen zu überzeugen. Im Umgang mit körperlicher Aktivität und in der Ansprache der Bevölkerung im Reallabor wird an Gesundheit als ein metakulturelles *Frame* – als etwas individuell Anzustrebendes – angeknüpft. Für die Umsetzung einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung wird es jedoch wichtig sein, dass eine rhetorische Bezugnahme auf Gesundheit in konkrete Entscheidungen übersetzt wird (Barton 2017, 264–266).

Die Ausweitung der Perspektive vom Gegenstand auf die Rollen und Interaktionen basierend auf der interaktionalen Erweiterung des *Framing*-Ansatzes durch van Hulst und Yanow erwies sich für die empirische Analyse als gewinnbringend. So wurde deutlich, dass Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionen im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung miteinander verwoben sind. Die grenzwertbasierte Prüfung im Umgang mit gesundheitlichen Risiken unterstützt beispielsweise eine pathogenetische Sichtweise auf Gesundheit, und die Orientierung an einem regelkonformen Ausbau der Rad- und Fußwegeinfrastruktur unterstützt einen Fokus auf technische Anforderungen, z. B. an die Barrierefreiheit oder die Verkehrssicherheit. Zugleich bleiben bei einem diffusen Problemverständnis meist auch die korrespondierenden Rollen diffus, z. B. bei der gesellschaftlichen Teilhabe und dem Rollenverständnis der themenbezogenen Koordination und Unterstützung.

Bei den Interaktionsmustern ist der Rückbezug auf die handlungsleitenden *Frames* in der empirischen Analyse weniger deutlich. Bezogen auf die intersektorale Zusammenarbeit ist aber beispielsweise erkennbar, dass eine Zusammenarbeit vor allem dort gelingt, wo sie sich auf ein geteiltes Problemverständnis und ein kompatibles Rollenverständnis stützen kann, wie z. B. im Umgang mit gesundheitlichen Risiken. Wo Problemverständnisse diffus und Rollenverständnisse ungeklärt bleiben, wie z. B. im Umgang mit aktiver Mobilität und im Umgang mit

körperlicher Aktivität, gelingt auch die intersektorale Zusammenarbeit weniger gut bzw. findet nicht statt.

Das Nachvollziehen von *Framing*-Prozessen, d. h. das Ineinandergreifen von *Sensemaking*, Benennen und *Storytelling* (siehe Kapitel 4.1.2), war mit dem gewählten Forschungsdesign nicht möglich. Es hätte die vertiefende Auseinandersetzung mit dem Einzelfall, Interviews mit unterschiedlichen Stakeholdern und im besten Fall die Begleitung eines Planungsprozesses oder Projekts über einen längeren Zeitraum erfordert. Eine grundsätzliche Herausforderung bestand in der vorliegenden Untersuchung darüber hinaus darin, dass Gesundheit und Gesundheitsförderung in den untersuchten Kommunen eben gerade kein Thema sind bzw. nur am Rande thematisiert werden. Die *Framing*-Perspektive stößt in der Analyse eines ausbleibenden *Framing* an ihre Grenzen. Dennoch liefert sie Anhaltspunkte dafür, woran eine Thematisierung von Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns scheitert.

14.2 Chancen und Grenzen der *Framing*-Analyse für das Forschen in Reallaboren

Das in der vorliegenden Arbeit analysierte Reallabor wurde ausgehend vom *Framing*-Ansatz als ein Versuch gelesen, ein *Reframing* von aktiver Mobilität und gesundem Altern anzuregen, das in einem Problemverständnis mündet, das wissenschaftlich und lebensweltlich gleichermaßen als relevant eingestuft wird. Von besonderem Interesse war es, herauszuarbeiten, ob es in dem fast zweijährigen Prozess des Reallabors zu einer Veränderung im Problemverständnis kam und inwiefern die Projektbeteiligten ein gemeinsames Problemverständnis entwickelt haben. Anders als bei der Analyse der Interviews sollte es im Reallabor möglich sein, nicht nur handlungsleitende *Frames* herauszuarbeiten, sondern auch deren Entstehung, d. h. den Prozess des *Framing*, zu beleuchten.

Die *Framing*-Perspektive schärft den Blick für wichtige Dimensionen und potenzielle Herausforderungen der transdisziplinären Zusammenarbeit in Reallaboren. So kommt in transdisziplinären Forschungszugängen, wie dem Reallabor, der Konstitution des Forschungsgegenstandes – auch als *Problem Framing* oder Ko-Design bezeichnet – eine große Bedeutung zu (siehe Kapitel 4.2.2). Herausforderungen können sich Lang et al. zufolge im Kontext transdisziplinärer Forschung aus einem Mangel an Problembewusstsein bzw. einem unzureichenden *Problem Framing* ergeben. Die Problemdefinition selbst kann dann ein eigenständiges Projektziel sein (Lang et al. 2012, 33–35). Weitere Herausforderungen können sich Lang et al. zufolge aus einer ungleich verteilten Identifikation (*ownership*) mit dem Projekt und dem Gegenstand oder einer unzureichenden Legitimierung der Projektbeteiligten ergeben. Empfohlen werden deshalb eine gemeinsame Projektleitung mit geteilten Rechten und Pflichten sowie eine intensive Beteiligung und ausreichend Zeit, um Vertrauen aufzubauen (Lang et al. 2012, 36).

Die Differenzierung zwischen den Typen von *Frames* basierend auf dem *Framing*-Ansatz von Rein und Schön erwies sich – anders als in der interviewbasierten Fallstudienanalyse – für die

Analyse des Reallabors als nur begrenzt zielführend. Dies liegt in erster Linie daran, dass sich das Handeln im Reallabor zwar auf die politische Praxis und eingeschränkt auch die politische Debatte bezog, aber nicht (ausschließlich) innerhalb dieser stattfand. Vielmehr stellte das Reallabor einen eigenen Handlungskontext dar, in dem Vertreter*innen aus Wissenschaft und kommunaler Praxis sowie Bewohner*innen der Gemeinde gemeinsam handelten. Jede Akteur*innengruppe verfügte dabei potenziell über eigene *Frames*, die nicht zwingend mit denen der jeweils anderen Akteur*innen identisch waren.

In der Analyse wurden die drei Phasen des Reallabors, d. h. Bestandsanalyse, Agendaentwicklung und Erprobung, unterschieden. Sowohl die Themenschwerpunkte als auch die Rollen und Interaktionen veränderten sich im Laufe des Reallabors bzw. erfuhren im Verlauf des Reallabors eine unterschiedliche Gewichtung. Bezogen auf die Problemverständnisse ist vor allem die Phase der Agendaentwicklung interessant, in der die Wahrnehmung der Verkehrsinfrastruktur von besonderer Bedeutung war (siehe Kapitel 10.1). Die Verschiebung des Themenschwerpunkts ging mit einer wechselnden Akteur*innenkonstellation einher. So war in dieser Phase die Einbindung der Bevölkerung am stärksten. Insgesamt blieben die Problemverständnisse trotz unterschiedlicher Gewichtung im gesamten Verlauf des Reallabors in sich jedoch konsistent. Die Sichtweisen ergänzten einander, mündeten jedoch nicht in ein gemeinsames Problemverständnis.

Die für das Reallabor handlungsleitenden *Frames* sind stärker durch die fachliche Perspektive der beteiligten Wissenschaftler*innen und die Alltagserfahrung der Bewohner*innen geprägt als durch den institutionellen Kontext der Kommune. Von zentraler Bedeutung ist daher die Verknüpfung verschiedenartiger *Frames*, wie z. B. der Begeh- und Befahrbarkeit mit der Barrierefreiheit und der wahrgenommenen Sicherheit mit der Verkehrssicherheit. Die am Reallabor beteiligten Wissenschaftler*innen lassen sich in gewisser Weise als *Frame*-Sponsoren betrachten, die *Frames* wie Chancengleichheit und gesellschaftliche Teilhabe einbringen. Ob die eingebrachten *Frames* jedoch tatsächlich ein *Reframing* des kommunalen Handelns im Umgang mit aktiver Mobilität und gesundem Altern bewirken, ist fraglich und war innerhalb der Laufzeit des Reallabors nur schwer zu beurteilen.

Trotz der Zuordnung der handlungsleitenden *Frames* zu einzelnen Akteur*innengruppen und den beobachteten Veränderungen von Themenschwerpunkten und Akteur*innenkonstellationen im Zeitverlauf gelingt es nicht, die *Framing*-Prozesse, d. h. das *Sensemaking*, Benennen und *Storytelling* (siehe Kapitel 4.1.2), im Detail nachzuvollziehen. Die unmittelbare Beteiligung am Reallabor-Prozess, von der anfangs angenommen wurde, dass sie erforderlich ist, um diesen Einblick zu erlangen, erweist sich als nicht hinreichend oder möglicherweise sogar hinderlich. Um akteur*innenspezifische *Framing*-Prozesse nachzuvollziehen, wäre vermutlich ein Forschungsdesign erforderlich gewesen, das es der Forschenden ermöglicht, mit allen beteiligten Akteur*innengruppen auf Augenhöhe zu kommunizieren. Die Doppelrolle als Beteiligte

und Beobachterin des Reallabors – wie sie die Autorin dieser Arbeit innehatte – stieß hier an ihre Grenzen.

Die Ausweitung der Perspektive von den Problemverständnissen auf die Rollenverständnisse und Interaktionsmuster erweist sich dennoch auch für die Analyse des Reallabors als gewinnbringend. Die Analyse der Rollenverständnisse und der Interaktionsmuster bietet insbesondere wertvolle Hinweise für eine zukünftige Ausgestaltung des Forschungsansatzes Reallabor. Die Rollenverständnisse im Reallabor weisen dabei deutliche Parallelen zu den Rollen in anderen transdisziplinären Forschungsansätzen auf (siehe Kapitel 12.3). Hierbei ist wichtig zu betonen, dass die Rollenverständnisse in diesem Fall als Ergebnis einer nachgelagerten Analyse zu verstehen sind und im Reallabor-Prozess nicht basierend auf einer bewussten Entscheidung ausgewählt wurden.

Eine Reflexion der eingenommenen Rollen bereits im laufenden Prozess ist für zukünftige Reallabore aber durchaus empfehlenswert, da sie z. B. einen gezielten Rollenwechsel oder die bewusste Abgrenzung von einzelnen Rollen ermöglicht (Wittmayer/Schäpke 2014, 492–493). Wittmayer und Schäpke weisen der Rollen-Reflexion sogar eine eigenständige Rolle zu: die Rolle als *self-reflexive scientist*. Hiermit wird eine reflexive Praxis bezeichnet, die die normativen Haltungen hinterfragt und anerkennt, dass der oder die Wissenschaftler*in selbst Teil der zu verändernden Situation ist (Wittmayer/Schäpke 2014, 489). Auch eine nachgelagerte Analyse der Rollen, wie sie in der vorliegenden Arbeit durchgeführt wurde, verdeutlicht die methodische Herausforderung, die mit der Vielzahl an Rollen in Reallaboren einhergeht. Das erforderliche Maß an Reflexion ist – zumindest für mit dem Forschungszugang unerfahrene Wissenschaftler*innen – im laufenden Forschungsprozess kaum zu leisten bzw. erfordert eigens hierfür vorgesehene Kapazitäten.

Bezogen auf die Interaktionsmuster im Reallabor fällt vor allem die isolierte Position des Reallabors in der Gemeinde und die geringe Einbindung der Projektkoordinatorin in Planungs- und Verwaltungsroutinen auf. Aus dem Planspiel war bereits bekannt, dass aufseiten der Gemeinde kaum Vorerfahrungen, z. B. aus der Zusammenarbeit mit dem zuständigen Gesundheitsamt, existierten. Für die Gemeinde stellte diese Form der intersektoralen Zusammenarbeit also Neuland dar. Auch über die Gemeinde Ritterhude hinaus ist eine Position, wie sie im Rahmen des Reallabors mit der Gesundheitswissenschaftlerin im Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt geschaffen wurde, in Deutschland in Kommunen dieser Größenordnung nicht üblich. Neben mangelnder Erfahrung und fehlenden Vorbildern waren auch fehlende personelle Ressourcen und die Auslastung mit anderen Aufgaben hinderlich für eine intensivere Zusammenarbeit. Darüber hinaus kann die ausbleibende Tiefe der intersektoralen Zusammenarbeit aber auch als Zeichen dafür gelesen werden, dass kein gemeinsamer Rahmen, kein gemeinsames *Framing* für die unterschiedlichen Problem- und Rollenverständnisse gefunden wurde.

Gerade zu Beginn des Reallabors wurde viel Aufwand darauf verwendet, eine Brücke in die kommunalen Verwaltungs- und Entscheidungsstrukturen zu schlagen. Ein anderer möglicher

Weg wäre gewesen, das Potenzial einer isolierten „Nische“ zu nutzen. Im Kontext des *Transition Managements* wird der sogenannten *governance niche* eine zentrale Bedeutung beigemessen. Die Isolation der Nische wird bewusst gesucht, um einen geschützten Raum zu kreieren, innerhalb dessen innovative Ansätze erprobt werden können (Nevens et al. 2013, 117). Bei der Durchführung zukünftiger Reallabore sollte vorab reflektiert werden, welche Interaktionsformen angestrebt werden. Der Anspruch, innovative Lösungsansätze zu finden, und der Anspruch einer engen Anbindung an die (kommunale) Praxis müssen hierbei ggf. gegeneinander abgewogen werden.

15 Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, herauszuarbeiten, inwiefern kommunales Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung aktive Mobilität und gesundes Altern adressiert (leitende Forschungsfrage, siehe Box auf Seite 8). Basierend auf einer interviewbasierten Fallstudienanalyse und einem Reallabor in der Metropolregion Nordwest wurde empirisch untersucht, inwiefern aktive Mobilität, Altern und Gesundheit als Gegenstände des kommunalen Handelns wahrgenommen werden (Untersuchungsfrage 1, siehe hierzu Kapitel 11), welche Rollen die am kommunalen Handeln Beteiligten in Bezug auf diese Gegenstände einnehmen (Untersuchungsfrage 2, siehe hierzu Kapitel 12) und welche Interaktionen den kommunalen Umgang mit diesen Gegenständen prägen (Untersuchungsfrage 3, siehe hierzu Kapitel 13). Die Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster im kommunalen Handeln an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und räumlicher Planung sollen abschließend dahingehend eingeschätzt werden, ob sie die Anerkennung von Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns und die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in kommunalen Entscheidungs- und Planungsprozessen begünstigen oder erschweren und somit eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung unterstützen oder ihr entgegenstehen (Untersuchungsfrage 4, siehe Box auf Seite 8).

Der vorliegenden Arbeit liegt ein Verständnis von gesundheitsfördernder Kommunalentwicklung zugrunde, das angelehnt an eine *healthy urban governance* (Corburn 2009) davon ausgeht, dass Inhalte, Prozesse und Institutionen gleichermaßen zu einer gesundheitsorientierten Entwicklung von Städten und Gemeinden beitragen (siehe Kapitel 2). Gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung setzt ein kommunales Handeln voraus, das Gesundheit im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes als Querschnittsaufgabe begreift und das Bewusstsein für Gesundheit in allen Politikbereichen stärkt (siehe Kapitel 2.1). Angestrebt wird eine systematische Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Auswirkungen politischer Entscheidungen und darauf aufbauend eine gemeinsame Verantwortungsübernahme aller Politikbereiche für Gesundheit (Weltgesundheitsorganisation 1986; World Health Organization 2013).

Ausgehend von der gesundheitspolitischen Zielsetzung der Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten sind in einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung die Determinanten von Gesundheit in den Blick zu nehmen (siehe Kapitel 3.2). Als Determinanten von Gesundheit werden die räumlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bezeichnet, in denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und älter werden (Commission on Social Determinants of Health 2008, 26). Dem Modell der Gesundheitsdeterminanten zufolge ist Gesundheit nicht nur durch individuelle Faktoren, wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen, sowie die individuelle Lebensweise beeinflusst, sondern auch durch die soziale, materielle, gesellschaftliche und natürliche Umwelt (Dahlgren/Whitehead 2007b, 11). Darüber hinaus erfordert gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung eine sozialepidemiologische Perspektive, die Gesundheit auf Bevölkerungsebene (*population health*) in den Blick nimmt (Corburn

2009, 96). Verbunden mit der gesundheitspolitischen Zielsetzung der gesundheitlichen Chancengleichheit und dem Leitbild Umweltgerechtigkeit stellt diese Perspektive die Verteilung von Gesundheit bzw. von Gesundheitschancen in den Vordergrund (siehe Kapitel 3.1.2).

In der Untersuchungsregion wird Gesundheit in erster Linie hinsichtlich gesundheitlicher Risiken als Gegenstand des kommunalen Handelns gesehen. Im Umgang mit gesundheitlichen Risiken überwiegt eine prüfende Herangehensweise, d. h. die Prüfung, ob gesetzlich definierte Grenz- und Richtwerte eingehalten sind. Eine intersektorale Zusammenarbeit ist in diesem Zusammenhang – meist im Zuge der formalen Behördenbeteiligung – im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion fest etabliert (siehe Kapitel 6.4). Problemverständnis, Rollenverständnis und Interaktionsmuster ergänzen einander, unterstützen eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung aber nur bedingt. Zwar leistet das kommunale Handeln durch die Reduzierung umweltbezogener Gesundheitsgefährdungen, z. B. im Rahmen des Immissionsschutzes, einen wichtigen Beitrag zum umweltbezogenen Gesundheitsschutz (siehe Kapitel 3.1). Einen Beitrag zu einer von einem salutogenetischen Gesundheitsverständnis getragenen Gesundheitsförderung, d. h. einer Stärkung der Ressourcen zur Gesunderhaltung, leistet das kommunale Handeln in der Untersuchungsregion in diesem Handlungsfeld jedoch nicht. Auch die Vulnerabilität einzelner Bevölkerungsgruppen und die ungleiche Verteilung von Umwelttrisiken und Umweltqualitäten stehen im Hintergrund.

Körperliche Aktivität, hier insbesondere die Förderung körperlicher Aktivität im Alter, und Gesundheitsförderung im Allgemeinen stehen im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion ebenfalls eher im Hintergrund. Gesundheit wird in diesem Zusammenhang in erster Linie als individuelle Gesundheit und schwerpunktmäßig als körperliche Fitness verstanden. Die von den Kommunen punktuell verfolgten Lösungsansätze, z. B. die Einrichtung von Bewegungsplätzen und von Bewegungsangeboten in Pflegeeinrichtungen, lässt einen lebensweltlichen Bezug erkennen (siehe Kapitel 7.4). Ein umfassendes Verständnis von Gesundheitsförderung in Lebenswelten (siehe Kapitel 3.2) wird aber nicht zum Ausdruck gebracht. Das Modell der Gesundheitsdeterminanten stellt für die Kommunen in der Untersuchungsregion im Umgang mit körperlicher Aktivität keinen Referenzpunkt dar. Mit der themenbezogenen Koordination und Unterstützung zeichnet sich jedoch ein Rollenverständnis ab, das eine Gesundheitsförderung in Lebenswelten – zusammen mit den Ansätzen für eine interkommunale und intersektorale Vernetzung – perspektivisch unterstützen kann. Bisher bleiben sowohl das Rollenverständnis als auch das Interaktionsmuster aber auf einzelne Personen und Projekte, z. B. im Rahmen der vom Land Niedersachsen geförderten Gesundheitsregionen, beschränkt.

Das (gesunde) Altern erweist sich insofern als Gegenstand des kommunalen Handelns in der Untersuchungsregion, dass die Kommunen sich in der Verantwortung sehen, angesichts des demografischen Wandels Versorgungsinfrastrukturen aufrechtzuerhalten und Möglichkeiten zu schaffen, im gewohnten Umfeld alt zu werden. Die demografische Alterung der Bevölke-

nung steht hierbei gegenüber der Gesundheit der Älteren im Vordergrund. Der explizite Gesundheitsbezug ist weitestgehend auf die ärztliche und pflegerische Versorgung beschränkt. Ausgehend von einer raumbezogenen Steuerung als dem überwiegenden Rollenverständnis stehen infrastrukturelle Fragen im Vordergrund, werden jedoch punktuell durch Aspekte der sozialen Umwelt, wie die Förderung sozialer Kontakte oder den Aufbau von Unterstützungsstrukturen im Alltag, ergänzt (siehe Kapitel 8.4). In der Verschränkung von physischer und sozialer Umwelt zeichnet sich das Potenzial einer altersgerechten Kommunalentwicklung ab (siehe Kapitel 3.3). Eine explizite Anerkennung der Diversität des Alterns und Reflexion stereotyper Altersbilder – wie sie das Leitbild gesundes Altern vorsieht (siehe Kapitel 3.3.1) – erfolgt jedoch nicht. Das Reallabor geht diesbezüglich nicht über das bestehende kommunale Handeln hinaus (siehe Kapitel 11.2).

