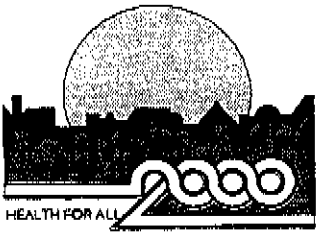
EUR/ICP/HSC 621(7)
04155
ORIGINAL: ENGLISCH

STÄDTE HANDELN FÜR DIE GESUNDHEIT

Projektkritik der ersten Phase des
Gesunde-Städte-Projekts

Bericht über das 7. Gesunde-Städte-Symposium

Kopenhagen
9. – 12. Juni 1992



1995

EUR/GFA-Ziel 14

ZUSAMMENFASSUNG

Am Ende der ersten Fünfjahrphase des Gesunde-Städte-Projekts der WHO veranstalteten das WHO-Regionalbüro für Europa und das Gesunde-Städte-Projektbüro Kopenhagen das 7. jährliche Gesunde-Städte-Symposium. Fast 500 Teilnehmer aus den unterschiedlichsten Fachbereichen und Sektoren – ein Maßstab für den Umfang und den Erfolg des Projekts – evaluierten die erste Phase des Projekts und leiteten die nächste Fünfjahrphase unter dem einheitlichen Thema gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ein. Die Teilnehmer erörterten die Erfolgsfaktoren der von den Projektstädten und einzelstaatlichen Gesunde-Städte-Netzwerken geleisteten Arbeit sowie die Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Handlungskonzepten, die sicherere und stärker stützende Umfelder und Dienste in den Städten schaffen. In etwa 40 Fallstudien wurde das von den Städten praktisch Erreichte beschrieben, darunter vier besonders erfolgreiche Multi-City Action Plans, und in Workshops befaßte man sich mit wichtigen gemeinsamen Problemen. Die Symposiumteilnehmer beendeten ihre Arbeit im Einvernehmen über Strategien für die zweite Phase des Gesunde-Städte-Projekts und über die von allen Partnern auf internationaler, nationaler und städtischer Ebene zu ergreifenden Initiativen.

Schlüsselwörter

URBAN HEALTH
HOUSING
HEALTH PROMOTION
CONSUMER PARTICIPATION
PUBLIC POLICY
HEALTH FOR ALL
PROGRAM EVALUATION
INTERSECTORIAL PLANNING
CONGRESSES
ENVIRONMENTAL HEALTH

INHALT

EINLEITUNG

Das 7. jährliche Gesunde-Städte-Symposium, das vom 9. bis 12. Juni 1992 in Kopenhagen stattfand, wurde gemeinsam vom WHO-Regionalbüro für Europa und dem Kopenhagener Gesunde-Städte-Projektbüro organisiert und vom Europarat und der Kommission der Europäischen Gemeinschaften unterstützt. Das Symposium zum Ende der ersten fünf Jahre des WHO-Projekts „Gesunde Städte" konzentrierte sich auf das Thema gesundheitsfördernde Gesamtpolitik als Instrument zur Überprüfung und Verknüpfung der von den WHO-Projektstädten geleisteten mannigfaltigen Arbeit.

Zum Symposium kamen 465 Teilnehmer aus 87 Städten und 31 Ländern, hauptsächlich aus der Europäischen Region, doch auch aus den WHO-Regionen Gesamtamerika, Östlicher Mittelmeerraum und Afrika. Mit Unterstützung der Stadt Kopenhagen und der dänischen Regierung bemühte man sich besonders darum, die Teilnahme von etwa 100 Teilnehmern aus den mittleren und östlichen Teilen der Europäischen Region zu sichern. Neben den Vertretern von 32 WHO-Projektstädten kamen Vertreter von 17 nationalen Netzwerken sowie von zahlreichen nationalen und internationalen Organisationen. Die Teilnehmer vertraten die vielfältigsten Fachbereiche, unter ihnen waren Bürgermeister und führende Politiker, städtische Angestellte und Beamte und andere Berufsgruppen, Vertreter der Bevölkerung und Akademiker. Eine Liste der Teilnehmer ist in Anhang 2 enthalten.

Die Plenarsitzungen wurden von Julie Fitzgerald, London; Professor Lowell S. Levin, New Haven; Dr. Claus Lundstedt, Kopenhagen; und Margarete Nimsch, Frankfurt; geleitet. Die Eröffnungs- und Abschlußfeierlichkeiten leitete der Oberbürgermeister von Kopenhagen, Jens Kramer Mikkelsen. Dr. Trevor Hancock war Berichterstatter.

Es handelte sich um das bis dahin größte Gesunde-Städte-Symposium. Es umfaßte drei Plenarsitzungen, 14 Sitzungen in kleineren Gruppen, neun Workshops (mit etwa 80 Referaten), sieben Lehrsitzungen und 14 Besichtigungen sowie die zweite Tagung der Gesunde-Städte-Bürgermeister, eine eindrucksvolle Projektausstellung, und das alles im Rahmen der großzügigen Gastfreundschaft

der Stadt Kopenhagen und des dänischen Ministeriums für Gesundheit. Darüber hinaus wurden Sitzungen für die Vertreter der nationalen Netzwerke, der Multi-City Action Plans sowie der internationalen Organisationen mit Interesse an der Gesundheit in Städten abgehalten. Außerdem feierte die Stadt Kopenhagen das Symposium durch die Veranstaltung einer „Gesunde-Städte-Woche" in der gesamten Stadt, wobei Projektfürsprecher in den einzelnen Stadtteilen Tätigkeiten organisierten. Dazu kamen ein Treffen von etwa 1000 Senioren aus Projektstädten der gesamten Europäischen Region und ein Mittagstisch, dessen Länge alle Rekorde schlug; er reichte nämlich von einem Ende der Kopenhagener Einkaufsstraße (*Strøget*) bis zum anderen, und Zehntausende von Kopenhagenern bekamen hier ein gesundes Essen.

Das Symposium war der Abschluß der ersten fünf Jahre des WHO-Projekts „Gesunde Städte" und zugleich der Beginn der nächsten Fünfjahrphase. Die wichtigsten Ziele des Symposiums waren:

- Evaluierung der ersten fünf Jahre des Projekts;
- Überprüfung des Erreichten und der Probleme, die sich bei der Schaffung einer gesundheitsfördernden Politik ergeben;
- Beschreibung von beispielhaften Tätigkeiten in bestimmten Bereichen – u. a. der durch die Multi-City Action Plans geleisteten Arbeit, sowie
- Skizzierung künftiger Strategien und Aufgaben, die die nächste Phase des Projekts in einem sich wandelnden europäischen Kontext einleiten.

