

Gesundheitsrelevante Aspekte in der räumlichen Planung: Das Healthy Cities Programme der WHO

1 Einleitung und Definition „Healthy City“

- **Gesundheit** der Menschen hängt stark von **Lebens- und Arbeitsbedingungen** ab, also der Beschaffenheit der **physischen Umwelt** und der **sozio-ökonomischen Umgebung**. Diese Bedingungen sind für Gesundheit oft noch wichtiger als Güte und Verfügbarkeit von **Gesundheits- und Pflegediensten**
- **Urbanisierungsgrad** beträgt 2001 **nahezu 50%**:

Tabelle 1: **Urbanisierungsgrad 2001 in Prozent** (Zusammengestellt nach http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/Other_reports/2000-2002/sheet4.html)

Weltweit	Nord-Amerika	Süd-Amerika	Europa	Australien	Asien	Afrika
46	75	74	73	69	37	33

- **Kommunale Ebene:** Besondere **Verantwortung** für gesundheitsrelevante Bereiche, etwa durch **städtebauliche Planung** (Einfluss auf Umwelt: Nachhaltige Entwicklung, Lokale Agenda 21) und **Übernahme sozialer Aufgaben**
 - **Nachhaltige Entwicklung:** „Nachhaltige Entwicklung beinhaltet die Erhaltung von Umwelt- und Wirtschaftsstrukturen und umfasst soziodemographische und gesundheitliche Dimensionen. Sie bedeutet Entwicklung, die den Bedürfnissen der Gegenwart gerecht wird, ohne dadurch die Lebensmöglichkeiten künftiger Generationen zu gefährden.“ (WHO 1997a:30-31)
 - **Lokale Agenda 21:** „Die Agenda 21 — das Aktionsprogramm der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung — stellt einen Handlungsrahmen für die nachhaltige Entwicklung dar, die ihre Schwerpunkte auf wirtschaftlichen, ökologischen, soziodemographischen und gesundheitlichen Faktoren hat. Nach der 1992 in Rio abgehaltenen Konferenz der Vereinten Nationen zum Thema Umwelt und Entwicklung sind alle Nationen verpflichtet, die Agenda 21 auf kommunaler Ebene umzusetzen.“ (WHO 1997a:30)
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt **„Healthy Cities Programme“**, um Städte dabei zu unterstützen, **politische Ziele** — wie „Gesundheit für alle“ (siehe unten) — in **konkrete Planung** umzusetzen
- **WHO-Definition:**

„Eine gesunde Stadt **verbessert kontinuierlich die physischen und sozialen Lebensbedingungen** und fördert die Entfaltungen gemeinschaftlicher Aktions- und Unterstützungsformen; beides mit dem Ziel, die Menschen zu wechselseitigen Unterstützungen in allen Lebenslagen zu befähigen und ihnen damit die **maximale Entfaltung ihrer Anlagen** zu ermöglichen.“

(DOHLUS 2001:9)

2 Entstehung und Grundlagen des Programms

- Weltgesundheitsversammlung 1978, Alma Ata: „Gesundheit für alle“-Prinzipien („*Health for all*“)
- Erste WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung 1986: „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“:
 „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. [...] Gesundheit [ist] als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. [...] Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden. [...] **Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien.** Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft.“ (http://www.uni-ulm.de/public_health/who_ottawa_1986.html)
- Zweite WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung 1988: „Adelaide-Erklärung“. Führt die Ziele von Alma Ata und Ottawa weiter; Begriff „*Healthy Public Policy*“.
- Ottawa-Charta und Adelaide-Erklärung bilden zusammen Ansatzpunkt und Gerüst für das „**Gesunde Städte**“-Projekt (*Healthy Cities*)
- **Prozess und Struktur** machen eine *Healthy City* aus, **nicht** ein bestimmter, absolut definierter **Zustand**. Daher kann jede Stadt, **unabhängig vom gegenwärtigen gesundheitlichen Stand**, *Healthy City* sein, solange sie darauf hinarbeitet, Gesundheit der Bürger zu verbessern
- **Kommunikationsstrategie: Breite Beteiligung** von Organisationen und Einzelpersonen. Ziel: Bewusstsein für gesundheitsrelevante Fragen bei Einwohnern und Entscheidungsträgern gleichermaßen schaffen
- **Vier Schlüsselemente:**
 - Auf höchster Ebene ausdrückliche politische Verpflichtung auf die Prinzipien und Strategien des Gesunde-Städte-Projekts
 - Schaffung neuer Organisationsstrukturen zur Steuerung des Wandels
 - Verpflichtung auf die Schaffung einer gemeinsamen Vision für die Stadt mit einem Gesundheitsplan und themenspezifischer Arbeit
 - Investitionen in die offiziell und informell vernetzte Zusammenarbeit
- **Zielbild** für eine *Healthy City*:
 - Eine saubere, sichere physische Umwelt von hoher Qualität (einschließlich der Wohnqualität)
 - Ein Ökosystem, das im Augenblick stabil und langfristig nachhaltig ist
 - Eine starke Gemeinschaft mit gegenseitiger Unterstützung und ohne Ausbeutung
 - Ein hoher Beteiligungs- und Kontrollgrad der Öffentlichkeit über Entscheidungen, die Leben, Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen betreffen
 - Erfüllung der Grunderfordernisse (Nahrung, Wasser, Unterkunft, Einkommen, Sicherheit und Arbeit) für alle Einwohner der Stadt