Aktive Mobilität wird in der Untersuchungsregion vor allem in den kreisfreien Städten sowie den kreisangehörigen Städten und Gemeinden adressiert, wobei der kommunale Handlungsspielraum angesichts sich überlagernder Zuständigkeiten von den Befragten als eher gering eingeschätzt wird. Ein intersektoraler Austausch zwischen räumlicher Planung und ÖGD findet in diesem Handlungsfeld in der Untersuchungsregion bisher nicht statt. Als wichtig erweisen sich hingegen Bürger*innenbeteiligung und Interessenvertretung. Konkretes kommunales Handeln ist meist an dem regelkonformen Ausbau der Rad- und Fußwegeinfrastruktur orientiert, z. B. wenn es um Barrierefreiheit und Verkehrssicherheit geht. Eine Umverteilung des Straßenraums zugunsten von Rad- und Fußverkehr bleibt dagegen auf wenige Streckenabschnitte beschränkt und wird in erster Linie städtebaulich, z. B. mit einer Erhöhung der Aufenthaltsqualität, begründet (siehe Kapitel 9.4). Aktive Mobilität wird im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion – anders als im Modell für einen aktiven Lebensstil angelegt (siehe Kapitel 3.4.1) – nicht als Form der körperlichen Aktivität adressiert. Auch Wahrnehmungsaspekte – wie sie ein weites Verständnis von *Walkability* nahelegt (siehe Kapitel 3.4.2) – spielen eine untergeordnete Rolle. Im Reallabor gelingt es, die Nutzer*innenperspektive ausgehend von den Zukunftswerkstätten im kommunalen Handeln zu stärken. Das *Reframing* von aktiver Mobilität als Frage der individuellen Gesundheit adressiert dagegen in erster Linie die Bevölkerung und wird auf das kommunale Handeln vermutlich wenig Auswirkung haben (siehe Kapitel 10.4).

Die in der empirischen Analyse identifizierten Problemverständnisse, Rollenverständnisse und Interaktionsmuster bieten Anknüpfungspunkte für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung. In Summe ist das kommunale Handeln in der Untersuchungsregion aber weit von den in Kapitel 3 genannten Leitbildern und Handlungsansätzen einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung entfernt. Der explizite Umgang mit Gesundheit bleibt auf gesundheitliche Risiken, individuelle Gesundheit sowie ärztliche und pflegerische Versorgung begrenzt und trägt damit weder der salutogenetischen Perspektive auf Gesundheitsressourcen noch der bevölkerungsbezogenen Sichtweise auf die Verteilung von Gesundheitschancen Rechnung. Vielmehr überwiegen ein Verständnis von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit

und eine Betonung der individuellen Verantwortung für Gesundheit. Diese Sichtweise auf Gesundheit gilt es – wie auch in den Gesunden Städten im gleichnamigen WHO-Netzwerk – zugunsten eines breiten Verständnisses von physischem, sozialem und mentalem Wohlbefinden sowie einer Anerkennung der umweltbezogenen, sozialen und politischen Gesundheitsdeterminanten zu überwinden (Tsouros 2019, 74).

Das enge Gesundheitsverständnis ist insbesondere dahingehend hinderlich für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung, da es eine gemeinsame Verantwortungsübernahme verhindert. Angesichts des geringen Bewusstseins von Nicht-Gesundheitsakteur*innen für die gesundheitlichen Auswirkungen ihres Handelns, ist es eine wichtige Aufgabe für Gesundheitsakteur*innen, „to reframe the health problem so other policy domains understand their influence on health“ (Hendriks et al. 2015, 55). Auch Tsouros zufolge wird die zukünftige Anerkennung von Gesundheitsakteur*innen wesentlich davon abhängen, ob es ihnen gelingt andere davon zu überzeugen, dass Gesundheit in allen Politikfeldern von Bedeutung ist (Tsouros 2019, 81). Wie internationale Erfahrungen mit der Implementierung von HiAP zeigen, wird ein intersektorales Handeln besonders erschwert, wenn die Gesundheitsvertreter*innen selbst statt einer Orientierung an den Gesundheitsdeterminanten einen verhaltensbezogenen, d. h. individuellen, Zugang zu Gesundheitsförderung vertreten (Guglielmin et al. 2018, 288).

Darüber hinaus sind auch die in der empirischen Analyse identifizierten Rollenverständnisse nur bedingt geeignet, die Ziele einer gesundheitsfördernden Kommunalentwicklung zu erreichen. Die raumbezogene Steuerung leistet einen Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen und sonstigen Versorgung, die grenzwertorientierte Prüfung gesundheitlicher Risiken leistet einen Beitrag zum umweltbezogenen Gesundheitsschutz, und der regelkonforme Ausbau der Rad- und Fußwegeinfrastruktur leistet einen Beitrag zur Verkehrssicherheit. Alles drei kommt auch der Gesundheit zugute, jedoch adressiert jedes für sich nur ein Teilproblem. Tsouros (2019) macht deutlich, dass fragmentierte Einzelmaßnahmen für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung nicht ausreichen. Vielmehr muss eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung substanziell zu gesundheitlicher Chancengleichheit und einer stärkeren Berücksichtigung der Bedürfnisse benachteiligter Personen beitragen (Tsouros 2019, 86).

Die raumbezogene Steuerung ist ebenso eine Kernaufgabe der räumlichen Planung, wie der Gesundheitsschutz eine Kernaufgabe des ÖGD ist. Werden die räumliche Planung und der ÖGD aber auf diese beiden Rollen reduziert, können aktuelle Probleme, wie die gesundheitliche Ungleichheit, nicht gelöst werden. Gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung lässt sich nicht allein durch raumbezogene Steuerung, nicht allein durch grenzwertbasierte Prüfung und nicht allein durch regelkonformen Infrastrukturausbau erreichen. Vielmehr braucht es verschiedene, einander ergänzende Rollen. Eine Rolle, die im kommunalen Handeln in der Untersuchungsregion noch wenig ausgeprägt ist, ist die der themenbezogenen Koordination und Unterstützung. Ihr kommt vor dem Hintergrund von *Empowerment* und Lebensweltorientie-

rung im Setting-Ansatz (siehe Kapitel 3.2.2) eine besondere Bedeutung zu. In diesem Rollenverständnis steckt das Potenzial, fern raumbezogener Steuerung, technischer Problemlösung und prüfender Herangehensweise auf eine Befähigung der lokalen Gemeinschaft hinzuwirken.

Die Anerkennung von Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns und die umfassende Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in kommunalen Planungs- und Entscheidungsprozessen erfordert folglich nicht nur eine Ausweitung bzw. ein *Reframing* der Problemverständnisse, sondern auch eine Ausweitung bzw. ein *Reframing* der Rollenverständnisse – ganz im Sinne van Hulst und Yanows, die betonen, dass eine neue Definition des Gegenstands eine Neudefinition der Rollen der beteiligten Personen und deren Beziehungen zueinander erfordern kann (van Hulst/Yanow 2016, 102–103). Für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung ist es folglich von zentraler Bedeutung, dass sich die am kommunalen Handeln beteiligten Akteur*innen auf gemeinsame Problem- und Rollenverständnisse verständigen. Im Sinne eines *Sensemaking* in Organisationen (siehe Kapitel 4.1.2) heißt dies, zu fragen: Welches Problem wollen wir gemeinsam lösen und welche Rolle(n) wollen wir diesbezüglich einnehmen?

Im Sinne einer *Frame Reflection* (siehe Kapitel 4.1.1) braucht es eine „willingness to engage in cognitive risk taking“ (Rein/Schön 1993, 164), d. h. die Bereitschaft, die Denk- und Handlungsweisen kommunalen Handelns – hier insbesondere der räumlichen Planung sowie des ÖGD – infrage zu stellen. Eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung steht hier beispielhaft für den Umgang mit komplexen Problemen, die sich den etablierten Problemlösungsmechanismen entziehen (siehe hierzu auch unstrukturierte Probleme bzw. *wicked problems* in Kapitel 4). Das Infragestellen der Denk- und Handlungsweisen ist auch im Interesse der kommunalen Vertreter*innen, die sich wünschen, den Herausforderungen der Zeit begegnen zu können und dafür tiefgreifende Veränderungen einfordern: „Das ist unser gemeinsames großes Problem, die Dinge so vorausschauend in die Köpfe zu kriegen, dass man bereit ist, auch Veränderungen hinzunehmen, zu denen man vor Jahren überhaupt noch nicht bereit gewesen ist“ (Landkreis 1, Abs. 225).

Internationale Erfahrungen mit der (lokalen) Implementierung von HiAP zeigen, dass gemeinsame Zielsetzungen für eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsakteur*innen und Nicht-Gesundheitsakteur*innen ebenso zentral sind, wie klare Rollen und Zuständigkeiten (Guglielmin et al. 2018, 287–288; Rantala et al. 2014, i99). Die Machbarkeit von HiAP hängt zudem in hohem Maße von den materiellen, personellen und institutionellen Voraussetzungen für die intersektorale Zusammenarbeit ab (Shankardass et al. 2015, 465). Eine im Rahmen des Forschungsprojekts AFOOT durchgeführte Analyse⁴¹ bestätigt die Bedeutung von

⁴¹ Die hier zitierte Analyse basiert auf einer von der *Framing*-Analyse unabhängigen Auswertung der auch in dieser Arbeit zugrunde liegenden Interviews mit Vertreter*innen aus Landkreisen und kreisfreien Städten in der Metropolregion Nordwest.

Strukturen der Zusammenarbeit und personellen Ressourcen auch für die intersektorale Zusammenarbeit zur Förderung von aktiver Mobilität und gesundem Altern (Brüchert et al. 2021b, 8–9). Eine Neudefinition kommunaler Denk- und Handlungsweisen ist folglich nicht losgelöst von institutionellen Ressourcen und Strukturen zu betrachten. Die hier vorgelegte *Framing-Analyse* soll jedoch verdeutlichen, dass institutionelle Ressourcen und Strukturen allein nicht ausreichen, um die Anerkennung von Gesundheit als Gegenstand des kommunalen Handelns und die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in kommunalen Entscheidungs- und Planungsprozessen zu stärken.

Gesetzliche und programmatische Neuerungen – die Aufnahme der Gesundheitsförderung in Lebenswelten im Präventionsgesetz von 2015 (siehe Kapitel 2.2.2), die Verankerung von Umweltgerechtigkeit in den Zielen der Städtebauförderung 2016, 2017 und 2020 (siehe Kapitel 3.1.2), das Bekenntnis zu Chancengleichheit und Umweltgerechtigkeit in der Neuen Leipzig Charta (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat 2020) und die Stärkung der Radverkehrsförderung mit der Neuauflage des Nationalen Radverkehrsplans 2021 (siehe Kapitel 3.4) – haben in den vergangenen Jahren neue Anknüpfungspunkte und Möglichkeiten für eine stärkere Gesundheitsorientierung im kommunalen Handeln geschaffen. Die hier vorliegende Untersuchung, deren Datenerhebung mit Ausnahme des Reallabors in den Jahren 2015 und 2016 erfolgte, bildet im Wesentlichen den Stand des kommunalen Handelns vor diesen Neuerungen ab. Damit sagt sie nichts über die Anwendung dieser neuen Möglichkeiten aus, bietet aber wichtige Anhaltspunkte für die Voraussetzungen einer Implementierung und schärft den Blick für mögliche Fallstricke. Als wichtig erscheinen auf Basis der vorliegenden Untersuchung erstens eine Sensibilisierung für eine umwelt- und bevölkerungsbezogene Sichtweise auf Gesundheit und zweitens eine Stärkung koordinierender und unterstützender Rollen.

Neben den gesetzlichen und programmatischen Neuerungen haben aber auch gesellschaftliche Debatten und nicht zuletzt die Sars-CoV-2-Pandemie den Stellenwert von Gesundheit und Mobilität im öffentlichen – nicht nur kommunalen – Handeln verändert. Die Sars-CoV-2-Pandemie hat den Wert von Gesundheit, vor allem aber die Verantwortung des Staates zum Schutz der Gesundheit in aller Deutlichkeit gezeigt. In Hinblick auf die Sensibilisierung für eine umwelt- und bevölkerungsbezogene Sichtweise auf Gesundheit steckt hierin sowohl eine Chance als auch ein Risiko. Einerseits hat die Pandemie den Blick für den Schutz vulnerabler Gruppen und das Bewusstsein für die gesundheitliche Relevanz sozialer und räumlicher Disparitäten gestärkt (Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft 2021, 4–5). Andererseits drohen Aspekte einer ressourcenorientierten Gesundheitsförderung und der Prävention angesichts des unmittelbar erforderlichen Gesundheitsschutzes noch weiter in den Hintergrund zu geraten. Die Erfahrungen der Pandemie münden so nicht automatisch in ein umfassenderes Gesundheitsverständnis. In Hinblick auf die Stärkung koordinierender und unterstützender Rollen stellt sich vor allem die Frage, welche Rolle der ÖGD zukünftig einnehmen wird. Der ÖGD hat in der Pandemie viel Aufmerksamkeit erlangt. In der Ausnahmesituation

wurden personelle Engpässe und ungeklärte Zuständigkeiten ebenso offensichtlich wie fehlende Kapazitäten, z. B. in der Kommunikation mit der Bevölkerung und der kleinräumigen Einschätzung der epidemischen Lage. Forschende und Organisationen aus dem Public-Health-Bereich fordern deshalb eine Neuausrichtung des ÖGD am HiAP-Ansatz (Zukunftsforum Public Health 2021).

Auch der Umgang mit Mobilität und Verkehr hat in Deutschland – im Zuge von Abgas-Skandal und Stickoxid-Debatte⁴² sowie durch zivilgesellschaftliche Initiativen, insbesondere den sogenannten Radentscheiden⁴³ – in den vergangenen Jahren eine neue Dynamik und Ausrichtung erfahren. Die Sars-CoV-2-Pandemie verändert manche dieser Dynamiken und stärkt andere. So verlor der ÖV in der Pandemie deutlich an Attraktivität – zugunsten des privaten Pkw. Zugleich gewannen aber auch das Radfahren und Zufußgehen an Beliebtheit und der öffentliche Straßenraum als Aufenthaltsort an Bedeutung. Verstärkt durch die Abstandsregeln wurde noch deutlicher als zuvor, dass Radfahrenden und Zufußgehenden im bestehenden Straßenraum nur wenig Platz eingeräumt wird (Agora Verkehrswende 2020, 23). Wie beim Healthy-Streets-Ansatz in London (siehe Box auf Seite 57) könnte es so zu einer Bedeutungsverschiebung dahingehend kommen, für wen bzw. für welche Aktivitäten eine Straße da ist. In Hinblick auf die Sensibilisierung für eine umwelt- und bevölkerungsbezogene Sichtweise auf Gesundheit wäre es dabei wichtig, nicht nur den gesundheitlichen Nutzen aktiver Mobilität zu betonen, sondern auch die verbesserten Mobilitätschancen für vulnerable Gruppen. In Hinblick auf die Stärkung koordinierender und unterstützender Rollen ist vor allem die zukünftige Rolle der Kommunen in der Förderung aktiver Mobilität von Interesse. Im Nationalen Radverkehrsplan 3.0 wird insbesondere den Landkreisen eine zentrale Rolle zugeschrieben (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2021). Ausgehend von der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung herausgearbeiteten Nicht-Zuständigkeit für aktive Mobilität (siehe Kapitel 12.1) wird dies ein spürbares Umdenken erfordern.

⁴² Im Juni 2021 hat der Europäische Gerichtshof zur im Oktober 2018 durch die EU-Kommission eingereichten Vertragsverletzungsklage entschieden, dass die Bundesrepublik Deutschland gegen die EU-Luftqualitätsrichtlinie (2008/50/EG) verstoßen hat. So wurde insbesondere der in der Richtlinie festgelegte Jahresgrenzwert für NO₂ von 2010 bis 2016 in 26 Gebieten in Deutschland systematisch und anhaltend überschritten und es wurden nicht rechtzeitig geeignete Maßnahmen ergriffen, um den Zeitraum der Nichteinhaltung so kurz wie möglich zu halten (Urteil vom 03. Juni 2021, C-635/18, EU:C:2021:437).

⁴³ Das Bündnis BundesRad verzeichnet deutschlandweit – ausgehend von dem sogenannten Radentscheid in Berlin – inzwischen mehr als 40 Bürger*innen- und Volksbegehren zum Radverkehr (siehe Internetdarstellung des Bündnisses unter <https://www.bundesrad.org/>, letzter Zugriff am 25.06.2021).

Literaturverzeichnis

- AFOOT-Projektteam (2021a). Ältere Bewohner*innen beteiligen. Teil 7 der Toolbox „Aktive Mobilität im Alter fördern“. Bremen, Dortmund. Online verfügbar unter <http://www.aequipa.de/materialien/afoot> (abgerufen am 04.07.2021).
- AFOOT-Projektteam (2021b). Anwendung des Indikatorensets für die Bestandsanalyse. Teil 8 der Toolbox „Aktive Mobilität im Alter fördern“. Bremen, Dortmund. Online verfügbar unter <http://www.aequipa.de/materialien/afoot> (abgerufen am 04.07.2021).
- AFOOT-Projektteam (2021c). Intersektoral und interkommunal zusammenarbeiten. Teil 6 der Toolbox „Aktive Mobilität im Alter fördern“. Bremen, Dortmund. Online verfügbar unter <http://www.aequipa.de/materialien/afoot> (abgerufen am 04.07.2021).
- AFOOT-Projektteam (2021d). Kleinräumige Analysen der Altersstruktur und Erreichbarkeit von Alltagszielen. Teil 9 der Toolbox „Aktive Mobilität im Alter fördern“. Bremen, Dortmund. Online verfügbar unter <http://www.aequipa.de/materialien/afoot> (abgerufen am 04.07.2021).
- Agora Verkehrswende (2020). Ein anderer Stadtverkehr ist möglich. Neue Chancen für eine krisenfeste und klimagerechte Mobilität. Berlin.
- Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (2017). Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Public Health vor Ort. Entwurf eines Leitbildes für ein ÖGD. Umsetzung des Beschlusses der 89. Gesundheitsministerkonferenz 2016. Online verfügbar unter https://www.akademie-oegw.de/fileadmin/customers-data/Leitbild_OEGD/Entwurf__Stand_20-02-2017_.pdf (abgerufen am 17.10.2019).
- Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft (2021). SARS-CoV-2-Pandemie. Was lernen wir daraus für die Raumentwicklung? Positionspapier aus der ARL 118. Hannover.
- Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2014). Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt. Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Positionspapier aus der ARL 97. Hannover.
- Albrecht, Ilse/Baumeister, Hendrik/Baumgart, Sabine/Berger, Corinna/Bunge, Christiane/Claßen, Thomas/Enderle, Martin/Fehr, Rainer/Ferretti, Johanna/Hartlik, Joachim/Heller, Dirk/Hildebrandt, Dagmar/Hornberg, Claudia/Knetschke, Thomas/Kühling, Wilfried/Machtolf, Monika/Müller, Guido/Nowacki, Julia/Podhora, Aranka/Riedel, Natalie/Rüdiger, Andrea/Schmitz-Feuerhake, Inge/Volmer, Martin/Welteke, Rudolf/Zahn, Klaus von (2014). Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit. Für eine wirksame Gesundheitsfolgenabschätzung in Planungsprozessen und Zulassungsverfahren. UVP-Gesellschaft e.V. / AG Menschliche Gesundheit. Hamm.