DISKUSSION

Überlegungen zu den gemachten Fortschritten

1987 umfaßte das Gesunde-Städte-Projekt der WHO 11 Städte, 1992 war es auf 35 Städte angewachsen. Außerdem bestanden Verbindungen zu nationalen Städtenetzen in 18 europäischen Ländern sowie zu anderen Gesundheitsinitiativen in Städten, Bezirken und Gemeinden aller WHO-Regionen. Das Projekt trägt nicht nur dazu bei, die „Gesundheit für alle" auf örtlicher Ebene zu verwirklichen, sondern es bildet zugleich die Grundlage für ein neues Herangehen an die öffentliche Gesundheit.

Das Gesunde-Städte-Projekt war nie als Laborexperiment oder als ein in einem geschlossenen System fungierender Plan gedacht. Langfristig gesehen ging es immer darum, soziale und politische Veränderungen zu bewirken, die der Gesundheit nützen. Zugleich müssen die Projekte in den Städten jedoch ihren Wert für die Bevölkerung beweisen. Die Menschen müssen wissen, daß Prinzipien wie sektorübergreifende Zusammenarbeit und Mitsprache der Bevölkerung tatsächlich funktionieren. In schwierigen Zeiten muß das Projekt seinen Wert unter Beweis stellen, indem es die Prinzipien der Gesundheitsförderung hochhält und sich zum Fürsprecher der Schwächsten macht.

1993 erscheint die fünf Jahre umfassende Projektkritik. Sie dient der Planung der zweiten Projektphase (1993 – 1997) und wird die von den Projektstädten und nationalen Netzwerken in Europa bei der Schaffung von gesundheitsfördernden Kontexten und Rahmenbedingungen gemachten Fortschritte analysieren und erläutern. Die Projektkritik soll die Fortschritte nach dem noch zu Leistenden, dem schon Geleisteten und der Wirkung auf örtlicher, teilnationaler, nationaler und internationaler Ebene beurteilen. Man muß sich jedoch klarmachen, daß eine solche Arbeit Zeit braucht: vielleich zwei bis vier Jahre, um Strukturen und Prozesse zu ändern, drei bis sechs Jahre, um zu gesundheitsfördernden Handlungskonzepten zu gelangen, vier bis acht Jahre, um gesündere Rahmenbedingungen zu schaffen, und fünf bis zehn Jahre, bevor sich all das in einem Zugewinn an Gesundheit niederschlägt. Diese Zeit braucht es, um

politische Einwände, bürokratische Traditionen, den Skeptizismus der Bevölkerung, den Widerstand von Fachkräften und die Ressourcenknappheit zu überwinden.

Teilnehmer aus Kopenhagen machten deutlich, was gebraucht wird, sie berichteten über ein Beispiel, nämlich die Entscheidung, einen Gesunde-Städte-Plan sowie gemeinsame, konkrete Zielvorgaben aufzustellen. Man hat bereits Gesundheitsprofile für die einzelnen Stadtbezirke ausgearbeitet, die auf Diskette vorliegen, so daß die Gemeinden ihre gesundheitlichen Bedingungen besser verstehen können. Außerdem berichteten Vertreter einer Reihe von Städten sowie nationaler und regionaler Netze über die bisher von ihnen erreichten Fortschritte. Beispiele aus Glasgow, Toronto und Sheffield unterstrichen, daß das Projekt es erfolgreich vermocht hat, den in den einzelnen Städten laufenden Bemühungen, bestimmte Determinanten der Gesundheit innerhalb der Gemeinde zu verändern, praktischen Schwung zu verleihen. Die Teilnehmer aus Rennes machten deutlich, wie weit verzweigt die partnerschaftlichen Beziehungen sein müssen, wenn die Projektziele in den unterschiedlichsten öffentlichen Interessenbereichen Eingang finden sollen. Außerdem regt das Projekt in wachsendem Maße Partner aus dem Privatsektor zur Investition in die Gesundheit der Gemeinde an, was Beispiele aus Horsens und anderen Städten deutlich machten.

Die in nationalen Netzwerken gewonnenen Erfahrungen sprechen dafür, daß fachliche Unterstützung, jährliche Tagungen und Nähe zum Projektbüro den Erfolg von Projekten begünstigen und daß auch die Größe der Stadt dabei eine Rolle spielt. Größere Städte scheinen die sektorübergreifende Zusammenarbeit und die Einbeziehung der Bevölkerung schwieriger zu finden als kleinere.

In den Sitzungen wurden auch der Nutzen und die Bedeutung partnerschaftlicher Beziehungen zwischen Projektstädten in verschiedenen Ländern sowie die wichtige Rolle angesprochen, die die Städte bei der Unterstützung ihrer Partner, vor allem in Krisenzeiten, spielen können. Das gilt für den offensichtlichen und materiellen Nutzen der (7 Mio. US-$ umfassenden) Hilfe von Horsens für Zagreb, allgemeiner aber auch für die Beziehungen zwischen Städten in Mittel- und Osteuropa und denen in anderen Teilen der Europäischen Region.

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und Städte

Das Thema des Symposiums von 1992 lautete gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Praktisch gesehen bedeutet das Maßnahmen auf Stadtebene, die sicherere und stärker stützende Umfelder und Dienste in der Gemeinde schaffen und ausdrücklich darauf abzielen, das Wohlergehen zu fördern.

Dieses Thema ist im Kontext der Entwicklung von Gesundheitsförderung und gesundheitsfördernder Gesamtpolitik als grundlegenden Konzepten zur Verwirklichung der „Gesundheit für alle" zu sehen. Verschiedene Male wurde darauf hingewiesen, daß die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und das Gesunde-Städte-Projekt ihren gemeinsamen Ursprung in einer 1984 in Toronto, Kanada, abgehaltenen Konferenz haben. Die 1986 verabschiedete Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung rückte die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik an die Spitze einer Liste von fünf Möglichkeiten zur Umsetzung der Gesundheitsförderung. Die Bedeutung der gesundheitfördernden Gesamtpolitik wurde 1988 in Adelaide, Australien, auf der 2. Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung erläutert. Die Konferenz führte u. a. zur Veröffentlichung von Fallstudien über die Entwicklung der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf örtlicher Ebene. Bei der 3. Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung, die 1991 in Sundsvall, Schweden, stattfand, ging es schwerpunktmäßig um den zweiten, in der Ottawa-Charta aufgezeigten Hauptansatz der Gesundheitsförderung, nämlich die Schaffung von gesundheitsfördernden Umfeldern.

