



Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung

 Städte und Gemeinden gesundheitsförderlich, lebenswert und generationenfreundlich gestalten.



Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung

 Städte und Gemeinden gesundheitsförderlich, lebenswert und generationenfreundlich gestalten.

Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg ist eine Initiative
des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren
und des Landesgesundheitsamtes zur Umsetzung der Gesundheitsstrategie
Baden-Württemberg im Rahmen des Zukunftsplans Gesundheit

Impressum

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
Nordbahnhofstraße 135 | 70191 Stuttgart
Telefon 0711 904-35000 | Fax 0711 904-35010 | abteilung9@rps.bwl.de
www.rp-stuttgart.de | www.gesundheitsamt-bw.de

ANSPRECHPARTNER

Dr. Torben Sammet
Telefon: 0711 904-39407
torben.sammet@rps.bwl.de

3. aktualisierte Auflage, Juli 2015



ILLUSTRATION, LAYOUT UND DRUCKDATEN:

KREAVIS Werbeagentur | www.kreavis.com

DRUCK:

Schwäbische Druckerei | info@schwaebischedruckerei.de

BILDNACHWEIS:

Titelmotiv: © MartinaVaculikoval – iStock.com, © medical line concept – iStock.com |

© K.F.L. - fotolia.com: S. 6 | © .shock - fotolia.com: S. 7 | © Syda Productions - fotolia.com: S. 10 | © Dron - fotolia.com: S.11 | © BlueOrange Studio - fotolia.com: S. 12 |

© Marzanna Syncerz - fotolia.com: S. 13 | © jogyx - fotolia.com: S. 16 | © famveldman - fotolia.com: S. 17 | © Patrizia Tilly - fotolia.com: S. 18 | © Simone van den Berg - Fotolia.com: S.19 |

© iofoto - fotolia.com: S. 20 | © WEEBER+Partner - weeberpartner.de: S. 21 | © Elena kouptsova-vasi - fotolia.com: S. 22 | © rukawajung - fotolia.com: S. 23 |

© WEEBER+Partner - weeberpartner.de: S. 24 | © danielschoenen - fotolia.com: S. 25 | © Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: S. 26 |

© KREAVIS Werbeagentur - kreavis.com: S. 28 | © sonya etchison - fotolia.com: S. 31 | © WEEBER+Partner - weeberpartner.de: S. 35 |

© Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: S. 36 | © Robert Kneschke - fotolia.com: S. 37 | © Rido - fotolia.com: S. 38 | © djama - fotolia.com: S. 42 |

© eyetronic - fotolia.com: S.46 | © Monkey Business - fotolia.com: S. 48 | © Sergey Novikov - fotolia.com: S.50 | © Monkey Business - fotolia.com: S. 51 | © scusi - fotolia.com: S.

53 | © Landeshauptstadt Stuttgart, Amt für Sport und Bewegung: S. 55 | © Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: S. 62 | © Franz Pfluegl - fotolia.com: S. 67 |

© maksymowicz - fotolia.com: S. 71 | © Robert Kneschke - fotolia.com: S. 75 | © Syda Productions - fotolia.com: S. 76 | © Rido - fotolia.com: S. 82

VERTEILERHINWEIS:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	5
2	Inhalt des Handbuches	6
3	Warum ist Kommunale Gesundheitsförderung sinnvoll?	10
3.1	Fachliche Schwerpunkte bei Kindern und Jugendlichen	11
3.2	Fachliche Schwerpunkte bei älteren Menschen	17
3.3	Gesundheitsförderung in der Gemeinde- und Stadtentwicklung	23
4	Wie gelingt erfolgreiche Gesundheitsförderung?	28
5	Wie werden Bürgerinnen und Bürger beteiligt?	31
6	Wie gelingt kommunale Zusammenarbeit?	37
6.1	Gründung einer kommunalen Initiative	38
6.2	Mögliche Partner identifizieren und überzeugen	42
6.3	Zusammenarbeit gestalten und aufrecht erhalten	46
7	Wie wird der Handlungsbedarf in der Kommune ermittelt?	50
7.1	Ein Profil der Stadt/Gemeinde erstellen	53
7.2	Ermittlung des Handlungsbedarfes	62
8	Wie wird Kommunale Gesundheitsförderung geplant und umgesetzt?	67
8.1	Ziele festlegen	68
8.2	Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen schaffen	71
8.3	Verhaltensbezogene Angebote bereitstellen	75
8.4	Öffentlichkeitsarbeit	79
9	Wie wird der Erfolg bewertet und die Qualität gesichert?	82
9.1	Prozessevaluation und Qualitätssicherung	84
9.2	Ergebnisevaluation	85
9.3	Ein umfassendes Evaluationskonzept	87
10	Literatur	88
	Notizen	92

1 Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

Städte und Gemeinden haben einen großen Einfluss auf die Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen, Familien und älteren Menschen. Vor Ort, in der Kommune, werden die Grundlagen für ein gesundes Aufwachsen und ein selbstbestimmtes Leben im Alter gelegt. Die Lebensbedingungen in Einrichtungen wie Kitas, Schulen, Freizeit- und Begegnungstätten sowie im Wohnumfeld beeinflussen das Gesundheitsverhalten sehr stark. In den Alltag integrierte Angebote zur Gesundheitsförderung wirken sich, ebenso wie Bildungsangebote, positiv auf die Lebensqualität und die Gesundheit aller Menschen aus. Eine langfristig angelegte Gesundheitsförderung sowie die Familien- und Generationenfreundlichkeit einer Kommune sorgen für zufriedene Bürgerinnen und Bürger und Freude am Leben in der Kommune. Dies hat auch für die Betriebe vor Ort einen hohen Stellenwert.

Die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ unterstützt sowohl Städte und Gemeinden als auch Land- und Stadtkreise bei der Planung und Umsetzung eines kommunalen und generationenfreundlichen Gesamtkonzeptes zur Förderung der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, Familien und älteren Menschen. Dabei ist es wichtig, dass vor Ort alle Aktiven mit Bezug auf Gesundheit, Bildung und Soziales beständig zusammenarbeiten und auch die Bevölkerung beteiligt wird. Nur im Dialog mit allen Beteiligten können Angebote bereitgestellt werden, die an die Bedürfnisse und Interessen aller Bevölkerungsgruppen angepasst sind und ein gesundes Aufwachsen und ein selbstbestimmtes Leben im Alter fördern. Anknüpfungspunkte hierzu bietet das aktuelle Modellvorhaben Fachplan Gesundheit, welches ämter-

übergreifende Planungsprozesse in Kreisen mit Kommunalen Gesundheitskonferenzen mit denen in Städten und Gemeinden verbindet.

Wie die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger bei Gesundheitsthemen auf Ebene der Land- und Stadtkreise sowie der Städte und Gemeinden gelingen kann, wurde durch „Pilotgesundheitsdialoge“ im Jahr 2013 erprobt. Aus den Ergebnissen der Pilotdialoge konnten wichtige Erkenntnisse für eine zukünftig noch stärkere Beteiligung der Bürgerschaft an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten gewonnen werden.

Kinder, Jugendliche, Familien und ältere Menschen in schwierigen Lebensverhältnissen haben oftmals schlechtere Gesundheitschancen. Vorbildliche Ansätze zeigen, dass frühzeitige und systematisch vernetzte Hilfs- und Unterstützungsangebote zu einer besseren Gesundheit beitragen. „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ unterstützt Städte und Gemeinden dabei, sozial benachteiligte Menschen nachhaltig zu erreichen und zu stärken. Nehmen auch Sie das Angebot wahr, um die Gesundheit und die Lebensqualität von Kindern, Jugendlichen, Familien und älteren Menschen in Ihrer Kommune zu fördern und ein gesundes Aufwachsen und Leben noch besser zu ermöglichen.


Katrin Altpeter

Schirmherrin Katrin Altpeter Mdl

*Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg*

2 Inhalt des Handbuches



 Das vorliegende Handbuch soll Kommunen als Leitfaden dienen, um gesunde Städte und Gemeinden zu gestalten und um das Handlungsfeld Gesundheitsförderung in der kommunalen Arbeit zu verankern. Dabei kann es sich zunächst einmal um einzelne Projekte handeln – etwa gesunde Ernährung in Kindertageseinrichtungen oder ein Spaziergangsangebot für ältere Menschen. Eine weitere Möglichkeit ist, das Thema Gesundheit in vorhandene oder laufende Konzepte einzubauen sowie an anderen Themen anzudocken – das kann die familienfreundliche Kommune sein, die Stadtseniorenplanung, eine Leitbildentwicklung oder die Kommunalentwicklung generell. Ziel ist es Gesundheitsförderung und Generationenfreundlichkeit mittel- bis

langfristig als zentrales Handlungsfeld der Stadt oder Gemeinde dauerhaft zu verankern, zum Beispiel im Gemeindeentwicklungsplan oder dem Integrierten Stadtentwicklungskonzept.

Die Gestaltung einer gesunden Stadt oder Gemeinde gelingt am erfolgreichsten durch die Zusammenarbeit^A der Akteure vor Ort, wie Ärzteschaft, Apotheken, Behörden, Beratungsstellen, Erziehungs- und Bildungseinrichtungen, soziale Einrichtungen, Gewerbebetriebe, Medien, Selbsthilfegruppen, Vereine und Wohlfahrtsverbände sowie eine umfassende Bürgerbeteiligung. Um die Akteure und die Bürgerinnen und Bürger zu beteiligen, hat sich die Gründung einer kommunalen Initiative bewährt.

^A Für dieses Handbuch wird folgende Definition zugrunde gelegt: Eine Zusammenarbeit ist ein systematisches und zweckorientiertes Bündnis von unterschiedlichen, selbstständigen Akteuren, das auf die Erreichung eines gemeinsamen Ziels ausgerichtet ist.

Dabei planen die genannten Gruppen gemeinsam und systematisch, wie die Stadt oder Gemeinde insgesamt attraktiver wird – z. B. gesundheitsförderlicher, familien- und generationenfreundlicher oder auch, wie das soziale Miteinander und die Barrierefreiheit verbessert werden können. Eine örtliche Initiative ermöglicht es, die gemeinsamen Anstrengungen sichtbar und die vielfältigen vorhandenen Angebote der Öffentlichkeit besser zugänglich zu machen. Die Beteiligten können gemeinsam Maßnahmen der Gesundheitsförderung entwickeln und umsetzen, die dem Bedarf vor Ort entsprechen.

Das Ziel einer Stadt oder Gemeinde kann z. B. sein, Kinder und Jugendliche bei einem gesunden Aufwachsen zu unterstützen oder ein selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen. Im Hinblick auf ein gesundes Aufwachsen sind die Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern und die Einbeziehung der Lebenswelten wie Tageseinrichtungen für Kinder und Schule von Bedeutung. Auch ältere Menschen sind in geeigneter Form an der Entwicklung von Angeboten zu beteiligen. Dabei sind die spezifischen Lebenswelten zu berücksichtigen, die im Alter an Bedeutung gewinnen – dies können die Nachbarschaft, Seniorentreffs oder auch Bildungseinrichtungen sein.

Im Sinne einer „generationenfreundlichen Kommune“ ist es wichtig, die Bedürfnisse aller Altersgruppen, von Jung und Alt, systematisch in den Blick zu nehmen. Angebote sind nicht nur für jeweils einzelne Zielgruppen, sondern auch generationenübergreifend zu konzipieren. Menschen aller Generationen sind an der Entwicklung zu beteiligen und zum Austausch zu ermutigen, so dass die jeweils unterschiedlichen Begabungen und Ressourcen gegenseitig nützlich werden können. Dabei werden vor allem die Bedürfnisse von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sowie von älteren Menschen im Vordergrund stehen.

Eine generationenfreundliche Kommune hat aber auch Lebenslagen und kommunale Strukturen im Blick. Ein durchgängiges Wegenetz im Stadtquartier ohne Barrieren, Hindernisse und Gefährdungen ist nicht nur allgemein für Freude an Bewegung förderlich, sondern es erleichtert den Alltag von Kindern mit

Bobbycar, von Eltern mit Kinderwagen, Menschen mit Einkaufswagen, Rollkoffer oder Blindenstock ebenso wie von älteren Menschen und anderen, die dauerhaft oder zeitweilig, zum Beispiel nach einem Unfall, auf Gehhilfen, Rollator oder Rollstuhl angewiesen sind. Bedürfnisse und Möglichkeiten hängen nicht nur mit dem Alter, sondern auch mit Geschlecht, Herkunft, Lebenslage und Lebensstil zusammen. An den Beispielen wird deutlich, dass bei der Gesundheitsförderung auch die Stadtplanung eine große Rolle spielt – und zwar in vielfacher Weise.

Jede Kommune ist durch unterschiedliche lokale Voraussetzungen und Bedarfe gekennzeichnet, die bei kommunaler Gesundheitsförderungsplanung zu berücksichtigen sind.



Das Handbuch ist daher als Hilfestellung im Sinne eines „Werkzeugkoffers“ gedacht. Es dient als Anregung für das Vorgehen in der eigenen Kommune. Je nach Ausgangslage in der Stadt oder Gemeinde können passende Werkzeuge oder Arbeitsschritte ausgewählt werden. Bei einer Kommune mag dies im Bereich Zusammenarbeit liegen, bei einer anderen stellt sich vielleicht eher die Frage, wie die Bevölkerung beteiligt wird und wie sich sozial benachteiligte Menschen erreichen lassen. Die enthaltenen Werkzeuge sind jeweils an die Gegebenheiten vor Ort anzupassen.

SOZIAL BENACHTEILIGTE MENSCHEN ERREICHEN UND BETEILIGEN

Damit in den Kommunen alle Menschen und besonders Menschen in schwierigen Lebenslagen erreicht werden, orientiert sich dieses Handbuch an bewährten Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung^{1, 2, 3, 4}. Die Empfehlungen zum Erreichen sozial benachteiligter Menschen sind in die einzelnen Kapitel integriert, damit sie zum jeweils relevanten Zeitpunkt berücksichtigt werden. So wird beispielsweise in Kap. 3.3. im Zusammenhang mit Stadtplanung auf Programme für sozial benachteiligte Quartiere eingegangen und in Kapitel 5, 6 und 7 auf die Bedeutung der Beteiligung der Bevölkerung und spezieller

Zielgruppen hingewiesen. In Kapitel 8.2 wird der Lebensweltansatz beschrieben, welcher darauf zielt, die gesamte Lebenswelt so umzugestalten, dass gesundheitsförderliche Erfahrungen und Möglichkeiten für alle Kinder, Jugendliche und ältere Menschen „niedrigschwellig“ in den Alltag integriert sind. Durch diese Umgestaltung kann es leichter gelingen, mittelschichtorientierte Einnengungen zu vermeiden und Zugang auch zu benachteiligten Menschen zu finden, ohne sie durch Sonderprojekte und Sonderbezeichnungen zu stigmatisieren.

ARBEITSMATERIALIEN

An mehreren Stellen im Handbuch wird auf Arbeitsmaterialien (Tab. 1) verwiesen, die als Anregung dienen, wie einzelne Maßnahmen umgesetzt und dokumentiert werden können. Alle Arbeitsmaterialien können an die Bedürfnisse vor Ort angepasst werden und sind verfügbar unter:

 www.gesundheitsamt-bw.de/Seiten/gesundleben.aspx



ARBEITSMATERIALIEN	KAPITEL
Logbuch	4, 9
Übersicht Netzwerkpartner	6.2
Checkliste zur Analyse kommunaler Strukturen und Ressourcen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung	7.1
Fragebogen zur Ermittlung der Veränderungs-Bereitschaft einer Organisation	7.1
Fragebogen zur Ermittlung von Angeboten der Gesundheitsförderung	7.1
Kommunales Gesundheitsassessment	7.1
Broschüre zu Angeboten und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung	8.2

 Tabelle 1: Arbeitsmaterialien zum Handbuch

ERSTELLUNG DES HANDBUCHS

Das Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung wurde im Rahmen der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ erstellt und wird seit der Erstauflage im Jahr 2008 regelmäßig weiterentwickelt. Besonderer Dank gilt den Kommunalverwaltungen von Breisach am Rhein, Karlsruhe, Michelfeld, Mühlacker und St. Georgen für die wertvollen Hinweise zur Erstauflage des Handbuchs.

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg dankt der Robert Bosch Stiftung für die langjährige Förderung der Landesinitiative.

Hinweis: Alle in dieser Auflage des Handbuchs verwendeten Links zu weiterführenden Informationen im Internet wurden am 22.06.2015 aufgerufen und überprüft.

Die vorliegende 3. Auflage des Handbuchs zur Kommunalen Gesundheitsförderung wurde umfassend aktualisiert. Die Kapitel sieben und neun wurden grundlegend überarbeitet und mit praxistauglichen Hilfsmitteln zur Bedarfsermittlung und Erfolgsbewertung in der Kommunalen Gesundheitsförderung bereichert. Neue Inhalte des Handbuchs bilden das Handlungsfeld der Gemeinde- und Stadtentwicklung in Bezug auf Gesundheitsförderung sowie die Ergebnisse und Praxisbeispiele der Pilotgesundheitsdialoge des Landes Baden-Württemberg.

AUTOREN


Dr. Torben Sammet (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg), Prof. Dr. Wolfgang Schlicht (Institut für Sport- und Bewegungswissenschaft; Universität Stuttgart), Gabriele Steffen (Weeber+Partner - Institut für Stadtplanung und Sozialforschung), Dr. Elke Ahlsdorf (korrespondierende Kollegiatin Netzwerk Alternsforschung; Universität Heidelberg), Dr. Birgit Berg (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg), Vera Eich (Publik. Agentur für Kommunikation GmbH), Dr. Christine Eichhorn (Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften; Universität Bayreuth), PD Dr. Thomas Ellrott (Institut für Ernährungspsychologie; Georg-August-Universität Göttingen), Prof. Dr. Joachim Fischer (Mannheimer Institut für Public Health; Universität Heidelberg), Dr. Ellis Huber (Mann-

heimer Institut für Public Health; Universität Heidelberg), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege; Hochschule Esslingen), Barbara Leykamm (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg), Dr. Julika Loss (Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin; Universitätsklinikum Regensburg), Prof. Dr. Barbara Methfessel, Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften; Universität Bayreuth), Prof. Dr. Volker Pudel (†), Dr. Herbert Renz-Polster (Mannheimer Institut für Public Health; Universität Heidelberg), Carolin Schork (Weeber+Partner - Institut für Stadtplanung und Sozialforschung) und Dr. Ilka Seidel (Institut für Angewandte Trainingswissenschaft; Universität Leipzig).



3 Warum ist Kommunale Gesundheitsförderung sinnvoll?



 Neben individuellen Faktoren entscheiden die Rahmenbedingungen in den Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen über Gesundheit und Krankheit. Sozialraum und Nachbarschaften beeinflussen die Entwicklungs- und Lebensbedingungen ebenso wie die Erziehungs- und Bildungseinrichtungen vor Ort. Städte und Gemeinden sind damit für ein gesundes Aufwachsen und Leben von enormer Bedeutung.

Kommunen eignen sich zudem in hervorragender Weise, um die in Baden-Württemberg in großer Zahl vorhandenen gesundheitsförderlichen Angebote zu bündeln. Die Zusammenarbeit der Akteure vor Ort ermöglicht zu überprüfen, welche

Zielgruppen bislang durch Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden und welche nicht. Angebote können an die Lebenswelten und Bedürfnisse aller Bevölkerungsgruppen angepasst und bestehende örtliche Ressourcen zur Förderung der Gesundheit gebündelt werden. Bedarfsangepasste Maßnahmen und Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention können aufgebaut werden. Gesundheitsdienste können optimiert werden. Durch die beständige Zusammenarbeit aller gesellschaftlichen Akteure gelingt es, Kinder bei einem gesunden Aufwachsen zu unterstützen und in ihrer Entwicklung zu stärken sowie ein gesundes und selbstbestimmtes Leben im Alter zu fördern.

3.1 FACHLICHE SCHWERPUNKTE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Schwangerschaft, Geburt und Kindheit sind in zweierlei Hinsicht gesundheitlich prägende Phasen: Erstens bilden sich in diesem Lebensabschnitt die sozialen Bindungsmuster und Gewohnheiten, wie das Ernährungs-, Bewegungs- und Gesundheitsverhalten, die uns erlauben gesunde Entscheidungen zu treffen sowie positive Lebenseinstellungen und Lebenskompetenzen^B und damit wichtige Ressourcen für das ganze Leben⁵. Zweitens werden bereits im Mutterleib wichtige biologische Funktionen langfristig vorgeprägt. So ist zum Beispiel nachgewiesen, dass sich der Stoffwechsel von Kindern rauchender Mütter oder auch von Müttern mit Schwangerschaftsdiabetes so auf die Mangelversorgung einstellt, dass die Kinder als Erwachsene zu Übergewicht und Bluthochdruck neigen.

Die Kindheit und die Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen – von Kinderkrippen bis zur Berufsschule – sind aus diesen Gründen zentraler Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung. Gewöhnen sich Kinder und Jugendliche an einen gesundheitsförderlichen Lebensstil, so hat dies positive Auswirkungen auf die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf. Zum Beispiel haben Personen, die nie geraucht haben, nicht massiv übergewichtig sind, sich gesund ernähren und in der Woche mehr als dreieinhalb Stunden körperlich aktiv sind, ein um 78 Prozent geringeres Risiko für chronische Krankheiten als Personen mit gegenteiligem Verhalten⁶.

Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst gesund auf⁷. Lediglich bei 13,7 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland besteht ein spezieller Versorgungsbedarf von chronischen Gesundheitsproblemen⁸. Gesundheitliche Risiken in der Kindheit bestehen z. B. in Form von mangelnder Bewegung, ungünstiger Ernährung und einem Übermaß an Dauerstress. So verbringen Kinder und Jugendliche immer mehr Zeit vor Fernseher und Computer. Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten werden zunehmend eingeschränkt. Der Mangel an Bewegung und körperlich-sinnlichen Erfahrungen durch eine

spielerische Aneignung der Umwelt führt zu vielfältigen Auffälligkeiten der körperlich-motorischen sowie der psychosozialen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen⁹. Haltungsschäden, Defizite bei Ausdauer, Kraft und Koordination sowie mangelnde Konzentrationsfähigkeit sind nur einige Beispiele hierfür. Ungefähr 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben Haltungsschäden und etwa fünf Prozent zeigen gravierende motorische Auffälligkeiten (z. B. Hyperaktivität, Aggressivität)¹⁰.



Parallel zum Rückgang körperlicher Aktivität haben sich ernährungsbezogene Lebensbedingungen und Verhaltensweisen stetig verändert. Der Zugang zu kalorienreichen Lebensmitteln wie Fast Food, Süßigkeiten und süßen Getränken ist heutzutage sowohl für Erwachsene als auch für Kinder beinahe zu jeder Zeit und an jedem Ort möglich. Häufig fehlen zudem gleichzeitig gesunde Ernährungsalternativen.

Die Folgen von Fehlernährung und Bewegungsmangel lassen nicht lange auf sich warten: Eine Reihe von oft chronisch verlaufenden Krankheiten, wie Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck, Fettstoffwechsel-Störungen, Gelenkproblemen und Essstörungen treten immer häufiger und in immer jüngeren Jahren auf⁷.

^B Lebenskompetenz ist eine Sammlung sozialer und psychischer Fähigkeiten, die es einer Person ermöglichen, mit den alltäglichen Anforderungen und Schwierigkeiten des Lebens konstruktiv und produktiv umzugehen und ist somit als wesentliche Voraussetzung für ein umfassendes gesundheitliches Wohlbefinden zu betrachten.

UNERWÜNSCHTES ERBE

Welchen gesundheitlichen Risiken Kinder ausgesetzt sind, hat vor allem etwas mit dem sozialen Status ihrer Eltern sowie dem eigenen Bildungsstand zu tun. Gesundheitlich ungünstige Lebensmuster werden damit wie eine Art „unerwünschtes Erbe“ weitergegeben. Dieses Erbe umfasst nicht nur gesundheitliche Belastungen (Beispiel: Rauchen in der Schwangerschaft, das in der niedrigen Sozialstatusgruppe viermal häufiger ist als in der hohen) sondern auch gesundheitliche Schutzfaktoren, Lebenskompetenzen, Werte und Erwartungen. Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien^{c,11} sind häufiger von Störungen bei der motorischen Entwicklung, der Zahngesundheit, der Hör- und Sehfähigkeit sowie der Sprachentwicklung betroffen und leiden häufiger an Übergewicht sowie an psychischen Pro-

blemen als Gleichaltrige aus nicht benachteiligten Familien^{12,13}. Ziel der Gesundheitsförderung muss deshalb sein, diese Fortschreibung ungünstiger Lebensmuster zu unterbrechen. Die Stärkung der gesundheitlichen Schutzfaktoren am Lebensanfang kann die Belastbarkeit des Menschen und seine Widerstandskraft gegen Risikofaktoren lebenslang stärken. Die ausreichende Unterstützung für Eltern und Kinder ist deshalb eine wichtige Investition in die körperliche, emotionale und soziale Entwicklung, die ein Leben lang Früchte trägt. In gesundheitlicher Hinsicht kommt zudem den Kinderkrippen, Kitas und Schulen durch ihre integrative, sprach-, kommunikations- und kompetenzfördernde Wirkung eine wichtige stärkende und ausgleichende Funktion zu.

GESUNDE FAMILIEN UND GESUNDER LEBENSBEGINN

Die Unterstützung in diesem Lebensalter ist vor allem deshalb wichtig, weil viele Prägungen der Mutter-Vater-Kind-Interaktion hier erfolgen und weil in dieser Umbruchphase neue Motivation zu Lebensstiländerungen entstehen kann. Unterstützung in dieser Lebensphase setzt vor allem im häuslichen Umfeld an und bietet damit eine zusätzliche Chance für soziale Breitenwirkung und Familienförderung. Als unterstützende Strategien bieten sich gerade in diesem Bereich eine aufsuchende/nachbarschaftliche Ausrichtung und die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlichen Initiativen oder Patenschaften unter Koordination entsprechend qualifizierter Fachkräfte an. Die frühkindliche Gesundheitsförderung ist damit eine ideale Plattform für bürgerschaftliches soziales Wirken. Dabei ist jedoch die Einbindung und Koordination mit den vor Ort bestehenden sozialen und gesundheitsfördernden Diensten



entscheidend. So kommt die im Auftrag des Bundesfamilienministeriums vom Deutschen Jugendinstitut in Absprache mit den Ländern und Kommunen erstellte Evaluation der derzeitigen Projekte zu Frühen Hilfen zu dem Schluss, dass „die Reichweite und der Erfolg einzelner Maßnahmen deutlich vom Grad ihrer Einbindung in ein lokales Kooperationsnetzwerk abhängen. Eine gute Versorgung von Familien und ein verbesserter Schutz von Kindern gelingt nur in einem umfassenden und differenzierten Netzwerk.“¹⁴

^c Zu sozialen Benachteiligungen zählen insbesondere durch das soziale Umfeld, die ökonomische Situation, familiäre Konstellationen und Situationen, defizitäre Bildung oder durch das Geschlecht, die ethnische oder kulturelle Herkunft bedingte Benachteiligungen. Soziale Benachteiligungen werden immer dann vorliegen, wenn die altersgemäße gesellschaftliche Integration nicht wenigstens durchschnittlich gelungen ist.

Als Themen der frühkindlichen Gesundheitsförderung bieten sich z. B. an (s. Empfehlung zur Umsetzung des Landesgesundheitszieles „Gesund aufwachsen“ in Baden-Württemberg mit dem „Bericht der Projektgruppe zur Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“⁵):

- ▶ Prävention von Rauchen in der Schwangerschaft: Rauchen in der Schwangerschaft führt zu einer eingeschränkten Nährstoffversorgung der Feten und ist mit einem deutlichen Anstieg der lebenslangen Krankheitslast beim Kind verbunden (höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht, Bluthochdruck sowie für Verhaltensauffälligkeiten wie etwa Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom).
- ▶ Nachbetreuung von Müttern und Stärkung der Stillförderung: Bessere Verzahnung der Nachsorge durch Hebammen und Kinderärzte mit den sozialen Unterstützungsangeboten vor Ort, von den kommunalen Angeboten bis hin zur Nachbarschaftshilfe.
- ▶ Stärkung der Elternkompetenz, z. B. durch Angebot eines qualifizierten Besuchs aller Familien, in deren Umgebung (Hausbesuche) durch geschulte Fachkräfte sowie leicht zugängliche Beratungs- und Unterstützungsangebote für Eltern, u. a. zur Verbesserung des Wissens über Kindergesundheit.
- ▶ Schaffung einer für die Anliegen von Eltern grundsätzlich aufgeschlossenen Verwaltungskultur.
- ▶ Patenschaften im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements für belastete alleinerziehende Mütter: Die Resilienzforschung zeigt, dass Kinder, die sich trotz Belastungsfaktoren im späteren Leben produktiv und erfolgreich an der Gesellschaft beteiligen, vor allem solche sind, die außerhalb der (oft belasteten) Primärfamilie eine fördernde Erwachsenenperson mit Vorbildcharakter fanden (von Erzieherin bis Nachbarschaft).




GESUNDE TAGESEINRICHTUNGEN FÜR KINDER

Die Kindertageseinrichtungen bilden für die meisten Kinder die erste Brücke in die Gemeinschaft. Hier können Kinder aus sehr unterschiedlichen sozialen Zusammenhängen lernen, sich in die Gruppe einzubringen und die hierfür erforderlichen Kompetenzen zu erwerben. Dies fördert die soziale Teilhabe und ist damit eine wichtige Grundlage für Gesundheit. Wichtiges Ziel ist dabei die Förderung von Sprache und Kommunikation. Gesundheitsförderung sollte in bestehende Trägerkonzepte der Kitas und in Bildungspläne der Schulen eingebunden werden. Durch tägliche Bewegung entwickeln Kinder Körpergefühl, Geschicklichkeit und Fitness – Voraussetzungen für ein auch im Erwachsenenalter bewegtes Leben. Körperliche Aktivität wirkt quasi wie ein Motor, der die ganzen Entwicklungs-, Aufbau- und Umbauvorgänge der körperlichen, geistigen, motorischen, emotionalen und sozialen Entwicklung in Gang setzt und am Laufen hält^{15,16,17} (Tab. 2).

Kinder sind über den Spieltrieb intrinsisch zu Bewegung motiviert. Primäres Ziel bei der Bewegungsförderung ist deshalb weniger die Motivierung durch Erwachsene als vielmehr die Erweiterung des kindlichen Bewegungsraums. Bei der Bewegungsförderung bietet sich ein integrierter/ganzheitlicher Ansatz an, der auch kreative und musische Elemente (Rhythmen, Musik,

Tanz) einschließt, wodurch sich der gruppenintegrative Ansatz von Musik, Tanz und Bewegungstheater nutzen lässt. In Maßnahmen der Bewegungsförderung sollte immer auch der Weg zu Kindertageseinrichtungen eingeschlossen sein, da sich dadurch u. a. auch gesunde Gewohnheiten auf Familien und die Nachbarschaft übertragen lassen.

BEWEGUNG & KÖRPERLICHE AKTIVITÄT UNTERSTÜTZT			
KÖRPERLICHE ENTWICKLUNG	MOTORISCHE ENTWICKLUNG	GEISTIGE ENTWICKLUNG	EMOTIONALE UND SOZIALE ENTWICKLUNG
<ul style="list-style-type: none"> ▶ unterstützt Wachstum und Entwicklung des Organismus ▶ stärkt das Herz-Kreislauf-System ▶ steigert die Muskelkraft ▶ stärkt die Knochen und sichert so den Bewegungsapparat ▶ stärkt das Immunsystem und beugt Krankheiten vor ▶ steigert die allgemeine Leistungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ermöglicht Körper- und Bewegungserfahrungen und fördert somit Bewegungskönnen und -sicherheit ▶ fördert die Ausbildung der koordinativen Fähigkeiten, z. B. Orientierungsfähigkeit und Gleichgewichtsfähigkeit ▶ unterstützt die Entwicklung der konditionellen Fähigkeiten Kraft, Ausdauer und Schnelligkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ unterstützt die Entwicklung und Ausdifferenzierung des Zentralnervensystems ▶ unterstützt die Entwicklung der Wahrnehmung, v. a. körpernaher und körperinterner Reize ▶ regt die Durchblutung des Gehirns an und aktiviert es ▶ unterstützt die Konzentrationsfähigkeit und fördert die Aufmerksamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ vermittelt Gefühle wie Lust und Freude, aber auch Misserfolg und Enttäuschung ▶ fördert ein positives Körperbewusstsein und ein realistisches Anspruchsniveau ▶ unterstützt die Entwicklung von Selbstständigkeit, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen ▶ fördert das soziale Miteinander

 Tabelle 2: Bedeutung von körperlicher Aktivität für die gesunde Entwicklung von Kindern (modifiziert nach ¹⁸)

Wie die regelmäßige körperliche Aktivität unterstützt auch eine ausgewogene Ernährung die Entwicklung von Kindern (Tab. 3). Ernährungsroutinen bilden sich im Kleinkind- und Kindergartenalter weiter aus. Durch Vorbild von Erwachsenen und durch Gruppensozialisation kann der Wahlhorizont für gesunde Lebensmittel erweitert werden. Ein besonderer Schwerpunkt sollte dabei auf den Getränken liegen, die sich sowohl wegen ihres er-

heblichen kalorischen Beitrags zum Gesamtverzehr des Kindes als auch wegen ihrer Wirkung auf den Stoffwechsel als zentral in der Übergewichtsproblematik gezeigt haben. Projekte sollten wo immer möglich die Eltern einbeziehen, um eine Rückwirkung auf das familiäre Umfeld zu ermöglichen sowie die dort vorhandenen Ansätze für eine gesunde Ernährungskultur zu nutzen und zu verstärken.

AUSGEWOGENE ERNÄHRUNG UNTERSTÜTZT

KÖRPERLICHE ENTWICKLUNG	MOTORISCHE ENTWICKLUNG	GEISTIGE ENTWICKLUNG	EMOTIONALE UND SOZIALE ENTWICKLUNG
<ul style="list-style-type: none"> ▶ unterstützt Wachstum und Entwicklung des Organismus ▶ schützt vor Herz-Kreislauf-Krankheiten ▶ beugt Krebserkrankungen und Karies vor ▶ stärkt Knochen und Bewegungsapparat ▶ stärkt das Immunsystem ▶ liefert die Baustoffe fürs Erwachsenwerden ▶ schützt vor Übergewicht und seinen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ liefert Baustoffe für Muskeln und Knochen ▶ liefert Energie für körperliche Leistungen ▶ hilft gesund und aktiv groß zu werden 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ unterstützt die geistige Leistungsfähigkeit ▶ unterstützt die Wahrnehmung körperinterner Reize von Hunger und Sättigung ▶ stellt Nährstoffe für die geistige Arbeit zur Verfügung ▶ unterstützt die Konzentrationsfähigkeit und fördert die Aufmerksamkeit ▶ verhindert Essstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ findet im sozialen Kontext von Familie, Kita, Schule und Peer-Group statt ▶ kann über teilhabende Aktionen von den Akteuren selbst mitgestaltet werden ▶ ermöglicht Genuss und Geschmack sowie Spaß am Essen ▶ ist wichtiger Bestandteil des sozialen Miteinanders einer Kultur

☐ Tabelle 3: Bedeutung von ausgewogener Ernährung für eine gesunde Entwicklung (Ellrott & Pudell)

Um Migrantenkinder besser zu integrieren ist der erleichterte Zugang zu Kitas für Migranten vorrangig. Dazu gehört auch die Zusammenarbeit mit Migrantengruppen und Migranteneltern, um die Attraktivität der Lebenswelt Kindergarten zielgrup-

penspezifisch zu erhöhen bzw. mögliche Hindernisse zum Kindergartenbesuch auszuräumen. Für die verbesserte soziale Teilhabe ist Sprachförderung ein entscheidender Hebel. Sie ergibt sich vor allem aus der besseren Integration in die Gruppe.

