

Die gesunde Region

Anke Strüver

In diesem Beitrag geht es nicht um die Region, sondern um Gesundheit. Diesen Fokus wähle ich nicht, um Wiederholungen innerhalb des Bandes zu vermeiden oder mich von anderen Beiträgen deutlicher abzugrenzen. Ich wähle ihn, um hier Gesundsein und Gesundheit als aktuelles geographisches bzw. raumtheoretisches Thema zu diskutieren, das immer wieder Gefahr läuft, auf den Raum gleichermaßen als Problem wie als Lösung reduziert zu werden. Dies wird in regionalen wie auch internationalen Programmen zur Gesundheitspolitik besonders deutlich.

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. In ihrer Gründungspräambel umschreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als einen »Zustand des vollkommenen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens« (WHO 1946). Diese Definition hat nur wenig Gemeinsamkeiten mit dem Gesundheitsverständnis der evidenzbasierten Wissenschaft und Biomedizin und orientiert sich stattdessen stärker an gesellschaftlichen, denn an regionalen Ungleichheiten. Dennoch wurde mit dem WHO-Programm *Gesundheit für alle* und dem Paradigma der *Gesundheitsfördernden Umweltbedingungen* der Ottawa Charta ab 1986 eine Art *spatial turn* vollzogen, der durch den Übergang von der Reaktions- zur Präventionspolitik als Querschnittsaufgabe begleitet wurde (WHO 1986).

Um Gesundheit als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe zu diskutieren, schlage ich ein gleichermaßen mehr-als-räumliches und auch ein mehr-als-menschliches Denken im Sinne der mehr-als-menschlichen Geographien vor. Gesundheit gesellschafts- und damit zugleich gerechtigkeitszentriert zu adressieren bietet die Chance, das langanhaltende Dilemma der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung zu überwinden, ob nun die sozialräumlichen Verhältnisse oder das individuelle Verhalten ausschlaggebend für Wohlbefinden seien. Ziel dieses Beitrags sowie meiner Argumentation ist nicht, Ungerechtigkeit als Ungleichheit empirisch zu dokumentieren, sondern sozialtheoretisch zu reflektieren. Dafür wird im folgenden Abschnitt zunächst kurz in aktuelle *Healthy-Regions*- und *Healthy-Cities*-Programme eingeführt und es werden ihr Raumzentrismus sowie ihr verhaltenswissenschaftlicher Anthropozentrismus illustriert und kritisiert. Anschließend diskutiere ich die These, dass in der *gesunden Region* Umweltverhältnisse auf gebaute, physische, soziale und technologische Umwelten reduziert

werden – und die zugrunde liegenden gesellschaftlichen Strukturen und Verhältnisse unberücksichtigt bleiben. Diese Verkürzung geht mit dem Ziel der Gleichheit (*equality, equity*) einher und verunmöglicht dadurch soziale Gerechtigkeit (*justice*). Im Ausblick bringe ich daher die gesunde Region mit gesellschaftlich beeinflussten Verkörperungsprozessen in Verbindung, um Gesundheit als Gerechtigkeitsfrage – und nicht als eine Frage regionaler Infrastrukturen – zu thematisieren.