Zusätzlich betont wurde die Bedeutung der Städte als Schwerpunkt einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf der Konferenz für Umwelt und Entwicklung der Vereinten Nationen, die gleichzeitig mit dem Gesunde-Städte-Symposium stattfand. Die Projektstädte sind äußerst daran interessiert, gesundheitsförderliche Umfelder zu schaffen und ihre natürlichen Gegebenheiten und Ressourcen zu erhalten. Die Bürgermeister der WHO-Projektstädte erarbeiteten deshalb bei ihrer Sitzung nicht nur eine Erklärung über die Gesunde-Städte-Bewegung (Anhang 1), sondern schickten auch ein Telegramm an die UN-Konferenz, in dem sie ihr Engagement für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz und eine nachhaltige, tragfähige Entwicklung zum Ausdruck brachten und es außerdem für

wichtig erklärten, gesundheitliche Ungleichheiten, insbesondere die Bedürfnisse der Armen und Benachteiligten in den Städten, aufzugreifen, Solidarität mit den Städten in Mittel- und Osteuropa zu beweisen und international zusammenzuarbeiten. Die Gesunde-Städte-Bewegung ist ein gutes Beispiel für den Slogan: Global denken, lokal handeln; sie erinnert daran, daß weitaus die meisten Menschen der industrialisierten Welt in Städten leben und das auch bald für die Mehrheit der Weltbevölkerung gelten wird. Die WHO widmet sich deshalb in wachsendem Maße den gesundheitlichen Aufgaben in Städten, was die zu diesem Thema 1992 auf der Weltgesundheitsversammlung geführten Fachdiskussionen bezeugen. Deshalb greift das Gesunde-Städte-Projekt oder die Bewegung allmählich auch auf die Entwicklungsländer über, die darin einen nützlichen Ansatz für die Bewältigung der ihnen bevorstehenden gesundheitlichen Herausforderungen in Städten sehen.

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist ein neuer Stil, ein neues Herangehen und ein neuer Inhalt, ihre Stärke liegt teilweise darin, daß sie sich nicht auf einen Sektor begrenzen läßt. Ihre wichtigsten Elemente sind:

- die Konzentration auf die Determinanten der Gesundheit und auf die Frage, wo Gesundheit entsteht;

- das Interesse daran festzustellen, welche Investition zu dem größten Zugewinn an Gesundheit führt (z. B. die Investition in die Primäraufklärung gegenüber der Investition in Gesundheitsversorgungsdienste);

- die Verpflichtung auf Chancengleichheit und darauf festzustellen, durch welche Strategien sich das gesundheitliche Gefälle abflachen kann, und

- der Wunsch, die öffentlichen Ressourcen ausgehend von diesen Überlegungen verteilt zu sehen.

Eine solche Politik erfordert mehr relevante epidemiologische Forschung und Indikatoren und Kapazitäten für die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist

mit der neuen Politik, die sich auf bestimmte Probleme konzentriert, kompatibel, weil sie flexibel ist, herkömmliche politische Grenzen überschreitet und ein neues Herangehen an die Ausarbeitung von Handlungskonzepten voraussetzt. Wichtig ist sie auch für zwei wichtige Probleme: das menschliche Wohlergehen und die tragfähige Erhaltung der Umwelt. Man kann gesundheitsfördernde Gesamtpolitik als eine Form der organisatorischen Entwicklung für Gesundheit betrachten.

Das Symposium deckte verschiedene Aspekte der Entwicklung und Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in Bereichen ab, die vom Umweltschutz über Wohnungs- und Verkehrsfragen, die Bedürfnisse von Flüchtlingen, Immigranten und anderen benachteiligten Gruppen bis zu Senioren, Kindern und Schulen, neuen Ansätzen der Stadtplanung sowie lebendigen und innovativen Programmen zur Gesundheitsförderung reichten.

Beispiele für bisher Geleistetes

Die in zehn Sitzungen vorgestellten 40 Fallstudien vermittelten einen Einblick in die vielen praktischen Erfolge des Gesunde-Städte-Projekts. Sie zeigten die zahlreichen Aspekte des Projekts und die mannigfaltigen Dimensionen des städtischen Lebens, die beeinflußt werden, wenn die Menschen in einer Gemeinschaft beschließen, sich mit vereinten Kräften an die Lösung von Problemen zu machen, die ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen beeinflussen. Die Fallstudien zeigten, daß erfolgreiches Handeln im Rahmen des Gesunde-Städte-Projekts zwei Bedingungen erfüllen muß:

- es müssen die erforderlichen Prozesse ablaufen wie Planung, Schaffung von politischem Engagement, Anknüpfung von Partnerschaften und Einbeziehung der Bürger; und
- die dem Projekt zugrunde liegenden Ideen müssen durch konkrete Projekte und Experimente deutlich sichtbar gemacht werden.

Welche Rolle das Projekt spielen kann, wenn es darum geht, die schwerwiegenden sozialen Probleme einer Gemeinschaft deutlich herauszubringen, zeigte eine Reihe von Projekten zur Unterstützung entrechteter Gruppen wie von Vertriebenen in Zagreb, Zigeunern und mißbrauchten Kindern in Thailand und Frauen aus Immigrantengruppen in Rotterdam. Außerdem zeigte sich die Bereitschaft, die Ressourcen der Gemeinschaft so umzulegen und neu zu definieren, daß sie dem Bedarf der Risikogruppen gerecht werden, in den Sitzungen über Altenfürsorge. Die Beispiele aus Stockholm, Kopenhagen, Göteborg und Hamburg beschäftigten sich mit den Schritten, die dazu führen, daß ein übliches Herangehen an die Probleme durch eine stärker auf individuelle Bedürfnisse zugeschnittene Leistungserbringung ersetzt und die Aufmerksamkeit auf die sozialen und umweltbedingten Verhältnisse gelenkt wird, die den Senioren helfen könnten, in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld zu bleiben.

Die Referate zeigten, daß Umweltfragen in den Städten zu einem wachsenden Problem werden. Die Teilnehmer aus Kopenhagen stellten ein für die Städte der Europäischen Gemeinschaft entwickeltes Modell für den Umgang mit gefährlichen Materialien vor; darin wurden die Vorteile der Abfalltrennung vor der Entsorgung betont, und man beschäftigte sich auch mit illegalen Formen der Abfallentsorgung. In Pécs etabliert man neue Kommunikationskanäle zwischen der Stadtverwaltung und der Bevölkerung sowie neue administrative Infrastrukturen, da man sich allmählich der Konsequenzen von Problemen wie gefährlichen Abfällen, Verschmutzung und unzureichender Kanalisation stärker bewußt wird.

