



# **WHO-Projekt „Gesunde Städte“ Phase III: 1998–2002**

**Anforderungen und Designationsprozeß  
für WHO-Projektstädte**

Weltgesundheitsorganisation  
Regionalbüro für Europa  
CENTER FÜR GESUNDHEIT IN STÄDTEN  
22. Dezember 1997

## Zusammenfassung

Bei dem Gesunde-Städte-Projekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO) handelt es sich um ein langfristiges internationales Entwicklungsprojekt, das dem Thema Gesundheit auf der Agenda von Entscheidungsträgern in Europa einen hohen Stellenwert verschaffen soll. Zwei Umsetzungsphasen des Projekts wurden mittlerweile abgeschlossen, die von 1998–2002 reichende Phase III läuft jetzt an.

In dieser neuen Phase III des WHO-Verbunds der Projektstädte geht es vorrangig darum, die Gesundheit in Städten und damit auch die globale Gesundheit innovativ und nachhaltig zu fördern. In der Arbeit des neuen Netzwerks werden sich internationale konzeptionelle Entwicklungen (vor allem die Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert und die Lokale Agenda 21) niederschlagen, und die Arbeit wird sich auf die Erfahrungen und Erfolge der ersten beiden Phasen stützen. Der Verbund ist einer von mehreren interaktiven Gesunde-Städte-Netzen, die überall in Europa aktiv für die Gesundheit in Städten arbeiten.

In dem vorliegenden Dokument wird beschrieben, wie Projektstädte für die Phase III ausgewählt werden. Dieser Prozeß umfaßt zwei Hauptschritte. Zunächst wird beurteilt, welche Städte als Verbundteilnehmer in Frage kommen. Diese Beurteilung wird sich auf das bisher nachweislich Erreichte und auf das weitere Engagement für die Arbeitsweise der „Gesunden Städte“ konzentrieren.

Der zweite Schritt setzt den stärkeren Nachweis eines politischen Engagements voraus und umfaßt die Beurteilung ausführlicherer Vorschläge der in Frage kommenden Städte, in denen dargelegt wird, wie sie den verschiedenen Anforderungen der Phase III gerecht zu werden gedenken. Diese Beurteilung bildet die Grundlage für die endgültige Entscheidung der WHO darüber, welche Städte in den Verbund einbezogen werden.

Schwerpunktmäßig geht es in der Phase III um die Umsetzung eines städtischen Plans für die gesundheitliche Entwicklung in jeder Verbundstadt. Besonderes Gewicht wird dabei auf die Prinzipien der gesundheitlichen Chancengleichheit und der nachhaltigen Entwicklung gelegt. Außerdem wird von den Städten verlangt, daß sie ihre Ansätze systematisch verfolgen und auswerten.

In den ersten beiden Jahren der dritten Phase werden drei Designationsrunden stattfinden. Die Bewerbungsfrist für die Eignungsüberprüfung der ersten Runde ist der 27. Februar 1998. Die in Frage kommenden Städte werden danach aufgefordert, bis zum 8. Mai 1998 ihre Anträge für die Phase III vorzulegen. Die Städte sollten innerhalb von sechs bis acht Wochen über das Ergebnis Bescheid erhalten.

## INHALT

	<i>Seite</i>
1. Hintergrund .....	1
2. Überblick über den Designationsprozeß .....	2
3. Eignung für die Phase III.....	5
4. Die von den Städten für die Phase III zu erfüllenden Anforderungen .....	8
5. Erläuterung der Anforderungen für die Phase III .....	10
6. Inhaltliche Gestaltung des Designationsantrags für die Phase III .....	24
Anhang 1: Verwendung der finanziellen Beiträge der Städte.....	27
Anhang 2: Definitionen und Abkürzungen.....	29
Anhang 3: Länderquoten.....	33
Anhang 4: Bibliographie.....	35
Anhang 5: Adressen und Kontaktstellen.....	37
Abbildung 1: Jakarta-Erklärung: Prioritäten für die Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert .....	2
Abbildung 2: Überblick über den Designationsprozeß .....	4
Abbildung 3: Eintritt in Phase III: Zeitlicher Rahmen für die erste und zweite Runde.....	5
Abbildung 4: Zusammenfassung des inhaltlichen Aufbaus von Eignungsanträgen.....	7
Abbildung 5: „Gesunde Städte“ – vier Handlungselemente .....	8
Abbildung 6: Inhaltliche Gestaltung des Designationsantrags .....	26

## **DESIGNATIONSPROZESS UND ANFORDERUNGEN AN STÄDTE, DIE SICH AN DER PHASE III DES GESUNDE-STÄDTE-PROJEKTS DER WHO BETEILIGEN MÖCHTEN**

### **1. Hintergrund**

Um die Jahrhundertwende wird die Hälfte der Weltbevölkerung in Städten leben. Zur Zeit leben bereits über zwei Drittel der europäischen Bevölkerung in größeren oder kleineren Städten. Deshalb kann gar nicht genug betont werden, wie wichtig es ist, daß man sich auf städtischer Ebene aktiv für die Gesundheit einsetzt. Weltweit gesehen wird die Zukunft der Menschheit weitgehend durch städtische Lebensbedingungen bestimmt werden.

Bei dem Gesunde-Städte-Projekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO) handelt es sich um ein langfristiges internationales Entwicklungsprojekt, durch das die Gesundheit auf der Agenda von Entscheidungsträgern in den europäischen Städten einen hohen Stellenwert erhalten und mit dem Strukturen und Prozesse zur Verbesserung der Gesundheit in Städten geschaffen werden sollen. Zwei Umsetzungsphasen des Gesunde-Städte-Projekts wurden mittlerweile abgeschlossen. Jede Phase umfaßte mehrere Elemente, darunter ein stark engagiertes Netz von Städten, die von der WHO zu WHO-Projektstädten ernannt wurden. In der Phase I (1987–1992) waren 35 Städte am Verbund der WHO-Projektstädte beteiligt. Der Arbeitsschwerpunkt lag auf der Schaffung neuer Strukturen, durch die ein Wandel bewirkt werden konnte, und darauf, in den Städten auf neue Art und Weise für die Gesundheit zu arbeiten.<sup>1</sup> Die zweite Phase (1993–1997) neigt sich jetzt ihrem Ende zu. 39 Städte waren an diesem Netz der WHO-Projektstädte beteiligt, darunter 13 Städte, die während der Phase I noch nicht in einem solchen Verbund mitgearbeitet hatten. Diese Phase war stärker handlungsorientiert, das Schwergewicht lag auf einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und auf einer umfassenden städtischen Gesundheitsplanung.<sup>2</sup>

Während der vergangenen zehn Jahre hat die Arbeitsweise der „Gesunden Städte“ weite Verbreitung gefunden, und zwar weit über die Städte hinaus, die von der WHO offiziell zu Teilnehmern des Projektverbunds ernannt wurden. Mittlerweile gibt es in 25 europäischen Ländern nationale Netzwerke von Städten, die sich darauf verpflichtet haben, die Gesundheit ihrer Bevölkerungen in Übereinstimmung mit den Werten und Prinzipien der „Gesundheit für alle“ (GFA) zu verbessern. Viele Städtegruppierungen in ganz Europa haben zudem gemeinsam daran gearbeitet, im Rahmen von „Multi City Action Plans“ bestimmte, alle interessierende gesundheitliche Anliegen zu fördern. Diese weite Verbreitung ist ein Beweis für den Erfolg und die Flexibilität des Gesunde-Städte-Konzepts.

Zu Beginn der Phase III des WHO-Projektverbunds der „Gesunden Städte“ wird das Netz weiterhin ausgebaut, indem neue Städte einbezogen werden, die bisher außerhalb dieses Netzes gearbeitet haben. Die Phase III wird somit auf kommunalen Entwicklungen in ganz Europa aufbauen und diese einbeziehen.

---

<sup>1</sup> WHO *Healthy Cities Project: Review of the first five years (1987–1992). A working tool and a reference framework for evaluating the project.*

<sup>2</sup> *Setting Standards for WHO Project Cities. The Requirements and the Designation Process for WHO Project Cities. WHO 1993.*

In der Phase III werden sich auch einige wichtige internationale Entwicklungen widerspiegeln, und die Arbeit soll diese abstützen. An der Wende zum neuen Jahrhundert werden die Konzepte und Ziele der „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ neu überdacht. Die Gesundheit in Städten gewinnt zunehmend an Bedeutung, die „Gesunden Städte“ werden eine wichtige Möglichkeit sein, die Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert umzusetzen. Alte gesundheitliche Probleme, wie die durch den Tabak bewirkten Schäden, bleiben weiterhin wichtig, offenkundig sind aber auch neuere Problembereiche relevant, wie die Tatsache, daß die gesundheitlichen Ungleichheiten zunehmen, die Migrantenbevölkerungen wachsen und Gewalt immer mehr zum Thema wird.

In der 1997 verfaßten Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung wurden für das 21. Jahrhundert fünf Prioritäten aufgezeigt (Abb. 1). Die Agenda 21 (das Handlungsprogramm der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung) bringt in ihrem Rahmen wirtschaftliche, ökologische, soziodemographische und gesundheitliche Faktoren zusammen. Das Handeln auf kommunaler Ebene ist im Rahmen des oben Angeführten besonders wichtig, die Städte müssen langfristige Handlungspläne für ihre zukunftsfähige Entwicklung aufstellen und umsetzen. „Global denken, lokal handeln“, dieses Leitmotiv muß sich in der Vorstellung der Menschen verankern, darüber hinaus aber auch konkretes Handeln bewirken.

Abb. 1: Jakarta-Erklärung: Prioritäten für die Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert

- Die soziale Verantwortlichkeit für die Gesundheit fördern
- Investitionen für die gesundheitliche Entwicklung stärken
- Partnerschaften für die Gesundheit festigen und ausbauen
- Die Kompetenz der Gemeinschaft verbessern und den einzelnen Menschen zum selbstbestimmten Handeln befähigen
- Eine Infrastruktur für die Gesundheitsförderung sichern

Das neue europäische Netz der WHO-Projektstädte wird eine führende Rolle dabei übernehmen, die städtische (und damit weltweite) Gesundheit durch innovatives und nachhaltiges Handeln zu fördern. Die neuen Verbundstädte werden auf der Grundlage klarer Kriterien ernannt und müssen ein Aktionsprogramm erfüllen, das den Anforderungen dieser Phase entspricht. Im folgenden werden die Anforderungen dieser neuen Phase und der Prozeß, mit dem Städte für dieses Gesunde-Städte-Netzwerk der WHO-Projektstädte designiert werden, beschrieben.

## 2. Überblick über den Designationsprozeß

### Einführung

Abbildung 2 zeigt im Überblick den Designationsprozeß der Ernennung von Städten für den Verbund der Phase III. Während der ersten beiden Jahre der Phase III finden drei Designationsrunden statt, mit denen Städte für das Netzwerk geworben werden. Die Daten für diese Runden sind Abbildung 3 zu entnehmen. Der Prozeß umfaßt jedesmal zwei Hauptschritte: erstens den *Prozeß der Eignungsüberprüfung*, bei dem beurteilt wird, ob die Städte für den Verbund in Frage kommen. In einem zweiten Schritt werden im eigentlichen *Designationsprozeß* Inhalt

und Qualität der Vorschläge beurteilt, die von den in Frage kommenden Städten für die Phase III vorgelegt werden, was dann zu ihrer Designation führt. Einzelheiten zum Prozeß der Eignungsüberprüfung sind Abschnitt 3 dieses Papiers zu entnehmen. Der Designationsprozeß und die Anforderungen für die Phase III werden in den Abschnitten 4 und 6 ausführlicher beschrieben.

### *Eignung*

Eine Reihe von der WHO benannte Fachleute, die Erfahrungen aus der Arbeitsweise der „Gesunden Städte“ mitbringen, werden die Eignung der Städte beurteilen. Die WHO wird den Prozeß überwachen, praktisch wird er jedoch für die WHO vom WHO-Kooperationszentrum für Gesunde-Städte-Forschung an der Universität Maastricht durchgeführt. Die Beurteilung geschieht anhand schriftlich (auf englisch) eingereicherter Anträge. Die Zahl der als geeignet eingestuften Bewerber für die Phase III ist nicht begrenzt.

### *Designation*

Alle geeigneten Städte werden danach aufgefordert, eine Bewerbung einzureichen, in der ausführlich dargestellt werden muß, wie sie den später in diesem Papier erläuterten Anforderungen für die Phase III gerecht zu werden gedenken. Dieser Antrag muß alle erforderlichen Unterlagen enthalten. Diese Bewerbungen werden ebenfalls von erfahrenen Gutachtern beurteilt, die die WHO beraten werden; die endgültige Entscheidung über die Designation liegt jedoch bei der WHO.

### *Anzahl und Quoten*

Für den neuen Verbund der Phase III werden maximal 40 Städte zu Projektstädten ernannt, wobei das Netz geographisch möglichst ausgewogen sein soll. Zehn der 40 Plätze sind Städten vorbehalten, die „neues Blut“ einbringen, d. h. Städten, die dem Verbund der Projektstädte in der Phase II nicht angehört haben. Die Quoten für die Zahl der pro Land ernannten Städte werden nach Bevölkerungsgröße berechnet, wobei allerdings die in der Phase II gemachten Ausnahmen aus historischen Gründen beibehalten werden (Anhang 3).