Die Gesundheitsregion und räumliche Verhältnisse

Der Raum spielt in der klassischen, d.h. raumwissenschaftlichen Medizingeographie eine tragende Rolle, im übertragenen wie im wörtlichen Sinne: Diese analysiert vor allem die räumliche Verteilung von Krankheit sowie die räumliche Nähe zu medizinischen Infrastrukturen. Damit können mögliche räumliche Ursachen und Ausbreitungen von Krankheit einerseits und die Nähe zu Gesundheitsinfrastrukturen andererseits empirisch erfasst und visualisiert werden (Jones & Moon 1993). Darüber hinaus kann anhand von Krankheit oder Gesundheit – bzw. anhand von Krankheit *und* Gesundheit – auch leicht eine ganze Region charakterisiert werden: So ist beispielsweise die Chemieregion Bitterfeld als eine Region mit hoher Industrie- und Krankheitskonzentration (*Bitterfeld-Syndrom*) bekannt. Sie ist aber mittlerweile und aufgrund ihrer hohen Dichte an Seen (in ehemaligen Gruben des Braunkohletagebaus) auch als Freizeitregion bekannt. Zudem ist sie Teil der *Gesundheitsregion Sachsen-Anhalt* und grenzt im Osten direkt an die *Gesundheitsregion Dübener Heide* (siehe Beispiel 1). Dieses gleichermaßen bekannte wie beliebige Beispiel macht deutlich, dass sich das Auftreten, die Verbreitung und auch die Ursachen von Gesundheit und Krankheit nicht mit Begriffen wie Nähe und Distanz zu positiven oder negativen Umweltstressoren wie reizvoller Landschaft oder Wasser-, Boden- und Luftverschmutzung erklären lassen.

Beispiel 1: Gesundheitsregion oder Gesunde Region?

»Abschalten und entspannen, sich eine Auszeit vom Alltag nehmen, neue Energie tanken und wieder zu Kräften kommen – dafür bietet die GESUNDHEITSREGION NATURPARK DÜBENER HEIDE eine vielfältige Auswahl naturheilkundlicher, wohltuender Verfahren und Heilmittel an, die der Reaktivierung der körpereigenen Heilungskräfte dienen. Natürliche Behandlungsmethoden und das Wissen aus einem Jahrhunderte alten Erfahrungsschatz sind hierfür die Grundlagen. Anbieter von Gesundheitsleistungen im Naturpark Dübener Heide haben sich im Netzwerk »naturgesund« zusammengeschlossen und laden Sie ein, etwas Gutes für Körper und Seele zu tun – inmitten einer einzigartigen Natur- und Kulturlandschaft.« (Naturpark Dübener Heide o.J., o.S.)

Die Gesundheitsregion östlich von Bitterfeld bewirbt sich also neben ihrer Landschaft mit Präventionsdienstleistungen, die mit Krankheit – wie auch mit der speziellen Region oder einer gesunden Region – wenig zu tun haben.

Das Leben in einer *ungesunden Region* mit *schlechter Umwelt* bzw. in einer *schlecht ausgestatteten Region* wurde in der Medizingeographie von jeher als ein Zustand der Ungleichverteilung anerkannt; dazu wurde festgestellt, dass diese Benachteiligung vor allem marginalisierte Bevölkerungsgruppen betrifft (Rosenberg 2017). Allerdings wurde und wird daraus vorrangig der Bedarf an einer besseren Verteilung abgeleitet, vor allem der Gesundheitsinfrastrukturen wie Facharztpraxen, Krankenhäuser und Pflegeheime. Das europäische *Healthy-Regions*-Programm der WHO (2000) ist dafür ein Komplementärbeispiel, das als Teil der HEALTH21-Programmschiene (= Gesundheit für das 21. Jahrhundert) die Ungleichheiten zwischen und innerhalb von Regionen im Hinblick auf die Ausstattung mit Gesundheitsinfrastrukturen minimieren will. Zugleich wird in diesem Programm verstärkt an die Selbstverantwortung appelliert (WHO 2000, S. 10) – und zwar an die der Regionen wie an die der dort lebenden Personen (siehe Beispiel 2).

Beispiel 2: Gesunde Region, Gesundheitsregion oder Plusregion?

»ALPINE GESUNDHEITSREGION: DAS SALZBURGERLAND WIRKT! Das SalzburgerLand tut der Gesundheit gut – sowohl im Sommer wie auch im Winter. Hier finden Sie intakte Natur, Spitzenmedizin und Gastgeber auf höchstem Niveau. Zusammen bieten sie ein ideales Umfeld zur Prävention, Kuration, Rehabilitation oder Leistungssteigerung.« (SalzburgerLand Tourismus o.J., o.S.)

