

Health in All Policies: Gesundheit als integrales Thema von Stadtplanung und -entwicklung

Köckler, Heike; Fehr, Rainer

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL)

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Köckler, H., & Fehr, R. (2018). Health in All Policies: Gesundheit als integrales Thema von Stadtplanung und -entwicklung. In S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger, & A. Rüdiger (Hrsg.), *Planung für gesundheitsfördernde Städte* (S. 70-86). Hannover: Verl. d. ARL. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-59572-1>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-ND Lizenz (Namensnennung-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-ND Licence (Attribution-NoDerivatives). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0>

Köckler, Heike; Fehr, Rainer

Health in All Policies: Gesundheit als integrales Thema von Stadtplanung und –entwicklung

— URN: urn:nbn:de:0156-0853057



CC-Lizenz: BY-ND 3.0 Deutschland

— S. 70 bis 86

Aus:

Baumgart, Sabine; Köckler, Heike; Ritzinger, Anne; Rüdiger, Andrea (Hrsg.):
Planung für gesundheitsfördernde Städte

— Hannover 2018

Forschungsberichte der ARL 08

Heike Köckler, Rainer Fehr

HEALTH IN ALL POLICIES: GESUNDHEIT ALS INTEGRALES THEMA VON STADTPLANUNG UND -ENTWICKLUNG

Gliederung

- 1 Einleitung
- 2 Health in All Policies: Ein strategischer Ansatz der Weltgesundheitsorganisation
- 3 Stadtplanungsbezogene Politiken als Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung: internationale Erfahrungen
- 4 Chancen und Herausforderungen, Health in All Policies als Strategie zu verfolgen
Literatur

Kurzfassung

„Health in All Policies“ ist eine Strategie der WHO, die besagt, dass Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung nicht allein Aufgaben des Gesundheitssektors sind, sondern in allen Themenfeldern öffentlichen Handelns verfolgt werden sollten. In diesem Beitrag werden sowohl die Entwicklung als auch Ziele und Inhalte der Strategie anhand von internationalen Konferenzergebnissen dargestellt, die zudem einen Bezug zu vergleichbaren Konferenzen zur Stadtentwicklung erlauben. Internationale Erfahrungen zur Anwendung der Strategie im Themenfeld der Stadtplanung und -entwicklung aus Europa, den USA und Australien werden vorgestellt. Basierend hierauf werden zusammenfassend Chancen und Herausforderungen des Ansatzes diskutiert.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele – Gesundheitsförderung – WHO – Ottawa-Charta – Stadtplanung – Stadtentwicklung – sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Health in All Policies: Health as an integral focus of urban planning and development

Abstract

The WHO's "Health in All Policies" strategy regards prevention, health promotion and care as a joint task for all public sectors. This is grounded in a broad understanding of human health. Focusing on the results of international conferences, this paper presents the goals and substance of this strategy as well as experience gained with the strategy in urban planning and development in Europe, the USA and Australia. The paper closes with concluding remarks on opportunities and challenges for "Health in All Policies" as a strategy.

Keywords

Health targets – health promotion – WHO – Ottawa Charta – urban planning – urban development – intersectoral cooperation

1 Einleitung

Ausgehend von einem erweiterten Gesundheitsbegriff und in Kenntnis der vielfältigen Determinanten von Gesundheit (siehe hierzu ausführlich Beitrag Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli) verfolgt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Ziel umfassender Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Versorgung die Strategie „Health in All Policies“ (HiAP). In der Politikwissenschaft wird unter „Policy“ öffentliches Handeln in einem Themenfeld verstanden (von Prittwitz 1994: 13). Somit fordert die WHO, Gesundheit in allen Themenfeldern öffentlichen Handelns zu verfolgen.

Stadtplanung und -entwicklung bilden ein politisches Themenfeld öffentlichen Handelns, das sich zweifelsohne sowohl für die Förderung und den Erhalt menschlicher Gesundheit als auch für die gesundheitliche Versorgung anbietet. Stadtplanung soll, so der gesetzliche Auftrag im Baugesetzbuch (siehe Beitrag Baumgart in diesem Band), gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse schaffen. Der Stadtplanung und -entwicklung steht für die Verfolgung ihrer Ziele ein umfassendes Instrumentarium zur Verfügung, das für Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung erschlossen werden kann. In diesem Beitrag werden die „Health in All Policies“-Strategie der WHO und Potenziale stadtplanungsbezogener Politiken aufeinander bezogen. Hierzu wird auf die Entwicklung dieser Strategie mit ihren programmatischen Grundlagen anhand ausgewählter Konferenzen und Dokumente eingegangen. Da „Health in All Policies“ ein international verfolgtes Leitbild ist, werden anschließend internationale Erfahrungen zur Anwendung der Strategie in Stadtplanung und -entwicklung beschrieben, um basierend hierauf Chancen und Herausforderungen dieser Strategie darzulegen.

2 Health in All Policies: Ein strategischer Ansatz der Weltgesundheitsorganisation

„Health in All Policies“ findet sich als Ansatz in vielen internationalen Dokumenten wieder. Zur Darstellung der Genese und zur Einordnung in für die Stadtentwicklung ebenfalls zentrale internationale Konferenzen und Dokumente gibt Tabelle 1 einen Überblick über zentrale Konferenzen seit der Stockholmer Umweltkonferenz aus dem Jahre 1972, der einer Einordnung der im Folgenden beschriebenen Konferenz-Dokumente dient. Daher führt die Tabelle chronologisch programmatische Konferenzen auf, die sich zumeist primär auf Gesundheit beziehen, zum Teil aber auch auf inhaltlich verwandte Themen wie Nachhaltigkeit oder Siedlungswesen.