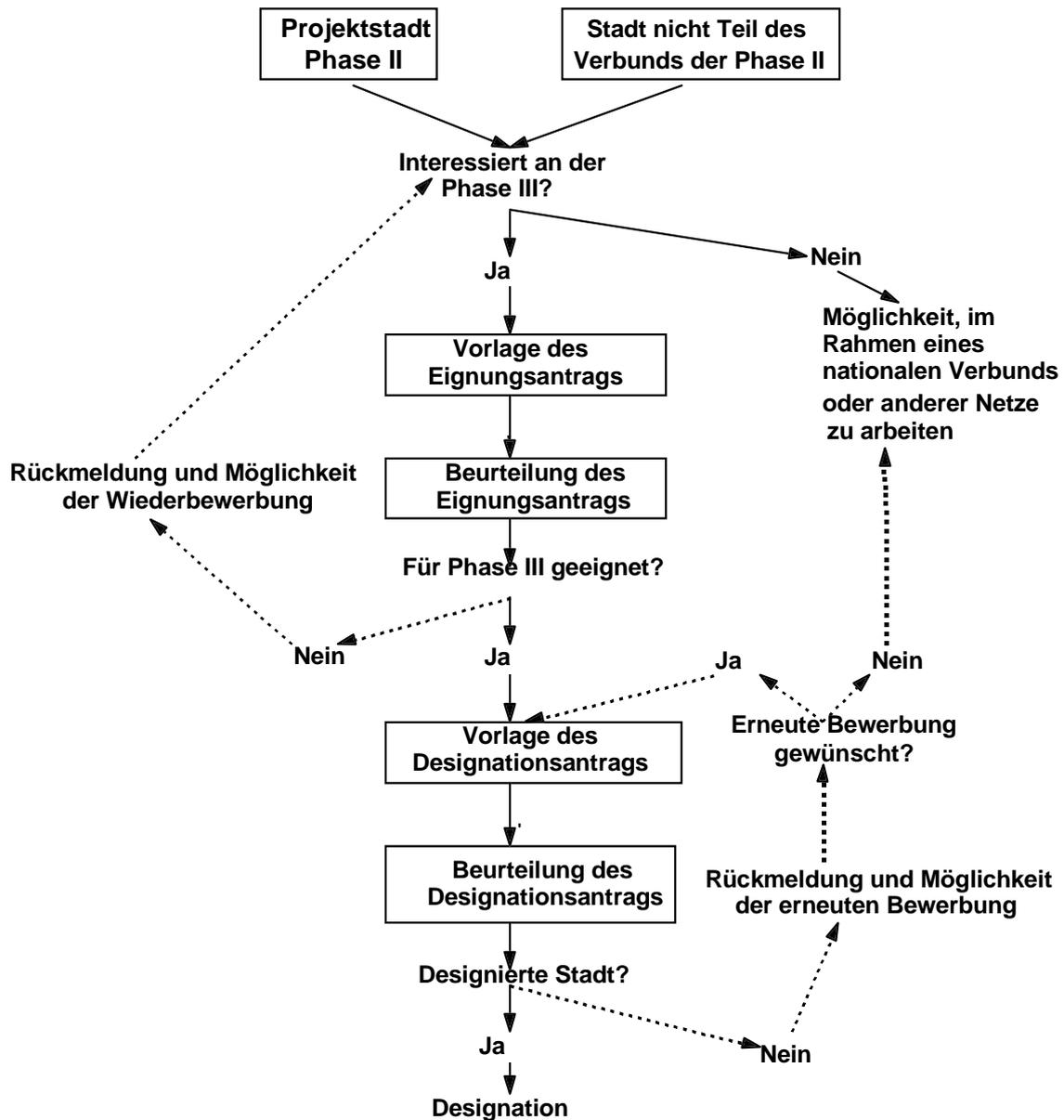
### *Finanzielle Beiträge*

Alle designierten Städte müssen in jedem der fünf Jahre dieser Phase an die WHO einen finanziellen Beitrag von umgerechnet 5000 US-Dollar bzw. 3000 US-Dollar zahlen. Städte aus Ländern, deren Wirtschaft im Umbau begriffen ist,<sup>3</sup> zahlen einen ermäßigten Beitrag. Der Beitrag ist bei Designation fällig und danach jedes Jahr am 1. Januar zu zahlen. Die in der zweiten Runde (Ende 1998) ernannten Städte brauchen nur 50% des Beitrags von 1998 zu bezahlen. Mit diesem Beitrag werden bestimmte Produkte und Dienstleistungen dieser Phase finanziert, die von der WHO bisher zum Teil kostenlos bereitgestellt wurden. Genaueres zu diesem Punkt ist Anhang 1 zu entnehmen.

---

<sup>3</sup> Dazu zählen Kroatien, Litauen, Polen, Russische Föderation, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ukraine und Ungarn.

Abb. 2: Überblick über den Designationsprozeß



### Zeitlicher Rahmen

Der Zeitplan der ersten beiden Rekrutierungsrunden für die Phase III ist unten angegeben, und zwar sowohl mit den Daten wie mit den Wochennummern für 1998. Zeitplan und Vorgehen für die dritte Runde werden in der zweiten Hälfte von 1998 bekanntgegeben.

Abb. 3: Eintritt in Phase III: Zeitlicher Rahmen für die erste und zweite Runde

<b>Fristen</b>	<b>Runde 1</b>	<b>Runde 2</b>
Beginn der Runde	Montag, 5. Januar 1998 (Beginn der Woche 2)	Montag, 6. Juli 1998 (Beginn der Woche 28)
Bewerbungsfrist für die Eignungsbeurteilung	Freitag, 27. Februar 1998 (Ende der Woche 9)	Freitag, 28. August 1998 (Ende der Woche 35)
Bewerbungsfrist für die Designation zur Phase III	Freitag, 8. Mai 1998 (Ende der Woche 19)	Freitag, 6. November 1998 (Ende der Woche 45)
Ende der Runde	Freitag, 19. Juni 1998 (Ende der Woche 25)	Freitag, 18. Dezember 1998 (Ende der Woche 51)

Die Städte sollten innerhalb von vier Wochen nach Eingang ihres Eignungsantrags bei der Verwaltungsstelle Bescheid erhalten. Die Beurteilung der Designationsanträge für die Phase III wird länger dauern, die Benachrichtigung erfolgt innerhalb von 6–8 Wochen nach Eingang der Bewerbungen.

Die Städte sind aufgefordert, ihren Eignungsantrag möglichst früh zu stellen. Da mindestens ein Viertel der Plätze neuen Städten vorbehalten ist und für die Städte der Phase II Länderquoten gelten, herrscht hier ein gewisser Wettbewerb. Die Plätze werden in der Reihenfolge der eingehenden Bewerbungen an die in Frage kommenden Städte, die den Designationsanforderungen der Phase III genügen, vergeben. Für eine Designation in Frage kommende Städte, deren Länderquote bereits aufgebraucht ist, bleiben bis zum Ende der Runde II in einer Warteschleife. Falls am Ende der zweiten Runde noch einige der 40 Plätze offen sind, werden sie auf regionaler Grundlage vergeben, um die geographische Ausgewogenheit des Verbunds zu gewährleisten.

### *Austritt aus dem Verbund der Phase III*

Die Städte können während der Phase aus dem Verbund austreten, falls sie nicht weiter mitarbeiten möchten oder den verschiedenen Anforderungen der Phase nicht gerecht werden können: die Rücktrittsbedingungen werden z. Z. ausgearbeitet.

### **3. Eignung für die Phase III**

Alle europäischen Städte, die an einer Mitarbeit im Verbund interessiert sind, sind eingeladen, einen Eignungsantrag zu stellen.

#### *Voraussetzungen*

Die Städte müssen vier Voraussetzungen erfüllen, um den Aufgaben und Erwartungen der Phase III gerecht werden zu können. Die Eignungsanträge der Städte müssen die folgenden Punkte umfassen:

1. Die Städte müssen nachweisen, daß sie im Stadtrat und unter anderen wichtigen Entscheidungsträgern für die Umsetzung der Prinzipien und Ziele des Gesunde-Städte-Projekts in der Stadt nachhaltige politische Unterstützung genießen, und sich

auf die Werte, Prinzipien und Zielsetzungen der Strategie „Gesundheit für alle“ verpflichtet.<sup>4</sup>

Erforderliche Unterlagen: Die Städte müssen ein von ihrem Bürgermeister<sup>5</sup> (oder einem Politiker mit entsprechender Verantwortung) unterzeichnetes Statement vorlegen, aus dem hervorgeht, daß die oben genannten Bedingungen erfüllt sind. Dieses Schreiben sollte das in der Stadt bestehende politische Engagement für das Gesunde-Städte-Projekt zeigen und die Konsequenzen einer Umsetzung der Strategie „Gesundheit für alle“ auf örtlicher Ebene anerkennen. Idealerweise sollte aus dieser Erklärung auch hervorgehen, daß das Projekt finanziell abgesichert ist und von den übrigen hochrangigen Entscheidungsträgern der unterschiedlichen städtischen Sektoren gebilligt und unterstützt wird.

2. Die Städte müssen nachweisen, daß sie einen kommunalen Gesundheitsplan (oder Entsprechendes) aufgestellt haben, der sich auf eine Beurteilung der gesundheitlichen Bedürfnisse und Interessen (ein Gesundheitsprofil) des Ortes und den Grundsatzzahmen der „Gesunden Städte“ stützt. Bei diesem Plan oder dessen Entsprechung kann es sich um eines oder mehrere Papiere handeln. Unabhängig von der Form sollte daraus hervorgehen, daß sich die Gesundheitsplanung der Stadt (konzeptionell, strategisch und operationell koordiniert an der „Gesundheit für alle“ ausrichtet. Falls noch kein Gesundheitsplan (oder Entsprechendes) vorliegt, sollte angeführt werden, wann dies voraussichtlich der Fall sein wird. Liegt das endgültige Produkt nicht vor Ablauf der Frist für diese Runde vor, wird die betreffende Stadt nicht designiert.

Erforderliche Unterlagen: Der Gesundheitsplan (oder Entsprechendes) und das Gesundheitsprofil der Stadt sollten dem Antrag beiliegen. Falls diese noch nicht auf englisch herausgegeben wurden, sollte eine ausführliche, ins Englische übersetzte Zusammenfassung (nicht unter 1000 Wörter) vorgelegt werden. Wurde der Gesundheitsplan noch nicht aufgestellt, sollten die Städte Genaueres zum Planungsprozeß anführen, die bisher zusammengetragenen Unterlagen und einen Zeitplan für die endgültige Planerstellung beifügen. Der Plan (oder Entsprechendes) und die Profile sollten auf englisch zusammen mit folgenden Informationen eingereicht werden: Frist für die Fertigstellung, Angaben zur Gründlichkeit des Plans (Inhalt, Umfang und Art von Partnerschaften, durchgeführte technische/wissenschaftliche Arbeiten) sowie ein Statement oder eine Erläuterung zum übergeordneten politischen und administrativen Kontext der Papiere.

3. Die Städte müssen nachweisen, daß sie mit den vorhandenen Grundstrukturen das für die Phase III erforderliche Aktivitätsprogramm durchführen können. Dazu zählen fließend englisch sprechende, namentlich benannte Vollzeitprojektkoordinatoren oder ähnliches, eine ausreichende administrative und fachliche Unterstützung für das Projekt sowie eine sektorübergreifende Lenkungsgruppe, der leitende Entscheidungsträger angehören.

---

<sup>4</sup> Die Strategie „Gesundheit für alle“ für Europa wird z. Z. aktualisiert. Der zweite Entwurf des europäischen Grundsatzdokuments *Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert* ist auf Anfrage vom Gesunde-Städte-Projektbüro erhältlich. Die Endfassung des Dokuments sollte im Herbst 1998 vorliegen.

<sup>5</sup> Der Begriff Bürgermeister dient hier zur Bezeichnung der politischen Führungsspitze der Stadt.

Erforderliche Unterlagen: Ein Strukturdiagramm (Organigramm) sollte die Projektstrukturen und die Mechanismen der Entscheidungsfindung verdeutlichen. Dieses Diagramm sollte die Personalausstattung des Projektbüros sowie die Zusammensetzung und die Aufgabe der Lenkungsgruppe angeben.

4. Die Städte müssen sich darauf verpflichten, mit anderen „Gesunden Städten“ vernetzt zusammenzuarbeiten. Das gewährleistet die Weitergabe von Informationen, die gemeinsame Problemlösung und die Unterstützung von Städten auf ähnlichem Entwicklungsstand sowie die Hilfe für noch in früheren Stadien befindliche Städte.

Erforderliche Unterlagen: Die Städte müssen eine Erklärung zu ihren derzeitigen vernetzten Tätigkeiten vorlegen sowie eine Skizze darüber, wie sie zur Arbeit von nationalen und europäischen, mit den „Gesunden Städten“ verbundenen Netzen beitragen möchten. Sie sollten Angaben zu Umfang und Inhalt ihrer bisherigen und derzeitigen Netzwerkpartnerschaften machen.

### *Beurteilung der Anträge*

Von der WHO benannte Gutachter, die Erfahrungen aus der Gesunde-Städte-Arbeit mitbringen, beurteilen, ob die Städte für die Phase III geeignet sind. Sie teilen der WHO schriftlich mit, inwieweit eine Stadt den Eignungskriterien genügt. Die WHO überwacht den Prozeß; Koordination und Verwaltung werden jedoch für die WHO vom WHO-Kooperationszentrum für Gesunde-Städte-Forschung an der Universität Maastricht übernommen. Die Zahl der Städte, die als geeignete Bewerber für die Phase III gelten können, ist nicht begrenzt.