Niederösterreich kann das noch überbieten, denn es hat gleich fünf Gesundheitsregionen. Sie heißen Wald-, Most- und Weinviertel sowie Thermenregion und Region Mitte (NÖ Landesgesundheitsagentur o.J., o.S.). Die Namen regen direkt an, zu überlegen, ob der Wein(konsum) besonders gesund macht, oder inwiefern *die Mitte* der Gesundheit (nicht) guttut. Gerade Letzteres, der Begriff *Mitte*, macht aber deutlich, dass es in Niederösterreich – anders als im SalzburgerLand – nicht um die landschaftliche und touristische Attraktivität geht, sondern um die dezentrale Gesundheitsversorgung auf Basis von fünf Organisationsgesellschaften, die Kliniken und Pflegezentren umfassen. Eine Region hat dabei offensichtlich keinerlei Besonderheiten vorzuweisen, außer dass sie in der Mitte liegt, was ja auch ein regionales Alleinstellungsmerkmal sein kann.

Ähnlich – und doch wieder anders – ist es in Bayern: Denn auch der Plural lässt sich augenscheinlich noch steigern: Hier findet sich nicht eine Gesundheitsregion, nicht mehrere, sondern das, was ich als *PluralPlus* bezeichnen möchte, nämlich »Gesundheitsregionenplus« (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und

Pflege o.J., o.S.). Aber letztlich zielt das *Plus* hier nur auf die Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung durch regionale Netzwerke.

Um nochmals nach Österreich zurückzukehren: Tirol hat keine Gesundheitsregion, aber eine gesunde Region – die als Vitalregion vermarktet wird:

»Ziel des Projektes ist es, Regionen, die den Trend Gesundheit mit dem touristischen Angebot für Einheimische und Gäste gleichermaßen verknüpfen möchten, zu identifizieren, ihnen notwendige Informationen zukommen zu lassen und sie im Entwicklungsprozess, gemeinsam mit privatwirtschaftlichen und wissenschaftlichen Experten, zu begleiten, um der Bevölkerung und den Gästen ein klares Angebot und Profil als Region im Bereich Gesundheit (Prävention) zu bieten« (Standortagentur Tirol o.J., o.S.).

Projektpartner sind die Standortagentur Tirol, Tirol Werbung und Agrarmarketing Tirol; *Gesundheits*-Partner:innen im engeren Sinne sind nicht beteiligt. Anders als in Bayern und Niederösterreich zeigt sich im SalzburgerLand und in Tirol, dass Gesundheit ein leerer Signifikant mit hoher Marktsignifikanz ist, denn Gesundheit lässt sich gut vermarkten!¹

Warum bewerben sich Regionen als Gesundheitsregionen und was muss dafür vorhanden sein? Gesundheitsinfrastrukturen wie Ärzt:innenzentren, Kliniken und Yogashalas oder doch vielmehr die gut zu vermarktende *unberührte* Natur einer *therapeutischen* Seen- oder Berglandschaft?² Oder ist vielleicht eine sozial gerechte(re) Gesellschaft besonders gesund und macht auch ihre Region gesund? Um das zu diskutieren, verschiebe ich den Blick vorübergehend auf die gesunde StadtRegion, denn diese existiert als politisches Programm schon länger und detaillierter als die *Healthy Region*.

Die aktuellen Programme zur gesunden Stadt basieren auf den vier Säulen Stadtgestalt (Bebauungsdichte, Verkehrsachsen, Grünräume), Umweltungerechtigkeit (Feststellung der ungleichen Verteilung von marginalisierten Bevölkerungsgruppen auf besonders schadstoffbelastete Teilräume), Gesundheit als Querschnittsthema für alle Politikbereiche und Klimawandelfolgen (Schlicht 2017). Der Wissenschaftliche Beirat Globale Umweltveränderungen (WBGU 2016, S. 9f.) hat dies mit Bezug auf Letztere bzw. das Zusammenspiel von gesunder *und nachhaltiger* Stadtentwicklung in drei Aspekten zusammengefasst: Erhaltung der

1 Es sei am (unteren Seiten-)Rande erwähnt, dass sich bei allen hier erwähnten Gesundheitsregionen inmitten der so genannten vierten und fünften Welle der COVID-19 Pandemie (im Winter 2021/2022) keine Hinweise auf das Virus finden lassen.

