



Als klinisch tätige Ärzt*innen kommen wir im Kontakt zu unseren Patient*innen mit verschiedenen sozialen Einflussfaktoren und Bedingungen (soziale Determinanten) der Gesundheit in Berührung. Hierbei spielen die Wohnverhältnisse eine entscheidende Rolle: Wenn die Sorge vor der Mieterhöhung Schlafstörungen verursacht. Wenn der Rechtsstreit mit den Vermieter*innen Zeit, Energie und Geld verschlingt. Wenn nur noch der Umzug bleibt, weil die Wohnung nicht mehr bezahlbar ist. Wenn Familien zu fünft in einer Zweizimmerwohnung leben, weil sie keine andere Wohnung finden. Wenn Geflüchtete meist über Jahre ohne Aussicht auf Besserung in prekären Wohnverhältnissen leben (müssen). Wenn Wohnungslose jeden Tag aufs Neue einen Schlafplatz suchen müssen. Wenn eine Isolation in Pandemiezeiten nicht möglich ist im beengten oder nicht vorhandenem Wohnraum. Wenn im Extremfall Rentner*innen den Suizid wählen angesichts der Aussichtslosigkeit ihrer Wohnsituation. Dann können die gravierenden gesundheitlichen Folgen nicht mehr ignoriert werden. Dennoch wird das Thema Wohnraum in der ärztlichen Behandlung kaum direkt angesprochen. Es wird häufig erst bei gänzlich fehlendem Wohnraum thematisiert - und dann meist als eine Aufgabe für die Kolleg*innen vom Sozialdienst wahrgenommen.

Dabei waren Wohnungspolitik und Gesundheitspolitik in ihren Ursprüngen eng miteinander verwoben. Mit dem Beginn der industriellen Revolution migrierten tausende Arbeiter*innen in Europas Großstädte. Dort lebten sie in überbelegten, feuchten, kalten Wohnungen, ohne fließendes Wasser und Kanalisationssysteme (vgl. Shaw 2004). Schon 1845 beschrieb Friedrich Engels die miserablen Wohnverhältnisse der Arbeiter*innen in Manchester mit ihren gesundheitlichen und psychosozialen Folgen: die starke Verbreitung von Cholera, Pertussis, Tuberkulose und Durchfallerkrankungen, die die Lebenserwartung in diesen Bevölkerungsschichten stark verkürzte (vgl. Engels 1845). Dass die Situation in Deutschland ähnlich war, zeigt auch Robert Kochs Kritik an den „ungesunden Wohnungen“ der armen Bevölkerungsschichten Hamburgs zur Zeit der Choleraepidemie 1892 (vgl. Koch 1892). So erstaunt es wenig, dass die ersten Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge stadt- und wohnungspolitischer Natur waren: es wurden Kanalisationen gebaut sowie öffentliche Systeme der Müllabfuhr und der Trinkwasserversorgung eingeführt (vgl. Shaw 2004). In Deutschland wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts diese Maßnahmen durch Wohnbauprogramme wie etwa die Siedlungen der Berliner Moderne ergänzt, bei denen gesundheitliche und soziale Aspekte der Wohnraumversorgung entscheidend waren (vgl. Holm 2020).

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts haben sich die Wohnverhältnisse in Europa, insbesondere Westeuropa, deutlich zum Positiven verändert. So scheinen sich aktuell beim Thema Wohnen gesundheitliche Fragen vor allem auf Fragen der Ausstattung, des allgemeinen Bauzustandes und der Belegungsdichte oder auf Aspekte der in früheren Wohnungsbauphasen benutzten Baumaterialien wie Blei oder Asbest zu beziehen (vgl. Holm 2020).

Doch selbst wenn der Stellenwert des Zustands von Wohnraum historisch gesehen abgenommen haben mag, bleibt er immer noch ein bedeutender Einflussfaktor auf die Gesundheit. Schimmelige und feuchte Wohnungen haben auch heute noch eine negative Auswirkung auf Gesundheit. Brandschutzmaßnahmen und Gebäudesicherheit sind immer noch entscheidend für die Vermeidung von Unfällen im Wohnumfeld und die Verwendung giftiger Baustoffe führt weiterhin zu schädlichen Langzeitfolgen. Und auch hier gilt wie vor 100 Jahren (noch): Gesellschaftlich deprivilegierte Menschen können sich

ihre Wohnverhältnisse weniger frei aussuchen und müssen im Zweifelsfall die baulich prekären Wohnungen wählen, mit allen gesundheitlichen Konsequenzen (vgl. Swope/Hernández 2019).