GESUNDE SCHULE

Der Schule kommt eine herausragende Rolle bei der Zuweisung von Lebenschancen zu. Sie vermittelt nicht nur Bildungsinhalte, sondern auch Selbstwert, soziale Kompetenz, Vorbilder und Normen, die es dem Kind erlauben, mit den Belastungen des Lebens produktiv umzugehen und trotz aller Stressfaktoren für seine Gesundheit zu sorgen. Bildung ist DAS Sprungbrett zu einem gesunden Leben. Bildungschancen sind deshalb immer auch Gesundheitschancen. Viele Schulen haben Prävention und

Gesundheitsförderung fest in ihrem Schulcurriculum verankert und tragen so dazu bei, dass diese Themen als gemeinschaftliche Aufgabe angesehen und systematisch umgesetzt werden. Ein solches Vorgehen gewährleistet eine höhere Nachhaltigkeit.

Das Rahmenkonzept „stark.stärker.WIR.“ bietet Schulen in Baden-Württemberg Unterstützung bei der Weiterentwicklung ihrer Arbeit im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung.

Präventionsbeauftragte der Regierungspräsidien beraten die Schulen bei der Umsetzung des Rahmenkonzeptes, bieten Fortbildungen für Lehrkräfte an und vernetzen sich mit regionalen Kooperationspartnern zu Prävention und Gesundheitsförderung. Mehr Informationen finden sich unter: www.kontaktbuero-praevention-bw.de




Zentrales Element für eine „Gesunde Schule“ sind Netzwerke für eine Zusammenarbeit zwischen Schülerinnen und Schülern, Eltern, Lehrkräfte, Vereinen, den lokalen Transportunternehmen, den Akteuren der Schulverpflegung, der Kommune und weiteren Akteuren.

Wissenschaftliche Daten belegen, dass die körperliche Aktivität einer der stärksten Schutzfaktoren gegen chronische Erkrankungen ist. Zudem bringt Bewegung als Mitnahmeeffekt auch eine Steigerung der mentalen Leistungsfähigkeit mit sich. Kinder oder Jugendliche sollten täglich mindestens 60 Minuten moderat bis intensiv körperlich aktiv sein¹⁹. In der Schule kommt dem Sportunterricht eine wichtige gesundheitsförderliche Aufgabe zu²⁰, da er Spaß an regelmäßiger körperlicher Aktivität vermitteln soll. Dabei ist zu beachten, dass Gesundheit für die meisten Kinder und Jugendlichen kein Anreiz ist, Sport zu treiben. Für sie ist eine kurzfristige Verbesserung des Befindens (z. B. „Nach dem Sport fühle ich mich besser.“) wichtiger. Sport muss Freude bereiten und positive Erlebnisse vermitteln (z. B. „muss Spaß machen“), damit Kinder und Jugendliche ihn regelmäßig betreiben! Sport muss für Kinder und Jugendliche im Augenblick Sinn machen (z. B. „Ich kann da mit meinen Freunden zusammen sein“).

Für eine gesunde Schule ist, wie in den Kitas, die Multimodalität der Programme wichtig. Dabei gehen Lehrerfortbildungen, strukturelle Änderungen des „Bewegungsraums Schule“, Zusammenarbeit und Vernetzung mit den Angeboten der Vereine und Kommunen, Verbesserungen des Schulwegs und der öffentlichen Transportstruktur sowie Bewegungsinitiativen im regulären Unterricht Hand in Hand. Um gerade die weniger leistungsorientierten Kinder mit anzusprechen, bietet sich eine Verzahnung mit musischen und kreativen Elementen (z. B. Tanz, Bewegungstheater) an. Als guter Ansatz für den schulischen Bereich, unter anderem auch bei der Bewegungsförderung, hat sich der Einsatz von Peer-Vorbildern bewährt⁶². Peers sind Gleichaltrige, die der Zielgruppe einer Maßnahme der Gesundheitsförderung angehören und in dieser als Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren dienen können (vgl. Kapitel 8.3).

Weiterhin können Schulen, Schülerinnen und Schüler, Eltern sowie Lehrkräfte zu den Bereichen Klassenklima, Gewaltprävention, Suchtprävention und/oder Gesundheitsförderung befragt werden.

Fragebögen hierzu finden sich ebenfalls auf der Homepage des Kontaktbüros Prävention:

 [www.kontaktbuero-praevention-bw.de/
Lde/Startseite/Medien/Handreichung+stark_
staerker_WIR_](http://www.kontaktbuero-praevention-bw.de/Lde/Startseite/Medien/Handreichung+stark_staerker_WIR_)



Das Ergebnis einer solchen Befragung könnte den ersten Schritt darstellen, Prävention und Gesundheitsförderung an der Schule systematisch und bedarfsgerecht auszurichten.

3.2 FACHLICHE SCHWERPUNKTE BEI ÄLTEREN MENSCHEN

Im Zuge des demografischen Wandels werden die Zahl und der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung stark zunehmen²¹. Dies hat zum einen mit dem niedrigen Geburtenniveau und zum anderen mit der gestiegenen und voraussichtlich weiter steigenden Lebenserwartung zu tun²². Eine Bevölkerungsvorausrechnung zeigt, dass bereits im Jahr 2030 doppelt so viele über 60-Jährige wie unter 20-Jährige in Baden-Württemberg leben werden²². Auch die Zahl der Hochaltrigen über 85 Jahre wird zukünftig stark zunehmen. Galt das Alter bisher vor allem als „weiblich“ und „deutsch“, so werden in den kommenden Jahren zunehmend mehr Männer und mehr Menschen mit Migrationshintergrund zu den Älteren zählen. Stark steigen wird aller Voraussicht nach auch die Zahl der demenziell Erkrankten und der älteren Menschen in prekären Lebenslagen.

Die Bedürfnisse und Lebenslagen der älteren Menschen sind sehr unterschiedlich. Sie sind wohlhabend oder arm, mobil und reiselustig oder eingeschränkt beweglich, hier aufgewachsen oder zugewandert, haben keinen oder einen mehr oder weniger großen Unterstützungsbedarf. Das Alter nimmt eine

immer größere Lebensspanne ein und weit über 100-Jährige sind keine Seltenheit mehr. Bei allen Unterschieden gibt es einen gemeinsamen Nenner: Die meisten Menschen möchten auch im Alter ihre gewohnte Lebensweise so lange wie möglich beibehalten – wenn es irgendwie geht, selbstbestimmt in der eigenen Wohnung und im vertrauten Quartier. Über ihr Alter definiert zu werden, mögen die meisten Menschen nicht. Was als „altengerecht“ vermarktet wird, findet oft nur wenig Resonanz – auch die Konsumwerbung verwendet den Begriff „anspruchsvolle Haut“ an Stelle von „Falten“.



ALTERN IST EIN PROZESS

Altern ist ein Prozess, kein Zustand. Dazu gehören einschneidende Umbrüche – der Auszug der Kinder aus der elterlichen Wohnung, der Übergang von der Berufstätigkeit in den Ruhestand, der Verlust des Partners, auch schwere Erkrankungen; solche biografischen Ereignisse sind der häufigste Grund für einen Umzug in der zweiten Lebenshälfte. Zum Altern gehören aber auch die vielen kleinen Veränderungen: Es ändert sich der Alltag, wenn man sich im Ruhestand neu organisiert, die Befindlichkeit zunächst mit kleineren Beschwerden und nachlassen der Energie, die sozialen Netze strukturieren sich neu, das Zeitbudget eröffnet Möglichkeiten auch für

neue Kontakte und Aktivitäten. Die mit dem Alter häufig verbundene Multimorbidität, die damit verbundenen Einbußen der Selbstständigkeit und eine Häufung von kritischen Lebensereignissen, wie z. B. der Verlust nahestehender Menschen, sowie der Blick auf eine mehr und mehr begrenzte Lebenszeit stellen Herausforderungen für die Menschen dar. Aufgrund individueller Unterschiede gelingt die Anpassung an das Älterwerden nicht immer ohne Schwierigkeiten. Zudem sind psychische Erkrankungen im Alter nicht seltener als bei jungen Menschen^{23, 24}. Daher sollte die Kommunale Gesundheitsförderung neben Faktoren wie Bewegung und



Ernährung immer auch die psychische Situation der älteren Menschen mit berücksichtigen. Zum einen sind psychische Erkrankungen wie Angststörungen oder Depressionen als häufigste Formen für die Betroffenen mit großem Leid verbunden, zum anderen können sie die Umsetzung sinnvoller gesundheitsförderlicher Anregungen und Interventionen zumindest beeinträchtigen, wenn nicht sogar verhindern. Eine stabile psychische Verfassung ist zentral für das Gelingen von positiven Veränderungen. Sonst ist Motivation im Sinne von *movere*, d.h. „sich bewegen“, sich aus dem Haus bewegen, sich hin zu neuen Situationen oder Verhaltensweisen zu bewegen, nicht möglich und sinnvolle kommunale Förderansätze laufen unter Umständen ins Leere. Ein depressiver älterer Mensch hat vielleicht gar nicht das Interesse und die Energie, sich zu bewegen oder Neues auszuprobieren, während ein ängstlicher Mensch vielleicht vor allem Ermutigung braucht, um sich nach draußen zu bewegen. Wichtig sind präventive Maßnahmen, damit psychische Belastungen und Erkrankungen nach Möglichkeit gar nicht erst entstehen. Bausteine präventiver Maßnahmen können Angebote zum Erhalt der körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheit sein, wie z. B. Förderung von Bewegung, Selbstkompetenz und gesunde Ernährung.

Die traditionelle Gleichsetzung von „alt“ mit gebrechlich stimmt schon lange nicht mehr. Sehr viele Menschen setzen auch im hohen Alter ihr aktives Leben ohne gravierende Beeinträchtigungen fort²⁵. Dies zeigt auch der Vergleich zwischen der allgemeinen Lebenserwartung und der gesunden Lebenserwartung; als gesunde Lebenserwartung wird die Zahl der Jahre definiert, in denen ein Mensch weitgehend frei von gravierenden Krankheiten oder funktionellen Einschränkungen ist. So hat ein 65-jähriger Mann im Durchschnitt noch 15,7 Lebensjahre vor sich, davon 13,6 in relativer Gesundheit²⁶. Bei Frauen sind es 19,3 bzw. 16,4 Jahre. Große Unterschiede bei der Lebenserwartung gibt es nicht nur nach Geschlecht, sondern auch nach der sozialen Lage. Die Unterschiede zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensklasse betragen bis zu 14 Lebensjahre. Die gesunde Lebenserwartung von Männern (Frauen), welche unter

60 Prozent des durchschnittlichen Einkommens erzielen, liegt bei 56,8 (60,8) Jahren²⁷. Die gesunde Lebenserwartung von Männern (Frauen), welche über 150 Prozent des durchschnittlichen Einkommens erzielen, liegt dagegen bei 71,1 (71) Jahren. Dies macht deutlich, wie groß der Bedarf ist, gerade die Gesundheit sozial benachteiligter Menschen zum Thema zu machen. Hier besteht ein besonders hohes Präventionspotenzial.

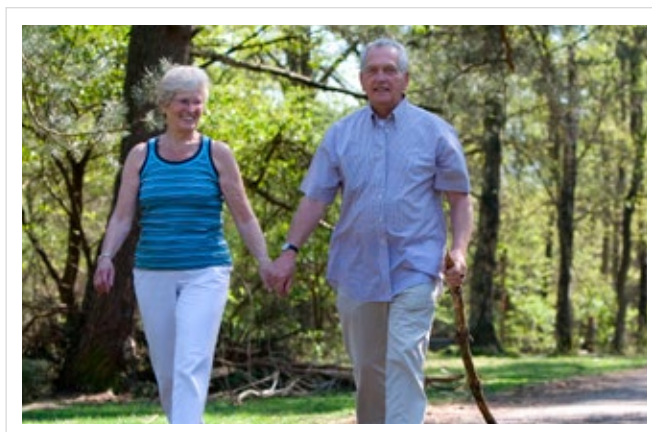


Alte Menschen werden oft mit Pflegebedürftigen gleichgesetzt. Pflegebedarf tritt aber in der Regel erst im hohen Alter auf. Bei Menschen im Alter zwischen 65 und 69 sind nur ca. 20 Prozent in eine Pflegestufe eingruppiert. Erst bei den ab 90-jährigen Frauen ist es die Mehrheit (53,6 Prozent)²⁸. Auch hier gibt es deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Die meisten beziehen bis zu ihrem Tode keine Pflegeleistungen. Dies ist allerdings nicht mit Hilfebedarf gleichzusetzen – auch in früherem Alter und ohne Pflegestufe sind viele Ältere auf Hilfen im Alltag angewiesen. Diese stehen jedoch oft nicht zur Verfügung. Vor allem bei demenziell Erkrankten, deren Zahl sich nach Vorausschätzungen bis 2050 verdoppeln wird, besteht hierbei großer Bedarf.

GESUND UND AKTIV ÄLTER WERDEN

Bei der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen haben – wie bei Kindern und Jugendlichen – die Themen Bewegung und Ernährung besondere Bedeutung. Dass eine körperlich aktive Lebensweise sowohl einen positiven Einfluss auf die Lebenserwartung als auch auf die Lebensqualität hat, ist durch zahlreiche Untersuchungen belegt^{29, 30, 31, 32}. Sie ist ein wichtiger Faktor, um individuelle Mobilität zu erhalten und altersbedingte Gesundheitsprobleme zu vermeiden oder zu verzögern^{33,34}. Sie wirkt biologischen Alterungsprozessen entgegen, senkt das Sturzrisiko sowie Depressionen und hilft, die Leistungsfähigkeit des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems zu erhalten. Körperliche Aktivität leistet damit einen wesentlichen Beitrag für ein gesundes Altern, für eine selbständige Lebensführung und zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit³⁵.

Für den Erhalt der Lebenszufriedenheit älterer Menschen kommt der gesellschaftlichen Wahrnehmung und Deutung von „Altwerden“ und „Altsein“ großer Einfluss zu. Der Komplexität dieses Einflusses in unserer Gesellschaft wird umfassend im sechsten Altenbericht der Bundesregierung Rechnung getragen³⁶. Das Altersbild spielt gesamtgesellschaftlich, aber natürlich auch im Kleineren, z. B. auf kommunaler Ebene, eine wichtige Rolle. Ein zentraler Aspekt, der für ein positives Altersbild entscheidend ist, ist der Aspekt der Entwicklung im Alter. Wenn es auch in der Kommunalen Gesundheitsförderung gelingt, den Blick auf die Plastizität älterer Menschen, also die Fähigkeit zur Weiterentwicklung zu betonen, kann dies zum einen dazu beitragen, die Akzeptanz von Angeboten zu fördern und zum anderen auch, das Altersbild der gesamten Kommune zu verändern, was langfristig ein besseres Miteinander aller Altersgruppen fördern kann. Letztlich geht es um den gezielten Ausbau von einzelnen Kompetenzen unter Anpassung an die veränderten Möglichkeiten im Alter³⁷. Die Potenziale älterer Menschen sind vielfältig³⁸, z. B. im Bereich von Kreativität oder im Bildungsbereich. Die Kommunale Gesundheitsförderung kann hierzu eine essenzielle präventive Basis bereitstellen, indem sie die Potenziale älterer Menschen berücksichtigt und fördert.



Möglichkeiten für kommunale Angebote zur Förderung von Gesundheit und sozialer Teilhabe älterer Menschen gibt es viele. Wichtig für eine gute Gesundheit und für die Lebenszufriedenheit im Alter ist die Einbindung in ein soziales Netzwerk, die Möglichkeit, in sozialen Rollen aktiv zu sein, sich als nützlich zu erfahren und die soziale Unterstützung durch andere. In Bezug auf Teilhabe lassen sich kollektive Aktivitäten (gemeinsame Freizeitgestaltung), produktive Aktivitäten (Tätigkeiten verbunden mit Leistungen für andere) und politische Aktivitäten (Einfluss auf soziale Sachverhalte) unterscheiden³⁹. Ein Beispiel ist das Experience-Corps-Project in den USA, in dem alte Menschen (auch mit geringem Bildungsgrad) systematisch in Schulen zur Förderung von Schulkindern mitarbeiten. Dieser intergenerative Ansatz verbessert sowohl die Lebensqualität und -chancen der Kinder und Jugendlichen als auch die gesundheitliche Situation der älteren Menschen⁴⁰.

Erzählcafés geben den älteren Menschen die Gelegenheit, sich gemeinsam an frühere Zeiten zu erinnern und Erfahrungen auszutauschen, sie können dies aber genauso beispielsweise in Schulen oder Kindergärten tun und auf diese Weise den Kontakt zwischen den Generationen stärken. Hierfür bieten sich beispielsweise Themen wie „Schule früher und heute“, „Kindheit vor 60 Jahren und heute“ oder „Kinderspiele früher und heute“. Neben dem Erleben von Akzeptanz und Bedeutung ermöglicht das Sich-erinnern auch ein Training des autobiografischen Gedächtnisses und

Erfahren von Sinn. Erinnerungen stellen einen wichtigen Schlüssel zum Verständnis der eigenen Entwicklung dar und können Sinn transportieren⁴¹. Ältere Menschen können ihre Kenntnisse aber genauso gut in anderen Bereichen vermitteln, z. B. im hauswirtschaftlichen Bereich. Denkbar sind auch *Themennachmittage* für die ganze Kommune z. B. zum Thema „Leben in XY, damals und heute“, bei denen Bürgerinnen und Bürger aller Altersstufen ihre Erfahrungen und ihr Erleben berichten können.

Eine weitere Beteiligung älterer Menschen unter Berücksichtigung ihrer Potenziale kann in der Einrichtung von *Tauschbörsen* sein, bei denen „Dienstleistungen“ getauscht werden. Die Hilfe beim Einkaufen oder Nachhilfe beim Umgang mit dem PC wird durch Hilfe bei den Hausaufgaben oder eine Betreuung nach der Schule ausgeglichen. So müssen die älteren Menschen sich nicht nur als Hilfeempfänger erleben sondern können auch etwas zurückgeben.

Angebote, die sich ausschließlich an die älteren Bürgerinnen und Bürger richten, sind jedoch genauso wichtig. Ein häufiger Wunsch älterer Menschen ist der Austausch mit Gleichaltrigen über das Alter, das Älterwerden und das Zurechtkommen im Alltag. *Gruppenangebote* zu bestimmten Themen, z. B. „Wie bleibe ich im Alltag selbständig?“ können diesem Wunsch entgegenkommen. Wichtig bei der Konzeption sind eine kompetenzorientierte Formulierung des Angebots und eine möglichst große Nähe zwischen Zuhörern und Referenten, damit diese als erreichbare Vorbilder wahrgenommen werden können. Gelingt dies, können solche Gruppenangebote zum einen das Bedürfnis nach sozialen Kontakten befriedigen und zum anderen Raum für emotionale Unterstützung, Anregung und Auseinandersetzung mit den eigenen Möglichkeiten und Grenzen bieten. Dem oft erhöhten Gefühl von Bedrohtheit älterer Menschen können spezielle Selbstsicherheitstrainings entgegenwirken. Mit solchen Angeboten lassen sich zudem Bewegungsförderung, sozialer Austausch und Stärkung von Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit verbinden. Neben den aufgeführten Angeboten besteht natürlich auch die Möglichkeit, die Bürgerinnen und Bürger in

Form einer schriftlichen Befragung oder im Rahmen eines Diskussionsnachmittags in der Planung von Angeboten und Aktionen zu beteiligen.

Auch eine ausgewogene Ernährung kann viel dazu beitragen, Erkrankungen und körperliche Einschränkungen zu vermeiden. Sie macht jedoch älteren Menschen aus unterschiedlichen Gründen Schwierigkeit: Man ist allein und kann oder mag sich selbst



kein Essen zubereiten, das Kauen macht Probleme wegen der Zähne, man kann nicht so viel trinken, wie man sollte und es gibt in der Nähe keine adäquaten Einkaufsmöglichkeiten mehr. Gerade Letzteres hat weitere Konsequenzen: Ernährung und Nahversorgung haben auch eine soziale Funktion. Einkaufen bedeutet Teilhabe am sozialen und wirtschaftlichen Austausch. Für viele Ältere ist der Einkauf der einzige Anlass, aus dem Haus zu gehen⁴² – eventuell auch, sich zurechtzumachen oder überhaupt aufzustehen. Eine andere Untersuchung hat gezeigt: Mit Anderen kommt man beim Einkaufen, in der Gastronomie, im öffentlichen Raum und an Haltestellen deutlich häufiger in Kontakt als in sozialen und kulturellen Einrichtungen⁴³.

SELBSTÄNDIG UND SELBSTBESTIMMT ALTERN

Die soziale Einbindung zu fördern wird angesichts des mit hohem Alter deutlich steigenden Anteils der Alleinlebenden (vor allem der Frauen) und drohender Vereinsamung immer wichtiger. Wie ein selbständiges und gelungenes Leben auch im Alter aussehen kann, veranschaulicht das Beispiel in Abbildung 1. Das Beispiel zeigt, wie wichtig – auch für die sozialen Kontakte – die physischen, stadträumlichen Verhältnisse im Quartier sind: Nur wo eine Vielfalt an Nutzungsmöglichkeiten auf engem Raum vorhanden ist, ist auch im Alter ein weitgehend selbst bestimmtes Leben möglich. In einer reinen Wohnsiedlung ist dies nicht gegeben. Eine gute Nahversorgung, Gaststätten und Cafés, Post, Bank, Möglichkeiten zur ärztlichen Versorgung sowie eine Apotheke in der Nähe, möglichst auch Kino und Schwimmbad, passende Verbindungen mit dem öffentlichen Nahverkehr,

kurze Wege, eine möglichst große Vielfalt an Nutzungen und Angeboten, Lebendigkeit, die Gelegenheit zu Kontakten (auch gelegentlichen und unverbindlichen), zum Tätigsein und Ausruhen sind Qualitäten eines Stadtquartiers, die im Alter besondere Bedeutung gewinnen. Voraussetzungen, um Angebote nutzen zu können, sind eine durchgängige Gebrauchstauglichkeit, Zugänglichkeit, Lesbarkeit und Hindernisfreiheit. Bei der Planung vom Quartier auszugehen bedeutet, den Alltag zum Ausgangspunkt zu nehmen – als komplexes Gefüge verschiedener Aktivitäten, von Wohnen, Arbeiten, Einkaufen, unter Leuten sein, Mobilität, gesellschaftlich und kulturell aktiv sein. Dies sind Bedürfnisse, die mit anderen Generationen geteilt werden. Dazu gehört auch die Möglichkeit, sich aktiv am Leben und der Gestaltung des eigenen Quartiers zu beteiligen.



Abbildung 1: Beispiel an Bedingungen für ein selbst bestimmtes Leben im Alter⁴⁴

Ältere Menschen sind keine bloß zu betreuende „Zielgruppe“, sondern Stadtnutzerinnen und Stadtnutzer, die viel Zeit in ihrem Quartier und in der Stadt verbringen und sich die interessanten Orte selber suchen (oft ganz andere als geplant). Sie sind Fachleute mit viel Wissen über ihr Quartier, Forscher und „Scouts“, die Gebäude, Wege, Produkte und Dienstleistungen

inspizieren und testen können, Kundinnen und Kunden mit Verbrauchermacht, Bildungshungrige, oft noch Berufstätige, Stifter, Stadtbürgerinnen und -bürger, bürgerschaftlich Engagierte, Menschen mit sozialem, kulturellen und oft auch ökonomischem Kapital, die oft bereit sind, in ihre Stadt zu investieren.

PERSPEKTIVENWECHSEL

Je beschwerlicher das Leben wird, desto wichtiger wird Unterstützung. Auch hier geht es um einen Perspektivenwechsel: Von umfassender Betreuung und Fürsorge hin zum Recht auf Teilhabe und Selbstbestimmung, von standardisierten Lösungen zu Wunsch- und Wahlfreiheit, von stationärer Unterbringung zu ambulanten Angeboten, von gesonderten Einrichtungen „auf der grünen Wiese“ hin zum Wohnen in Normalität und in lebendigen Stadtquartieren. „Wohnen mit Assistenz“⁴⁵ ist nicht nur im Alter von Bedeutung, sondern auch für Menschen mit Behinderungen, für Familien mit Kindern mit Behinderung und bei vorübergehender Krankheit. Auch sterben möchten die meisten am liebsten zuhause. Und wo der Friedhof noch nicht aus der Stadt verbannt, son-

dern Teil des Stadtquartiers ist, wird dies heute als Lebensqualität wieder geschätzt – nicht zuletzt als Ort der Besinnung und als Ziel für regelmäßige Spaziergänge.



3.3 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER GEMEINDE- UND STADT-ENTWICKLUNG

Kommunale Gesundheitsförderung hat nicht nur das individuelle Verhalten im Blick, sondern ihr Ziel ist, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen (Verhältnisse) in der Kommune zu schaffen. In diesem Zusammenhang spielt die Stadtplanung eine wichtige Rolle. Zwischen Stadtplanung, Stadt- und Gemeindeentwicklung einerseits, Gesundheit und Gesundheitsförderung andererseits gibt es vielfältige Beziehungen. Dies ist sogar im Baugesetzbuch an prominenter Stelle (§ 1, Abs.6) angesprochen. Allerdings drückt sich dieser Zusammenhang bisher noch wenig in der kommunalen Praxis aus, weder in Strategien zur Gesundheitsförderung noch in der Stadtplanung oder auch in Integrierten Stadtentwicklungskonzepten.



WAS BEDEUTET DIE STADTPLANUNG FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG?

Die Entscheidung, wo und wie neu gebaut wird, gehört zu den wichtigen Aufgaben des Gemeinderats im Rahmen der kommunalen Planungshoheit. In dessen Auftrag erarbeitet die kommunale Stadtplanung Planungskonzepte, die die öffentliche und die private Bautätigkeit ordnen, die raumbezogene Infrastrukturentwicklung in der Gemeinde lenken und im Rahmen der Bauleitplanung im Wesentlichen die Bodennutzung im Gemeindegebiet steuern. Dies umfasst unter anderem mögliche Nutzungen (Wohnen, Gewerbe, Büros, Einkaufen), den öffentlichen Raum, Straßen und Plätze, die Dichte, Maßstäblichkeit und Anordnung der Bebauung, die Erschließung, die Voraussetzungen für die (technische, soziale, wirtschaftliche) Infrastruktur sowie Standorte für Gemeinbedarf wie Kirchen, Rathäuser, Bahnhöfe, Schulen. Dazu gehören auch die Freiflächen für Erholung, Bewegung und Freizeit, wie Spielplätze, Parks oder sonstige Grünbereiche.

Die Stadtplanung hat somit für das Leben der Menschen in vielfacher Hinsicht Bedeutung. Entstehen Neubaugebiete „im Grünen“, die vielfach als besonders familientauglich gelten, aber auch mit weiterem Flächenverbrauch verbunden sind und fast zwangsläufig Autobesitz und -nutzung erfordern? Oder liegt der Schwerpunkt auf der Innenentwicklung, der Nutzung von Grundstücken in der Innenstadt oder im Dorfkern, was kurze Wege erleichtert? Sind Wohnen, Versorgung, Arbeiten, Freizeit räumlich voneinander getrennt oder miteinander verbunden? Wie sieht der öffentliche Raum aus, welche Qualitäten haben Plätze, Wege und Straßen, laden sie zum zu Fuß Gehen und zum Aufenthalt ein? Können Kinder zu Fuß zur Schule gehen oder sind sie auf das Elterntaxi angewiesen? Welche Rolle spielt das Grün in der Stadt? Welchen Ort in der Gemeinde haben wichtige Einrichtungen für Kinder, Ältere, Menschen mit Behinderungen: isoliert und ohne

Kontakt zur Umgebung oder mittendrin, ins Quartier eingebunden? Gehören sozial benachteiligte Menschen überall dazu oder sind sie in wenigen Stadtteilen konzentriert, die wieder selbst Benachteiligung produzieren?

Stadtplanung kann soziales Leben und Gesundheit nicht direkt herstellen, aber begünstigen oder behindern. So ist die viel gewünschte gute und vielfältige Nahversorgung – wesentlich auch für gesunde Ernährung – nur dann tragfähig, wenn im Einzugsbereich ausreichend viele Menschen leben und auch tagsüber anwesend sind. Für soziale Kontakte sind nicht nur dafür eigens vorgesehene Einrichtungen wie Stadtteiltreffs wichtig, sondern etwa auch Cafés, Gastronomie, Läden, Wochenmarkt und Haltestellen. Grünanlagen und Wasser haben einen gesundheitlichen und sozialen Nutzen, gerade in Wärme- und Hitzeperioden sind sie eine Anlaufstelle für die Menschen. Ob man gerne zu Fuß geht und sich im Freien bewegt, hängt nicht zuletzt davon ab, dass die Wege angenehm, interessant, ohne Hindernisse sind, dass sie Begegnungen und vielfältige Eindrücke erlauben. Dies ist wiederum eine Frage der städtebaulichen Strukturen, der Erschließung und des Mobilitätskonzepts. Ein großes Thema ist die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum, bei Wegen, Plätzen und Gebäuden – nicht nur für mobilitätseingeschränkte Ältere und Menschen mit Behinderungen: breite und hindernisfreie (nicht zugeparkte) Gehwege und leichte Zugänge kommen auch Eltern



mit Kinderwagen, Kindern mit Bobbycar oder Menschen mit Rollkoffer oder Einkaufstrolley zugute, ein leicht verständliches Orientierungssystem, gut lesbare Aufschriften und Symbole nützen Kindern ebenso wie Menschen mit Lernschwierigkeiten oder geringeren Deutschkenntnissen.

Viele benachteiligte Lagen sind durch Verkehrsbelastung, Lärm, Feinstaub, Schmutz und andere krank machende Faktoren geprägt. Im Zuge des Klimawandels werden auch die stadtklimatischen Verhältnisse noch stärker eine Rolle spielen – beispielsweise die Vermeidung von Hitzeinseln und generell der Schutz vor Überhitzung, die gerade für ältere Menschen lebensbedrohlich sein kann. Es lohnt sich also, Gesundheit auch im Zusammenhang mit Stadtplanung durchgängig zum Thema zu machen.

MÖGLICHKEITEN ZUR VERBINDUNG VON STADTPLANUNG UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Anlass kann ein städtebauliches Projekt sein – etwa die Neubebauung (Konversion) eines aufgegebenen Industrie- oder Militärgeländes; hier sollten Aspekte der Gesundheitsförderung durchgehend einbezogen werden. Städte und Gemeinden befassen sich aber auch mit einer Vielzahl von Themen, die jeweils fachübergreifende Herangehensweisen erfordern und sowohl

bauliche als auch soziale Dimensionen haben. Sie bieten damit Chancen, Gesundheitsförderung als Thema strategisch zu verknüpfen, mit anderen zu verbinden, an ihnen sozusagen anzudocken. Die Grafik zeigt die vielfältigen Themen – sozusagen die „Baustellen“ – einer Kommune und mögliche Verknüpfungen mit Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung kann hier jeweils Kooperationspartner, Unterstützer, Motor, vielfach auch Impulsgeber sein – indem sie neue Gesichtspunkte, ein allgemein interessierendes, fachübergreifendes (Querschnitts-)Thema ins Spiel bringt, weitere Zielgruppen erreicht, vielleicht auch zusätzliche Ressourcen erschließt. Zahlreiche Städte entwickeln auch ein umfassendes Integriertes Stadtentwicklungskonzept, das zukunftsgerichtet Ziele, Leitlinien und Leitbilder und Projekte umfasst. Auch kleinere Gemeinden erstellen teilweise ein eigenes Entwicklungskonzept. In diesen Konzepten sollte auch Gesundheitsförderung grundsätzlich verankert sein: als Thema und Handlungsfeld, in Zielen und Leitlinien ebenso wie in Maßnahmen und Projekten^D.



Abbildung 2: Schnittstellen der Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden modifiziert nach WEEBER+PARTNER

^D Beispiel: STAFFEL'25 – Stadtentwicklungskonzept Fellbach 2025, Leitlinie „Gesund aufwachsen in Fellbach“

INTEGRIERTE STADTENTWICKLUNG

Stadtentwicklung ist nicht nur eine baulich-räumliche Aufgabe. Sie betrifft ebenso soziale, kulturelle, ökologische und ökonomische Fragen und Kompetenzen. Deswegen ist mittlerweile das Konzept einer Integrierten Stadtentwicklung weithin akzeptiert. „Integriert“ bezieht sich zum einen auf die Verbindung baulicher („investiver“) Maßnahmen und anderer Handlungsansätze („nicht-investive Maßnahmen“ wie soziale und kulturelle Projekte, Beteiligung und mehr). Weiter gefasst geht es um einen fachübergreifenden, interdisziplinären Ansatz, der möglichst alle kommunalen Handlungsfelder einbezieht: Stadtplanung ebenso wie Verkehr, Wohnen, Wirtschaft, Soziales, Kultur, Schule, Sport, Öffentliche Ordnung, Umwelt und mehr. In einem umfassenden Sinne zielt der integrierte Ansatz darauf, unterschiedliche Perspektiven zu berücksichtigen – nicht zuletzt Alter, Geschlecht, Lebenslage und Herkunft – und Akteure aus dem staatlichen, privatwirtschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Bereich zusammenzubringen. In der Leipzig Charta zur nachhaltigen europäischen



Stadt, die die für Stadtentwicklung zuständigen Ministerinnen und Minister der EU-Mitgliedsstaaten 2007 verabschiedet haben, sind die wesentlichen Empfehlungen, „die Ansätze einer integrierten Stadtentwicklungspolitik stärker zu nutzen“ und „besondere Aufmerksamkeit den benachteiligten Stadtquartieren im gesamtstädtischen Kontext zu widmen“. Dabei ist auch mehrfach das Thema Gesundheit angesprochen⁴⁶.

SOZIALE STADT

Exemplarisch für einen solchen Ansatz steht das Bund-Länder-Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt – Investitionen im Quartier“. Das Programm wurde 1999 unter dem Titel „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ aufgelegt, um Lebensbedingungen und Lebenschancen in Stadtteilen zu verbessern, in denen soziale und städtebauliche Problemlagen besonders zutage treten.