2 Es gibt seit dreißig Jahren eine Diskussion zu »Therapeutischen Landschaften«; da sich das Konzept allerdings auf die physischen wie psychischen Qualitäten von Natur- und Kulturlandschaften für das individuelle Wohlbefinden konzentrieren, bleibt es hier unberücksichtigt (siehe Gebhard & Kistemann 2016).

natürlichen Lebensgrundlagen (vor allem Wasser und Vegetation), Ermöglichung politischer und ökonomischer Teilhabe – nicht etwa sozialer – und Entwicklung *stadtspezifischer Eigenarten* zur Gesundheitsförderung.

Die meisten europäischen Städte – und hier bestätigen Ausnahmen wie Kopenhagen oder Amsterdam die Regel – sind primär mit dem anhaltenden Umbau von der autogerechten zur sozial- und klimagerechten Stadt der kurzen Wege beschäftigt. Die in diesem Zusammenhang relevanten Elemente wie mehr Frei-, Grün- und Blauräume, weniger Versiegelung, bessere Infrastrukturen für aktive Mobilität etc. sind zugleich Elemente der gesunden, der nachhaltigen und der so genannten lebenswerten Stadt (siehe Beispiel 3). *Healthy-City*-Programme unterscheiden negative und positive Umweltstressoren: Erstere umfassen Schadstoffbelastungen in Luft, Böden und Wasser sowie Lärm und Hitze bzw. Kälte. Zu den positiven Stressoren gehören vor allem Grün- und Blauräume sowie beschattete und barrierefreie Fuß- und Radwegenetze, da sie zu den gesundheitsfördernden räumlichen Infrastrukturen gezählt werden.

Beispiel 3: Die gesunde Stadt ist eine lebenswerte Stadt – die lebenswerte Stadt ist eine gesunde Stadt.

»Wien ist eine lebenswerte Stadt – immer wieder landet die Stadt im internationalen Vergleich mit anderen Großstädten in Rankings zur Lebensqualität in den ersten Rängen. Die Lebensqualität hängt von vielen Faktoren ab: grüne Naherholungsgebiete, interessante Freizeitangebote, Sicherheit, wirtschaftliche und politische Stabilität, gesunde Nahversorgung und vieles mehr. Die Stadt soll ein Lebensraum sein, der Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen ermöglicht, ein gesundes Miteinander der Generationen fördert und ein gesundes Altern erlaubt. Die Gesundheitsförderung ist dafür in den direkten Lebensumfeldern der Wienerinnen und Wiener aktiv: Gesundheitsförderung wird vor allem in den Stadtteilen gelebt, hier werden settingorientierte Projekte und Maßnahmen umgesetzt. Wienweite Informationskampagnen und Veranstaltungen zu Themen wie gesunder Ernährung, Bewegung und seelischer Gesundheit sind ein weiterer Baustein am Weg zu einer umfassend gesunden Stadt.« (Stadt Wien 2018, o.S.)

Allerdings werden mit der gesunden-nachhaltigen-lebenswerten Stadt nicht drei Fliegen mit einer Klappe geschlagen; vielmehr wird Verbesserung des physischen, psychischen, sozialen und umweltbedingten Wohlergehens der Stadtbevölkerung auf veränderte urbane Verhältnisse im Sinne von Ausstattungsmerkmalen reduziert. Hier unterscheiden sich aktuelle Maßnahmen bislang kaum vom ursprünglichen *Healthy-Cities-for-Europe*-Programmen (WHO 1992) – mit Ausnahme der Erweiterung um Nachhaltigkeit- und Klimawandelanpassungsstrategien. Die europäischen *Healthy-Regions*- wie auch *Healthy-Cities*-Programme (WHO