Die Bedeutung von Wohnverhältnissen als soziale Determinante für Gesundheit erkennt auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO): Das Europa-Büro der WHO legte 2011 eine ausführliche Analyse der Gesundheitsrisiken aufgrund von schlechten Wohnbedingungen vor und beschreibt „housing conditions have been demonstrated to be one of the major environmental and social determinants of population health“ (vgl. WHO 2011). In der Folge erkennt die WHO in den 2018 veröffentlichten „Housing and Health Guidelines“ an, dass „verbesserte Wohnverhältnisse Leben retten, Krankheiten vorbeugen, Lebensqualität erhöhen, Armut verringern und Klimawandel abmildern können“ (vgl. WHO 2018).

Durch die Covid-19-Pandemie wird jedoch noch einmal sichtbar, dass nicht nur Baumaterialien und Gebäudezustand Einfluss auf die Wohnverhältnisse als soziale Determinante nehmen. "Vor allem, wenn Wohnen nicht nur auf wohnungsbezogene Merkmale reduziert wird, sondern auch in den Aspekten der Wohnzufriedenheit, Wohnsicherheit, Umweltbelastungen und Nachbarschaft betrachtet wird, ergeben sich vielfältige Schnittpunkte zu Fragen der Gesundheit" (vgl. Holm 2020).

So werden in der aktuellen Public-Health-Forschung zum Thema Wohnen die Dimensionen "conditions, costs, consistency and context" (Zustand, Kosten, Beständigkeit und Umfeld, Übersetzung der Autorinnen) untersucht, um die direkten und indirekten Auswirkungen von Wohnverhältnissen auf die Gesundheit zu analysieren (vgl. Swope/Hernández 2019).

Die Kosten (costs) für Wohnraum sind ein - wenn vielleicht auch indirekter - Faktor, der in den letzten Jahren umso mehr an Bedeutung gewonnen hat. Ob durch Bezahlen von Miete oder das Abbezahlen von Krediten: Eine finanzielle (Über)belastung durch Wohnkosten ist mit erhöhtem Blutdruck, psychischen Belastungen und schlechterer Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes assoziiert (vgl. Swope/Hernández 2019). Die Auswirkung von Zwangsräumungen und Belastung von Hypothekenkrediten konnte beispielsweise in Spanien in den Jahren nach der Finanzkrise beobachtet werden. So wurden bei Menschen, die von Zwangsvollstreckungen bedroht oder betroffen waren, deutlich mehr psychische Probleme festgestellt (vgl. Mari-Dell'Olmo/Novoa/Camprubí 2017). Doch hohe Kosten für Wohnraum führen nicht nur zu mehr Stress und weniger finanziellen Ressourcen für andere Gesundheitsleistungen, sie führen auch dazu, dass mehr Menschen in beengtem Wohnraum leben. Überbelegung wiederum ist als eigener gesundheitlicher Risikofaktor anzusehen (vgl. Swope/Hernández 2019; WHO 2011). Die Bedeutung von ausreichend Wohnraum ist zu Zeiten des Lockdowns wohl umso deutlicher geworden: Kinder brauchen ruhige Räume für Homeschooling, fehlende Rückzugsräume erhöhen den Stress und machen es schwieriger, häuslicher Gewalt zu entgehen. Gleichzeitig kann Überbelegung zur verstärkten Verbreitung von Infektionserkrankungen wie Tuberkulose und Covid-19 führen (vgl. iwd 2020, vgl. WHO 2011).