Die Städte sind angehalten, ihre Anträge möglichst gründlich abzufassen. Die Verwaltungsstelle kann die Vollständigkeit eines Antrags überprüfen, die eigentliche Begutachtung erfolgt jedoch auf der Grundlage der von einer Stadt eingereichten Dokumente.

Alle Städte, die einen Eignungsantrag stellen, sollten innerhalb von vier Wochen nach Eingang ihres Antrags von der Verwaltung Bescheid darüber erhalten, ob ihr Antrag angenommen wurde. Nicht angenommene Städte sollten erfahren, warum ihr Antrag abgelehnt wurde. Die geeigneten Städte werden danach aufgefordert, einen Vorschlag für die Phase III einzureichen (s. die Anforderungen und Bewerbungsrichtlinien der folgenden Abschnitte). Die in diesem Stadium nicht geeigneten Städte können sich später erneut bewerben, wenn sie imstande sind, die oben angeführten Eignungskriterien zu erfüllen, solange die maximale Zahl der 40 Verbundstädte noch nicht erreicht wurde. Voraussichtlich werden vom Januar 1998 bis Juni 1999 zwei bis drei Designationsrunden laufen.

### *Abb. 4: Zusammenfassung des inhaltlichen Aufbaus von Eignungsanträgen*

Ein vollständiger Eignungsantrag muß folgendes enthalten:

- ein Bewerbungsschreiben und eine Verpflichtung des Bürgermeisters (oder eines entsprechenden Verantwortlichen)
- einen Stadtgesundheitsplan und ein Stadtgesundheitsprofil mit Erläuterungen
- Organigramm und Erläuterung der Projektstrukturen, der Personalausstattung und des Steuerungsmechanismus
- eine Erklärung über laufende Verbundtätigkeiten

## 4. Die von den Städten für die Phase III zu erfüllenden Anforderungen

### Einführung

In den Anforderungen für die Phase III wird beschrieben, welche Konzepte und Tätigkeiten die Städte in den fünf Jahren der Phase III umsetzen müssen. Sie beziehen sich auf die vier Elemente der Gesunde-Städte-Arbeit (Abb. 5).

**Abb. 5: „Gesunde Städte“ – vier Handlungselemente**

A.  Annahme der Prinzipien und Strategien	C.  Verpflichtung auf spezifische Ziele, Produkte, Veränderungen, Resultate
B.  Schaffung einer Projekt- infrastruktur	D.  Investitionen in formale und in- formelle Ver- netzung und Zusammenarbeit

Quelle: A. Tsouros, WHO, 1995

Von allen Städten, die sich an dem Verbund von 1998–2002 beteiligen, wird verlangt, daß sie zu Beginn der Phase den (oben in Abschnitt 3 angeführten) Eignungskriterien genügen und im Verlauf der Phase alle Kernanforderungen erfüllen. Verschiedene Anforderungen eröffnen mehrere Optionen, was jedoch nicht heißt, daß eine Stadt durch die Wahl einer bestimmten Option andere für unwichtig hält. Vielmehr sollten die Städte in den Fällen, in denen ihnen mehrere Möglichkeiten offenstehen, die Bereiche auswählen, in denen sie vorangehen möchten und die den Bedürfnissen und Prioritäten der Stadt entsprechen. Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Anforderungen erläutert, danach wird angegeben, welche Punkte in den von den Städten gestellten Anträgen behandelt werden sollten.

## Die Anforderungen

### A. Annahme von Prinzipien und Strategien

- A.1 Die Städte müssen für die Prinzipien und Ziele des Projekts die nachhaltige Unterstützung der kommunalen Verwaltung und von wichtigen Entscheidungsträgern aus anderen Sektoren genießen.
- A.2 In den Städten muß es Mechanismen geben, die ein integriertes Herangehen an die Gesundheitsplanung gewährleisten, wobei Gesundheitspolitik und andere wichtige kommunale Strategien mit den Gesundheitsstrategien und der städtischen Arbeit an der Agenda 21 verknüpft werden müssen.

- A.3 Die Städte sollten von der GFA für das 21. Jahrhundert ausgehende Konzepte und Strategien entwickeln. Besonderes Gewicht sollte man darauf legen, 1) gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen, 2) auf eine soziale Entwicklung hinzuarbeiten und 3) sich auf eine nachhaltige Entwicklung zu verpflichten.
- A.4 Die Städte sollten **mindestens ein** weiteres Ziel der GFA für das 21. Jahrhundert auswählen, das für sie von besonderem Interesse ist. Die im Hinblick auf dieses Ziel gemachten Fortschritte sollten gründlich verfolgt werden.

## **B. Schaffung einer Projektinfrastruktur**

- B.1 Die Städte müssen eine sektorübergreifende Lenkungsgruppe haben, der politische/leitende Entscheidungsträger angehören.
- B.2 Die Städte müssen namentlich benannte Vollzeitprojektkoordinatoren oder Entsprechendes haben und die administrative/technische Unterstützung für das Projekt nachweisen. Die Projektkoordinatoren müssen nachweislich fließend englisch sprechen.
- B.3 Die Städte müssen zeigen, daß sie die zur Umsetzung der Strategien und Aktionspläne der Phase III erforderlichen Ressourcen haben, und sich verpflichten, diese auch bereitzustellen.
- B.4 Die Städte sollten den Projektleitungsprozeß überprüfen und durch ein Aktionsprogramm nachgewiesene Mängel beheben.
- B.5 Die Städte sollten nachweisen, daß sich die Öffentlichkeit zunehmend an der Entscheidungsfindung beteiligt, die Einfluß auf den Gesundheitszustand der städtischen Bevölkerung hat, so daß die Bevölkerung stärker zum selbstbestimmten Handeln befähigt wird.
- B.6 Die Städte sollten Mechanismen schaffen, durch die die Wirtschaft theoretisch und praktisch in örtliche Gesundheitsmaßnahmen einbezogen werden kann.
- B.7a Die Städte sollten eine Kommunikationsstrategie verfolgen, mit der durch die unterschiedlichsten Kommunikationsmechanismen gesundheitliche Anliegen sichtbar werden und die öffentliche Gesundheitsdebatte in der Stadt angeregt wird. Diese Strategie sollte auf ihre Wirkung hin beurteilt werden.

### **UND/ODER**

- B.7b Die Städte sollten ein laufendes Schulungs-/Qualifizierungsprogramm für gesundheitliche Tätigkeiten und die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik haben. Dieses Programm sollte zweigleisig laufen: 1) führende Entscheidungsträger aus den verschiedenen Sektoren der Stadt einbeziehen und 2) Bürgergruppen und Meinungsbildner einbeziehen. Dieses Programm sollte auf seine Wirkung hin ausgewertet werden.

## **C. Verpflichtung auf spezifische Ziele, Produkte und Resultate**

- C.1 Die Städte müssen während der dritten Phase einen Plan für die gesundheitliche Entwicklung der Stadt aufstellen und umsetzen, der sich auf die bisherige integrierte Gesundheitsplanung der Stadt stützt und die Werte, Prinzipien und Zielsetzungen der Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert und der Lokalen Agenda 21 widerspiegelt. Außerdem muß der Plan die relevanten nationalen Gesundheitsstrategien sowie die stadtspezifischen Prioritäten berücksichtigen. Er muß klare langfristige und kurzfristige

Ziele und Vorgaben enthalten und zeigen, wie die Stadt systematisch zu überwachen gedenkt, ob diese Vorgaben (Indikatoren und Evaluationsrahmen) eingehalten wurden.

- C.2 Die Städte sollten ein mit dem Plan zur gesundheitlichen Entwicklung der Stadt integriertes Programm für ein systematisches Gesundheitsmonitoring und eine systematische Evaluation umsetzen, um abschätzen zu können, wie sich verschiedene Politikbereiche auf Gesundheit, Umwelt und soziales Gefüge der Stadt auswirken. Außerdem sollten die Städte die Mechanismen und Maßnahmen stärken, die eine rechenschaftspflichtige Verantwortung für die gesundheitlichen Auswirkungen der geführten Politik fördern.
- C.3 Die Städte sollten ein Aktionsprogramm umsetzen, das darauf abzielt, die gesundheitlichen Ungleichheiten in der Stadt abzubauen.
- C.4 Die Städte sollten ein Aktionsprogramm durchführen, mit dem sie gesunde und nachhaltige städtische Planungskonzepte und -verfahren in der Stadt zu fördern.
- C.5 Die Städte sollten eine Strategie zur Bekämpfung des Tabakgebrauchs entwickeln und umsetzen, die diesem Bereich den von der WHO geforderten strategisch vorrangigen Status einräumt.
- C.6 Die Städte sollten ein umfassendes Tätigkeitsprogramm umsetzen und evaluieren, mit dem sie **mindestens eines** der folgenden vorrangigen Probleme aufgreifen: soziale Ausgrenzung, gesunde Settings, gesunder Transport, Kinder, Senioren, Sucht, gesellschaftliche und häusliche Gewalt, Unfälle.

#### **D. Investitionen in formale und informelle Vernetzung und Zusammenarbeit**

- D.1 Die Städte müssen sich administrativ und politisch dazu verpflichten, ihre Projektkoordinatoren und benannten Politiker an WHO-Koordinationstagungen und -Symposien teilnehmen zu lassen. Die Städte sollten dort jeweils mindestens durch ihre Koordinatoren und verantwortlichen Politiker vertreten sein.
- D.2 Die Städte sollten gewährleisten, daß ihre Bürgermeister (oder führenden Politiker) zu Beginn der Phase (1998) und in der Mitte des Zeitraums (im Jahr 2000) am Treffen der Bürgermeister teilnehmen.
- D.3 Die Städte sollten an das Internet und an die E-Mail angeschlossen sein und idealerweise auch Zugang zu Videokonferenzmöglichkeiten haben.
- D.4 Die Städte sollten sich während der Phase aktiv an verschiedenen (thematischen, teil-regionalen, strategischen, partnerschaftsbezogenen usw.) Verbundtätigkeiten beteiligen, darunter auch enge Beziehungen zu nationalen Netzwerken entwickeln. Die Städte sollten während der gesamten Phase nachweisen, daß sie einen praktischen Beitrag zu diesen Netzen leisten.

### **5. Erläuterung der Anforderungen für die Phase III**

In diesem Abschnitt werden die Anforderungen, die von den für die Phase III designierten Städten zu erfüllen sind, genauer erläutert. An die einzelnen Anforderungen schließt sich eine kurze Begründung an, worauf angegeben wird, welche Unterlagen dem Designationsantrag beizulegen sind. Danach wird angegeben, welche Hauptfaktoren in den fünf Jahren der Phase III aufzugreifen sind. In einigen Fällen sind zwei oder mehrere Anforderungen miteinander

verknüpft oder betreffen ein gemeinsames Thema, weshalb sie zusammen abgehandelt werden.

Die Städte sollen dadurch ein allgemeines Verständnis dafür erhalten, welche Anforderungen die WHO an die Städte stellt, und zwar sowohl im Hinblick auf den Designationsantrag wie in bezug auf die während dieser Phase zu ergreifenden Maßnahmen. Diese Erläuterungen sollten zusammen mit der Broschüre *Gesunde Städte, Leitfaden zur Entwicklung eines Gesunde-Städte-Projekts (WHO, 1995)* gelesen werden.

#### **A.1 Die Städte müssen für die Prinzipien und Ziele des Projekts die nachhaltige Unterstützung der kommunalen Verwaltung und von wichtigen Entscheidungsträgern aus anderen Sektoren genießen.**

*Erläuterung:* Erfolgreiche Projekte setzen das Engagement hochrangiger Kommunalpolitiker und anderer wichtiger Entscheidungsträger in der Stadt voraus.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* Die Städte müssen folgendes vorlegen:

1. ein offizielles Schreiben des Bürgermeisters oder eines entsprechenden Politikers (Bezirksleiters, Stadtratsvorsitzenden usw.), in dem die Unterstützung zum Ausdruck kommt,
2. eine das Projekt stützende Entschließung des Stadtrats, die ein breites politisches Engagement erkennen läßt, und
3. eine Partnerschaftvereinbarung oder ein verpflichtendes Schreiben, das von leitenden Entscheidungsträgern anderer Gremien oder Sektoren unterzeichnet ist, die sich partnerschaftlich an der gesundheitlichen Arbeit in der Stadt beteiligen.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Die Projekte müssen darauf hinwirken, daß sie während der gesamten Phase laufende Beiträge und die Unterstützung durch Politiker und leitende Entscheidungsträger erhalten. Ihr anhaltendes Engagement ist notwendig, um die verschiedenen anderen Anforderungen der Phase III erfüllen zu können.

#### **A.2 In den Städten muß es Mechanismen geben, die ein integriertes Herangehen an die Gesundheitsplanung gewährleisten, wobei Gesundheitspolitik und andere wichtige kommunale Strategien mit den Gesundheitsstrategien und der städtischen Arbeit an der Agenda 21 verknüpft werden müssen.**

*Erläuterung:* Speziell zur Verbesserung des Gesundheitszustands in den Städten gedachte Maßnahmen lassen sich nicht isoliert von der Palette anderer städtischer Strategien betrachten, die (entweder direkt oder indirekt) ebenfalls einen Einfluß auf die Lebensqualität haben. Mechanismen, die gewährleisten, daß diese verschiedenen Strategien miteinander verknüpft werden, tragen zu einer konsequenteren Entscheidungsfindung, zur gegenseitigen Unterstützung und zu weniger doppelgleisiger Arbeit bei. Sie sichern auch, daß die gesundheitlichen Konsequenzen anderer Grundsatzentscheidungen erkannt und berücksichtigt werden. Das verstehen wir unter integrierter Gesundheitsplanung.

Menschliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung sind untrennbar miteinander verbunden. Die Agenda 21 – das Aktionsprogramm für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen – liefert einen Rahmen für die nachhaltige Entwicklung, deren Schwerpunkt auf den ökonomischen, ökologischen, soziodemographischen und gesundheitlichen Faktoren liegt.

Die europäische Strategie „Gesundheit für alle“ gibt ihrerseits eine detaillierte Anleitung für gesundheitliche Maßnahmen und stützt sich auf die gleichen Grundprinzipien wie die Agenda 21. Die „Gesunden Städte“ wenden die Prinzipien und Strategien der „Gesundheit für alle“ und der nachhaltigen Entwicklung auf kommunaler Ebene an. Man sollte jedoch nicht erwarten, daß die Gesunden-Städte-Projekte Pläne für die Agenda 21 liefern. Ihre Rolle ist es vielmehr, integrierte gesundheitliche Entwicklungskonzepte und -pläne für die Stadt zu entwickeln, die enge Verbindung zu anderen Politikbereichen und zu den Plänen für die Agenda 21 haben, dafür einzutreten, daß die kommunale Selbstverwaltung die Agenda 21 aufgreift, und ein solches Vorgehen zu erleichtern.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* Die Städte müssen in ihrem Vorschlag für die Phase III beschreiben, wie sie sich eine integrierte Gesundheitsplanung in ihrer Stadt vorstellen und wie sie beabsichtigen, die Entscheidungsfindung weiterzuentwickeln und operationelle Beziehungen zu anderen wichtigen stadtweiten Strategien und Plänen, darunter zu Agenda 21, herzustellen.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Zur Aufstellung des Plans für die gesundheitliche Entwicklung in der Stadt gehört ein ausdrücklicher Prozeß, der zur Schaffung integrierter organisatorischer Querverbindungen zwischen allen gesundheitsbezogenen Konzeptionen und Strategien und anderen stadtweiten Plänen (darunter der Agenda 21) führt. Dieser Prozeß sollte auch engere Zusammenhänge zwischen nationalen und regionalen gesundheitspolitischen Prozessen einschließen.

**A.3 Die Städte sollten von der GFA für das 21. Jahrhundert ausgehende Konzepte und Strategien entwickeln. Besonderes Gewicht sollte man dabei auf die folgenden drei Punkte legen: 1) gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen, 2) auf eine soziale Entwicklung hinarbeiten und 3) sich auf eine nachhaltige Entwicklung zu verpflichten.**

**A.4 Die Städte sollten mindestens ein weiteres Ziel der GFA für das 21. Jahrhundert auswählen, das für sie von besonderem Interesse ist. Die im Hinblick auf dieses Ziel gemachten Fortschritte sollten gründlich verfolgt werden.**

*Erläuterung:* Die Städte müssen ihr Engagement für die Werte, Prinzipien und Zielvorstellung der „Gesundheit für alle“ (GFA) durch die Umsetzung von mit diesen Prinzipien übereinstimmenden kommunalen Gesundheitskonzepten zeigen. Beim Eintritt in das 21. Jahrhundert scheinen für Gesunde-Städte-Projekte drei Charakteristika der neuen GFA-Strategie besonders vordringlich zu sein.

1. Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten haben für die Phase III des Netzes übergeordnete Priorität (was sich in verschiedenen Anforderungen für diese Phase niederschlägt). Die Städte müssen zeigen, daß sie sich einer verbesserten gesundheitlichen Chancengleichheit verpflichtet fühlen.
2. Die sozialen Aspekte einer Erneuerung sind oft am schwersten durchzusetzen, weil dafür die unterschiedlichsten Gruppen (darunter die Kommunen selbst) wachgerüttelt und die Maßnahmen über längere Zeit hinweg weitergeführt werden müssen. Physische und wirtschaftliche Entwicklung ohne Rücksicht auf die sozialen Dimensionen sichert jedoch keine gesunde Gesellschaft. Gesunde-Städte-Projekte spielen in der Arbeit für die soziale Weiterentwicklung von als vorrangig eingestuften Kommunen und von Städten insgesamt eine Schlüsselrolle. Wesentlich ist, daß man

sich darauf verpflichtet, die sozialen Probleme der Stadt durch kommunale Entwicklung, durch Fürsorge und Investitionsstrategien anzugehen.

3. Die Verpflichtung auf eine nachhaltige Entwicklung ist unabdingbar für die Schaffung „Gesunder Städte“ (vgl. Punkt A.2 oben).

Diese drei Schienen der GFA für das 21. Jahrhundert spiegeln die Prioritäten des Gesunde-Städte-Verbunds insgesamt wider. Die Städte sollten in Erwägung ziehen, die Ziele der „Gesundheit für alle“ insgesamt an ihre örtlichen Gegebenheiten anzupassen, werden dabei jedoch einige der GFA-Ziele als für ihre eigene spezielle Situation besonders vorrangig erkennen. Anforderung A.4 verlangt von den Städten, daß sie ihre Situation vor Ort und ihre gesundheitlichen Bedürfnisse analysieren und (zusätzlich zu den drei in Anforderung A.3 angeführten Tätigkeiten) mindestens eine weitere Aktivitätsschiene auswählen, die für die Stadt Vorrang hat.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* In ihren Designationsanträgen sollten die Städte darlegen, wie sie die gesundheitlichen Ungleichheiten in der Stadt sehen, und zeigen, mit welchen Konzepten die Stadt diese Ungleichheiten in der Phase III anzugehen gedenkt. Außerdem sollten die Städte ihre Pläne zur Verbesserung der sozialen Entwicklung und Zukunftsfähigkeit der Stadt beschreiben. Sie sollten in ihren Anträgen deutlich hervorheben, welche anderen GFA-Ziele sie in ihrer Stadt als Handlungspriorität betrachten, und diese Wahl kurz begründen. Von den Städten wird erwartet, daß sie ein Ziel mit Integrations- oder Entwicklungsaspekten wählen.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Idealerweise sollte in der Stadt ein breites politisches Spektrum auf seine Übereinstimmung mit den Prinzipien der „Gesundheit für alle“ hin überprüft werden, und in den Fällen, in denen neue oder bereits bestehende Konzeptionen den Gedanken der GFA nicht entsprechen, sollte man tätig werden. Die GFA-Aktionsprogramme, die in dem von der Stadt für die Phase III eingereichten Vorschlag beschrieben wurden, sollten auch umgesetzt werden. Wahrscheinlich werden sie eine ganze Reihe von Elementen beinhalten, darunter Fürsprache, konzeptionelle Weiterentwicklung und spezifische Handlungsprogramme. Alle diese Tätigkeiten sollten verfolgt werden (vgl. Anforderung C.2), speziell verlangt wird jedoch ein „Fallstudien“-Bericht, aus dem hervorgeht, was das Gesunde-Städte-Projekt zu dem am Ort als vorrangig ermittelten Ziel beigetragen hat. Diese Fallstudie sollte verschiedene Elemente umfassen (beispielsweise die Ansichten von Bürgern wiedergeben, die Berichterstattung in den Medien zeigen, Beispielmateriale anführen usw.) und müßte deutlich machen, wie sich diese Tätigkeiten auf die Verwirklichung des gewählten GFA-Ziels ausgewirkt haben.

**B.1 Die Städte müssen eine sektorübergreifende Lenkungsgruppe haben, der politische/leitende Entscheidungsträger angehören.**

**B.2 Die Städte müssen namentlich benannte Vollzeitkoordinatoren oder Entsprechendes haben und administrative/technische Unterstützung für das Projekt nachweisen. Die Projektkoordinatoren müssen nachweislich fließend englisch sprechen.**

*Erläuterung:* Diese beiden Anforderungen zählen zu den Eignungskriterien für die Phase III. Sie bilden wesentliche Voraussetzungen für eine wirksame Umsetzung des Projekts vor Ort. Die Koordinatoren müssen fließend englisch sprechen, da Englisch die Projektarbeitssprache ist.

Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen: Die Eignungsanträge müssen ein Organigramm der Projektstruktur enthalten, das auch die Personalausstattung des Projektbüros und die Zusammensetzung der Leitungsgruppe angeben sollte. Im Designationsantrag sollte bestätigt werden, daß diese Angaben weiterhin gültig sind. Der Lenkungsausschuß sollte sich aus Politikern und Fachreferenten zusammensetzen. Der Begriff „Entscheidungsträger“ soll Personen in leitender Stellung oder Entsprechendes beschreiben.

Während der Phase erforderliche Maßnahmen: Die Städte müssen die in den Anforderungen dargelegte Infrastruktur aufrechterhalten.

### **B.3 Die Städte müssen zeigen, daß sie die zur Umsetzung der Strategien und Aktionspläne für die Phase III erforderlichen Ressourcen haben, und sich verpflichten, diese auch bereitzustellen.**

Erläuterung: Die Städte sollten sich von Anfang an darüber im klaren sein, welche Ressourcen sie brauchen, um die Zielvorgaben des Projekts zu erfüllen. Dazu zählen Finanz- und Personalausstattung sowie Gemeinkosten. Eine Prinzipverpflichtung reicht nicht aus. Die notwendigen Ressourcen müssen auch zur Verfügung stehen, damit das Projekt seine Ziele verwirklichen kann. Gesunde-Städte-Projekte erweisen sich in der Praxis als nicht sonderlich ressourcenintensiv und gelten in den meisten Städten als Projekte, die für ihr Geld sehr viel hergeben.

Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen: Erwartet wird nicht, daß bereits vollständige Kostenvoranschläge für die Phase III eingereicht werden, wesentlich ist jedoch, daß die Vorschläge ausgehend von den vermutlich verfügbaren Ressourcen realistisch aufgestellt werden. Wenn möglich sollte jedoch ein vorläufiger Kostenvoranschlag beigelegt werden. Wenn Kommunalpolitiker und Entscheidungsträger sich zu den Prinzipien und Zielen des Projekts bekennen, sollten sie wissen, daß sie sich damit auch verpflichten, die dafür benötigten Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Während der Phase erforderliche Maßnahmen: Wenn die Pläne in detaillierteren jährlichen Aktionsplänen ausgearbeitet werden, sollten die Kosten möglichst vollständig angegeben werden, damit die erforderlichen Ressourcen gefunden werden können. Natürlich wird von den Städten erwartet, daß sie ihre Pläne im Rahmen der ihnen zugewiesenen Etats erfüllen.

### **B.4 Die Städte sollten den Projektleitungsprozeß überprüfen und durch ein Aktionsprogramm nachgewiesene Mängel beheben.**

Erläuterung: Der Erfolg von Gesunde-Städte-Projekten setzt eine wirksame Projektleitung voraus. In vielen Städten hat man Managementprozesse noch nie systematisch überprüft. Während der Phase III wird von allen Städten verlangt, daß sie ihre entsprechenden Prozesse überprüfen. Die WHO hat eine Untersuchung in Auftrag gegeben, die einen Überblick über die Managementprozesse der Verbundstädte von Phase II liefern soll, eine Zusammenfassung der Resultate dieser Untersuchung wird den Städten zu Beginn der Phase III zur Verfügung stehen.

Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen: Die Städte müssen beschreiben, wie ihre Managementprozesse z. Z. ablaufen. Hat eine Stadt diese Prozesse innerhalb der letzten zwei Jahre überprüft, sollte ein Abriß des Überprüfungsprozesses und der sich daran anschließenden Maßnahmen gegeben werden. Wurden die Projektmanagementprozesse noch

nicht vor Ort überprüft, sollte sich die Stadt in ihrem Vorschlag für die Phase III verpflichten, eine solche Überprüfung durchzuführen.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Es bleibt den Städten überlassen, wie und wann sie diese Überprüfung durchführen möchten, es empfiehlt sich jedoch, das möglichst früh in der Phase durch das Gesunde-Städte-Büro der WHO tun zu lassen. Nach Überprüfung der Projektleitung sollten die Städte wissen, wo ihre Stärken liegen, und Maßnahmen ergreifen, um eventuell festgestellte Mängel zu beheben. Das Gesunde-Städte-Büro der WHO erbittet sich eine Erklärung über die aus dem Überprüfungsprozeß gezogenen Schlüsse sowie ein Exemplar des daraus resultierenden Aktionsplans.