1992, 2000) stehen auf den Säulen saubere und sichere Lebensumgebung sowie Grundbedürfnisbefriedigung, ökologisch ausgewogene Umweltbedingungen, gemeinschaftliche Unterstützung und Beteiligung, nachhaltiges Wirtschaften, Erhaltung des biologischen und kulturellen Erbes sowie »optimale Gesundheitsversorgung« und »niedriger Krankheitsstand« (WHO 1992, S. 4) – beides wird nicht weiter spezifiziert. Anhaltend verschleiert werden durch diese Programme und die an sie gebundenen Indikatoren- und Monitoringsysteme gesellschaftliche Machtverhältnisse und sozial wie räumlich verkörperte Ungleichheiten von Krankheit und Gesundheit (siehe Menton et al. 2020 am Beispiel der Kritik an der Agenda 2030; Letztere ähnelt ohnehin als Gesamtprogramm dem zur gesunden-nachhaltigen-lebenswerten Stadt, vgl. United Nations 2015). Wenn in all diesen politischen Programmen Krankheit und Gesundheit als *körperliche* Phänomene thematisiert werden, dann als Resultat eines *falschen* oder *richtigen* (Risiko-)Verhaltens.

Die gesunde Person und menschliches Verhalten

Das Pendant zum Raum bzw. zu den regionalen Verhältnissen gesundheitsrelevanter Infrastrukturen und positiver wie negativer Umweltstressoren in der Erklärung von Gesundheit und Krankheit ist das individuelle Verhalten. Als Risikoverhalten gelten vor allem Bewegungsmangel, Nikotin- und Alkoholkonsum sowie *schlechte* Ernährung. Dieses wird, so die Annahme, durch die sozialen Determinanten von Gesundheit relativiert bzw. intensiviert, d.h. durch den sozioökonomischen und -kulturellen Status entlang von Einkommen, Arbeitslosigkeit, Migrationserfahrung und sozialen Umweltverhältnissen. Als Teil des neoliberalen Gesellschaftsumbaus kommt dabei dem *präventiven Selbst* eine wachsende biopolitische sowie ethisch-moralische Bedeutung zu, also dem eigenverantwortlichen, proaktiv gesunden Verhalten und der Risikominimierung von Krankheit (vgl. Paul & Schmidt-Semisch 2010; Strüver 2012). In neoliberal regierten, ehemals wohlfahrtsstaatlichen Gesellschaften wurde Gesundheit zunehmend privatisiert und ökonomisiert, sowohl auf individueller wie auch institutioneller Ebene (d.h. von Kliniken, Pflegeeinrichtungen usw.). Zugleich verwenden Regionen, wie bereits oben illustriert, Gesundheit als Marketinginstrument und optimieren die *räumliche* Verteilung ihrer zunehmend privatisierten Gesundheitsinfrastruktur.

Um Gesundheit hingegen als *gesellschaftliches* Phänomen und Verteilungsproblem zu diskutieren, bedarf es der Berücksichtigung von biophysischen, diskursiven und sozialen Verkörperungsprozessen. Daran geknüpft ist ein Verständnis von biophysischen Ungleichheiten als *Effekte* sozialer Ungerechtigkeiten, zum Beispiel strukturellem Rassismus, und den aus ihnen resultierenden räumlichen Segregationsprozessen. Die soziale und physische Umwelt wird dann nicht nur sprichwört-

lich, sondern auch biologisch inkorporiert. Insbesondere Nancy Krieger (2001) erweitert mit diesem Ansatz die Annahmen der prägenden (sozialen und physischen) Umweltverhältnisse und des Verhaltens um die soziostrukturell produzierten biophysischen Verkörperungsprozesse.