Wesentlich ist dabei die Zuwendung zu bisher vernachlässigten Quartieren mit einem kleinteilig sozialräumlichen Ansatz, die fach- und ressortübergreifende Herangehensweise

mit investiven und nicht-investiven Vorhaben, die Bündelung von Ressourcen auf gemeinsame Ziele hin und die intensive Beteiligung der Menschen im Stadtteil: Öffentliche Hand, lokale Ökonomie und Bürgerschaft sollen bei seiner Entwicklung zusammenwirken. Ein Integriertes Entwicklungskonzept verbindet unterschiedliche kommunale Handlungsfelder und bündelt die Kräfte aller Beteiligten. Eine wesentliche Rolle dabei spielt ein Stadtteil- bzw. Quartiersmanagement. Zu dessen Aufgaben zählen die Organisation des Entwicklungsprozesses, die Gewinnung der Akteure im Stadtteil, der Aufbau tragfähiger Strukturen – die Förderung soll eigene

Kräfte stärken, aber nicht auf Dauer von Zuwendung abhängig machen⁴⁷ (vgl. auch Kap. 8.3.).

Auch die Gesundheit ist als Handlungsfeld aufgeführt. Da mit Armut und Benachteiligung ein erhebliches Gesundheitsrisiko verbunden ist, sollen Maßnahmen und Programme hier vor allem Gesundheitsressourcen und -potenziale stärken – durch niedrigschwellige Gesundheitsangebote (z. B. Gesundheitshäuser, -läden, -treffs), gesundheitsbezogene Netzwerke für den Stadtteil (Krankenkassen, Ärzte, Hebammen,

Apotheken, Schulen, Kitas, Sportvereine etc.), durch aufsuchende Arbeit zur Gesundheitsförderung im Quartier und systematische Einbindung und Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.⁴⁸ In den Programmgebieten hat man seither mit dem quartiersbezogenen Handlungsansatz, der breiten Beteiligung und der Organisation durch das Quartiersmanagement gute Erfahrungen gemacht und viel Neues auf den Weg gebracht. So ist in Stuttgart-Giebel Gesundheit ein Handlungsfeld im Integrierten Entwicklungskonzept und Thema von Netzwerken und zahlreichen Maßnahmen^E.

KLEINRÄUMIGE BETRACHTUNGSWEISE – DIFFERENZIERTER BLICK AUF QUARTIERE

Auch über die „Soziale Stadt“ hinaus hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass der differenzierte Blick auf das Quartier eine neue Qualität des Handelns ermöglicht. Der Begriff „Quartier“ ist im Gegensatz zu starren administrativen Abgrenzungen (z. B. Stadtteil, -bezirk) eher offen, flüchtig, handlungs- und nutzerorientiert, meint einen integrativen Blick auf die jeweiligen Qualitäten und Herausforderungen. Aus Sicht der dort lebenden Menschen ist das Quartier der (fußläufige) Aktionsradius, der Handlungsraum für den Alltag, „wo man sich (oberflächlich) kennt und auskennt“, der Raum auch beiläufiger Kontakte. Aus Sicht der Planung und Professionellen meint er die Sozialräume, die kleinräumige Perspektive, die Betrachtung im Zusammenhang, den sensiblen Umgang mit dem Bestand, das integrative Handeln – statt fachlicher Sektorierung oder der Fokussierung auf einzelne Gebäude oder Institutionen⁴⁴.

Die Orientierung am Quartier hat auch Eingang in weitere Programme gefunden. Zur Städtebauförderung allgemein – also für alle Programme gültig – heißt es in der Verwaltungsvereinbarung (Präambel, III): „Die Stadtquartiere sollen unter

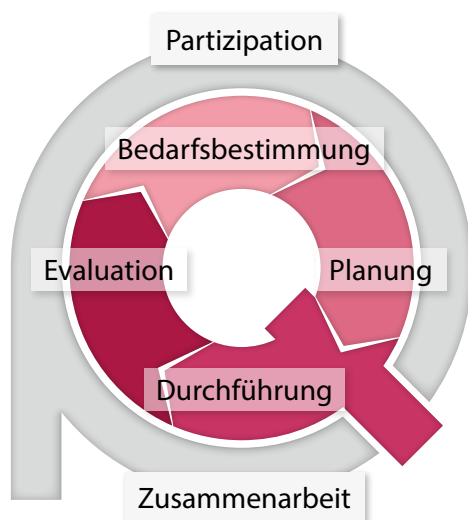
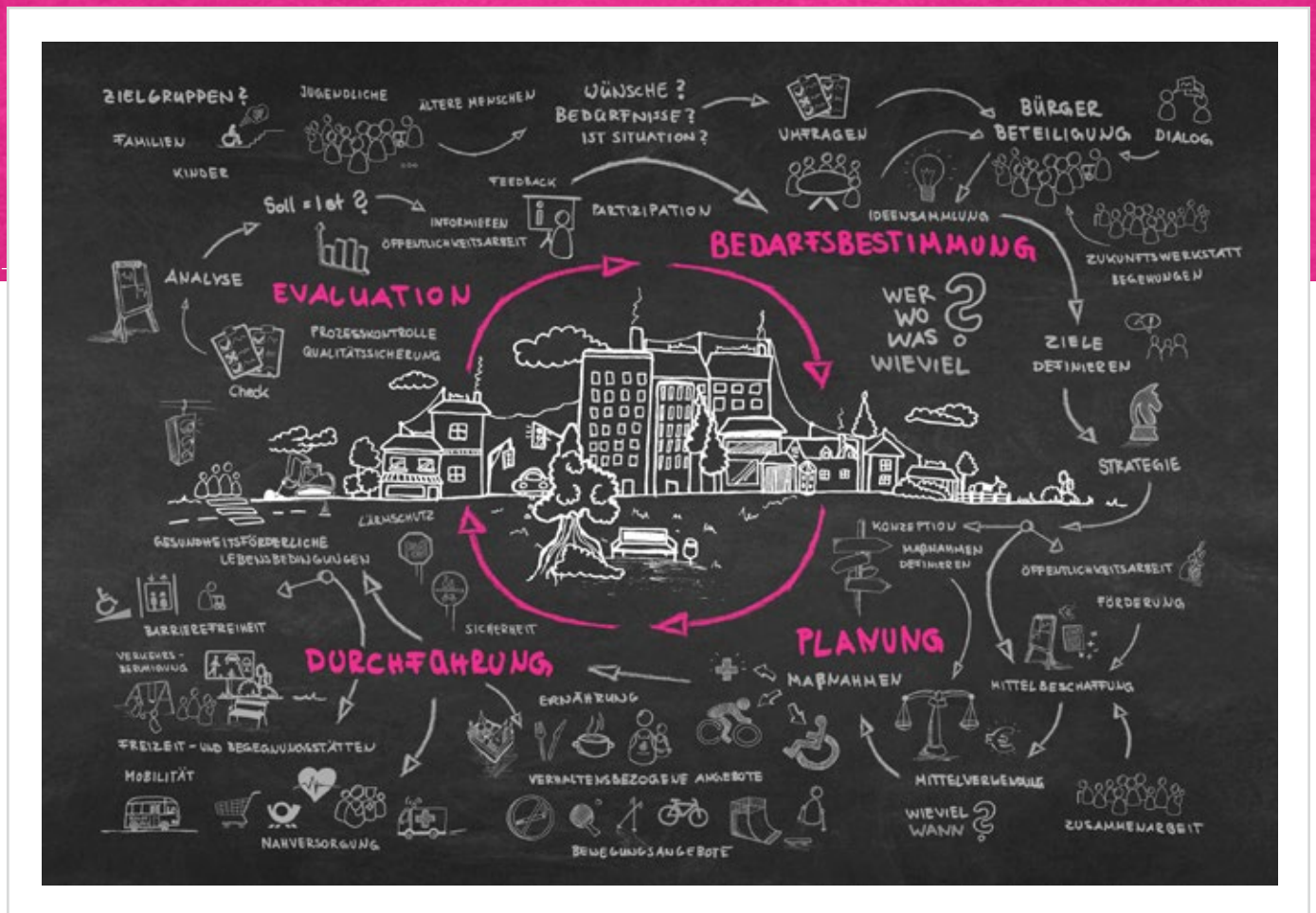
Berücksichtigung des Klimaschutzes an die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger angepasst werden, insbesondere der Familien bzw. der Haushalte mit Kindern und der älteren Menschen. Deshalb können die Finanzhilfen auch eingesetzt werden, um zum Beispiel das Wohnumfeld barrierefrei zu gestalten und um die Ausstattung mit Gemeinbedarfseinrichtungen zu verbessern, die der Gesundheit, der Bildung und der Integration dienen. Dazu gehört auch der Ausbau von Spielplätzen, Grünanlagen und Sportstätten im Rahmen der integrierten Stadtentwicklung“.⁴⁹

Den Quartiersansatz verfolgt auch das bundesweite KfW-Förderprogramm Nr. 432 „Energetische Stadtsanierung – Zuschüsse für integrierte Quartierskonzepte und Sanierungsmanager“. Die Konzepte sollen energetische Gebäudesanierung und Wärmeversorgung mit städtebaulichen, denkmalpflegerischen, baukulturellen und sozialen Aspekten im Quartier verknüpfen. Auch dies bietet die Chance, Gesundheitsförderung zu verankern – bei einem Thema, das angesichts des Klimawandels große, bisher unterschätzte Bedeutung für die Gesundheit hat.



^E <http://www.stuttgart-giebel.de> – Zum Mitmachen: Themengruppen und Projekte – Projekte – Gesund im Giebel

4 Wie gelingt erfolgreiche Gesundheitsförderung?



🦋 Erfolgreiche Gesundheitsförderung basiert auf der Partizipation (Beteiligung und Teilhabe) der Zielgruppen (Kapitel 5 und als Querschnittsthema in die Kapitel 6-9 integriert) und der Zusammenarbeit der relevanten kommunalen und regionalen Akteure⁴ (Kapitel 6). Zur Qualität kommunaler Gesundheitssinitiativen tragen zudem die Phasen der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ-Zyklus⁵⁰; Abb. 3) bei, die in den folgenden Kapiteln praxisnah beschrieben sind:

- ▶ Bedarfsbestimmung (Kapitel 7)
- ▶ Planung und Durchführung (Kapitel 8)
- ▶ Evaluation (Kapitel 9)

Abbildung 3: Der PQ-Zyklus⁵¹

BEDARFSBESTIMMUNG

Die Bedarfsbestimmung dient der Analyse der kommunalen Situation (z. B. vorhandene Bewegungsräume, Ernährungs- und Bewegungsangebote und Netzwerke/Kooperationen) und Identifikation von Zielgruppen. Bei der Analyse werden Informationen über die Zielgruppe gesammelt. Auch direkte Wünsche, Vorstellungen und aktuelle Probleme aus Sicht der Zielgruppe sowie Stärken und Ressourcen im Quartier und der Bewohner sollten berücksichtigt werden.

PLANUNG

Die Phase der Planung dient der Entwicklung eines kommunalen Gesundheitsförderungsplanes auf Grundlage gemeinsam festgelegter Ziele, der zielgruppenspezifische Maßnahmen enthält, die an die Sprache, Kultur etc. der jeweiligen Zielgruppe angepasst sind. Wie bei der Phase der Bedarfsbestimmung ist die Zielgruppe auch bei der Planung der Maßnahmen zu beteiligen.

DURCHFÜHRUNG

Die theoretisch geplanten Maßnahmen werden während der Phase der Durchführung praktisch in der Lebenswelt realisiert.

EVALUATION

Die Evaluation beinhaltet die Kontrolle des Prozesses und dessen Qualitätssicherung. Ferner ermöglicht sie die Überprüfung, welche Auswirkungen die durchgeführten Maßnahmen und Angebote der Gesundheitsförderung hatten und ob die festgelegten Ziele erreicht wurden. Evaluation beginnt bereits zu Beginn einer kommunalen Initiative zur Gesundheitsförderung. Um deren Qualität sicherzustellen ist es wichtig, den gesamten Prozess der kommunalen Gesundheitsförderung, d. h. alle Arbeitsschritte und deren Ergebnisse hinsichtlich Partizipation, Zusammenarbeit, Bedarfsbestimmung, Planung und Durchführung zu dokumentieren. Zusätzlich hat es sich bewährt, fortlaufend alle Veranstaltungen, Maßnahmen, Angebote und die Öffentlichkeitsarbeit sowie dazugehörige Erfahrungen in einem *Logbuch* (s. Kapitel 2) festzuhalten. Mögliche Inhalte sind:

- ▶ Wann wurden Veranstaltung (z. B. Gesundheitstag, Schulfest, Vortragsreihe, Netzwerktreffen, Zukunftswerkstatt), Aktion (z. B. Infostand) durchgeführt oder mit welchen Maßnahmen und Angeboten der Gesundheitsförderung wurde begonnen?
- ▶ Welche Ergebnisse (z. B. Gemeinderatsbeschluss, festgelegte Ziele, Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer) oder Erkenntnisse (Schwierigkeiten, gute/gelungene Beispiele etc.) wurden erzielt?
- ▶ Welche Art der Öffentlichkeitsarbeit wurde gewählt?

Partizipation und *Zusammenarbeit* sind Querschnittsthemen, die parallel zur Bedarfsbestimmung, Planung und Durchführung von Maßnahmen sowie der Evaluation verlaufen.

Jede Kommune ist durch unterschiedliche lokale Voraussetzungen und Bedarfe gekennzeichnet, die bei kommunaler Gesundheitsförderungsplanung zu berücksichtigen sind. Das Thema Gesundheitsförderung ist immer im Rahmen der vorhandenen kommunalen Möglichkeiten in den Blick zu nehmen. Je nach Ausgangslage in der Stadt oder Gemeinde können die relevanten Werkzeuge oder Arbeitsschritte der Kapitel fünf bis acht ausgewählt werden. Erfolge sind auch zu erreichen, wenn einzelne Arbeitsschritte durchgeführt werden – nicht nur wenn alle Inhalte des PQ-Zyklus ausführlich bearbeitet werden.

SOZIAL BENACHTEILIGTE MENSCHEN ERREICHEN

Menschen, die unter schwierigen sozialen und ökonomischen Bedingungen leben, verfügen über schlechtere Gesundheitschancen und besitzen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Gleichzeitig erreichen die häufig „mittelschichtorientierten“ Angebote sozialbenachteiligte Menschen nicht, weil sie ihre besondere Lebenslage nicht berücksichtigen. Das führt oft dazu, dass die Menschen in belastenden und schwierigen Lebenslagen nicht nur nicht erreicht werden, sondern dass sich die Schere der Ungleichheit weiter öffnet, weil die „Bessergestellten“ von diesen Angeboten profitieren. Deshalb ist es von großer Bedeutung, von vorneherein „soziallagensensibel“ und ohne Stigmatisierung vorzugehen. Alle Aktivitäten sind so zu planen, dass sie dazu beitragen, die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und sozial bedingte Ungleichheiten der Gesundheit zu verringern.

Wesentlicher Baustein für das Gelingen soziallagensensibler Gesundheitsförderung ist eine professionelle Haltung aller in der Gesundheitsförderung tätigen Berufsgruppen, die inklusiv denkt und handelt, d. h., unterschiedliche Geschlechter, Kulturen, Soziallagen und Behinderungen berücksichtigt und folgende Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung^{1,2,3} berücksichtigt (vgl. Kapitel 8):

- ▶ Beteiligung und Empowerment der Zielgruppe
- ▶ Entwicklung eines integrierten Handlungskonzeptes
- ▶ Gestaltung der Lebenswelten (Setting-Ansatz)
- ▶ Bereitstellung niedrigschwelliger Angebote
- ▶ Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- ▶ Nachhaltigkeit der Maßnahmen und Angebote

Auch in diesem Zusammenhang ist die Kooperation mit der Stadtplanung wichtig. Wie in Kap. 3.3. bereits gezeigt, kann von Vorhaben und Programmen für die Weiterentwicklung


benachteiligter Quartiere und zur Ansprache sozial benachteiligter Menschen auch die Gesundheitsförderung profitieren – das gilt für Arbeitsergebnisse (z. B. vorhandene Untersuchungen) ebenso wie für die Arbeitsstrukturen des Stadtteil- bzw. Quartiersmanagements.

Zugleich bleibt es eine zentrale politische Aufgabe, die grundsätzlichen materiellen, strukturellen und interkulturellen Rahmenbedingungen des Lebens sozial benachteiligter Kinder und ihrer Familien sowie älterer Menschen zu verbessern, so dass soziale und gesundheitliche Chancengerechtigkeit verbessert wird. Diese politische Aufgabe ist dem Arbeitsfeld Gesundheitsförderung vorgelagert und kann durch die Arbeit der Fachleute nicht ersetzt werden.

5 Wie werden Bürgerinnen und Bürger beteiligt?



„Was Du mir sagst, behalte ich einen Tag, was Du mir zeigst, behalte ich eine Woche, woran Du mich mitgestalten lässt, ein ganzes Leben!“ (Laotse).

 Partizipation (Beteiligung und Teilhabe) bedeutet, dass die jeweiligen Zielgruppen (z. B. Kinder, Jugendliche, Ältere, kulturelle Gruppen, Bewohnerinnen und Bewohner in einem Stadtquartier) nicht nur gehört werden, sondern auch bei Entscheidungen und deren Umsetzung mitwirken, die ihr Leben und dessen Gestaltung betreffen⁵². Beteiligung und Teilhabe sind wesentliche Bestandteile und Erfolgsfaktoren der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 4, 6 und 7). Da die Beteiligung ein Querschnittsthema darstellt, finden sich in den nachfolgenden Kapiteln vielfache Hinweise zur Integration und Beteiligung der Bevölkerung.

Partizipation kann unterschiedlich weit gehen. Sie kann bedeuten, dass Bürgerinnen und Bürger:

- ▶ informiert werden,
- ▶ Meinungen äußern können,
- ▶ als gleichberechtigte Partner mit den Fachleuten kooperieren oder
- ▶ eigenständig die Verantwortung für Projekte (Finanzierung, Trägerschaft, Umsetzung) übernehmen.

DER NUTZEN KOMMUNALER BÜRGERBETEILIGUNG

Ziel kommunaler Bürgerbeteiligung ist es, Bedürfnisse und Bedarfe der Bevölkerung zu erkennen und zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung besitzt die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger bei der aktiven Mitgestaltung und Verbesserung der Lebensverhältnisse, z. B. in Kindertagesstätten und im Wohnumfeld (s. Tab. 4). Diese beeinflussen das gesundheitliche Verhalten und das Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung und können einen positiven Einfluss auf ein gesundes Aufwachsen und ein selbstbestimmtes Leben ausüben. Gesunde Lebenswelten machen es dem Einzelnen leichter, gesunde Entscheidungen zu treffen und sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Beteiligung kann sich positiv auf die Gesundheit der Engagierten auswirken⁵³, da sie zur Stärkung der

Selbstwirksamkeit, die über Befähigung (Empowerment) und Beteiligung erreicht werden kann, führt. Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeit sind überzeugt, dass ihr Handeln etwas bewirkt und glauben (trotz möglicher Schwierigkeiten/Widerstände) an sich selbst. Sie können somit ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit entwickeln.

Die Zielgruppe einer kommunalen Initiative der Gesundheitsförderung (z. B. Kinder und Eltern oder ältere Menschen) sollte von Beginn an im Netzwerk der örtlichen Initiative vertreten sein und bei der Bestands- und Bedarfsanalyse, der Zielfestlegung sowie der Planung, Durchführung und Auswertung von Maßnahmen und Angeboten beteiligt werden.

GRÜNDE FÜR EINE STÄRKERE EINBEZIEHUNG DER BÜRGERSCHAFT BEI GESUNDHEITSTHEMEN:

- ▶ Entscheidungstragende können durch die Beteiligung wichtige Informationen und Rückmeldungen über Wünsche, Präferenzen und Werte innerhalb der Bevölkerung gewinnen.
- ▶ Durch die Beteiligung kann die Wissensbasis vergrößert werden, wenn neben dem systematischen Wissen der Expertinnen und Experten sowie dem Prozesswissen der Entscheidungstragenden auch das Erfahrungswissen aus der Bevölkerung in die Entscheidungsfindung aufgenommen wird.
- ▶ Beteiligung kann bei gesundheitspolitischen Entscheidungen als ein Instrument zu einer fairen Aushandlung der Interessen und Wünsche beitragen.
- ▶ Beteiligung selbst ist ein zentraler Baustein der Gesundheitsförderung und Voraussetzung für die aktive Gestaltung der eigenen Lebenswelt und bietet einen Zugewinn an Freiheit und Souveränität.

 Tabelle 4: Gründe für eine stärkere Einbeziehung der Bürgerschaft bei Gesundheitsthemen⁵⁴

Die verschiedenen Möglichkeiten der Beteiligung bei Gesundheitsthemen auf Ebene der Land- und Stadtkreise sowie der Städte und Gemeinden wurden im Jahr 2013 durch „Pilotgesundheitsdialoge“ im Rahmen des Zukunftsplans

Gesundheit erprobt. Aus den Ergebnissen dieser Dialoge wurden wichtige Erkenntnisse für eine zukünftig noch stärkere Beteiligung der Bürgerschaft an gesundheitspolitischen Fragestellungen gewonnen.



Als Grundlage für weitere gesundheitsthematische Beteiligungsprozesse sowie zur weiteren Ausgestaltung des baden-württembergischen Gesundheitswesens unter Bürgerbeteiligung auf kommunaler Ebene ist die „Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen“ entstanden.

 www.gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/



ERFOLGSFAKTOREN VON BÜRGERBETEILIGUNGSPROZESSEN⁵⁴

Bürgerbeteiligungsprozesse sollten in bestehende Strukturen und größere Zusammenhänge eingebettet und alle relevanten Akteure sollten beteiligt werden⁵⁴. Zur praktischen Umsetzung von Bürgerbeteiligungsprozessen gibt es kein allgemeingültiges Vorgehensschema, wohl aber einen „Werkzeugkasten“. Für spezielle Gesundheitsthemen, die sich von Kommu-

ne zu Kommune unterscheiden können, müssen individuelle Beteiligungskonzepte vor Ort entwickelt werden, deren Methodik auf die jeweilige Problematik zugeschnitten ist. Je nach Anlass zur Beteiligung ist auch die Kombination verschiedener Beteiligungsformate sinnvoll⁵⁴. Folgende Faktoren sind bei Bürgerbeteiligungsprozessen zu berücksichtigen:

1. Frühzeitige und nachhaltige Beteiligung:

Beteiligungsverfahren sind dann besonders erfolgreich, wenn die Beteiligung möglichst frühzeitig einsetzt und dann möglichst nachhaltig den gesamten Planungsverlauf des Vorhabens begleitet. Bei konfliktreichen Themen hat es sich sehr bewährt, eine Beteiligungskonzeption schon zu einem Zeitpunkt zu beginnen, zu dem noch keinerlei Entscheidungen gefallen sind.

2. Das klare Mandat:

Generell ist es wichtig, dass die beteiligten Bürgerinnen und Bürger von einem Gremium bereits am Anfang, vor Beginn des Dialogprozesses, ein klares Mandat bekommen müssen, eine Empfehlung für eine Entscheidung zu formulieren. Die Entscheidungstragenden, die später auch über das Ergebnis des Beteiligungsprozesses beschließen, müssen von Anfang an mit einbezogen sein und das Ziel der Beteiligung klar definieren.

3. Einbezug aller Entscheidungstragenden und Betroffenen:

Damit das Ergebnis des Beteiligungsprozesses auch umsetzbar ist, lohnt es sich von Anfang an zu überlegen, wer ein Interesse haben könnte, an dem Prozess beteiligt zu sein und wer später die Entscheidung mittragen oder von ihr betroffen sein wird. Wichtig ist, dass nach Abschluss des Verfahrens niemand sagen kann, er hätte keine Möglichkeit gehabt, an dieser Entscheidung mitzuwirken, obwohl ein berechtigtes Interesse daran bestand.



4. Angepasste Verfahren:

Die passgenaue Konzeption des Beteiligungsverfahrens für die jeweilige Aufgabe oder Problemstellung bestimmt die Güte eines Beteiligungsverfahrens. Die Kunst liegt in einem Wechsel zwischen großen und kleinen Gruppen, der passenden Methode, einer professionellen Moderation und in der Art der Visualisierung, so dass alle Menschen die Argumente äußern, hören und sehen können.

5. Professionelle Projektsteuerung:

Für den Erfolg eines Beteiligungsverfahrens ist es hilfreich, wenn die kommunalen Akteure externe und qualifizierte Personen beauftragen, die das Verfahren konzipieren, leiten und moderieren. Die professionelle Begleitung ist für den Prozess im Beteiligungsverfahren verantwortlich, die Beteiligten sind für den Inhalt der Ergebnisse verantwortlich.

6. Zeitliche Begrenzung:

Wenn zu große Zeitspannen zwischen der ersten Einladung der Bürgerinnen und Bürger, den Beteiligungsveranstaltungen, der Beschlussfassung über die Ergebnisse und deren Umsetzung liegen, können die Beteiligten den Prozess nicht mehr nachvollziehen. Ein enger Zeitrahmen muss daher gewährleisten, dass die Bürgerinnen und Bürger ihre Meinungen unmittelbar in einer strukturierten Form äußern können, so dass diese auch von den Prozessbegleitern aufgenommen werden können. Die Beziehung zwischen Frühzeitigkeit der Beteiligung und der Zeitspanne der Involvierung von Bürgerinnen und Bürgern muss für jede Beteiligung neu abgewogen werden.

7. Transparente Information:

Die transparente Bereitstellung aller Informationen ist grundlegend für die Bürgerbeteiligung. Bürgerinnen und Bürger können sich nur dann konstruktiv an einer Ideenfindung oder an einer Entscheidung beteiligen, wenn sie in die Lage versetzt werden, auf einem Niveau mit den Fachleuten zu diskutieren.

8. Haltung der Initiatoren:

Der wichtigste Erfolgsfaktor für das Gelingen eines Beteiligungsverfahrens ist die offene und wertschätzende Haltung der Initiatoren und aller Akteure, wie die Förderer, die Politikerinnen und Politiker (z. B. Landrätinnen und Landräte, Bürgermeisterinnen und Bürgermeister), die kommunalen Gremien (z. B. Kreistag und Gemeinderat) und die Beschäftigten der öffentlichen Verwaltungen. Beteiligungsprozesse sind dann erfolgreich, wenn das direkte Engagement der verantwortlichen Entscheidungstragenden eine Vertrauensbasis schafft, die die gemeinsame Erarbeitung von Lösungen erleichtert.



BÜRGERBETEILIGUNG IN DER STADTENTWICKLUNG

Gerade auf kommunaler Ebene garantieren gesetzliche Grundlagen viele Mitwirkungsmöglichkeiten – von Fragestunden im Gemeinderat über Bürgerversammlungen bis hin zu Bürgeranträgen, -begehren und -entscheiden. Das Baugesetzbuch (§ 3, Abs. 1) gibt für die Bauleitplanung nicht nur eine frühzeitige Information der Öffentlichkeit vor – und zwar über Ziele und Zwecke der Planung, Lösungsalternativen und voraussichtliche Auswirkungen! – sondern auch die Gelegenheit zur Erörterung und Stellungnahme.

An den förmlichen Verfahren der Beteiligung wird oft kritisiert, dass sie nur bestimmte Gruppen ansprechen. Mittlerweile ist ein reiches Repertoire informeller Methoden entstanden: Dazu gehören öffentliche Veranstaltungen für einen breiten Teilnehmerkreis – zur Information und am besten mit offenen Gesprächsmöglichkeiten. Foren, Hearings und Stadtteilkonferenzen dienen zur öffentlichen Erörterung, Werkstätten (als Zukunfts-, Planungs- oder Geschichtswerkstätten) laden zur gemeinsamen produktiven Arbeit ein. Arbeits- und Projektgruppen sind für längere Prozesse wichtig, Runde Tische – zum Beispiel zum Thema Gesundheit – bringen unterschiedliche Akteure zusammen. Ansprechend für viele sind Cafés als locker-offene Gesprächsrunden (z. B. als Erzählcafé zum Thema Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen Generationen und Kulturen). Bei konkreter praktischer Mitarbeit etwa bei Spielplatzbau, Baum-Patenschaften oder Putzaktionen packen viele gern an. Die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen kann Planung und Bau von Spielplätzen, Stadtteilerkundungen, vielfältige Aktionen zu Stadtgeschichte und Architektur umfassen und Kinder und Jugendliche als Experten einbeziehen. Und eine besonders bewegte (und gesunde) Form sind Stadtteilspaziergänge, bei denen sich Junge und Ältere gemeinsam auf den Weg machen und den Stadtteil unter die Lupe nehmen. Produktiv ist, wenn die Beteiligung selbst sichtbare Ergebnisse hervorbringt, etwa eine Fotodokumentation oder ein Stadtteil-Wegweiser auch zu Orten, die für Gesundheit, für

Kinder oder Ältere bedeutsam sind. Immer ist entscheidend, den Stellenwert der Beteiligung von vornherein zu klären und zu kommunizieren. Handelt es sich um einen unverbindlichen Meinungs- und Ideenaustausch? Oder was dürfen die Beteiligten mit Recht erwarten? Bezogen auf Gesundheitsförderung hat kundige Beteiligung noch unter weiteren Gesichtspunkten Bedeutung: Als Erfahrung, im Sinne von Selbstwirksamkeit selbst etwas bewegen zu können – und die eigene Gemeinde oder Stadt (im Sinne der Salutogenese) als verstehbar, gestaltbar und sinnhaft zu erleben.



Welche großen Chancen eine Beteiligung der Bürgerschaft bei Gesundheitsthemen gerade auch auf kommunaler Ebene bietet, haben im Jahr 2013 die Pilotgesundheitsdialoge in Baden-Württemberg gezeigt. Wie z. B. in der Weinheimer Weststadt eine Stadtteilbegehung mit älteren Menschen, um unter anderem die altersgerechte Gestaltung des Stadtteils zu analysieren und die Bedürfnisse der Zielgruppe zu ermitteln. Weiterführende Informationen zu diesem Thema, finden Sie im Internet unter folgendem Link:

 <http://www.gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/>



BÜRGERSCHAFTLICHES ENGAGEMENT

Bürgerschaftliches Engagement in Vereinen, Bürgerinitiativen oder Nachbarschaftshilfen ist für viele Menschen fester Bestandteil des Lebens und ist wichtig für unser Gemeinwesen. Das verdient Anerkennung. Viele ältere Menschen suchen im Ruhestand nach Herausforderungen und Aufgaben, um ihr Leben weiter aktiv und abwechslungsreich gestalten zu können⁵⁵. Eine Möglichkeit ist hierbei freiwilliges Engagement im Rahmen von gesundheitsförderlichen Angeboten und Maßnahmen. Freiwillig engagierte Ältere bringen viele Ressourcen und Zeit mit ein und sind eine unschätzbare Hilfe, um isolierte oder sozial benachteiligte ältere Menschen zu erreichen.



Damit das freiwillige Engagement gestärkt wird, hat die Landesregierung Sammelverträge zur Unfall- und Haftpflichtversicherung für bürgerschaftlich und ehrenamtlich Tätige in Baden-Württemberg abgeschlossen.

 <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/publikation/did/versicherungsschutz-fuer-buerger-schaftliches-und-ehrenamtliches-engagement/>



6 Wie gelingt kommunale Zusammenarbeit?



 Kommunale Gesundheitsförderung ist auf Zusammenarbeit und Partnerschaften angewiesen, da

- ▶ sie vor allem auf die umfassende Änderung von Lebensbedingungen und Angeboten mit Einfluss auf die Gesundheit abzielt, die viele verschiedene Akteure und Institutionen betreffen,
- ▶ die Kommunale Gesundheitsförderung auf dem Prinzip der Bürgerbeteiligung aufbaut,
- ▶ auf Kommunalebene häufig nur dann etwas erreicht werden kann, wenn viele verschiedene Institutionen zusammenarbeiten – für kommunale Veränderungen ist häufig z. B. die Unterstützung von Lokalpolitik, Schulen, Kitas, Vereinen, Seniorenorganisationen, Stadtteilinitiativen und Selbsthilfegruppen entscheidend.

Die Zusammenarbeit der örtlichen Akteure aus den Bereichen Erziehung, Bildung, Gesundheit und Soziales sowie der Bevölkerung stellt somit einen wesentlichen Bestandteil effektiver Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden dar. In größeren Städten hat sich eine quartiers- oder stadtteilbezogene Zusammenarbeit als sinnvoll erwiesen.

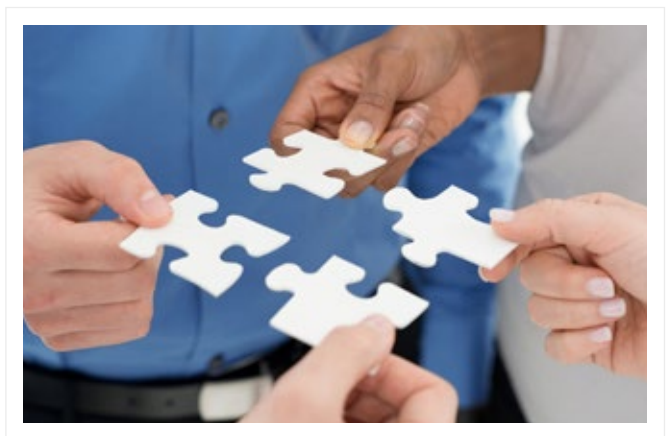
Um eine erfolgreiche Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure sowie eine möglichst hohe Akzeptanz und Beteiligung der Bevölkerung zu erzielen, hat sich die Gründung einer kommunalen Initiative zur Förderung der Gesundheit bewährt. Diese Initiative bildet ein Dach für alle, die zur Erreichung eines gemeinsamen Zieles, wie die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, eines gesunden Aufwachsens oder eines selbstbestimmten Lebens im Alter, in einem „Netzwerk“ zusammenarbeiten^F.

^F Der Zusammenschluss verschiedener Akteure, zur Erreichung eines gemeinsamen Zieles, wird als kommunales Netzwerk bezeichnet.

6.1 GRÜNDUNG EINER KOMMUNALEN INITIATIVE

Die Idee, bestehende Akteure und Angebote einer Kommune zu vernetzen, um ein gesundes Aufwachsen und Leben zu unterstützen, kann von sehr unterschiedlichen Seiten kommen. So können verschiedene Ämter der Kommunalverwaltung wie Amt für Gesundheit, Jugend oder Senioren es als ihre Aufgabe ansehen, in diesem Bereich aktiv zu werden. Genauso gut können sich aber auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, einzelne engagierte Bürgerinnen und Bürger, Schulen, Kitas, freie Träger, Vereine, religiöse Gemeinschaften, Seniorenorganisationen oder Krankenkassen dazu berufen fühlen, die Gesundheit von Menschen aller Generationen mit und ohne soziale Benachteiligung zu fördern.