Der Zustand (conditions) der Wohnräume benennt Eigenschaften von Bausubstanz, Bauweise und Beschaffenheit, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Wie bereits genannt, ist insgesamt die Qualität der Wohnungen im letzten Jahrhundert besonders in Westeuropa deutlich gestiegen. Trotz alledem leben weiterhin viele Menschen unter gesundheitsschädigenden Wohnbedingungen, wie beispielsweise eine ausführliche Untersuchung des Regionalbüros der WHO für Europa zeigt: Etwa 175 Kinder sterben jährlich allein durch Asthma, welches durch Schimmelexposition in der Wohnung ausgelöst wird. 4,8 Herzinfarkte/100.000 Menschen sind auf Lärmbelastung zurückzuführen. Durch niedrige Innentemperaturen im Winter aufgrund von unzureichenden Heizmöglichkeiten oder

schlechter Isolierung sterben etwa 12,8/100.000 Menschen an respiratorischen oder kardiovaskulären Folgen. Fehlende Rauchmelder oder ungesicherte Fenster und Balkone führen zu weiteren Todesfällen. Zudem führen finanzielle Sorgen um Mietkosten und Angst um fehlende Sicherheitsstandards zu psychischer Belastung (vgl. WHO 2011).

Beständigkeit (consistency) im Wohnumfeld beschreibt einerseits die Tatsache, wie sich das Wohnumfeld ändert aber auch, ob Personen gezwungen werden, selbst umzuziehen. Auch hier konnte beobachtet werden, dass Menschen, die unfreiwillig ihren vertrauten Wohnort wechseln mussten (Gentrifizierung), häufiger an psychischen Problemen leiden, höhere Hospitalisationsraten haben und öfter die Notaufnahme aufsuchen (vgl. Swope/Hernández 2019). Die Beständigkeit des Wohnumfelds hat vor allem für ältere oder pflegebedürftige Menschen eine besondere Bedeutung. So sind sie häufig auf soziale Netzwerke in der Nachbarschaft angewiesen, die sie im Kontakt mit Behörden, bei Haushaltsangelegenheiten oder mit kleinen materiellen Hilfen unterstützen. Ein Umzug in eine andere Nachbarschaft oder das Wegbrechen dieses sozialen Netzes hat somit direkte negative Auswirkungen auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung dieser Menschen (vgl. Dale/Heusinger/Wolter 2018).

Schließlich können "auch soziale Merkmale in der Nachbarschaft mit gesundheitlichen Ergebnissen in Verbindung gebracht werden. Kollektive Wirksamkeit, ein starkes Gefühl von sozialer Verbundenheit und Solidarität unter den Mitgliedern einer Gruppe kann negative gesundheitliche Folgen verhindern, indem sich positive soziale Verhaltensnormen durchsetzen, ein unterstützendes und vertrauensvolles Umfeld geschaffen wird" (vgl. Swope/Hernández 2019. Übersetzung der Autorinnen). Das Wohnumfeld (context) könnte als Nachbarschaft verstanden werden, in die Menschen sozial eingebunden sind, aber auch als kommerzielle und nicht-kommerzielle Angebote in der Nähe zum Wohnort. So ermöglichen niedrige Gewerbemieten beispielsweise das Fortbestehen von Jugendclubs oder Nachbarschaftstreffs und das Betreiben von Läden mit sozialverträglichen Preisen. So äußern beispielsweise, angesichts der in den letzten Jahren im Bezirk Berlin-Mitte fast vollständig geschlossenen Begegnungsorten in kommunaler Trägerschaft, ältere Menschen ihren Bedarf an Orten, "in denen Nachbarschaft gepflegt und Aktivitäten entwickelt werden können"(vgl. Dale/Heusinger/Wolter 2018). Im Gegensatz dazu zeigte eine im Bezirk Marzahn durchgeführte Studie, dass dort Senior*innen einen leichteren Zugang zu Unterstützungs- und Teilhabeangeboten fanden als ihre Moabiter Altersgenoss*innen. Dies sei unter anderem darauf zurückzuführen, dass in Marzahn die seit DDR-Zeiten bestehenden Seniorenbegegnungsorten erhalten blieben und dort außerdem ein engagierter kommunal unterstützter Pflegestützpunkt besteht (vgl. Dale/Heusinger/Wolter 2018).