Kinder sind der Umweltverschmutzung besonders ausgesetzt, was Bürger und Industrie von Kopenhagen beunruhigte und dazu führte, daß man mit gemeinsamen Maßnahmen die Verschmutzung zu begrenzen suchte. In Eindhoven konzentrierte sich ein Projekt darauf, Kinder und Jugendliche dazu anzuregen, aktiv und verantwortlich an der Verbesserung ihrer Umwelt mitzuarbeiten. Das Potential der Schule als konkreter Rahmen für Investitionen in die Gesundheit der Gemeinschaft wurde zudem in einer Kopenhagener Fallstudie über ein Handlungskonzept für die Gesundheitsfördernde Schule beschrieben.

Eine Fallstudie aus Vancouver unterstrich die Rolle der Stadtplaner bei der strategischen Entwicklung der gesunden Stadt der Zukunft. In Bremen hat sich das Gesunde-Städte-Projekt auf Versuche konzentriert, Senioren und Stadtbehörden in die Schaffung sichererer Verkehrsbedingungen einzubeziehen. Verkehrsverhältnisse, vor allem für Fußgänger, waren auch der Interessenschwerpunkt eines Projekts in Belfast, in dessen Rahmen sich Transportplaner und eine Einwohnergruppe verbündeten, um ihre Umwelt sicherer zu gestalten. Die komplexe Beziehung zwischen Stadtplanung und Gesundheit veranschaulichte eine Fallstudie aus Liverpool, wo renovierte Häuser dazu geführt hatten, daß die Bewohner ihre Gesundheit als verbessert empfinden, zugleich aber auch die sozialen Probleme in andere Gebiete ausgelagert worden waren.

Vier Multi-City Action Plans (MCAPs) wurden evaluiert. Den Erfolg der MCAPs für AIDS, tabakfreie „Gesunde Städte", Gesundheitsfördernde Krankenhäuser sowie Umwelt und Gesundheit in den baltischen Städten schrieb man verschiedenen Faktoren zu, u. a. dem Beitrag der für jeden MCAP zuständigen Koordinationsstadt, engen Beziehungen zu einschlägigen Programmen des WHO-Regionalbüros für Europa sowie dem Interesse und der Beteiligung der Mitgliederstädte. Die Projektstädte müssen konkrete und deutliche Probleme unbedingt zusammen bearbeiten, wie das in Eindhoven durch die erfolgreiche Zusammenarbeit von Behörden und Bevölkerung zum Thema sportliche Betätigung gezeigt wurde. Die Fallstudie über diese Arbeit bezeichnete den Beginn eines neuen MCAP, aktives Leben. Andere Berichte erfaßten spezielle Themen der Lebensweise, z. B.:

- die AIDS-Kampagne in Kopenhagen, bei der öffentliche Transportmittel als Litfaßsäule benutzt wurden;

- Tabakbekämpfungsmaßnahmen im Rahmen des gesundheitlichen Selbstschutzprojekts in Bologna;

- die von einem Zentrum in Padua geleistete Antiraucherarbeit, wobei u. a. durch amtliche städtische Erlasse das Rauchen verboten wurde, und

- ein Projekt in Kopenhagen, bei dem Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam nach kulturellen und sozialen Antworten auf den Alkoholkonsum am Arbeitsplatz suchen.

Darstellungen der Gesamtentwicklung oder einzelner Elemente des Gesunde-Städte-Projekts befaßten sich mit allgemeineren Aspekten.

Ein Team aus Liverpool veranschaulichte die zahlreichen Dimensionen der Gesunde-Städte-Strategie und unterstrich das Vorgehen „von unten nach oben". Die Teilnehmer aus Turku beschrieben, wie das Projekt allmählich eng in die Arbeit der städtischen Abteilung für Gesundheitsförderung eingegliedert worden sei und sich damit eine im Rahmen der gesetzlichen finnischen Rahmenbestimmungen bestehende Organisation zunutze machen konnte, wobei sie zu der Arbeit ihrerseits eine internationale Dimension und die Prinzipien der „Gesunden Städte" beigesteuert hätten. Im Gebiet von Nancy hat das Projekt eine breite Koalition zwischen Wissenschaftlern, Umweltfachleuten, Kultur- und Freizeitverantwortlichen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens zustande gebracht. Das Projekt in Camden stützt sich zudem auf Erhebungen und direkte Befragungen, um die Bevölkerung zur Mitwirkung anzuregen und sie bei der Stange zu halten.

Wiederholt wurde unterstrichen, daß Information und Kommunikation außerordentlich wesentlich seien. Beispielsweise betont der nationale Verbund in den Niederlanden die Notwendigkeit eines starken organisatorischen Rahmens, der die Kommunikation zwischen den Mitgliedern ermöglicht; australische Städte brauchen ein nationales Netzwerk, um die Ideen des Gesunde-Städte-Projekts zu fördern. Dänemark hat für diesen Bedarf eine mögliche Antwort gefunden, der dänische Gesundheitsfonds konzentriert sich darauf, durch sein Informationssystem etwa 100 örtliche Gesundheitsinitiativen abzustützen.

Workshop-Berichte

Die Teilnehmer von sechs Workshops berichteten über ihre Schlußfolgerungen.

Gesundheit in kleinen Städten

Große Städte können von den Erfahrungen der kleinen, am Gesunde-Städte-Projekt beteiligten Städte lernen, denn hier liegt der Schlüssel zur partizipatorischen Beteiligung der Bevölkerung. Große Städte sollten das Projekt stärker dezentralisieren. Vielleicht sollten sie sich das Konzept der Arbeit auf Stadtviertel-, Nachbarschafts- oder Dorfebene zunutze machen. Kleinen Städten bereiten die fehlenden Ressourcen organisatorische Probleme. Sie brauchen Zugang zu zentralen Ressourcen oder Unterstützung durch die nationalen Netzwerke.

Nationale Netzwerke

Die einzelnen nationalen Gesunde-Städte-Netzwerke bieten ihren Mitgliedern als wesentlichste Tätigkeit gegenseitige Schulungs- und Lernmöglichkeiten. Die nationalen Netzwerke brauchen eine gewisse organisatorische Struktur, die allerdings den Informationsfluß oder die Flexibilität des Verbunds nicht behindern darf.

Vor allem kleinere Städte brauchen Stützzentren, die die Vernetzung erleichtern, Rat und Unterstützung liefern, Informationen weitergeben und Schulungsprogramme entwickeln. Außerdem wurde vorgeschlagen, daß die nationalen Netzwerke ihre Finanzierung auf breiterer Grundlage suchen müßten und sich nicht nur auf einen Sponsor verlassen dürfen.