### **B.5 Die Städte sollten nachweisen, daß sich die Öffentlichkeit zunehmend an der Entscheidungsfindung beteiligt, die Einfluß auf den Gesundheitszustand der städtischen Bevölkerung hat, so daß die Bevölkerung stärker zum selbstbestimmten Handeln befähigt wird.**

*Erläuterung:* Wesentlich für die Arbeitsweise der „Gesunden Städte“ ist die Erkenntnis, daß Gesundheitsförderung von und mit (nicht „an“) der Bevölkerung des Ortes durchgeführt wird. Gesundheitsförderung kann nur dann wirklich wirksam sein, wenn sie den einzelnen Menschen und Gemeinschaften/Gruppen stärker zum Handeln befähigt und dazu bringt, Einfluß auf die Determinanten der Gesundheit zu nehmen. Um das zu erreichen, braucht man Aufklärung und Schulung, aber auch Ressourcen. Die einzelnen Bürger müssen konsequent und zuverlässig Zugang zu den Entscheidungsfindungsprozessen und zu dem für einen Wandel erforderlichen Können und Wissen haben. Um den Einsatz aller sozialen und kulturellen Ressourcen einer Gemeinschaft zu erreichen, muß man sich innovative Ansätze einfallen lassen.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* Die Städte müssen eine Erklärung über das Niveau der partizipatorischen Mitarbeit der Bevölkerung und die zu Beginn der Phase III vorhandenen Mechanismen zur Einbeziehung der Öffentlichkeit in die Arbeit abgeben. Besonderes Gewicht sollte dabei auf der Beschreibung der Mechanismen liegen, die zur Sicherung der partizipatorischen Beteiligung der Öffentlichkeit an der direkten Arbeit (der Planung und Umsetzung) des Gesunde-Städte-Projekts bereits bestehen. Die Pläne zur direkten Einbeziehung der Bürger in die Phase III sollten in dem für die Phase III vorgelegten Vorschlag ausdrücklich angeführt werden.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Die Städte müssen berichten, wie sie während der Phase eine verstärkte Beteiligung der Öffentlichkeit erreicht haben. Am Ende der Phase III sollte sich die partizipatorische Beteiligung der Öffentlichkeit nachweisbar verbessert haben, und man sollte deutliche Beispiele für die öffentliche Beteiligung an gesundheitsbezogenen Entscheidungen in der Stadt anführen können. Wichtig ist, daß die Städte gewährleisten, daß sowohl „marginalisierte“ wie „Mainstream“-Gruppierungen in die Arbeit einbezogen werden.

### **B.6 Die Städte sollten Mechanismen schaffen, durch die die Wirtschaft theoretisch und praktisch in örtliche Gesundheitsmaßnahmen einbezogen werden kann.**

*Erläuterung:* Im allgemeinen ist es den Projektstädten bisher besser gelungen, sich die Ressourcen und das Engagement öffentlicher Stellen zu sichern, als den Wirtschaftssektor für die „Gesundheit für alle“ zu interessieren. Deshalb bleibt es eine wichtige Aufgabe, sich das Engagement des Privatsektors zu sichern, was auf jeden Fall unerlässlich ist, wenn man die

Gesundheit am Ort umfassend fördern will. Der Wirtschaftssektor spielt in zahlreicher Hinsicht eine Schlüsselrolle:

- Als Arbeitgeber sollten die Unternehmen die Gesundheit ihrer Arbeitnehmer fördern und schützen.
- Wesentlich für die wirtschaftliche Entwicklung „Gesunder Städte“ ist es, daß neue Arbeitsplätze geschaffen werden und die Zahl der bestehenden Arbeitsplätze erhalten bleibt.
- Erkannt werden muß, wie sich Stadtplanung und Umweltbedingungen auf die Gesundheit auswirken. Entscheidend ist hier, daß die Ressourcen tragfähig genutzt und die Naturvorkommen geschützt werden.
- Durch Marketing und Produktionsverfahren können Unternehmen positiv gesundheitsfördernd handeln (aber auch potentiell gesundheitsschädlich, wenn sie sich nicht für die gesundheitliche Agenda engagieren).

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* In ihrem (als Teil des Eignungsantrags vorgelegten) Organigramm sollten die Städte erläutern, inwieweit die Wirtschaft bisher in die Projektarbeit einbezogen wurde. In den für die Phase III eingereichten Vorschlägen sollten die Städte entsprechend den örtlichen Gegebenheiten darlegen, wie sie das Projektengagement der Wirtschaft zu stärken gedenken. Dazu gehört, daß sie angeben, welche wirtschaftlichen Aspekte sie als für die Stadt vorrangig betrachten.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Aus den Jahresberichten der Städte sollte deutlich hervorgehen, inwieweit und auf welche Weise die Wirtschaft am Ort zur Gesunde-Städte-Arbeit beiträgt. Mögliche Wege wären Mitgliedschaft im Projektlenkungsausschuß oder spezifische Task Forces. Man könnte die gesundheitliche Agenda in andere grundsatzpolitische Gremien einbringen, zu Schulungstätigkeiten und Qualifikationsangeboten beitragen, Ressourcen beisteuern und die Unternehmens- und Beschäftigungspraxis der Stadt verändern.

**B.7a Die Städte sollten eine Kommunikationsstrategie verfolgen, mit der durch die unterschiedlichsten Kommunikationsmechanismen gesundheitliche Anliegen sichtbar werden und die öffentliche Gesundheitsdebatte in der Stadt angeregt wird. Diese Strategie sollte auf ihre Wirkung hin beurteilt werden.**

*Erläuterung:* Seit seinen Anfängen versucht das Gesunde-Städte-Projekt, der Gesundheit und der GFA in Städten mehr Gewicht zu verschaffen. Eine erfolgreiche sektorübergreifende Arbeit und die partizipatorische Beteiligung der Bevölkerung setzen in der Öffentlichkeit jedoch ein waches Bewußtsein für gesundheitliche Anliegen und die Determinanten von Gesundheit sowie wirksame Strategien der Gesundheitsförderung für die Stadt voraus.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* In dem von der Stadt für die Phase III vorgelegten Vorschlag sollte die Wahl dieser fakultativen Anforderung begründet werden. Beschrieben werden sollte, wie man in der Stadt bisher vorgegangen ist, um die Bevölkerung für gesundheitliche Anliegen zu sensibilisieren, wobei auch die Stärken und Schwächen dieses strategischen Ansatzes anzuführen sind. In dem Vorschlag sollten auch kurz die Hauptelemente der für Phase III vorgeschlagenen Kommunikationsstrategie angeführt werden. Dazu gehört, welche Medien und Mechanismen benutzt werden sollen, welche Fragen in der

Kommunikation Vorrang haben und welche Zielgruppen vor allem angesprochen werden sollen.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Die Städte müssen ihre Kommunikationsstrategie umsetzen und deren Wirkung verfolgen. Im Rahmen des Jahresberichts der Stadt sollte dem Gesunde-Städte-Büro der WHO über den neuesten Stand der Kommunikationsprozesse berichtet werden.

**B.7b Die Städte sollten ein laufendes Schulungs-/Qualifizierungsprogramm für gesundheitliche Tätigkeiten und die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik haben. Dieses Programm sollte zweigleisig laufen: 1) führende Entscheidungsträger aus den verschiedenen Sektoren der Stadt einbeziehen und 2) Bürgergruppen und Meinungsbildner einbeziehen. Dieses Programm sollte auf seine Wirkung hin ausgewertet werden.**

*Erläuterung:* Ein Gesunde-Städte-Projekt kann nur dann erfolgreich sein, wenn über das Projektbüro und die Lenkungsgruppe hinaus viele Menschen effektiv in die Arbeit einbezogen werden. Mit Investitionen muß die Qualität dieses Engagements abgesichert werden. Kompetenzbildung bedeutet, zum Nutzen des Projekts in dessen Infrastruktur zu investieren, und zwar in Wissen, Können, Haltungen und Bewußtsein der Beteiligten.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* In dem von der Stadt für die Phase III vorgelegten Vorschlag sollte die Begründung dafür angegeben werden, daß die Stadt diese fakultative Anforderung gewählt hat. Dazu sollten alle bisherigen kommunalen Strategien der Kompetenzbildung beschrieben und deren Stärken und Schwächen beurteilt werden. Außerdem sollte der Vorschlag für die Phase III kurz die wichtigsten Elemente der für die Phase III vorgeschlagenen Qualifizierungsstrategie angeben. Diese Beschreibung sollte folgendes umfassen: das einzusetzende Vorgehen, die vorrangigen Anliegen, die zu verbessernden Fähigkeiten sowie Angaben zu den wichtigsten in die Arbeit einzubeziehenden Personen und Gruppen. In eine solche Strategie zur Kompetenzbildung könnten beispielsweise Informationsverbreitung, zahlreiche Schulungsprogramme und organisatorische Entwicklungsansätze aufgenommen werden.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Die Städte müssen ihre Qualifizierungsstrategie umsetzen und deren Wirkung verfolgen. Im Rahmen des Jahresberichts der Stadt sollte dem WHO-, „Gesunde Städte“-Büro über den neuesten Stand dieser Prozesse berichtet werden.

**C.1 Die Städte müssen während der dritten Phase einen Plan für die gesundheitliche Entwicklung der Stadt aufstellen und umsetzen, der sich auf die bisherige integrierte Gesundheitsplanung der Stadt stützt und die Werte, Prinzipien und Zielsetzungen der Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert und der Lokalen Agenda 21 widerspiegelt. Außerdem muß der Plan die relevanten nationalen Gesundheitsstrategien sowie die stadtspezifischen Prioritäten berücksichtigen. Er muß klare langfristige und kurzfristige Ziele und Vorgaben enthalten und zeigen, wie die Stadt systematisch zu überwachen gedenkt, ob diese Vorgaben (Indikatoren und Evaluationsrahmen) eingehalten wurden.**

*Erläuterung:* Ein Plan zur gesundheitlichen Weiterentwicklung der Stadt baut auf dem bereits bestehenden Stadtgesundheitsplan auf und bringt diesen ein Stadium weiter. Von Anfang an sollten alle Sektoren gemeinsam daran arbeiten, Ressourcen für die gesundheitliche

Entwicklung zu beschaffen. In dem Plan sollte eine breite Perspektive angelegt werden, damit die Maßnahmen verschiedener Sektoren, verschiedener Ebenen und unterschiedlicher Akteure zu einem sektorübergreifenden Herangehen an Gesundheit und Entwicklung werden. Der Plan bietet ein Mehr an Integration und bewirkt, daß die gesamtgesellschaftlichen Ressourcen für die gesundheitliche Entwicklung eingesetzt werden. Der Plan sollte den Menschen in den Mittelpunkt rücken und die Determinanten von Gesundheit angehen. Es sollte sich bei dem Plan zur gesundheitlichen Weiterentwicklung der Stadt um ein Papier handeln, in dem die von der Stadt für die Phase III angestrebten Grundsatzziele, die strategischen und operationellen Vorgaben beschrieben werden. Er sollte ausgehend von dem für die Phase III gemachten Vorschlag aufgestellt werden, der im Rahmen der Bewerbung für die Phase III vorgelegt wurde. Die Anforderungen C.2–C.5 geben die für alle Städte geltenden Kernelemente dieser Pläne an.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* Bei dem Vorschlag für die Phase III, einem der vier für den Designationsantrag erforderlichen Elemente, sollte es sich in der Praxis um einen Abriß des Plans zur gesundheitlichen Weiterentwicklung der Stadt handeln. Wichtig ist, daß der Vorschlag die in den Anforderungen für die Phase III abgesteckten Problemkreise breit abdeckt. Die ausführlichen Aktionspläne mit den gründlicher ausgearbeiteten Vorschlägen sollten dann nach der Designation für die fünf Jahre der Phase aufgestellt werden. Die Städte sollten erklären, wie sie ihre bestehende Planungsarbeit aufbauen wollen, um dieser Anforderung gerecht werden zu können.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Ausgehend von dem für die Phase III vorgelegten Vorschlag müssen die Städte einen vollständigen Plan zur gesundheitlichen Weiterentwicklung der Stadt aufstellen. Dieser Prozeß sollte innerhalb von eineinhalb Jahren nach der Designation abgeschlossen sein. Während der Phase müssen die Städte ihre Pläne zur gesundheitlichen Weiterentwicklung der Stadt entsprechend den in den Plänen angegebenen zeitlichen Vorgaben umsetzen. Im Rahmen der rechenschaftspflichtigen Verantwortung für das Projekt werden von der Stadt jährliche Fortschrittsberichte über den Plan erwartet, die der Projektlenkungsgruppe vorzulegen sind. Diese Jahresberichte sollten auch beim Gesunde-Städte-Büro der WHO eingereicht werden. Wenn eine Stadt mit diesen Fortschritten erheblich hinter ihrem Plan hinterherhinkt, könnte das in Gesprächen zwischen der WHO und der Stadt thematisiert werden. Selbstverständlich müssen die Pläne Raum für neue, sich während der fünf Jahre entwickelnde Probleme und Möglichkeiten lassen; diese Flexibilität wird in der Begutachtung berücksichtigt.