- Zugang zu einer breiten Vielfalt von Erfahrungen und Ressourcen mit der Möglichkeit breit gefächelter Kontakte, Interaktion und Kommunikation
- Eine vielfältige, lebendige und innovative städtische Wirtschaft
- Ermunterung zur Verbundenheit mit der Vergangenheit, mit dem kulturellen und biologischen Erbe der Bewohner und mit anderen Gruppen und Einzelpersonen
- Städtische Verwaltungsform, die oben erwähnten Qualitäten entspricht und diese weiter fördert
- Ein optimales Maß an angemessenen Gesundheitsdiensten, die allen zugänglich sind
- Hoher Gesundheitsstatus (Wohlbefinden; niedriger Krankenstand)

3 Umsetzung des Programms — allgemein

- **1986:** Nach Verabschiedung der Ottawa-Charta (siehe Abschnitt 2) Auswahl von **11 Städten** durch WHO zur **Demonstration der Umsetzbarkeit** der Konzeption in die Praxis.
- WHO-Region **Europa Schwerpunkt** der Bewegung: heute hier **über 1 000 Healthy Cities** in **über 30 Ländern**
- Organisation von *Healthy Cities* in Europa in **thematischen Netzwerken (national oder regional)**; in Deutschland: „**Gesunde Städte-Netzwerk**“ (siehe Abschnitt 5)
- Zusätzlich zu den nationalen und regionalen Netzwerken: „**WHO-Gesunde Städte-Netzwerk**“ für fortgeschrittene *Healthy Cities*; die Mitglieder werden nach förmlichem Antrag unmittelbar an dem WHO-Projekt beteiligt. Bisherige und geplante Phasen:
 - I. Phase (**1987–1992**): 35 Städte. Schwerpunkt: **neue Strukturen erproben**
 - II. Phase (**1993–1997**): 39 Städte, davon 13 neu hinzugekommen. Schwerpunkt: **stärkere Anwendungsorientierung**, u. a. in Form einer umfassenden Stadtgesundheitsplanung
 - III. Phase (**1998–2002**): ungefähr 50 Städte. Schwerpunkte: **Gerechtigkeit, Nachhaltigkeit, soziale Entwicklung**
 - IV. Phase (für **2003–2008** vorgesehen). Schwerpunkte: **Bekämpfung von Armut**
- WHO Regionalbüro für Europa hat eine Übersicht herausgegeben: „*Twenty steps for developing a Healthy Cities Project.*“ (1997b). Darin **Drei-Phasen-Modell**:
 - **Anfangsphase:** Informelle Phase, Projektentwicklung. „It begins when one or two people decide that their city would benefit from new approaches to public health that can be fostered through a Healthy Cities project. It ends with city council approval of a project proposal.“ (WHO 1997b:15)
 - **Organisationsphase:** Einführung von Organisationsstrukturen (u. a. Lenkungsausschuss) und Verwaltungsverfahren. Außerdem: „The people, money and information needed for the project are found at this time.“ (WHO 1997b:15)
 - **Handlungsphase:** Sobald Organisation hinreichend fortgeschritten ist, beginnt diese Phase und dauert bis zum Ende des Projekts an. Erst jetzt werden die im Zielbild (siehe Abschnitt 2) bezeichneten Punkte konkret verfolgt
- In der Handlungsphase nach WHO (1997b:43–54) **sechs Arbeitsfelder**. Es kommt zu zahlreichen Überlappungen in den Handlungsfeldern:

- **Bewusstsein für Gesundheitsfragen erhöhen:**
Zugänglichkeit zum Projekt sicherstellen (Projektbüro, Begegnungen), Informationen bereitstellen (interessant, provokativ, nützlich), Werbekampagnen betreiben (z. B. über Fitness, Ernährung), Auditierung städtischer Gesundheitsprogramme durchführen, Nachbarschaftsinitiativen unterstützen (z. B. Reinigungsaktionen), Öffentliche Anerkennung aussprechen (z. B. „rauchfreies Restaurant“), Beziehungen zu örtlichen Medien erhalten.