Jahr	Konferenz	Dokument	Exemplarischer Inhalt	Quelle
1972	United Nations Conference on the Human Environment, Stockholm	Stockholm Declaration	„The protection and improvement of the human environment is a major issue which affects the well-being of peoples and economic development throughout the world“	www.unep.org/documents/multilingual/default.asp?documentid=97&articleid=1503 , Zugriff 12.06.2016
1976	Erste UN-Konferenz über menschliche Siedlungen (Human Settlements) in Vancouver, genannt „HABITAT-Konferenz“	Vancouver Declaration on Human Settlements	Wohnungsversorgung und Wohnungsnot	http://unhabitat.org/about-us/history-mandate-role-in-the-un-system/ , Zugriff 12.06.2016
1978	Internationale Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung in Alma-Ata	Alma-Ata-Deklaration	Anstrengungen nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche erforderlich	www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1 , Zugriff 09.03.2016
1986	1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa	Ottawa-Charta	„Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt ... bei allen Politikbereichen ...“ Und: „Jede Strategie zur Gesundheitsförderung muss den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu [i]hrem Thema machen“	www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf , Zugriff 09.03.2016

Jahr	Konferenz	Dokument	Exemplarischer Inhalt	Quelle
1988	Konferenz „Gesundheit in Städten – Neue kommunalpolitische Ansätze zu Förderung der öffentlichen Gesundheit“ in Wien	Wiener Empfehlungen zur Gesundheit in Städten	„Gesundheit ... einen höheren Stellenwert auf der politischen Tagesordnung einnehmen und bei allen Maßnahmen der Stadtplanung und Stadtentwicklung Berücksichtigung finden“	Bericht (Europarat, WHO, Stadt Wien 1990)
1989	1. Europäische Ministerkonferenz „Umwelt und Gesundheit“ in Frankfurt	Europäische Charta Umwelt und Gesundheit	„Jede Regierung und Behörde hat die Pflicht, innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs die Umwelt zu schützen, die Gesundheit zu fördern und zu gewährleisten, dass die Tätigkeiten in ihrem Zuständigkeits- und Einflussbereich nicht in anderen Ländern Gesundheitsschäden verursachen.“ „Jede öffentliche oder private Stelle sollte ihre Tätigkeiten so festlegen und ausführen, dass der Mensch vor Gesundheitsschäden durch physikalische, chemische, biologische, mikrobiologische und gesellschaftliche Faktoren geschützt wird.“	www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/136252/ICP_RUD_113_ger.pdf, Zugriff 09.03.2016

Jahr	Konferenz	Dokument	Exemplarischer Inhalt	Quelle
1992	UN Conference on Environment and Development (UNCED), „Rio-Konferenz“, Rio de Janeiro	Agenda 21	Kapitel 6: Schutz und Förderung der menschlichen Gesundheit, mit folgenden Programmbereichen: Deckung der Bedürfnisse im Bereich der primären Gesundheitsversorgung, insbesondere im ländlichen Raum; Bekämpfung übertragbarer Krankheiten; Schutz schwächerer Gesellschaftsgruppen; Lösung der Gesundheitsprobleme in den Städten; Reduzierung der durch die Umweltverschmutzung und durch Umweltgefahren bedingten Gesundheitsrisiken	www.un.org/depts/german/conf/agenda21/agenda_21.pdf
1994	First European Conference on Sustainable Cities and Towns, „Aalborg-Konferenz“	Aalborg Charta	Ziel: die globalen Ziele der Agenda 21 in einem kommunalen Bündnis umsetzen	www.sustainablecities.eu/events/aalborg-1994/

Jahr	Konferenz	Dokument	Exemplarischer Inhalt	Quelle
2002	Rio + 10 (Earth Summit, Weltgipfel)	Bericht des Weltgipfels für nachhaltige Entwicklung	„Wir begrüßen es, dass der Schwerpunkt des Gipfeltreffens von Johannesburg auf der Unteilbarkeit der Menschenwürde liegt, und wir sind entschlossen, durch Entscheidungen über Zielvorgaben, Zeitpläne und Partnerschaften dafür zu sorgen, dass der Zugang zur Deckung von Grundbedürfnissen wie sauberem Wasser, Abwasserentsorgung, angemessenem Wohnraum, Energie, Gesundheitsversorgung und Ernährungssicherheit sowie der Schutz der biologischen Vielfalt rasch ausgeweitet wird.“	www.un.org/depts/german/conf/jhnnbrg/a.conf.199-20.pdf
2004	Aalborg +10 – Inspiring Futures	10 Aalborg Commitments	encompass 10 shared sustainability pledges	www.sustainablecities.eu/events/aalborg-10-2004/
2007	EU-Konferenz in Rom: „Health in All Policies: Achievements and challenges“	„Declaration on ‘Health in All Policies‘“	„We, the Ministerial Delegations of E.U. Member States, ... express their willingness to contribute to incorporating health concerns in other policies at all levels ...“	www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf , Zugriff 10.06.2016
2008	Europäische Ministerkonferenz der WHO „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ in Tallinn (Estland)	Charta von Tallinn, „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“	Wichtigkeit, „andere Politikbereiche zur Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte in ihrem Handeln zu veranlassen“	www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/88609/E91438G.pdf , Zugriff 10.03.2016