Für mehr-als-menschliche Geographien spielen Verkörperungsprozesse im Sinne dieser biosozialen Verschränkung von Körpern und Umwelten eine wichtige Rolle, beispielsweise in Form transkörperlicher Relationen, »in which human bodies are not only imbricated with one another but also enmeshed with nonhuman creatures and landscape« (Alaimo 2016, S. 67). Diese Betonung von Verkörperung bietet neue Rahmungen von Umwelt- und Gesundheits(un)gerechtigkeit als verkörperte Ausdrucksformen gesellschaftlich strukturierter Geographien von Ungleichheit (Prior et al. 2019). Die Rahmung verweist zudem auf den zweiten Teil meiner Eingangsthese, dass die Abwesenheit von Krankheit und die Anwesenheit von Gesundheit ein sozial strukturierter Vermittlungsprozess jenseits von Umweltverhältnissen und individuellem Verhalten ist, der gleichermaßen in der Stadt wie in der Region wirkt (siehe Dzudzek & Strüver 2020 für die Stadtgeographie). Mit *sozial strukturierten Vermittlungsprozessen* sind allerdings lange nicht nur die sozialen Determinanten von Gesundheit gemeint, denn es gibt »einen Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischer Lage, soziokulturellem Kontext, Wohnort und Gesundheit, zwischen Gesellschaft, Gesundheit und Geographie« (Dzudzek & Strüver 2020, S. 250).

Aus den USA gibt es zahlreiche Beispiele für *strukturellen Umweltrassismus*, die deutlich machen, dass insbesondere *People of Colour* von Umweltungerechtigkeit nicht nur soziokulturell, sondern auch biophysisch – im Sinne der Inkorporierung von Umweltverhältnissen und negativen Stressoren in transkörperlichen Relationen – betroffen sind (ausführlicher siehe Strüver 2019). Gesellschaftliche Einflüsse wirken buchstäblich als biophysische Merkmale, in Form von Krankheit oder Gesundheit. Vor diesem Hintergrund bezieht sich Verkörperung als Prozess somit auf die biophysische Verfasstheit des Körpers weder als angeboren noch als Produkt individuellen Verhaltens, sondern als sozial produzierten biologischen Organismus.

Sozioökonomische und -kulturelle Marginalisierungen resultieren nicht automatisch in Krankheit und in gleich starkem Aufkommen von Krankheit (These der sozialen Umweltverhältnisse). Zugleich machen auch positive wie negative Umweltstressoren in einer Region nicht alle Exponierten gleichermaßen gesund oder krank. Auf Basis dieser Feststellungen rücken die gesellschaftlichen Strukturen und biophysischen Prozesse in den Vordergrund, die *hinter* den Determinanten von Gesundheit – und auch hinter dem Risikoverhalten von Personen – liegen und die als Ursachen für die ungleichen Verkörperungen von gesellschaftlichen Machtverhältnissen in Form von Krankheit und Gesundheit betrachtet werden müssen.

Verkörperung und gesunde Region

In diesem Beitrag ging es weniger um die Region als um Gesundheit, da dem Raum in Fragen der *Verteilung* von Gesundheit (und Krankheit) im Vergleich zur Gesellschaft eine viel zu hohe Bedeutung zugestanden wird. Dies gilt sowohl im Zusammenhang mit den Ursachen von Krankheit und Gesundheit als auch den Maßnahmenkatalogen zu deren Bekämpfung bzw. Erreichung. Dennoch ist die Raumzentrierung im Kontext von Gesundheit häufig eine Form, die sich als Alternative zu individuellem Risiko bzw. Verhalten präsentiert. Dadurch bleiben Fragen zur gesunden Region und zur regionalen Gesundheit im Ping-Pong von *Verhältnissen* und *Verhalten* stecken und Eingriffe setzen entweder am Raum oder am menschlichen Individuum an – und nicht an den gesellschaftlichen Strukturen und Verhältnissen. Für Technokrat:innen erscheint dabei der Raum die leichtere Möglichkeit, vor allem im Hinblick auf Interventionen in die Infrastruktur und gebaute Umwelt, da komplexe gesellschaftliche Fragen unberücksichtigt bleiben können. Bürokrat:innen hingegen appellieren an verantwortungsvolles, gesundheitsbewusstes Verhalten und verschleiern dies als Selbstermächtigung.