- **Für strategische Planung eintreten:**
Umwelt begutachten (Quellen für Gesundheitsprobleme aufdecken),
Projektplanung durchführen (strategische und kurzfristige Pläne),
Auswirkungen eigener Maßnahmen auf Gesundheit untersuchen,
Einfluss auf Stadtplanung nehmen (Bauleitplanung).
- **Intersektorale Prozesse fördern:**
Zwischen Sektoren vermitteln (Lenkungsausschuss),
Erfahrungen zwischen Sektoren austauschen (z. B. in Seminaren),
Auswirkungen von Maßnahmen Dritter auf Gesundheit untersuchen,
Gemeinsam an Stadtplanung teilnehmen (nur so ist strategische Planung möglich),
Finanzielle Anreize für gesundheitsfördernde Maßnahmen schaffen,
Gemeinschaft beteiligen (Bürgerbeteiligung),
Verantwortlichkeiten festlegen (jährlicher Bericht: Gesundheitsindikatoren).
- **Bürgerbeteiligung fördern:**
Zugänglichkeit zum Projekt sicherstellen (Projektbüro, Begegnungen),
Zwischen Interessengruppen vermitteln (im Lenkungsausschuss),
Informationen bereitstellen,
Praktische Unterstützung anbieten (z. B. Finanzquellen suchen),
Bedürfnisse der Gemeinschaft durch Bürger selbst begutachten lassen,
Nachbarschafts-Initiativen unterstützen (evtl. Sub-Projekte schaffen).
- **Innovation fördern:**
Zugänglichkeit zu Lenkungsausschuss und Projektbüro sicherstellen,
Erfahrungen über Städte und Länder hinweg austauschen,
Kurzfristige Initiativen unterstützen (Erprobung neuer Programme/Methoden),
Gemeinschaft beteiligen (Bürgernähe),
Finanzielle Mittel für experimentelle und Demonstrationsprojekte bereitstellen,
Evaluation durchführen.
- **Öffentliche Gesundheitspolitik sichern:**
Dies geschieht durch Koordination der Bereiche „Bewusstsein für Gesundheitsfragen erhöhen“, „Intersektorale Prozesse fördern“ und „Innovation fördern“.

4 Umsetzung des Programms — Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland

- **Gesunde Städte-Netzwerk** in Deutschland ist **freiwilliger Zusammenschluss** von Gemeinden
- Mitgliedskommunen gehen **verbindliche Selbstverpflichtung** ein („9-Punkte-Programm zum Beitritt in das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland“); Kriterien im **Mai 1993** in Greifswald beschlossen (letzte Änderung im **Juni 2000**).
- Beitrittsbereite Gemeinde stellt **schriftlichen Antrag** an das Gesunde Städte-Sekretariat Hamburg mit diesen Selbstverpflichtungen:
 - Befürwortung der Ottawa-Charta durch Rat der Stadt
 - Verbindliche Benennung einer zuständigen Person für Gesunde Städte-Arbeit
 - Entwicklung einer ressortübergreifenden gesundheitsfördernden Politik unter Einbeziehung weiterer Institutionen (Verbände, Bildungseinrichtungen, ...)
 - Berücksichtigung gesundheitsfördernder Inhalte und Methoden bei allen öffentlichen Planungen und Entscheidungen
 - Schaffung von Rahmenbedingungen für verstärkte Bürgerbeteiligung bei Gestaltung der Lebens- und Umweltbedingungen
 - Gesundheits- und Sozialberichterstattung
 - Teilnahme von städtischen Vertretern und Vertretern der Selbsthilfegruppen und Bürgerinitiativen an gemeinsamen Treffen mit Delegierten anderer am Netzwerk beteiligter Städte
 - Erfahrungsaustausch über das Gesunde Städte-Sekretariat
 - Erfahrungsbericht alle 4 Jahre an andere Netzwerkmitglieder, an Stadtrat und Fachausschüsse