Entwicklungsländer

Die wichtigsten Kriterien für den Versuch, in Entwicklungsländern Gesunde-Städte-Projekte zu unternehmen, sind folgende: In den Städten oder Gemeinden muß es irgendeine Struktur des öffentlichen Gesundheitswesens geben, die Stadtväter müssen an der öffentlichen Gesundheit interessiert sein, und ein gewisses Maß an Demokratie muß die Einbeziehung der Öffentlichkeit erlauben.

In den Städten der Entwicklungsländer unterscheiden sich die gesundheitlichen und sozialen Probleme der Armen, der Mittelklasse und der Reichen außerordentlich stark. Die gesundheitlichen Probleme der Wohlhabenden ähneln eher denen der Industrieländer,

während die Probleme der Armen typischer für ein Entwicklungsland sind. Die örtliche Selbstverwaltung in diesen Ländern ist unter Umständen schwach, die Erfahrung hat gezeigt, daß man deshalb mit Bevölkerungsgruppen arbeiten und sich zuweilen auf ein bestimmtes Gebiet konzentrieren muß, d. h., nicht versuchen sollte, in der gesamten Stadt zu arbeiten.

Strategien und Probleme der Projektstädte

Die Projektstädte unterscheiden sich insofern sehr stark, als sich die strategischen Ansätze normalerweise in verschiedenen Entwicklungsstadien befinden. Einige Städte stecken noch in der Anfangsphase, in der sie versuchen, eine Projektgrundlage zu schaffen, während andere das Projekt bereits zu einer die gesamte Stadt umfassenden Bewegung gemacht haben. Man kann das Projekt zwar von ganz unterschiedlichen Ausgangspunkten, sogar von bereits bestehenden Programmen zur Risikoreduzierung her angehen, die erste Voraussetzung ist jedoch, daß die Gemeinschaft das Projekt als das ihre empfindet, die zweite, daß es koordiniert geplant wird. Um das Vertrauen der Bevölkerung zu gewinnen, muß das Projekt sichtbar sein, eine Befragung der Öffentlichkeit vorsehen und einem Verfahren zur Rechenschaftslegung unterworfen sein.

Die Projektstrategie birgt verschiedene Fallstricke; sie reichen von der Abhängigkeit von wenigen Schlüsselpersonen bis zu der Vereinnahmung des Projekts durch eine bestimmte politische Partei.

Gesundheitsprofile

Die Teilnehmer betrachteten Gesundheitsprofile als Grundlage für die Festlegung von Prioritäten und die Planung der Arbeit im Kontext der „Gesunden Städte". Die Profile müssen sich auf qualitative und quantitative Daten stützen.

Quantitative Daten liegen oft bereits vor, beispielsweise durch Volkszählungen, obwohl sie nicht immer so aufbereitet sind, daß sie einen Überblick über die in der Stadt bestehenden gesundheitlichen Determinanten (Wirtschaft, Umwelt, Wohnungsverhältnisse, Transport und Bildung) ermöglichen oder nach Stadtteilen aufgeschlüsselt sind. Wenn die Gesundheitsprofile in der Öffentlichkeit und unter

Politikern Interesse finden sollen, müssen sie auch subjektive Ansichten und Auffassungen darüber einschließen, was eine gesunde oder „bewohnbare" Stadt ausmacht. Diese Daten kann man durch Interviews mit den Einwohnern oder durch an bestimmte Gruppen gerichtete Fragebogen oder auch durch von Interessengruppen vorgenommene „Umweltprüfungen" sammeln.

Beteiligung der Bevölkerung

Um die Beteiligung der Bevölkerung wird in den Städten auf zahlreiche Weise geworben. Entweder geht es um die Umsetzung bestimmter Projekte, oder man bemüht sich um die Schaffung einer dauerhafteren Grundlage. Die bei dem Workshop vorgestellten Beispiele machten deutlich, daß die Ortsbevölkerung die Probleme und Fragen als ihre eigenen erkennen muß, wenn sie eine wirklich aktive Rolle übernehmen soll. Das könnte einer der wichtigsten Gründe dafür sein, daß Projekte, die ihren Ursprung an der Basis oder in der Laienarbeit haben und die Menschen zur Eigenständigkeit befähigen sollen, in der Bevölkerung normalerweise leichter Unterstützung finden als die noch so gut gemeinten offiziellen Versuche. Eine mögliche Kombination bot der Fall eines örtlichen Informationszentrums. Grundlage des Zentrums war zwar der Gedanke, daß die Menschen Gesundheit wie jedes andere Produkt kaufen können und deshalb imstande sein sollten, sich irgendwo Verbraucherrat zu holen, zugleich aber fungierte es auch als Gemeindethermometer, das die offiziellen Dienste auf die örtlichen Gesundheitsbedürfnisse aufmerksam machte.

Wenn zur Einbeziehung der Bevölkerung der direkte Kontakt mit Stadtverwaltungen gehört, scheinen die Erfahrungen dafür zu sprechen, daß die unterschiedlichen Zielvorstellungen und Erwartungen sowie die ungleichen Ressourcen eine langfristige Zusammenarbeit schwer belasten. Andere Beispiele zeigen jedoch, daß die Eigenverantwortlichkeit der Bürger angeregt wird, wenn Stadtpolitiker Überzeugung (und Mittel) in die von der Basis ausgehenden gesundheitlichen Initiativen investieren. Abschließend wurde vorgeschlagen, jede Projektstadt um ein vorbildliches Praxismodell für die Einbeziehung der Bevölkerung zu bitten, um den weiteren Erfahrungsaustausch anzuregen. Außerdem aber sollte man diesem Thema

bei künftigen Symposien oder Tagungen des Gesunde-Städte-Projekts besondere Aufmerksamkeit widmen.

KÜNFTIGE STRATEGIEN

Die zweite Phase des Gesunde-Städte-Projekts läuft 1993 an. Das Projekt ist auch weiterhin den Prinzipien der „Gesundheit für alle" und den Strategien der Gesundheitsförderung verpflichtet. Das bedeutet das fortgesetzte Interesse an Chancengleichheit, nachhaltiger und tragfähiger Entwicklung, Schaffung von Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben und Gesundheitsversorgungsreform. Die vorrangigste Aufgabe für die zweite Phase ist die Erhaltung des bereits geschaffenen Konsens und Engagements für direkte, auf bestimmte gesundheitliche Probleme ausgerichtete Maßnahmen. Das wird sich darin niederschlagen, daß man in den an der Gesunde-Städte-Bewegung beteiligten Städten allgemein gesundheitsförderliche Handlungskonzepte annimmt und umsetzt.