- Altgeld, Thomas (2004). Expertise Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen. Hannover.
- Altrock, Uwe/Gerlach, Ulf/Günther, Simon/Haller, Christoph/Pietschmann, Holger/Aehnelt, Reinhard/Schwarze, Kristin/Helfen, Thomas (2017). Zwischenevaluierung des Städtebauförderprogramms Soziale Stadt. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung; Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit. Bonn, Berlin.
- Antonovsky, Aaron (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 11 (1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>.
- Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen, DGVT-Verlag.
- Arnstein, Sherry R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners* 35 (4), 216–224.
- Bär, Gesine (2015). Gesundheitsförderung lokal verorten. Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier. Wiesbaden, Springer VS.
- Barbehön, Marlon/Münch, Sybille/Haus, Michael/Heinelt, Hubert (2015). Städtische Problem diskurse. Lokalpolitische Sinnhorizonte im Vergleich. Baden-Baden, Nomos.
- Barton, Hugh (2017). *City of well-being. A radical guide to planning*. London/New York, Routledge.
- Bauer, Georg/Davies, John Kenneth/Pelikan, Juergen (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International* 21 (2), 153–159. <https://doi.org/10.1093/heapro/dak002>.
- Bauer, Uta/Hertel, Martina/Buchmann, Lisa/Frehn, Michael/Spott, Merja (2018). Geht doch! Grundzüge einer bundesweiten Fußverkehrsstrategie. Texte 75. Umweltbundesamt. Dessau-Roßlau.
- Baum, Fran/Lawless, Angela/Delany, Toni/Macdougall, Colin/Williams, Carmel/Broderick, Danny/Wildgoose, Deborah/Harris, Elizabeth/Mcdermott, Dennis/Kickbusch, Ilona/Popay, Jennie/Marmot, Michael (2014). Evaluation of Health in All Policies. Concept, theory and application. *Health Promotion International* 29 (Suppl. 1), i130–i142. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau032>.
- Baum, Fran/Lawless, Angela/Williams, Carmel (2013). Health in all policies from international ideas to local implementation: policies, systems, and organizations. In: Carole Clavier/Evelyn de Leeuw (Hg.). *Health promotion and the policy process*. Oxford, Oxford University Press, 188–217.
- Baumeister, Hendrik/Rüdiger, Andrea/Köckler, Heike/Claßen, Thomas/Hamilton, Jacqueline/Rüweler, Mareike/Şahin, Charlotte/Baumgart, Sabine/Hornberg, Claudia (2019).

-
- Leitfaden Gesunde Stadt. Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. 2. Aufl. Bochum.
- Baumgart, Sabine (2018). Räumliche Planung und Öffentliche Gesundheit. Eine historische Verknüpfung. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, 20–36.
- Baumgart, Sabine (2020). Stadtentwicklung. Eine kommunalpolitische Querschnittsaufgabe. In: Katharina Böhm/Stefan Bräunling/Raimund Geene/Heike Köckler (Hg.). Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden, Springer, 209–222.
- Baumgart, Sabine/Dilger, Ulrich (2018). Fachplan Gesundheit. Entwicklung von Strategien über die bisherige Gesundheitsberichterstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hinaus. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, 200–212.
- Baumgart, Sabine/Kistemann, Thomas (2018). Vielfältige Instrumente in der städtebaulichen Planung zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung. Ein zusammenfassender Überblick. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, 254–267.
- Baumgart, Sabine/Köckler, Heike/Ritzinger, Anne/Rüdiger, Andrea (2018). Gesundheitsförderung - ein aktuelles Thema für Raumplanung und Gesundheitswesen. Einführung. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, 5–19.
- Beckmann, Klaus J. (2018). Integrierte Stadtentwicklung. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.). Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung. Hannover, 1063–1068.
- Beetz, Stephan (2009). Regionale Dimensionen des Alterns und der Umbau der kommunalen Daseinsvorsorge. Entwicklungen am Beispiel ländlicher Räume. In: Claudia Neu (Hg.). Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 114–132.
- Bogner, Alexander/Menz, Wolfgang (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Alexander Bogner/Beate Littig/Wolfgang Menz (Hg.). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 33–70.
- Bogumil, Jörg (2018). Kommunale Selbstverwaltung. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.). Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung. Hannover, 1127–1132.

- Bogumil, Jörg/Holtkamp, Lars (2006). *Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung. Eine policyorientierte Einführung*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bogumil, Jörg/Holtkamp, Lars (2013). *Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung. Eine praxisorientierte Einführung*. Bonn, Bundeszentrale für Politische Bildung.
- Bogumil, Jörg/Jann, Werner (2020). *Verwaltung und Verwaltungswissenschaft in Deutschland. Eine Einführung*. Wiesbaden, Springer Fachmedien.
- Böhme, Christa/Dilger, Ulrich/Quilling, Eike (2018). Integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). *Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08*. Hannover, 135–144.
- Böhme, Christa/Köckler, Heike (2018). Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum. Soziale Lage, Umweltqualität und Gesundheit zusammendenken. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). *Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08*. Hannover, 87–100.
- Bolte, Gabriele/Brüchert, Tanja/Baumgart, Sabine/Quentin, Paula (2018a). *Aktive Mobilität im Alter fördern. Eine Arbeitshilfe für die Zusammenarbeit zwischen der kommunalen Planungs- und Bauverwaltung und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Klein- und Mittelstädten*. Bremen, Dortmund. Online verfügbar unter <http://www.aequipa.de/materialien/afoot> (abgerufen am 04.07.2021).
- Bolte, Gabriele/Bunge, Christiane/Hornberg, Claudia/Köckler, Heike (2018b). Umweltgerechtigkeit als Ansatz zur Verringerung sozialer Ungleichheiten bei Umwelt und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 61 (6), 674–683. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2739-6>.
- Bracher, Tilman (2016). *Fahrrad- und Fußverkehr. Strukturen und Potentiale*. In: Oliver Schwedes/Weert Canzler/Andreas Knie (Hg.). *Handbuch Verkehrspolitik*. 2. Aufl. Wiesbaden, Springer, 265–291.
- Bristol City Office (2020). *One City Plan 2020. A plan for Bristol to 2050*. Bristol.
- Brüchert, Tanja/Baumgart, Sabine/Bolte, Gabriele (2021a). Social determinants of older adults' urban design preference: a cross-sectional study. *Cities & Health*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/23748834.2020.1870845>.
- Brüchert, Tanja/Hasselder, Pia/Quentin, Paula/Bolte, Gabriele (2020). Walking for Transport among Older Adults. A Cross-Sectional Study on the Role of the Built Environment in Less Densely Populated Areas in Northern Germany. *International journal of environmental research and public health* 17 (24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249479>.
- Brüchert, Tanja/Quentin, Paula (2018). *Alternsgerechte Quartiere*. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). *Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08*. Hannover, 353–365.

- Brüchert, Tanja/Quentin, Paula/Baumgart, Sabine/Bolte, Gabriele (2017). Intersectoral collaboration of public health and urban planning for promotion of mobility and healthy ageing. Protocol of the AFOOT project. *Cities & Health*, 1–6. <https://doi.org/10.1080/23748834.2017.1312086>.
- Brüchert, Tanja/Quentin, Paula/Baumgart, Sabine/Bolte, Gabriele (2021b). Barriers, Facilitating Factors, and Intersectoral Collaboration for Promoting Active Mobility for Healthy Aging. A Qualitative Study within Local Government in Germany. *International journal of environmental research and public health* 18 (7), 3807. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073807>.
- Brüchert, Tanja/Quentin, Paula/Bolte, Gabriele (eingereicht). The relationship between perceived built environment and cycling or e-biking for transport among older adults. A cross-sectional study.
- Bucksch, Jens/Schneider, Sven (2014). Walkability. Einführung und Überblick. In: Jens Bucksch/Sven Schneider (Hg.). *Walkability. Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune*. Bern, Huber, 15–26.
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2019). Unser Plan für Deutschland. Gleichwertige Lebensverhältnisse überall. Schlussfolgerungen von Bundesminister Horst Seehofer als Vorsitzendem sowie Bundesministerin Julia Klöckner und Bundesministerin Dr. Franziska Giffey als Co-Vorsitzenden zur Arbeit der Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“. Berlin.
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2020). Neue Leipzig Charta. Die transformative Kraft der Städte für das Gemeinwohl. Berlin.
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2007). Leipzig Charta zur nachhaltigen europäischen Stadt. Angenommen anlässlich des Informellen Ministertreffens zur Stadtentwicklung und zum territorialen Zusammenhalt in Leipzig am 24.-25. Mai 2007. Berlin.
- Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (2018). Regionalstatistische Raumtypologie (RegioStaR) des BMVI für die Mobilitäts- und Verkehrsforschung. Arbeitspapier Version V1.1. Bonn.
- Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (2021). Nationaler Radverkehrsplan 3.0. Fahrradland Deutschland 2030. Berlin.
- Bunge, Christiane (2020). Umwelt. Vom gesundheitsbezogenen Umweltschutz zum integrierten Ansatz Umweltgerechtigkeit. In: Katharina Böhm/Stefan Bräunling/Raimund Gene/Heike Köckler (Hg.). *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*. Wiesbaden, Springer, 143–157.
- Cerin, Ester/Nathan, Andrea/van Cauwenberg, Jelle/Barnett, David W./Barnett, Anthony (2017). The neighbourhood physical environment and active travel in older adults: a

- systematic review and meta-analysis. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 14 (15), 1–23.
- Claßen, Thomas (2018). Urbane Grün- und Freiräume. Ressourcen einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). *Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08*. Hannover, 297–313.
- Clavier, Carole/Leeuw, Evelyne de (2013). Framing public policy in health promotion: ubiquitous, yet elusive. In: Carole Clavier/Evelyne de Leeuw (Hg.). *Health promotion and the policy process*. Oxford, Oxford University Press, 1–22.
- Clos, Joan/Surinach, Rosa (2019). Health, Sustainable Development Goals and the New Urban Agenda. In: Mark Nieuwenhuijsen/Haneen Khreis (Hg.). *Integrating human health into urban and transport planning. A framework*. Cham, Springer, 17–30.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. World Health Organization. Geneva.
- Corburn, Jason (2009). *Toward the healthy city. People, places, and the politics of urban planning*. Cambridge, Mass., MIT Press.
- Dahlgren, Göran/Whitehead, Margaret (2007a). *European strategies for tackling social inequities in health. Levelling up Part 2*. World Health Organization. Copenhagen.
- Dahlgren, Göran/Whitehead, Margaret (2007b). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe*. Institute for Futures Studies. Stockholm.
- Danielczyk, Rainer/Münter, Angelika (2018). Raumplanung. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.). *Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung*. Hannover, 1931–1942.
- Daviter, Falk (2018). The framing of EU policies. In: Hubert Heinelt/Sybille Münch (Hg.). *Handbook of European policies. Interpretive approaches to the EU*. Cheltenham/Northampton, Edward Elgar Publishing, 91–112.
- Deffner, Jutta (2018). Fuß- und Radverkehr. In: Oliver Schwedes (Hg.). *Verkehrspolitik. Eine interdisziplinäre Einführung*. 2. Aufl. Wiesbaden, Springer VS, 415–444.
- Delany, Toni/Lawless, Angela/Baum, Frances/Popay, Jennie/Jones, Laura/Mcdermott, Dennis/Harris, Elizabeth/Broderick, Danny/Marmot, Michael (2016). Health in All Policies in South Australia. What has supported early implementation? *Health Promotion International* 31 (4), 888–898. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav084>.
- Dewulf, Art/Gray, Barbara/Putnam, Linda/Lewicki, Roy/Aarts, Noelle/Bouwen, Rene/van Woerkum, Cees (2009). Disentangling approaches to framing in conflict and negotiation research. A meta-paradigmatic perspective. *Human Relations* 62 (2), 155–193. <https://doi.org/10.1177/0018726708100356>.

-
- Dryzek, John S. (1993). Policy analysis and planning: from science to argument. In: Frank Fischer/John Forester (Hg.). *The argumentative turn in policy analysis and planning*. London, UCL Press, 213–232.
- Eberhardt, Frank (2019). Langfristig sinkende Bevölkerungszahl und Fortsetzung der Alterung in Niedersachsen zu erwarten. *Statistische Monatshefte Niedersachsen* (9), 484–499.
- Ewing, Reid/Cervero, Robert (2010). Travel and the Built Environment. *Journal of the American Planning Association* 76 (3), 265–294.
- Fabian, Carlo/Drilling, Matthias/Niermann, Oliver/Schnur, Olaf (2017). Quartier und Gesundheit – Klärungen eines scheinbar selbstverständlichen Zusammenhangs. Eine Einführung in den Band. In: Carlo Fabian/Matthias Drilling/Oliver Niermann/Olaf Schnur (Hg.). *Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis*. Wiesbaden, Springer VS, 9–37.
- Fischer, Frank (2012). *Reframing public policy. Discursive politics and deliberative practices*. Oxford, Oxford University Press.
- Forberger, Sarah/Bammann, Karin/Bauer, Jürgen/Boll, Susanne/Bolte, Gabriele/Brand, Tilman/Hein, Andreas/Koppelin, Frauke/Lippke, Sonia/Meyer, Jochen/Pischke, Claudia R./Voelcker-Rehage, Claudia/Zeeb, Hajo (2017). How to Tackle Key Challenges in the Promotion of Physical Activity among Older Adults (65+). *The AEQUIPA Network Approach. International journal of environmental research and public health* 14 (4). <https://doi.org/10.3390/ijerph14040379>.
- Frahsa, Annika (2018). Verkehr und Gesundheit – Walkability. In: Oliver Schwedes (Hg.). *Verkehrspolitik. Eine interdisziplinäre Einführung*. 2. Aufl. Wiesbaden, Springer VS, 395–414.
- Freiler, Alix/Muntaner, Carles/Shankardass, Ketan/Mah, Catherine L./Molnar, Agnes/Renahy, Emilie/O'Campo, Patricia (2013). Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *Journal of epidemiology and community health* 67 (12), 1068–1072. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202731>.
- Fudge, Colin/Fawkes, Sally (2017). Science meets imagination. *Cities and health in the twenty-first century. Cities & Health* 1 (2), 101–106. <https://doi.org/10.1080/23748834.2018.1462610>.
- Fudge, Colin/Grant, Marcus/Wallbaum, Holger (2020). Transforming cities and health. Policy, action, and meaning. *Cities & Health* 4 (2), 135–151. <https://doi.org/10.1080/23748834.2020.1792729>.
- Funtowicz, Silvio O./Ravetz, Jerome R. (1993). Science for the post-normal age. *Futures* 25 (7), 739–755. [https://doi.org/10.1016/0016-3287\(93\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0016-3287(93)90022-L).
- Fürst, Dietrich (2010). Regional Governance. In: Arthur Benz/Nicolai Dose (Hg.). *Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung*. 2. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 49–68.

- Fürst, Dietrich (2018). Planung. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.). Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung. Hannover, 1711–1719.
- Geene, Raimund (2020). Health in All Policies. Internationale Entwicklungen, Umsetzungsbeispiele und Perspektiven für Deutschland. In: Katharina Böhm/Stefan Bräunling/Raimund Geene/Heike Köckler (Hg.). Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden, Springer, 37–51.
- Gehl, Jan (2010). Cities for people. Washington D.C., Island Press.
- Gemeinde Ritterhude (2008). Integriertes Gemeindeentwicklungskonzept Ritterhude 2020. Ritterhude.
- Gemeinde Ritterhude (2011). Spielleitplanung Ritterhude. Bausteine für eine generationenfreundliche Gemeinde. Ritterhude.
- Gemeinde Ritterhude (2020). Integriertes Energetisches Quartierskonzept (IEQK) Mühlenberg/Baumsiedlung/Am Großen Geeren. Entwurf. Ritterhude.
- Gemeinde Ritterhude/BPW Stadtplanung (2020). Informationen im Rahmen der ersten Bürgerwerkstätten zum Gemeindeentwicklungskonzept Ritterhude 2035. Ritterhude, Bremen.
- Gerring, John (2004). What is a case study and what is it good for? *The American Political Science Review* 98 (2), 341–354.
- Gerring, John (2017). Case study research. Principles and practices. Cambridge/New York, Cambridge University Press.
- Gesundheitsministerkonferenz (2018). Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Der ÖGD: Public Health vor Ort. Online verfügbar unter <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=730&jahr=2018> (abgerufen am 17.10.2018).
- Geyer, Siegfried (2018). Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, 918–924.
- GKV Spitzenverband (2018). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin.
- Gössling, Stefan (2016). Urban transport justice. *Journal of Transport Geography* 54, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2016.05.002>.
- Grant, Marcus (2015). European Healthy City Network Phase V. Patterns emerging for healthy urban planning. *Health Promotion International* 30 (Suppl. 1), i54–i70. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav033>.

- Grant, Marcus/Brown, Caroline/Caiaffa, Waleska T./Capon, Anthony/Corburn, Jason/Coutts, Chris/Crespo, Carlos J./Ellis, Geraint/Ferguson, George/Fudge, Colin/Hancock, Trevor/Lawrence, Roderick J./Nieuwenhuijsen, Mark J./Oni, Tolu/Thompson, Susan/Wagenaar, Cor/Ward Thompson, Catharine (2017). Cities and health. An evolving global conversation. *Cities & Health* 1 (1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/23748834.2017.1316025>.
- Greater London Authority (2018). *The London Health Inequalities Strategy*. London.
- Guglielmin, Maria/Muntaner, Carles/O'Campo, Patricia/Shankardass, Ketan (2018). A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health policy* 122 (3), 284–292. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.005>.
- Hagen, Susanne/Helgesen, Marit/Torp, Steffen/Fosse, Elisabeth (2015). Health in All Policies. A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian journal of public health* 43 (6), 597–605. <https://doi.org/10.1177/1403494815585614>.
- Hambleton, Robin (2020). Leading the healthy city. Taking advantage of the power of place. *Cities & Health* 4 (2), 221–228. <https://doi.org/10.1080/23748834.2019.1693793>.
- Hartlik, Joachim/Machtolf, Monika (2018). Gesundheit in der Umweltprüfung. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). *Planung für gesundheitsfördernde Städte*. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, 168–195.
- Hartung, Susanne/Rosenbrock, Rolf (2018). Settingansatz – Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, 892–896.
- Healey, Patsy (2006). *Collaborative planning. Shaping places in fragmented societies*. 2. Aufl. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Hendriks, Anna-Marie/Jansen, Maria W.J./Gubbels, Jessica S./Vries, Nanne K. de/Molleman, Gerard/Kremers, Stef P.J. (2015). Local government officials' views on intersectoral collaboration within their organization. A qualitative exploration. *Health Policy and Technology* 4 (1), 47–57. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2014.10.013>.
- Hisschemöller, Matthijs/Hoppe, Rob (1995). Coping with intractable controversies: The case for problem structuring in policy design and analysis. *Knowledge and Policy* 8 (4), 40–60. <https://doi.org/10.1007/BF02832229>.
- Hoppe, Robert (2011). *The governance of problems. Puzzling, powering and participation*. Bristol, Policy Press.
- Hornberg, Claudia/Pauli, Andrea (2014). Gesundheitsfördernde Lebensbedingungen als Aufgabe der Daseinsvorsorge. In: Marlit Haber/Andrea Rüdiger/Sabine Baumgart/Rainer Danielczyk/Hans-Peter Tietz (Hg.). *Daseinsvorsorge in der Raumentwicklung. Sicherung – Steuerung – Vernetzung – Qualitäten*. Essen, Klartext, 19–32.