Jahr	Konferenz	Dokument	Exemplarischer Inhalt	Quelle
2010	WHO-Tagung zu Gesundheit in allen Bereichen der Politik (International Meeting on Health in All Policies) in Adelaide	Adelaide-Erklärung zu Gesundheit in allen Politikbereichen	(i) Rolle guter Gesundheit auch für andere Lebensfunktionen und damit für andere Sektoren, (ii) Voraussetzungen für erfolgreichen Ansatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“	www.who.int/social_determinants/german_adelaide_statement_for_web.pdf , Zugriff 12-6-16

Tabelle 1: „Health in All Policies“ als Thema von Fachkonferenzen

Die 1986 von der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung beschlossene, für die Gesundheitswissenschaften und ihre Praxis einen Meilenstein bildende Ottawa-Charta (WHO 1986) benennt im ersten Abschnitt „Gesundheitsförderung“: „Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt [...] nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen [...]“. Im darauf folgenden Abschnitt „Voraussetzungen für die Gesundheit“ heißt es dann: „Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“ (WHO 1986: 1 f.).

Unter „Vermitteln und Vernetzen“ (WHO 1986: 2) wird dort ausgeführt: „Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien.“ Ferner heißt es in der Ottawa-Charta, dass „Gesundheitsförderung [weit mehr] beinhaltet [...] als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. [...] Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung verdeutlicht werden“ (WHO 1986: 3). In der Ottawa-Charta (WHO 1986) fordern die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu auf, sich in allen Politikfeldern für Gesundheitsförderung zu engagieren und gleichzeitig Gesundheitsbelastungen zu vermeiden. Hierbei wird explizit Bezug auf räumliche Planung und Umweltschutz genommen: Denn die Forderung lautet, „allen Bestrebungen entgegenzuwirken, die auf die Herstellung gesundheitsgefährdender Produkte, auf die Erschöpfung von Ressourcen, auf ungesunde Umwelt- und Lebensbedingungen oder eine ungesunde Ernährung gerichtet sind. Es gilt dabei, Fra-

gen des öffentlichen Gesundheitsschutzes wie Luftverschmutzung, Gefährdungen am Arbeitsplatz, Wohn- und Raumplanung in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit zu stellen“ (WHO 1986: 5).

Nicht übersehen werden sollte, dass die Ottawa-Charta auch in anderer Richtung intersektorale Bezüge einfordert. Im Abschnitt „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“ wird ausgeführt, dass der Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt integraler Bestandteil von Strategien der Gesundheitsförderung sein soll (WHO 1986: 3 f.).

Die Konferenz „Gesundheit in Städten – Neue kommunalpolitische Ansätze zu Förderung der öffentlichen Gesundheit“ 1988 verabschiedete die „Wiener Empfehlungen zur Gesundheit in Städten“. Im Bericht wird ebenfalls besonders auf die Rolle der Stadtplanung verwiesen. So heißt es: „Gesundheit müsse [...] bei allen Maßnahmen der Stadtplanung und Stadtentwicklung Berücksichtigung finden. Dies gilt insbesondere bei der Lösung von Problemen des Wohnungsbaus, bei der Schaffung angemessener Wohnverhältnisse, bei der Gestaltung des öffentlichen Raumes, bei der Stadterhaltung und Stadterneuerung, sowie in der kommunalen Verkehrs-, Sozial- und Kulturpolitik, wobei die Anliegen der Kinder und Jugendlichen stärker berücksichtigt werden müssen [...]“ (Europarat, WHO, Stadt Wien 1989: 9).

In den von der WHO Anfang der 1990er Jahre kommunizierten Gesundheitszielen (WHO 1992) lautet Ziel 37 (kurz bezeichnet als „Partner für die Gesundheit“): „Bis zum Jahr 2000 sollten in allen Mitgliedstaaten viele Organisationen und Gruppen im öffentlichen und privaten Sektor sowie in der freien Wohlfahrtsarbeit aktiv zur Verwirklichung der ‘Gesundheit für alle’ beitragen“ (WHO 1992).

In einer neuen Runde der WHO zur Formulierung von Gesundheitszielen entstand „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ (WHO 1998). Unter den vier Hauptstrategien lautet die erste: „[M]ultisektorale Strategien, um sich mit den Determinanten von Gesundheit auseinanderzusetzen und dabei die physischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und geschlechtsspezifischen Perspektiven zu berücksichtigen und sicherzustellen, daß die gesundheitlichen Auswirkungen beurteilt werden[...]“ (WHO 1998: 9). Für Ziele mit ausdrücklichem Bezug zu „Health in All Policies“ siehe Textbox 1.

Im Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft besagt Artikel 152 im ersten Absatz: „Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“ (Europäische Union 2002). Auch der Europäische Rat (Rat der Europäischen Union, nicht zu verwechseln mit dem Europarat) befasste sich in 2006 mit HiAP (Textbox 2).