Zielvorstellungen und Initiativen

Die derzeitige Aufgabe legt für die nächsten fünf Jahre vier strategische Zielvorstellungen nahe:

- die Städte müssen die Annahme und Umsetzung einer sich auf sektorübergreifende Zusammenarbeit und Einbeziehung der Bevölkerung gründenden gesundheitfördernden Gesamtpolitik beschleunigen;
- nationale und teilnationale Stützsysteme müssen gestärkt, ihre Entwicklung muß in die gesamte Europäische Region hineingetragen werden;
- es müssen strategische Beziehungen zu anderen Sektoren und Organisationen geschaffen werden, die wichtigen Einfluß auf die städtische Entwicklung haben, und
- das internationale System zur Unterstützung der Gesunde-Städte-Bewegung muß gestärkt werden.

Größere Initiativen der zweiten Phase sollten das in der Vergangenheit bereits Geleistete und die wichtigsten Aufgaben der Zukunft widerspiegeln. Das in der ersten Phase bereits Erreichte wird in der zweiten weitergeführt, darüber hinaus aber braucht man neue Ansätze und Prioritäten. Die für die internationale, nationale und örtliche Ebene ausgewählten großen Initiativen brauchen einen engagierten Einsatz.

Auf örtlicher Ebene stellen die WHO-Projektstädte Versuchsorte und Kontaktstellen für den Gedankenaustausch dar. Diese Städte haben sich ernstlich und ausdrücklich auf das Ziel der „Gesundheit für alle" verpflichtet. Sie sind bereit, neue Ideen auszuprobieren und durch einen Monitoring- und Evaluierungsprozeß einen Fundus von angewandtem Wissen aufzubauen, den sie mit anderen Städten und der Gesunde-Städte-Bewegung insgesamt teilen wollen.

Die in örtlichen Gesunde-Städte-Projekten gemachten Fortschritte legen für die nächsten fünf Jahre neue Prioritäten nahe. Die örtlichen Initiativen werden sich danach richten, wie lange die Städte bereits dem WHO-Verbund oder anderen Netzwerken angeschlossen sind und welche Erfolge sie schon zu verzeichnen haben. Im allgemeinen bezeichnen die neuen Prioritäten eine Schwerpunktverlagerung vom Aufbau neuer Strukturen und Prozesse auf die Erleichterung direkter Maßnahmen zu gesundheitlichen Problemen.

Internationale Initiativen

1. Es wird ein neues Städtenetzwerk im WHO-Projekt „Gesunde Städte" geschaffen.

2. Die nationalen Netzwerke haben unter dem Namen EURONET einen Verbund gebildet; dazu wird ein EURONET-Verband gegründet.

3. Die Städte in Mittel- und Osteuropa erhalten besondere Unterstützung. Das bedeutet die Ernennung neuer WHO-Projektstädte, den Aufbau nationaler Netze und die Bereitstellung

einer besonderen Unterstützung für Beratungs- und Schulungstätigkeiten sowie die Ausarbeitung von Ressourcenmaterialien.

4. Zu internationalen Gremien, die für die städtische Entwicklung wichtig sind, werden strategische Beziehungen angeknüpft. Man wird sich um eine gemeinsame Agenda mit diesen Organisationen sowie um gemeinsam durchzuführende Tätigkeiten bemühen. Vorrang haben Beziehungen zu Organisationen wie Europarat, Europäische Gemeinschaft, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Internationaler Gemeindeverband (IULA) und Internationaler Rat für Kommunale Umweltinitiativen (ICLEI).

Einzelstaatliche Initiativen

5. Jedes Land sollte seine bestehenden landesweiten und teilnationalen Gesunde-Städte-Netze ausbauen.

6. In den Ländern, in denen es noch keine landesweiten und teilnationalen Netzwerke gibt, werden sie gefördert. Besondere Aufmerksamkeit gilt den neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Region, in denen es zur Zeit noch keine Kontaktstellen zur Förderung einer Gesunde-Städte-Entwicklung gibt.

Initiativen von WHO-Projektstädten

7. Die wichtigste Aufgabe für die WHO-Projektstädte besteht in der Ausarbeitung und Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.

8. Die Städte werden nach WHO-Strategien, z. B. Aktionsplänen in den Bereichen Tabak und Alkohol, arbeiten.

9. Die von den Projektstädten angenommenen Handlungskonzepte werden sich auf die regionalen WHO-Ziele zur „Gesundheit für alle" gründen, die Städte arbeiten entsprechende Umsetzungspläne aus.

10. Die Städte schaffen Mechanismen zur Unterstützung der Rechenschaftslegung in gesundheitlichen Anliegen in den städtischen Verwaltungen.

11. Die Städte werden sich um eine verstärkte Leistungsfähigkeit ihrer Projekte bemühen. Dazu gehört, daß die personellen Ressourcen, das Geld und die Informationen bereitgestellt werden, die eine wirksame Fürsprache und die Unterstützung multisektoraler Maßnahmen sowie die partizipatorische Beteiligung der Bevölkerung gewährleisten.

Vorgehensweisen

Die in der ersten Phase des Gesunde-Städte-Projekts entwickelten Methoden sind auch weiterhin anwendbar. Einige Justierungen sollen jedoch neue Prioritäten, den derzeitigen Stand der Entwicklung und die bestehenden stützenden Netzwerke berücksichtigen.

1. Das WHO-Projektbüro wird sich auf eine stark zielgerichtete Aufgabe und bestimmte Prioritäten konzentrieren, wobei das Schwergewicht auf der Entwicklung von Handlungskonzepten, der Projektwerbung, der strategischen Planung, Projektentwicklung, Anknüpfung von Beziehungen zu internationalen Gremien sowie der Koordination der Tätigkeiten des WHO-Netzwerks der Projektstädte liegen wird. Das Projektüro wird außerdem daran arbeiten, den Aufbau von stützenden Zentren in der Region zu fördern und die Rolle einzelstaatlicher und teilnationaler Gesunde-Städte-Netze zu stärken.

2. Zur Bestätigung des politischen Engagements der Projektstädte dient ein Prozeß zur Neubeantragung der Mitgliedschaft. Die Teilnahmekriterien wurden verdeutlicht und bestätigt, ihre genaue Einhaltung ist eine Bedingung für die fortgesetzte Teilnahme. Zur Bestätigung der Bereitschaft der Projektstädte, ihre Informationen und Erfahrungen anderen mitzuteilen, wird ein Fünfjahrplan ausgehandelt.