Unabhängig davon, von welcher Gruppe die Initiative ausgeht, sollte der erste Schritt darin bestehen, in der Kommune



Unterstützung für das Anliegen zu finden. Viele Maßnahmen können ohne Zustimmung der Kommunalverwaltung nicht umgesetzt werden, wenn die notwendigen Voraussetzungen (z. B. Beteiligung relevanter Akteure aus Verwaltung und Politik) fehlen.

DIE KOMMUNALVERWALTUNG BETEILIGEN

Von ganz besonderer Bedeutung sind hier die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, ohne deren Unterstützung Kommunale Gesundheitsförderung nicht zum Erfolg führt. Um die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister für das Thema zu gewinnen, eignet sich häufig ein direktes, persönliches Gespräch, in dem das Vorhaben und seine Notwendigkeit schlüssig begründet werden. Dabei ist vor allem der Nutzen von kommunaler Gesundheitsförderung für die Kommune und deren Bevölkerung hervorzuheben (Tab. 5). In Mittelstädten (Große Kreisstädte, ab 20.000 Einwohnern) und Großstädten gibt es zusätzlich zur Oberbürgermeisterin oder zum Oberbürgermeister weitere Dezernenten mit unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen. Welche Verwaltungsebene angesprochen wird und sich zur Kooperation bereit findet, wird von der Größe der Kommune, aber auch von örtlichen Gegebenheiten (z. B. Wahlperioden, besonderes Engagement für bestimmte The-

men u. a.) abhängen. Es ist durchaus vorteilhaft, wenn bereits vor einem Gespräch mit der Bürgermeisterin oder dem Bürgermeister wichtige Schlüsselpersonen in der Kommune Unterstützung zusagen. Bei diesen Schlüsselpersonen kann es sich z. B. um Mitglieder des Gemeinderates, Ressortleiterinnen und Ressortleiter (z. B. Hauptamt, Wirtschaftsförderung, Bildung, Kultur, Jugend und Soziales, Stadtplanung, Stadtentwicklung, Bauen, Stadtteil-/Quartiersmanagement), Vereinsvorstände, Rektorinnen und Rektoren oder andere Personen mit Einfluss und Ansehen handeln.

Zu bedenken ist, dass eine Bürgermeisterin oder ein Bürgermeister tagtäglich viele wichtige Entscheidungen zu treffen hat. Die Präsentation sollte daher nicht viel Zeit kosten und nur die wichtigsten Eckdaten und Punkte enthalten. Eine kurze schriftliche Zusammenfassung ermöglicht der Bürgermeisterin oder dem Bürgermeister, in Ruhe darüber nachzudenken und die Informationen an andere Ämter weitergeben zu können.

NUTZEN KOMMUNALER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

- ▶ Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung sowie das soziale Miteinander werden gefördert.
- ▶ Die Familien- und Generationenfreundlichkeit der Kommune wird erhöht.
- ▶ Gesundheit sowie Familien- und Generationenfreundlichkeit sind wichtige Standort- und Wirtschaftsfaktoren (bei der Werbung um Einwohner und Unternehmen).
- ▶ Die geistige, emotionale, soziale, körperliche und motorische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird unterstützt (vgl. Kapitel 3.1).
- ▶ Es werden bessere Voraussetzungen dafür geschaffen, dass ältere Menschen möglichst lange selbständig und selbstbestimmt in der eigenen Wohnung leben können.
- ▶ Sozialausgaben werden reduziert.
- ▶ Die Kommune verbessert ihr Image und die Bindung der Bevölkerung an die Stadt erhöht sich (z. B. durch die Möglichkeit, die eigenen Lebensbedingungen mitzugestalten).
- ▶ Bedarfsangepasste und zielgruppenspezifische Maßnahmen und Angebote der Gesundheitsförderung werden erstellt und Gesundheitsdienste optimiert.
- ▶ Ressourcen werden eingespart und neu erworben.
- ▶ Unter-/Übersversorgung wird identifiziert und Doppelstrukturen werden vermieden.

 Tabelle 5: Beispiele für den Nutzen Kommunalen Gesundheitsförderung

EINEN GEMEINDERATSBESCHLUSS ERREICHEN

Damit das zukünftige Netzwerk kommunalpolitisch verankert ist und sowohl bei den verschiedenen Ressorts als auch bei der Bevölkerung Zustimmung findet, ist die Gründung einer kommunalen Initiative zur Gesundheitsförderung durch einen Gemeinderatsbeschluss zu legitimieren. In diesem Schritt sollten auch die finanziellen und personellen Ressourcen, die für die Koordination dieser Initiative anfallen, berücksichtigt werden.

Es ist empfehlenswert, Gesundheitsförderung in vorhandene Politikbereiche wie „Familien- und Generationenfreundlichkeit“ und in die Planung der verschiedenen Ämter (z. B. Jugendamt oder Altenhilfe) zu integrieren, um von Mitgliedern des Gemeinderats finanzielle Ressourcen bewilligt zu bekom-

men. Familienfreundlichkeit ist ein wichtiger Standort- und Wirtschaftsfaktor und hat für viele Städte und Gemeinden hohe Priorität. Das Thema Alter gewinnt im Zuge des – eigentlich seit langem absehbaren – demografischen Wandels an Aufmerksamkeit. „Generationenfreundlichkeit“ als Begriff und Konzept ist noch nicht überall eingeführt. Gerade dies bietet jedoch Chancen, mit einem innovativen Anspruch wegweisend zu wirken.

Wie sich Gesundheitsförderung mit anderen kommunalen Themen und Projekten strategisch verbinden lässt, wurde bereits in Kap. 3.3. dargestellt. In solchen Projekten bestehen vielfach bereits Kooperationen und Netzwerke, an die sich anknüpfen lässt.

EINE KOORDINATIONSSTELLE FÜR KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG EINRICHTEN

Kommunale Gesundheitsförderung erfordert eine zentrale Schnittstelle, welche die unterschiedlichen kommunalen Akteure koordiniert, informiert und motiviert (Tab. 6). Ohne diese

Koordination wird die Zusammenarbeit zeitintensiv und ineffektiv. Die Fachkraft, welche diese Stelle übernimmt, sollte möglichst über folgende Qualifikationen verfügen⁵⁶:

- ▶ Moderations- und Motivationsfähigkeit
- ▶ Einfühlungsvermögen und Menschenkenntnis
- ▶ Kontakte vor Ort haben und die Strukturen kennen
- ▶ Teamfähigkeit
- ▶ Organisationstalent und Planungskompetenz
- ▶ Analytisches Denken

DIE KOORDINATION DER INITIATIVE ZUR KOMMUNALEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG UMFASST FOLGENDE AUFGABEN:

- ▶ Kommunale Akteure und die Bevölkerung zur Zusammenarbeit in einem Netzwerk motivieren:
 - Die Entwicklung von Beziehungen, Strukturen und Prozessen unterstützen.
 - Regelmäßige Sitzungen einberufen und diese vor- und nachbereiten (z. B. durch Einladungen und Protokolle).
 - Die Akteure zur Selbstaktivität motivieren.
 - Zwischen den Akteuren vermitteln und diese zur gegenseitigen Kommunikation ermuntern sowie Konflikte beilegen.
 - Mit der Bürgermeisterin bzw. dem Bürgermeister und den Mitgliedern des Gemeinderats kommunizieren.
- ▶ Die Bestands- und Bedarfsanalyse, die Ableitung von Zielen, Maßnahmen und Angeboten der Gesundheitsförderung sowie deren Umsetzung koordinieren.
- ▶ Die Öffentlichkeitsarbeit der Initiative leiten.
- ▶ Alle Schritte der Kommunalen Gesundheitsförderung dokumentieren und die Zielerreichung überprüfen.

 Tabelle 6: Aufgaben der Koordinationsstelle für Kommunale Gesundheitsförderung

Da die Koordinationsstelle zwischen vielfältigen Akteuren aus Politik, Verwaltung, weiteren Institutionen sowie der Fach-ebene und den Bürgerinnen und Bürgern vermittelt, hat sie darauf zu achten, sich nicht von einzelnen Akteuren vereinnahmen zu lassen⁵⁶. Die Koordinationsstelle sollte daher in der Gemeinde- oder Stadtverwaltung oder einer beauftragten Stelle mit übergreifenden Aufgaben (z. B. beim Quartiersmanagement der Sozialen Stadt) angesiedelt sein. Wichtig ist,

dass die Nähe zur Bürgermeisterin oder zum Bürgermeister sichergestellt ist, so dass diese bzw. dieser regelmäßig über aktuelle Entwicklungen informiert ist und bei wichtigen Entscheidungen schnell kontaktiert werden kann.

Denkbar ist, dass die Koordinationsstelle durch weitere Fachkräfte der Kommunalverwaltung unterstützt wird und somit ein Koordinationsteam entsteht. Dies bietet den Vorteil, dass

unterschiedliche Qualifikationen (z. B. aus den Bereichen Wirtschaftsförderung und Gesundheitsförderung) gebündelt werden. Weitere, auch temporäre, Unterstützungsmöglichkeiten bestehen z. B. in Auszubildenden der Gemeindeverwaltung und Praktikantinnen und Praktikanten. Die Kosten für Sachmittel, die durch die kommunale Initiative anfallen (z. B.

für die Öffentlichkeitsarbeit), können durch unterschiedliche Quellen finanziert werden. Möglicherweise beteiligen sich Partner der Initiative, wie Krankenkassen, lokale Stiftungen, freie Träger und Kirchen sowie Vereine. Zudem können lokale Banken und Unternehmen angefragt werden, ob sie die kommunale Initiative als Sponsor unterstützen.

EINE LENKUNGSGRUPPE EINRICHTEN

Es empfiehlt sich schon frühzeitig eine Lenkungsgruppe (Kapitel 6.4) zu gründen, die strategische und finanzielle Entscheidungen im Rahmen der Initiative trifft. In dieser sollten zumindest die Bürgermeisterin oder der Bürgermeister, die Leitungen der beteiligten Ämter (z. B. Sozial-, Senioren-, Jugend-, Schul- und Sportamt), die Koordinationsstelle der

Kommunalen Gesundheitsförderung und falls vorhanden das Quartiersmanagement der „Sozialen Stadt“ vertreten sein. Zudem können z. B. auch Mitglieder des Gemeinderates, engagierte Bürgerinnen und Bürger, das Gesundheitsamt, die Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz, Hochschulen und Universitäten beteiligt werden.

DER INITIATIVE EINEN NAMEN GEBEN

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Zielgruppen, die im Mittelpunkt einer Stadt oder Gemeinde stehen – Kinder und Jugendliche einerseits, ältere Menschen andererseits – ist die umfassende Lösung, beide Zielgruppen im Namen der kommunalen Initiative zur Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Als Titel der Initiative bietet sich z. B. „Gesund (aufwachsen und) leben in Kommune XY“ oder „Generationenfreundliche Kommune XY“ (vgl. Kap. 2) an. Für die einzelnen Altersgruppen können dann, innerhalb der Initiative, parallele Arbeitskreise (Kap. 6.3) eingerichtet werden.

Manchmal wird aber auch eine Altersgruppe im Vordergrund stehen – etwa dann, wenn die Kommune gerade an einer Stadt-seniorenplanung arbeitet oder eine andere Kommune sich das Thema „Kinder, Jugendliche und ihre Familien – familien-

freundliche Kommune“ vorgenommen hat. Auch andere Themen bieten Anknüpfungspunkte. Erfahrungen aus der Gesundheitsförderung haben gezeigt, dass es bei neuen Initiativen oder Aktionen oft sinnvoll und fruchtbar ist, an vorhandene Aktivitäten und laufende Projekte „anzudocken“ und bestehende Netzwerke zu nutzen sowie ggf. zu erweitern⁵⁷. Mögliche Themen, die bei vielen Kommunen auf der Agenda stehen, sind: demografischer Wandel, Integration und Inklusion, Soziale Stadt, Sozialraumorientierung, Stadtteil- und Quartiersentwicklung, Armutsbekämpfung, Gleichstellung, Sportentwicklungsplanung, Lokale Agenda, Stadtmarketing (Gesundheit als Standortfaktor), Freiraumplanung, Klimaschutz und Mobilität oder auch kommunale Kriminalprävention.



6.2 MÖGLICHE PARTNER IDENTIFIZIEREN UND ÜBERZEUGEN

Der Netzwerkaufbau bedarf eines Überblicks über die kommunalen Akteure in den relevanten Handlungsfeldern wie Jugend, Senioren, Soziales, Bildung, Stadtplanung, Stadtteilarbeit, Gesundheit, Ernährung und Bewegung (Abb. 4). Das Thema „Gesundheitsförderung“ betrifft alle Fachbereiche einer Kommune – gerade auch diejenigen, die sich nicht vorrangig mit sozialen, sondern mit baulichen Fragen und Stadtplanung beschäftigen. Um mit gutem Beispiel voranzugehen, sollten alle relevanten Ämter bzw. Abteilungen der Stadt- oder Gemeindeverwaltung, wie Jugendamt, Sozialamt und Stadtplanungsamt mitarbeiten. Zudem sollte auch das zuständige Gesundheitsamt beteiligt werden.

Damit keine Doppelstrukturen entstehen, ist es wichtig zu prüfen, ob nicht bereits ein Netzwerk vorhanden ist, welches direkt oder indirekt das Ziel verfolgt, ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen, Gesundheit im Alter zu fördern oder die Lebensbedingungen im Stadtteil zu verändern. Besteht z. B. bereits ein Netzwerk zu den Themen Ernährung und Bewegung, ist womöglich eine Erweiterung des Netzwerkes oder zumindest eine Zusammenarbeit sinnvoll. Auch die



Anbindung an einen bestehenden Arbeitskreis, ein lokales Bündnis für Familien, ein Netzwerk zum Thema Älterwerden oder das Quartiersmanagement des Programms „Soziale Stadt“ ist möglich.

Es ist nicht immer sinnvoll, alle potenziellen Akteure in eine Zusammenarbeit einzubeziehen, da zu viele Beteiligte auch bremsend wirken können. Notwendig ist vielmehr, eine arbeitsfähige Anzahl an Akteuren zur Mitarbeit zu gewinnen. Ein Netzwerk kann jederzeit um relevante Partner und engagierte Bürgerinnen und Bürger erweitert werden.



Abbildung 4: Bereiche mit möglichen Kooperationspartnern für Kommunale Gesundheitsförderung

VOR- UND NACHTEILE EINER ZUSAMMENARBEIT ABWÄGEN

Mit anderen Institutionen und Akteuren zusammenzuarbeiten ist mit Vorteilen aber auch mit Nachteilen verknüpft (Tab. 7). Eine Zusammenarbeit ermöglicht, sich zusätzliches Fachwissen zu verschaffen, die Zugangswege zu einer Zielgruppe zu finden oder weitere finanzielle, räumliche, personelle und materielle Ressourcen zu erschließen. So unterstützen z. B. Krankenkassen insbesondere gesundheitsbezogene Projekte in Kommunen, die eine nachhaltige gesundheitsförderliche Stadt(teil)entwicklung fördern⁵⁸. Um Fördermittel für Gesundheitsförderung zu erhalten sind in der Startphase Projektanträge zu stellen und es ist eine Kofinanzierung sicherzustellen. Auch die lokale Industrie und der lokale Handel, Banken sowie Förderinstitutionen sollten vor dem Hintergrund einer kurz- oder langfristigen finanziellen Unterstützung der kommunalen Initiative oder einzelner Maßnahmen als mögliche Partner ins Auge gefasst werden.

Partnerschaften sind z. B. auch mit einem Organisations- und Koordinationsaufwand verbunden. Zudem ist zu bedenken, dass es zu Interessenskonflikten kommen kann. Sollen z. B. mehrere Krankenkassen in die kommunale Initiative einbezogen werden, ist zu berücksichtigen, dass diese im Wettbewerb zueinander stehen und dies ggf. deren Mitarbeit oder auch deren finanzielle Unterstützung einschränken kann. In so einem Fall ist es möglich, dass jeder Krankenkasse ein anderer Schwerpunkt zugeordnet wird, in dem sie ihre Exklusivstellung vertreten kann.

Häufig ist es einfacher, eine tragfähige Zusammenarbeit mit ähnlich ausgerichteten Institutionen oder Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitssektors in die Wege zu leiten, weil die Mitglieder ohnehin einen engeren Kontakt zueinander haben und möglicherweise schon häufiger zusammengearbeitet haben. Eine multisektorale Zusammenarbeit z. B. mit dem Bildungs-, Sozial- oder auch Sicherheitsbereich oder mit Akteuren aus Industrie, Handel und Handwerk kann hingegen

interessante neue Perspektiven eröffnen und einen höheren Informations- und Wissenszuwachs möglich machen. Gerade im Sinne einer generationenfreundlichen Kommune ist es wünschenswert, die herkömmlichen fachlichen und sektoralen Grenzen zu überwinden.

Eine Besonderheit stellen *Public Private Partnerships* dar, die für jegliche Art der Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Institutionen und privaten Unternehmen stehen. Insbesondere im Bereich der Kommunalen Gesundheitsförderung reichen diese Public Private Partnerships von der bloßen Kapitalbereitstellung durch private Unternehmen bis hin zur Übernahme konkreter Aufgaben. Beispielsweise können Partnerschaften mit dem lokalen Ernährungshandwerk und dem Gaststättengewerbe eingegangen werden. Werbe- und Marketingagenturen entwickeln vielfach kostenlos oder vergünstigt Materialien für gemeinnützige Zwecke. Lokal ansässige Firmen können als Sponsoren auftreten, Sportgeschäfte oder Sportgerätehersteller können z. B. für Aktionen zur körperlichen Bewegung Geräte und Ausrüstung zur Verfügung stellen. Aus Sicht von öffentlichen Institutionen haben derartige Public Private Partnerships den Vorteil, dass zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben privates Kapital mobilisiert sowie auf Erfahrungen und Kenntnisse der Unternehmen zurückgegriffen werden kann. Die Partnerunternehmen versprechen sich von der Zusammenarbeit hingegen die Erschließung neuer Geschäftsfelder, die Verbesserung ihres Ansehens oder einen Wettbewerbsvorteil.

Alle möglichen Partner und vorhandene Netzwerke sollten in einer Liste aufgeführt werden. Die *Übersicht Netzwerkpartner* (s. Kapitel 2) dient als Vorlage für diese Liste. Für die aufgeführten Institutionen, Gruppen und Personen sind die Vor- und Nachteile einer Zusammenarbeit sorgsam gegeneinander abzuwägen und es ist zu prüfen, wo eine Zusammenarbeit besteht oder angestrebt wird.



+ VORTEILE

- + bessere Erreichung von Zielgruppen
- + bessere Abstimmung der Maßnahmen in der Gemeinde
- + strukturelle Veränderungen in der Kommune
- + höhere Glaubwürdigkeit
- + größerer politischer Einfluss
- + zusätzliche personelle u. materielle Ressourcen
- + Zugewinn an Wissen und Erfahrung

- NACHTEILE

- hoher Organisations- und Koordinationsaufwand
- erheblicher Zeitaufwand
- unterschiedliche Ziele und Vorstellungen
- Unausgewogenheit der Ressourcen
- Rivalitäten zwischen Berufsgruppen
- mangelnde Kenntnisse über unterschiedliche Organisationsstrukturen und Arbeitsmethoden
- Verlust an Kontrolle

☰ Tabelle 7: Beispiele für Vor- und Nachteile einer Zusammenarbeit

MÖGLICHE PARTNER ANSPRECHEN UND ÜBERZEUGEN


Sind die relevanten Partner identifiziert, geht es darum, persönlich Kontakt aufzunehmen. Um zu verbindlichen Ergebnissen zu kommen, ist in jeder Institution die Leitungsebene anzusprechen. Anschließend sollte in einem persönlichen Gespräch mit einem oder mehreren potenziellen Partnern das Anliegen der kommunalen Initiative dargestellt werden. Die Einladung sollte durch die Bürgermeisterin oder den Bürgermeister erfolgen. Dies betont die Bedeutung der kommunalen Initiative und der Zusammenarbeit mit den örtlichen Akteuren für die Kommunalverwaltung. Bei diesem Gespräch geht es darum,

- ▶ ein Bewusstsein für das gemeinsame Anliegen zu schaffen,
- ▶ die Bereitschaft der Beteiligten zur Zusammenarbeit zu ermitteln und
- ▶ eventuell mit der Bestands- und Bedarfsanalyse (Kapitel 7) zu beginnen.

Um die ausgewählten Institutionen für eine Zusammenarbeit zu gewinnen, ist es wichtig, die Ziele sowie Inhalte der geplanten kommunalen Initiative zur Gesundheitsförderung zu erläutern. Zudem ist der Nutzen von Gesundheitsförderung für die Bevölkerung (z. B. Bereitstellung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen in der Schule, im Wohnumfeld und in Senioreneinrichtungen sowie Ermöglichung von ausgewogener Ernährung und regelmäßiger Bewegung), für die Kommune und die potenziellen Partner darzustellen. Nur wenn alle Beteiligten einen Vorteil aus der Zusammenarbeit ziehen, kann diese langfristig gelingen. Manche Beteiligten profitieren vielleicht primär nicht vom gesundheitsförderlichen Ziel, erfahren aber z. B. eine positive Außenwirkung durch die Zusammenarbeit (Tab. 8).

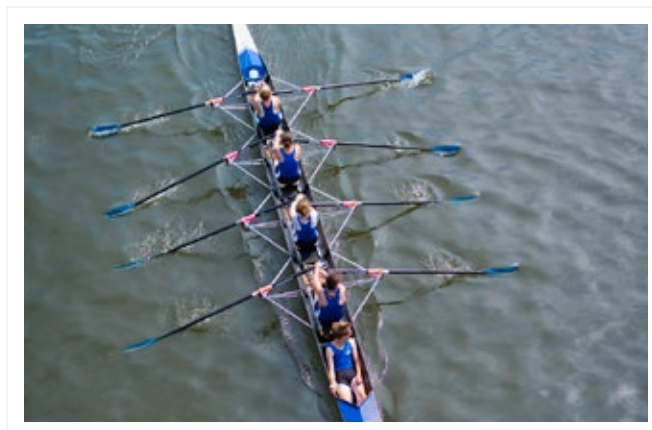
Am Ende des Gesprächs sollte klar sein, ob für die ausgewählte(n) Institution(en) eine Zusammenarbeit in Frage kommt oder nicht. Die Teilnehmenden sollten eine Zusammenfassung des Vorhabens und evtl. der Vorteile einer Zusammenarbeit erhalten, um das Vorhaben in der eigenen Organisation bekannt zu machen.

PARTNER	NUTZEN FÜR DIE KOMMUNE UND DIE BEVÖLKERUNG	NUTZEN FÜR DEN PARTNER
Ärzterschaft	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vermittlung von Risikogruppen an bestehende Angebote der Gesundheitsförderung ▶ Empfehlungen zu Ernährung und Bewegung an die Zielgruppe(n) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Imagegewinn
Gaststätten	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tanznachmittage für Seniorinnen und Senioren ▶ Bereitstellung von Küchen für praxisnahen Ernährungsunterricht der Schulen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Werbung durch die Nennung als Sponsor ▶ Gesteigerte Nachfrage
Industrie, Handel und Banken	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Finanzielle Unterstützung der Kommune 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ gesunde und leistungsfähige Auszubildende und Beschäftigte ▶ Imagegewinn ▶ Werbung durch die Nennung als Sponsor
Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Finanzielle Unterstützung (vgl. Leitfaden Prävention § 20 SGB V) ▶ Bereitstellung von Fachkräften für Ernährung und Bewegung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Imagegewinn ▶ Werbung durch die Nennung als Sponsor
Schulen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Direkter Zugang zu Kindern und Jugendlichen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unterstützung bei der Integration des Themas in den Unterricht und damit weniger Aufwand für Lehrkräfte ▶ Imagegewinn/Profilbildung ▶ konzentrierte und auffassungsfähige Kinder und Jugendliche

 *Tabelle 8:* Beispiele für den Nutzen von Kommunalen Gesundheitsförderung für verschiedene Gruppen

6.3 ZUSAMMENARBEIT GESTALTEN UND AUFRECHT ERHALTEN

Zu Beginn einer jeden Zusammenarbeit sind Maßnahmen wie eine gemeinsame Auftaktveranstaltung, eine Zukunftswerkstatt oder ein Modell-Vorhaben besonders bedeutend. Mit ihnen wird das Vertrauen der Partner in die Ernsthaftigkeit der Handlungsabsichten hergestellt. Zudem macht die Konzentration auf gemeinsame Ziele und Aktionen das Handeln für alle zunächst einfacher und klarer und sichert damit die Zufriedenheit aller. Um aber gemeinsam etwas erarbeiten zu können, müssen zunächst tragfähige Arbeitsstrukturen entwickelt werden.



ARBEITSKREISE BILDEN

Unterschiedliche Akteure werden im Rahmen einer Partnerschaft jeweils mit unterschiedlichen Aufgaben, Verpflichtungen und unterschiedlicher Intensität an einer Initiative mitarbeiten. Einige Partner stellen Ressourcen zur Verfügung, andere fungieren als Multiplikatorin bzw. Multiplikator (vgl. Kapitel 8.3) oder setzen einzelne Maßnahmen und Angebote um. Um möglichst handlungs- und entscheidungsfähig zu sein, bietet es sich gerade bei einer Zusammenarbeit mit vielen Akteuren an, eine Lenkungsgruppe der kommunalen Initiative zu bilden (vgl. Kapitel 6.1). Die Lenkungsgruppe trifft Entscheidungen hinsichtlich der Maßnahmenumsetzung und der Verwendung finanzieller Ressourcen, sofern diese nicht gemeinsam mit allen Partnern getroffen werden. Die Mitglieder der Lenkungsgruppe sollten über ein Mandat der Institution oder Gruppe verfügen, die sie vertreten.

Um konkrete Maßnahmen zu erarbeiten, sollten Arbeitskreise (Abb. 5) gegründet werden, die mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Fachebene von Institutionen besetzt sind. Solche Arbeitskreise sind z. B. denkbar für

- ▶ kurzfristige Aufgaben (z. B. Erstellung eines Gesundheitswegweisers, Veranstaltungen),
- ▶ übergeordnete Aufgaben (z. B. Öffentlichkeitsarbeit) und
- ▶ spezielle Lebenswelten der Kommune (z. B. Kita, Schule, Wohnumfeld, Leben im Alter).

Die in den Arbeitskreisen erarbeiteten Maßnahmen und Angebote werden von der Lenkungsgruppe beschlossen. Durch die verschiedenen Arbeitskreise werden die Partner, welche bei einer spezifischen Aufgabe nicht beteiligt sind, zeitlich nicht unnötig strapaziert. Die Entscheidung, für welche Bereiche bzw. lang- oder kurzfristigen Aufgaben die Einrichtung von Arbeitskreisen sinnvoll ist, sollte die Lenkungsgruppe treffen. Natürlich kann jeder Partner der Initiative jederzeit eigene Aktivitäten zur Gesundheitsförderung durchführen und muss diese nicht abstimmen. Die Aktivitäten und Angebote der Partner stellen einen wichtigen Beitrag zur Kommunalen Gesundheitsförderung dar.

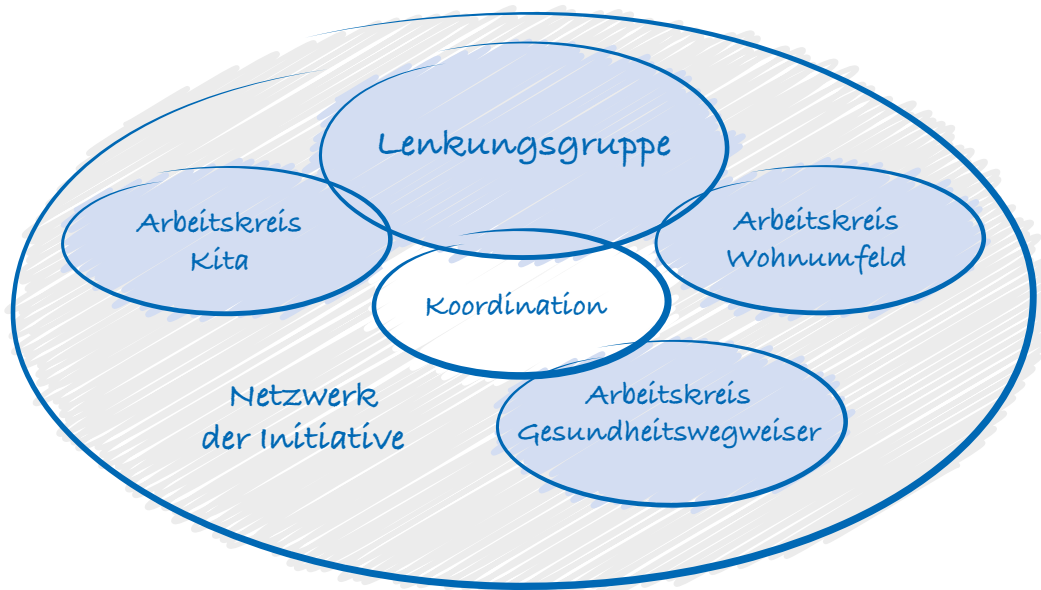


Abbildung 5: Beispiel für die Struktur einer Initiative zur kommunalen Gesundheitsförderung

REGELMÄSSIGE TREFFEN ETABLIEREN

Neben den Treffen der Lenkungsgruppe und der verschiedenen Arbeitskreise sind regelmäßige Treffen des gesamten Netzwerkes einzuplanen (z. B. zwei pro Jahr), in denen die Ergebnisse der Lenkungsgruppe und der Arbeitskreise präsentiert werden. Diese dienen dem Austausch der verschiedenen Akteure und Aktiven in der Stadt oder Gemeinde. So kann jeder über seine aktuellen Tätigkeiten, die erzielten Ergebnisse und möglicherweise aufgetretene Probleme berichten und diese gemeinsam diskutieren. Zudem kann im Rahmen dieser

Treffen das weitere Vorgehen im Rahmen der Initiative diskutiert werden, wie die Aufnahme einer neuen oder die Weiterentwicklung einer bereits bestehenden Maßnahme. Durch regelmäßige Treffen kann eine dauerhafte Kommunikation zwischen den einzelnen Beteiligten gesichert werden. Dabei ist stets auf eine feste Tagesordnung zu achten, die den Eingeladenen bereits im Voraus zugehen sollte. Die Anfertigung eines Protokolls ermöglicht jedem, der einen Termin versäumt hat, wieder lückenlos einzusteigen.



KOMMUNIKATIONSKANÄLE SCHAFFEN UND BEFUGNISSE FESTLEGEN

Fest etablierte Kommunikationskanäle (z. B. Austausch von Telefonnummern und Email-Adressen) ermöglichen den einzelnen Akteuren, jederzeit den Kontakt zu den anderen Beteiligten, auch außerhalb der regelmäßigen Treffen, aufrechtzuerhalten. Medien wie regelmäßige elektronische oder gedruckte Newsletter ermöglichen es, alle Partner auf dem Laufenden zu halten und über Fortschritte und Erfolge der kommunalen Initiative zu berichten. Dieses positive Feedback kann zur weiteren Zusammenarbeit motivieren, da deutlich wird, dass „etwas vorangeht“. Der Umgang mit Adressverteilern sollte allen Partnern klar sein. Kontaktdaten dürfen nur im Rahmen der Initiative genutzt und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Als wichtige Grundlage einer dauerhaften und effektiven Zusammenarbeit sollte festgelegt sein, wie im Netzwerk Entscheidungen getroffen werden und welcher Partner welche Befugnisse hat. Generell sollten die Entscheidungswege so einfach wie möglich gehalten werden. Bei einer Zusammenarbeit sollte allen

Partnern die Möglichkeit der Beteiligung angeboten werden und Entscheidungen sollten gemeinsam getroffen werden. Dies stärkt das Gefühl, beteiligt zu sein und nicht übergangen zu werden. Gerade bei finanziellen Fragen mag es sein, dass z. B. die Lenkungsgruppe die Entscheidungshoheit besitzt. In welchen Punkten welcher Entscheidungsweg gegangen wird, sollte für alle klar sein.

Die Verwendung der Namen und Logos der kommunalen Initiative sowie einzelner Partner sollte im Vorfeld klar geregelt sein, um Konflikten vorzubeugen. So ist z. B. zu klären, welche Logos für welche Zwecke und von welchen Partnern benutzt werden dürfen und ob die einzelnen Logos inhaltlich oder auch gestalterisch (z. B. farblich) abgeändert werden können. Auch sollte es klare Absprachen geben, welche Informationen über die kommunale Initiative oder deren Aktivitäten und Maßnahmen von einem Partner veröffentlicht werden dürfen.

DIE ZUSAMMENARBEIT IN DIE EIGENEN INSTITUTIONEN TRAGEN

Die Zusammenarbeit wird direkt von den jeweils beteiligten Institutionen beeinflusst. Die gemeinsame Arbeit sollte deshalb frühzeitig nach innen in die jeweiligen Institutionen getragen werden. Selbst wenn die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren klare Vorteile für die eigene Institution mit sich bringt: die Zeit, die in eine Zusammenarbeit investiert wird, muss vom eigenen Team bzw. den Vorgesetzten gebilligt und honoriert werden. Daher ist es wichtig, dass alle Beteiligten der Initiative die Inhalte und die Ergebnisse der gemeinsamen Aktivitäten in ihren Institutionen kommunizieren.



ZUSAMMENARBEIT WERTSCHÄTZEN UND OFFENES KLIMA ERZEUGEN

Ein zentraler Punkt für die Sicherung der Langfristigkeit einer Zusammenarbeit ist die gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung. Dazu gehören Dinge wie einmal „Vielen Dank“ zu sagen oder einen Dankesbrief zu schreiben. Insbesondere sollten Personen, die sich besonders engagieren, dafür Anerkennung erhalten. Zur guten Zusammenarbeit kann auch ein gemeinsames Essen beitragen – insbesondere wenn ein gemeinsamer Schritt erfolgreich abgeschlossen wurde. Dies bietet meist eine angenehme Abwechslung zur Routine von mehr oder weniger stark formalisierten Sitzungen.

Um zu verhindern, dass sich ein Partner übergangen oder benachteiligt fühlt, ist ein offenes Klima wichtig, in dem jedes Mitglied die eigene Meinung, abweichende Vorstellungen, Ärger oder Bedenken frei äußern kann – sowohl unter vier Augen als auch in größerer Runde. Das ist insbesondere bei der

Zusammenarbeit mit Personen oder Akteuren wichtig, welche sich – vielleicht aufgrund ihrer gesellschaftlichen Stellung – zurückgesetzt fühlen oder nicht gewohnt sind, vor anderen zu argumentieren und ihre Position durchzusetzen.

Eine regelmäßige Bewertung der Zusammenarbeit durch Fragen zur Zufriedenheit mit der gemeinsamen Arbeit hilft dabei, auftretende Schwierigkeiten zu erkennen und diesen gegenzusteuern. Dies kann z. B. in Form einer öffentlichen Diskussion bei einem der Treffen mit den einbezogenen Akteuren geschehen.