Eine EU-Konferenz in Rom im Jahr 2007 mit dem Titel „Health in All Policies: Achievements and challenges“ verabschiedete eine entsprechende Deklaration, in der Delegierte aus Ministerien der EU-Mitgliedsstaaten ihre Bereitschaft bekundeten, Gesundheitsbelange in anderen Politikbereichen auf allen Ebenen zu verfolgen (Italian Ministry of Health, EC, WHO/EURO: 2007).

Bezüge zu HiAP in „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ (WHO 1998)

Ziel 10: Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt

„Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit durch eine stärker gesundheitsfördernde natürliche, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Umwelt für die Menschen [...] Grundlegende gesundheitliche und wirtschaftliche Fortschritte lassen sich [...] mit durchdachten Konzepten für Bildung, Beschäftigung, Industriestruktur, Besteuerung und Sozialpolitik erzielen“ (WHO 1998: 23).

Ziel 14: Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit

„Rechenschaftspflicht für die gesundheitlichen Konsequenzen des Handelns [...] Ein wirkungsvoller Ansatz zur gesundheitlichen Entwicklung setzt voraus, dass alle Sektoren der Gesellschaft für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Politik und Programme Verantwortung übernehmen und den Nutzen, den sie selbst aus der Förderung und dem Schutz der Gesundheit ziehen, erkennen. Deshalb sollten alle sozialen und wirtschaftlichen Konzepte oder Programme und alle Entwicklungsprojekte, die sich auf die Gesundheit auswirken könnten, einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung unterzogen werden“ (WHO 1998: 27).

Textbox 1

Beschluss des Europäischen Rates 2006 zu HiAP (Council of the European Union 2006: 4; 6)

„The Council of the European Union [...]“

14. INVITES the Commission

- > to set out a plan for work in Health in All Policies with a specific emphasis on equity in health and consider including such activities in its new Health Strategy; [...]
- > exploit synergies between policy sectors with interrelated objectives for example through programme cooperation, in particular concerning health at work; [...]

16. INVITES the European Parliament

- > to apply Parliamentary mechanisms to ensure effective cross-sectoral cooperation for high level of health protection in all policy sectors;
- > to take into account and carry out health impact assessments of legislative and nonlegislative proposals;
- > to consider health impacts, with particular emphasis on equity in health, of decisionmaking across all policy sectors.”

Textbox 2

Eine Studie zum „Health in All Policies“-Ansatz (St-Pierre 2009) gliedert entsprechende Werkzeuge folgendermaßen: Strukturen, Prozesse, Finanzinstrumente, Mandate (Rechtsvorschriften, Abmachungen, Verantwortlichkeiten). Dem Health Impact Assessment (HIA) wird besondere Beachtung geschenkt. Auf der WHO-Tagung zu Gesundheit in allen Bereichen der Politik in Adelaide 2010 (WHO 2010) wurde die Adelaide-Erklärung zu Gesundheit in allen Politikbereichen verabschiedet. Der Bericht ist überschrieben: „Auf dem Weg zu einer gemeinsamen Verantwortung und Steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden / Regierungsführung wird durch die Berücksichtigung von Gesundheit effektiver / Eine effektivere Regierungsführung verbessert die Gesundheit“. Im Bericht wird u. a. die Rolle guter Gesundheit auch für andere Lebensfunktionen (und damit für andere Sektoren) dargelegt (WHO 2010: 2).

Weiter heißt es dort: „Gesundheit in allen Politikbereichen funktioniert am besten, wenn:

- > ein klares Mandat die vernetzte Regierungsführung zwingend vorschreibt;
- > systematische Prozesse die Interaktionen zwischen den Sektoren berücksichtigen;
- > eine Interessensvermittlung stattfindet;
- > Rechenschaftspflichten, Transparenz und partizipative Prozesse vorhanden sind;
- > eine Zusammenarbeit mit Betroffenen außerhalb der Regierung stattfindet;
- > praxisorientierte, sektorenübergreifende Initiativen Partnerschaften und Vertrauen aufbauen“ (WHO 2010: 2).

Der Bericht nennt eine Reihe von Beispielen für vernetzte Regierungsmaßnahmen, und zwar zu folgenden Sektoren und Themen (WHO 2010: 4): Wirtschaft und Beschäftigung; Sicherheit und Justiz; Erziehung und Bildung sowie Kindheit und Jugend; Landwirtschaft und Ernährung; Infrastruktur, Planung und Verkehr; Umwelt und Nachhaltigkeit; Wohnungsbau und Dienstleistungen der Städte und Gemeinden; Land und Kultur.

Eine Buchpublikation aus 2012 trägt (übersetzt) den Titel: „Sektorübergreifende Steuerung für Gesundheit in allen Politikbereichen. Strukturen, Aktionen und Erfahrungen“ (McQueen/Wismar/Lin et al. 2012), herausgegeben gemeinsam von IUPHE, WHO und European Observatory on Health Systems and Policies. Ein Ziel ist „the translation of Health in All Policies from a policy principle into a policy practice“ (McQueen/Wismar/Lin et al. 2012: 7). Die Autoren betonen hierbei insbesondere die Rolle einer intersektoralen Zusammenarbeit und behandeln Themen wie Regierung, Verwaltung und Finanzierungsstrategien sowie die Zusammenarbeit in Governance-Strukturen. Ferner sind 24 Fallstudien beschrieben.