3. Geschäftstagungen der WHO-Projektstädte finden weiterhin zweimal pro Jahr statt. Da die Politiker bei der Weiterentwicklung und internationalen Werbung für das Projekt eine aktivere

Rolle spielen werden, wird jede Projektstadt, die an den Geschäftstagungen teilnimmt, gebeten, in ihre Delegation den für das Projekt zuständigen Politiker, den Projektkoordinator und einen weiteren leitenden Beamten der Stadtverwaltung aufzunehmen.

4. Gesunde-Städte-Symposien finden alle zwei Jahre statt. Die Teilnehmerstädte, die nationalen Netzwerke und EURONET werden dringend ersucht, die Organisation und Trägerschaft der Symposien zu übernehmen. Für die Symposien werden neue Themen wie sektorübergreifendes Handeln, Rechenschaftslegung in gesundheitlichen Anliegen, tragfähige Entwicklung und Stadtgesundheitspläne erwogen.

5. Fach-Workshops finden so oft wie nötig statt. Sie werden sich mit Themenbereichen befassen, die für die Vertreter verschiedener an der Gesunden-Städte-Arbeit beteiligter Sektoren besonders interessant sind. Teilnehmerstädte, nationale Netzwerke, Kooperationszentren und akademische Institutionen werden gebeten, die Veranstaltung dieser Workshops zu übernehmen.

6. Die Entwicklung der Multi-City Action Plans geht weiter, die Beteiligung daran wird auch auf Städte in den einzelstaatlichen und teilnationalen Netzwerken ausgedehnt.

Anhang 1

ERKLÄRUNG DER AUF DER KOPENHAGENER TAGUNG VERTRETENEN BÜRGERMEISTER

Am 9. Juni 1992 trafen in Kopenhagen während des 7. jährlichen Gesunde-Städte-Symposiums die Bürgermeister und führenden Politiker der am WHO-Projekt „Gesunde Städte" beteiligten Städte zusammen. Das Treffen führte zu einer Bürgermeistererklärung, in der die großen Aufgaben der kommenden Jahre unterstrichen werden und die erneute Bereitschaft erklärt wird, sich verstärkt um die Entwicklung eines neuen Stadtmodells zu bemühen. Diese Erklärung dient als politische Grundlage und Agenda in der nächsten Fünfjahrphase des Gesunde-Städte-Projekts.

Wir, die anläßlich des Kopenhagener Symposiums von 1992 versammelten Bürgermeister und führenden Politiker der WHO-Projektstädte, bestätigen unser starkes Engagement für die Gesunde-Städte-Bewegung.

Wir finden es lobenswert, daß die Weltgesundheitsorganisation die Voraussicht und die innovative Initiative gezeigt hat, die Gesundheit in einem europaweiten Projekt auf die politische Agenda der Städte zu bringen.

Das WHO-Gesunde-Städte-Projekt gehörte zu den ersten Initiativen, durch die europäische Städte über eine internationale Organisation miteinander verknüpft wurden. Ihm sind seither zahlreiche, von anderen Organisationen in Gang gesetzte Städteprojekte gefolgt, was unterstreicht, daß die Städte bei der Gestaltung des künftigen Europa eine wachsende Rolle spielen werden.

Das WHO-Projekt hat unser Verständnis für gesundheitliche Anliegen und die Determinanten der Gesundheit auf örtlicher Ebene vertieft. Unsere Beteiligung am WHO-Projekt hat uns dazu befähigt, gesundheitsförderliche, physisches, soziales und psychisches Wohlergehen schaffende Handlungskonzepte besser umzusetzen. Verdeutlicht wurde dadurch die Notwendigkeit, Ressortschranken zu überwinden, um auf neue gesundheitliche Herausforderungen reagieren zu können. Insbesondere hat uns das Projekt bestätigt, daß in die gesundheitliche Arbeit Partner aus der ganzen Stadt, vor allem die Bürger selbst, einbezogen werden müssen.

Das WHO-Projekt hat an der Basis zu unzähligen konkreten innovativen Maßnahmen geführt und bewirkt, daß sich die städtischen Prioritäten auf die Gesundheitsförderung verlagert haben. Es hat ganz entschieden unsere Fähigkeit gestärkt, auf neue Entwicklungen zu reagieren.

Das ist vor allem auf die einzigartige Strategie der städteübergreifenden Zusammenarbeit im Projekt zurückzuführen und liegt auch daran, daß wir auf den gegenseitigen Erfahrungen aufbauen konnten.

Die Relevanz und der Erfolg des Projekts spiegeln sich in seinem raschen Wachstum wider; es sind ihm mittlerweile 35 Städte angeschlossen, während die Bewegung insgesamt allein in Europa einzelstaatliche Netze mit 400 Städten umfaßt, darüber hinaus ebenso viele Netze und Initiativen in anderen Teilen der Welt. In dieser Phase hat sich das Projekt zu einer wahrhaft globalen Bewegung entwickelt, und wir bitten die WHO, andere Organisationen und Städte in der ganzen Welt, sie noch weiter zu stärken und auszubauen. Angesichts der Probleme, die auf dem gleichzeitig mit diesem Symposium stattfindenden Erdgipfel (der Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung) in Rio de Janeiro angeschnitten werden, ist das nur um so wichtiger.

Die nächsten fünf Jahre bringen uns enorme Aufgaben. Europa wandelt sich in noch nie dagewesenem Tempo, viele dieser Veränderungen werden in das Leben unserer Bürger eingreifen und tun das bereits. Wir meinen, daß die Gesunde-Städte-Bewegung vor allem die folgenden Aufgaben aufgreifen muß:

- Sie muß durch verantwortliche und kohärente Handlungskonzepte zur Bekämpfung der Umweltverschmutzung und durch die Verkehrspolitik ein politisches Engagement für die nachhaltige und umweltverträgliche Entwicklung und für stützende Lebensumfelder bewirken;
- sie muß Solidarität mit den Städten in Mittel- und Osteuropa beweisen, indem sie ihnen hilft, die zur Bewältigung ihrer Probleme erforderlichen Infrastrukturen und praktischen Fertigkeiten zu entwickeln;
- sie muß die Bereitschaft zeigen, den zunehmenden gesundheitlichen Ungleichheiten in den Städten, wie z. B. der zunehmenden Zahl der städtischen Armen und Obdachlosen, der Migranten und ausgegrenzten Bürger, politisch engagiert zu begegnen.