- Jahn, Thomas (2008). Transdisziplinarität in der Forschungspraxis. In: Matthias Bergmann/Engelbert Schramm (Hg.). *Transdisziplinäre Forschung. Integrative Forschungsprozesse verstehen und bewerten*. New York/Frankfurt am Main, Campus, 21–37.
- Jahnke, Kerstin/Stelmacher, Kerstin/Trapp, Marina/Werner, Christiane (2018). *Bundestransferstelle Zukunft Stadtgrün. Erster Statusbericht zum Städtebauförderprogramm*. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung. Bonn, Berlin.
- Jungk, Robert/Müllert, Norbert R. (1994). *Zukunftswerkstätten. Mit Phantasie gegen Routine und Resignation*. 4. Aufl. München, Heyne.
- Kaba-Schönstein, Lotte/Kilian, Holger (2018). Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung – Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln, 485-501.
- Kawka, Rupert/Staats, Jens-Uwe (2016). Metropolregionen und Bundesraumordnung. *Informationen zur Raumentwicklung* (5), 535–541.
- Kickbusch, Ilona/Hartung, Susanne (2014). *Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik*. 2. Aufl. Bern, Huber.
- Köckler, Heike (2014). Das 'Vulnerability of Population Principle' als Prinzip einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung für alle. In: Marlit Haber/Andrea Rüdiger/Sabine Baumgart/Rainer Danielzyk/Hans-Peter Tietz (Hg.). *Daseinsvorsorge in der Raumentwicklung. Sicherung – Steuerung – Vernetzung – Qualitäten*. Essen, Klartext, 207–218.
- Köckler, Heike (2017). *Umweltbezogene Gerechtigkeit. Anforderungen an eine zukunftsweisende Stadtplanung*. Frankfurt am Main, Peter Lang.
- Köckler, Heike/Fehr, Rainer (2018). Health in All Policies. Gesundheit als integrales Thema von Stadtplanung und -entwicklung. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). *Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08*. Hannover, 70–86.
- Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen (2015). *Grundsatzbeschluss zur kooperativen Regionalentwicklung*. Delmenhorst.
- Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen (2020). *Regionales Mobilitätskonzept: Radverkehr*. Delmenhorst.
- Kuckartz, Udo (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Aufl. Weinheim, Beltz Juventa.
- Kuhn, Joseph/Böhm, Andreas (2018). Gesundheitsschutz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln, 537–544.
- Lamnek, Siegfried (2010). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. 5. Aufl. Weinheim/Basel, Beltz.

- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (2014). Gesundheitsregionen Niedersachsen. Leitfaden. Hannover.
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (o.J.). Präventionsketten Niedersachsen. Gesund aufwachsen für alle Kinder. Online verfügbar unter <https://www.praeventionsketten-nds.de/> (abgerufen am 07.10.2020).
- Lang, Daniel J./Wiek, Arnim/Bergmann, Matthias/Stauffacher, Michael/Martens, Pim/Moll, Peter/Swilling, Mark/Thomas, Christopher J. (2012). Transdisciplinary research in sustainability science. Practice, principles, and challenges. *Sustainability Science* 7 (S1), 25–43. <https://doi.org/10.1007/s11625-011-0149-x>.
- Larsen, Maja/Rantala, Riikka/Koudenburg, Okje Anna/Gulis, Gabriel (2014). Intersectoral action for health. The experience of a Danish municipality. *Scandinavian journal of public health* 42 (7), 649–657. <https://doi.org/10.1177/1403494814544397>.
- Leeuw, Evelyne de/Breton, Éric (2013). Policy change theories in health promotion research: a review. In: Carole Clavier/Evelyne de Leeuw (Hg.). *Health promotion and the policy process*. Oxford, Oxford University Press, 23–42.
- Löffler, Elke (2015). Koproduktion mit Bürgern und gemeinnützige Öffentlich-Private Partnerschaften. Ein transsektoraler Ansatz für eine wirkungsorientierte Verwaltungswissenschaft. *Verwaltung & Management* 21 (6), 317–325. <https://doi.org/10.5771/0947-9856-2015-6-317>.
- Löhr, Rolf-Peter (2012). Das Recht der kommunalen Bauleitplanung und gesundheitliche Belange. In: Christa Böhme/Christa Kliemke/Bettina Reimann/Waldemar Süß (Hg.). *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*. Bern, Hans Huber, 37–48.
- Luederitz, Christopher/Schäpke, Niko/Wiek, Arnim/Lang, Daniel J./Bergmann, Matthias/Bos, Joannette J./Burch, Sarah/Davies, Anna/Evans, James/König, Ariane/Farrelly, Megan A./Forrest, Nigel/Frantzeskaki, Niki/Gibson, Robert B./Kay, Braden/Loorbach, Derk/McCormick, Kes/Parodi, Oliver/Rauschmayer, Felix/Schneidewind, Uwe/Stauffacher, Michael/Stelzer, Franziska/Trencher, Gregory/Venjakob, Johannes/Vergragt, Philip J./Wehrden, Henrik von/Westley, Frances R. (2017). Learning through evaluation – A tentative evaluative scheme for sustainability transition experiments. *Journal of Cleaner Production* 169, 61–76. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.09.005>.
- Mädig, Heinrich (2020). Städte im demografischen Wandel. In: Ingrid Breckner/Albrecht Göschel/Ulf Matthiesen (Hg.). *Stadtsoziologie und Stadtentwicklung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Baden-Baden, Nomos, 159–170.
- Meincke, Anna/Ahn, Birgit (2016). Metropolregion Nordwest. Wir sind der Nordwesten. *Informationen zur Raumentwicklung* (5), 571–574.

- Mekel, Odile (2020). Gesundheitsfolgenabschätzung. In: Katharina Böhm/Stefan Bräunling/Raimund Geene/Heike Köckler (Hg.). *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*. Wiesbaden, Springer, 377–386.
- Meng, Meng/Dąbrowski, Marcin/Tai, Yuting/Stead, Dominic/Chan, Faith (2019). Collaborative spatial planning in the face of flood risk in delta cities. A policy framing perspective. *Environmental Science & Policy* 96, 95–104. <https://doi.org/10.1016/j.envsci.2019.03.006>.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2005). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Alexander Bogner/Beate Littig/Wolfgang Menz (Hg.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. 2. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 71–93.
- Mintrom, Michael/Luetjens, Joannah (2017). Policy entrepreneurs and problem framing. The case of climate change. *Environment and Planning C: Politics and Space* 35 (8), 1362–1377. <https://doi.org/10.1177/2399654417708440>.
- Münch, Sybille (2010). *Integration durch Wohnungspolitik? Zum Umgang mit ethnischer Segregation im europäischen Vergleich*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Münch, Sybille (2016). *Interpretative Policy-Analyse. Eine Einführung*. Wiesbaden, Springer VS.
- Nanz, Patrizia/Fritsche, Miriam (2012). *Handbuch Bürgerbeteiligung. Verfahren und Akteure, Chancen und Grenzen*. Bonn, Bundeszentrale für Politische Bildung.
- Nationale Präventionskonferenz (2018). *Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V*. Berlin.
- Neu, Claudia (2009). Daseinsvorsorge – eine Einführung. In: Claudia Neu (Hg.). *Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 9–19.
- Nevens, Frank/Frantzeskaki, Niki/Gorissen, Leen/Loorbach, Derk (2013). Urban Transition Labs. Co-creating transformative action for sustainable cities. *Journal of Cleaner Production* 50, 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2012.12.001>.
- Nieuwenhuijsen, Mark/Khreis, Haneen (2019). Urban and Transport Planning, Environment and Health. In: Mark Nieuwenhuijsen/Haneen Khreis (Hg.). *Integrating human health into urban and transport planning. A framework*. Cham, Springer, 3–16.
- Nobis, Claudia/Kuhnimhof, Tobias (2018). *Mobilität in Deutschland – MiD Ergebnisbericht. Studie von infas, DLR, IVT und infas 360 im Auftrag des Bundesministers für Verkehr und digitale Infrastruktur*. Bonn, Berlin.
- Ollila, Eeva (2011). Health in All Policies. From rhetoric to action. *Scandinavian journal of public health* 39 (Suppl. 6), 11–18. <https://doi.org/10.1177/1403494810379895>.

- Ollila, Eeva/Baum, Fran/Pena, Sebastián (2013). Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. In: Kimmo Leppo/Eeva Ollila/Sebastián Pena/Matthias Wismar/Sarah Cook (Hg.). Health in all policies. Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health Finland, 3–23.
- Othengrafen, Frank/Levin-Keitel, Meike (2019). Planners between the Chairs. How Planners (Do Not) Adapt to Transformative Practices. *Urban Planning* 4 (4), 111–125. <https://doi.org/10.17645/up.v4i4.2237>.
- Plowden, Ben (2020). Creating healthy streets for sustainable cities. Delivering public health benefits through redesigning London's streets. *Cities & Health* 4 (2), 156–161. <https://doi.org/10.1080/23748834.2019.1685852>.
- Plümer, Klaus D. (2018). Germany. In: Organization and financing of public health services in Europe. Country reports. Copenhagen, World Health Organization, 35–47.
- Prüss-Ustün, Annette/Wolf, J./Corvalán, Carlos/Bos, Robert/Neira, Maria (2016). Preventing disease through healthy environments. A global assessment of the burden of disease from environmental risks. World Health Organization. Geneva.
- Quentin, Paula/Brüchert, Tanja/Baumgart, Sabine/Bolte, Gabriele (2018). Zusammenarbeit zwischen räumlicher Planung und Öffentlichem Gesundheitsdienst. Erfahrungen aus Klein- und Mittelstädten. *Forum Wohnen und Stadtentwicklung* 10 (1), 19–22. Online verfügbar unter https://www.vhw.de/fileadmin/user_upload/08_publicationen/verbandszeitschrift/FWS/2018/1_2018/FWS_1_18_Quentin_et_al.pdf (abgerufen am 09.07.2021).
- Quilling, Eike/Köckler, Heike (2018). Partizipation für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, 101–117.
- Rantala, Riikka/Bortz, Martin/Armada, Francisco (2014). Intersectoral action. Local governments promoting health. *Health Promotion International* 29 (Suppl. 1), i92–i102. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau047>.
- Rauland, Horst/Böhme, Christa/Köckler, Heike (2018). Das Präventionsgesetz und seine Potenziale für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, 238–251.
- Rein, Martin/Schön, Donald (1993). Reframing Policy Discourse. In: Frank Fischer/John Forester (Hg.). The argumentative turn in policy analysis and planning. London, UCL Press, 145–166.
- Rein, Martin/Schön, Donald (1996). Frame-critical policy analysis and frame-reflective policy practice. *Knowledge and Policy* 9 (1), 85–104. <https://doi.org/10.1007/BF02832235>.

- Reisig, Veronika/Kuhn, Joseph (2018). Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, 672–677.
- Richter-Kornweitz, Antje/Kilian, Holger/Holz, Gerda (2018). Präventionskette – Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, 809–816.
- Rittel, Horst W. J./Webber, Melvin M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences* 4 (2), 155–169. <https://doi.org/10.1007/BF01405730>.
- Rodenstein, Marianne (1988). Mehr Licht, mehr Luft. Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750. Frankfurt/New York, Campus.
- Rodenstein, Marianne (1991). Gesundheit, Stadtplanung und Modernisierung. *Archiv für Kommunalwissenschaften* 30 (1), 47–63.
- Rodenstein, Marianne (2012). Stadtplanung und Gesundheit. Ein Rückblick auf Theorie und Praxis. In: Christa Böhme/Christa Kliemke/Bettina Reimann/Waldemar Süß (Hg.). *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*. Bern, Hans Huber, 15–25.
- Rüdiger, Andrea (2009). *Der Alltäglichkeit auf der Spur: Die Rolle der Stadtgröße für die räumliche Planung. Eine empirische Untersuchung der Planungspraxis bundesdeutscher Mittelstädte*. Hamburg, Dr. Kovac.
- Rydin, Yvonne/Bleahu, Ana/Davies, Michael/Dávila, Julio D./Friel, Sharon/Grandis, Giovanni de/Groce, Nora/Hallal, Pedro C./Hamilton, Ian/Howden-Chapman, Philippa/Lai, Ka-Man/Lim, C. J./Martins, Juliana/Osrin, David/Ridley, Ian/Scott, Ian/Taylor, Myfanwy/Wilkinson, Paul/Wilson, James (2012). Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *The Lancet* 379 (9831), 2079–2108. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60435-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60435-8).
- Sallis, James F./Cervero, Robert B./Ascher, William/Henderson, Karla A./Kraft, M. Katherine/Kerr, Jacqueline (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual review of public health* 27, 297–322. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100>.
- Schäpke, Niko/Stelzer, Franziska/Bergmann, Matthias/Singer-Brodowski, Mandy/Wanner, Matthias/Caniglia, Guido/Lang, Daniel J. (2017). Reallabore im Kontext transformativer Forschung. Ansatzpunkte zur Konzeption und Einbettung in den internationalen Forschungsstand. IETSR Discussion papers in Transdisciplinary Sustainability Research 01/2017. Lüneburg.
- Scholles, Frank (2008). Planspiel. In: Dietrich Fürst/Frank Scholles (Hg.). *Handbuch Theorien und Methoden der Raum- und Umweltplanung*. 3. Aufl. Dortmund, Rohn, 393–403.

- Schön, Donald/Rein, Martin (1994). *Frame Reflection. Toward the resolution of intractable policy controversies*.
- Schwartz-Shea, Peregrine/Yanow, Dvora (2012). *Interpretive research design. Concepts and processes*. New York, NY, Routledge.
- Seebacher, Andreas/Alcántara, Sophia/Quint, Alexandra (2018). Akteure in Reallaboren – Reallabore als Akteure. In: Rico Defila/Antonietta Di Giulio (Hg.). *Transdisziplinär und transformativ forschen. Eine Methodensammlung*. Wiesbaden, Germany, Springer VS, 155–159.
- Shankardass, Ketan/Renahy, Emilie/Muntaner, Carles/O'Campo, Patricia (2015). Strengthening the implementation of Health in All Policies. A methodology for realist explanatory case studies. *Health policy and planning* 30 (4), 462–473. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu021>.
- Shankardass, Ketan/Solar, Orielle/Murphy, Kelly/Greaves, Lorraine/O'Campo, Patricia (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International journal of public health* 57 (1), 25–33. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0302-4>.
- Sieber, Raphael (2017). *Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Eine Untersuchung stadtplanerischer Instrumente unter Einbeziehung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung*. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr.-Ing. an der Fakultät Raumplanung, Technische Universität Dortmund. Dortmund.
- Starke, Dagmar/Tempel, Günter/Butler, Jeffrey/Starker, Anne/Zühlke, Christel/Borrmann, Brigitte (2017). Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung. Leitlinien und Empfehlungen. *Journal of Health Monitoring* (2), 2–20.
- Statistisches Bundesamt (2019). *Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden.
- Statistisches Landesamt Bremen (2019). *Statistisches Jahrbuch 2019*. Bremen.
- Sterdt, Elena/Walter, Ulla (2012). Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. In: Christa Böhme/Christa Kliemke/Bettina Reimann/Waldemar Süß (Hg.). *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*. Bern, Hans Huber, 27–36.
- Stielike, Jan M. (2018). *Sozialstaatliche Verpflichtungen und raumordnerische Möglichkeiten zur Sicherung der Daseinsvorsorge*. Baden-Baden, Nomos.
- Stockmann, Reinhard/Meyer, Wolfgang (2014). *Evaluation. Eine Einführung*. 2. Aufl. Opladen, Budrich.
- Süß, Waldemar/Trojan, Alf (2018). Gemeindeorientierung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln, 156–159.

- Tallarek, Marie J./Helgesen, Marit K./Fosse, Elisabeth (2013). Reducing social inequities in health in Norway. Concerted action at state and local levels? *Health policy* 113 (3), 228–235. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.019>.
- Tran, Minh Chau (2018). Walkability als ein Baustein gesundheitsförderlicher Stadtentwicklung und -gestaltung. In: Sabine Baumgart/Heike Köckler/Anne Ritzinger/Andrea Rüdiger (Hg.). *Planung für gesundheitsfördernde Städte*. Forschungsberichte der ARL 08. Hannover, 284–296.
- Transport for London (2017). *Healthy Streets for London*. Prioritising walking, cycling and public transport to create a healthy city. London.
- Trapp, Jan Hendrik/Hanke, Stefanie/Riechel, Robert/Deffner, Jutta/Zimmermann, Martin/Stein, Melina/Felmeden, Jörg/Franz, Annegret (2019). *Lebensqualität und Daseinsvorsorge durch interkommunale Kooperation*. Ein Leitfaden für Kommunen in ländlich geprägten Regionen. Deutsches Institut für Urbanistik. Berlin.
- Trojan, Alf (2020). Gesundheit in allen Politikbereichen. Die Entwicklungsgeschichte eines Kernkonzepts der Gesundheitsförderung. In: Katharina Böhm/Stefan Bräunling/Raimund Geene/Heike Köckler (Hg.). *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe*. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden, Springer, 17–35.
- Tsouros, Agis D. (2019). Healthy Cities. A Political Movement Which Empowered Local Governments to Put Health and Equity High on Their Agenda. In: Mark Nieuwenhuijsen/Haneen Khreis (Hg.). *Integrating human health into urban and transport planning*. A framework. Cham, Springer, 73–88.
- United Nations (2015). *Transforming our world*. The 2030 Agenda for sustainable development. A/RES/70/1.
- United Nations (2017). *New Urban Agenda*. A/RES/71/256.
- Vallée, Dirk (2016). Mobilitäts- und Verkehrskonzepte in und für Metropolregionen in Deutschland. *Informationen zur Raumentwicklung* (5), 631–637.
- van Cauwenberg, Jelle/Bourdeaudhuij, Ilse de/Clarys, Peter/Geus, Bas de/Deforche, Benedicte (2019). Older adults' environmental preferences for transportation cycling. *Journal of Transport & Health* 13, 185–199. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2019.03.014>.
- van Hulst, Merlijn/Yanow, Dvora (2016). From Policy "Frames" to "Framing". *Theorizing a More Dynamic, Political Approach*. *The American Review of Public Administration* 46 (1), 92–112. <https://doi.org/10.1177/0275074014533142>.
- van Vliet-Brown, Cheryl E./Shahram, Sana/Oelke, Nelly D. (2018). Health in All Policies utilization by municipal governments. Scoping review. *Health Promotion International* 33 (4), 713–722. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax008>.
- Weick, Karl E. (1995). *Sensemaking in organizations*. 2. Aufl. Thousand Oaks, Sage.
- Weltgesundheitsorganisation (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Ottawa.

- Weltgesundheitsorganisation (2019). Erklärung von Ljubljana über gesundheitliche Chancengleichheit. Beschleunigung der Fortschritte hin zu einem Leben in Gesundheit und Wohlstand für alle in der Europäischen Region der WHO. Ljubljana.
- Wittmayer, Julia M./Schäpke, Niko (2014). Action, research and participation. Roles of researchers in sustainability transitions. *Sustainability Science* 9 (4), 483–496. <https://doi.org/10.1007/s11625-014-0258-4>.
- Wolter, Birgit (2017). Gesundheitsförderliche Quartiere für alte Menschen. Herausforderungen und Barrieren. In: Carlo Fabian/Matthias Drilling/Oliver Niermann/Olaf Schnur (Hg.). *Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis*. Wiesbaden, Springer VS, 61–78.
- World Health Organization (2007). *Global age-friendly cities. A guide*. Geneva.
- World Health Organization (2009). Reducing health inequities through action on the social determinants of health. Sixty-second World Health Assembly – WHA62.14.
- World Health Organization (2010). *Adelaide Erklärung zu Gesundheit in allen Politikbereichen. Auf dem Weg zu einer gemeinsamen Verantwortung und Steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden*. Adelaide.
- World Health Organization (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro.
- World Health Organization (2013). *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Helsinki.
- World Health Organization (2014). *Health in all Policies. Helsinki Statement and Framework for Country Action*. Geneva.
- World Health Organization (2015a). *Measuring the age-friendliness of cities. A guide to using core indicators*. Geneva.
- World Health Organization (2015b). *World report on ageing and health*. Geneva.
- World Health Organization (2016). *Health as the Pulse of the New Urban Agenda*. United Nations conference on housing and sustainable urban development. Geneva.
- World Health Organization (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030. More active people for a healthier world*. Geneva.
- World Health Organization (2019). *Healthy, prosperous lives for all. The European Health Equity Status Report*. Copenhagen.
- Wright, Michael (2018). Partizipation. Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln, 705–711.
- Yanow, Dvora (2000). *Conducting interpretive policy analysis*. Thousand Oaks, Sage.
- Zukunftsforum Public Health (2021). *Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland*. Berlin.