In der u. a. von zwei finnischen Ministerien, einem UN Institut und dem European Observatory on Health Systems and Policies herausgegebenen Buchpublikation „Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies“ wird folgendermaßen de-

finiert (Leppo/Ollila/Peña et al. 2013: 6): „Health in All Policies (HiAP) is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health and health systems implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts, in order to improve population health and health equity [...]“. Es werden eine Reihe von Strukturen und Mechanismen zur Förderung intersektoraler Zusammenarbeit benannt (Leppo/Ollila/Peña et al. 2013: 1, Table 1.1) und 30 Fallstudien vorgestellt.

Das „Training Manual“ zu HiAP (WHO 2015) ist als Grundlage für 2- bis 3-tägige Kurse angelegt, die folgende Ziele verfolgen: „Build capacity to promote, implement and evaluate HiAP; Encourage engagement and collaboration across sectors; Facilitate the exchange of experiences and lessons learned; Promote regional and global collaboration on HiAP[...]“ (WHO 2015: viii). Die 12 Unterrichtsmodule behandeln u. a. den Prozess politischer Entscheidungsfindung, die Erstellung von „Policy briefs“, Verhandlungsführung und HiAP-Implementierung. Für jedes Modul sind Lernziele formuliert, z. B. umfasst Modul 7, „The role of non-government stakeholders in HiAP/whole-of-society approaches“, folgende Ziele: „Define a stakeholder and provide examples; Explain the benefits and challenges of non-government stakeholder engagement; List principles for effective and accountable stakeholder consultation; Identify formal and informal mechanisms for non-government stakeholder involvement in HiAP; Recognize strategies used by actors to counteract efforts to improve health ...; Prepare a stakeholder analysis“ (WHO 2015: 95).

3 Stadtplanungsbezogene Politiken als Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung: internationale Erfahrungen

Gerade angesichts der sektoralen Unterschiede zwischen Gesundheitsförderung und Stadtplanung bieten die hier beschriebenen Programme und Dokumente der WHO, die im Kontext der Strategie „Health in All Policies“ stehen, vielfältige Anknüpfungspunkte für Stadtplanung und -entwicklung. So werden bereits im Glossar der WHO aus dem Jahr 1984 mit Industrie, Wohnungswesen, öffentlichen Bauvorhaben und der Trinkwasserversorgung Handlungsfelder benannt (WHO 1984), die Gegenstand von integrierenden und sektoralen Planungen sind. Zudem werden in der zwei Jahre später verabschiedeten Ottawa-Charta mit dem Schutz der natürlichen Umwelt, dem Erhalt der vorhandenen natürlichen Ressourcen sowie dem Schutz der sozialen Umwelt Grundziele der räumlichen Planung, die unter anderem im Baugesetzbuch, aber auch im Naturschutzgesetz verankert sind, benannt (siehe Beitrag Baumgart in diesem Band). Zumindest auf der programmatischen Ebene haben die Dokumente, aus denen die Strategie „Health in All Policies“ entwickelt wurde, einen klaren Bezug zu zukunftsfähiger Entwicklung im Sinne der Agenda 21, die ihrerseits programmatischen Charakter für Stadtentwicklung und Stadtplanung hat. In der Aalborg-Charta, die von Kommunen im Jahr 1994 verabschiedet wurde, um die globalen Ziele der Agenda 21 in einem kommunalen Bündnis umzusetzen, werden der Schutz der menschlichen Gesundheit und die Gesundheitsfürsorge erwähnt. In den anlässlich des zehnjährigen Jubiläums der Charta verabschiedeten 10 Aalborg Commitments ist ein eigenes Kapitel zum Thema „Kommunale gesundheitsfördernde Maßnahmen“ enthalten. Zudem wird neben anderen kommunalen Netzwerken explizit das Gesunde Städte-Netzwerk

aufgefordert, sein Wissen bereitzustellen und die Umsetzung der Aalborg Commitments zu unterstützen (Textbox 3).

Aalborg-Charta Commitments 2010

„7. Von Gesundheit und Wohlbefinden unserer Bürgerinnen und Bürger.

Wir werden daran arbeiten,

- 1 ein Bewusstsein für die breiteren, meist außerhalb des eigentlichen Gesundheitssektors zu findenden Gesundheitsfaktoren zu schaffen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
- 2 Gesundheitsprogramme der Städte zu fördern, die unseren Städten ein Instrument an die Hand geben, strategische Partnerschaften zur Förderung der Gesundheit einzugehen und zu pflegen.
- 3 Benachteiligungen im Gesundheitsbereich und Armut entgegenzuwirken, und regelmäßig über die Fortschritte, die bei der Verringerung bestehender Diskrepanzen erreicht werden, zu berichten.
- 4 Gesundheitsvertäglichkeitsprüfungen als Instrument für alle Bereiche zu fördern, um die Arbeit auf Fragen der Gesundheit und Lebensqualität zu lenken.
- 5 Stadtplaner zu mobilisieren, gesundheitliche Fragestellungen in ihre Planungsstrategien und Initiativen einzubeziehen.“

(City of Aalborg 2010: o.S.)