In Hinblick auf diese vier Dimensionen muss konsequenterweise im Sinne der Gesundheitsförderung das Ziel sein, guten und gesunden Wohnraum für alle Menschen zu ermöglichen. Dies bedeutet einerseits, sich etwa um die technische Herstellung von Lüftungssystemen oder die Schimmelbeseitigung in Wohnräumen zu kümmern. Andererseits aber geht gesundes Wohnen (und Leben) wie oben dargelegt weit über die schimmelfreien physischen vier Wände hinaus: Es umfasst Wohnsicherheit und Gestaltungsmöglichkeit des Wohnraums und der Nachbarschaft. Die Möglichkeit, selbstbestimmt über das eigene Wohnen zu verfügen und eine möglichst den eigenen Bedürfnissen entsprechende Nachbarschaft zu wählen, sollte also kein Privileg für Menschen sein, die über genug Mittel verfügen, um Wohneigentum zu erwerben, sondern möglichst allen Menschen ermöglicht werden.

Wie steht es um Wohnraum in Berlin?

In Berlin ist das Angebot von Mietwohnungen seit Jahren rückläufig, gleichzeitig zeigt sich eine deutliche Steigerung der Mietkosten (besonders der Angebotsmieten bei neuen Mietvertragsabschlüssen),

sodass es insbesondere für Menschen mit geringem Einkommen immer schwieriger wird, eine bezahlbare Wohnung zu finden. Gebiete mit niedrigen Mieten befinden sich inzwischen fast ausschließlich in städtischen Randlagen und innerstädtische Altbaugebiete in bspw. Kreuzberg und Neukölln sind in die Spitzengruppe der Angebotsmieten gerückt (vgl. Holm 2016). Hinzu kommt, dass zwischen 1990 und 2005 annähernd 50% der Wohnungen in kommunaler Trägerschaft privatisiert wurden und die öffentliche Kontrolle über große Teile des niedrigpreisigen Marktsegments ersatzlos aufgegeben wurde (vgl. Holm 2008). Da viele Menschen ihre Wohnung nach einer Kündigung nicht verlassen wollen oder können, werden zunehmend Menschen durch Räumungsklagen und eventuell anschließender Zwangsäumung aus ihrem Zuhause verdrängt. (vgl. Berner/Holm/Jensen 2015).

Warum Vergesellschaftung?

Im Hinblick auf die vielfältigen Auswirkungen des Wohnens auf die Gesundheit einerseits und die Situation auf dem Berliner Wohnungsmarkt andererseits kann die Vergesellschaftung von Wohnungen, wie sie aktuell von der Kampagne "Deutsche Wohnen und Co enteignen" gefordert wird, als eine Maßnahme zur Förderung von gesundem Wohnraum in jeglicher Hinsicht angesehen werden.

Ziel der Kampagne ist es, durch einen Volksentscheid die Wohnungsbestände aller privatwirtschaftlichen Investoren*innen, die mehr als 3.000 Wohnungen in Berlin besitzen, zu vergesellschaften und die Wohnungen in eine soziale Trägergesellschaft mit hohen Mitspracherechten für die Mieter*innen zu überführen. Vergesellschaftung bedeutet hier „die Überführung von privatem in öffentliches Eigentum, eine gemeinwohlorientierte Bewirtschaftung dieses Eigentums – und die demokratische Verwaltung des Ganzen“ (vgl. Deutsche Wohnen & Co enteignen 2020). Die Ausgestaltung dieser neuen Anstalt öffentlichen Rechts könnte der Bedeutung des Wohnraums für die Gesundheit seiner Bewohner*innen in Hinblick auf alle vier gesundheitlichen Dimensionen des Wohnens gerecht werden.