Ein offenes Klima kann jedoch nicht verhindern, dass immer wieder Probleme und Meinungsverschiedenheiten auftreten. Auftretende Konflikte und Unstimmigkeiten sollten frühzeitig angesprochen und im Netzwerk diskutiert werden, um mögliche Lösungen zu erarbeiten.



7 Wie wird der Handlungsbedarf in der Kommune ermittelt?



🦋 Eine Blaupause für die Kommunale Gesundheitsförderung, die für alle Kommunen gültig wäre, existiert nicht. Sowohl Städte und Gemeinden als auch Stadtteile besitzen spezifische räumliche, strukturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Kommunen sind komplexe Gebilde mit unterschiedlichen Herausforderungen und Potentialen. In jeder Kommune gibt es Zielgruppen, die in ihrer Gesundheit gefährdet sind oder die sich aufgrund der demografischen Struktur oder der wirtschaftlichen Situation noch entwickeln können. In der einen Kommune schrumpft die Bevölkerungszahl, in der anderen wächst sie; in der einen wohnen vor allem junge, in der nächsten überwiegend alte Menschen; die eine Kommune kann auf die Herausforderungen

mit solider Wirtschafts- und Finanzkraft reagieren und der anderen fehlt es an der notwendigen Lösungskapazität. Die eine Kommune verfügt über Potentiale und Ressourcen für gesundheitsförderliche Entwicklung, die der anderen wiederum fehlen.

Wirksame Kommunale Gesundheitsförderung, die sich als Gesundheitsförderung mit der Kommune versteht und die Kommune nicht nur als einen Ort nutzt, in dem präventive Maßnahmen kommunikativ verbreitet werden (Gesundheitsförderung in der Kommune), folgt dem typischen Planungszyklus und berücksichtigt Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 4).

Kommunale Gesundheitsförderung sollte, will sie wirksam sein:

- ▶ maßgeschneidert auf die Struktur, Kultur und Identität des Settings sowie die soziale Lage reagieren
- ▶ zielgruppenorientiert sein, statt einen „eine-Größe-passt-für-alle“-Ansatz zu verfolgen
- ▶ partizipativ angelegt sein
- ▶ die Stakeholder einbeziehen^G
- ▶ erkenntnisgeleitet sein, indem sie beispielsweise die Erkenntnisse der verhaltensorientierten Gesundheitspsychologie, der Innovations-, der Organisationsforschung oder der Gemeinde-Kapazitätsbildung (*community capacity building*) nutzt
- ▶ bewährt sein, indem sie Maßnahmen einsetzt, die sich empirisch als wirksam und alltagstauglich bewiesen haben
- ▶ Techniken und Werkzeuge des Socialmarketings verwenden, um die Gesundheitsförderung (auch) als Kampagne zu kommunizieren und die Maßnahmen zu bewerben und zu platzieren.

Am Beginn der Kommunalen Gesundheitsförderung steht die Identifizierung der Ausgangslage (der Rahmenbedingungen, unter denen Gesundheitsförderung stattfindet; Kapitel 7.1) und des Handlungsbedarfes in einer Stadt, einem Stadtteil oder einer Gemeinde (Kapitel 7.2). Die Ausgangslage kann dabei entweder für die gesamte Bevölkerung einer Kommune, für eine einzelne Zielgruppe, oder ein Quartier ermittelt werden. Ein solcherart selektives Vorgehen hat sich in der Praxis bewährt, reduziert den diagnostischen Aufwand und setzt personelle und finanzielle Ressourcen mit Bedacht ein.

Ein Bedarf ist ein feststellbarer, skalierbarer Zustand in der Kommune oder ein konkretes in Zahlen zu fassendes Bedürfnis

gesundheitsrelevanter Belange. Aus dem Bedarf ergibt sich dann beispielsweise eine Unter- und Überversorgung. Der Bedarf einer Intervention, die mit der Absicht erfolgt, die Gesundheit zu fördern, ergibt sich aus der Beobachtung einer auffälligen Anzahl von bestimmten Erkrankungen oder Risiken in einer Bevölkerungsgruppe, eines gesundheitsschädigenden Verhaltens einer spezifischen Gruppe (z. B. exzessiver Alkoholkonsum) oder dass die Lebensqualität in einem Quartier nicht den subjektiven Bedürfnissen entspricht.



Der Bedarf ist also eine Größe, die über ein vorhandenes Problem (zum Beispiel eine hohe Verbreitung von Übergewicht in einer Kommune) oder einen Sachverhalt informiert, der zu einer gesundheitlichen Auffälligkeit führen kann. Der Bedarf gibt Anlass, eine Intervention als geboten anzusehen, um das festgestellte Problem zu beseitigen. Der Bedarf ist die Bedingung, ohne die eine Intervention und der Einsatz der dazu erforderlichen Ressourcen nicht zu rechtfertigen ist.

^G Stakeholder sind all jene Personen oder Personengruppen, die potentiell dazu in der Lage wären, ein Gesundheitsförderprogramm in seiner strategischen Ausrichtung zu verändern, es in irgendeiner Weise zu beeinflussen und solche Personen und Personengruppen, die auf das Programm reagieren, weil sie von den Aktivitäten des Programms betroffen oder mitbetroffen sein könnten.

Der Bedarf kann nach folgenden Aspekten gegliedert werden:

1. Normativer Bedarf:

ergibt sich aufgrund festgelegter Standards der Sozial- und Gesundheitsversorgung oder aufgrund der durch Gesetze oder Richtlinien vorgegebenen Setzungen und bezieht sich in der Regel auf grundlegende Elemente der Daseinsvorsorge.

2. Relativer Bedarf:

ergibt sich aus einem Vergleich beispielsweise verschiedener Stadtteile untereinander oder durch einen Vergleich mit best-practice Beispielen (z. B.: *WHO agefriendly cities*).

3. Demonstrierter Bedarf:

betrifft das Verhalten einer Zielgruppe (z. B. Warteliste bei einem Präventionsangebot).

4. Zukünftiger Bedarf:

ergibt sich aus den zu erwartenden Veränderungen und deren Konsequenzen (z. B. demografischer Wandel oder bevorstehende Schließung des letzten verbleibenden Lebensmittelgeschäfts oder des Cafés im Quartier).

Bedürfnisse ergeben sich im Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf der Grundlage eines festgestellten Bedarfs. Bedürfnisse sind das subjektive Erleben eines Mangels, verbunden mit dem Wunsch, den Mangel zu beheben – in der Psychologie mit **Motiv** gleichgesetzt oder als **Grundlage von Motiven** verstanden. Sie drücken also das Bestreben oder die Motivierung eines Individuums aus, ein subjektiv bedeutsames und objektiv festgestelltes Problem zu beseitigen. Das Bedürfnis ergibt sich aus einer individuellen Betroffenheit in der Lebensqualität oder dem Wohlbefinden von Personen. Für eine Maßnahme der Gesundheitsförderung ist die zuverlässige Einschätzung des Bedarfs und der

Bedürfnisse wichtig. Die Maßnahmen, die vorgeschlagen und durchgeführt werden, sollten geeignet sein, die Bedürfnisse der Betroffenen zu befriedigen.

Neben Bedarf und Bedürfnissen ist auch der Bestand von **Interesse**. Das ist die Menge der zum Gebrauch verfügbaren Güter und **Dienstleistungen**, die für einen definierten Preis an einem definierten Platz nachgefragt werden können (z. B. kostenfreie Bewegungsangebote).

Bevor die Gesundheitsförderung mit der Kommune beginnt, sollten sich die relevanten Akteure folgende Fragen beantworten:

▶ Wo stehen wir heute?

▶ Was wollen wir ändern?

▶ Wann wollen wir das tun?

▶ Wie viel von was brauchen wir?

▶ Warum sollten wir das wollen?

▶ Wer kann das ändern?

▶ Wer macht das?

▶ Wer zahlt das?

▶ Wer bewirkt das?

Die folgenden Kapitel sollen mit ihren Hinweisen auf konkrete Aufgaben und Analyse- und Beurteilungsverfahren dabei helfen, die Antworten zu systematisieren.

7.1 EIN PROFIL DER STADT/GEMEINDE ERSTELLEN

Die Identifizierung der Rahmenbedingungen für die gesundheitlichen Belange in einer Stadt, einem Stadtteil oder einer Gemeinde führt zu einem Stadt- oder Gemeindeprofil. Im besten Fall informiert es stadtteilspezifisch über jene Daten und Fakten, die für eine systematische Planung und Durchführung einer Kommunalen Gesundheitsförderung unabdingbar sind. Im Sinne einer integrierten Stadtentwicklung bündelt das Profil bereits bestehende Daten und Informationen aus verschiedenen Themenfeldern und ergänzt Informationen zu weiteren Indikatoren.



Ein Stadt-/Gemeindeprofil:

- ▶ gewährt einen Überblick über die vorhandenen Angebote und Aktivitäten in der Kommune,
- ▶ zeigt eine Über- oder Unterversorgung auf,
- ▶ berücksichtigt Menschen in schwierigen Lebenslagen,
- ▶ beschreibt die Lebensbedingungen (im Idealfall auch die Lebenszufriedenheit und Einstellungen) der Gesamtbevölkerung oder spezifischer Gruppen,
- ▶ lässt sich – über die Veränderung der Profilm Merkmale – in einer Evaluation als Indikator der Wirksamkeit Kommunalen Gesundheitsförderung nutzen.

Die Inhalte eines Stadt- oder Gemeindeprofils sind von den vorhandenen Daten zur Beschreibung der gesundheitlichen und sozialen Lage und einer möglicherweise vorhandenen Fokussierung auf eine bestimmte Zielgruppe (z. B. Kinder oder ältere Menschen) abhängig. Tabelle 9 enthält Beispiele für Merkmale eines Stadt- oder Gemeindeprofils (*und Beispiele für Datenquellen*). Die einzelnen Merkmale und die gebildeten Kategorien sind als Vorschlag zu verstehen und sollten auf die Bedingungen vor Ort

angepasst werden. Sie dienen als fundierter Hinweis auf möglichen Handlungsbedarf und als Grundlage für die Diskussion mit den Partnern der örtlichen Initiative zur Gesundheitsförderung und der Bevölkerung (vgl. Kapitel 7.3).

Die identifizierte Ausgangslage sollte unbedingt schriftlich dokumentiert und in ihren Konsequenzen für die folgende Interventionsplanung kommentiert werden.

STADT-/GEMEINDEPROFIL

Kommunale Kapazität und Zusammenarbeit im Handlungsfeld Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 7.1.)

- ▶ Verankerung des Handlungsfeldes Gesundheitsförderung in der Kommune
- ▶ Fachliche Kompetenz im Handlungsfeld
- ▶ Personelle und finanzielle Ressourcen für Gesundheitsförderung
- ▶ Zusammenarbeit in der Stadt/Gemeinde
- ▶ Interkommunale Zusammenarbeit
- ▶ Bürgerschaftliches Engagement
- ▶ Beteiligungsmöglichkeiten für Bürgerinnen und Bürger
- ▶ Inklusion in der Stadt/Gemeinde

Demografische Basisdaten (s. Tab. 11)

- ▶ Alten- und Jugendquotient
- ▶ Altersstruktur
- ▶ Anteil Alleinerziehender
- ▶ Bevölkerungsentwicklung
- ▶ Geburten und Sterbefälle
- ▶ Geschlechteranteil
- ▶ Haushaltsgröße (nach Altersgruppen)
- ▶ Migrantenanteil
- ▶ Wohnfläche pro Kopf
- ▶ Zu- und Wegzüge

Sozial bedingte Gesundheitsbelastungen

- ▶ Arbeitslosenquote (nach Altersgruppen) (*Agentur für Arbeit*)
- ▶ Quote Arbeitslosengeld II-Empfänger und Sozialgeld SGB II-Empfänger (*Agentur für Arbeit*)
- ▶ Quote Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII und Quote Empfänger Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (*kommunale Statistik, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg*)
- ▶ Schulabgänger ohne Schulabschluss (*Schulamt*)
- ▶ Übergangsquoten auf Sekundarschulen (*Schulamt*)

Gesundheitszustand

- ▶ Impfungen bei Einschulung (*Gesundheitsamt*)
- ▶ Individuelle Lebenszufriedenheit/-qualität der Bürgerinnen und Bürger (*siehe Kapitel 7.1*)
- ▶ Sprachstand bei Einschulung (*Gesundheitsamt*)
- ▶ Stand der Motorik bei Einschulung (*Gesundheitsamt*)
- ▶ Übergewicht und Untergewicht bei Einschulung (*Gesundheitsamt*)
- ▶ Zahngesundheit bei Einschulung (*Gesundheitsamt*)

Nahversorgung und gesundheitsrelevante Versorgungsstrukturen (vgl. Kapitel 7.1)

- ▶ Anzahl und Erreichbarkeit der Nahversorgungseinrichtungen vor Ort (Supermarkt, Bäcker, Metzger, Post, Friseur etc.)
- ▶ Apotheken (*Statistisches Landesamt*)
- ▶ Beratungsstellen, Familien- und Stadtteilzentren
- ▶ Entfernung zu Frauen-, Haus-, Kinder- und Nervenarzt, Orthopäde und Internist sowie zukünftige Entwicklungsszenarien (*Gesundheitsatlas Baden-Württemberg*)
- ▶ Gesundheitsförderliche Angebote (z. B. zu Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz, soziales Miteinander, geistige Aktivität)
- ▶ Jugendfreizeitzentren
- ▶ Kliniken, Ärztehäuser, ambulante Versorgungseinrichtungen
- ▶ Lage, Erreichbarkeit und Anbindung an den Öffentlichen Nahverkehr der Nahversorgung und der gesundheitsrelevanten Versorgungsstrukturen
- ▶ Pflegeeinrichtungen
- ▶ Selbsthilfegruppen (*Quartiermanagement*)
- ▶ Sportvereine und Sportangebote (*Stadtsportbund*)
- ▶ Verhältnis von Ärzten zu den Einwohnern (*kommunale Statistik, Kassenärztliche Vereinigung*)

Gesundheitsbelastungen und -potentiale der Wohnungsbau- und des öffentlichen Raums (vgl. Kapitel 7.1)

- ▶ Tägliches Verkehrsaufkommen (*Verkehrsamt*)
- ▶ Feinstaubbelastung und Lärmbelastung (*Amt für Umweltschutz, Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz Baden-Württemberg*)
- ▶ Anzahl von Unfällen im Straßenverkehr (*Polizei, Statistisches Landesamt*)
- ▶ Anteil Siedlungs- und Verkehrsfläche (*Stadtplanungsamt, Statistisches Landesamt*)
- ▶ Anzahl, Größe, Beschaffenheit und Erreichbarkeit von bewegungsfördernder Infrastruktur wie Sportplätze und Bäder, öffentliche Grünflächen und Spielplätze, sowie Flächen für Bewegung und Erholung (*Grünflächenamt, Stadtplanungsamt*)
- ▶ Anteil an Spielstraßen (*Tiefbauamt, Straßenverkehrsamt*)
- ▶ Länge und Zustand der Rad- und Fußwege (*Tiefbauamt*)
- ▶ Barrierefreiheit von Wohnumgebung und kommunalen Einrichtungen
- ▶ Fußgängerfreundlichkeit der Wohnumgebung
- ▶ Beleuchtung, Sicherheit und Beschaffenheit des öffentlichen Raums
- ▶ Klimatische Schwerpunkte (z. B. „Hitze-Inseln“)
- ▶ Vorhandensein und Zustand öffentlicher Toiletten und Sitzbänke

IST DIE KOMMUNE ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEREIT UND IST SIE DAZU BEFÄHIGT?

Die *Kommunale Kapazität* beschreibt die Fähigkeit einer Kommune oder der in ihr wirkenden Verwaltungseinheiten, ihre Strukturen, Akteure und deren Fähigkeiten und Fertigkeiten so zu motivieren und einzusetzen, dass sie die Absichten der „Gesunden Kommune“ verwirklichen, in dem sie in einem Beteiligungsprozess Maßnahmen konzipieren, planen und umsetzen sowie den Prozess und die Wirkung bewerten⁶¹.

Teilweise mangelt es Städten und Gemeinden an einer ausreichenden Kapazität, um große Vorhaben der Gesundheitsförderung zu stemmen oder die Expertise, um mit dem vorhandenen Personal komplex zu intervenieren und zielgerichtet zu agieren. Sind kommunale Ämter „dünn“ besetzt, so sind sie für komplexere Sachverhalte dann auf die regionale und überregionale Mithilfe angewiesen.

Kommunale Koalitionen sind geeignet, fehlende Kapazitäten zu decken. Solche Koalitionen sind informelle oder auch formale Netzwerke, die auf der lokalen oder regionalen Ebene zusammenwirken. So können Probleme sachgerecht entschlüsselt, Bedarfe und Bedürfnisse ermittelt, ein Handlungsplan entworfen, Strategien umgesetzt, Ergebnisse erzielt und bewertet und Veränderungen nachhaltig verankert werden.

Um einen ersten Überblick zu erhalten, wie es um die Kapazität und die Koalitionen (Zusammenarbeit) der Kommune bestellt ist, Gesundheitsförderung mit den eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu beginnen und erfolgreich zu betreiben, ist in Tabelle 10 ein Fragebogen aufgeführt.



Er eignet sich zur Beschreibung der Ausgangslage und deckt mögliche Handlungsfelder auf. Im Gegensatz zum Fragebogen zur Ermittlung der Veränderungsbereitschaft einer Organisation dient er jedoch nicht zu Bewertungen im Sinne von gut/schlecht, ausreichend/unzureichend etc. Weiterführende Informationen zur Bewertung der Kommunalen Kapazität und kommunaler Koalitionen bietet das Handbuch „Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren“⁶¹.

THEMA	ANALYSEINSTRUMENT
Kommunale Kapazität und Zusammenarbeit	Checkliste zur Analyse kommunaler Strukturen und Ressourcen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung ^H
Veränderungs-Bereitschaft einer Organisation	Fragebogen zur Ermittlung der Veränderungs-Bereitschaft einer Organisation ^H Vorläufige deutschsprachige Version des „Organizational Readiness for Implementing Change“ ⁶¹

 Tabelle 10: Analyseinstrumente zur Beschreibung der Kommunalen Kapazität im Handlungsfeld Gesundheitsförderung



 <http://www.gesundheitsamt-bw.de/Seiten/gesundleben.aspx>

ANALYSE DER STRUKTUR- UND SOZIALDATEN

Bei der Analyse von Struktur- und Sozialdaten geht es darum, vor Ort jene Sozialräume und sozialen Gruppen zu identifizieren, auf die eine Interventionsplanung besonders ausgerichtet werden sollte und welche besonders von gesundheitsfördernden Angeboten profitieren. Der Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Risikofaktoren und der soziale Lage ist wissenschaftlich nachgewiesen. Menschen in schwierigen sozio-ökonomischen Lebenslagen erleben häufig große Belastungen, wie

Arbeitslosigkeit, niedriges Einkommen, niedriger beruflicher Status, niedrige Schulbildung oder fehlender Schulabschluss, schlechte Wohnverhältnisse, Unfallrisiken, Stress infolge schwieriger sozialer Lebenslage oder Isolation. Eine schwierige Lebenslage kann z. B. auch entstehen, wenn Menschen ihre Umwelt als Barriere erleben, die sie beispielsweise daran hindert, mobil zu sein, die eigene Wohnung zu verlassen und sich mit anderen Menschen zu treffen.

Zur Erfassung der Sozialdaten reicht ein beschreibender Zugang, der sich an absoluten und/oder relativen Indikatoren festmacht:

▶ Wie viele Mädchen, wie viele Jungen leben in der Kommune?

▶ Wie viele alleinerziehende Mütter/Väter gibt es in der Kommune?

▶ Wie viele Arbeitslose gibt es in der Kommune?

▶ Wie hoch ist der Anteil der älteren Menschen (strukturiert nach Altersgruppen, Geschlecht und sozioökonomischer Lage) an der Gesamtbevölkerung oder relativ zur Gruppe der Personen im erwerbstätigen Alter?

▶ Wie viele der älteren Menschen leben alleine?

▶ Wie viele der älteren Personen sind pflegebedürftig?

▶ Wie wird sich der Pflegebedarf hochaltriger Personen in den kommenden 10 Jahren entwickeln?

▶ Wie groß ist der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung?

▶ Wie groß ist der Anteil der Menschen mit Behinderung an der Bevölkerung?

▶ Gibt es Stadtteile, Quartiere in denen einzelne der angesprochenen Gruppen besonders stark vertreten sind?

Wo immer möglich sollten „Zukünfte“ bedacht werden: Wie sieht die Struktur der Kommune in zehn oder zwanzig Jahren aus? Häufig liegen bereits Bestandsaufnahmen und Zukunftsszenarien vor, zum Beispiel in Form vorbereitender Untersuchungen für Stadtentwicklungs- oder Sanierungsprojekte, von

Sozialberichterstattungen oder als sozialräumliches Monitoring. Verlässliche Quellen für kommunale Struktur- und Sozialdaten sind u. a. örtliche Ämter und das Statistische Landesamt Baden-Württemberg. Tabelle 11 enthält Beispiele möglicher Datenquellen.

DATENQUELLE	DATENEBENE	INHALTE
Demografie-Spiegel Baden-Württemberg	Städte und Gemeinden	Enthalten sind Daten zu Themenfeldern wie demografische Entwicklung, familienfreundliches Wohnen, Familie und Beruf, Wirtschaft, Bildung und Qualifikation sowie Integration. http://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Demografie-Spiegel/
Familienatlas	Landkreise und kreisfreie Städte	Der „Familienatlas“ vergleicht die Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland hinsichtlich ihrer Attraktivität für Familien. http://www.prognos.com/projekte/weitere-atlantens-reports/familienatlas/zentrale-ergebnisse/
Gesundheitsatlas Baden-Württemberg	Land- und Stadtkreise	Der Gesundheitsatlas bietet Daten in Form von Tabellen, Karten und Berichten zu den Themenfeldern Bevölkerung, medizinische Versorgung, Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie Gesundheitsförderung und Prävention. http://www.gesundheitsatlas-bw.de/
Kommunale Ämter	Städte und Gemeinden	Falls vorhanden, ist das Amt für Statistik eine gute Quelle für kommunale Struktur- und Sozialdaten. Gesundheitsämter verfügen über Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen (ESU). In einigen Städten und Gemeinden ist zudem eine kommunale Gesundheitsberichterstattung vorhanden.
Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz Baden-Württemberg	Land- und Stadtkreise, Städte und Gemeinden	Umweltdaten und digitale Kartenbestände zu den Themenfeldern Abfall, Boden/Geologie, Geobasisdaten, Klima und regenerative Energien, Lärm, Luft, Natur und Landschaft, Radioaktivität sowie Wasser http://udo.lubw.baden-wuerttemberg.de/public/pages/home/welcome.xhtml
Regionalatlas Deutschland	Landkreise und kreisfreie Städte	Die Daten des Regionalatlas basieren auf den Daten der Struktur- und Regionaldatenbank. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Regionalatlas/Regionalatlas.html
Statistik interMaptiv	Städte und Gemeinden	Der Online-Datenservice stellt 90 Indikatoren der amtlichen Statistik in Form interaktiver Karten für alle Städte und Gemeinden Baden-Württembergs dar. http://www.statistik-bw.de/intermaktiv/archiv/home.asp
Struktur- und Regionaldatenbank Baden-Württemberg	Städte und Gemeinden	Daten zu Themenfeldern wie Bevölkerung, Gesundheit, Soziales, Umwelt, Verkehr etc. und Auswertungsmöglichkeiten von Landes- bis auf kommunale Ebene. http://www.statistik-bw.de/SRDB/

 Tabelle 11: Quellen für Struktur- und Sozialdaten

ERMITTLUNG DER LEBENSBEDINGUNGEN, DER LEBENSZUFRIEDENHEIT UND DER GESUNDHEITS-BEZOGENEN ANGEBOTE

Eine Aufgabe der Kommunalen Gesundheitsförderung ist, die Bedingungen in den Lebenswelten der Kommune so zu gestalten, dass sie den Kindern, Jugendlichen, Eltern und älteren Menschen Anreize für regelmäßige Bewegung, soziale Kontakte und ausgewogene Ernährung bieten. Diese Anreize motivieren niederschwellig zu gesundheitsförderndem Verhalten. Um gesundheitsförderliche Lebenswelten und Angebote gestalten zu können, die den Bedarf in der Stadt/Gemeinde decken, muss die Ausgangslage möglichst genau bekannt sein.

Dazu muss zum einen zuerst der aktuelle Status der vorherrschenden Lebensbedingungen beschrieben werden (z. B. Zustand der Rad- und Schulwege, Bewegungsfreundlichkeit der Schulhöfe, Getränke- und Nahrungsangebote in Bildungs- und Senioreneinrichtungen, Angebote der Nahversorgung vor allem mit frischen Lebensmitteln sowie öffentlich zugängliche Bewegungsräume wie Spielplätze, Spazierwege, Treffpunkte, Grün- und Brachflächen). Dann könnte erfasst werden, wie die Bürgerinnen und Bürger ihre Lebensqualität beurteilen und schließlich sollte zusammengetragen werden, was bereits angeboten wird, um ein gesundes Aufwachsen und Leben zu unterstützen (z. B. Angebote zu Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz, geistige Aktivität, sowie Angebote zur Stärkung des sozialen Miteinanders und der Erziehungs- und Bildungskompetenz der Eltern).

In der einschlägigen Literatur werden hierzu umfangreiche Instrumente und Verfahren zur Verfügung gestellt, die aber meist nur in englischer Sprache vorliegen und auch an die entsprechenden räumlichen, politischen und kulturellen Rahmenbedingungen angepasst sind. Tabelle 12 enthält einige, in die deutsche Sprache übertragene und ergänzte Instrumente, die geeignet sind, sich einen Überblick über die wesentlichen Lebensbedingungen in der Kommune und der Lebenszufriedenheit spezifischer Gruppen zu verschaffen.


Dieser Überblick bildet die Grundlage eines Prozesses, bei dem im *Kommunalen Netzwerk* gemeinsam beraten wird, was die einzelnen Daten für den konkreten Fall einer Kommune bedeuten. Am Ende des Prozesses kann es sein, dass die eine Kommune bestimmte Daten für sich als „unzureichend“ oder gar „alarmierend“ bewertet, während die andere identische Datenausprägungen als „ausreichend“ befundet.

Die gelisteten Instrumente eignen sich jedoch nicht für Bewertungen im Sinne von gut/schlecht, ausreichend/unzureichend etc. Sie sind nicht validiert, das heißt, ihre wissenschaftliche Stringenz ist nicht durchgängig nachgewiesen. Daher können – mit Ausnahme der deutschsprachigen *walkability scale* und des *WHOQoL* – die Einzelfragen auch den jeweiligen Bedingungen der Kommune angepasst werden. Auch die Skalen, mit denen Sachverhalte als vorhanden oder mengenmäßig erfasst werden, können verändert werden.

Die Instrumente beziehen sich auf das Wohnumfeld (und hier vor allem auf die Feststellung der Bewegungsfreundlichkeit, weil sich die lebenslange körperliche Aktivität als ein Schlüssel zum Gelingen der psycho-physischen Entwicklung erwiesen hat), auf die vorhandene Infrastruktur, bestehende Angebote der Gesundheitsförderung und auf die Lebensqualität.

Um zu beurteilen, ob das Verhalten von Personen oder Personengruppen gesundheitlich riskant ist (körperliche Inaktivität, Rauchen etc.), hält die gesundheitswissenschaftliche Literatur dazu eine Fülle von gut bewährten reliablen, validen und deutschsprachigen Verfahren vor. Eine Zusammenarbeit mit einer Hochschule oder Universität mit einer einschlägigen gesundheitswissenschaftlichen oder -psychologischen Abteilung ist hierbei anzuraten.

THEMA	BESCHREIBUNG
Angebote der Gesundheitsförderung	<p>Fragebogen zur Ermittlung von Angeboten der Gesundheitsförderung</p> <p>Dient der Ermittlung der vorhandenen Angebote der Gesundheitsförderung und dem Ziel ein gesundes Aufwachsen und Leben zu unterstützen (z. B. Angebote zu Ernährung, Bewegung, geistige Aktivität und Lebenskompetenz sowie Angebote zur Stärkung der Erziehungs- und Bildungskompetenz der Eltern).</p> <p>http://www.gesundheitsamt-bw.de/Seiten/gesundleben.aspx</p>
Barrierefreiheit	<p>Checkliste barrierefrei bewegen</p> <p>Die Checkliste zur Gebäudeüberprüfung setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Der erste Teil beinhaltet die Grundbewertungskriterien, während der zweite jeweils die gebäudespezifischen Kriterien umfasst. Kriterien sind hier Merkmale für die Barrierefreiheit von bautechnischen Anlagen bzw. Elementen, können sich aber auch z. B. auf Assistenzleistungen beziehen.</p> <p>http://www.lash-nrw.de/checkliste_barrierefrei_bewegen.pdf</p>
Bedarfe und Angebotsplanung	<p>Radix Matrix zur Bedarfsermittlung und A.2.b zur Angebotsplanung für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Senioren</p> <p>Das Instrument des Schweizer Zentrums für Gesundheit und Prävention enthält Vorlagen für interaktive, partizipative Bedarfsbewertungen und zur Erfassung von Problemen, Risiken, Potentialen, Angeboten und Maßnahmen in Städten und Gemeinde.</p> <p>http://www.radix.ch/Gesunde-Gemeinden/bedarfserhebungch/Arbeitsinstrumente/PyLJq/?&lang=de</p>
Fußgängerfreundliche Wohnumgebung	<p>Fragebogen zur Messung fußgängerfreundlicher Wohnumgebung (NEWS-G)</p> <p>Deutsche Fassung der Neighbourhood Environment Walkability Scale (NEWS), mit der sich die Gehfreundlichkeit von Quartieren beurteilen lässt.</p> <p>http://www.ipenproject.org/documents/methods_docs/Surveys/NEWS_German.pdf</p>
Fußgängerfreundlichkeit	<p>Prüfliste für Fußgängerfreundlichkeit (Walkability Checklist)</p> <p>Die Prüfliste dient zur Erfassung der Fußgängerfreundlichkeit im Rahmen von Stadtteilspaziergängen.</p> <p>http://www.uni-due.de/imperia/md/content/staedtebau/walkability_checkliste_iss_aktualisiert.pdf</p>
Lebensbedingungen und Infrastruktur	<p>Kommunales Gesundheitsassessment; angelehnt an das Rural Living Assessment des Southern Health Centers der University of Maine, USA.</p> <p>Das Analyseinstrument erfasst wesentliche Profildaten für die Planung von gesundheitsförderlichen Interventionen.</p> <p>http://www.gesundheitsamt-bw.de/Seiten/gesundleben.aspx</p>
Lebenszufriedenheit /-qualität	<p>WHO Quality of Life Questionnaire (Kurzversion)</p> <p>Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-Bref. Handbuch für die deutschsprachige Versionen der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.</p>
Seniorenerechte Infrastruktur im Stadtteil	<p>Checkliste Weinheimer Stadtteilbegehung</p> <p>Die Checkliste dient zur Ermittlung der seniorenerechten Infrastruktur in einem Stadtteil.</p> <p>http://www.gesundheitskonferenz-rnk-hd.de/images/Bilder_Arbeitsgruppen/Weinheim/Checkliste_Weinheimer_Stadtteilbegehungen.pdf</p>

 Tabelle 12: Instrumente zur Ermittlung der Lebensbedingungen, der Lebenszufriedenheit und der gesundheitsbezogenen Angebote

i PRAXISBEISPIEL AUS DEN PILOTGESUNDHEITSDIALOGEN BADEN-WÜRTTEMBERG⁵⁴: WEINHEIM-WEST

Ein Beispiel für eine umfassende Bestandsanalyse stellt die Stadtteilanalyse Weinheim-West dar (Abb. 6), die sich mit den Fragestellungen beschäftigt:

- ▶ Wie muss ein Stadtteil gestaltet sein, um seinen Bürgerinnen und Bürgern möglichst lange ein selbständiges Leben im Alter ermöglichen zu können?
- ▶ Warum sind manche ältere Menschen mit den bestehenden Angeboten nicht erreichbar und wie können sie ggf. zu einer Beteiligung und zu sozialer Teilhabe motiviert werden?

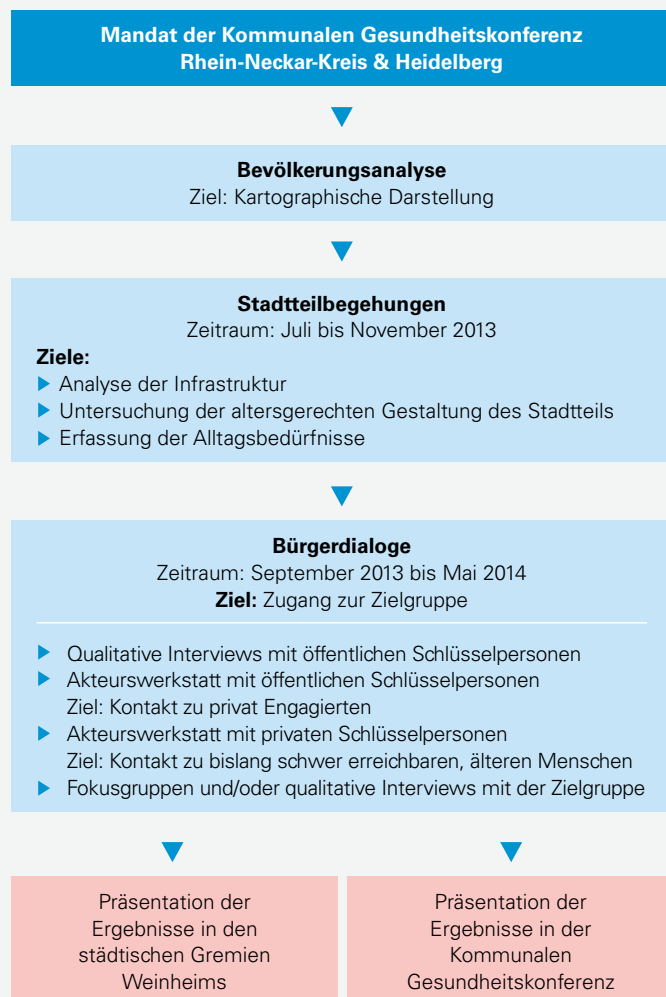
Um sich diesen Fragestellungen nähern zu können, wurden vier parallele und teils überlappende Vorgehensweisen gewählt:

1. Wurden demographische und sozial-strukturelle Daten mit Erstellung von kartographischen Darstellungen zur Weinheimer Weststadt betrachtet.

2. Fanden Stadtteilbegehungen als Partizipationsinstrument statt. Die Bürgerinnen und Bürger erforschten ihren eigenen Stadtteil und untersuchten die altersgerechte Gestaltung ihres Wohnumfelds sowie die vorliegende Infrastruktur.