Verzeichnis der Rechts- und Verwaltungsvorschriften

- Baugesetzbuch – BauGB – in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. November 2017 (BGBl. I S. 3634), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 14. Juni 2021 (BGBl. I S. 1802)
- Ergänzende Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2017 – ErgVV Städtebauförderung 2017 – über die Gewährung von Finanzhilfen des Bundes an die Länder nach Artikel 104 b des Grundgesetzes zur Förderung städtebaulicher Maßnahmen vom 29.03.2017/26.09.2017
- Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen – ÖGDG Bremen – vom 27. März 1995 (Brem.GBl. 1995, S. 175, 366), zuletzt geändert durch Geschäftsverteilung des Senats vom 20. Oktober 2020 (Brem.GBl. S. 1172)
- Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung – UVPG – in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. März 2021 (BGBl. I S. 540)
- Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention – PräVG – vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368)
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland – GG – in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 u. 2 Satz 2 des Gesetzes vom 29. September 2020 (BGBl. I S. 2048)
- Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst – NGöGD – vom 24. März 2006 (Nds. GVBl. 2006, S. 178), zuletzt geändert durch Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 16.03.2021 (Nds. GVBl. S. 133)
- Niedersächsisches Kommunalverfassungsgesetz – NKomVG – vom 17. Dezember 2010 (Nds. GVBl. 2010, S. 576), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 10.06.2021 (Nds. GVBl. S. 368)
- Raumordnungsgesetz – ROG – vom 22. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2986), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 3. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2694)
- Satzung der Gemeinde Ritterhude über die förmliche Festlegung des Sanierungsgebietes „Mühlenberg/Baumsiedlung/Am Großen Geeren“ vom 10.07.2020
- Verbandssatzung für den Zweckverband Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen (ZVBN) in der geänderten Fassung vom 21.12.2001
- Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946
- Verordnung über Luftqualitätsstandards und Emissionshöchstmengen – 39. BImSchV – vom 2. August 2010 (BGBl. I S. 1065), zuletzt geändert durch Artikel 112 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328)
- Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2016 – VV Städtebauförderung 2016 – über die Gewährung von Finanzhilfen des Bundes an die Länder nach Artikel 104 b des

Grundgesetzes zur Förderung städtebaulicher Maßnahmen vom
18.12.2015/15.03.2016

Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung 2021 – VV Städtebauförderung 2021 – über
die Gewährung von Finanzhilfen des Bundes an die Länder nach Artikel 104 b des
Grundgesetzes zur Förderung städtebaulicher Maßnahmen vom
18.12.2020/29.03.2021

Anhang

Interviewleitfaden für Landkreise und kreisfreie Städte

*Situationsbeschreibung Radfahrende und Fußgänger*innen:* Wie würden Sie die Situation für Radfahrende und Fußgänger*innen in Ihrem Landkreis/Ihrer Stadt beschreiben?

- Werden dabei Bedürfnisse besonderer Bevölkerungsgruppen berücksichtigt, z. B. ältere Menschen? Ist die Situation in allen Teilräumen (Stadtteilen, Ortschaften) vergleichbar?
- Welchen Handlungsbedarf sehen Sie aus ihrem Tätigkeitsfeld heraus? In welchem Kontext wird das Thema behandelt? Spielt körperliche Aktivität eine Rolle?

Inhaltliche Berührungspunkte mit Gesundheit und (städtischem) Raum: Gab oder gibt es in Ihrer alltäglichen Arbeitspraxis inhaltliche Berührungspunkte zwischen Gesundheit und (städtischem) Raum? Oder welche könnten Sie sich vorstellen?

- Beschäftigen Sie sich mit dem Thema Verhältnisprävention? Gibt es hierzu auch Maßnahmen der Bewegungsförderung?
- Wie steht es um die Gesundheitsbelange in der räumlichen Planung?

Zusammenarbeit: Wann und wie werden Absprachen zwischen räumlicher Planung und Öffentlichem Gesundheitsdienst getätigt? Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie gemacht? Wenn nicht, wie kommt das?

- Welche Erfahrungen haben Sie mit Gesundheitsfolgenabschätzung und Umweltverträglichkeitsprüfungen?
- Gibt es Gremien, in denen Sie zusammenarbeiten? Wie ist Ihre Erfahrung? Welche Ergebnisse haben Sie gemeinsam erzielt?

Projekte und Konzepte: Erzählen Sie uns bitte etwas zu [Bezeichnung eines zuvor recherchierten lokalen Konzepts oder Projekts, z. B. Regionales Raumordnungsprogramm, Demografieprogramm, Mobilitätskonzept]. Wie ist es zu diesem Konzept/Projekt gekommen und wer ist daran beteiligt?

- Wer hat die inhaltliche Ausrichtung mitbestimmt? Wer hat die Federführung? In welcher Form hat sich das Gesundheitsamt an der Konzepterstellung beteiligt?
- Wie werden die Bedürfnisse älterer Menschen in dem Konzept/Projekt berücksichtigt? Inwiefern werden Gesundheitsaspekte in dem Konzept/Projekt behandelt?

Ausblick: Das Thema Gesundheitsförderung wird durch das kürzlich durch den Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz gestärkt, auch im Setting Kommune. Welche Chancen sehen Sie, dieses Thema in Ihrem Tätigkeitsfeld zu verankern? Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, um hier etwas zu erreichen bzw. zu ermöglichen?

Interviewleitfaden für kreisangehörige Städte und Gemeinden

Erfahrungen mit einem konkreten Projekt: Wie ist [Projektbezeichnung] entstanden, wie hat es sich entwickelt?

- Was waren die Argumente zur Initiierung des Projekts? Was war der Anlass?
- Welche Ziele haben Sie mit dem Projekt verfolgt? Welche Ziele haben Sie erreicht?
- Wer hat das Projekt initiiert, wer hat sich (zu welchem Zeitpunkt) beteiligt? Was war die Rolle von Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik? Welche Bereiche der öffentlichen Verwaltung waren involviert?
- Wie kam das Projekt bei den Bewohner*innen, insbesondere bei Älteren, an? Wie wird das Projekt angenommen? Welche weiteren Maßnahmen sind geplant?
- Was waren die größten Schwierigkeiten im Projekt? Was hat umgekehrt zum Gelingen des Projektes beigetragen?

Erfahrungen im Umgang mit Gesundheit und Mobilität im Alter: In welcher Weise spielt das Thema Gesundheit in [Projektbezeichnung] eine Rolle? In welcher Weise ist Mobilität im Alter ein Thema in [Projektbezeichnung]?

- Wie stellen Sie sicher, dass das Projekt allen Bewohner*innen gleichermaßen zugutekommt? Ist Ihnen Umweltgerechtigkeit ein Begriff?
- Hatten Sie schonmal mit dem Gesundheitsamt des Landkreises zu den Themen Umwelt, räumliche Entwicklung und/oder Mobilität zu tun? Wenn nein, vielleicht zu anderen Anlässen?
- Fallen Ihnen (weitere) Akteure hier vor Ort ein, die sich mit Mobilität und Gesundheit im Alter beschäftigen?

Erfahrungen im Umgang mit Leitfäden: Wie finden neue Themen Eingang in die Siedlungs- und Verkehrsentwicklung? Wie viel Spielraum haben Sie, um neue Themen aufzunehmen?

- Durch welche Quellen werden Sie auf neue Themen in der Stadt- und Gemeindeentwicklung aufmerksam? Nutzen Sie in Ihrer täglichen Arbeit Leitfäden? Wenn ja, wann und in welcher Weise? Wenn nein, warum nicht?
- Halten Sie es für möglich, Gesundheitsaspekte stärker in Ihr Tätigkeitsfeld zu integrieren und/oder Ihre Tätigkeit stärker mit der räumlichen Planung zu verzahnen? Was würde Ihnen dabei helfen (Indikatoren, Argumente, konkrete Maßnahmenvorschläge)?

Übersicht über die ausgewerteten Dokumente im Reallabor

Dokumente

Vorlauf	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachtungsprotokolle eines Planspiels am 12.06.2017
Bestandsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisprotokolle der monatlichen Arbeitstreffen von August 2018 bis Juni 2019 • Ergebnisprotokolle der halbjährlichen Treffen am 04.02.2019 und 02.07.2019 • Gedächtnisprotokolle der ersten Reflexion im Kernteam am 05.12.2018 und im erweiterten Team am 04.02.2019 sowie Evaluationsbericht vom 03.04.2019 • interne Dokumentation der Bestandsanalyse vom 24.07.2019 • veröffentlichte Ergebnisdarstellungen zur Bestandsanalyse (d.h. Erreichbarkeit der Alltagsziele und Altersstruktur) und zur Befragung (d.h. Mobilitätsverhalten) vom 16.07.2019
Agendaentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisprotokolle der monatlichen Arbeitstreffen von März 2019 bis Juni 2019 • Ergebnisprotokolle der halbjährlichen Treffen am 04.02.2019 und 02.07.2019 (inkl. der Ergebnisse der zweiten Reflexion im erweiterten Team) • Gedächtnisprotokoll der zweiten Reflexion im Kernteam am 14.06.2019 • interne Dokumentation der Zukunftswerkstätten vom 24.06.2019 • veröffentlichte Ergebnisdarstellungen der Zukunftswerkstätten vom 05.11.2019 • Agenda „Aktiv mobil – länger gesund“ vom 04.09.2019
Erprobung	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisprotokolle der monatlichen Arbeitstreffen von November 2019 bis Januar 2020 • Ergebnisprotokoll des halbjährlichen Treffens am 06.02.2020 • Gedächtnisprotokolle der dritten Reflexion im Kernteam am 05.02.2020 und im erweiterten Team am 06.02.2020 • Flyer und interner Bericht zur Europäischen Mobilitätswoche vom 15.10.2019 • Stellungnahme zum kommunalen Radförderkonzept vom 06.11.2019 • Antragsbegründung für eine streckenbezogene Temporeduzierung auf der Riesstraße vom 10.12.2019 • Beobachtungsprotokoll und Dokumentation des Auftakttreffens eines interkommunalen Arbeitskreises Gesundheit vom 25.02.2020 sowie Empfehlungen zu dessen Fortführung vom 01.04.2020 • Erfahrungsbericht der kommunalen Projektkoordinatorin vom 22.04.2020

Fallbeschreibungen (gekürzte Darstellung)

Landkreis 1: „Das muss in den Köpfen passieren“

Personen: Amtsleiter und Mitarbeiterin räumliche Planung, Amtsleiter Gesundheit

Bezugsraum: Landkreis im direkten Umfeld einer kreisfreien Stadt, nach eigener Einschätzung gegenwärtig und zukünftig wachsend, als attraktiv wahrgenommener Wohnstandort

Selbsteinschätzung des Handlungsbedarfs: demografische Entwicklung als Argument für Nachverdichtung und kurze Wege gegenüber den Kommunen, ärztliche Versorgung angesichts des Ärztemangels durch Verdichtung sichern, Mobilität ohne Auto sichern, einzelfallbezogene Beschwerden zur Barrierefreiheit durch Bürger, Einrichtungen und Presse, Impuls durch Gesundheitsregion Niedersachsen, Angebote vor Ort erhalten bzw. schaffen

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: Notwendigkeit struktureller Veränderungen insbesondere in Hinblick auf lange Planungszyklen, vorausschauendes Handeln als Grundprinzip der gesamten Kreisverwaltung, frühzeitiges Einbeziehen unterschiedlicher Sichtweisen erforderlich, dynamische Bevölkerungsentwicklung erfordert langfristiges Denken und Bereitschaft zum Umdenken, „Anstoßfunktion“ des Regionalen Raumordnungsprogramms, Gesamtüberblick über den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung bzw. einzelner Bevölkerungsgruppen für ÖGD erstrebenswert, gute Zusammenarbeit mit den Gemeinden

Ausgangslage Rad- und Fußverkehr: meist autofokussierte Planung, Versuch der gleichberechtigten Aufteilung des Straßenraums in Ortskern der Kreisstadt, geteilte Wege für Fuß- und Radverkehr aufgrund der geringen Breite und der unterschiedlichen Geschwindigkeiten problematisch, Problemfeld innerörtliche Durchgangsstraße mit schmalen Nebenanlagen, Ausbau des Radwegenetzes entlang von Kreisstraßen für den sanften Tourismus

Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit: Notwendigkeit der intersektoralen Zusammenarbeit mit Planung, Umwelt und Naturschutz, Erfahrungen sind aus Gesundheitssicht positiv, ämterübergreifender Arbeitskreis zum Regionalen Raumordnungsprogramm

Landkreis 2: „Dem Gesundheitsamt Gehör verschaffen“

Personen: Mitarbeiterin räumliche Planung, Amtsleiter Gesundheit, Mitarbeiter Verkehrsplanung, zwei Mitarbeiter*innen Seniorenarbeit, Praktikantin

Bezugsraum: Landkreis im direkten Umfeld einer kreisfreien Stadt, selbst als Ballungsraum eingeschätzt, der von der Großstadt profitiert, bezüglich der ärztlichen Versorgung unter „Dunkelstellen Niedersachsens“ subsummiert

Selbsteinschätzung des Handlungsbedarfs: Mobilität ohne Auto im ländlichen Raum, ärztliche Versorgung, fehlende Straßenquerungen insbesondere an Durchfahrtsstraßen in kleineren Ortsteilen, Kopfsteinpflaster und unbefestigte Wege

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: geringe externe Wahrnehmung und geringe Gestaltungsspielräume des ÖGD, Abstecken der (rechtlichen) Zuständigkeiten in der räumlichen Planung, Zusammenarbeit mit Gemeinden, Regionale Entwicklungskonzepte in den Händen der Lokalen Aktionsgruppen

Ausgangslage Rad- und Fußverkehr: keine Projekte im Bereich Fußverkehr bekannt, keine Kenntnis über Anteil des Rad- und Fußverkehrs am Verkehrsaufkommen, gute Radwegeausstattung insbesondere zur touristischen Nutzung, Radwegeausbau gemäß gesetzlicher Bestimmungen, E-Bikes bzw. Pedelecs für verlängerte Reichweite bis zu einem bestimmten Alter

Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit: projektbezogene Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Ordnungsamt bezogen auf Teilnahme Älterer am Straßenverkehr, Ämterbeteiligung in formellen Verfahren der räumlichen Planung

Landkreis 3: „Zusammenarbeit muss man wollen“

Personen: Mitarbeiter räumliche Planung, Amtsleiter Gesundheit

Bezugsraum: Landkreis in eher peripherer Lage mit vielen kleinen Dörfern, als strukturschwach eingeschätzt

Selbsteinschätzung des Handlungsbedarfs: demografischer Wandel (verstanden als Alterung) als zentrales Thema, Mobilität und Zugang zu Versorgungseinrichtungen, Sensibilisierung der kreisangehörigen Gemeinden für die Notwendigkeit der Innenentwicklung, Folgekosten für die Erschließung disperser Siedlungsstrukturen, drohender Verlust der touristischen Attraktivität

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: schwache Verhandlungsposition des Landkreises in der Bauleitplanung, primär Verantwortung der Gemeinden, mögliche steuernde Funktion des Landkreises, mangelnde Bereitschaft strategisch und innovativ zu denken, Konzentration auf formelle Kernaufgaben, LEADER als Möglichkeit auf Themen einzugehen, die gesetzlich weniger stark verankert sind, persönliches Engagement erforderlich

Ausgangslage Rad- und Fußverkehr: keine ausreichenden bzw. ausreichend gesicherten Abstellanlagen insbesondere an Bahnhöfen, schlechte Verknüpfung von Radverkehr mit anderen Verkehrsmitteln, Modellprojekt Rad-Bus-Station, gutes (überregionales) Radwegenetz, steigende Unfallgefahr durch Überfüllung der Wege insbesondere im Hochsommer

Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit: Gesprächspartner sehen wenig Bereitschaft bzw. Möglichkeit für Zusammenarbeit mit Fachämtern oder anderen Akteuren

Landkreis 4: „Demografischer Wandel durchdringt so langsam jede Pore“

Personen: Abteilungsleiter und Mitarbeiterin räumliche Planung, Mitarbeiterin Landratsangelegenheiten, Studentin

Bezugsraum: Landkreis im engeren Umfeld eines Oberzentrums

Selbsteinschätzung des Handlungsbedarfs: generationengerechte Infrastruktur (u. a. Barrierefreiheit), Siedlungsentwicklung, Mobilität und demografischen Wandel zusammen denken, landkreisübergreifende Studie zur Demografie-Fähigkeit, Steuerung der Siedlungsentwicklung zur Vermeidung hoher Folgekosten

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: allgemeine Behördentätigkeit an Einhaltung von Gesetzen orientiert, Wunsch nach vorausschauendem Handeln, zunehmend integrierte

Sichtweise, steuernde Funktion der Kommunalpolitik, Siedlungsentwicklung als Kernkompetenz der Planung, Regionales Raumordnungsprogramm als Rahmen und Orientierung für kommunale Bauleitplanung, Radverkehr eher Thema der Gemeinden

Ausgangslage Rad- und Fußverkehr: touristische Radwege, Projekt zu Elektromobilität (u. a. Ladestationen, Pedelecs), Diskussion über Benutzungspflicht von Radwegen, mangelnde Zubringer zum schienenengebundenen Nahverkehr

Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit: interkommunale Projektgruppe demografischer Wandel, interkommunaler Arbeitskreis Planen, Bauen, Umwelt, enge Verzahnung auf der Arbeitsebene z. B. zwischen Planung und Wirtschaftsförderung, keine gemeinsamen Arbeitskreise von Planung und Gesundheit, Hospitation einer Hygienekontrolleurin im Planungsamt

Landkreis 5: „Ich bewerte das unter Umständen auch sehr kritisch“

Personen: Amtsleiter Gesundheit, Amtsleiter Kreisentwicklung

Bezugsraum: ländlich geprägter Landkreis mit als hoch wahrgenommenem Druck zur Entwicklung von Flächen, nach eigener Einschätzung „wohlstandsgeprägt“

Selbsteinschätzung des Handlungsbedarfs: Demografie-Pakt (z. B. Fachkräftesicherung, Barrierefreiheit), mangelnde Barrierefreiheit bei Neugestaltungen, Klimaschutz als Gesundheitsthema, Aufrechterhaltung von Versorgungsstrukturen (z. B. Krankenhäuser, Einzelhandel)

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: lediglich unterstützende Funktion des Gesundheitsamts, als stark empfundene Rolle der Planung, konfliktträchtige Aushandlungsprozesse mit der Stadtpolitik, politische Willensbildung erforderlich, enge Zusammenarbeit mit kreisangehörigen Städten und Gemeinden sowie mit Nachbarlandkreisen, Themen setzen als Landkreis, vermittelnde Rolle der Verwaltung gegenüber Bürgern

Ausgangslage Rad- und Fußverkehr: starke Wahrnehmung von Radtourismus, Schattendasein von Rad- und Fußverkehr angesichts einer der höchsten Kfz-Dichten Deutschlands, keine entsprechenden planerischen Konzepte bekannt, Neueinführung eines busgebundenen ÖV-Systems (auch verbesserte Zubringer zum schienenengebundenen ÖV)

Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit: Zusammenarbeit mit Sozialamt bei Aufnahme und Untersuchung von Flüchtlingen, intensiver Austausch innerhalb der Dezernate, Landrat fördert fachlichen Austausch in 14-tägiger Amtsleiterrunde

Landkreis 6: „Die Akteure vor Ort wissen, wo der Schuh drückt“

Personen: Amtsleiter räumliche Planung, Amtsleiter Gesundheit

Bezugsraum: Landkreis im direkten Umfeld einer kreisfreien Stadt

Selbsteinschätzung des Handlungsbedarfs: demografischer Wandel als Anlass sich im Gesundheitsamt mit Älteren zu beschäftigen, gesetzliche Vorgaben zur Barrierefreiheit, Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen (z. B. Apotheke, Bäcker)

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: marginale planerische Steuerungswirkung des Landkreises im Bereich des Rad- und Fußverkehrs, gesetzliche Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention als Chance das Thema zu etablieren, enge Zusammenarbeit mit kreisangehörigen Städten und Gemeinden (u. a. Wissen der Akteure vor Ort), Landkreis als Dienstleister und Unterstützer

Ausgangslage Rad- und Fußverkehr: mangelnde Wahrnehmung von Radfahrenden im Straßenverkehr, geringer Stellenwert von Radverkehr in der Verkehrs- und Lokalpolitik, gute Beschilderung touristischer Radrouten auf Nebenstrecken, weite Entfernungen mit dem Fahrrad nicht für alle machbar, Fahrradunfälle

Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit: Fachdienstleiterkonferenz, Koordinierungsgruppe Gesundheit zur Entstehung der Gesundheitsregion, früher Praxis des Nicht-Fragens und Nicht-Miteinander-Redens