Die Gesunde-Städte-Bewegung hat in ganz Europa ein einzigartiges Netzwerk geschaffen. Wir rufen andere zwischenstaatliche Organisationen und Stellen auf, dieses Netz aktiv zu nutzen und sich als vorausschauend zu erweisen, indem sie die verschiedenen, in den Städten bestehenden Verbünde und Projekte so miteinander verknüpfen, daß sie einander unterstützen.

Wir begrüßen den Vorschlag, einen Gesunde-Städte-Verband zu schaffen, der das Ziel verfolgen soll, in Europa eine starke Stimme für die öffentliche Gesundheit zu werden – da die Städte bei der Erhaltung und Entwicklung der Lebensqualität in Europa eine zunehmende Rolle spielen werden.

Durch unsere Erfahrungen fühlen wir uns der „Gesundheit für alle" noch stärker verpflichtet, und wir rufen die Städte der ganzen Welt auf, sich uns in dem Bemühen anzuschließen, ein neues Modell für die Städte der Zukunft zu entwickeln.

Anhang 2

TEILNEHMER

Projektstädte

Barcelona, Spanien
Belfast, Vereinigtes Königreich
Bremen, Deutschland
Camden, Vereinigtes Königreich
Dresden, Deutschland
Dublin, Irland
Düsseldorf, Deutschland
Eindhoven, Niederlande
Frankfurt, Deutschland
Glasgow, Vereinigtes Königreich
Göteborg, Schweden
Horsens, Dänemark
Kaunas, Litauen
Kopenhagen, Dänemark
Liverpool, Vereinigtes Königreich
Lüttich, Belgien
Mailand, Italien
Mechelen, Belgien
München, Deutschland
Nancy, Frankreich
Padua, Italien
Patras, Griechenland
Pécs, Ungarn
Rennes, Frankreich
Rotterdam, Niederlande
Sandnes, Norwegen
Sofia, Bulgarien
St. Petersburg, Russische Föderation
Stockholm, Schweden
Turku, Finnland
Wien, Österreich
Zagreb, Kroatien

Länder[1]

Ägypten
Australien
Belgien
Dänemark
Deutschland
Estland
Finnland
Frankreich
Griechenland
Iran
Israel
Italien
Japan
Kanada
Marokko
Niederlande
Norwegen
Österreich
Papua Neu-Guinea
Polen
Portugal
Saudi-Arabien
Schweden
Schweiz
Spanien
Südafrika
Tschechoslowakei
Ungarn
Vereinigte Staaten von Amerika
Vereinigtes Königreich

[1] Die Teilnehmer aus diesen Ländern vertraten entweder nationale Gesunde-Städte-Netze oder waren anderweitig mit dem Projekt verknüpft.

Vertreter anderer Organisation

Dänisches Rotes Kreuz

Francis Zachariae
Präsident, Kopenhagen, Dänemark

Europarat

Robin Guthrie
Direktor, Soziale und wirtschaftliche Anliegen

Richard Hartley
Europakonferenz der Gemeinden und Regionen, Straßburg, Frankreich

Europäische Akademie für städtische Umwelt

Hermann Seiberth
Geschäftsführender Direktor, Berlin, Deutschland

Europäische Wellness Union

Dr. Siegfried Malich
Präsident, Wesseling, Deutschland

Internationaler Rat für kommunale Umweltinitiativen

Konrad Otto-Zimmermann
Stellvertretender Generalsekretär, Freiburg, Deutschland

Internationaler Krankenhausverband

Dr. Gunnar Schiøler
Kopenhagen, Dänemark

Nordischer Rat

Birgitte Husmark
Kopenhagen, Dänemark

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Lindsay MacFarlane
Administrator, Urban Affairs Division

Berater auf Zeit

Günter Conrad
Uissigheimerstraße 12, Gamburg, Deutschland

Professor Leonard Duhl
Professor of Health Policy and Administration, University of California, Berkeley, CA, USA

Dr. Eckhart Hahn
Berliner Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Berlin, Deutschland

Dr. Trevor Hancock
Public Health Consultant, Kleinburg, Ontario, Kanada
(Berichterstatter)

Colin Hastings
Management Consultant, The New Organization, London, Vereinigtes Königreich

Dr. Mihaly Kökeny
Stellvertretender Direktor, Ungarisches Institut für Kardiologie, Budapest, Ungarn

Professor Lowell S. Levin
WHO Collaborating Center for Health Promotion Policy, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA
(Ko-Vorsitzender)

Knud Bragh Matzon
Gesunde-Städte-Projektkoordinator, Horsens, Dänemark

Jenny Sanders
Health Promotion Authority for Wales, Cardiff, Vereinigtes Königreich

Dr. Hannes Schmidl
Koordinator, Büro des Stadtrates für Gesundheits- und Spitalwesen, Wien, Österreich

Weltgesundheitsorganisation

Hauptbüro

Eric Giroult
Manager, Environmental Health in Rural and Urban Development and Housing

Regionalbüro für das Östliche Mittelmeergebiet

Dr. K. Khosh-Chasm
Environmental Health Programme

Regionalbüro für Gesamtamerika

Dr. Daniel López Acuña
Division of Analysis and Strategic Planning

Regionalbüro für Europa

Annette Andkjær
Programmassistentin, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Dr. Jo E. Asvall
Regionaldirektor für Europa

Xavier Bonnefoy
Regionalbeauftragter, Umwelthygieneplanung/Ökologie

Bente Drachmann
Sekretärin, Gesunde-Städte-Projekt

Ron Draper
Berater, Gesunde-Städte-Projekt

Marc Gombeaud
Regionalbeauftragter, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Ann Marie Goodall
Sekretärin, Gesunde-Städte-Projekt

Jan Halm
Berater, Gesunde-Städte-Projekt

Dr. Ilona Kickbusch
Direktorin, Lebensweisen und Gesundheit

Birthe Langberg Jensen
Sekretärin, Gesunde-Städte-Projekt

Heather Macdonald
Beigeordnete Sachverständige, Gesundheitsförderung

Gill Paludan-Müller
Sekretärin, Gesunde-Städte-Projekt

Erlinda Petersen
Verwaltungsassistentin, Gesunde-Städte-Projekt

Dr. Tapani Piha
Regionalbeauftragter, Tabak oder Gesundheit

Dr. Charles Price
Berater, Gesunde-Städte-Projekt

Lisbeth Shore
Beraterin, Globales AIDS-Programm

Dr. Agis Tsouros
Projektkoordinator, Gesunde-Städte-Projekt

Dr. Erio Ziglio
Regionalbeauftragter, Gesundheitsförderung