- Beispiel: **Berlin**
 - **1991** tritt der **Bezirk Charlottenburg** dem Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland bei. In den nächsten Jahren folgen Hellersdorf, Hohenschönhausen, Kreuzberg, Lichtenberg, Marzahn, Tiergarten, Treptow, Wedding; gesamte Stadt wird jedoch noch nicht Mitglied
 - **Ende der 1990-er Jahre erste Publikationen** zur Thematik, u. a. „*Berlin – Gesunde Stadt?* Die Diskussion um das Healthy-City-Programm: Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik“ (GEENE/DENZIN:1997)
 - **Juni 2000:** Berliner Regionalverbund des Gesunde Städte-Netzwerks gibt Zeitung „**Gesunde Stadt. Zeitung für Wohlbefinden in Berlin**“ mit einer Auflage von 20 000 Exemplaren heraus
 - **Mai 2001:** Internationales Symposium „**Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung: Netzwerke für Lebensqualität**“
 - **Juli 2001:** Abgeordnetenhaus beschließt, **Aufnahmeantrag für Berlin** in Gesunde Städte-Netzwerk zu stellen
 - Abgeordnetenhaus beauftragt Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, „**ressortübergreifende gesundheitsfördernde Politik** für Berlin zu entwickeln [...] In diesem Sinne sollen auch [...] **regionale Gesundheitskonferenzen** in den neuen Bezirken ausgerichtet sein.“ (DOHLUS 2001:9)
 - Veranstaltungen, wie „**Berlin bewegen! Für eine gesunde Stadt**“ (**April 2002**); auf breite Öffentlichkeit ausgerichtet

5 Fazit

- Das Gesunde Städte-Programm kann dazu beitragen, die Beachtung gesundheitsrelevanter Aspekte in der räumlichen Planung zu fördern, indem es Kommunikationsprozesse zwischen Stadtverwaltung, Einrichtungen und Bürgern fördert
- Es ist gleichermaßen wichtig und anwendbar für Städte in Industrieländern und in Ländern mit niedrigem Einkommen

6 Literatur

- **Zu Abschnitt 1:**
 - WHO Regionalbüro für Europa (Hrsg.) (1997a): *WHO-Projekt „Gesunde Städte“ Phase III: 1998-2002. Anforderungen und Designationsprozeß für WHO-Projektstädte.* Kopenhagen.
 - *2001 World Population Data Sheet.* Abgerufen im Juni 2002 unter: http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/Other_reports/2000-2002/sheet4.html
- **Zu Abschnitt 2:**
 - WHO Regionalbüro für Europa (Hrsg.) (o.J.): *Gesunde Städte – gesunde Menschen.* Kopenhagen.
 - *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.* Abgerufen im Juni 2002 unter: http://www.uni-ulm.de/public_health/who_ottawa_1986.html
- **Zu Abschnitt 3:**
 - WHO (Hrsg.) (1995a): *Building a Healthy City: A Practitioners' Guide. A Step-by Step Approach to Implementing Healthy City Projects in Low-income Countries.* Genf.
 - WHO (Hrsg.) (1995b): *WHO Healthy Cities: A Programme Framework. A Review of the Operation and Future Development of the WHO Healthy Cities Programme.* Genf.
 - WHO Regional Office for Europe (Hrsg.) (1998): *The Solid Facts. Social Determinants of Health.* Kopenhagen.
 - WHO Regional Office for Europe (Hrsg.) (1997^b): *Twenty steps for developing a Healthy Cities Project.* Kopenhagen.
 - *Adelaide Declaration.* Abgerufen im Juni 2002 unter: <http://www.phs.ki.se/whoccse/adelaide.htm>
- **Zu Abschnitt 4:**
 - DOHLUS, B. (2001): *Berlin endlich Mitglied im Gesunde Städte Netzwerk.* In: Info_Dienst Gesundheit Berlin e.V., Jg. 2001, H. 3, S. 9.
 - GEENE, R. u. C. DENZIN (Hrsg.) (1997): *Berlin – Gesunde Stadt?* Die Diskussion um das Healthy-City-Programm: Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik. Berlin.
- **Weitere Internet-Angebote:**
 - *Deutsches Gesunde Städte-Netzwerk* <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/>
 - *UN-HABITAT: United Nations Human Settlements Programme* <http://www.unchs.org/>
 - *WHO Healthy Cities* http://www.who.int/m/topics/healthy_cities/en/index.html
 - *WHO Healthy Cities and urban governance* <http://www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/HCP/Home/>