Landkreis 7: „So ist das immer gewesen“

Personen: Mitarbeiterin räumliche Planung, Amtsleiter Gesundheit

Bezugsraum: Landkreis in eher peripherer Lage

Selbsteinschätzung des Handlungsbedarfs: Aufrechterhaltung der Daseinsvorsorge (z. B. Ärzte, Einzelhandel), ÖV-Anbindung an die Grund- und Mittelzentren, Fortzug Älterer in Grund- und Mittelzentren

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: Durchsetzung von Anliegen am besten über entsprechende gesetzliche Vorgaben möglich, mangelnde Steuerungsmöglichkeiten hinsichtlich ärztlicher Versorgung, Abhängigkeit von einzelnen Personen, Abstimmung mit Städten und Gemeinden in formellen Verfahren

Ausgangslage Rad- und Fußverkehr: Dominanz des Autos, Fahrrad wichtige Alternative z. B. für Kinder und Jugendliche, touristische Radwegenetze im Aufbau, Unfallgefahr bei E-Bikes bzw. Pedelecs, gute Fußwegenetze im städtischen Bereich, fehlende Straßenbeleuchtung am Abend

Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit: Absprachen mit allen Ämtern bei einem als problematisch eingestuften Großprojekt, keine gemeinsamen Gremien von Gesundheit und Planung

Kreisfreie Stadt 1: „Hand in Hand auf der Arbeitsebene“

Personen: Abteilungsleiter Verkehrsplanung, Amtsleiter Gesundheit

Bezugsraum: kreisfreie Stadt, die nach Einschätzung der Befragten einem starken Strukturwandel unterliegt

Selbsteinschätzung des Handlungsbedarfs: Erfordernis von CO₂-Einsparzielen bis 2040, gesetzliche Anforderungen an Barrierefreiheit

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: Abwägung zwischen Pflichtaufgabe Infektionsschutz und anderen Aufgaben, Initiative einzelner Mitarbeiter*innen

Ausgangslage Rad- und Fußverkehr: Verkehrsanlagen für deutlich mehr Einwohner*innen ausgelegt, ungleiche Aufteilung des Straßenraums insbesondere in Hauptverkehrsstraßen, autoorientierte Stadt und Autoaffinität der Bewohner*innen, viele 30er Zonen in den Nebenstraßen

Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit: Zusammenarbeit in der Planung von Hauptverkehrsstraßen mit Straßenbauamt, Gartenbauamt, Umweltamt, nicht dem Gesundheitsamt, Zusammenarbeit zwischen Planung und Gesundheit bisher auf projektbezogene Arbeitsgruppen beschränkt

Kreisfreie Stadt 2: „Gegen Gesundheit hat niemand was“

Person: Abteilungsleiter Verkehrsplanung

Bezugsraum: kreisfreie Stadt mit verdichtetem Innenstadtkern

Selbsteinschätzung des Handlungsbedarfs: demografischer Wandel bisher ohne entschiedenes Handeln, Stärkung des Radverkehrs zur Entlastung der Kfz-Infrastrukturen, gesetzliche Pflicht zur Aufhebung der Benutzungspflicht

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: begrenztes Instrumentarium, eigenständige Ausarbeitung eines Mobilitätskonzepts durch die Verwaltung, Möglichkeit zur Beschäftigung mit freiwilligen Aufgaben, Verwaltung macht der Stadtpolitik Vorschläge

Ausgangslage Rad- und Fußverkehr: autoorientierte Verkehrsanlagen aus den 1960er Jahren, Problemzone Innenstadt mit schmalen Straßenquerschnitten, hoher Radverkehrsanteil im Binnenverkehr aber hoher Anteil Kfz-Verkehr zwischen Stadt und Region, Straßenraum als „Haifischbecken“, zunehmende Zahl von E-Bikes bzw. Pedelecs

Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit: umfangreiches Begleitverfahren zur Entwicklung eines Mobilitätskonzepts, Einbettung in Entwicklungsverfahren für Klimaschutzkonzept und Stadtentwicklungsplan

Kreisfreie Stadt 3a: „Es ist leichter ein Eulenpaar zu schützen“

Person: Abteilungsleiter Gesundheit

Bezugsraum: kreisfreie Stadt

Selbsteinschätzung des Handlungsbedarfs: Gesundheitsberichterstattung nach dem Motto „Daten für Taten“, Gesundheitsförderung gegenüber anderen gesundheitsbezogenen Themen im Hintergrund

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: subsidiäre Ausrichtung der Tätigkeit des Gesundheitsamts, kostenlose Beratungsangebote insbesondere für Menschen die fachliche Expertise sonst nicht bezahlen können, im Vergleich zu Umwelt- und Naturschutz schwache Position des Gesundheitsamts in Aushandlungen, Verantwortung bei der Planung gesehen

Ausgangslage Rad- und Fußverkehr: keine Aussage

Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit: öffentliche Beteiligung im Rahmen der Neuaufstellung des Flächennutzungsplans, frühzeitige Abstimmung mit den Trägern öffentlicher Belange in Planverfahren

Kreisfreie Stadt 3b: „Da steckt richtig Zündstoff drin“

Person: Mitarbeiter räumliche Planung

Bezugsraum: kreisfreie Stadt

Selbsteinschätzung des Handlungsbedarfs: möglicherweise unerkannte gesundheitliche Gefahren trotz deutlich gesteigener Umweltqualität, Zurückdrängen der Radfahrenden durch die autogerechte Stadt

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: zunehmende Komplexität von Planverfahren, mangelnder gesellschaftlicher Rückhalt für Bau- und Planungsvorhaben

Ausgangslage Rad- und Fußverkehr: Grünverbindungen im Flächennutzungsplan für langsamen Verkehr oder auch Radschnellweg, Anschluss großer Arbeitgeber*innen an Radwegenetz (u. a. zusätzliche Brückenverbindung), Radfahren als Teil des städtischen Selbstbildes, kapazitätsmäßig überlastete Radwege

Erfahrungen mit intersektoraler Zusammenarbeit: Arbeitsgruppe zum Radverkehr

Kreisangehörige Gemeinde 1: „Andere Wege gehen“

Person: Bürgermeister

Bezugsraum: kreisangehörige Gemeinde mit 7.000 Einwohner*innen in mehreren Ortsteilen, in der Nähe einer kreisfreien Großstadt gelegen

Projekt: Umgestaltung der zentralen Ortsdurchfahrt, Landesstraße mit 12.500 Fahrzeugen pro Tag (darunter viele Lkw), Beteiligung der Bewohner*innen im Planungsprozess, Aufenthaltsqualität und städtebauliche Attraktivität als Ziele, als Erfolg gewertet

Rahmenbedingungen des Verwaltungshandelns: Verwaltung besteht aus 27 Personen, einzelne Personen für mehrere Themen zuständig, viele Planungsaufgaben werden an externe Fachleute vergeben, Verwaltungsmitarbeiter*innen kennen die (entscheidenden) Leute

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: Anspruch die Dinge anzupacken und Neues auszuprobieren, öffentliche Verwaltung als Schlüsselrolle, Notwendigkeit „die Menschen mitzunehmen“ und übergeordnete Institutionen wie den Landkreis „mit im Boot (zu) haben“

Kreisangehörige Stadt 2: „Es wird einfach nicht erfüllt“

Person: Mitarbeiter Gesundheit

Bezugsraum: Kreisstadt mit 22.000 Einwohner*innen, in eher peripherer Lage

Projekt: Mitgliedschaft im Gesunde Städte-Netzwerk, eingebracht durch den Bürgermeister, Erwerb eines in der Innenstadt gelegenen Wohnhauses und Einrichtung einer Anlaufstelle für

Gesundheit mit vielfältigen Angeboten (z. B. Beratung, Sozial- und Familienpaten, Flüchtlingsarbeit, Selbsthilfegruppen, Foto-, Strick- und Doppelkopfgruppen, Repair Café)

Rahmenbedingungen des Verwaltungshandelns: gute persönliche Vernetzung innerhalb der Verwaltung aufgrund der langjährigen Tätigkeit, starke Position des Bürgermeisters, Konfliktsituation zwischen Kommunalpolitik und Verwaltung, gute Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helfer*innen, anderen Interessenvertretungen und dem Gesundheitsamt des Landkreises

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: in erster Linie Vertreter der Verwaltung, begrenzter Einfluss auf politische Entscheidungen, Impulse und Ideen kommen von den Besucher*innen des Hauses, vom Bürgermeister und in seltenen Fällen von der Kommunalpolitik

Kreisangehörige Gemeinde 3: „Nicht im stillen Kämmerlein“

Personen: Amtsleiterin und Mitarbeiter räumliche Planung

Bezugsraum: kreisangehörige Gemeinde mit rund 24.000 Einwohner*innen in mehreren Ortsteilen, im Umland einer kreisfreien Großstadt gelegen, hat den Status einer selbstständigen Gemeinde

Projekte: (1) Umgestaltung der Ortsdurchfahrt mit verengter Fahrbahn und Mehrzweckstreifen, im Zusammenhang mit umfassender Sanierung des Ortskerns (u. a. Gestaltung Kirchplatz, Sanierung ortbildprägender Gebäude), (2) geplante, in Bürgerentscheid abgelehnte Entwicklung eines innerörtlichen Einzelhandelsstandorts, (3) Neuaufstellung des Flächennutzungsplans mit Schwerpunkt auf Innenentwicklung und umfangreichem Beteiligungsprozess

Rahmenbedingungen des Verwaltungshandelns: dichtes Netzwerk an Akteur*innen in und außerhalb der Verwaltung, eingespielte Zusammenarbeit mit Kommunalpolitik und Landkreis, nur einmal Erwähnung begrenzter personeller Ressourcen

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: Planung als Prozess verstanden, in dem man es nie allen recht machen wird, Auseinandersetzung mit den Interessen der Bewohnerschaft und deren Übersetzung in Planung, abgestimmter Einsatz des bestehenden planerischen Instrumentariums, städtebaulicher Gestaltungsanspruch

Kreisangehörige Gemeinde 4: „Mit dem Gedanken Gesundheit wäre es rund gewesen“

Person: Bürgermeisterin

Bezugsraum: kreisangehörige Samtgemeinde mit drei Mitgliedsgemeinden, insgesamt ca. 10.000 Einwohner*innen, in der Nähe einer kreisfreien Großstadt gelegen, Lage durch Befragte als eher peripher und infrastrukturarm eingeschätzt

Projekt: Audit und Zertifizierung als familiengerechte Kommune, angestoßen durch die Bürgermeisterin, Strategieworkshop mit allen Gemeindebürgermeister*innen, Fraktionsvorsitzenden und Vertreter*innen aus der Bewohnerschaft, Online-Befragung zur Lebensqualität

Rahmenbedingungen des Verwaltungshandelns: begrenzte finanzielle und personelle Ressourcen, begrenzte fachliche Kompetenz, hoher Abstimmungsbedarf zwischen Politik und Verwaltung

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: begrenzte Möglichkeiten für strategisches Arbeiten, Impulse kommen von außen, Bedarfe auf Grundlage konkreter Daten bestimmen, Unterstützung in der Verwaltung finden

Kreisangehörige Stadt 5: „Die müssen mit uns Gespräche führen“

Person: Mitarbeiter räumliche Planung

Bezugsraum: Stadt mit knapp 25.000 Einwohner*innen im weiteren Verflechtungsraum einer Großstadt

Projekt: städtebauliche Entwicklung eines innerstädtischen Quartiers mit hohem (gewerblichen) Leerstand, städtisches Interesse an einem umfassenden Entwicklungskonzept mit barrierefreiem und altersgerechtem Wohnraum, Workshop mit Bevölkerung, Gründung einer eigenen Wohnungsbaugenossenschaft mit Nachbarkommunen erwogen

Rahmenbedingungen des Verwaltungshandelns: Erfordernis kommunalpolitischer Entscheidung, Beteiligung der Träger*innen öffentlicher Belange, Interessenvertretung durch Senior*innen- und Behindertenbeiräte, Bürger*inneninitiativen sowie ADFC, Zusammenarbeit im Kommunalverbund und mit Institutionen auf Landesebene

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: Durchsetzung des eigenen Konzepts durch B-Plan und Veränderungssperre, begrenzter Handlungsspielraum bei alten B-Plänen und privaten Wegen, Beratung von Investor*innen und Privatpersonen (z. B. zu Barrierefreiheit)

Kreisangehörige Gemeinde 6: „Irgendwie muss ja trotzdem eine Lösung her“

Person: Mitarbeiterin Seniorenarbeit

Bezugsraum: Gemeinde mit gut 6.000 Einwohner*innen in mehreren Ortsteilen, landschaftlich schön gelegen, in der Nähe der Kreisstadt

Projekt: Planung für ein Altenpflegeheim an Widerstand aus der Bevölkerung gescheitert, Forderung der Politik nach Lösungsvorschlägen, gemeinsame Konzeptentwicklung mit Kommunalpolitik, Kommunalverwaltung und Bewohner*innen, Verein für Nachbarschaftshilfe und Genossenschaft für Wohnungsbau gegründet

Rahmenbedingungen des Verwaltungshandelns: Verwaltung handelt im Auftrag der Politik, Projektfinanzierung aus kommunalem Haushalt, Projektumsetzung aufgrund begrenzter personeller Ressourcen von ehrenamtlichem Engagement abhängig, persönliche Kontakte zwischen Bevölkerung und Kommunalverwaltung

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: Persönliche Verbundenheit mit der Gemeinde, Koordination und Unterstützung der Bevölkerung als Hauptaufgaben

Kreisangehörige Gemeinde 7: „Jeder würde sonst sein eigenes Süppchen kochen“

Person: Verkehrsplaner

Bezugsraum: Gemeinde mit ca. 15.000 Einwohner*innen in mehreren Ortsteilen, direkt an eine Großstadt grenzend, für die Region auffallend belebte Topografie

Projekte: (1) Rad- und Fußverkehrsförderung, Wegeverbindungen, Umlaufsperrren, Barrierefreiheit, Absenkungen von Bordsteinkanten, taktile Leitsysteme, Gehwegbreiten, (2) Bau eines neuen Marktplatzes mit Sonnenuhr, Kastenlinden, Lichtsignalanlage, Fahrradbügel, Wasser- und Stromanschlüssen, Sitzgelegenheiten

Rahmenbedingungen des Verwaltungshandelns: begrenzte personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen, enge Zusammenarbeit zwischen Planung und Tiefbau, Aushandlung mit Privateigentümer*innen und Investor*innen, Interessenvertretung durch Senior*innenbeauftragte, Kommunalpolitik als entscheidende Instanz

Selbsteinschätzung des Handlungsspielraums: Eigene Position durch fachliche Expertise oder Unterstützung von außen stärken, Richtwerte und gesetzliche Vorgaben zur Orientierung, Verbündete suchen

Fallübersicht zum Umgang mit gesundheitlichen Risiken (gekürzte Darstellung)

Problemverständnisse	<i>Verunreinigungen von Luft und Wasser</i>	<i>Lärm, Infraschall, elektromagnetische Strahlung</i>	<i>Infektionsschutz und Hygiene</i>	<i>Vulnerable Gruppen</i>
<i>Landkreis 1</i>	Umweltbelastung durch Stallanlagen	Flächen für Windkraft	multiresistente Erreger, Händewaschen in Kita	-
<i>Landkreis 2</i>	Immissionen durch ein Holzheizwerk	-	hygienische Anforderungen an Bauten	-
<i>Landkreis 3</i>	-	-	-	-
<i>Landkreis 4</i>	Auswirkung einer Ortsumgehung auf Menschen	Wohngebiet unter Hochspannungsleitung	-	-
<i>Landkreis 5</i>	Geruchsbelästigung durch Landwirtschaft, Belastung von Grundwasser	Infraschall und Schattenwurf bei Windkraftanlagen	Infektionskrankheiten und Impfungen, Trinkwasserhygiene	-
<i>Landkreis 6</i>	-	-	-	-
<i>Landkreis 7</i>	industrielle Abwasser	-	Hygieneaufsicht	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	-	-	-	-
<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	-	-	-	keine sozialen Brennpunkte
<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	Immissionen durch landwirtschaftliche Betriebe, Belastung von Grundwasser	Lärmbelastung durch Bundesstraße und Autobahn	-	keine sozialen Brennpunkte
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	intensive Landwirtschaft	Windkraft, Umspannwerk	-	keine sozialen Unterschiede
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	-	Lärmbelastung durch Bahnstrecke	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	-	-	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	-	-	-	Senior*innenresidenz an viel befahrener Straße

<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	Feinstaubbelastung für Radfahrende	-	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>		-	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 3a</i>	Luftschadstoffe und Feinstaub	Lärmschutz, Lärminderung, ruhige Gebiete	Trinkwasserhygiene	Ausrichtung von Mobilfunkantennen, Wohnverhältnisse und soziale Lage
<i>Kreisfreie Stadt 3b</i>	Feinstaub und Stickoxide, störendes Gewerbe, Geruchsbelastung	mehr Lärm durch gemischte Baufläche	multiresistente Erreger	stadtteilbezogene Lebenserwartung

Rollenverständnisse

Grenzwertbezogene Prüfung

<i>Landkreis 1</i>	Einwirkung in Siedlungsbereiche sorgfältig betrachten, Gutachten zu Absicherung
<i>Landkreis 2</i>	Prüfung rechtlicher Rahmenbedingungen
<i>Landkreis 3</i>	von Gesundheitsaufsehern durchgewunken
<i>Landkreis 4</i>	Einhaltung von gesetzlichen Vorgaben und Richtwerten
<i>Landkreis 5</i>	kritische Bewertung der Einwirkungen auf die Bevölkerung
<i>Landkreis 6</i>	-
<i>Landkreis 7</i>	Prüfung auf Basis gesetzlicher Regelung
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	-
<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	Umweltprüfung
<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	-
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	Lärmgutachten erstellen
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	Lärmgutachten erstellen
<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	Lärmmessung, mögliche Beeinträchtigung trotz eingehaltener Richtwerte
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>	-
<i>Kreisfreie Stadt 3a</i>	Risiken minimieren auf Basis gesetzlicher Regelung

<i>Kreisfreie Stadt 3b</i>	immer umfangreichere Umweltgutachten	
Interaktionsmuster	<i>Formalisierte Behördenbeteiligung</i>	<i>Widerstand der Bevölkerung</i>
<i>Landkreis 1</i>	Stellungnahmen, telefonische Rück- sprache, gute Einbindung	Widerstand bei Windkraftanlagen
<i>Landkreis 2</i>	Stellungnahmen in bestimmten Ver- fahren	-
<i>Landkreis 3</i>	Beteiligung der Fachämter, formale Abarbeitung	-
<i>Landkreis 4</i>	Stellungnahmen in schriftlicher Form, Hospitation Hygienekontrolleurin	-
<i>Landkreis 5</i>	Stellungnahmen, bei größeren Proble- men zusammensetzen	steigendes Risikobewusstsein bei Bür- ger*inneninitiativen und Privatperso- nen
<i>Landkreis 6</i>	Stellungnahmen in Genehmigungsver- fahren	-
<i>Landkreis 7</i>	Stellungnahme bei gesundheitlichem Bezug	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	-	-
<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	keine Stellungnahme	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	zusammenfassende Stellungnahme des Landkreises, kein direkter Aus- tausch mit Gesundheitsamt	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	-	Bürger*inneninitiative gegen Um- spannwerk
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	interkommunale Zusammenarbeit in der Lärmaktionsplanung	Bürger*inneninitiative gegen Lärm
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	Stellungnahmen durch Gesundheit- singenieur, enge Zusammenarbeit in Lärmaktionsplanung	-
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 3a</i>	frühzeitige Beteiligung, Stellungnah- men, Diskussion in Arbeitsgruppen	-
<i>Kreisfreie Stadt 3b</i>	Ausdifferenzierung der Fachpolitiken	Betroffenendebatte statt Umweltbe- wegung

Fallübersicht zum Umgang mit körperlicher Aktivität (gekürzte Darstellung)