**C.2 Die Städte sollten ein mit dem Plan zur gesundheitlichen Entwicklung der Stadt integriertes Programm für ein systematisches Gesundheitsmonitoring und eine systematische Evaluation umsetzen, um abschätzen zu können, wie sich verschiedene Politikbereiche auf Gesundheit, Umwelt und soziales Gefüge der Stadt auswirken.**

*Erläuterung:* Übergeordnet verfolgen die „Gesunden Städte“ das Ziel, die Gesundheit der Bürger ihrer Städte zu verbessern. Selbstverwaltung und Entscheidungsträger sind verantwortlich für die Wirkung ihrer gesundheitspolitischen Konzepte und Programme. Wenn dieses Prinzip Sinn haben soll, braucht man unbedingt Mechanismen, um die Wirkung messen und die Ergebnisse an die Entscheidungsträger und letztlich auch an die Öffentlichkeit weitergeben zu können. Der Monitoring- und Evaluationsprozeß sollte mit dem Plan zur gesundheitlichen Weiterentwicklung der Stadt verknüpft werden und die am Ort vorrangigen Anliegen betonen (die durch die gesundheitliche Bedarfsabschätzung am Ort deutlich geworden

sind). Die Aktionsprogramme sollten sich eindeutig auf Resultate für Gesundheit und Lebensqualität beziehen, obwohl empfohlen wird, daß die Städte eine Reihe von Zwischenindikatoren aufstellen, die als Monitoringschritte zwischen den Maßnahmen und den Endergebnissen dienen können. Neben den Grundindikatoren für die „Gesunden Städte“<sup>6</sup> wird die für inhaltliche Indikatoren zuständige Gesunde-Städte-Gruppe der WHO 1998 einen Kernsatz von Indikatoren aufstellen; die Städte werden gebeten, diese Indikatoren in ihren Plänen zu berücksichtigen.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* Den Monitoring- und Evaluationsplan kann die Stadt entweder als Element des Antrags für die Phase III oder als gesondertes Papier aufstellen. Der Plan sollte ausdrücklich alle Anforderungen der Phase III umfassen, für die eine Begleitüberwachung direkt obligatorisch ist. Die für diesen Monitoring- und Evaluationsplan direkt relevanten Ausgangsinformationen sollten in den Vorschlag aufgenommen werden. Mit dem Antrag sollte eine zweite Runde<sup>7</sup> von Gesunde-Städte-Grundindikatoren vorgelegt werden. Die Städte sollten sich auch dazu verpflichten, über die Kernindikatoren der Phase III Bericht zu erstatten.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* In den jährlichen (in Punkt C.1 oben beschriebenen) Fortschrittsberichten sollte angegeben werden, wie sich die Tätigkeiten auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität in der Stadt ausgewirkt haben. Voraussichtlich wird sich dabei das Schwergewicht im Laufe der fünf Phasenjahre verschieben: In den ersten Jahren werden sich die meisten Daten auf Zwischenindikatoren beziehen, gegen Ende der Phase sollte der Schwerpunkt jedoch auf Resultatindikatoren liegen. Angaben zu den WHO-Kernindikatoren sollten während der Phase in der von der WHO geforderten Form geliefert werden. Die Städte müssen darüber hinaus auch an allen vom Gesunde-Städte-Projektbüro der WHO angeregten Verbundevaluationen teilnehmen. Zur Zeit arbeitet das Büro an einem Rahmen für die Gesunde-Städte-Evaluation, der als Leitfaden für die Evaluationsprozesse der Phase III dienen soll. Es wird davon ausgegangen, daß sich auch die Auswertung in den einzelnen Städten an diesen Rahmen (den die Städte zu Beginn der Phase erhalten) hält.

### **C.3 Die Städte sollten ein Aktionsprogramm umsetzen, das darauf abzielt, die gesundheitlichen Ungleichheiten in der Stadt abzubauen.**

*Erläuterung:* Die beiden Themen gesundheitliche Chancengleichheit und nachhaltige Entwicklung bilden die wichtigste strategische Ausrichtung der Verbundarbeit in der Phase III (vgl. Anforderung A.3). Entsprechend diesem strategischen Schwerpunkt müssen für diese Anforderung klar ausgearbeitete Aktionspläne umgesetzt und ausgearbeitet werden, die sich mit dem Problem der Chancengleichheit auseinandersetzen. Beispiele für mögliche Maßnahmen finden sich in dem erläuternden Text zu Anforderung A.3.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* Alle Projektstädte müssen sich über die gesundheitlichen Ungleichheiten im klaren sein, die zwischen verschiedenen Teilen ihrer Bevölkerungen und in verschiedenen Stadtgebieten bestehen. Soweit Angaben darüber zur Verfügung stehen, sollten sie in dem Vorschlag für die Phase III angeführt werden, womit auch der prioritäre Handlungsbedarf angegeben wird.

<sup>6</sup> Die Vorlage dieser Indikatoren bildete eine Anforderung für die Designation zur zweiten Phase. Analysiert wurden sie in dem Papier *Healthy Cities Indicators: Analysis of data from across Europe (WHO 1996)*.

<sup>7</sup> Die erste Runde der Gesunde-Städte-Grundindikatoren wurde in der Phase II abgeschlossen. Die überarbeitete Liste der Grundindikatoren ist ab März 1998 bei der WHO erhältlich.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Die Städte müssen ihre Aktionsprogramme zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten in der in ihren Entwicklungsplänen beschriebenen Form umsetzen und begleiten.

#### **C.4 Die Städte sollten ein Aktionsprogramm durchführen, mit dem sie gesunde und nachhaltige städtische Planungskonzepte und -verfahren in der Stadt fördern.**

*Erläuterung:* Städtische Probleme sind aufgrund des sich wechselseitig bedingenden Charakters der einzelnen Elemente kompliziert. Stadtplanung soll laut Definition dazu dienen, die Bodennutzung im Interesse des Gemeinwohls zu regeln; sie ist ein wichtiges Instrument für Städte, die sich mit den Problemen einer nachhaltigen Entwicklung befassen. Planungspraxis und -prozeß müssen ein neues Bewußtsein widerspiegeln und die gesundheitlichen, ökologischen, wirtschaftlichen und sozialen Anliegen des 21. Jahrhunderts in integrierter Form angehen.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* Im Hinblick auf eine gesunde und nachhaltige städtische Planungspolitik und -praxis müssen sich die Städte verpflichten, partnerschaftlich mit Städteplanern zusammenzuarbeiten, und kurz darstellen, wie sie die partnerschaftliche Arbeit in diesem Bereich aufbauen wollen.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Die Städte müssen ihre derzeitige Praxis überprüfen und Maßnahmen für eine gesunde und nachhaltige städtische Planungspolitik und -praxis aufstellen.

#### **C.5 Die Städte sollten eine Strategie zur Bekämpfung des Tabakgebrauchs entwickeln und umsetzen, die diesem Bereich den von der WHO geforderten strategisch vorrangigen Status einräumt.**

*Erläuterung:* Der Tabak bleibt in der industrialisierten Welt weiterhin die größte Einzelursache einer verhütbaren Morbidität und Mortalität und stellt somit für die WHO und viele Städte eine besondere strategische Priorität dar. Es ist eindeutig nachgewiesen, daß sich durch eine wirksame Bekämpfung des Tabakkonsums potentiell ein Mehr an Gesundheit erzielen läßt.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* Wenn die Städte bereits Strategien oder Konzepte zur Eindämmung des Tabakkonsums haben, sollten sie das im Designationsantrag anführen. Zugleich sollte angegeben werden, in welchen Bereichen die Stadt plant, die derzeitige Strategie im Laufe der nächsten fünf Jahre verstärkt einzusetzen. Wenn eine Stadt noch keine solche Strategie hat, sollte der derzeitige Sachstand angegeben werden.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Während der Phase III müssen alle Projektstädte eine Strategie zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in ihrer Stadt umsetzen. Diese Strategien sollten Tabakvermarktung und -werbung, die Verfügbarkeit und den Umsatz von Tabak und Tabakprodukten, eine Politik der „sauberen Luft“ in allen Settings, Nichtraucherprogramme und Raucherentwöhnungsprogramme umfassen. Modellkonzepte sind beim Gesunde-Städte-Projektbüro der WHO erhältlich.

#### **C.6 Die Städte sollten ein umfassendes Tätigkeitsprogramm umsetzen und evaluieren, mit dem sie mindestens eines der folgenden vorrangigen Probleme aufgreifen: so-**

**ziale Ausgrenzung, gesunde Settings, gesunder Transport, Kinder, Senioren, Sucht, gesellschaftliche und häusliche Gewalt, Unfälle.**

*Erläuterung:* Die einzelnen Städte haben unterschiedliche Gesundheitsprofile und ihre eigenen spezifischen Prioritäten. Im Rahmen des europäischen Gesunde-Städte-Netzwerks bleibt Raum für ein gewisses Maß an Flexibilität, das es erlaubt, die örtlichen Gegebenheiten und die jeweilige Bedarfsstruktur zu berücksichtigen. Mit dieser Anforderung werden die Städte gebeten, aus der oben angeführten Liste mindestens ein für sie vorrangiges Thema auszuwählen (ausgehend von den Prioritäten, die sich im Verbund der Phase II abzeichneten) und ein auf ihre örtlichen Umstände zugeschnittenes Aktionsprogramm zu schaffen.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* In dem Antrag sollte deutlich angegeben werden, welche(n) Themenkreis(e) die Stadt als für sie vorrangig ermittelt hat, und außerdem sollte dem Antrag ein kurzgefaßter Aktionsplan beiliegen. Zudem sollte die Wahl begründet werden (man könnte auf einen nachweislichen Bedarf, die derzeitige Bedeutung des Problems für die Stadt, die Prävention eines voraussichtlichen künftigen Gesundheitsproblems verweisen oder eine andere Erklärung anführen). Wenn die Stadt eine wesentliche, in der oben angeführten Liste oder in den anderen hier angegebenen Anforderungen nicht enthaltene Priorität setzt, kann die WHO das akzeptieren. Dies entspricht dem Geiste dieser Anforderung, nämlich eine örtliche Flexibilität der Prioritätensetzung zuzulassen.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Die Städte sind aufgefordert, für die Lösung des aufgezeigten vorrangigen Problems einen Aktionsplan aufzustellen und diesen umzusetzen. Sie brauchen Mechanismen, um die Wirkung des Aktionsplans evaluieren zu können, und am Ende der Phase sollte der WHO ein Fallstudienbericht unterbreitet werden, in dem das Tätigkeitsprogramm und dessen Wirkung zusammengefaßt werden.

**D.1 Die Städte müssen sich administrativ und politisch dazu verpflichten, ihre Projektkoordinatoren und benannten Politiker an WHO-Tagungen und -Symposien teilnehmen zu lassen. Die Städte sollten dort jeweils mindestens durch ihre Koordinatoren und verantwortlichen Politiker vertreten sein.**

**D.2 Die Städte sollten gewährleisten, daß ihre Bürgermeister (oder führenden Politiker) zu Beginn der Phase (1998) und in der Mitte des Zeitraums (im Jahr 2000) am Treffen der Bürgermeister teilnehmen.**

*Erläuterung:* Die Tagungen bilden den Kern des Verbunds und stellen die einzige Gelegenheit dar, bei der alle Städte zusammenkommen, um alle für sie wichtige Fragen zu erörtern. Entscheidend ist deshalb, daß alle Städte vertreten sind, und zwar durch die in der jeweiligen Stadt für das Projekt auf operationeller und politischer Ebene Verantwortlichen. Jedes Jahr finden ein oder zwei Koordinationstagungen statt, wobei eine davon möglicherweise durch elektronische Kommunikation ersetzt wird. Die Bürgermeistertagungen zu Beginn und in der Mitte der Phase sind besonders wichtig, um das politische Engagement sicherzustellen und das Verständnis für die Strategien und Rahmenwerte der „Gesunden Städte“ zu gewährleisten. Möglicherweise sind die Bürgermeister auch an anderen Koordinationstagungen interessiert, was zu begrüßen wäre.

*Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen:* Es empfiehlt sich, daß sich die Stadt in dem offiziellen Schreiben des Bürgermeisters (vgl. Punkt A.1 oben) auf diese Verbundanforderungen verpflichtet. Hilfreich wäre es außerdem, wenn sich die Bürgermeister in dem Schreiben persönlich verpflichten würden, an den oben angeführten Bürgermeistertagungen teilzunehmen.

Während der Phase erforderliche Maßnahmen: Die Städte müssen an diesen oben angeführten Tagungen teilnehmen. Die WHO verfolgt die Einhaltung dieser Anforderung. Die Koordinationstagungen werden unter aktiver Beteiligung eines WHO-Beratungsausschusses geplant und veranstaltet. Die Städte werden gebeten, freiwillig in diesem Ausschuß mitzuarbeiten, dessen Zusammensetzung die geographische Ausbreitung des Netzwerks widerspiegeln wird.

### **D.3 Die Städte sollten an das Internet und an die E-Mail angeschlossen sein und idealerweise auch Zugang zu Videokonferenzmöglichkeiten haben.**

Erläuterung: Eine wirksame Vernetzung setzt eine laufende effektive Kommunikation voraus. Die geographische Entfernung zwischen den Städten des europäischen Verbunds begrenzt einen ständigen persönlichen Kontakt erheblich. Wir werden zunehmend von elektronischen Kommunikationsmechanismen abhängig und könnten deshalb bei einigen Koordinationstagungen zu dieser Form übergehen.

Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen: Die Stadt muß bestätigen, daß sie zumindest Internet- und E-Mail-Verbindungen hat, so daß sie imstande ist, mit dem Gesunde-Städte-Projektbüro der WHO und anderen Verbundmitgliedern zu kommunizieren. Außerdem sollte man anführen, ob man ohne weiteres Zugang zu Videokonferenzmöglichkeiten hat.

Während der Phase erforderliche Maßnahmen: Diese Kommunikationsmechanismen sollten während der gesamten Phase aufrechterhalten werden.