Textbox 3

Die in der Adelaide-Erklärung der WHO aus dem Jahr 2010 aufgeführten Anforderungen an Teilhabe und Beteiligung gelten in vergleichbarer Weise auch für Verfahren der Stadtplanung. Es ist neben dieser generellen Übereinstimmung programmatischer Ziele bedeutend, Instrumente der Stadtplanung und -entwicklung nach ihrem Charakter zu unterscheiden. Je nachdem, ob es sich um planerisches Handeln im hoheitlichen Auftrag handelt oder um kooperative Formen jenseits gesetzlicher Vorgaben, gestaltet sich der Grad an Beteiligung im Sinne der Beteiligungsleiter sehr unterschiedlich (s. Beitrag Quilling/Köckler in diesem Band).

Die WHO brachte mit ihrer „Healthy Urban Planning Initiative“ von 1993–1997 die Relevanz von räumlicher Planung als einem Handlungsfeld für „Health in All Policies“ zum Ausdruck. Textbox 4 zeigt die Themen, die in diesem Programm als einschlägig eingeordnet werden, und verdeutlicht die Vielfalt der Anknüpfungspunkte.

Barton und Grant (2013) führten eine Analyse der Healthy Urban Planning Initiative der WHO durch und unterscheiden drei verschiedene Grade der Integration von Gesundheit in die Planung: die Versorgung mit Grundleistungen (wie die Bereitstellung von Wohnungen, Zugang zu frischem Wasser, Nahrung und sauberer Luft sowie Abwasserklärung), gefolgt vom zweiten Grad, worin die salutogenen Faktoren wie Parks, Kleingärten, Fahrradnetzwerke, Sicherheit im öffentlichen Raum betrachtet werden. Den dritten Grad beschreiben Barton und Grant wie folgt: „Planning for health and well-being becomes a fundamental purpose of plans at local, city and regional levels.“ Inwiefern dies kompatibel ist mit dem integrierenden Ansatz von Planung, verschiedene Belange und Anforderungen an den Raum miteinander und gegeneinander abzuwägen, wird von Barton und Grant nicht diskutiert.

WHO „Healthy Urban Planning Initiative“ (Barton/Grant 2013: 132)

The 12 WHO healthy urban planning objectives:

- > Promoting healthy lifestyles (especially regular exercise);
- > Facilitating social cohesion and supportive social networks;
- > Promoting access to good quality housing;
- > Promoting access to employment opportunities;
- > Promoting accessibility to good quality facilities (educational, cultural, leisure, retail and health care);
- > Encouraging local food production and outlets for healthy food;
- > Promoting safety and a sense of security;
- > Promoting equity and the development of social capital;
- > Promoting an attractive environment with acceptable noise levels and good air quality;
- > Ensuring good water quality and healthy sanitation;
- > Promoting the conservation and quality of land and mineral resources; and
- > Reducing emissions that threaten climate stability.

Textbox 4

Europaweit wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Healthy Cities Teams von aktiven Städten im WHO Healthy Cities Program zu den aus ihrer Sicht bedeutendsten Themen gesundheitsfördernder Planung befragt. Es konnten Antworten von 51 Städten ausgewertet werden. Als wichtigstes Thema wurde Stadtplanung insgesamt sowie Stadtgestalt („overall planning and urban form“) benannt, nur 2% der Befragten nannten Koordination und Politik als wichtigstes Thema einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung. (Barton/Grant 2013: Abbildung 3).

Die Integration von Gesundheit in das Themenfeld der Wohnungsbauförderung, die als ein Teilthema von Stadtentwicklung verstanden werden kann, wird beispielsweise von Bostic/Thornton/Rudd et al. (2012) für Programme des US-amerikanischen „De-

partment of Housing and Urban Development“ beschrieben. So wurden in den 1990er Jahren gezielt Programme entwickelt, um die Innenraumbelastung, bspw. mit Blei, zu verringern. Andere Programme wie das der Housing Choice Voucher verfolgen das Ziel, einer Segregation entgegenzuwirken und den Wegzug aus isolierten benachteiligten Nachbarschaften in andere Stadtteile zu ermöglichen. Auch wenn dieses Programm nicht die erwünschte ökonomische Besserstellung der Nutzerinnen und Nutzer des Programms erwirkt hat, so konnten doch gesundheitliche Effekte beobachtet werden: „However, it did result in positive health outcomes, including reductions in psychological distress, depression, and obesity among adults, and mental health improvements among girls“ (Bostic/Thornton/Rudd et al. 2012: 2131).

Auch wenn es diese gesundheitsbezogenen Aspekte im Politikbereich der Wohnraumversorgung gab, so fand nach Einschätzung von Bostic/Thornton/Rudd et al. (2012) eine Umsetzung der „Strategie Health in All Policies“ in den USA erst im Jahr 2010 mit verschiedenen Programmen und Gesetzen sowie der Einrichtung eines sektorenübergreifenden „National Prevention Councils“ statt. Dieser verabschiedete die National Prevention Strategy in 2011. Dort werden systematisch Partner benannt, die bei der Umsetzung von Zielen der Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden werden sollen. Beispielsweise wird die gesamtäumliche Planung explizit als „policy maker“ aufgeführt: „For example, a metropolitan planning organization can institutionalize the use of health criteria when making planning decisions on land use and design to provide opportunities for safe physical activity“ (National Prevention Council 2011: 9).