<i>Problemverständnisse</i>	<i>Sport und Bewegung</i>	<i>Aktive Mobilität</i>	<i>Ältere als Zielgruppe</i>
<i>Landkreis 1</i>	körperliche Aktivität in der Pflege	Bewegung und frische Luft als Argumente für das Radfahren	Älterwerden vom Kind bis ins hohe Alter
<i>Landkreis 2</i>	-	-	-
<i>Landkreis 3</i>	-	geringer Ertüchtigungseffekt bei kurzen Fahrten	Differenzierung zwischen fitten und den nicht so gesunden Älteren
<i>Landkreis 4</i>	Senior*innenspielplatz eingerichtet	-	-
<i>Landkreis 5</i>	Bewegungsförderung in Betrieben	-	Arbeitsgruppe Healthy Ageing, technikaffine Ältere
<i>Landkreis 6</i>	Bewegungsförderung in Pflegeeinrichtungen, Bewegungsgruppen im psychosozialen Dienst	-	mit demografischem Wandel mehr Aufmerksamkeit für Ältere
<i>Landkreis 7</i>	-	Radfahren ist Gewohnheit, Gesundheit nicht im Vordergrund	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	Bewegungsgeräte vom Bahnhof bis in die Ortsmitte, Kletterwand am Sportplatz	-	-
<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	-	-	Angebote werden von Älteren wahrgenommen
<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	Bürgerpark erhalten, Spielplätze zu Mehrgenerationenplätzen umbauen	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	Bewegungsförderung in der Kita, Radtouren und Lauftreffs, einzelne Bewegungsgeräte	Radfahren als niedrigschwellige Bewegungsform	Gesundheitsförderung im Lebensverlauf, Alltagsbewegung im eigenen Garten
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	-	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	Spielplatz zu Mehrgenerationenplatz umgebaut	-	-

<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	-	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	-	-	Mobilität der mobilen Älteren erhalten
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>	-	kein gesundheitsfördernder Effekt bei kurzen Fahrten	Radfahren keine Alternative für die ganz Alten
<i>Kreisfreie Stadt 3a</i>	-	-	Ernährung älterer Menschen
<i>Kreisfreie Stadt 3b</i>	-	-	-

Rollenverständnisse	<i>Gesetzlicher Auftrag</i>	<i>Themenbezogene Koordination und Unterstützung</i>
<i>Landkreis 1</i>	mehr Aufgaben den Kommunen übertragen	-
<i>Landkreis 2</i>	verwaltende Aufgaben überwiegen, auf Kante genäht	-
<i>Landkreis 3</i>	Konzentration auf Kernaufgaben	-
<i>Landkreis 4</i>	Gesundheitsvorsorge nicht Kernkompetenz der Raumordnung	-
<i>Landkreis 5</i>	ÖGD im PräVG nur in Nebensatz erwähnt	Menschen in die Lage versetzen, ihre Gesundheit zu stärken
<i>Landkreis 6</i>	Gesundheitsförderung als Aufgabe des ÖGD, Klimaschutz höher priorisiert als Gesundheitsvorsorge	andere unterstützen
<i>Landkreis 7</i>	keine personellen Ressourcen	kein Beitrag zur Gesundheitsförderung
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	-	-
<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	ausbleibende Umsetzung trotz Selbstverpflichtung	Anlaufstelle für Gesundheit, verschiedene Netzwerke
<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	-	Netzwerk gegründet, Vorträge zu Gesundheitsthemen
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	-	Information über Sportangebote
<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	-	-

<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	von Kontrollbehörde zu präventivem Anspruch, Pflichtaufgaben binden personelle Ressourcen, Klimaschutz geht vor	jährlicher Gesundheitsbericht
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 3a</i>	Synergie mit Klimaanpassung, begrenzte personelle Ressourcen	Beratungsangebote, Gesundheitsberichterstattung
<i>Kreisfreie Stadt 3b</i>	-	-

Interaktionsmuster *Interkommunale u. intersektorale Vernetzung*

<i>Landkreis 1</i>	Gesundheitsregion und Gesundheitskonferenz, neue Herangehensweise an Planung durch frühzeitige Beteiligung von Gesundheitsakteur*innen
<i>Landkreis 2</i>	andere Berufswege im Gesundheitsdienst, Wegfall von Austausch in Ausschüssen und interkommunalen Gremien
<i>Landkreis 3</i>	keine Gesundheitskonferenz
<i>Landkreis 4</i>	-
<i>Landkreis 5</i>	Gesundheitsregion und Gesundheitskonferenz, Dezernatsbesprechungen, Vernetzung außerhalb der Verwaltung
<i>Landkreis 6</i>	Gesundheitsregion und Gesundheitskonferenz, Gesundheit geht im Planungskontext eher unter
<i>Landkreis 7</i>	Gesundheitsregion geplant
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	Gesundheit im Planungskontext bisher nicht im Blick
<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	keine Berücksichtigung von Gesundheit bei Ratsentscheidungen
<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	Gesundheitsbezug von den meisten nicht gesehen
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	offen für Integration von Gesundheitsaspekten
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	-
<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	Bewusstsein für Gesundheit schärfen
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>	-
<i>Kreisfreie Stadt 3a/b</i>	-

Fallübersicht zum Umgang mit (gesundem) Altern (gekürzte Darstellung)

<i>Problemverständnisse</i>	<i>Ärztliche Versorgung</i>	<i>Nahversorgung</i>	<i>Wohnen und Pflege</i>	<i>Mobilität</i>	<i>Teilhabe und soziale Kontakte</i>
<i>Landkreis 1</i>	Versorgungsfragen im Vordergrund	kurze Wege für Ältere	so lange wie möglich in der Familie leben	ältere Bewohner*innen ohne Kfz	-
<i>Landkreis 2</i>	Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung	-	-	hohe Kosten bei Autonutzung, Vernetzung ÖV und Gesundheitsversorgung	-
<i>Landkreis 3</i>	-	kurze Einkaufswege	-	Anrufsammeltaxi	Zugang zur Daseinsvorsorge
<i>Landkreis 4</i>	-	kurze Wege zu Arzt und Apotheke	altersgerechtes Wohnen, im eigenen Haus älter werden	Zubringer zur Schiene, Vernetzung ÖV und Gesundheitsversorgung	-
<i>Landkreis 5</i>	haus- und fachärztliche Versorgung sicherstellen	-	häusliche Pflege vor stationärer Pflege	neues Bussystem, ÖV-Trainings für Ältere	Zugang zum Gesundheitssystem
<i>Landkreis 6</i>	zahnärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen	Versorgungseinrichtungen in zentraler Lage	-	-	„mal mit jemandem reden“
<i>Landkreis 7</i>	Nachfolgeproblematik bei ärztlicher Versorgung	fußläufige Nahversorgung, Kombination von Angeboten	Umzug Älterer in Grund- und Mittelzentren	Nachbarschaftshilfe	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	-	-	Alterswohngemeinschaften in Ortsmitte	fehlender ÖV, hohe Autonutzung	-
<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	-	-	-	Bürgerbus, Nachbarschaftshilfe	„wenn man sich wohlfühlt“

<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	gute ärztliche Versorgung	Einkaufen mit dem Fahrrad, in- nerörtlicher Einzelhan- delsstandort	bezahlbarer Wohnraum	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	Sorge um ärztliche Ver- sorgung	Kombination von Versor- gungsange- boten	pflegerische Angehörige entlasten, ehrenamtli- che Unter- stützung, ambulante Pflege	Elektroauto zur gemein- schaftlichen Nutzung	Gemein- schaft Älterer untereinan- der
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	physischer Zugang zu Arztpraxen	Leerstand in Einkaufs- straße, Lie- ferdienste	bezahlbarer und barriere- freier Wohn- raum	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	Gemeinde- schwester für Hausbesuche	Einkaufstour	ehrenamtli- che Unter- stützung, ge- nossen- schaftlicher Wohnraum	Mitnahme- Bank, Auto zur gemein- schaftlichen Nutzung	„noch ein bisschen schnacken“
<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	-	innerörtli- cher Einzel- handels- standort mit Marktplatz	-	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	-	-	-	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>	-	-	-	bezahlbare Mobilität	-
<i>Kreisfreie Stadt 3a/b</i>	-	-	-	-	-

Rollenverständnisse	<i>Kommunale Verantwortungsübernahme</i>	<i>Raumbezogene Steuerung</i>	<i>Themenbezogene Koordination und Unterstützung</i>
<i>Landkreis 1</i>	Daseinsvorsorge vor Ort, vorausschauendes Handeln, politische Grundentscheidung	Zulässigkeit eines medizinischen Versorgungszentrums	-
<i>Landkreis 2</i>	-	-	Senior*innen- und Pflegestützpunkt
<i>Landkreis 3</i>	fehlende Bereitschaft zu strategischem Denken	-	-
<i>Landkreis 4</i>	gesellschaftlicher Druck, vorausschauendes Handeln, Zielvereinbarung zw. Politik und Verwaltung	Zentrale Orte als Basis für eine gute Versorgung	-
<i>Landkreis 5</i>	strategisches Handeln des Kreises, fehlende personelle Ressourcen und Kompetenzen in den Gemeinden	Konflikte zw. Landesraumordnung und Lebenswirklichkeit	Senior*innen- und Pflegestützpunkt
<i>Landkreis 6</i>	-	-	Mitstreiter*innen finden
<i>Landkreis 7</i>	abhängig von Personen, Veränderungen brauchen Zeit	Zentrale Orte als Handlungsrahmen	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	Lebensbedingungen integriert betrachten, begrenzte Ressourcen	-	moderieren und koordinieren
<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	-	-	Altersbegleiter*innen
<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	politische Prioritätensetzung, Themen vor-denken	Nachverdichtung, Arrondierung von Flächen, Baulückenkataster	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	„mehr strategisch arbeiten“, politische Entscheidung	-	-
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	kommunale Grundstücke nutzen, politische Entscheidung	Grundstückszuschnitte und Grundstückstausch	Quartiers- und Geschäftsstraßenmanagement, Beratung von Investor*innen
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	Initiative aus der Kommunalpolitik	-	Helfer*innen und Hilfesuchende zusammenbringen, Informationen

			beschaffen und weitergeben
<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	Initiative der Gemeinde	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	-	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>	konsequentes Handeln erst bei entsprechendem Druck	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 3a/b</i>	-	-	-

Interaktionsmuster	<i>Interkommunale Zusammenarbeit</i>	<i>Bürger*innenbeteiligung und Ehrenamt</i>	<i>Ämterübergreifende Zusammenarbeit</i>	<i>Zusammenarbeit mit weiteren Akteur*innen</i>
<i>Landkreis 1</i>	Zusammenarbeit mit kreisangehörigen Gemeinden	-	ämterübergreifender Arbeitskreis	-
<i>Landkreis 2</i>	Zusammenarbeit mit benachbarten Landkreisen	Senior*innenbeirat, Bottom-up-Ansatz in LEADER-Regionen	-	niedergelassene Ärzt*innen
<i>Landkreis 3</i>	kreisangehörige Gemeinden sensibilisieren	Bottom-up-Ansatz in LEADER-Regionen	-	-
<i>Landkreis 4</i>	interkommunale Steuerungsgruppe Demografie, gemeinsame Finanzierung von Projekten, Kommunalverbund	Bottom-up-Ansatz in LEADER-Regionen	enge Zusammenarbeit auf Arbeitsebene	-
<i>Landkreis 5</i>	interkommunale Zielvereinbarung Demografie, gemeinsames Bus-system	Beteiligung im Rahmen des Regionalmanagements	-	niederländische Kommunen, niedergelassene Ärzt*innen, Universität
<i>Landkreis 6</i>	Zusammenarbeit mit kreisangehörigen Gemeinden in Planungswerkstätten	-	formale Behördenbeteiligung	-

<i>Landkreis 7</i>	formale Beteiligung der kreisangehörigen Gemeinden	-	-	Ärztekammer, niedergelassene Ärzt*innen
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	Zugang zu Förderung	-	-	Hauseigentümer*innen, Gewerbetreibende
<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	-	Senior*innenbeirat	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	-	Bürger*innenbefragung, Bürger*innendialog, frühzeitige Bürger*innenbeteiligung, Senior*innenbeirat	-	Eigentümer*innen, Investor*innen, Einzelhändler*innen, Landwirt*innen, Caritas
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	Zugang zu Förderung	Online-Befragung	-	-
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	Zusammenarbeit mit benachbarten Gemeinden	Beteiligungsworkshop, Senior*innen- und Behindertenbeirat	-	Investor*innen, Gewerbetreibende
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	Impulse auf Arbeitsgruppen	Bürger*inneninitiative gegen Altenheim, gemeinsame Strategieentwicklung, Verein und Genossenschaft gegründet	-	Gewerbetreibende, Kirchengemeinde
<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	-	-	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	-	Bürger*innenforum Demografie	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>	-	-	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 3a/b</i>	-	-	-	-

Fallübersicht zum Umgang mit aktiver Mobilität (gekürzte Darstellung)

<i>Problemverständnisse</i>	<i>Wegenetze und Entfernungen</i>	<i>Autoorientierte Aufteilung des Straßenraums</i>	<i>Unfallgefahren</i>	<i>Mobilitätseinschränkungen</i>
<i>Landkreis 1</i>	gut ausgebautes Radwegenetz außerhalb, weite Entfernungen	geteilte Nebenanlagen	Stolperfallen, Sturzhelm auf E-Bike	mit Rollator, mit Sehbehinderung, weniger fit
<i>Landkreis 2</i>	Wanderwegenetz, höhere Reichweite durch E-Bikes bzw. Pedelecs	-	sichere Que-rungsmöglichkeiten	mit Rollator, mit eingeschränktem Gleichgewicht, Blindenleitstreifen
<i>Landkreis 3</i>	gut ausgebautes Radwegenetz, schlechte Verknüpfung der Verkehrsmittel	Überlastung der Radwege durch viele unterschiedliche Nutzer*innen	Unfallrisiko auf überlasteten Radverkehrsanlagen, Nicht-Beherrschung E-Bike	eingeschränkte Fähigkeit zum Auto- oder E-Bike-Fahren, eingeschränkte Fitness
<i>Landkreis 4</i>	touristische Radwege, Ladestationen für E-Bikes bzw. Pedelecs	Benutzungspflicht der Radwege	Unfallhäufigkeit bei Älteren	Fahrfitnesscheck, mit Rollator
<i>Landkreis 5</i>	touristisches Radwegeleitsystem	-	-	mit Rollator, Sturzprophylaxe
<i>Landkreis 6</i>	weite Entfernungen, höhere Reichweite durch E-Bikes bzw. Pedelecs, touristisches Radwegeleitsystem	Konkurrenz um Verkehrsfläche	tödliche Fahrradunfälle, Radwegführung, geringe Wahrnehmung des Radverkehrs	eingeschränktes Reaktionsvermögen, mit Rollator, Angst vor Stürzen
<i>Landkreis 7</i>	touristische Radwege	-	Unfallgefahr bei E-Bikes bzw. Pedelecs	eingeschränktes Reaktionsvermögen, Führerscheinentzug
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	-	viel Verkehr, wenig Aufenthaltsqualität, Shared Space	gegenseitige Rücksichtnahme, sichere Que-rungsmöglichkeiten	Kommunikations-erfordernis, Blindenleitsystem, mit Rollator, mit Kinderwagen

<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	-	-	Unfallgefahr bei E-Bikes bzw. Pedelecs	mit Rollstuhl
<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	-	viel Verkehr, mehr Aufenthaltsqualität, Entschleunigung, Mehrzweckstreifen	Querungsmöglichkeiten	Blindenleitsystem, mit Rollator
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	-	geteilte Nebenanlagen	Stolperfallen, tödlicher Unfall mit E-Bike	-
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	fußläufige Wegeverbindungen, nur Anliegerverkehr, Radwegeleitsystem	technische Anforderungen an Straßenbreiten, Überdachung	-	barrierefreier Bahnhof
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	Radwege außerorts, Fußwege innerorts, wenig Verkehr	-	Fahrsicherheitstraining für E-Bikes bzw. Pedelecs	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	Freizeitradwege, innerorts schlecht ausgebaute Wegeverbindungen, Topografie	Wegebreiten, Radfahren auf der Fahrbahn	unklare Vorfahrt, Rutschgefahr auf Gehwegen	mit Sehbehinderung, mit Rollator, mit Rollstuhl
<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	Schul- und Freizeitwege von Kindern	überdimensionierte Verkehrsanlagen, Umverteilung Verkehrsfläche, Radfahren auf der Fahrbahn	sichere Querungsmöglichkeiten	mit Koffer, mit Elektrounterstützung, mit Rollstuhl
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>	weite Entfernungen, E-Bikes bzw. Pedelecs, Verknüpfung der Verkehrsmittel	autoorientierte Verkehrsanlagen, Aufhebung der Benutzungspflicht, Konflikte zw. Verkehrsteilnehmenden	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 3a</i>	-	-	-	-

<i>Kreisfreie Stadt 3b</i>	Grünverbindungen für den Radverkehr, Brückenverbindung	Entflechtung der Verkehre, Auslastung von Radverkehrsanlagen	-	-
<i>Rollenverständnisse</i>	<i>Fehlende kommunale Zuständigkeiten</i>	<i>Auto- und Fahrradaffinität</i>	<i>Regelkonformer Rad- und Fußwegeausbau</i>	
<i>Landkreis 1</i>	Radtourismus als politische Priorität	„mit Bus, Bahn, Rad und zu Fuß perfekt unterwegs“	-	
<i>Landkreis 2</i>	Zuständigkeit für Radwege an Kreisstraßen, Fußverkehr in der Zuständigkeit der Gemeinden	-	-	
<i>Landkreis 3</i>	nur projektbezogene Mittel	„Radfahren macht mir großen Spaß“	-	
<i>Landkreis 4</i>	Zuständigkeit für Radwege an Kreisstraßen, kleinräumig in der Zuständigkeit der Gemeinden	-	-	
<i>Landkreis 5</i>	kein integriertes Verkehrskonzept, kleinräumig in der Zuständigkeit der Gemeinden, Radtourismus als politische Priorität	hohe Kfz-Dichte	-	
<i>Landkreis 6</i>	Aufteilung der Zuständigkeiten innerhalb des Landkreises, geringe Steuerungswirkung, Unterhaltungsaufwand und finanzielle Ressourcen	„begeisterter Radfahrer“, hoher Stellenwert MIV, Statussymbol Auto	gesetzliche Vorgaben zur Barrierefreiheit im ÖV	
<i>Landkreis 7</i>	kleinräumig in der Zuständigkeit der Gemeinden	Radfahren „von der Wiege bis zur Bahre gewohnt“	-	
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten bei Landesstraße, Übertragung der Unterhalts-	Auto als „Hauptmobilitätsmittel“	Regelwerk aufbrechen	

	und Verkehrssicherungspflicht, politisch getragener Prozess		
<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	-	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	-	-	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	-	-	-
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	-	-	Straßenquerschnitte auf Basis der RAS
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	-	vor der Haustür parken	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	geringe personelle Ressourcen, begrenzte finanzielle Mittel, politischer Wille	bisher starke Ausrichtung am Kfz, zukünftig mehr Radverkehr	DIN-Normen, Empfehlungen als Stand der Technik, gesetzliche Vorgaben zur Barrierefreiheit im ÖV
<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	CO ₂ -Einsparziele als politische Priorität	über 50 % Autonutzung im Binnenverkehr, mit dem Rad zur Arbeit	Landesrichtlinie zur Barrierefreiheit, gesetzliche Vorgaben zur Barrierefreiheit im ÖV
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>	-	hoher Radverkehrsanteil im Binnenverkehr, Radfahren als Tradition, teils Hype, teils Imageproblem	Abkehr von Leistungsfähigkeitsberechnungen, Gestaltung zukünftiger Mobilität, einfache Lösungen, Radverkehr als System denken
<i>Kreisfreie Stadt 3a</i>	-	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 3b</i>	-	Fahrradstadt, Rad fahrende Bürgermeister*innen, soziale Unterschiede in der Radnutzung	Fahrradstraße und Tempo 30 bereits vor Verankerung in StVO