### **D.4 Die Städte sollten sich während der Phase aktiv an verschiedenen (thematischen, teilregionalen, strategischen, partnerschaftsbezogenen usw.) Verbundtätigkeiten beteiligen, darunter auch enge Beziehungen zu nationalen Netzwerken entwickeln. Die Städte sollten während der gesamten Phase nachweisen, daß sie einen praktischen Beitrag zu diesen Netzen leisten.**

Erläuterung: Alle Projektstädte sollten aktive Schritte unternehmen, um auf nationaler und internationaler Ebene mit anderen Netzwerken, Städten und Institutionen zusammenarbeiten zu können. Die Städte könnten in gemeinsamen Interessenbereichen vernetzt arbeiten, u. a. mit den Punkten: Problemkreis, Thema, geographischer Bereich, Sprache, Ratgebertätigkeit oder Partnerschaften. Zur Zeit bestehen auf nationaler und teilnationaler Ebene bereits verschiedene Netzwerke sowie MCAPs (Multi-city action plan-Gruppierungen). Von den Städten der Phase III wird erwartet, daß sie andere Städte, die ebenfalls an Strategien zur „Gesundheit für alle“ arbeiten, beraten und unterstützen. Dazu könnte gehören, daß man seine Erfahrungen dazu weitergibt, wie man ein Projekt aufstellt, daß man die kritischen „Erfolgsfaktoren“ und „Fallen“ angibt, Ressourcenmaterial teilt, Schulungsangebote übernimmt, Daten bereitstellt und andere Hilfe leistet. „Partnerschaften“ bieten den Städten die Möglichkeit, im Rahmen des WHO-Verbunds oder anderer Gesunde-Städte-Netzwerke mit einer Stadt oder mehreren Städten, mit denen sie ein bestimmtes Anliegen oder Interesse teilen, zusammenzugehen. Eine Mentorrolle können die Städte übernehmen, indem sie eine Stadt, die noch in den Anfängen ihrer stadtbezogenen Programme zur „Gesundheit für alle“ steckt und nicht Teil des WHO-Projektstadtverbunds der Phase III ist, laufend beraten und unterstützen.

Für den Designationsantrag erforderliche Unterlagen: Zu den Eignungskriterien gehört auch, daß die Städte ihre derzeitigen Verbundtätigkeiten darlegen und kurz erläutern müssen,

wie sie diese weiterentwickeln möchten. Für die Designation sollten die Städte diesen Antrag einfach erneut einreichen und dabei angeben, ob sich seit dem Eignungsantrag in dieser Hinsicht praktisch oder im Hinblick auf beabsichtigte Tätigkeiten Änderungen ergeben haben.

*Während der Phase erforderliche Maßnahmen:* Die Städte müssen, wie in der Erläuterung dargelegt, einen Beitrag zu ihren nationalen Netzwerken leisten und sich an anderen Verbund- und Stütztätigkeiten beteiligen. Angaben zu den verschiedenen Verbundtätigkeiten einer Stadt sollten in die Jahresberichte aufgenommen werden. Es wird davon ausgegangen, daß die Städte während der gesamten Phase unterschiedlich vernetzt und flexibel arbeiten.

## **Die Anforderungen im Überblick**

Die Anforderungen für die Phase III des WHO-Projektstädteverbunds wurden in Abschnitt 4 und 5 aufgeführt und beschrieben. Wie zu Beginn von Abschnitt 4 angeführt, beziehen sich die Anforderungen auf die vier Elemente der Gesunde-Städte-Arbeit:

1. Politische Verpflichtung auf die Prinzipien und Ziele der WHO-Strategie „Gesundheit für alle“ und das Gesunde-Städte-Projekt.
2. Sicherung der Projektinfrastruktur für die Leitung und Umsetzung des Projekts.
3. Ausdrückliche Verpflichtung auf die Umsetzung spezifischer gesundheitlicher Ziele, die Entwicklung von Konzepten, Strategien und konkreten Plänen, die Durchführung institutioneller Veränderungen und die Verwirklichung angestrebter Zielvorgaben.
4. Schaffung einer formalen und informellen Vernetzung und Zusammenarbeit auf örtlicher, nationaler und internationaler Ebene.

Die Prinzipien und Strategien der „Gesundheit für alle“ und der Agenda 21 bilden den die gesamte Arbeit des Gesunde-Städte-Netzwerks umspannenden und leitenden Rahmen. In der Phase III liegt das Schwergewicht vor allem auf den drei vorrangigen strategischen Anliegen, Chancengleichheit, soziale Entwicklung und Nachhaltigkeit. Zu den vorrangigen Handlungsbereichen zählen für Gesundheit und hohe Lebensqualität zuträgliche städtische Planungsverfahren, Lebensweisen und Armut, die Bedürfnisse von Senioren und Teenagern, Lebensbedingungen und soziale Unterstützung, ökologisches Management, Verkehr, Verschmutzung, Befähigung zum selbstbestimmten Handeln, Investitionen für die Gesundheit und eine rechenschaftspflichtige Verantwortung für die Gesundheit.

Um wirksame operationelle und strategische Programme aufstellen und durchführen zu können, brauchen die Städte eine tragfähige Projektinfrastruktur. In B.1–B.7 wird dargestellt, wie diese aussehen müßte. Die Erfahrungen der ersten beiden Gesunde-Städte-Phasen vermitteln einen weitgehenden Einblick in die Voraussetzungen für einen Wandel und die Kennzeichen einer effektiven Projektleitung. Dazu gehören Vollzeitkoordinatoren (oder Entsprechendes), ausreichende Verwaltungsmitarbeiter und Finanzressourcen sowie eine sektorübergreifende Lenkungsgruppe, der politische bzw. andere hochrangige Entscheidungsträger angehören. Wesentlich ist auch, daß sich Wirtschaft und Öffentlichkeit stärker an der Arbeit beteiligen.

Die Städte müssen einen Plan für die gesundheitliche Entwicklung der Stadt aufstellen und umsetzen, der sich auf die bisherige integrierte Gesundheitsplanung der Stadt stützt und die

Werte, Prinzipien und Zielsetzungen der Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert und der Lokalen Agenda 21 widerspiegelt. Außerdem muß der Plan die relevanten nationalen Gesundheitsstrategien sowie die stadspezifischen Prioritäten berücksichtigen. Er muß klare langfristige und kurzfristige Ziele und Vorgaben enthalten und zeigen, wie die Stadt systematisch zu überwachen gedenkt, ob diese Vorgaben (Indikatoren und Evaluationsrahmen) erfüllt wurden.

Ein Plan zur gesundheitlichen Weiterentwicklung der Stadt baut auf dem bereits bestehenden Stadtgesundheitsplan auf und bringt diesen ein Stadium weiter. Von Anfang an sollten alle Sektoren gemeinsam daran arbeiten, Ressourcen für die gesundheitliche Entwicklung zu beschaffen. In dem Plan sollte eine breite Perspektive angelegt werden, damit die Maßnahmen verschiedener Sektoren, verschiedener Ebenen und unterschiedlicher Akteure zu einem sektorübergreifenden Herangehen an Gesundheit und Entwicklung werden. Der Plan bietet ein Mehr an Integration und bewirkt, daß die gesamtgesellschaftlichen Ressourcen für die gesundheitliche Entwicklung eingesetzt werden. Der Plan sollte den Menschen in den Mittelpunkt rücken und die Determinanten von Gesundheit angehen. Selbstverständlich müssen die Pläne Raum für neue, sich während der fünf Jahre entwickelnde Probleme und Möglichkeiten lassen; diese Flexibilität wird in der Begutachtung berücksichtigt.

Ein weiteres Kennzeichen des Plans zur gesundheitlichen Weiterentwicklung der Stadt und der Phase III insgesamt ist der Schwerpunkt Monitoring und Evaluation. Alle Städte müssen gewährleisten, daß sie die Wirkung ihrer Tätigkeit laufend evaluieren, und sie müssen sich an den von der WHO geleiteten Prozessen zur Evaluation der Verbundarbeit insgesamt beteiligen.

Mit Hilfe der Vernetzung können die Städte zusammen lernen und arbeiten und Erfahrungen austauschen. Die Vernetzung kann das politische Engagement stärken und Solidarität bewirken, sie kann den Wandel legitimieren und der Stimme der Gesundheit auf nationaler und internationaler Ebene Gehör verschaffen.

## **6. Inhaltliche Gestaltung des Designationsantrags für die Phase III**

Designationsanträge für die Phase III gliedern sich in vier Elemente. Die Anträge für die erste Runde sollten bis zum 8. Mai 1998 eingereicht werden.

**Als erstes** müssen alle Städte gegenüber dem Gesunde-Städte-Projektbüro der WHO nachweisen, daß in der Stadt das politische Engagement für das Projekt vorhanden ist. Dieser Beleg sollte drei Punkte umfassen:

- a) ein offizielles Schreiben des Bürgermeisters oder entsprechenden Politikers (Bezirksleiters, Stadtratsvorsitzenden usw.), in dem die Unterstützung zum Ausdruck kommt,
- b) eine das Projekt stützende Entschließung der kommunalen Selbstverwaltung, die ein breites politisches Engagement erkennen läßt, und
- c) eine Partnerschaftsvereinbarung oder ein verpflichtendes Schreiben, das von leitenden Entscheidungsträgern anderer Gremien oder Sektoren unterzeichnet ist, die sich partnerschaftlich an der gesundheitlichen Arbeit in der Stadt beteiligen.

Wenn sich die in Frage kommenden Städte für die Designation zur Phase III des Netzwerks bewerben, werden sie **zweitens** gebeten, einen die fünf Jahre der Phase umfassenden Vorschlag für die Phase III einzureichen. In diesem Vorschlag zur Umsetzung sollte gezeigt werden, wie die Stadt den verschiedenen Anforderungen für die Phase III gerecht zu werden plant. Er sollte somit die unter den vier Elementen angeführten Kernanforderungen enthalten: Prinzipien und Strategien, Projektinfrastruktur, spezifische Ziele, Produkte und Resultate sowie Vernetzung und Zusammenarbeit. Aus dem Vorschlag für die Phase III sollte hervorgehen, für welche weiteren Optionen sich die Stadt entscheidet. Außerdem sollte er einen zeitlichen Rahmen für die Maßnahmen sowie einen Plan für integrierte Monitoring- und Evaluationstätigkeiten enthalten.

**Drittens** müssen sich die Städte bereit erklären, sich an dem laufenden Monitoring- und Evaluationsprozeß der WHO zu beteiligen. Das bedeutet als Minimum, daß sie dem Gesunde-Städte-Projektbüro der WHO einen jährlichen Fortschrittsbericht vorlegen, daß sie einen Beitrag zu den (noch aufzustellenden) Kernindikatoren leisten und sich bereit erklären, ihre Fortschritte von der WHO begleiten zu lassen. Zusammen mit ihren Designationsvorschlägen müssen sich die Städte schriftlich mit diesen Prozessen einverstanden erklären. Mit ihren Anträgen sollten die Städte auch eine zweite Runde von Grundindikatoren vorlegen.

**Viertens** müssen sich die Städte bereit erklären, einen jährlichen Beitrag an die WHO zu bezahlen, der einen Teil der Verwaltungskosten für den Verbund sowie die Bereitstellung von Produkten und Dienstleistungen während der Phase abdecken soll. Dieser Jahresbeitrag entspricht 5000 US-\$ bzw. 3000 US-\$ (für Städte aus Ländern, deren Wirtschaft im Umbruch begriffen ist), zahlbar für jedes der fünf Jahre der Phase. Mit dem Antrag müssen sich die Städte schriftlich zur Zahlung dieses Beitrags bereit erklären.

Die Beurteilung der Designationsanträge für die Phase III wird von der WHO koordiniert und organisiert. Bei der Beurteilung wird besonderer Wert auf die folgenden Faktoren gelegt:

- Schwerpunkt auf Chancengleichheit und Nachhaltigkeit
- Umsetzung der GFA-Strategie und -Prinzipien in stadtbezogene Maßnahmen
- Nachweis, daß die örtlichen Prioritäten durchdacht und Aktionsprogramme aufgestellt wurden, die sich mit diesen Anliegen befassen
- Innovation und Kreativität
- Nachweisliche Verknüpfung von Gesunde-Städte-Mechanismen mit relevanten anderen Entscheidungsstrukturen in der Stadt.

Die endgültige Entscheidung über die Designation liegt bei der WHO, die Städte erhalten innerhalb von 6–8 Wochen nach Eingang ihres Antrags Bescheid. In Frage kommende Städte, die in diesem Stadium nicht designiert werden, können sich später erneut bewerben, solange die maximale Zahl der 40 Verbundstädte noch nicht erreicht wurde.

Abb. 6: Inhaltliche Gestaltung des Designationsantrags

Ein vollständiger Designationsantrag muß enthalten:

- ein Antragsschreiben des Bürgermeisters und eine Entschließung des Stadtrats oder Parlaments sowie eine von führenden Entscheidungsträgern anderer Sektoren unterzeichnete Partnerschaftsverpflichtung;
- einen fundierten Vorschlag, in dem die Vorbereitungen und Pläne für die Erfüllung der Anforderungen von Phase III beschrieben werden;
- die Erklärung, sich an dem laufenden WHO-Monitoring und Evaluationsprozeß beteiligen zu wollen;
- die Gesunde-Städte-Grundindikatoren;
- die Bestätigung, den verlangten Beitrag zahlen zu wollen.

*Anhang I***Verwendung der finanziellen Beiträge der Städte**

Die Beitragsgelder werden für die WHO-Projektstädte des Verbunds der Phase III verwendet. Unter anderem werden damit einige Produkte und Leistungen finanziert, die bisher von der WHO kostenlos an das Gesunde-Städte-Projekt abgegeben wurden. Weiterhin könnten diese Mittel beispielsweise für Leitlinien, Schulungsangebote, Evaluation benutzt werden. Die WHO wird bei der Verwendung der von den Städten geleisteten Beiträge die Wünsche der Verbundmitglieder voll berücksichtigen.