Eine der benannten strategischen Ausrichtungen der US-amerikanischen nationalen Präventionsstrategie ist mit „Healthy and Safe Community Environments“ umschrieben. Hier wird mit einem starken Bezug auf Stadtentwicklung das Thema umweltbezogener Ungerechtigkeit benannt (Beitrag Köckler/Böhme in diesem Band).

Zudem führte die Obama-Regierung beispielsweise ein sogenanntes „place based budgeting“ ein, das von den Behörden generell verlangt, räumliche Zusammenhänge bei der Vergabe von Mitteln zur Wohnraumförderung zu betrachten. Über den räumlichen Ansatz sollten isolierte Politikbereiche integriert werden, um neben anderen Zielen auch gesundheitlichen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken: „The goal was to promote new funding across agencies to help communities address such interconnected problems as distressed housing, underperforming schools, neighborhood violence, inadequate public transportation, and poor health“ (Bostic/Thornton/Rudd et al. 2012: 2131).

Eine Inhaltsanalyse zu gesamtäumlichen und fachplanerischen gesetzlichen Grundlagen für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung am Beispiel von Melbourne führten Lowe/Boulange/Giles-Corti 2013 durch. Es wurden die folgenden Dokumente ausgewertet: Planning and Environment Act 1987, Transport Integration Act 2010, Public Health and Wellbeing Act 2008. Den stärksten Bezug zu Gesundheit zeigte die Inhaltsanalyse in dem Verkehrsplanungsdokument, wohingegen die integrierende „planning and environment act“ Gesundheit und Lebensqualität nicht als gesetzlichen Auftrag formuliert hat. Dies bewerteten die Autoren in der Diskussion als ein deutliches Manko: „In addition, there is no direct consideration of health and well-

being in the Planning and Environment Act 1987, which is an omission considering the growing understanding of the links between planning and health outcomes” (Lowe/Boulange/Giles-Corti et al. 2013: 8). Keines der untersuchten Gesetze benennt explizit „community liveability“ als eine soziale Determinante von Gesundheit. Beteiligung spielt bei der Umsetzung aller analysierten Gesetze eine zentrale Rolle.

In den Analysen zu HiAP in stadtplanungsrelevanten Handlungsfeldern werden von Bostic/Thornton/Rudd et al. (2012: 2134) verschiedene Voraussetzungen hinsichtlich einer erfolgreichen langfristigen Umsetzung dieser Strategie benannt: eine grundlegende Neustrukturierung übergeordneter Institutionen, Finanzierungsansätze, die Investitionen in einem Sektor mit Einsparungen in einem anderen verrechnen sowie Führungsverantwortung als zentrales Element, welche grundlegende Veränderungen auf allen Ebenen der Regierung erfordert.

4 Chancen und Herausforderungen, Health in All Policies als Strategie zu verfolgen

Sowohl die programmatischen Grundlagen der WHO als auch internationale Erfahrungen machen deutlich, dass die Strategie „Health in All Policies“ unentbehrlich ist, wenn Gesundheit und Wohlergehen der Bevölkerung gesellschaftlich ernsthaft verfolgte Ziele darstellen. Zudem ist die Strategie prinzipiell umsetzbar, da gesundheitliche Ziele bis zu einem gewissen Grade schon traditionell in zahlreichen Gesellschaftssektoren zum Einsatz kommen, z. B. in den Bereichen Wohnen, Bildung, Arbeit, Umwelt, Verkehr. Der Ansatz bietet ein bedeutendes Potenzial, gesundheitsfördernde Einflüsse zu stärken und belastende Faktoren einzudämmen; die gegenwärtige Praxis bleibt bisher hinter den Potenzialen noch zurück.

Neben einer über die Jahre immer deutlicher werdenden Programmatik von WHO und anderen Institutionen liegen inzwischen auch konkrete Empfehlungen, Instrumente und Fallstudien zu „Health in All Policies“ vor. So gibt es bereits vielfältige Arbeitshilfen, von generellen Empfehlungen wie denen in der Adelaide-Erklärung (s.o.) bis hin zu konkreten Arbeitshilfen auch in Deutschland (LZG.NRW 2012; Beitrag Baumgart/Dilger in diesem Band).

Wenngleich die Strategie „Health in All Policies“ überaus attraktiv erscheint, ist es für den im Vergleich der Ressorts meist nicht besonders starken Gesundheitssektor selber nicht ganz risikolos, die Rolle anderer Sektoren für die Gesundheit stark hervorzuheben. Es gehört Selbstbewusstsein dazu, hier zur Zusammenarbeit aufzurufen und die gemeinsame Verantwortung zu unterstreichen. Hinzu kommt: Wenn der Gesundheitssektor, der Öffentliche Gesundheitsdienst oder die für Gesundheitsförderung engagierten Einrichtungen von anderen Sektoren erwarten, sich aktiv und intensiv mit Gesundheit zu befassen, lassen sich auch reziproke Anforderungen z. B. bezüglich Nachhaltigkeit erwarten, die nicht allen Beteiligten willkommen sein müssen.