Interaktionsmuster	<i>Fehlende Behördenbeteiligung</i>	<i>Interessenvertretung und Bürger*innenbeteiligung</i>	<i>Zusammenarbeit mit weiteren Akteur*innen</i>
<i>Landkreis 1</i>	Stellungnahme immer möglich, bei Radwegebau kein Anlass	Beschwerden der Bevölkerung	-
<i>Landkreis 2</i>	Radwegeplanung ohne Beteiligung des ÖGD, gemeinsame Aktion mit Ordnungsamt, punktuelle Zusammenarbeit bei Unfallschwerpunkt	Senior*innen- und Behindertenbeirat	Zusammenarbeit mit Gemeinden, Kommunallverband, ZVBN
<i>Landkreis 3</i>	keine Stellungnahmen zu Rad- und Fußverkehr	-	-
<i>Landkreis 4</i>	-	Beschwerden der Bevölkerung, Senior*innenbeirat	ZVBN
<i>Landkreis 5</i>	bei Barrierefreiheit nicht involviert	-	Zusammenarbeit mit Gemeinden, lokale Unternehmen
<i>Landkreis 6</i>	Planer*innen sensibilisieren, ÖGD nicht gefragt	Nutzer*innen befragen, Behindertenbeiräte	Zusammenarbeit mit Gemeinden, Gewerbetreibende
<i>Landkreis 7</i>	-	-	Zusammenarbeit mit Gemeinden
<i>Kreisangehörige Gemeinde 1</i>	in kleiner Gemeinde zentral gesteuert	Bürger*innenworkshops, Informationsveranstaltungen, Einwohner*innenversammlung, Bürger*inneninitiative	niederländische Gemeinden, Zusammenarbeit mit Landkreis und Land, private Eigentümer*innen
<i>Kreisangehörige Stadt 2</i>	Planer*innen sensibilisieren, Beratungsangebot abgelehnt	Senior*innenbeirat	-
<i>Kreisangehörige Gemeinde 3</i>	-	-	private Eigentümer*innen
<i>Kreisangehörige Gemeinde 4</i>	-	-	-
<i>Kreisangehörige Stadt 5</i>	TÖB-Beteiligung, nicht explizit ÖGD	Mängelerhebung durch Schüler*innen und ADFC	Arbeitsgemeinschaft Fahrradfreundliche Kommunen, private Eigentümer*innen
<i>Kreisangehörige Gemeinde 6</i>	-	-	-

<i>Kreisangehörige Gemeinde 7</i>	Stadt- und Verkehrsplanung zusammen, ohne ÖGD, Sensibilisierung für Bedarfe von Menschen mit Einschränkungen	Senior*innen- und Behindertenbeauftragte	private Eigentümer*innen
<i>Kreisfreie Stadt 1</i>	umfangreiche Planungsprozesse, ohne ÖGD	-	-
<i>Kreisfreie Stadt 2</i>	umfangreiche Planungsprozesse, ohne ÖGD, Gesundheit als Argument	Verständnis für Verwaltungshandeln stärken, Öffentlichkeitskampagne	Baufirmen
<i>Kreisfreie Stadt 3a/b</i>	-	-	-

Fallübersicht zum Reallabor (gekürzte Darstellung)

<i>Problemverständnis</i>	<i>Autoorientiertes Mobilitätsverhalten und Mobilitätseinschränkungen</i>	<i>Fehlende Wegeverbindungen und mangelhafter Zustand der Wege</i>	<i>Unsichere Wegeführung und autoorientierte Aufteilung des Straßenraums</i>	<i>Eingeschränkte Erreichbarkeit von Alltagszielen</i>	<i>Fehlende Begegnungsorte und soziale Kontakte</i>
<i>Vorlauf > Planspiel</i>	Menschen mit Behinderung, freizeitbezogenes Radfahren, Zufußgehen auf Alltagswegen, Pkw- und Führerscheinbesitz	Natursteinpflaster, Wegeverbindungen, Abstellanlagen, Beschilderung, Bordsteinkanten, Beleuchtung	Radfahren auf der Fahrbahn, Verkehrsberuhigung, Queerungsmöglichkeiten, Bahnunterführung	Einzelhandel und Wohnen in Ortsmitte, Bürgerbus, Bahnhof	Aufenthalt im öffentlichen Raum, Naherholung, neuer Marktplatz, Toiletten, Mehrgenerationenplatz
<i>Bestandsanalyse > Protokolle</i>	Bewusstsein schärfen, Verhaltensänderung anregen	-	-	Selbstständigkeit erhalten, ÖV-Anbindung	Haushaltsgrößen und Vereinsamung
<i>Bestandsanalyse > Reflexion</i>	Benachteiligung von Radfahrenden und Zufußgehenden, Nicht-Berücksichtigung von Bedarfen Älterer, gesundheitlicher Nutzen von aktiver Mobilität im Alltag	-	-	-	Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, gesellschaftliche Teilhabe
<i>Bestandsanalyse > Ergebnisdarstellung</i>	in Mobilität eingeschränkt, hohe Ausnutzung, Motivation	Wegebreite und -zustand, Wegeverbindungen, barrierefreie	Rücksichtnahme, Wegeführung, Wegebreite, Querungs-	viele Ältere in ländlichen Ortsteilen, fußläufige Erreichbarkeit	Dorfgemeinschaftshäuser, Sportangebote, Senior*innen-spielplatz,

	und Gestaltungspräferenzen	Wege, Beleuchtung	möglichkeiten, Verkehrsberuhigung	von Einzelhandel nur in manchen Ortsteilen, ÖV-Anbindung unzureichend	Toiletten, Sitzgelegenheiten
<i>Agendaentwicklung > Protokolle</i>	Sensibilisierung der Bevölkerung, vor allem fitte Ältere erreicht	Qualität der Wege, Barrierefreiheit, Wegeverbindungen	Wegeführung, Verkehrssicherheit	ÖV, Versorgung ohne Auto	Aufenthaltsqualität, soziale Teilhabe, Vereinsamung, Toiletten
<i>Agendaentwicklung > Reflexion</i>	-	-	-	-	-
<i>Agendaentwicklung > Ergebnisdarstellung</i>	gesundheitlicher Nutzen von aktiver Mobilität im Alltag, öffentliche Wahrnehmung stärken	Wegebeschaffenheit, (autofreie) Wegeverbindungen, barrierefreie Erschließung, Beleuchtung	unklare Wegeführung, fehlende und schmale Wege, unsichere Querung, viel und schneller Verkehr, parkende Autos, Missachtung Verkehrsregeln, geringes Sicherheitsgefühl	Busanbindung verbessern, „Kultur-Shuttle“ einrichten, Abhängigkeit vom Auto reduzieren	Treffpunkte im Freien, Aufenthaltsqualität und Begrünung, Sitzgelegenheiten, Toiletten
<i>Erprobung > Protokolle</i>	-	-	-	-	-
<i>Erprobung > Reflexion</i>	Radfahren im Vordergrund, vor allem fitte Ältere erreicht, keine Veränderung messbar	-	-	selbstständig leben ohne Auto	-
<i>Erprobung > Ergebnisdarstellung</i>	Einschränkungen erlebbar machen, aktive	Wegebeschaffenheit, Beleuchtung,	Poolnudel-Radtour, Sicherheitsge-	Zugang zu Versorgungseinrichtungen	Soziale Kontakte und Interaktion, Autonomie

Mobilität be- lohlen, Chancen- gleichheit in Bezug auf ak- tive Mobilität	alltagstaugli- che und si- chere Wege- verbindun- gen, Abstell- anlagen	fühl, Ver- kehrsberuhi- gung, sichere Wege und Querungen, Rücksicht- nahme, gleichberech- tigtes Mitei- nander	gen und kul- turellen An- geboten	und Teilhabe, Treffpunkte und Aufent- haltungsmöglich- keiten
--	--	---	---	---

Rollenverständ- nisse	<i>Datenorientie- rung</i>	<i>Transferorientie- rung</i>	<i>Partizipativer An- spruch</i>	<i>Transformativer Anspruch</i>
<i>Vorlauf > Plan- spiel</i>	-	-	Senior*innenbei- rat, „Barriere- Scouts“, Befra- gung Älterer	-
<i>Bestandsanalyse > Protokolle</i>	Durchführung ei- ner Befragung, Datenabfrage an Einwohnermel- deamt, kleinräu- mige Differenzie- rung der Daten, Liste und Karte mit Anregungen aus Bevölkerung	Projektname, Logo, Webseite, Pressearbeit, Handout, Poster, Präsentation auf Wochenmarkt	Einbindung von Schlüsselak- teur*innen, Auf- suchen von Treff- punkten, Schu- lung von Multipli- kator*innen	Aufnahme von Projektergebnis- sen in Straßenka- taster klären
<i>Bestandsanalyse > Reflexion</i>	Methodenkom- petenz, Messbar- keit von Verhal- tensänderung	Kommunikations- und Visualisie- rungskompetenz, Öffentlichkeitsar- beit und Transpa- renz stärken	direkter Aus- tausch mit Bevöl- kerung, Erfah- rung mit Multipli- kator*innen-An- satz	Umdenken an- stoßen, Pla- nungshilfe entwi- ckeln, Verhal- tensänderung bewirken
<i>Bestandsanalyse > Ergebnisdar- stellung</i>	Expert*innenge- spräche, Analyse sozio-demografi- scher Daten, GIS- Analyse zur Er- reichbarkeit, Be- fragung	-	Identifikation von Schlüsselak- teur*innen und Treffpunkten, Schulung von Multiplikator*in- nen	-

<i>Agendaentwicklung > Protokolle</i>	Kritikpunkte sammeln, mit bisherigen Anregungen zusammenführen	Vorbereitung Zukunftswerkstätten, Aufbereitung der Ergebnisse, Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit	Durchführung Zukunftswerkstätten	gemeinsame Wunschvorstellung formulieren, Agenda entwickeln
<i>Agendaentwicklung > Reflexion</i>	-	Schwierigkeit Bevölkerung zu erreichen, Erfahrungen mit Pressearbeit	geringe Teilnehmendenzahl bei zwei von drei Zukunftswerkstätten	-
<i>Agendaentwicklung > Ergebnisdarstellung</i>	Kritikpunkte und Wünsche zusammenfassen, Indikatoren-Set anwenden	Aufbereitung für anstehende Planungen und Baumaßnahmen (u. a. Stellungnahme Radförderkonzept, Aufnahme in Straßenkataster)	Sichtweise der Bevölkerung über 60 in drei Zukunftswerkstätten	Agenda „Aktiv mobil – länger gesund“
<i>Erprobung > Protokolle</i>	Indikatoren-Set und Datenquellen	Aufbereitung der Erfahrungen für AFOOT-Toolbox	Vorbereitung Aktionstag	Vorbereitung AK Gesundheit, Empfehlungen für Planungsausschuss
<i>Erprobung > Reflexion</i>	Rahmenbedingungen erfasst, Einschätzung abgefragt, Bedarfe erfasst, Anwendung Indikatoren-Set	Veröffentlichung von Projektergebnissen, Aufbereitung für kommende Planungen	„erreicht wurde, wer erreicht werden wollte“, hoher Arbeits- und Zeitaufwand, keine Verstärkung der aufgebauten Kontakte	keine räumlichen Veränderungen, Themen eingebracht, Bevölkerung sensibilisiert, keine messbare Verhaltensänderung
<i>Erprobung > Ergebnisdarstellung</i>	Erreichbarkeit und Mobilitätsverhalten untersucht, Kritik und Wünsche erfasst	-	Aktionswochenende im Rahmen der Europäischen Mobilitätswoche, ehrenamtliche Radtourenleiter*in	Stellungnahme Radförderkonzept, Antragsbegründung Tempo 30, Auftakt für interkommunalen Arbeitskreis Gesundheit

Interaktionsmuster	<i>Zusammenarbeit Wissenschaft und Praxis</i>	<i>Zusammenarbeit mit Kommunalpolitik</i>	<i>Zusammenarbeit Planung und Gesundheit</i>	<i>Zusammenarbeit mit anderen Ämtern</i>	<i>Interkommunaler Austausch</i>
<i>Vorlauf > Planspiel</i>	Offenheit für neue Formate	zentrale Rolle der Bürgermeisterin	keine Erfahrung in Zusammenarbeit mit ÖGD	Sachgebiete Bildung, Kultur, Freizeit und soziale Sicherung	Einbeziehung Landkreis
<i>Bestandsanalyse > Protokolle</i>	Vereinbarung gemeinsamer Treffen, Vor gehen Evaluation	Stellenwert des Projekts in der Gemeinde, Vorstellung im Planungsausschuss	Einbeziehung der Koordinatorin in laufende Planungsprozesse	Sachgebiet Bildung, Kultur, Freizeit, Sachgebiet Sicherheit und Ordnung	Kontaktaufnahme Landkreis, Vorstellung Kommunalverbund
<i>Bestandsanalyse > Reflexion</i>	Erwartungen an Reallabor, Zusammenarbeit im Kernteam, Brücke zw. Wissenschaft und Praxis, innerhalb der Gemeinde isoliert	Kommunalpolitik beauftragt kommunale Planung, Erwartungen der Kommunalpolitik, politischer Rückhalt	Mehrwert Gesundheitswissenschaftlerin in der Gemeinde, Einbeziehung in laufende Planungsprozesse	Nachfragen von Kolleg*innen unterschiedlicher Sachgebiete	Kontakt zum Landkreis
<i>Bestandsanalyse > Ergebnisdarstellung</i>	Einstellung Projektkoordinatorin, Etablierung Kernteam und erweitertes Team	-	Gesundheit stärker in den Fokus rücken	Sachgebiet Bildung, Kultur, Freizeit	Anbindung an Landkreis
<i>Agendaentwicklung > Protokolle</i>	gemeinsame Durchführung und Auswertung Zukunftswerkstätten, gemeinsame Agendaentwicklung	Einladung zu Zukunftswerkstätten durch Bürgermeisterin, Einladung der Ratsmitglieder zu Projektaktivitäten	Anwesenheit Planungsamt bei Zukunftswerkstätten, Sensibilisierung für Gesundheit	Bereitstellung Projektergebnisse für andere Sachgebiete	-

<i>Agendaentwicklung > Reflexion</i>	Zusammenarbeit im Kernteam, Impulsgeber*in, Transparenz	Kommunikation mit Kommunalpolitik	-	-	Teilnahme an Europäischer Mobilitätswoche
<i>Agendaentwicklung > Ergebnisdarstellung</i>	Argumentationshilfen, Moderation und Begleitung Arbeitskreis	Entscheidungskompetenz des Gemeinderats	Gesundheit und Chancengleichheit berücksichtigen, gesundheitliche Auswirkungen kommunalpolitischer Entscheidungen, Einstellung Gesundheitswissenschaftlerin	Ansprache anderer Sachgebiete bezüglich Indikatoren	Stadtgrenze Bremen, Initiierung interkommunaler Arbeitskreis
<i>Erprobung > Protokolle</i>	Abstimmung Stellungnahme, Einbindung in geplante Maßnahmen	Projektergebnisse und Antrag Tempo 30 in Planungsausschuss, Ansprache anderer Kommunen durch Bürgermeisterin	Stellungnahme Radförderkonzept, gegenseitige Beteiligung	Abstimmung Tempo 30 mit Sachgebiet Sicherheit und Ordnung, Ansprache weiterer Sachgebiete für Arbeitskreis Gesundheit	Einladung interkommunaler Arbeitskreis, Vorbereitung Auftakttreffen
<i>Erprobung > Reflexion</i>	Anbindung an Radförderkonzept, Limitierung durch Zeitrahmen, keine Umsetzung physischer Experimente, offene Prozessgestaltung	Information und Sensibilisierung der Kommunalpolitik, Unterstützung durch Bürgermeisterin	Sensibilisierung für Gesundheit erweist sich als schwierig, Zusammenarbeit v. a. innerhalb des Kernteams, keine Einbeziehung in Routineaufgaben	Einbindung in verschiedene Sachgebiete	Verstetigung Arbeitskreis

<i>Erprobung > Ergebnisdarstellung</i>	Moderation des Arbeitskreises, voneinander lernen	Beteiligung von Entscheidungsträger*innen	steigendes individuelles Gesundheitsbewusstsein, viele Anknüpfungspunkte im kommunalen Handeln, bisher im Hintergrund	Gesundheit als Querschnittsthema	Teilnahme an Europäischer Mobilitätswoche, Vernetzung und Sensibilisierung durch Arbeitskreis, Anbindung an Formate des Landkreises
---	---	---	---	----------------------------------	---

Kriterien und Leitfragen der formativen Evaluation im Reallabor

	<i>Kriterium</i>	<i>Leitfragen</i>
<i>Ressourcen</i>	Problembewusstsein und lebensweltliche Problemstellung	Wie beschreiben die beteiligten Akteur*innen das Problem? Haben die beteiligten Akteur*innen ein gemeinsames Problemverständnis? Ist die Problemstellung in der Lebenswelt der Älteren in der Gemeinde Ritterhude verankert?
	Motivation und Erwartungen	Welche (intrinsische) Motivation bringen die an der Realisierung des Reallabors beteiligten Akteure mit? Welche internen und externen Erwartungen werden an das Reallabor gestellt?
	Fachliche Kompetenzen und Wissen	Welches fachliche und lokale System-, Orientierungs- und Transformationswissen ⁴⁴ und welche (fachlichen) Kompetenzen bringen die Beteiligten in den Prozess des Reallabors ein? Welches zusätzliche Wissen und welche zusätzlichen Kompetenzen sind für die erfolgreiche Umsetzung des Reallabors erforderlich?
<i>Prozess</i>	Unterstützung	Verfügt das Reallabor über die notwendigen finanziellen, zeitlichen und personellen Mittel sowie den nötigen politischen Rückhalt?
	Ablauf und Methoden	Umfasst das Reallabor alle für einen Transitionsprozess notwendigen Schritte, d. h. Problembeschreibung, Entwicklung einer lokalen Agenda, Erprobung und Evaluation? Bauen die einzelnen Schritte sinnvoll aufeinander auf? Erfolgt eine angemessene Methodenwahl für die einzelnen Schritte des Reallabors?
	Zusammenarbeit und Beteiligung	Welche Akteur*innen arbeiten wann in welchem Maße zusammen? Erfolgt die Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Beteiligten auf Augenhöhe? Welche zusätzlichen Akteur*innen werden wann in welchem Maße beteiligt bzw. sollten beteiligt werden?
	Reflexion und Lernen	Wie wird das gemeinsame Vorgehen im Rahmen des Reallabors reflektiert? Inwiefern wurden im laufenden Prozess bereits Veränderungen vorgenommen?
<i>Ergebnis</i>	Transparenz	Wie wird die Transparenz des Reallabors sichergestellt, z. B. Dokumentation des Vorgehens, Veröffentlichung von Zwischenergebnissen?
	Erlernte Fähigkeiten	Welche Fähigkeiten haben die Beteiligten im Rahmen des Reallabors erlernt? Können die Beteiligten das erlangte Wissen im Rahmen ihrer außerhalb des Reallabors ausgeübten Tätigkeit anwenden?

⁴⁴ In der transdisziplinären Forschung wird zwischen System-, Orientierungs- und Transformationswissen unterschieden, wobei sich das Systemwissen auf den untersuchten Gegenstand bezieht, das Orientierungswissen auf das angestrebte Ziel und das Transformationswissen auf die möglichen Mittel und Wege dorthin (Jahn 2008, 26; Schäpke et al. 2017, 9).

Erlangtes Wissen	Welches System-, Orientierungs- und Transformationswissen haben die Beteiligten im Rahmen des Reallabors erlernt? Können die Beteiligten das erlangte Wissen im Rahmen ihrer außerhalb des Reallabors ausgeübten Tätigkeit anwenden?
Physisch-räumliche Veränderungen	Welche Erfahrungen wurden bezüglich der Veränderung öffentlicher Räume in der Gemeinde Ritterhude, z. B. Straßen und Plätze, im Rahmen der Reallabors gemacht?
Veränderungen im Mobilitätsverhalten	Welche Erfahrungen wurden bezüglich des Mobilitätsverhaltens Älterer in der Gemeinde Ritterhude im Rahmen der Reallabors gemacht?
Administrative Veränderungen	Welche Erfahrungen wurden bezüglich der Veränderung von Verwaltungsstrukturen und -routinen in der Gemeinde Ritterhude im Rahmen der Reallabors gemacht?
Verantwortungsübernahme	In welcher Form werden Themen und Ansätze des Reallabors weitergeführt?
Übertragbarkeit und Skalierbarkeit	Sind die Ergebnisse des Reallabors auf andere Bereiche der Kommunalentwicklung der Gemeinde Ritterhude übertragbar? Sind die Ergebnisse des Reallabors auf andere Städte und Gemeinden übertragbar?
erwartete Schwierigkeiten und unbeabsichtigte Folgen	Welche Schwierigkeiten können auf das Reallabor zukommen bzw. sind eingetreten? Welche unbeabsichtigten Folgen können auftreten bzw. sind eingetreten?