Eine Vergesellschaftung könnte bezahlbare Mieten ermöglichen da über Kooperationsvereinbarungen zwischen Senat und Trägergesellschaft eine demokratische Kontrolle der Mietpreise und der Vermietungspraxis möglich wäre. Viele der großen privaten Wohnungskonzerne sind an der Börse notiert und daher ihren Aktionär*innen verpflichtet, an die jährlich Dividende ausgeschüttet werden muss. Diese betragen im Jahr 2019 bei der Deutsche Wohnen durchschnittlich 177 Euro pro Monat und Wohnung (vgl. Berliner Mieterverein 2021). Es könnte bewirkt werden, dass Instandhaltungen nicht willentlich verschleppt werden, um dann teure Modernisierungen durchzuführen, die anschließend auf die monatliche Miete umgelegt werden können. Weniger Verdrängung aufgrund von steigenden Mietpreisen und gezielten Entmietungen könnte für mehr Beständigkeit in der Nachbarschaft sorgen, die Versorgung und Unterstützung in langjährig gewachsenen nachbarschaftlichen Sozialstrukturen ermöglicht. Und schließlich könnten in Wohnungsbeständen in öffentlicher Trägerschaft sozialverträgliche Gewerbetieten durchgesetzt werden. So können Orte für soziale Aktivitäten ohne Konsumzwang ermöglicht werden, die in der Alltagsbewältigung helfen und Solidarität im Wohnumfeld fördern.

Natürlich ist nicht davon auszugehen, dass allein eine Überführung in eine soziale Trägerschaft diese Prozesse in Gang setzt. Aber sie macht im Gegensatz zu Beständen in privatwirtschaftlicher Trägerschaft eine Ausgestaltung von Wohnraum in Hinblick auf Gesundheitsförderung durch politisches und gesellschaftliches Mitspracherecht überhaupt erst möglich.

Aus diesen Gründen unterstützen wir als Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte die Kampagne "Deutsche Wohnen und Co enteignen".

Literatur

- Berliner Mieterverein. Deutsche Wohnen-Anatomie eines Immobiliengiganten. Mietermagazin 1+2/2021
- Berner L, Holm A, Jensen I. Zwangsräumungen und die Krise des Hilfesystems. Eine Fallstudie in Berlin. 2015. Available from: <https://www.sowi.hu-berlin.de/de/lehrbereiche/stadtsoz/forschung/projekte/dateien-forschungsprojekte/studie-zr-web.pdf>
- Dale M, Heusinger J, Wolter B. Alter und Gentrifizierung: Urbaner Wandel, kommunale Seniorenpolitik und die sozialen Folgen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 52. 2018
- Deutsche Wohnen & Co. Enteignen. Vergesellschaftung und Gemeinwirtschaft. Lösungen für die Berliner Wohnungskrise. 2020. Available from: http://www.dwenteignen.de/wp-content/uploads/2020/01/Vergesellschaftung_Download_2.-Auflage.pdf
- Engels F. Die Lage der arbeitenden Klasse in England. Nach eigenen Anschauungen und authentischen Quellen. Leipzig, 1845, MEW 2, Berlin 1976, S. 225ff.
- Holm A. Gesundheit im Politikfeld Wohnen. In: Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland / Katharina Böhm, Stefan Bräunling, Raimund Geene, Heike Köckler (Hrsg.). 2020
- Holm A. Sozialer Wohnraumversorgungsbedarf in Berlin. Studie im Auftrag: Die Linke. Fraktion im Abgeordnetenhaus Berlin. 2016
- Holm A. Privatisierung des kommunalen Wohnungsbestandes. In: JB StadtRegion, Ausg. 1-2008. 2008. Available from: <file:///C:/Users/chendo/AppData/Local/Temp/4688-4725-1-PB.pdf>
- Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft. Eine Frage der Wohnungsgröße. 2020. Available from: <https://www.iwd.de/artikel/eine-frage-der-wohnungsgroesse-495651/>
- Koch R. (1892) zitiert in: Richard J. Evans, Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830–1910, Reinbek 1996
- Marí-Dell’Olmo M, Novoa AM, Camprubí L, et al. Housing Policies and Health Inequalities. International Journal of Health Services. 2017;47(2):207-232. doi:10.1177/0020731416684292
- Shaw M. Housing and public health. Annu Rev Public Health. 2004;25:397-418. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123036. PMID: 15015927
- Swope CB, Hernández D. Housing as a determinant of health equity: A conceptual model. Soc Sci Med. 2019 Dec;243:112571. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112571. Epub 2019 Sep 25. PMID: 31675514; PMCID: PMC7146083
- World Health Organization, Regional office for Europe. Environmental burden of disease associated with inadequate housing. 2011. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/142077/e95004.pdf
- World Health Organization. Housing and health guidelines. 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>