3. Fand eine umfassende Netzwerkarbeit statt. Dabei wurden die wichtigen Akteure und Ansprechpartner zum Thema „ältere Menschen“ identifiziert, mit welchen Gespräche und Interviews geführt wurden, um sich der Thematik zu nähern und erste Erkenntnisse über die Lebenswelten der älteren Stadtteilbevölkerung zu gewinnen.

4. Wurde der Pilotgesundheitsdialog „Aktivierung schwer erreichbarer älterer Menschen“ durchgeführt. Die in Schritt drei identifizierten Personen wurden zu zwei sogenannten „Akteurswerkstätten“ eingeladen, um u. a. die Nicht-Teilhabe der älteren Menschen aus Sicht der professionell betrauten Personen zu erörtern und um einen Fragebogen zur Durchführung von qualitativen Interviews mit schwer erreichbaren älteren Menschen zu erstellen. Die persönliche Ansprache erschien als das geeignetste Mittel, um mehr über die Lebenssituation der älteren, schwer erreichbaren Menschen zu erfahren und Erkenntnisse für ein zielgruppenspezifisches Angebot zu gewinnen.



i Abbildung 6: Übersicht über die Stadtteilanalyse Weinheim-West

GESUNDHEITSWEGWEISER

Die Ergebnisse der Analyse der vorhandenen Rahmenbedingungen einer Stadt oder Gemeinde ermöglichen, einen Gesundheits- oder Angebotswegweiser zu erstellen, der einen systematischen Überblick über die am Ort vorhandenen Angebote zur Förderung der Gesundheit, wie Bewegungsräume, Beratungsstellen, Nachbarschaftstreffs sowie Spiel-, Bewegungs- und Ernährungsangebote bietet. Ein Wegweiser – von der Koordinationsstelle der Kommunalen Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 6) oder alternativ von einer Gruppe erstellt, die sich aus einem kommunalen Netzwerk gründet – ist ein erster Schritt zu einer gesundheitsanregenden Lebenswelt.

Um Wegweiser ansprechend zu gestalten ist die Unterstützung durch eine Werbeagentur, eine Marketingabteilung eines Netzwerkpartners hilfreich. Zu klären sind:

- ▶ Format des/der Wegweisers
- ▶ Seitenanzahl und Höhe der Auflage(n)
- ▶ Schwarz/weiß- oder Farbdruck
- ▶ Finanzierung der Druckkosten
- ▶ Ausgabe gegen Schutzgebühr oder kostenfrei
- ▶ Verteilung und Bewerbung des/der Wegweiser.

Der *Fragebogen zur Ermittlung von Angeboten der Gesundheitsförderung* (Kapitel 2) bietet einen Überblick über relevante Informationen zu Angeboten, die in einem Wegweiser enthalten sein können. Ein Wegweiser kann generationenübergreifend angelegt sein. In diesem Falle empfiehlt sich, die Angebote je nach Altersgruppe farblich oder mittels Piktogramm zu kennzeichnen. Bei Städten bietet zudem die Gliederung nach Stadtteilen den potentiellen Nutzern des Wegweisers Orientierung. Auch Quellen für weiterführende Informationen (z. B. Internetadresse eines Vereines, Programmhefte, Broschüren) zu den Angeboten sowie Spiel- und Bewegungsräumen sind Teil einer aktiven Kommunikation.

Ein spezifischer Wegweiser kann Kinder und Jugendliche auf Angebote der Gesundheitsförderung aus den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz (z. B. Essensangebot in der Mensa, Schul-AGs, Vereinsangebote, Hinweis auf öffentliche Spiel- und Bewegungsräume wie Bolzplätze, Sportplätze, Schulhöfe, Spielplätze und Schwimmbäder einer Gemeinde oder eines Stadtteiles) und Eltern z. B. auch auf Angebote zur Förderung der Erziehungskompetenz (z. B. von Kinder- und Familienzentren) aufmerksam machen.

In einem Angebotswegweiser für ältere Menschen könnten Angebote der Gesundheitsförderung aus den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz und soziale Teilhabe sowie Gehwege, Zugänge zu Grünflächen und öffentlichen Toiletten aufgeführt werden. Auch gastronomische Angebote (auch öffentlich zugängliche Mittagstische), Markttag, Treffs, Kochgruppen, Angebote von Bildungsträgern und vieles mehr kann enthalten sein.

Wegweiser sollten regelmäßig (mindestens jährlich, bei zeitkritischen Informationen wie Öffnungszeiten auch in kürzeren Abständen) aktualisiert werden. Das gelingt nur, wenn Partner der kommunalen Gesundheitsinitiative Änderungen zeitnah mitteilen. Auch regelmäßig wiederkehrende Netzwerktreffen dienen der Aktualisierung. Alternativ zur Erstellung eines Wegweisers kann der örtliche Veranstaltungskalender um eine Rubrik „Gesund aufwachsen“ oder „Gesund leben“ ergänzt werden oder in der Gemeindezeitung können aktuelle Angebote der Gesundheitsförderung sowie alle öffentlichen Spiel- und Bewegungsräume aufgeführt werden.

Hinweise auf gesundheitsförderliche Orte und Angebote lassen sich auch in Stadtteilplänen verankern. Gerade die erreichen auch solche Zielgruppen, die dem Thema Gesundheit ansonsten reserviert gegenüber stehen oder sich durch dieses Thema nicht angesprochen fühlen.

7.2 ERMITTLUNG DES HANDLUNGSBEDARFES

Die Ermittlung des Handlungsbedarfes einer Stadt oder Gemeinde mit der Zielsetzung „Gesunde Kommune“ erfolgt auf Grundlage der identifizierten Ausgangslage und der Rahmenbedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung. Das ermit-

telte Stadt- oder Gemeindeprofil bildet sozusagen die Basis für die Diskussion und Ableitung von Handlungsempfehlungen in Beteiligungsverfahren mit örtlichen Akteuren, Partnern und der Bevölkerung.

ABLEITUNG DES BEDARFES AUS DEM STADT-/GEMEINDEPROFIL

Um die Ergebnisse der identifizierten kommunalen Rahmenbedingungen zu bewerten und einen Handlungsbedarf abzuleiten, ist ein Netzwerktreffen mit Partnern der örtlichen Initiative zur Gesundheitsförderung geeignet. Partner, die nicht am Netzwerktreffen teilnehmen können, sollte ein anderer Weg zur Bewertung und Beteiligung ermöglicht werden.

Innerhalb dieses Netzwerktreffens wird der Bedarf aus dem Stadt-/Gemeindeprofil abgeleitet. Leitende Fragen können sein:



- ▶ Wurden vulnerable Zielgruppen identifiziert (z. B. sozial benachteiligte Menschen, Migranten)?
- ▶ Gibt es bereits bedarfsgerechte Angebote in den typischen präventiven und gesundheitsförderlichen Handlungsfeldern (z. B. Angebote zu Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz, geistige Aktivität und soziale Teilhabe)?
- ▶ Fühlen sich die bedürftigen Zielgruppen von den Angeboten angesprochen und nehmen sie diese wahr?
- ▶ Wie werden die Angebote kommuniziert?
- ▶ Wo sind sie platziert und was kosten sie (vor allem auch Opportunitätskosten bedenken)?
- ▶ Gibt es in allen Stadtgebieten genügend öffentliche Bewegungsräume (Spielplätze, Spazierwege, Parks etc.)?
- ▶ Sind diese zugänglich und können sie von allen Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen genutzt werden?
- ▶ Sind sie wohnortnah gelegen oder ohne großen Aufwand mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar?
- ▶ Gibt es Stadtgebiete, für die ein dringlicher Handlungsbedarf besteht (z. B. Programmgebiete der Sozialen Stadt; Stadtgebiete, die in den 1950er bis 1980er Jahren als Neubausiedlungen entstanden sind und in denen jetzt die Zahl älterer Menschen besonders stark ansteigt)?
- ▶ Gibt es Anlass, die objektive und subjektive Sicherheit auf dem Weg zu den Angeboten zu verbessern (Ausleuchtung von Straßen, Wegen, Plätzen, orientierende Wegweiser, Beseitigung von Graffitis etc.)?
- ▶ Was würde es kosten, die vorhandenen Defizite zu beseitigen und wen bräuchte man dafür?

Für das Netzwerktreffen ist das folgende Vorgehen denkbar:

- ▶ Vorbereitung von Stellwänden mit Leitfragen und der Ergebnisse des ermittelten Stadt-/Gemeindeprofils, um Diskussionsergebnisse festzuhalten. Wenn immer möglich, bietet sich an, die Daten auf Gebietskarten der Gemeinde zu illustrieren.
- ▶ Ein Einstieg in die Diskussion durch kreative Methoden wie „Brainstorming“ oder andere Varianten der Ideenfindung öffnet den Blick aller Beteiligten für die gewählten Themen. Dabei werden die Teilnehmenden angeregt, beispielsweise über mehr Bewegung in der eigenen Kommune nachzudenken. Denkbare Fragen sind „Welche Bewegungsräume haben Sie als Kind gerne genutzt?“, „Wo treffen Sie ältere Menschen an, die sich bewegen?“
- ▶ Diskussion der Fragestellungen und Protokollierung auf den Stellwänden.
- ▶ Das anschließende Fotografieren der Stellwände stellt sicher, dass keine Informationen verloren gehen und das Ergebnis allen Beteiligten anschließend in einem Fotoprotokoll ausgehändigt werden kann.
- ▶ Offene Fragen, die sich daraus ergeben, können im Nachgang von der Koordinationsstelle der Kommunalen Gesundheitsförderung recherchiert und beantwortet werden.

DIE BEVÖLKERUNG BETEILIGEN

Im Sinne der WHO-Charten von Ottawa und Jakarta sollte Gesundheitsförderung Betroffene zu Beteiligten machen. Bürgerinnen und Bürger sollte durch geeignete Formate Gelegenheit gegeben werden, sich bereits an der Bedarfsermittlung zu beteiligen. Die Bürgerbeteiligung hat den Vorteil, dass die Betroffenen ihre Bedürfnisse artikulieren und auf die Dringlichkeit möglicher Maßnahmen verweisen können. Wirksame Angebote sind an den Lebensbedingungen vor Ort ausgerichtet und nutzen die Potentiale der Bevölkerung (vgl. Kapitel 8). Das Sozialkapital einer Gemeinde ist eine wertvolle Ressource für die kommunale Gesundheitsförderung in und mit der Kommune. Darüber hinaus ist bekannt, dass sich Menschen, die bereits mitgeplant haben, mit den entstehenden Maßnahmen und Angeboten identifizieren und den gesamten Prozess mittragen. Kinder und Jugendliche können beispielsweise durch Fotostreifzüge oder Stadtteilbegehungen beteiligt werden (Tab. 9). Für ältere Menschen eignen sich unter anderem „Stadtteilspaziergänge“

und „Aktivierende Befragungen“ (z. B. zu den Themen „Ernährung und Bewegung – früher und heute“). Bei der Beteiligung von größeren Bevölkerungsgruppen bietet sich das Verfahren der Zukunftswerkstatt an. Der ermittelte Bedarf sollte schriftlich dokumentiert werden und die Bevölkerung sollte über die Ergebnisse der Bürgerbeteiligung und über das darauf folgende weitere Vorgehen informiert werden.

In Tabelle 13 sind einige der gängigen Verfahren dargestellt. Darüber hinaus gibt es in der Gemeindepsychologie eine Fülle weiterer Verfahren, deren Einsatz aber zumeist eine spezifische methodische Expertise voraussetzt.

<http://beabeablog.files.wordpress.com/2012/03/3441-zf-alle-v1.pdf>



BETEILIGUNGSVERFAHREN	BESCHREIBUNG
Aktivierende Befragung	Hierbei handelt es sich um eine Methode, bei der Bürgerinnen und Bürger über ihre Meinungen und Einstellungen befragt und zudem angeregt und motiviert werden, sich aktiv für ihre Interessen einzusetzen. Dadurch können sie bei der Lösungsfindung für kommunale Probleme mitwirken. http://www.buergergesellschaft.de/?id=109252
Fotostreifzüge, Kinderstadt(teil)pläne, Stadtteilbegehung, Stadtteildetektive	Diese Methoden stellen passende Beteiligungsverfahren für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen dar, bei denen diese z. B. ihr Wohnumfeld oder ihren Schulweg erforschen und auf Handlungsbedarf (z. B. zum Thema Ernährung oder zu Bewegungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum) aus ihrer Perspektive aufmerksam machen können. Beschreibungen der Methoden sind unter http://www.jugendbeteiligung-bw.de/index.php?id=28
Zukunftswerkstatt	Eine Zukunftswerkstatt ist eine öffentliche Veranstaltung, zu der alle Bürgerinnen und Bürger einer Kommune eingeladen sind. Interessierte diskutieren den kommunalen Bestand und den Bedarf zu vorgegebenen Themen aus verschiedenen Perspektiven. Bürgerinnen und Bürger werden angeregt, Vorstellungen für die gemeinsame Zukunft zu entwickeln, zu diskutieren und umzusetzen. Weitere Anregungen bieten Tabelle 14 und http://www.sowi-online.de/praxis/methode/zukunftswerkstatt.html_2
Runder Tisch	Hier handelt es sich um einen Dialog über Sachprobleme, mit der Absicht einen Konsens für die Beurteilung der Lage und der Problemlösung zu finden. http://www.buergergesellschaft.de/?id=109169

 Tabelle 13: Beispiele gängiger Beteiligungsverfahren

PRAXISBEISPIEL AUS DEN PILOTGESUNDHEITSDIALOGEN⁵⁴: GEMEINDE SULZFELD

Im Rahmen der Pilotgesundheitsdialoge Baden-Württemberg (vgl. Kapitel 5) hat die Gemeinde Sulzfeld im Jahr 2013 verschiedene Methoden der Bürgerbeteiligung kombiniert, um gemeinsam mit Jugendlichen sowie Seniorinnen und Senioren gesundheitsförderliche und generationenfreundliche Lebensbedingungen zu gestalten (Abb. 7).⁵⁴

Bei einem Jugendforum wurde der Bedarf eines Fußball- und Basketballfeldes ermittelt. Eine Projektgruppe, bestehend aus den Jugendlichen selbst, hat hierzu ihr eigenes Konzept erstellt und dieses dem Gemeinderat präsentiert. Im zweiten Dialog wurde bei einem Stadtteilspaziergang das Areal für einen geplanten Streuobstwiesen-Erlebnispfad besichtigt und Änderungswünsche der Bürgerinnen und Bürger wurden in direktem Kontakt mit der Bürgermeisterin diskutiert.

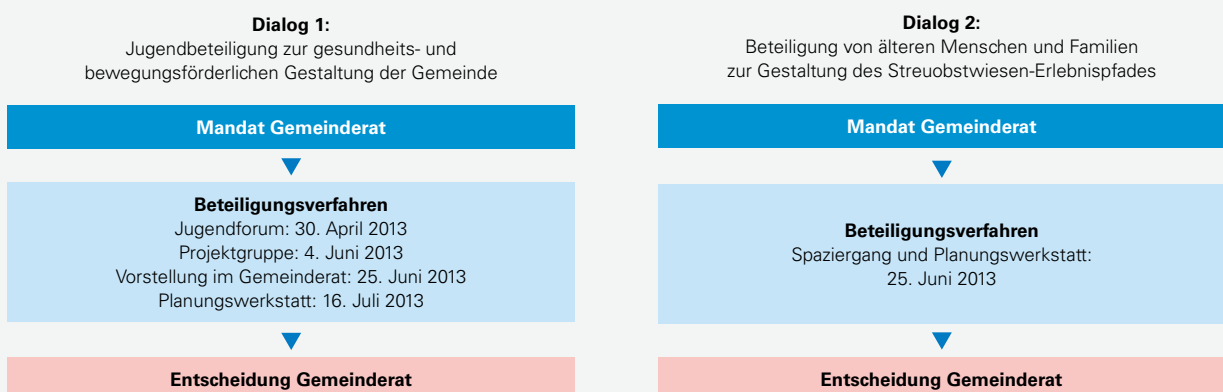
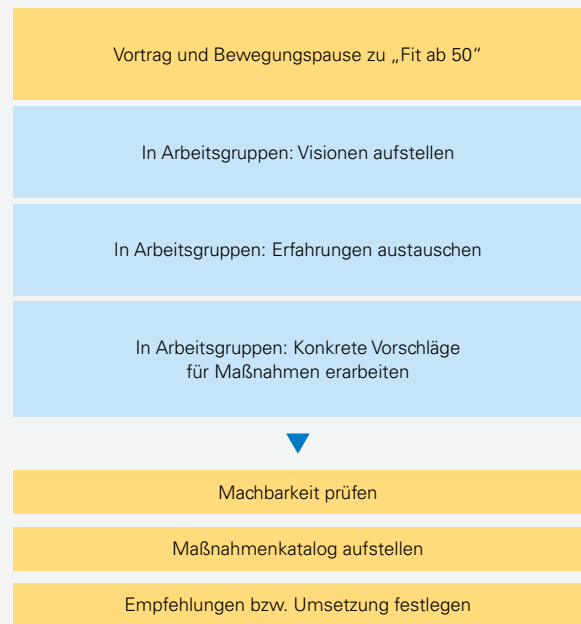


 Abbildung 7: Übersicht über den Pilotdialog in der Gemeinde Sulzfeld

i PRAXISBEISPIEL AUS DEN PILOTGESUNDHEITSDIALOGEN⁵⁴: STUTTGART-MÖNCHFELD

Die praktische Durchführung einer Zukunftswerkstatt fand beim Pilotgesundheitsdialog des Stadtteils Stuttgart-Mönchfeld statt (Abb. 8). Gesunde Bewegung der Zielgruppe 50plus soll durch intensive Einbeziehung der Bürgerschaft sozialraumorientiert im Alltag verankert werden. In Form eines zweitägigen Bürgerforums konnten die Mönchfelder Bürgerinnen und Bürger in den Bereichen Gesundheit und Bewegung ihre Ideen einbringen. Weiterhin wurden in Arbeitsgruppen konkrete Maßnahmenvorschläge für mögliche Bewegungsangebote für Menschen ab 50 diskutiert, erarbeitet, auf Machbarkeit geprüft und schließlich deren Umsetzung geplant⁵⁴. Die Vorschläge wurden anschließend in Form eines Maßnahmenkatalogs an den Bezirksbeirat weitergegeben. Die Erkenntnisse des Bürgerforums und die festgelegten Maßnahmen zur Aktivierung des Stadtteils, werden u. a. mittels Netzwerkbildung der verantwortlichen Akteure im Stadtteil umgesetzt. Um die Nachhaltigkeit aller Maßnahmen zu gewährleisten, sollen bewährte Vorgehensweisen und Aktivitäten für die Sportentwicklung auch auf andere Stadtteile der Landeshauptstadt Stuttgart ausgeweitet werden.



i *Abbildung 8:* Übersicht über den Pilotdialog im Stadtteil Stuttgart-Mönchfeld

PLANUNG EINER ZUKUNFTSWERKSTATT

1. Den Termin so planen, dass keine anderen wichtigen Ereignisse zur gleichen Zeit stattfinden. Die Bürgermeisterin oder der Bürgermeister sollte die Veranstaltung als Schirmherrin bzw. als Schirmherr eröffnen, um die Bedeutung des Anliegens und das Engagement der Kommune zu verdeutlichen.
2. Bei einer Bewirtung sollten auch Lebensmittel wie Obst und Mineralwasser angeboten werden.
3. Das Thema „Bewegung“ kann in die Veranstaltungsplanung mit einbezogen werden. Ein Programmpunkt kann ein „Rundlauf“ entlang der Stellwände sein, bei dem die Anwesenden zu jedem Thema direkt etwas sagen können. Vorteil ist, dass sich so auch Menschen äußern, die sich im Plenum nicht trauen.
4. Alle regionalen Medienvertreterinnen und -vertreter (Zeitungen, kostenlos verteilte Anzeigenblätter, Lokal-Rundfunk und -Fernsehen) und alle relevanten Akteure sollten eine Einladung inkl. Programmablauf erhalten. Die Einladung sollte im Namen der Bürgermeisterin oder des Bürgermeisters erfolgen.
5. Flyer und Plakate können die Bevölkerung in Institutionen und Geschäften über Absicht, Ort und Datum der Zukunftswerkstatt informieren.
6. Netzwerkpartner können aktiv für die Veranstaltung werben (z. B. Ansprache von Eltern, die ihre Kinder vom Kindergarten abholen, Hinweis auf die Veranstaltung bei Elternabenden und Veranstaltungen für ältere Menschen, Einladungen in Vereinszeitschriften und Programmheften).

iii *Tabelle 14/1:* Beispiele für die Planung einer Zukunftswerkstatt

DURCHFÜHRUNG EINER ZUKUNFTSWERKSTATT

1. Die Ergebnisse der Bestandsanalyse werden an Stellwänden oder durch eine Präsentation dargestellt. Die Stellwände sollten ansprechend und anschaulich sein (Bilder, wenig Text, große Schrift) und können z. B. folgende Informationen enthalten:
 - ▶ Welche öffentlichen Bewegungsräume es gibt und zu welchen Uhrzeiten diese zugänglich sind,
 - ▶ welche Angebote zu Ernährung und Bewegung für welche Zielgruppen bestehen,
 - ▶ wie die Situation in Bezug auf Radwege, Straßen, Plätze etc. von den Netzwerkpartnern eingeschätzt wurde und
 - ▶ welche Ergebnisse die Beteiligungsverfahren erbrachten (z. B. Ausstellung von Fotos der Fotostreifzüge oder Stadtteilspaziergänge).
2. Offene Diskussion über den Handlungsbedarf angesichts der vorgestellten Ergebnisse und eigener Erfahrungen der Anwesenden. Folgende Fragen sollten dabei beantwortet werden:
 - ▶ In welchen Stadtgebieten fehlen Einrichtungen und Angebote?
 - ▶ Wo fehlen Bewegungsräume und Freizeitmöglichkeiten?
 - ▶ Gibt es Zielgruppen, die durch Angebote gar nicht angesprochen werden?
 - ▶ Gibt es Themen (z. B. Ernährung), die unterrepräsentiert sind?
 - ▶ Wo gibt es diese Angebote zwar, jedoch mit ungünstigen Öffnungszeiten oder generell für die Öffentlichkeit nicht zugänglich?
 - ▶ Gibt es Verbesserungsbedarf in Bezug auf Radwege, Schulwege, Spazierwege, Plätze, Parks?
 - ▶ Gibt es aus Sicht von Kindern, Jugendlichen, Eltern, älteren Menschen und Fachkräften weiteren Handlungsbedarf?
3. Zusammenfassung der genannten Punkte auf Kärtchen, die an den entsprechenden Stellwänden angebracht werden.
4. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können durch Klebepunkte priorisieren, welchen Bedarf sie als am dringlichsten erachten. Dabei bekommt jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer eine bestimmte Anzahl an Klebepunkten.
5. Sammlung und Diskussion von Ideen für mögliche Angebote und Maßnahmen zum priorisierten Bedarf.
6. Entscheidung, welche Maßnahmen und Angebote durchgeführt werden sollen und wer dafür zuständig ist.

 Tabelle 14/2: Beispiele für die Durchführung einer Zukunftswerkstatt

8 Wie wird Kommunale Gesundheitsförderung geplant und umgesetzt?



Meistens sind vor Ort schon eine Vielzahl an Maßnahmen und Angeboten zur Förderung der Gesundheit vorhanden. Diese sollten in die Kommunale Gesundheitsförderung einbezogen werden. Ziel ist es nicht, das Rad neu zu erfinden, sondern Bestehendes um gezielte Maßnahmen und Angebote zu ergänzen und diese bekannt zu machen.

Bei Kommunaler Gesundheitsförderung sind, ausgehend vom ermittelten kommunalen Bedarf, zuerst die angestrebten Ziele

(Kapitel 8.1) zu definieren. Anschließend werden Maßnahmen und Angebote festgelegt, mit deren Hilfe die Ziele und damit auch die betreffenden Zielgruppen erreicht werden sollen. Dabei ist eine umfassende Einflussnahme auf die Lebensbedingungen (Kapitel 8.2) und Lebensstile (Kapitel 8.3) der Kinder und Jugendlichen bzw. der Älteren in allen Lebenswelten einer Kommune notwendig, um gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen zu ermöglichen⁶³ und damit z. B. Übergewicht bei Kindern oder Bewegungsarmut bei älteren Menschen vorzubeugen.

Gesundheitsförderung beinhaltet somit verhältnisbezogene Maßnahmen, bei denen Lebensbedingungen verändert werden und verhaltensbezogene Angebote (z. B. Bewegungsangebote), bei denen eine Änderung von Wissen, Einstellungen und Verhalten einer Zielgruppe angestrebt wird (Abb. 9).

Zudem ermöglicht eine aktive Öffentlichkeitsarbeit (Kapitel 8.4) die Angebote bekannt zu machen, die Bevölkerung zu sensibilisieren und zu beteiligen sowie das Thema Gesundheit im gesellschaftlichen Leben der Stadt oder Gemeinde zu verankern.

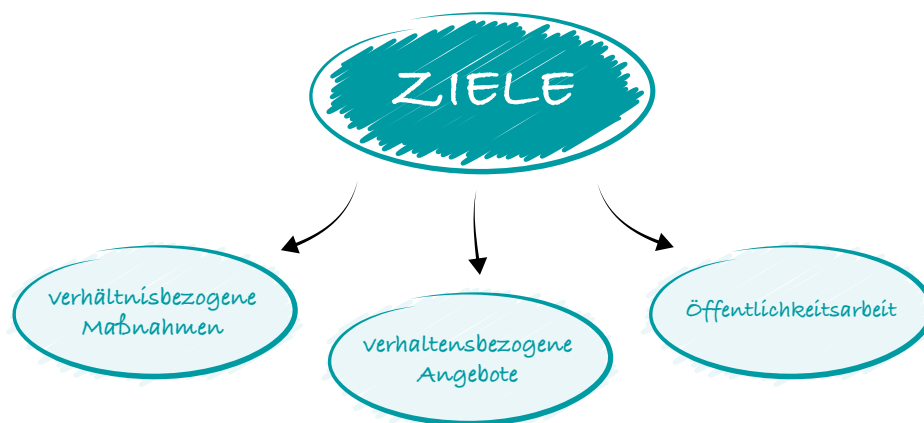


Abbildung 9: Handlungsebenen Kommunaler Gesundheitsförderung

i NACHHALTIGKEIT

Die Wirkungen von Einzelaktionen und befristeten Projekten der Gesundheitsförderung verpuffen oft und können die entsprechenden Zielgruppe/n und Gemeinden, die dies mehrfach erleben, auch demotivieren. Deshalb ist darauf zu achten, dass mit Maßnahmen und Angeboten Fähigkeiten und Strukturen („Kapazitäten“) erzeugt werden, die nachhaltig bestehen^{1,3}. Um die erreichten Wirkungen einzelner Angebote zu sichern, ist deshalb auch der Fortbestand eines stabilen

Rahmens in einer Gemeinde oder Stadt wichtig. Langfristig angelegte Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit wie Stadtteilzentren und Mehrgenerationenhäuser bieten einen solchen Rahmen für Maßnahmen und Angebote. Zudem können dort die gesundheitsbezogenen Angebote regelmäßig dem Bedarf angepasst werden. Auch die Qualifizierung von Schlüsselpersonen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fördert die Nachhaltigkeit (s. Kapitel 8.3).

8.1 ZIELE FESTLEGEN

Um Maßnahmen und Angebote planen und umsetzen zu können, ist es sinnvoll, zuerst festzulegen, welche Ziele, je nach vorhandenem Bedarf der Kommune, angestrebt werden. Bei diesem Schritt sollten die ermittelten Zielgruppen beteiligt werden. Dies kann z. B. bereits in einer Zukunftswerkstatt (Kapitel 7.2) geschehen, bei der gemeinsam Ziele definiert werden.

Die Festlegung von Zielen bildet die Grundlage^{56,59} für

- ▶ die Ableitung konkreter Maßnahmen,
- ▶ die Aufstellung eines Zeitplanes und
- ▶ die Überprüfung der Zielerreichung.

Bei der Definition von Zielen werden Oberziele und Teilziele unterschieden. Oberziele sind in der Regel langfristig angelegt, Teilziele dagegen meist kurz- und mittelfristiger Natur. Teilziele tragen zur Erreichung von Oberzielen bei und legen zudem konkrete Maßnahmen nahe (Tab. 15; Tab. 16). Die Teilziele sollten sich

immer am ermittelten Bedarf und den betreffenden Zielgruppen orientieren und dokumentiert werden. Vielfältige Anregungen für Ober- und Teilziele zu den Lebenswelten „Familie/Umfeld“, „Kita“ und „Schule“ bietet das Nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“⁶⁴.

OBERZIEL: DIE LEBENSKOMPETENZ VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IST ERHÖHT, BELASTUNGEN / BELASTENDE EINFLÜSSE SIND REDUZIERT.	
<p>Exemplarisches Teilziel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Familien in Belastungssituationen sind durch niedrigschwellige ggf. kultursensible Angebote gezielt und ressourcenorientiert unterstützt. 	<p>Beispielhaft geeignete Maßnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Eltern erhalten Angebote, positive Erziehungskompetenzen aufzubauen (Elternkompetenztrainings o. ä.).
OBERZIEL: BEWEGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IST GEFÖRDERT, BEWEGUNGSMANGEL IST REDUZIERT.	
<p>Exemplarisches Teilziele</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Elternkompetenzen zur Förderung der Bewegung von Kindern sind gestärkt. 2. Das Wohnumfeld von Familien regt zur Bewegung an. 	<p>Beispielhaft geeignete Maßnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Beratung zur Bewegungsförderung wird in die Beratung Schwangerer und die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter integriert.
OBERZIEL: EIN GESUNDES ERNÄHRungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert.	
<p>Exemplarisches Teilziel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in Schulen ist gewährleistet und orientiert sich an konsentierten Qualitätsstandards. 	<p>Beispielhaft geeignete Maßnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Getränkeautomaten in Schulen und Jugendfreizeiteinrichtungen werden abgebaut und Trinkwasserspender unter Beachtung der Hygienevorschriften aufgestellt.
OBERZIEL: DIE RAHMENBEDINGUNGEN UND STRUKTUREN FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER KITA, IN DER SCHULE UND IN FAMILIE / UMFELD SIND OPTIMIERT	
<p>Exemplarisches Teilziel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens, der Eingliederungshilfe und Rehabilitation sind auf allen Ebenen vernetzt. 	<p>Beispielhaft geeignete Maßnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Es gibt familienaufsuchende Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder, um die Eltern zur Kooperation zu motivieren und zu befähigen.

 Tabelle 15: Ziele und Maßnahmen für ein gesundes Aufwachsen (Quelle: BMG, 2010, S. 38-44)



OBERZIELE ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT IN DER ZWEITEN LEBENSHÄLFTE

1. Erhaltung und Förderung physischer, psychischer und kognitiver, alten- bzw. altersgerechter Fähigkeiten
2. Erhaltung und Förderung einer selbstständigen, sozial integrierten und selbstverantwortlichen Lebensführung

Exemplarische Teilziele

1. Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern
2. Mobilität und Selbständigkeit erhalten – Stürzen vorbeugen
3. Bedarfsgerechte Ernährungsversorgung verbessern – Fehlernährung vermeiden
4. Psychische Gesundheit fördern
5. Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe fördern
6. Ressourcenorientierte Früherkennung von Funktionseinbußen

 Tabelle 16: Beispiele für Ober- und Teilziele zur Förderung der Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte (Quelle: BZgA, 2011, S. 20⁶⁵)

Ziele sollten positiv sowie für alle Beteiligten einfach, klar und verständlich formuliert sein⁵⁹ und die *SMART-Regel*⁶⁶ (Tab. 17)

erfüllen. Nicht alle Ziele sind auf Anhieb erreichbar und teilweise sind sie nach einer Überprüfung der Zielerreichung anzupassen.

JEDES ZIEL SOLL SEIN:	DAMIT IST GEMEINT:
S pezifisch	Aus dem Ziel muss hervorgehen, was sich in welchem Umfang und bei welcher Zielgruppe verändern soll.
M essbar	Es muss überprüf- bzw. messbar sein, ob das Ziel erreicht wurde.
A ngemessen	Das definierte Ziel soll angemessen und herausfordernd sein.
R ealistisch	Das Ziel muss unter den gegebenen Bedingungen erreichbar sein. So können Enttäuschungen der Beteiligten vermieden werden.
T erminiert	Es muss definiert sein, wann das Ziel erreicht werden soll.

 Tabelle 17: Die SMART-Regel

8.2 GESUNDHEITSFÖRDERLICHE LEBENSBEDINGUNGEN SCHAFFEN

Die alltäglichen Arbeits-, Lern- und Lebensbedingungen haben einen großen Einfluss auf gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen, Verhaltensweisen und die gesundheitliche Entwicklung jedes einzelnen Menschen⁵⁹. So kann die Wohnumgebung zum Aktivsein einladen oder dieses auch behindern, wenn sie unattraktiv ist oder das Sicherheitsbedürfnis nicht erfüllt.

In städtischen Wohnumgebungen, in denen Grünflächen zwischen den Häusern fehlen oder nicht betreten werden dürfen, in denen die erhöhte Verkehrsdichte das Spielen auf der Straße untersagt, in denen Spielplätze verwahrlost sowie unsicher sind und Bolzplätze von Jugendlichen häufig als bloßer sozialer Treffpunkt zweckentfremdet werden, bieten sich für Kinder nur wenig Anreize und Möglichkeiten für ein Aktivsein. In Wohnumgebungen ohne Geschäfte, die Waren des täglichen Bedarfs anbieten, oder in denen auch keinerlei Möglichkeiten für kurze Pausen (Bänke in ansprechender Umgebung) gegeben



sind, oder in denen Grünflächen und Parks fehlen und öffentliche Plätze unattraktiv gestaltet sind, gehen vor allem ältere Menschen ungern und auch weniger oft zu Fuß. Auch Wege, die mit Hindernissen verbunden sind, über stark befahrene Straßen führen oder bei Regen und Schnee glatt sind, können das Aktivsein begrenzen.