Das eigentliche Dilemma erscheint mir aber weniger eines zwischen Verhältnissen und Verhalten bzw. Region und Person zu sein: Es birgt, wenn auch gut versteckt, die Frage in sich, ob die allgemeine Verbesserung der menschlichen Gesundheit oder der generelle Abbau von sozialer Ungerechtigkeit in Gesundheitsaspekten erreicht werden soll. Ein Fokus auf Letzteres verunmöglicht regionale bzw. raumbasierte Ansätze und verschiebt personen-zentrierte Ansätze in den Bereich des Gesellschaftlichen und auch Mehr-als-Menschlichen. Denn wenn die Ursachen für soziale und räumliche Ungleichheiten in der Gesundheit ungerechte Gesellschaftsstrukturen sind, dann müssen diese Strukturen in den Fokus gerückt werden: als soziale und politische Alternative zu Verhältnis- und Verhaltensänderungen im Sinne von Symptombekämpfungen. Daher geht es weder um regionale bzw. um Umwelt-Verhältnisse noch um räumliche, soziale oder technologische Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheit (und/oder Nachhaltigkeit), sondern um Gesellschaft und Gesundheit. Und daran geknüpft ist eine Auseinandersetzung mit verkörperter Gesundheitsgerechtigkeit, nicht verräumlichter Umweltungerechtigkeit.

Die sozialstrukturellen Unterschiede in Krankheit und Gesundheit sind von individuell unterschiedlichen Gesundheitszuständen zu unterscheiden (Krieger 2001), denn am wichtigsten sind die gesellschaftlichen Strukturen, die zu sozialen und räumlichen gesundheitlichen Ungleichheiten führen. Vor diesem Hintergrund erscheinen die politischen Programme der *Healthy-Cities*- und *Healthy-Regions*-Ansätze sowie die verwandten politischen Programmschienen zur Nachhaltigkeit unterkomplex: Sie entwickeln Maßnahmen zur Verbesserung der (Umwelt-)Verhältnisse unter der Maßgabe von Gleichverteilung, nicht sozialer

Gerechtigkeit. Relevant und interessant ist somit weniger die Konzentration von Krankheiten in bestimmten Regionen als die komplexe sozial strukturierte Produktion der Verkörperung von Krankheit und Gesundheit. Verkörperung ist dann nicht nur Resultat von räumlich situierter biophysischer Umweltexposition; sie ist auch Effekt der gesellschaftlichen (Un-)Möglichkeiten, Arbeitsalltag und Wohnumgebung selbst zu bestimmen – und dieser Fokus auf Alltagsorganisation und *soziale* Teilhabe unterscheidet sich wiederum grundlegend von den Programmen zur individualisierten Risikoprävention und zur räumlichen Gestaltungsintervention.

Mithilfe der mehr-als-menschlichen Perspektive auf Verkörperungsprozesse lässt sich zeigen, dass die Fakten der evidenzbasierten Biomedizin nicht ausreichen, um die unterschiedlichen Verkörperungen von Umweltexpositionen zu erklären. Dafür bedarf es vielmehr einer gesellschaftstheoretisch fundierten Analyse von sozialen Strukturen. Erst dann lässt sich Gesundheit als ein Mehr gegenüber der Abwesenheit von Krankheit adressieren – als die Abwesenheit von Gesundheitsungleichheiten zwischen sozial hierarchisierten Gruppen.

Literatur

- Alaimo, S. (2016). *Exposed. Environmental Politics and Pleasures in Posthuman Times*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (o.J.). *Gesundheitsregionen+plus*. München: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Abrufbar auf: <https://www.gesundheitsregionenplus.bayern.de/> [Zugriff: 08. August 2022].
- Dzudzek, I. & Strüver, A. (2020). Urbane Gesundheitsgerechtigkeit: Öko-sozial-epidemiologische Forschungsperspektiven für eine kritische Stadtgeographie verkörperter Ungleichheiten. *Geographische Zeitschrift*, 108(4): 249-271. <https://doi.org/10.25162/gz-2020-0005>.
- Gebhard, U. & Kistemann, T. (2016). *Landschaft, Identität und Gesundheit: Zum Konzept der Therapeutischen Landschaften*. Wiesbaden: Springer.
- Jones, K. & Moon, G. (1993). Medical geography: Taking space seriously. *Progress in Human Geography*, 17(4): 515-524. <https://doi.org/10.1177/030913259301700405>.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4): 668-677. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>.
- Menton, M., Larrea, C., Latorre, S., Martinez-Alier, J., Peck, M., Temper, L. & Walter, M. (2020). Environmental justice and the SDGs: from synergies to gaps and contradictions. *Sustainability Science*, 15: 1621-1636. <https://doi.org/10.1007/s11625-020-00789-8>.