Einige Gründe für Zurückhaltung anderer Sektoren gegenüber dem Thema Gesundheit liegen auf der Hand, denn jeder Sektor hat vor allem seinen eigenen Traditionen, Werten, Zielen und Rahmenbedingungen zu genügen. Die Vielfalt dieser sektoralen

„Kulturen“ sollte bei der Forderung nach „Health in All Policies“ unbedingt im Blick behalten werden. Zudem sollte für das gegenseitige Verständnis der sektoralen Kulturen anerkannt werden, dass Stadtplanung einem ganzen Spektrum unterschiedlicher Interessen zu dienen hat. Gesundheit ist somit ein Belang von vielen. Die Gewichtung dieses Belanges im Vergleich zu anderen ist immer auch Teil eines politischen Aushandlungsprozesses. Die Chancen, das Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung in Planungsprozessen zu stärken, erscheinen uns dann besonders hoch, wenn folgende Voraussetzungen zutreffen:

- > Auch die Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitssektor besitzen ein solides Wissen über Strukturen und Prozesse der Stadtplanung und sind sich der Notwendigkeit von Güterabwägungen bewusst.
- > Bereits bestehende Verbindungen anderer Sektoren zu gesundheitlichen Belangen werden angemessen gewürdigt.
- > In Aushandlungsprozessen wird vor allem nach solchen Lösungen gesucht, bei denen alle Beteiligten gewinnen.

Autoren

*Prof. Dr. Heike Köckler (*1972), Raumplanerin, seit 2015 Professorin für Sozialraum und Gesundheit am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Schwerpunkte: umweltbezogene Gerechtigkeit, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Migration, Indikatoren zukunftsfähiger Entwicklung, partizipative Planungsmethoden. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung und in deren Arbeitskreis „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ sowie im Ad-hoc-Arbeitskreis „Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensbedingungen“.*

*Prof. Dr. med. Rainer Fehr (*1947), MPH, Ph.D. (USA), Arzt und Gesundheitswissenschaftler. Frühere Tätigkeiten u. a. in der Gesundheitsbehörde Hamburg und als Leiter des Landesentrums Gesundheit NRW. Mitglied der Arbeitsgruppe „Umwelt und Gesundheit“, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, als wissenschaftlicher Mitarbeiter für das Projekt „Stadtentwicklung und Gesundheit – Disziplinärer und sektoraler Brückenbau“. Schwerpunkte: Humanökologische Gesundheitsperspektive, insbesondere StadtGesundheit und Integrierte Gesundheitsprogramme; Governance-unterstützende Gesundheitsanalysen.*

Literatur

- Barton, H.; Grant, M. (2013): Urban planning for healthy cities: A review of the progress of the European healthy cities programme. In: *Journal of Urban Health* 90 (1), 129-141.
- Bostic, R. W.; Thornton, R. L.; Rudd, E. C.; Sternthal, M. J. (2012): Health in all policies: The role of the US Department of Housing and Urban Development and present and future challenges. In: *Health Affairs* 31 (9), 2130-2137.
- City of Aalborg (ed.) (2010): The Aalborg commitments: Die Aalborg commitments: Inspiring futures. www.ccre.org/docs/Aalborg03_05_deutsch.pdf (10.03.2016).

EU – Europäische Union (Hrsg.) (2002): Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (Nizza konsolidierte Fassung): Amtsblatt Nr. C 325 vom 24/12/2002, 0033-018.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:12002E/TXT&from=EN> (10.03.2016).

Europarat; WHO Regionalbüro für Europa; Wiener Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit der Stadt Wien (Hrsg.) (1989): [Wiener Empfehlungen zur Gesundheit in Städten]. Wien.

Health Ministerial Delegations of E.U. Member States (ed.) (2007): Declaration on “health in all policies“.

http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf (10.03.2016).

Leppo K.; Ollila E.; Peña S.; Wismar M.; Cook S. (2013): Health in all policies: Seizing opportunities, implementing policies.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf (10.03.2016).

Lowe, M.; Boulange, C; Giles-Corti, B. (2014): Urban design and health: progress to date and future challenges. In: Health Promotion Journal of Australia 25 (1), 14-18.

LZG.NRW – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2012): Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen: Fiktionaler Bericht.

http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/2012_druckfrisch/fachplan_gesundheit_healthhausen_lzg-nrw-2012.pdf (26.06.2013).

McQueen D.; Wismar M.; Lin, V.; Jones, C. M.; Davies, M. (2012): Intersectoral governance for health in all policies: Structures, actions and experiences.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf?ua=1 (10.03.2016).

National Prevention in Council (ed.) (2011): National Prevention Strategy. Washington DC.

St-Pierre, L. (2009): Governance tools and framework for health in all policies.

http://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework.pdf (10.03.2016).

von Pritzwitz, V. (1994): Politikanalyse. Augsburg.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (09.03.2016).

WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1978): Erklärung von Alma-Ata.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1 (09.03.2016).

WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1992): Ziele zur „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitspolitik für Europa. Kopenhagen.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1998): Gesundheit 21 – Gesundheit für alle. Eine Einführung. Kopenhagen. = Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ 5.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (2010): Bericht der internationalen Tagung zu Gesundheit in allen Bereichen der Politik (international meeting on health in all policies), Adelaide 2010. Genf.

WHO – World Health Organization (ed.) (1984): Glossary of terms: used in the „Health for All Series“ No. 1-8. In: WHO – World Health Organization (ed.): Health for All Series, No. 9. Geneva.

WHO – World Health Organization (ed.) (2015): Health in all policies: Training manual. Genf.