SETTING-ANSATZ – GESTALTUNG DER LEBENSWELTEN

Um ein gesundes Aufwachsen und Leben zu unterstützen, ist es besonders erfolgversprechend, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen in allen Lebenswelten (Settings) zu schaffen, in denen Kinder und Jugendliche spielen, lernen und aufwachsen und ältere Menschen ihren Alltag verbringen^{1, 2, 3}. Ein Setting ist ein sozial-räumliches System (z. B. Familie, Kindertageseinrichtung, Schule, Wohnumfeld und Arbeitsplatz), in dem Menschen leben und sowohl gesundheitsförderlichen als auch riskanten Einflüssen und Wirkungen ausgesetzt sind. Der Setting-Ansatz geht über individuelles Gesundheitsverhalten weit hinaus, indem versucht wird, die Bedingungen in der jeweiligen Lebenswelt gezielt zu verbessern. Ziel ist, nicht nur Einzelaktivitäten zur Ernährung und Bewegung in einer Kita oder einem Seniorentreff anzubieten (Gesundheitsförderung im Setting), sondern die gesamte Lebenswelt so umzugestalten, dass gesunde

Ernährung und Bewegung für alle Kinder, Jugendliche und ältere Menschen „niedrigschwellig“ in den Alltag integriert sind (gesundheitsförderliches Setting)^{1,3}. Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und Lebenswelten kommen der gesamten Bevölkerung zu Gute – unabhängig von Alter, Herkunft, sozialem Status oder Geschlecht. Sozial benachteiligte Menschen werden erreicht, ohne sie durch Sonderprojekte und Sonderbezeichnungen zu stigmatisieren. Daher sollten sich die Maßnahmen und Angebote kommunaler Gesundheitsförderung nicht nur auf das Verhalten von Personen, sondern vor allem auf die Verhältnisse (z. B. auf Lebensbedingungen und Beteiligungsmöglichkeiten) richten. Damit Kinder und Jugendliche oder ältere Menschen einen gesundheitsförderlichen Lebensstil entwickeln können, müssen die Lebensbedingungen (Verhältnisse) derart gestaltet sein, dass sie diesen Lebensstil unterstützen.

Sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für ältere Menschen ist ein möglichst aktiver Alltag und die Vermeidung von Inaktivität für die Gesundheit förderlich^{29, 31, 34, 67, 68, 69, 70}. Das gesamte kommunale Umfeld mit all seinen Lebenswelten ist so auszugestalten, dass „gesunde Entscheidungen“ möglichst leicht und die ungesunden Alternativen möglichst schwer fallen. Im Alltag müssen Strukturen entstehen, die im Wohnumfeld, in Kindergärten und Schulen sowie an wichtigen Orten für Ältere ausreichend Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten bieten und zu gesunder Ernährung motivieren und diese ermöglichen^{71, 72, 73, 74}.

Bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen spielt die Stadtplanung eine wesentliche Rolle. Günstig ist es, wenn für alle Kinder, Jugendliche und Ältere wohngebietsnahe Räume für Bewegung, Spiel und Sport vorhanden sind. Eine kompakte und nutzungsgemischte „Stadt der kurzen Wege“ schafft mehr Bewegungsgelegenheiten als reine Wohnsiedlungen „im Grünen“, bei denen die Benutzung des Autos, auch des „Mamataxis“, für die alltäglichen Wege fast zwingend ist. Sie bieten auch mehr Anlässe, um mit anderen – auch Menschen anderer Generationen – in Kontakt zu kommen⁴³.

Damit Kinder von klein auf eine Bewegungskultur erwerben können, hat die bewegungsfreundliche und zu Bewegung animierende Umwelt alters- und geschlechtsspezifische Bedürfnisse zu berücksichtigen⁷⁵. Die Wohn- und Straßenräume sollten auf die Bewegungsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen abgestimmt sein und diese sollten ihre Wohnumgebung mitgestalten dürfen. Kinder sollten Spuren in den Freiräumen hinterlassen und Spielphantasien entwickeln dürfen. Dadurch erfahren sie die Umwelt als gestaltbar. Auch ältere Menschen sollten ausreichend Gelegenheit zu Bewegung und Erholung haben – nicht nur in geschlossenen Räumen und in institutionalisierter Form, sondern auch im Alltag, im öffentlichen Raum, auf Straßen, Plätzen, Wegen, Grünflächen. So spielen zum Beispiel ältere Migranten gerne Boule oder Schach auf Großschachbrettern in Parks und halten sich dabei lange im Freien auf.

Bei der Ernährung sollte das Gewünschte als „Selbstverständliches“ in den Alltag von Kindern und Jugendlichen integriert und Unerwünschtes möglichst ferngehalten oder erschwert werden. Verbote helfen nicht, sondern verlocken eher. Geschmack wird durch Gewohnheiten bestimmt. Kinder „lernen“ zu essen durch Essen. Für Kommunen ist es sehr empfehlenswert, Qualitätsstandards in der Kita- und Schulverpflegung einzuführen und das Nahrungs- und Getränkeangebot z. B. in Turnhallen, Schulen und Kitas gesundheitsförderlich und schmackhaft anzupassen. Zudem ist es wichtig, dass Lebensmittel und Getränke einen hohen Genusswert aufweisen und den Kindern schmecken, denn dies entscheidet über den Verzehr. Nur wenn „gesunde Entscheidungen“ verlockend sind und möglichst leicht fallen, werden diese zu Gewohnheiten und in Alltagsroutinen übernommen. Bei älteren Menschen können beispielsweise Begleitung zum Einkaufen, Kochgruppen, ein Mittagstisch oder Frühstückstreff im Stadtteilzentrum – der sich auch mit der Qualifizierung z. B. arbeitsloser Frauen verbinden lässt (z. B. beim Mittagstisch im Bürgertreff Ludwigsburg-Eglosheim) – zu gesunder Ernährung beitragen. Bewegungsangebote können auch dazu animieren, genügend zu trinken, was für ältere Menschen besonders wichtig, aber auch oft ein Problem ist.

Tabelle 18 enthält empfehlenswerte Maßnahmen, um in der Kommune gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen. Beispiele zur Gestaltung der Wohnumgebung finden sich in den Berichten „Strukturelle Bewegungsförderung in der Gemeinde“⁷⁶ und „Gebaute Umwelt und körperliche Aktivität“⁷⁷. In der *Broschüre zu Angeboten und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung* (Kapitel 2) sind zudem empfehlenswerte Angebote der Gesundheitsförderung sowie Beratungsstellen und Handlungshilfen beschrieben, die bei der Umsetzung von Maßnahmen unterstützen und weitere Anregungen bieten. Für jedes definierte Ziel der Kommunalen Gesundheitsförderung sind, gemeinsam mit den Akteuren des kommunalen Netzwerkes, passende Maßnahmen und Angebote auszuwählen und zu dokumentieren.


MASSNAHMEN ZUR SCHAFFUNG GESUNDHEITSFÖRDERLICHER LEBENSBEDINGUNGEN

Gesundheitssensible Stadtplanung/-entwicklung, Bewegungsförderung und soziales Miteinander

- ▶ Schulen, Kitas und Versorgungseinrichtungen (z. B. Märkte und Läden), kulturelle Angebote und Nachbarschaftstreffpunkte sind fußläufig erreichbar, um die Alltagsaktivität zu fördern^{39, 76, 77, 75}.
- ▶ Gemeindevorrichtungen und Freizeitanlagen wie Schulhöfe, Sporthallen und -plätze, Laufparcours, Parks und Spielplätze stehen für die Öffentlichkeit zur Verfügung, sind fußläufig erreichbar und weisen attraktive Öffnungszeiten auf^{73, 74, 78, 79}.
- ▶ Fußläufig erreichbare Parkanlagen und ansprechend gestaltete Plätze, die zum Verweilen einladen, regen zum Spaziergehen an⁸⁰.
- ▶ Bewegung, Spiel und Sport in Wohnquartieren werden durch die Schaffung verkehrsberuhigter Zonen und Spielstraßen gefördert⁷⁵.
- ▶ Die Schaffung von sicheren, ansprechend gestalteten, gut beleuchteten und gekennzeichneten (z. B. klare Wegführung, gut lesbare Orientierungsschilder) Fuß-, Schul- und Fahrradwegen beeinflusst das Aktivsein^{69, 75, 84, 81}.
- ▶ Eine gute Beleuchtung, übersichtlich und einsehbar gestaltete öffentliche Plätze, Straßen und Wege sowie die regelmäßige Pflege und Instandhaltung öffentlicher Bereiche können die wahrgenommene Sicherheit erhöhen³⁹.
- ▶ Hinweisschilder, die z. B. an Aufzügen und Rolltreppen angebracht sind, fordern dazu auf, die Treppe zu benutzen^{74, 78, 79, 81}.
- ▶ Die soziale Unterstützung in „Aktivitätsnetzwerken“ wie Lauftreffs oder Aktivitätsevents beeinflusst das Aktivsein.
- ▶ Der öffentliche Raum ist z. B. durch Ruhebänke und witterungsgeschützte Verweilmöglichkeiten, öffentlichen Toiletten und ausreichend lange Ampelphasen komfortabel ausgestattet³⁹.
- ▶ Der Öffentliche Personennahverkehr wird z. B. durch Niederflerbusse, Ein- und Ausstieghilfen, ausreichend lange Türöffnungszeiten sowie barrierefreie und überdachte Haltestellen und Sitzgelegenheiten an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst³⁹.
- ▶ Das nachbarschaftliche Zusammenleben wird gefördert, indem Anlässe und Orte der Begegnung geschaffen werden und nachbarschaftliches Engagement unterstützt wird³⁹.
- ▶ Das gesamte Umfeld von Kitas und Schulen ermöglicht Spiel und Bewegung^{70, 84, 73}. Zudem stehen regelmäßige Angebote für spielerische Aktivitäten und Sport zur Verfügung, die Spaß machen^{70, 84}.
- ▶ Für Kinder sind erlebnisreiche und naturnahe Bewegungslandschaften mit einem hohen Grünanteil vorhanden⁷⁵. Ungenutzte Räume, z. B. in Grünanlagen, zwischen Wohnblöcken, auf Garagenhöfen und Brachflächen werden, auch temporär, für Kinder nutzbar gemacht⁸².


Ernährung

- ▶ Der Erwerb von gesunden und natürlichen Lebensmitteln, auch aus dem regionalen Anbau, ist flächendeckend möglich⁷³.
- ▶ Mütter werden zum Stillen ihrer Kinder motiviert⁸³.
- ▶ Der Fernsehkonsum von Kindern und Jugendlichen wird altersgemäß zeitlich begrenzt und der Verzehr von Nahrungsmitteln vor dem Fernseher wird reduziert^{67, 84} (z. B. durch den Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren).
- ▶ Der Verzehr von hochkalorischen Lebensmitteln (in Kitas und Schulen) wird eingeschränkt^{84, 73}.
- ▶ An Schulen (und allen städtisch geförderten Vereinen und Institutionen der Kinder- und Jugendarbeit) werden Automaten mit Süßigkeiten und Süßgetränken und alle Werbeträger für problematische Lebensmittel abgeschafft.
- ▶ Im näheren Umfeld von Kitas und Schulen werden keine Kioske, Fast-Food-Angebote u. a. zugelassen.
- ▶ Kitas und Schulen bieten kostenlos Trinkwasser oder ungesüßten Tee an.
- ▶ Kitas und Schulen bieten ein „Fitmacher-Frühstück“ (das Gesundheitsargument ist für Kinder zu abstrakt) und Rohkost als „Zwischendurch-Fingerfood“ für Kinder an.
- ▶ Gemeinden fördern den Kontakt zwischen Vertreterinnen und Vertretern der Ernährungsproduktion (vom Wasserwerk über Landwirte, Gärtnereien bis zu Bäckereien) und Bildungsinstitutionen⁷⁵.

 Tabelle 18: Maßnahmen zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen

INTEGRIERTES HANDLUNGSKONZEPT

Kommunale Gesundheitsförderung stellt ein integriertes Handlungskonzept dar. Dieser Anspruch ist erfüllt, wenn bei einem Angebot oder Vorhaben alle zur Planung und Umsetzung notwendigen Akteure aus Politik, Verwaltung, Praxis und die Zielgruppe/n einbezogen sind¹. Integrierte Handlungskonzepte streben eine effektive Zusammenarbeit durch Ressourcenbündelung an, wenn z. B. Maßnahmen für Bildung und Gesundheitsförderung verknüpft werden (vgl. Landesprogramm STÄRKE).

 <http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/menschen/familie/eltern-und-familienbildung/landesprogramm-staerke/>



Für eine kommunale Initiative der Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass alle beteiligten Institutionen das Thema „Gesundheit“ bei ihren eigenen Aktivitäten berücksichtigen. Alle Ämter einer Verwaltung sollten sich darüber hinaus bei

der Umsetzung von Maßnahmen immer neu fragen, inwiefern diese ein gesundes Aufwachsen und Leben der unterschiedlichen Generationen in der Kommune befördern oder eher verhindern. Das Netzwerk sollte sich auch an laufenden Planungen beteiligen, die über künftige Lebensverhältnisse entscheiden, und die Belange von Bewegung und Ernährung in allen Vorhaben verankern. Die Netzwerkpartner können das Thema „Gesundheit“ immer wieder in ihren Alltag integrieren und ab und an öffentlichkeitswirksam in Szene setzen. Integrierte Stadtteilprogramme (z. B. www.stuttgart-giebel.de/iek) des Städtebauförderprogrammes „Soziale Stadt“ (www.soziale-stadt.de) enthalten, entsprechend den Strukturen in den Stadtgebieten, im Wesentlichen folgende Handlungsfelder: Stadterneuerung/Städtebau, lokale Ökonomie, Beschäftigung und Qualifizierung, Wohnen, Freiräume und Grün, interkulturelle Arbeit, Kriminalprävention, Kinder- und Jugendhilfe, Bildung, Gesundheitsförderung, Öffentlichkeitsarbeit/ Marketing und Beteiligung.

8.3 VERHALTENSBEZOGENE ANGEBOTE BEREITSTELLEN

Neben gesundheitsförderlichen Lebenswelten sind für alle Kinder, Jugendliche und ältere Menschen kontinuierliche und qualifizierte verhaltensbezogene Angebote^{1,85}, (z. B. zu Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz) wichtig. Diese sollten Spaß machen, leicht zugänglich sein und Menschen in schwierigen Lebenslagen einbeziehen. Ernährungsangebote wie Kochkurse für Kinder und Jugendliche sollten Freude und Genuss am Essen vermitteln. Als Voraussetzung für eine erfolgreiche gesundheitsförderliche Initiative einer Kommune sowie für einzelne Angebote der Gesundheitsförderung hat sich der Mix von verhältnis- und verhaltensbezogenen Inhalten bewährt⁸⁶.

Angebote der Gesundheitsförderung unterteilen sich anhand ihrer Laufzeit in

- ▶ langfristige Angebote mit regelmäßigen Einheiten (z. B. Ernährungsbildung in der Kita, Angebote für Sport und eine aktive Freizeitgestaltung) und
- ▶ zeitlich befristete Angebote wie Ferienprojekte oder Schwimm- und Kochkurse.

Für eine erfolgreiche und nachhaltige Förderung der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen ist es wichtig, dass diese gesundheitsförderliche Lebensstile entwickeln (z. B. regelmäßige Bewegung in den Alltag integrieren und sich an eine ausgewogene Ernährung gewöhnen). Um dies zu unterstützen, sind für jedes Alter langfristige Angebote notwendig. Zeitlich befristete Angebote ergänzen langfristige Angebote und dienen zudem häufig als „Türöffner“, da sie ein Ausprobieren z. B. von Sport und Bewegung ermöglichen und damit den Einstieg in ein Angebot erleichtern.

Um Kinder und Jugendliche zu einem „aktiven“ Weg zu Kitas und Schulen zu motivieren, ist z. B. ein Angebot wie der „Laufende Schulbus“ (vgl. *Broschüre zu Angeboten und Handlungsbilfen der Gesundheitsförderung*; Kapitel 2) sinnvoll. Gehen Kinder zu Fuß zur



Kita und Schule, ist dies nicht nur „natürliche“ Bewegung im Alltag, sondern auch (oft die einzige) selbst bestimmte, nicht pädagogisch betreute Zeit von Kindern, in der eine andere Wahrnehmung der Umwelt möglich ist. Für ältere Menschen können regelmäßige begleitete Spaziergänge und Spaziergangsgruppen angeboten werden⁵⁷.

Im Sinne einer generationenfreundlichen Kommune sind nicht nur solche Angebote wichtig, die sich speziell an eine Altersgruppe richten. Besonders von Interesse sind alle Anlässe, die Menschen unterschiedlicher Generationen ansprechen, sie in Kontakt bringen und im besten Falle ihre unterschiedlichen Erfahrungen und Bedürfnisse füreinander nutzbar werden lassen. Das können zum Beispiel Stadtteilspaziergänge sein, bei denen Kinder, Jugendliche, Ältere und andere einander ihre Lieblingsorte und Problempunkte im Stadtteil zeigen, Spiele, die Menschen allen Alters interessieren, Projekte, bei denen sich Kinder, Jugendliche und Ältere gegenseitig ihre Bewegungsspiele (früher und heute), Handwerkliches und Handarbeitstechniken beibringen, gemeinsame Tanz- und Theaterprojekte und vieles mehr.

¹ Angebote der Gesundheitsförderung sind auf gesundheitsfördernde Ziele ausgerichtet, lokal begrenzt und richten sich unmittelbar an die Zielgruppe.

EMPOWERMENT

Angebote der Gesundheitsförderung sollten immer die Stärkung und Befähigung der Menschen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebensbedingungen (Empowerment) berücksichtigen. Empowerment beinhaltet die Befähigung und Qualifizierung der Zielgruppe(n), aufbauend auf deren Stärken und Ressourcen^{1,2,3}. Die Stärken der Menschen, nicht die Defizite, stehen im Vordergrund und sorgen so für Motivation und Anerkennung. Günstig ist es, wenn Maßnahmen und Angebote die Kompetenz von Kindern, Jugendlichen, Eltern sowie älteren Menschen gemein-



sam mit diesen stärken und weiter entwickeln. Angebote sollten vorbeugend ansetzen, um Wissen und Kompetenzen über Ernährung und Bewegung zu vermitteln und solche Strukturen schaffen, die gesunde Ernährung und Bewegung erleichtern. Gegenseitige Unterstützung soll schwierige Lebensbedingungen überwinden helfen. Bei Maßnahmen und Angeboten ist darauf zu achten^{1,2,3},

- ▶ vorhandene Ressourcen bei der Zielgruppe zu identifizieren, stärken und weiterzuentwickeln,
- ▶ die Zielgruppe in die Lage zu versetzt wird, ihre Belange selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und gestaltend in der Gesellschaft mitzuwirken,
- ▶ der Zielgruppe zur Erhöhung ihrer eigenen Handlungsfähigkeit instrumentelle Hilfen (z. B. finanzielle Mittel und Räume) zur Verfügung zu stellen und
- ▶ die Balance zwischen Entlastung von Familien/Angehörigen und der Einforderung von Verantwortung zu gewährleisten.

ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE ANGEBOTE

Personenbezogene Angebote, die auf eine spezifische Zielgruppe hin „maßgeschneidert“ sind, sind jenen überlegen, die sich an die gesamte Bevölkerung einer Kommune wenden⁸⁷. Angebote müssen an den kulturellen, weltanschaulichen und geschlechtsspezifischen Hintergrund, an Einstellungen und Interessen, an den Alltag sowie an die Lebenssituation der Zielgruppe(n) angepasst werden. Diese Faktoren haben einen Einfluss auf die Lebensweise der verschiedenen Bevölkerungsgruppen und damit auch auf deren Gesundheitsverhalten. Hinweise zur zielgruppenspezifischen Bewegungsförderung bietet z. B. der Leitfadens zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter⁸⁸. Bei allen Angeboten muss bedacht werden, welche Hürden und

Barrieren der Inanspruchnahme bei der jeweiligen Zielgruppe bestehen können. Häufige Barrieren sind z. B. eingeschränkte Gesundheit, fehlende Unterstützung und fehlende Transportmöglichkeiten⁸⁹ sowie lange Anfahrtswege oder hohe Kosten⁹⁰. Diese subjektiv wahrgenommenen Barrieren entscheiden in erheblichem Maße über das Verhalten. Sind die Barrieren einer bestimmten Zielgruppe bekannt, können diese durch eine niedrigschwellige Gestaltung des Angebotes reduziert oder beseitigt werden. Auch die Kommunikation von Angeboten der Gesundheitsförderung sollte darauf abzielen, bestehende Barrieren abzubauen und Ängste zu nehmen.

NIEDRIGSCHWELIGE ANGEBOTE

Zusätzlich zur zielgruppenspezifischen Gestaltung von Angeboten ist immer zu beachten, dass diese niedrigschwellig sind

und somit möglichst einfach von der Zielgruppe angenommen werden können. Dabei sind folgende Aspekte zu beachten^{1,2,3}:

- ▶ **Alltagsnähe und Lebensweltbezug:** Angebote sollten direkt am Lebensort von Familien, Kindern, Jugendlichen sowie älteren Menschen vorhanden, für diese räumlich und zeitlich leicht erreichbar und gut in ihren Alltag integriert sein⁹¹. Zum Beispiel bieten sich Angebote der Familienbildungsstätten in Kindertagesstätten oder Bewegungsangebote in Altenclubs und Mehrgenerationenhäusern an. Die vorhandenen „Komm-Strukturen“ müssen ergänzt werden um aufsuchende, begleitende und nachgehende Angebote in der Lebenswelt (Bringstrukturen), wie Besuchsdienste für kranke oder mobilitätseingeschränkte Bürgerinnen und Bürger oder ältere Menschen mit geringen sozialen Kontakten. Die Angebote sollten so gestaltet werden, dass sie in vertrauter Umgebung und von vertrauten Personen durchgeführt werden.
- ▶ **Familien- und seniorenfreundliche Öffnungszeiten:** Werden Eltern in Angebote mit einbezogen, sind die Arbeitszeiten der Zielgruppe zu beachten und z. B. bei Schichtarbeit Alternativtermine anzubieten. Ältere Menschen nehmen vielfach keine Abendtermine wahr, sondern bevorzugen Angebote am Vor- oder Nachmittag.
- ▶ **Zugangsmöglichkeiten:** Gebühren und Antragsverfahren stellen häufig Barrieren für die Inanspruchnahme von Angeboten dar. Angebote müssen daher für alle erschwinglich sowie ohne Antragsverfahren und möglichst ohne Voranmeldung oder zumindest mit kurzen Wartezeiten nutzbar sein.
- ▶ **Integration und Offenheit:** Angebote der Gesundheitsförderung sollten allen Kindern und Jugendlichen bzw. Älteren einer Lebenswelt offen stehen und so gestaltet sein, dass sie keine besonderen Vorkenntnisse mitbringen müssen.
- ▶ **Frühzeitigkeit:** Hebammen sowie Fachkräfte in Schwangerschaftsberatungsstellen, Geburtskliniken, Familienbildungsstätten, Kindertageseinrichtungen, Kinderhäusern, der Tagespflege, Ärzteschaft, Nachbarschaftshilfe, hauswirtschaftlichen Hilfe und Krankenpflege sowie beim Menüdienst sind oftmals die ersten, die gesundheitliche Risiken und Probleme, aber auch Ressourcen wahrnehmen. Diese Fachkräfte haben Einblick in die Lebenswirklichkeit von Familien und älteren Menschen und können durch ihren längerfristigen Kontakt ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Dieser Einblick und Kontakt ermöglicht, dass Eltern bereits vor bzw. in der Familiengründungsphase gesundheitsfördernde Angebote unterbreitet werden. Bei älteren Menschen ist wichtig, dass Gesundheitsförderung nicht erst im Zuge gravierender Ereignisse (Krankheiten, Unfälle) einsetzt, sondern dass frühzeitig Anzeichen zum Beispiel einer drohenden Vereinsamung wahrgenommen werden. So können bedarfsgerechte Angebote und Hilfen erstellt werden.
- ▶ **Persönliche Ansprache:** Die Zielgruppe der Inaktiven und der Präventions skeptiker werden kaum zu einer Verhaltensänderung motiviert, wenn Gesundheitsthemen und -angebote nur auf der kommunalen Ebene kommuniziert werden und die direkte und zielgruppenspezifische Ansprache unterbleibt. Um die Zielgruppen direkt anzusprechen hat sich das Multiplikatoren-Konzept bewährt.

MULTIPLIKATOREN-KONZEPT

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich auf Gesundheitsförderung und Prävention bei den Zielgruppen hinwirken (z. B. Erzieherinnen und Erzieher, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Familienberaterinnen und Familienberater, Jugendleiterinnen und Jugendleiter, Lehrkräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Nachbarschafts- und Altenhilfe)^{1,3}. Besonders der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus der gleichen Zielgruppe stellt sich als geeignet dar. Denkbar ist z. B., Schülerinnen und Schüler zu Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren auszubilden, damit sie dann in ihrer Gleichaltrigengruppe (Peer-Gruppe) wirken können. Eine gute Zugangsmöglichkeit zu Eltern bietet z. B. die regelmäßige persönliche Ansprache, beispielsweise beim Bringen oder Abholen der Kinder im Kindergarten, durch Erzieherinnen und Erzieher. Ältere Menschen können etwa an institutionalisierten, aber auch an informellen Treffpunkten (Altentreff, Boulebahn, Bänke im Park) erreicht werden. Hausbesuche zum Beispiel anlässlich „runder“ Geburtstage – durch die Kommune, Kirche, Wohnungsgesellschaft – lassen sich mit einer Einladung zu gesundheitsfördernden Angeboten verbinden.

Des Weiteren eignen sich Personen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die der Zielgruppe bereits bekannt sind und somit über ein gewisses Vertrauensverhältnis verfügen, wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus „Freizeitgruppen“, Kulturvereinen, Moscheen, Sozialen Diensten und Wohlfahrtsverbänden^{1,3}. Zudem besitzen diese Einrichtungen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter viele Erfahrungen, wie sozial benachteiligte Menschen vor Ort erreicht werden können. Um Personen mit Migrationshintergrund zu erreichen, hat sich der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Kulturkreis der Zielgruppe bewährt (vgl. Programm INGE in der *Broschüre zu Angeboten und Handlungsbhilfen der Gesundheitsförderung*; Kapitel 2). Im Rahmen des Programms „Alltagsbewegung älterer Menschen“⁵⁷ hat es sich als wirkungsvoll erwiesen, Mütter (vor allem mit Migrationshintergrund) über ihre Töchter, ältere Männer über ihre aktiveren Ehefrauen, anzusprechen. Wichtig sind die regelmäßige Weiterbildung und der Erfahrungsaustausch der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Das Engagement und die Mitwirkung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren kann durch positive Wertschätzung, Feedback und attraktive Öffentlichkeitsarbeit aufrechterhalten werden.

BESTEHENDES WISSEN NUTZEN UND ÜBERTRAGEN

In vielen Kommunen bestehen bereits vielfältige Angebote für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen von Familienbildungsstätten, Kitas, Krankenkassen, Schulen, Vereinen, Volkshochschulen, Wohlfahrtsverbänden, von der Stadt oder Gemeinde selbst und von weiteren Anbietern. Damit leisten Kommunen einen wichtigen Beitrag zum gesunden Aufwachsen und älter werden, z. B. hinsichtlich einer ausgewogenen Ernährung und regelmäßigen Bewegung bei der gesamten Bevölkerung.

Besteht in einer Kommune Bedarf an weiteren verhaltensbezogenen Angeboten, so empfiehlt es sich, zunächst bewährte Programme und Konzepte abzurufen und in die eigene Kommune zu übertragen. Dies ermöglicht es, bereits zur Verfügung stehende Erfahrungen und Unterstützungen zu nutzen sowie Ressourcen und Arbeitsaufwand einzusparen. Beispiele für empfehlenswerte Angebote der Gesundheitsförderung sind in der *Broschüre zu Angeboten und Handlungsbhilfen der Gesundheitsförderung* enthalten. Da sich die Rahmenbedingungen und der

Bedarf in den Kommunen unterscheiden, sind die Angebote an die jeweilige Situation anzupassen. Die Broschüre erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Häufig werden im Austausch mit anderen (Nachbar-) Kommunen oder regionalen Arbeitskreisen weitere Angebote bekannt. Zudem gibt die bundesweite Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) einen Überblick über bewährte Angebote der Gesundheitsförderung. Anregung für die Gesundheitsförderung mit älteren Menschen bietet auch die Arbeitshilfe „Gesund und aktiv älter werden“³⁹ und die Expertise „Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter – Wirkungsvolle Zugangswege fördern“⁹².

Zum Thema Suchtprävention sind die Kommunalen Suchtbeauftragten bei den Land- und Stadtkreisen die richtigen

Ansprechpartner. Einen Überblick zum Thema bietet das „Grundlagenpapier Suchtprävention in Baden-Württemberg“.

 <http://www.gesundheitsamt-bw.de>



Wie schon bei der Gestaltung der Lebensbedingungen gilt es, gemeinsam mit den Akteuren des kommunalen Netzwerkes, für jedes definierte Ziel passende verhaltensbezogene Maßnahmen und Angebote auszuwählen und zu dokumentieren.

8.4 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT


Es reicht nicht aus, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen und verhaltensbezogene Angebote bereit zu stellen. Sie müssen auch bekannt gemacht werden und die Zielpersonen erreichen – ganz nach der Parole „Tu’ Gutes und rede darüber!“. Alle Bürgerinnen und Bürger sollten regelmäßig durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit über alle gesundheitsbezogenen kommunalen Aktivitäten informiert werden und die Möglichkeit zu Feedback, Austausch und Beteiligung erhalten. Es empfiehlt sich, den gesamten Prozess der kommunalen Initiative zu dokumentieren und festgelegte Ziele, durchgeführte Maßnahmen, Angebote, Veranstaltungen und Ergebnisse der Öffentlichkeit zu präsentieren (im Foyer des Rathauses oder im Stadtteilbüro, auf der Homepage der Stadt/Gemeinde, durch Zeitungsartikel etc.).

Die Zielgruppen der Kommunalen Gesundheitsförderung sind soweit wie möglich in die Öffentlichkeitsarbeit einzubeziehen – z. B. Jugendliche oder ältere Menschen. So kann von Kindern, Jugendlichen und Lehrkräften ein Fest für alle Schulangehörigen, Freunde und Verwandte organisiert werden, bei dem die Kinder und Jugendliche alle Schulprojekte rund um das Thema „Gesundheit“ oder „gesundes Aufwachsen“ vorstellen. Zudem können Kinder und Jugendliche in der Presse regelmäßig über ihre Schulprojekte und Maßnahmen berichten. Die Gestaltung eines Wegweisers für Angebote der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 7.2) kann auch zum Schulprojekt werden oder von einer Selbstorganisation (z. B. Stadt seniorenrat) übernommen werden.

KOMMUNIKATIONSZIELE UND -KANÄLE

Wie bei der zielgruppenspezifischen Gestaltung von Angeboten der Gesundheitsförderung müssen auch Informationen über Gesundheitsthemen und -angebote an die verschiedenen Zielgruppen angepasst werden und jeweils verständlich sein. Eine Information in mehreren Sprachen ermöglicht, dass verschiedene Bevölkerungsgruppen erreicht werden können. Sollen z. B. Eltern über Ernährung informiert werden, sind die

in den Familien gesprochenen Sprachen zu berücksichtigen. Z. B.:

 <http://www.ernaehrung-bw.info/pb/Lde/Startseite/BeKi+Kinderernaehrung/Broschueren+und+Informationsmaterial+zu+Beki>



Innerhalb der kommunalen Initiative ist, sowohl für die gesamte Initiative als auch für einzelne Maßnahmen, zu klären, welche Informationen an welche Zielgruppe(n) vermittelt werden sollen und wie, d. h. über welche Kommunikationskanäle diese erreicht werden können (Tab. 19).

KOMMUNIKATIONS-KANAL	BEISPIELE FÜR KOMMUNIKATIONS-MASSNAHMEN	VORTEILE/NACHTEILE
Flyer, Plakate, Broschüren	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plakate an öffentlichen Stellen ▶ Flyer/Broschüren verteilt oder ausgelegt ▶ Postkarten als Postwurfsendung ▶ Verteilung von Äpfeln mit angehängter Info ▶ Ernährungs- und Bewegungswegweiser ▶ Elterninformationsbriefe 	<ul style="list-style-type: none"> + Viele Menschen können erreicht werden - Kosten unter Umständen hoch
Medienarbeit	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zusammenarbeit mit Redaktionen von lokalen Printmedien, Radio- und Fernsehsendern ▶ Platzierung von Gewinnspielen (z. B. Verlosung von Schwimmbad-Jahreskarten) 	<ul style="list-style-type: none"> + Viele Menschen in der Gemeinde können erreicht werden - Redakteurin bzw. Redakteur muss vom Thema überzeugt werden
Internet	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Auftritt auf der Webseite der Gemeinde 	<ul style="list-style-type: none"> + Bietet Informationen für Interessierte - Aktualität muss gewährleistet sein - Nicht alle Menschen sind im Internet „aktiv“
Veranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vorträge ▶ Infostände und Aktionen auf Gemeindeplätzen, in Schulen oder Lebensmittelmärkten und bei Veranstaltungen sowie Festen ▶ Tag der Gesundheit in der Kommune ▶ Ferienprogramm (z. B. „aktiver Sommer“) 	<ul style="list-style-type: none"> + Direkter Kontakt zur Bevölkerung + Ermöglicht Feedback der Zielgruppe - Organisations- und zeitintensiv
Ansprache durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten, Lehrkräften, Erzieherinnen und Erzieher, Krankenschwestern/-pflegern etc., welche die Zielgruppe direkt ansprechen 	<ul style="list-style-type: none"> + Hohe Seriosität der Ansprache durch die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren - Zeitintensiv

 Tabelle 19: Beispiele für Kommunikationskanäle und -maßnahmen

Die Kommunikation durch *Plakate und Flyer* ist sinnvoll, um die breite Bevölkerung über ein Angebot zu informieren oder einen Termin anzukündigen. Bei der Ansprache von älteren Menschen mit schriftlichen Medien sind unter anderem eine große, gut lesbare Schrift und eine kontrastreiche Gestaltung wichtig. Bereits die Identifikation der Orte, an denen der Ausgang von Plakaten und das Auslegen von Falblättern oder Postkarten möglichst viele Menschen erreicht (Supermarkt, Arztpraxis, Imbiss, Bushaltestelle etc.), ist ein wichtiger Schritt. Neben dem Standard-Flugblatt können auch unkonventionelle Methoden eingesetzt werden, z. B. das Verteilen von Äpfeln mit angehängter Information an Passanten. Auch andere Produkte wie Apfelernte und Schrittzähler können dazu beitragen, Bewegung und gesunde Ernährung im Alltag zu verankern. Sie können z. B. als Preis in einem Gesundheitsquiz oder als „Belohnung“ für den – auf einer Stempelkarte dokumentierten – Besuch möglichst vieler Stationen bei einem Gesundheits-Aktionstag dienen.

Mit *Medienarbeit* ist die Zusammenarbeit mit der Lokalredaktion von Radiosendern oder Zeitungen gemeint. Die Redakteurinnen und Redakteure dort haben prinzipiell Interesse an Informationen und Berichten, die ihre Leserschaft im Ort betreffen. Für ältere Menschen gibt es in vielen Kommunen spezielle (meist kostenlos verteilte) Zeitschriften, denen Beiträge willkommen sind. Beliebte sind auch Pressemitteilungen, die dann von der Redakteurin oder dem Redakteur bearbeitet werden. Aussagekräftige Fotos machen die Botschaft noch interessanter.