- Naturpark Dübener Heide (o.J.). *Gesundheitsregion Dübener Heide*. Bad Dübener Heide e.V. Abrufbar auf: <https://naturpark-duebener-heide.de/naturgesund/> [Zugriff: 08. August 2022].
- NÖ Landesgesundheitsagentur (o.J.). *Gesundheitsregionen Niederösterreich*. St. Pölten: NÖ Landesgesundheitsagentur. Abrufbar auf: <https://www.landgesundheitsagentur.at/gesundheitsregionen> [Zugriff: 08. August 2022].
- Paul, B., Schmidt-Semisch, H. (Hg.) (2010). *Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft*. Wiesbaden: VS.
- Prior, L., Manley, D. & Sabel, C. E. (2019). Biosocial health geography: New »exposomic« geographies of health and place. *Progress in Human Geography*, 43(3): 531-552. <https://doi.org/10.1177/0309132518772644>.
- Rosenberg, M. (2017). Health geography III. Old ideas, new ideas or new determinisms? *Progress in Human Geography*, 41(6): 832-842. <https://doi.org/10.1177/0309132516670054>.
- SalzburgerLand Tourismus (o.J.). *Gesundheit erhalten*. Hallwang: SalzburgerLand Tourismus GmbH. Abrufbar auf: <https://www.salzburgerland.com/de/> [Zugriff: 08. August 2022].
- Schlicht, W. (2017). *Urban Health. Erkenntnisse zur Gestaltung einer »gesunden« Stadt*. Wiesbaden: Springer Spektrum.
- Stadt Wien (2018). *Gesunde Stadt*. Wien: Wiener Gesundheitsförderung. Abrufbar auf: <https://www.wig.or.at/Gesunde%20Stadt.168.o.html> [Zugriff: 05. Januar 2022].
- Standortagentur Tirol (o.J.). *Gesunde.Region*. Innsbruck: Standortagentur Tirol GmbH. Abrufbar auf: <https://www.standort-tirol.at/unternehmen/gesundtirol/gesunderegion>. [Zugriff: 08. August 2022].
- Strüver, A. (2012). Fit oder fett – Körperkult(-ur) und die Erforschung der Interdependenzen sozialer und räumlicher Kategorisierungen. *Geographische Zeitschrift*, 100(1): 17-33.
- Strüver, A. (2019). Von der Inkorporierung und Verkörperung des Sozialen zur Somatisierung der Umwelt: Posthumanistische Überlegungen zum biosozialen Subjekt. *Geographica Helvetica*, 74 (2): 223-233. <https://doi.org/10.5194/gh-74-223-2019>.
- United Nations (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Abrufbar auf: <https://sdgs.un.org/2030agenda> [Zugriff: 05. Januar 2022].
- WBGU (Wissenschaftlicher Beirat Globale Umweltveränderungen) (2016). *Der Umzug der Menschheit: Die transformative Kraft der Städte (Zusammenfassung des Hauptgutachtens zur Habitat III)*. Berlin: WBGU.
- WHO (World Health Organization) (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. Abrufbar auf: <https://www.who.int/about/governance/constitution> [Zugriff: 05. Januar 2022].

- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Abrufbar auf: <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> [Zugriff: 05. Januar 2022].
- WHO (1992). *Gesunde Städte*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- WHO (2000). *Healthy Regions: New Policies for a New Century*. Abrufbar auf: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108358?locale-attribute=de&> [Zugriff: 05. Januar 2022].