Jedes Jahr sollte zumindest auf einer Koordinationstagung des Netzwerks erörtert werden, wie die Gelder einzusetzen sind. Die WHO behält sich das Recht vor, sich an diesen Gesprächen als Partner zu beteiligen und ein Veto gegen alle Vorschläge einzulegen, die ihr als nicht durchführbar oder mit den Zielen des Gesunde-Städte-Projekts bzw. mit den Vorgaben und Zielen der Regeln und Bestimmungen der WHO unvereinbar erscheinen.

Am Ende jedes für das Arbeitsprogramm der WHO geltenden zweijährigen Rechnungszeitraums wird die WHO den Verbundmitgliedern Rechenschaft über die eingegangenen und für das Netzwerk ausgegebenen Mittel ablegen.

Anfang 1998 werden in einem ergänzenden Papier die Punkte und Mechanismen für die Verwendung der Gelder für Produkte und Leistungen genauer dargelegt.

## Anhang 2

### Definitionen und Abkürzungen

#### *Anerkennung*

Unter Anerkennung wird hier der Prozeß verstanden, mit dem alle Städte, die bestimmte Kriterien erfüllen oder einen bestimmten Standard erreicht haben, anerkannt werden. Sinn der Anerkennung ist es, Mindestanforderungen festzulegen oder ein Lob für Erreichtes auszusprechen oder beides. Ein solcher Mechanismus wurde von der WHO und Euronet gemeinsam aufgebaut, ist jedoch noch nicht in Kraft.

#### *Koordinationsstagungen*

Koordinationsstagungen bieten allen Projektstädten die Möglichkeit, gemeinsam Konzepte und Managemententscheidungen zu erörtern und festzulegen. Diese Tagungen fanden in der Phase II zweimal jährlich statt, der Tagungsort wechselte zwischen den Projektstädten.

#### *Stadtgesundheitsplan*

Der Stadtgesundheitsplan gehörte zu den Designationsanforderungen von Phase II. Die Städte waren verpflichtet, einen Stadtgesundheitsplan (oder Entsprechendes) aufzustellen, der sich auf die Einschätzung der örtlichen Gesundheitsbedürfnisse und -anliegen (Gesundheitsprofil) und auf den Grundsatzrahmen der „Gesunden Städte“ stützte. Der Plan oder seine Entsprechung kann aus einem oder mehreren Papieren bestehen. Unabhängig von der Form sollte der Nachweis erbracht werden, daß die Gesundheitsplanung einer Stadt (grundsatzpolitisch, strategisch, operationell) koordiniert auf der Grundlage der „Gesundheit für alle“ geschieht. Der Plan sollte sektorübergreifend sein, die Bürger sollten in seine Ausarbeitung einbezogen werden.

#### *Plan zur gesundheitlichen Weiterentwicklung der Stadt*

Ein Plan zur gesundheitlichen Weiterentwicklung der Stadt baut auf dem bestehenden Stadtgesundheitsplan auf und bringt diesen einen Schritt weiter. Er sollte eine breite Perspektive bieten, damit die in verschiedenen Sektoren, auf verschiedenen Ebenen und von unterschiedlichen Akteuren ergriffenen Maßnahmen zusammen ein integriertes Herangehen an Gesundheit und Entwicklung ermöglichen. Er bietet ein Mehr an Integration und ermöglicht es, die gesamtgesellschaftlichen Ressourcen für die gesundheitliche Entwicklung freizumachen. Er sollte den Menschen in den Mittelpunkt stellen und die Determinanten von Gesundheit angehen.

#### *Designation*

Der Prozeß, mit dem eine in Frage kommende Stadt für die Phase III des WHO-Verbunds der Projektstädte rekrutiert wird und den Titel WHO-Projektstadt erhält.

#### *Eignung*

Geeignet sind die Städte, die imstande sind, sich an der Phase III zu beteiligen und den dort gestellten Anforderungen zu genügen.

#### *EURO*

Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation.

### *„Gesundheit für alle“*

Die europäische Strategie „Gesundheit für alle“<sup>8</sup> bietet eine ausführliche Anleitung für gesundheitliche Maßnahmen. Die überarbeitete Strategie Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert befindet sich im Entwurfsstadium und wird Ende 1998 in endgültiger Form vorliegen.

### *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.<sup>9</sup> 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. Das Gesunde-Städte-Projekt der WHO hat die Agenda 21 in seinen Grundsatz- und Planungsrahmen integriert und ist ein wichtiger Partner der europäischen Kampagne Zukunftsbeständige Kommunen, mit der die Planung für die Agenda 21 auf kommunaler Ebene gefördert wird.

### *Nationale Netzwerke*

Dabei handelt es sich um die Gesunde-Städte-Netze (einschließlich der von der WHO designierten Projektstädte) innerhalb eines Landes.

### *WHO-Netzwerk der Phase III*

Ein Verbund von WHO-Projektstädten, die Teil des EURO-Programms Städtische Gesundheitspolitik/„Gesunde Städte“ sind und der sich darauf verpflichtet hat, die umfassenden Projektanforderungen der Phase III umzusetzen.

### *MCAPs*

MCAPs bedeutet Multi-City Action Plans. In ganz Europa arbeiten Städte gemeinsam an sie alle interessierenden Themen, wie z. B. Tabak, Gesundheit von Frauen, Alkohol, Drogen, Aids, Agenda 21 und Unfälle. Zur Zeit bestehen etwa neun MCAPs. Die Mitglieder können Projektstädte oder Mitglieder von nationalen Netzwerken sein.

### *Phase I, II, III*

Jede Phase des WHO-Projekts „Gesunde Städte“ erstreckte sich über fünf Jahre: Phase I 1987–1992, Phase II 1993–1997. Die Phase III läuft von 1998–2002.

### *Projektkoordinatoren*

Die Projektkoordinatoren koordinieren die Tätigkeiten der WHO-Projektstädte.

### *Zukunftsfähigkeit/Nachhaltige Entwicklung*

Nachhaltige Entwicklung beinhaltet die Erhaltung von Umwelt- und Wirtschaftsstrukturen und umfaßt soziodemographische und gesundheitliche Dimensionen. Sie bedeutet Entwicklung, die

---

<sup>8</sup> „Gesundheit für alle“ – die Gesundheitspolitik für Europa. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1991.

<sup>9</sup> Earth Summit – Agenda 21. New York, Vereinte Nationen, 1993.

den Bedürfnissen der Gegenwart gerecht wird, ohne dadurch die Lebensmöglichkeiten künftiger Generationen zu gefährden.

## **WHO**

Weltgesundheitsorganisation.

### **WHO-Projektstädte**

WHO-Projektstädte sind Städte, die für die Phase II des WHO-Projekts „Gesunde Städte“ designiert wurden. Als solche mußten sie den Designationsanforderungen für die Phase II genügen. Für die Phase III wird ein neuer Verbund aus WHO-Projektstädten aufgestellt.

### **Gesunde-Städte-Projekt der WHO (HCP)**

Bei dem Gesunde-Städte-Projekt der WHO handelt es sich um ein langfristiges internationales Entwicklungsprojekt, durch das der Gesundheit auf der Agenda der Entscheidungsträger in den europäischen Städten ein hoher Stellenwert verschafft und auf kommunaler Ebene eine starke Lobby für die öffentliche Gesundheit aufgebaut werden soll.

### **WHO-Projektbüro „Gesunde Städte“ (HCPO)**

Das WHO-Projektbüro „Gesunde Städte“ (HCPO) hat seinen Sitz im Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (EURO) in Kopenhagen, Dänemark. Das Büro ist Teil des WHO-Zentrums für Gesundheit in Städten. Das Zentrum umfaßt drei Hauptelemente: das Programm für städtische Gesundheitspolitik, die Gesunde-Städte-Netzwerke und das städtische Planungs-/Entwicklungsprogramm.

## Anhang 3

**Länderquoten**

Die maximale Zahl der pro Land zugelassenen Städte richtet sich nach der Bevölkerungszahl, mit der Ausnahme von vier Ländern (Dänemark, Polen, Schweden und Vereinigtes Königreich), bei denen die Zahl der Städte der Phase II aus historischen Gründen beibehalten wurde. In den unten angeführten Ländern gibt es Projektstädte der Phase II oder nationale Netze. Voraussichtlich werden die Städte der Phase III aus den Ländern kommen, in denen die Gesunde-Städte-Arbeit bereits erhebliche Fortschritte gemacht hat. Städte, deren Länder nicht angeführt sind, können sich beim Gesunde-Städte-Projektbüro jederzeit genauere Auskunft über ihre Länderquote holen.

**Länderquoten**

	<b>Land</b>	<b>Städte der Phase II</b>	<b>Höchstzahl</b>
1.	Belgien	2	2
2.	Dänemark	2	2
3.	Deutschland	2	3
4.	Finnland	1	1
5.	Frankreich	2	3
6.	Griechenland	2	2
7.	Irland	1	1
8.	Israel	1	1
9.	Italien	3	3
10.	Kroatien	0	1
11.	Litauen	1	1
12.	Niederlande	2	2
13.	Norwegen	1	1
14.	Österreich	1	1
15.	Polen	4	4
16.	Portugal	1	1
17.	Russische Föderation	0	3
18.	Schweden	2	2
19.	Schweiz	1	1
20.	Slowakei	1	1
21.	Slowenien	1	1
22.	Spanien	0	3
23.	Tschechische Republik	2	2
24.	Türkei	0	3
25.	Ukraine	0	3
26.	Ungarn	2	2
27.	Vereinigtes Königreich	4	4

## Anhang 4

**Bibliographie**

Draper R.; Curtice L.; Hooper J., et al. WHO Healthy Cities Project Office. **WHO Healthy Cities Project : review of the first five years (1987-1992): a working tool and a reference framework for evaluating the project.** Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 1993. 137 Seiten (Englisch).

Price Ch. und Tsouros A.D. (Hrsg.) WHO Healthy Cities Project Office. **Our Cities, Our Future.** Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 1996. ISBN: 87-985788-0-4. (Englisch).

**Nachhaltige Entwicklung und die Gesundheit: Konzepte, Grundstädte und Handlungsrahmen für europäische Städte und Gemeinden.** Europäische Schriftenreihe Nachhaltige Entwicklung und die Gesundheit: Bd. 1, WHO. Erscheint 1998.

Tsouros A.D. (Hrsg.) **Gesunde Städte. Ein Projekt wird zur Bewegung. Zwischenbericht über das Gesunde-Städte-Projekt der Weltgesundheitsorganisation 1987 bis 1990.** Tauberbischofsheim; 1991. 80 Seiten, ISBN: 3-924780-20-x (auch Englisch, Griechisch, Spanisch).

Tsouros A.D. **The WHO Healthy Cities Project: state of the art and future plans.** WHO, Juli 1997.

Webster, P. u. Price, Ch. (Hrsg.) **Healthy Cities Indicators. Analysis of data from across Europe.** WHO, 1996.

Gesunde-Städte-Projektbüro der WHO. **Gesunde Städte, Leitfaden zur Entwicklung eines Gesunde-Städte-Projekts.** WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, zweite Aufl. 1995. 58 Seiten (Dänisch, Deutsch, Englisch, Finnisch, Französisch, Griechisch, Hebräisch, Italienisch, Japanisch, Kroatisch, Litauisch, Norwegisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Slowakisch, Slowenisch, Türkisch, Ukrainisch, Ungarisch).

Gesunde-Städte-Projektbüro der WHO. **Briefings on Multi-City Action Plans: WHO Healthy Cities Project, Phase II: 1993-1997.** Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 1994. 32 Seiten (Englisch).

Gesunde-Städte-Projektbüro der WHO. Healthy City Project: **Organigrams: location of project within city structure and links with other organizations.** Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 1994. 40 Seiten. (Englisch).

Gesunde-Städte-Projektbüro der WHO. **Guidelines for Multi-City Action Plans: WHO Healthy Cities Project, Phase II: 1993-1997.** Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 1994. 8 Seiten (Englisch).

Gesunde-Städte-Projektbüro der WHO. **National Healthy Cities Networks in Europe.** 3rd ed. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 1997. 77 Seiten (Englisch).

Gesunde-Städte-Projektbüro der WHO. **Setting Standards for WHO Project Cities: The Requirements and the Designation Process for WHO Project Cities.** WHO Healthy Cities Project Phase II (1993-1997). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 1993. 13 Seiten (Englisch und Russisch).

**Dokumentation erhältlich bei:**

WHO-Regionalbüro für Europa  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Kopenhagen Ø  
Dänemark  
Tlf.: +45 39 17 17 17  
Fax: +45 39 17 18 18

Anhang 5

**Adressen und Kontaktstellen**

***WHO-Projektbüro „Gesunde Städte“***

Dr. Agis Tsouros  
Regionalbeauftragter, Städtische Gesundheitspolitik  
Koordinator des Gesunde-Städte-Projekts  
Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Kopenhagen Ø  
Dänemark  
Tel.: +45 39 17 12 24  
Fax: +45 39 17 18 60  
E-Mail: eip@who.dk  
World Wide Web: <http://www.dk/tech/hcp/index.htm>

***WHO-Kooperationszentrum für Gesunde-Städte-Forschung***

Dr. Evelyne de Leeuw  
WHO-Kooperationszentrum für Gesunde-Städte-Forschung  
Postfach 616  
NL-6200 MD Maastricht  
Niederlande  
Fax: +31 43 3671032