Der *Internetauftritt* der Gemeinde sollte auf alle Fälle genutzt werden, um über alle Angebote, Maßnahmen und Veranstaltungen zu berichten, die im Zusammenhang mit der Förderung der Gesundheit stehen. Der Internetauftritt sollte regelmäßig aktualisiert werden, um die Bevölkerung und weitere Interessenten auf dem Laufenden zu halten.

Veranstaltungen eignen sich hervorragend, um Menschen direkt und persönlich anzusprechen. Auf Gemeinde- und Marktplätzen, bei Festen, auch in Schulen oder im Mehrgenerationenhaus lässt sich einfach ein kleiner Infostand einrichten, an dem Äpfel, Flyer und Broschüren verteilt werden können und die Möglichkeit zum direkten Austausch mit der Bevölkerung besteht. Um Kinder und Jugendliche zu erreichen, empfiehlt es sich, ihr Lebensumfeld in Schule, Verein oder auch auf öffentlichen Festen aufzusuchen und hier möglichst interaktiv und weniger passiv als in einem Vortrag die Information oder das Angebot bekannt zu machen. Regelmäßige Veranstaltungen wie Gesundheitstage an Schulen, im Stadtteil oder in der Kommune geben den Bürgerinnen und Bürgern einen direkten Einblick in die vorhandenen Angebote, geben die Möglichkeit, etwas Neues unverbindlich auszuprobieren, verankern das Thema Gesundheit in der Kommune und erhöhen die Identifikation der Bürgerinnen und Bürger mit der Kommune.

Um die Bevölkerung im Rahmen der Kommunalen Gesundheitsförderung zu erreichen, ist die Zusammenarbeit mit *Multiplikatorinnen und Multiplikatoren* sinnvoll, die Kontakte zur Zielgruppe besitzen. Diese sind z. B. Ärztinnen und Ärzte, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräfte, Migrantinnen und Migranten, aber auch Hebammen oder Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger sowie Nachbarschaftshelferinnen und Nachbarschaftshelfer. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können z. B. bestehende Bewegungsräume und Angebote an die Zielgruppen vermitteln und Empfehlungen zu Gesundheitsthemen wie Ernährung und Bewegung transportieren.

9 Wie wird der Erfolg bewertet und die Qualität gesichert?



🦋 Im Planungszyklus der systematischen Kommunalen Gesundheitsförderung ist die Evaluation ein wesentlicher Bestandteil des Vorgehens. Evaluation ist eine fachgerechte Bewertung, die sich wissenschaftlicher Methoden bedient, die zielgerichtet eingesetzt werden, um nach zuvor festgelegten und expliziten Kriterien Informationen zu sammeln, auszuwerten und im Lichte der Daten zu urteilen⁶¹. Evaluation informiert datenbasiert und hilft, die Interventionsabsicht und den -prozess transparent zu machen, ihn zu verbessern und zu entscheiden, ob erneut oder geändert interveniert werden sollte. Evaluation, wie sie in

der Evaluationsforschung und in der systematischen Intervention verstanden wird, ist ein Vorgehen des Bewertens, das wissenschaftliche Methoden systematisch nutzt, um zu einem Urteil zu gelangen.

Bereits zu Beginn eines Angebotes oder einer Maßnahme sollte die Evaluation geplant werden. Evaluation betrifft nicht nur das Produkt, also das (End)ergebnis einer Intervention. Evaluieren kann bereits das Konzept, der Prozess oder der Kontext (die personalen und materiellen Strukturen), in dem interveniert

wird. Das Augenmerk bereits auf den Prozess und den Kontext zu lenken, ist nicht zuletzt deshalb wichtig, weil Prozesse und Strukturen zu einem Interventionsergebnis entscheidend beitragen. Wenn es etwa an den erforderlichen Ressourcen fehlt oder einmal geplante Vorgaben nicht sachgerecht umgesetzt wurden, dann hat das Auswirkungen auf die Wirkung einer Intervention.

In der Evaluationsforschung werden verschiedene Typen von Evaluation unterschieden. Einige kurze Hinweise zu verbreitet verwendeten Evaluationstypen enthält Tabelle 20.

TYP DER EVALUATION	ZEITPUNKT	ZIELE	BEISPIELE FÜR FRAGEN	„ROLLE“ DER EVALUATION
theoriegeleitete Evaluation	Planungs- und prozessbegleitend	Bereits zu Beginn der Intervention jene Merkmale zu definieren, für die man annimmt, dass sie die gewünschte Wirkung der Intervention bedingen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Welche Theorie kann die Intervention leiten? ▶ Welche Konstrukte sind in der Theorie, jene, die wirken? 	bewerten
nutzenorientierte Evaluation	zum Ende	Will Aussagen treffen zu den Auswirkungen einer Intervention auf die öffentliche Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wie viele Personen haben von einer Maßnahme profitiert? ▶ Wie viele andere Organisationen haben die Maßnahme übernommen? 	Nutzen feststellen
konstruktivistische Evaluation	Planungs- und prozessbegleitend	Ein moderierter Prozess, der die Interessen aller Stakeholder (vgl. Kapitel 7) herausarbeitet und sie transparent macht	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Was wollen die einzelnen Stakeholder erreichen? ▶ Lässt sich ein Konsens der Stakeholder-Interessen finden? 	aushandeln
Prozessevaluation	Prozessbegleitend	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Messen, ob die Programmumsetzung funktioniert ▶ Aus möglichen Fehlern lernen und das eigene Vorgehen anpassen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Können die Arbeitsschritte wie geplant umgesetzt werden? ▶ Welche zeitlichen, räumlichen, personellen oder strukturellen Probleme treten auf? ▶ Wie werden die Probleme gelöst? 	überwachen, anpassen
Ergebnisevaluation	Am Ende des Prozesses	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Untersuchen, ob die intendierten Ziele erreicht wurden ▶ Messen, ob die Zielgruppen erreicht wurden 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gibt es jetzt mehr öffentlich zugängliche Bewegungsräume? ▶ Werden mehr Menschen in schwierigen Lebenslagen von Angeboten erreicht? 	messen, bewerten und/oder den Nutzen feststellen

 Tabelle 20: Evaluationstypen in Stichworten



Die vom US amerikanischen Institute of Medicine herausgegebene Denkschrift „Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research“⁹³ empfiehlt auf Grund der Schwierigkeit des Wirksamkeitsnachweises in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Primärprävention, zwischen „proven“ (nachgewiesen wirksamen) und „promising“ (vielversprechenden) Interventionen zu unterscheiden und auch vielversprechende Interventionen zur Durchführung und weiteren Evaluation sowie Qualitätssicherung zu empfehlen. Vielversprechende Interventionen werden dabei als solche definiert, die „sowohl auf einer theoretischen Basis für ihre Wirksamkeit beruhen als auch empiri-

sche Evidenz aufweisen, welche zumindest Teile des theoretischen Modells stützt. Viel versprechende Interventionen können durch Studien nachgewiesen werden, die günstige Interventionseffekte bei ausgewählten Gruppen zeigen und zugleich ein theoretisches Modell enthalten, das die Ausdehnung der Intervention auf andere Gruppen nahe legt. Das Kriterium „viel versprechend“ wird auch von Studien erfüllt, die eine nur bescheidene Interventionswirkung auf eine größere Bevölkerung ausweisen, wo aber andererseits eine starke theoretische Basis für die Annahme besteht, dass die Wirksamkeit durch eine Veränderung der Intervention erheblich gesteigert werden kann.“⁹⁴

9.1 PROZESSEVALUATION UND QUALITÄTSSICHERUNG

Eine entscheidende Rolle in der Kommunalen Gesundheitsförderung spielt die Prozessqualität. Sie entscheidet maßgeblich über den Erfolg oder Misserfolg der Intervention(en). Daher sollten nicht nur abschließend an eine Interventionen die Wirkungen festgestellt, sondern der gesamte Prozess sollte fortlaufend während der Intervention beobachtet und bewertet werden. Dies dient einer laufenden und nachhaltigen Qualitätssicherung – auftretende Probleme werden identifiziert und das Vorgehen kann gegebenenfalls angepasst werden. Ein weiterer Nutzen der Prozessevaluation besteht darin, „die in der Ergebnisevaluation ermittelten Erfolge oder Misserfolge einer Intervention zu erklären“⁹⁵. Das gelingt nur dann, wenn zuvor eine Theorie formuliert wurde, in der festgehalten wird, warum eine Intervention mit ihren Maßnahmen wirken sollte. Unterbleibt das, wird also keine Theorie formuliert, entspricht dies einem Fehler (der in der Evaluationsforschung als Typ III Fehler bekannt ist), der zu falschen Zuschreibungen von Wirkungen führt.

Es empfiehlt sich in einer Evaluation, Status und Probleme aller Arbeitsschritte festzuhalten und regelmäßig mit den Beteilig-

ten der kommunalen Initiative zu diskutieren, wie diese die Umsetzung der Kommunalen Gesundheitsförderung vollzogen und wahrgenommen haben und wie zufrieden sie mit der gemeinsamen Arbeit sind. Es sollte notiert werden, von welcher Art auftretende Schwierigkeiten sind – ob z. B. zeitlicher, personeller oder struktureller Art. Von Interesse sind nicht nur Probleme, sondern auch Schritte oder Maßnahmen, die besonders gut funktioniert haben. Daraus lassen sich Empfehlungen für den weiteren Prozess und für andere Kommunen ableiten.

Ein Instrument der Qualitätssicherung und Prozessevaluation stellt z. B. das in Kapitel 4 beschriebene *Logbuch* dar. Mit dem *Logbuch* und der zusätzlichen Dokumentation der Arbeitsschritte lassen sich Partizipation, Bedarfsbestimmung, Durchführung von Maßnahmen und anderes in einer Übersicht zusammenfassen. Hier kann festgehalten werden, was sich seit Beginn des Prozesses getan hat und welche Erfolge und welche Misserfolge es gibt. Die Übersicht ist auch für die Öffentlichkeitsarbeit nützlich. Erfahrungen, Erfolge und durchgeführte Aktivitäten sollten regelmäßig der Bevölkerung (z. B. bei einer Zukunftswerkstatt), den Beteiligten der kommunalen

Initiative und den Mitgliedern des Gemeinderats vermittelt werden. Eine jährlich durchgeführte Zukunftswerkstatt beteiligt die Bürgerinnen und Bürger am kommunalen Prozess und

gibt ihnen die Möglichkeit zu einem Feedback. Das vermeidet mögliche Fehlentwicklungen oder korrigiert sie und weitere Handlungsbedarfe können dadurch ermittelt werden.

9.2 ERGEBNISEVALUATION

Die Ergebnisevaluation soll festhalten, ob die Kommunale Gesundheitsförderung die gewünschten Wirkungen hatte, ob also die zuvor festgelegten Ziele erreicht wurden und wem das nutzte. Demnach hängt die Ergebnisevaluation eng mit den festgelegten Absichten und Zielen (Kapitel 8.1) zusammen. Oberziele haben meist einen eher abstrakten Charakter und ihre Realisierung lässt sich daher meist nur über die (Unter-)ziele beurteilen. Die ursprünglich für den klinischen psychotherapeutischen Kontext⁹⁶ entwickelte Goal Attainment Scale (GAS; Zielerreichungsskala) ist ein standardisiertes Verfahren, das auch gute

Dienste in der Ergebnisevaluation der kommunalen Gesundheitsförderung leistet⁹⁷. Eine deutschsprachige Handreichung, welche die Verwendung von Zielerreichungsskalen detailliert beschreibt, steht unter folgendem Link zur Verfügung:

http://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/evaluationstools/leitfaden_gas_endversion.pdf



GAS ist ein partizipatives Verfahren der Zieldefinition und Beurteilung. Für jedes Ziel muss festgelegt werden, welcher Indikator die Veränderung bzw. den Erfolg beurteilen lässt (siehe für Beispiele Tab. 21). Dazu müssen sämtliche Ausgangswerte und die Veränderungen notiert werden, die sich während des Prozesses ergeben. Am besten wird auch die Bestandsanalyse (vgl. Kapitel 7) für jene Variablen wiederholt, für die ein Einfluss der Intervention angenommen wird. So werden objektive Vergleichswerte zu den Ausgangsbedingungen gewonnen.

In Zielerreichungsskalen werden Indikatoren nach den sogenannten **ZWERG-Kriterien** geordnet^J:

- Z** - Zentrale Bedeutung: Der Indikator liefert aussagekräftige Hinweise auf das jeweilige Ziel.
- W** - Wirtschaftlichkeit: Der Indikator lässt sich mit vertretbarem Aufwand erheben.
- E** - Einfachheit: Der Indikator ist für jedermann verständlich und nachvollziehbar.
- R** - Rechtzeitigkeit: Die Daten sind zu einem nützlichen Zeitpunkt verfügbar.
- G** - Genauigkeit: Der Indikator ist verlässlich erfassbar.

^J Siehe dazu auch <http://www.quint-essenz.ch/>

MÖGLICHE ZIELE	BEISPIELE FÜR INDIKATOREN
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erhöhung des Trinkwasserkonsums von Schülerinnen und Schülern 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trinkwasserverbrauch der Schülerinnen und Schüler ▶ Anteil der Schulen mit kostenlosem Trinkwasserangebot
<ul style="list-style-type: none"> ▶ In Kitas wird eine ausgewogene Verpflegung angeboten 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prozent der beteiligten Kitas
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen regen zu körperlicher Aktivität an 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anteil an Spielstraßen, gekennzeichnete Schulwege etc. ▶ Anteil bewegungsfreundlicher Einrichtungen (z. B. Kitas)

☰ Tabelle 21: Beispiele für Ziele und Indikatoren Kommunalen Gesundheitsförderung

Mit dem Vergleich von Ausgangs- und Endwert kann die Wirkung einer Intervention bewertet werden. Für die Feststellung des Nutzens einer Maßnahme eignet sich das Verfahren **RE-AIM**⁹⁸. RE-AIM ist ein Akronym, dessen Initialen für **R**each, **E**fficacy, **A**dopt, **I**mplementation und **M**aintenance stehen, die wiederum einem sozial-ökologischen Konzept folgend, sich auf das Individuum, die Organisation und die Kommune beziehen.

Im RE-AIM wird systematisch gefragt und bewertet, ob eine Intervention jene Personen erreicht hat, die einen Bedarf hatten

(reach), ob und wie (positiv und negativ) die Intervention bei diesen Personen gewirkt hat (efficacy), von wie vielen Organisationen und von welchen sie angenommen respektive übernommen wurde (adopt), in welchem Umfang sie außerhalb einer begleiteten Intervention oder Maßnahme in der realen Lebenswelt so, wie intendiert und geplant (implementation), durchgeführt wurde und schließlich, ob sich das Verhalten der in der Zielgruppe und ob sich die Organisation, in der interveniert wurde, dauerhaft verändert hat (maintenance). In Tabelle 22 sind die fünf RE-AIM Komponenten gelistet und den „Adressaten“ zugeordnet⁶¹.

RE-AIM KOMPONENTE	PERSONEN	ORGANISATION
R each	Wer wurde erreicht? Waren es jene, die einen Bedarf hatten?	
E fficacy	Welche Wirkungen und Nebenwirkungen sind festzustellen?	
A dopt		Welche und wie viele Organisationen haben die Intervention übernommen?
I mplementation		Wurde die Intervention von den Organisationen so übernommen und durchgeführt, wie geplant? (Programmtheorie, Protokoll, Teilnehmercharakteristika, Personal, Komplexität, Zeit, Zugänglichkeit, Kosten, Setting, etc.)?
M aintenance	Waren die Wirkungen nachhaltig?	

☰ Tabelle 22: RE-AIM: Komponenten und Adressaten

9.3 EIN UMFASSENDES EVALUATIONSKONZEPT

Eine umfassende Evaluation liegt mit der *Context-Input-Product-Process-Evaluation* (CIPP) vor. Zahlreiche Erläuterungen und Materialien hierzu finden sich in englischer Sprache unter folgenden Link: <http://www.wmich.edu/evaluation/checklists>



Tabelle 23 enthält einen Überblick über die einzelnen Abschnitte der Evaluation.

CIPP KOMPONENTE	AUSGEWÄHLTE FRAGEN	FUNKTION
Kontext (context)	Was wird gebraucht: Welche Bedarfe, welche Bedürfnisse sind vorhanden? Was steht an personellen und materiellen Ressourcen zur Verfügung? Was wird an Ressourcen gebraucht? Wie ist das „politische“ Klima für die Intervention? Wer sind die Stakeholder? Wie lauten die Ziele der Intervention? Welche Wirksamkeitskriterien gelten? Wie werden die Kriterien erhoben, gemessen, eingeschätzt?	Hilfe bei der Entscheidung und Planung der Intervention
Input	Welche Mission, Ziele, Pläne und Maßnahmen hat die Intervention? Passen die Elemente der Intervention zu den Bedarfen/Bedürfnissen der Betroffenen?	Hilfe bei der Wahl der geeigneten Interventionsstrategie
Prozess (process)	Wird die Intervention wie geplant umgesetzt? Welche Modifikationen des geplanten Vorgehens werden vorgenommen? Wer nimmt diese vor? Welche Modifikationen sollten vorgenommen werden, um das Interventionsziel zu erreichen?	Monitoring der Interventionsqualität und Hilfe bei der Entscheidung die Intervention anzupassen
Produkt (product)		
Effektivität	Hat die Intervention das angestrebte Ziel erreicht? Wie stark ist die Wirkung, die durch die Intervention provoziert wurde?	Produkt- bzw. Ergebnisbewertung und Hilfe bei der Entscheidung, diese oder eine modifizierte Intervention erneut durchzuführen
Impact	Wurden die richtigen (bedürftigen) Personen angesprochen? Hat die Intervention deren Bedürfnisse getroffen? Hat sie deren Bedarfe getroffen? Hat sich die Wirkung bei den richtigen Personen eingestellt?	
Nachhaltigkeit	Waren die Wirkungen nachhaltig?	
Übertragbarkeit	Kann nachgewiesen werden, dass die Prozesse, die zur Wirkung geführt haben, auch in anderen Settings und für andere Personen zielführend sind?	

☰ Tabelle 23: CIPP Evaluation ⁶¹

Im Rahmen der Kommunalen Gesundheitsförderung ist häufig – aufgrund fehlender Mittel – nur eine Selbstevaluation möglich. Geeigneter ist in jedem Falle eine Kooperation mit

einer Universität oder einer Hochschule, die über einschlägige Erfahrungen in der Anwendung komplexer, valider und zuverlässiger Evaluationsmethoden verfügt.



10 Literatur

- ¹ Lehmann, F., Geene, R., Kaba-Schönstein, L., Kilian, H., Meyer-Nürnberger, M., Brandes, S. & Bartsch, G. (2006). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung Konkret 5 (2. Auflage). Köln: BZgA.
- ² „quint-essenz“ Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung Schweiz. www.quint-essenz.ch; Zugriff am 24.03.2015.
- ³ Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2005). Niedrigschwelliger Zugang zu familienunterstützenden Angeboten in Kommunen. Handlungsempfehlungen des Deutschen Vereins. Zugriff auf <http://www.buendnis-salzgitter.de/downloads/empfehlung.pdf>; Zugriff am 24.03.2015.
- ⁴ Österreichisches Rotes Kreuz (Hrsg.) (2010). Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. Wien: Info-Media. Zugriff auf http://www.healthproelderly.com/pdf/HPE_Broschuere_Leitlinien.pdf; Zugriff am 24.03.2015.
- ⁵ Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2012). AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Stuttgart: LGA. Zugriff auf http://www.sm.badenwuerttemberg.de/fm7/1442/Abschlussbericht-PG5-Kinder_und_Jugendliche.pdf; Zugriff am 24.03.2015.
- ⁶ Deutsches Institut für Ernährungsforschung. Pressemitteilung vom 11. August 2009. Zugriff auf <http://www.dife.de/presse/pressemitteilungen/?id=1098>; Zugriff am 24.03.2015.
- ⁷ Robert Koch-Institut (Hrsg.) & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008). Erkennen, Bewerten, Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI.
- ⁸ Scheidt-Nave, C., Ellert, U., Thyren, U. & Schlaud, M. (2007). Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 750-756. Zugriff auf <http://edoc.rki.de/oa/articles/reryPJPCmUGw/PDF/214CHFGnhl1ac.pdf>; Zugriff am 24.03.2015.
- ⁹ Robert-Koch-Institut (2004). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- ¹⁰ Schmidt, W., Hartmann-Tews, I. & Bretschneider, W.-D. (Hrsg.; 2003). Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- ¹¹ Zugriff auf <http://www.good-practice.de/3349.php>; Zugriff am 24.03.2015.
- ¹² Lambert, T. & Kurth, B.-M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Deutsches Ärzteblatt, 104 (43), 2944-2949.
- ¹³ Robert Koch-Institut (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, 50 (5-6), 529-910.
- ¹⁴ Deutsches Jugendinstitut e. V. (2006). Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Zugriff auf <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/evaluation-fruehe-hilfen-kurzbericht.property%3Dpdf.be reich%3D,rwb%3Dtrue.pdf>; Zugriff am 24.03.2015.
- ¹⁵ Okely, A. D., Booth, M. L. & Chey, T. (2004). Relationships between body composition and fundamental movement skills among children and adolescents. Research Quarterly for Exercise and Sport, 75 (3), 238-47.
- ¹⁶ Cantell, M., Crawford, S. G. & Doyle-Baker, P. K. (2008). Physical fitness and health indices in children, adolescents and adults with high or low motor competence. Human Movement Science, 27, 344-362.
- ¹⁷ Roth, K. & Knobloch, I. (2005). Argumentationshilfe pro Schulsport. Baustein: Körperlich-sportliche Aktivität und kognitives Lernen (Schulleistungen). Deutscher Sportlehrerverband.
- ¹⁸ Bundesarbeitsgemeinschaft für Haltungs- und Bewegungsförderung (o.A.). Fit zu Hause. Fitness-Check für die ganze Familie. Kaiserslautern: Rohr Druck.
- ¹⁹ National Association for Sport and Physical Education (2004). Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines for Children Ages 5-12 (2nd ed.). Reston, VA: NASPE Publications.
- ²⁰ Seidel, I., Rohman, N., Sygusch, R., Woll, A. & Worth, A. (2008). Sportunterricht – Bestandteil der körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In V. Oesterhelt, J. Hofmann, M. Schimanski, M. Scholz & H. Altenberger (Hrsg.). Sportpädagogik im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen, wissenschaftlicher Ansprüche und empirischer Befunde (S. 107-112). Hamburg: Czwalina.
- ²¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Zugriff auf <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>; Zugriff am 24.03.2015.
- ²² Brachat-Schwarz, W. (2010). Neue Bevölkerungsvorausrechnung für Baden-Württemberg bis 2060. Herausforderungen und Chancen einer alternden Gesellschaft. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 2/2010, 5-11.
- ²³ Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 113 (5), 372-387.
- ²⁴ Helmchen, H., Linden, M., Reischies, F.M., Wernicke, T. (1999). Epidemiology of mental disorders in old age. In A. Marneros, A. (Ed.). Late-onset mental disorders. London: Gaskell, 24-39.

- 25** Weeber+Partner (Hrsg.), Steffen, G., Weeber, R. u.a. (2010). Neue Qualitäten: Wohnen 50 plus. Fakten – Anforderungen – Beispiele. Tübingen: Weeber+Partner.
- 26** Sozio-ökonomisches Panel und Periodensterbetafeln 1995 bis 2005, zit. in Lampert, Th. (2009). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T.: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin, Robert-Koch-Institut, S. 121-133.
- 27** Lampert et al. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Politik und Zeitgeschichte, 42, 11-18.
- 28** http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/GesundhSozRecht/Indikatoren/SZ-SV_pflegequote.asp; Zugriff am 24.03.2015.
- 29** Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2003). Prävention durch Bewegung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11 (3), 229-246.
- 30** Woodcock, J., Franco, O. H., Orsini, N. & Roberts, I. (2010). Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and metaanalysis of cohort studies. International Journal of Epidemiology, 1-18.
- 31** Chipperfield, J. G. (2008). Everyday physical activity as a predictor of late-life mortality. The Gerontologist, 48, 349-357.
- 32** Manini, T. M. et al. (2006). Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. Journal of the American Medical Association, 296, 171-179.
- 33** Cirkel, M. & Juchelka, R. (2009). Gesundheit und Mobilität im Alter. Public Health Forum, 15 (3), 24-26.
- 34** Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- 35** World Health Organization (2009). Interventions on diet and physical activity: what works: summary report. Geneva: WHO.
- 36** BMFSFJ (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland- Altersbilder in der Gesellschaft. BT-Drs. 17/3815
- 37** Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. Zeitschrift für Pädagogik, 35, 85-105.
- 38** Kruse, A. (Hrsg.) (2010). Potenziale im Altern. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- 39** Gesundheit Berlin-Brandenburg (2014). Aktiv werden für Gesundheit – Arbeits-hilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 6: Gesund und aktiv älter werden (4. Auflage). Bad Oeynhausen: Kunst- und Werbedruck.
- 40** Thomas A. Glass et al. (2004). Experience Corps: Design of an Intergenerational Program to Boost Social Capital and Promote the Health of an Aging Society. In: Journal of Urban Health, Bulletin of the New York Academy of Medicine, 81, (1), 94-105.
- 41** Ahlsdorf, E. (2010). Potenziale des Alters im klinisch-psychologischen Kontext: Autobiografisches Gedächtnis, Sinnerfahrung und Musik. In: Kruse, A. (Hrsg.) Potenziale im Altern. Akademische Verlagsgesellschaft, S. 343-357.
- 42** Weeber+Partner, Steffen, G. & Weeber, R. (2001). Das Ende der Nahversorgung? Studie zur wohnungsnahen Versorgung. Stuttgart: Verband Region Stuttgart.
- 43** Weeber+Partner (Hrsg.), Steffen, G., Baumann, D. & Betz, F. (2004). Integration und Nutzungsvielfalt im Stadtquartier. Stuttgart und Berlin: Weeber+Partner.
- 44** Weeber+Partner (Hrsg.), Steffen, G., Baumann, D. & Fritz, A. (2007). Attraktive Stadtquartiere für das Leben im Alter. Stuttgart: Weeber+Partner.
- 45** Weeber+Partner (Hrsg.), Steffen, G. & Fritz, A. (2006). Wohnen mit Assistenz. Wohnformen für alte Menschen mit Unterstützungsbedarf und Menschen mit Behinderung als Antwort auf den demografischen und gesellschaftlichen Wandel. Stuttgart: Weeber+Partner.
- 46** http://www.bbr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/lzR/2010/4/Inhalt/DL_LeipzigCharta.pdf?__blob=publicationFile&v=2; Zugriff am 24.03.2015.
- 47** http://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Programm/SozialeStadt/soziale_stadt_node.html; Zugriff am 24.03.2015.
- 48** http://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Programm/SozialeStadt/Programm/Handlungsfelder/Inhaltlich/inhaltlich_node.html; Zugriff am 24.03.2015.
- 49** VV Städtebauförderung über die Gewährung von Finanzhilfen des Bundes an die Länder nach Artikel 104 b des Grundgesetzes zur Förderung städtebaulicher Maßnahmen (VV Städtebauförderung 2011) vom 16.12.2010/18.03. 2011
- 50** <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de>; Zugriff am 24.03.2015.
- 51** Wright, M. T., Block, M. & von Unger, H. (2009). Partizipative Qualitätsentwicklung. In P. Kolip & V. Müller (Hrsg.). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften (S. 157-175). Bern: Verlag Hans Huber.



- 52** Fatke, R., Schneider, H., Meinhold-Henschel, S. & Biebricher, M. (2006). Jugendbeteiligung – Chance für die Bürgergesellschaft. Politik und Zeitgeschichte, 56 (12), 24-32.
- 53** Kruse, A. (2002). Gesund altern - Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- 54** Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2014). Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen. Aus den Pilotgesundheitsdialogen im Rahmen des Zukunftsplans Gesundheit. Stuttgart: LGA. Zugriff auf <http://gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/>; Zugriff am 24.03.2015.
- 55** BMFSFJ (Hrsg.) (2001). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.
- 56** Bertelsmann Stiftung (2008). Kommunale Netzwerke für Kinder. Ein Handbuch zur Governance frühkindlicher Bildung. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- 57** Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart (2011). Im Alltag in Bewegung bleiben. Kommunale Gesundheitsförderung mit älteren Menschen auch in schwierigen Lebenslagen. Dresden: Saxoprint.
- 58** Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. Bergisch Gladbach: IKKBundesverband.
- 59** Naidoo, J. & Wills, J. (2010). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- 60** Reichwein, A., Berg, A., Glasen, D., Junker, A., Rottler-Nourbakhsch, J. & Vogel, S. (2011). Moderne Sozialplanung. Ein Handbuch für Kommunen. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- 61** Schlicht, W. & Zinsmeister, M. (2015, in Druck). Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren. Heidelberg: Springer.
- 62** Shea, C. M., Jacobs, S. R., Esseman, D. A., Bruce, K. & Weiner, B. J. (2014). Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. Implementation Science, 9, 7
- 63** Swinburn, B. A., Caterson, I., Seidell, J. C. & James, W. P. (2004). Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. Public health nutrition, 7 (1A), 123-46.
- 64** Bundesministerium für Gesundheit (2010). Nationales Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin: BMG.
- 65** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln: BZgA.
- 66** Bundesamt für Gesundheit, Fachbereich Evaluation (1997). Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 67** Bautista-Castaño, I., Doreste, J. & Serra-Majem, L. (2004). Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. Eur J Epidemiol, 19 (7), 617-622.
- 68** Flynn, M. A., McNeil, D.A., Maloff, B., Mutasingwa, D., Wu, M., Ford, C. & Tough, S. C. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. Obes Rev., 7 (1), 7-66.
- 69** Institute of Medicine – Committee on Prevention of Obesity in Children and Youth. (2005). Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance. Washington: The National Academies Press.
- 70** National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). Obesity. Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. Quick reference guide 1 for local authorities, schools and early years providers, workplaces and the public. Download von <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30363>; Zugriff am 24.03.2015.
- 71** WHO (2006). Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas. Zugriff auf <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/european-charter-on-counteracting-obesity>; Zugriff am 24.03.2015.
- 72** Blättner, B., Grewe, A., Kohlenberg-Müller, K. (2006). Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Neue Strategien sind erforderlich. Prävention, 02/2006, 42- 46.
- 73** Ashe, M., Feldstein, L. M., Graff, S., Kline, R., Pinkas, D. & Zellers, L. (2007). Local venues for change: legal strategies for healthy environments. J Law Med Ethics, 35 (1), 138-147.
- 74** Kahn, E. B., Ramsey, L. T., Brownson, R. C., Heath, G. W., Howze, E. H., Powell, K. E., Stone, E. J., Rajab, M. W. & Corso, P. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. Am J Prev Med, 22 (4), 73-107.
- 75** Oekoskop (2009). Bewegungsförderung im Wohnumfeld für Kinder und Jugendliche – Literaturrecherche mit Empfehlungen zur Umsetzung. Basel: Oekoskop.



- 76** Grob, D., Biedermann, A. & Martin-Diener, E. (2009). Strukturelle Bewegungsförderung in der Gemeinde. Synthese des aktuellen Wissensstandes, Grundlagen für Handlungsempfehlungen. Herzogenbuchsee: Public Health Services.
- 77** Schad, H., Ohnmacht, T., Sonderegger, R., Sauter, D. & Stettler, J. (2008). Gebaute Umwelt und körperliche Aktivität. Analysen und Empfehlungen für die Schweiz. Schlussbericht. Luzern: Hochschule Luzern.
- 78** National Institute for Health Care Management (2006). The Evidence Base: How to Prevent Obesity and Manage Weight Gain Through Increased Physical Activity and Improved Nutrition. Download von http://www.nihcm.org/pdf/NIH_CMObesitySynthesis.pdf; Zugriff am 24.03.2015.
- 79** Centers for Disease Control and Prevention (2001). Increasing Physical Activity: A Report On Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR, 50 (18), 1-16.
- 80** Li, F., Fisher, J., Brownson, R. et al. (2005). Environment characteristics related to neighbourhood walking activity in older adults. Journal of Epidemiology and Community Health, 59, 558-564.
- 81** Foster, C., Hillsdon, M. & Thorogood, M. (2009). Interventions for promoting physical activity. The Cochrane Collaboration.
- 82** Plattform Ernährung und Bewegung e.V.(2008).Bewegungsträume. Macht Platz! Mehr Bewegungsräume für Kinder im kommunalen Umfeld. Download von http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/peb.php?view=detail&id_item=452; Zugriff am 24.03.2015.
- 83** Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Kinder und Jugendärzte setzen sich für mehr Stillen ein. Mitteilung vom 08.09.2009. Zugriff auf <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/kinder-und-jugendaerzte-setzen-sich-fuer-mehr-stillen-ein/>; Zugriff am 24.03.2015.
- 84** Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. Nutrition Journal, 4 (24), 1-8.
- 85** Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (2010). Unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- 86** Rosenbrock, R. (2008). Primäre Prävention –Was ist das und was soll das? Discussion Paper der Forschungsgruppe Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- 87** Conn, V. S., Hafdahl, A. R. & Mehr, D. R. (2011). Interventions to increase physical activity among healthy adults: Meta-Analysis of outcomes. American Journal of Public Health, 101, 751-758.
- 88** Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2012). Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. Düsseldorf: LIGA.NRW.
- 89** Moschny, A., Platen, P., Klaaßen-Mielke, Trampisch, U. & Hinrichs, T. (2011). Barriers to physical activity in older adults in Germany: A cross sectional study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8, 121-131.
- 90** Stevens, M., Lemmink, K.A., van Heuvelen, M.J.G., de Jong, J. & Rispen, P. (2003). Groningen Active Living Model (GALM): Stimulating physical activity in sedentary older adults; validation of the behavioral change model. Preventive Medicine, 37, 561-570.
- 91** Bij van der, A. K., Laurant, M. G. H., & Wensing, M. (2002). Effectiveness of physical activity interventions in older adults: A review. American Journal of Preventive Medicine, 22, 120-133.
- 92** Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2013). Expertise und Handlungsempfehlungen. Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter – Wirkungsvolle Zugangswege fördern. Stuttgart: LGA.
- 93** Smedley, B. D. & Syme, S. L. (2000). Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Washington, D.C.: National Academy Press.
- 94** Rosenbrock, R. (2006). Wirksamkeit und Qualität in der Primärprävention: Wissenschaft – Praxis – Wissenschaft. In Geene, R., Kilian, H., Ryl, L. & Schütte, C. (Hrsg.). Qualitäten der Gesundheitsförderung (S. 9-13). Berlin: Gesundheit Berlin e.V.
- 95** Loss, J. u.a. (2007). Gemeindenahe Gesundheitsförderung –Herausforderung an die Evaluation. Gesundheitswesen, 69, 77-87.
- 96** Kiresuk, T. J. & Sherman, R. R. (1968). Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programms. Community Mental Health Journal, 4, 443 - 453.
- 97** Kiresuk, T. J., Smith, A. & Cardillo J. E. (Eds.). (1994). Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- 98** Glasgow, R. E., Vogt, T. M. & Boles, S. M.(1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. American Journal of Public Health, 89, 1322-1327.



Notizen





Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN
REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART