



**GESUND
AUFWACHSEN
UND LEBEN**
Baden-Württemberg

Handbuch
zur kommunalen
Gesundheitsförderung



Gefördert von der
Robert Bosch Stiftung



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



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN
REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTGART

Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg

Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung

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

Gefördert von der Robert Bosch Stiftung



Impressum

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart
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

2. aktualisierte Auflage, Februar 2012



Layout und Druck

TYPOfactory, Stuttgart

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit



Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören aktuell 55 Partnerorganisationen an.

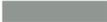
Vereinfachte Schreibweise:

Sofern keine neutrale Personenbezeichnung gewählt wurde, ist entweder die männliche oder die weibliche Form genannt. Die Ausführungen gelten jedoch für Männer und Frauen gleichermaßen.

Bildnachweis:

Umschlagvorderseite: oben © Lacek Chabraszewski – Fotolia.com, unten © Robert Kneschke – Fotolia.com | Kapitel 2: S. 7 © K.F.L. – Fotolia.com; S. 9 © lorri – Fotolia.com | Kapitel 3: S. 10 © Marzanna Syncerz – Fotolia.com; S. 11 © Monika Adamczyk – Fotolia.com; S. 12 © Marzanna Syncerz – Fotolia.com; S. 13 © Nedjo – Fotolia.com; S. 14 © K.-U. Häbller – Fotolia.com; S. 15 © Simone van den Berg – Fotolia.com | Kapitel 4: S. 19 © Alterfalter – Fotolia.com | Kapitel 5: S. 20 © sonya etchison – Fotolia.com; S. 21 © Kzenon – Fotolia.com | Kapitel 6: S. 22, 23, 26, 29 © Monkey Business – Fotolia.com | Kapitel 7: S. 30 © danielschoenen – Fotolia.com; S. 31 © iofoto – Fotolia.com; S. 32: oben © Herbie – Fotolia.com, unten © Elenathewise – Fotolia.com; S. 33: beide © Pavel Losevsky – Fotolia.com | Kapitel 8: S. 35 © iceteastock – Fotolia.com; S. 38: oben © MBW, unten © Robert Kneschke – Fotolia.com; S. 40 © Marzanna Syncerz – Fotolia.com; S. 42: oben © Patrizia Tilly – Fotolia.com, unten © jörn buchheim – Fotolia.com; S. 44 © Weeber und Partner; S. 45 © Kzenon – Fotolia.com | Kapitel 9: S. 46 © sonya etchison – Fotolia.com; S. 47 © Martina Talmon-Gros | Kapitel 10: S. 48 © Lacek Chabraszewski – Fotolia.com; S. 49 © sonya etchison – Fotolia.com; S. 50 © Robert Kneschke – Fotolia.com | Kapitel 11: S. 59 © Doc RaBe – Fotolia.com

Inhaltsverzeichnis

	1 Vorwort	5
	2 Inhalt des Handbuches	7
	3 Warum ist kommunale Gesundheitsförderung sinnvoll?	10
	3.1 Fachliche Schwerpunkte bei Kindern und Jugendlichen	10
	3.2 Fachliche Schwerpunkte bei älteren Menschen	13
	4 Wie gelingt erfolgreiche Gesundheitsförderung?	18
	5 Wie wird die Bevölkerung beteiligt?	20
	6 Wie gelingt kommunale Zusammenarbeit?	22
	6.1 Gründung einer kommunalen Initiative	22
	6.2 Mögliche Partner identifizieren und überzeugen	25
	6.3 Zusammenarbeit gestalten	27
	6.4 Zusammenarbeit aufrecht erhalten	29
	7 Wie wird der Handlungsbedarf einer Kommune ermittelt?	30
	7.1 Bestandsanalyse	30
	7.2 Bedarfsanalyse	32
	8 Wie wird kommunale Gesundheitsförderung geplant und umgesetzt?	35
	8.1 Ziele festlegen	35
	8.2 Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen schaffen	37
	8.3 Verhaltensbezogene Angebote bereitstellen	40
	8.4 Öffentlichkeitsarbeit: Angebote bekannt machen und mehr	43
	9 Wie wird der Erfolg bewertet und die Qualität gesichert?	46
	10 Anhang	48
	10.1 Körperliche Aktivität und ausgewogene Ernährung bei Kindern und Jugendlichen	48
	10.2 Empfehlungen für das Aktivitätsvolumen älterer Menschen	50
	10.3 Übersicht Netzwerkpartner	51
	10.4 Kommunaler Gesundheitsförderungsplan	53
	10.5 Logbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung	58
	11 Literatur	59

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 Begegnungsstätten sowie im Wohnumfeld beeinflussen das Gesundheitsverhalten enorm.

In den Alltag integrierte Angebote zur Gesundheitsförderung wirken sich, ebenso wie Bildungsangebote, positiv auf die Lebensqualität und die Gesundheit aller Menschen aus. Eine aktive 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 Städte und Gemeinden 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 so gelingt



es, Angebote bereitzustellen, die an die Bedürfnisse und Interessen aller Bevölkerungsgruppen angepasst sind und die ein gesundes Aufwachsen und ein selbstbestimmtes Leben im Alter fördern.

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 Kommunen 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 zu ermöglichen.

A handwritten signature in dark ink that reads "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 Gemeinden und Städten als Leitfaden dienen, der sie dabei unterstützt, eine kommunale Initiative zur Förderung der Gesundheit zu gründen. Unter diesem Dach können die kommunalen Akteure, im Rahmen eines langfristig angelegten Prozesses, bedarfsorientierte Gesundheitsförderung entwickeln und umsetzen. Ziel der Gesundheitsförderungsplanung kann z.B. sein, Kinder und Jugendliche bei einem gesunden Aufwachsen zu unterstützen oder ein selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen. Durch die Zusammenarbeit^A der Akteure vor Ort, wie Behörden, Beratungsstellen, Erziehungs- und Bildungseinrichtungen, soziale Einrichtungen, Gewerbebetriebe, Medien, Vereine, Wohlfahrtsverbände und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung sowie eine umfassende Bürgerbeteiligung, können die unterschiedlichen Generationen bei einem gesunden Leben unterstützt werden. Im Hinblick auf ein gesundes Aufwachsen sind die Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern und die Einbeziehung der Lebenswelten wie Tageseinrichtungen für Kinder (Kita) und Schule von Bedeutung. Im Blick auf ältere Menschen sind geeignete Formen zu finden, diese selbst an der Entwicklung von Angeboten zu beteiligen und die 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 auf der einen Seite, von älteren Menschen auf der anderen Seite im Vordergrund stehen. Eine generationenfreundliche Kommune hat aber auch andere Lebensalter und Lebenslagen 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 Men-



schen und anderen, die dauerhaft oder zeitweilig, zum Beispiel nach einem Unfall, auf Gehhilfen, Rollator oder Rollstuhl angewiesen sind. Ältere Menschen haben vielleicht den sehnlichen Wunsch, auch einmal eine Schaukel zu benutzen, dürfen das aber aufgrund der Vorgaben für Spielplätze nicht – und spezielle „Seniorenspielplätze“ sind auch eine eher abschreckende (wenn auch medienwirksame) Lösung. Kinder und Jugendliche, die oft keine Oma oder keinen Opa in der Nähe und vielbeschäftigte Eltern haben, freuen sich, wenn ältere Menschen Zeit und Interesse für sie aufbringen. Bedürfnisse und Möglichkeiten hängen nicht nur mit dem Alter, sondern auch mit Geschlecht, Herkunft, Lebenslage und Lebensstil zusammen.

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

^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.

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 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 Einengungen 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 unter www.gesundheitsamt-bw.de verfügbar sowie teilweise in Kapitel 10 zu finden. Die Arbeitsmaterialien sind im Text durch **grüne Schrift** gekennzeichnet.

Fragen zum Handbuch und zur Initiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ beantwortet die Koordinationsstelle beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart (siehe Impressum). Die Landesinitiative ist ein Angebot an alle Städte und Gemeinden in Baden-Württemberg, die ein kommunales Gesamtkonzept zur Förderung der Gesundheit erarbeiten möchten. Sie zielt auf die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität von Kindern, Familien und älteren Menschen und bietet vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten für beteiligte Kommunen.

Erstellung des Handbuches

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg dankt allen Personen, die durch Beiträge, Empfehlungen und Anmerkungen an der Erstellung dieses Handbuches beteiligt waren. Neben Dr. Torben Sammet (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg) haben folgende Autoren Beiträge erstellt: Dr. Elke Ahlsdorf (korrespondierende Kollegiatin Netzwerk Altersforschung; Universität Heidelberg), Vera Eich (Publik. Agentur für Kommunikation GmbH), Dr. Christine Eichhorn

Arbeitsmaterialien	Sinn und Zweck	Kapitel
<i>Übersicht Netzwerkpartner</i>	Bietet einen Überblick über mögliche Partner einer kommunalen Initiative mit dem Ziel, die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, Familien und Älteren zu fördern.	6.2, 10.3
<i>kommunaler Gesundheitsförderungsplan</i>	Unterstützt bei Bedarfsbestimmung, Planung, Umsetzung und Evaluation kommunaler Gesundheitsförderung.	4, 7, 8, 9, 10.4
<i>Flyer Zukunftswerkstatt und Poster Zukunftswerkstatt</i>	Beispiele der Öffentlichkeitsarbeit für eine Zukunftswerkstatt.	7.2
<i>Broschüre zu Angeboten und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung</i>	Bietet einen Überblick über empfehlenswerte Angebote und Handlungshilfen in Baden-Württemberg, die ein gesundes Aufwachsen und ein selbstbestimmtes Leben im Alter fördern.	8.2, 8.3
<i>Fragebogen Wegweiser</i>	Dient der Erstellung eines Wegweisers für Angebote der Gesundheitsförderung sowie vorhandene Bewegungsräume.	8.4
<i>Logbuch</i>	Dient dem Überblick über Veranstaltungen, Aktionen, Maßnahmen und die Öffentlichkeitsarbeit sowie gesammelte Erfahrungen und Ergebnisse.	4, 9, 10.5

Tabelle 1: Arbeitsmaterialien zum Handbuch.

(Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften; Universität Bayreuth), PD Dr. Thomas Ellrott (Institut für Ernährungspsychologie; Georg-August-Universität Göttingen), Prof. Joachim Fischer (Mannheimer Institut für Public Health; Universität Heidelberg), Dr. Ellis Huber (Mannheimer 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 Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften; Universität Bayreuth), Prof. Dr. Barbara Methfessel (Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung; Pädagogische Hochschule Heidelberg), Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften; Universität Bayreuth), Oliver Nord (Publik. Agentur für Kommunikation GmbH), Prof. Dr. Volker Pudel (+), Dr. Herbert Renz-Polster (Mannheimer Institut für Public Health; Universität Heidelberg), Carolin Schork (Weeber+Partner – Institut für Stadtplanung und Sozialforschung), Claudia Seibold (Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften; Universität Bayreuth), Dr. Ilka Seidel (Institut für Sport und Sportwissenschaft; Karlsruher Institut für Technologie), Gabriele Steffen (Weeber+Partner – Institut für Stadtplanung und Sozialforschung) und Dr. Roland Straub (Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg).

Besonderer Dank gilt den Kommunalverwaltungen von Breisach am Rhein, Karlsruhe, Michelfeld, Mühlacker und St.



Georgen für die wertvollen Hinweise zum Handbuch. Deren Erfahrungen mit kommunaler Gesundheitsförderung bilden die Grundlage vieler Empfehlungen und Vorgehensweisen dieses Handbuches.

Dank gilt auch dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Die Kapitel 6.2 bis 6.4 des Handbuches sind, in überarbeiteter Form, dem Leitfaden „Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung“ (<http://www.gesundheit.bayern.de/>) entnommen.



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. Es bilden sich die positiven Lebenseinstellungen und die Lebenskompetenzen^{B, 5} und damit wichtige Ressourcen für das ganze Leben. 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. Allerdings wirken in der Kindheit auch eine Reihe gesundheitlicher Risiken – von mangelnder Bewegung, über ungünstige Ernährung bis zum 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-

^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. „Sie sind somit als wesentliche Voraussetzung für ein umfassendes gesundheitliches Wohlbefinden zu betrachten. Personen, die diesem Ansatz nach als lebenskompetent zu bezeichnen sind, weisen folgende Fertigkeiten auf: Fähigkeit der Selbstwahrnehmung, Empathie, kritisches und kreatives Denken, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, Problemlösefähigkeit, Fähigkeit der Emotions- und Stressbewältigung.“

sinnlichen Erfahrungen durch eine spielerische Aneignung der Umwelt führt zu vielfältigen Auffälligkeiten der körperlich-motorischen sowie der psychosozialen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen⁸. Haltungsschäden, Defizite bei Ausdauer, Kraft und Koordination sowie mangelnde Konzentrationsfähigkeit sind nur einige Beispiele hierfür. 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^{9,10,11,12}, Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck, Fettstoffwechsel-Störungen, Gelenkproblemen und Essstörungen treten immer häufiger und in immer jüngeren Jahren auf. Etwa 23 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland leiden an chronischen Krankheiten¹³. Mit diesen Krankheiten ist oft auch eine eingeschränkte Lebensqualität verbunden. Ungefähr 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben Haltungsschäden und etwa fünf Prozent zeigen gravierende motorische Auffälligkeiten (z. B. Hyperaktivität, Aggressivität)¹⁴.

Auffallend ist der hohe Anteil psychischer und psychosomatischer Störungen, die bei 15 Prozent der Heranwachsenden auftreten⁷. Die Hauptursachen hierfür liegen in der Reizüberflutung durch zu viel Fernsehkonsum und Computerspiele sowie in Leistungs- und Termindruck, in Bewegungsmangel und in Konflikten in der Familie.

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 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 Problemen als ihre Altersgenossen^{15,16}.

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 Wi-

derstandskraft 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 gut geführten 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 in dieser biografischen Übergangszeit Mutter und Kind noch eine (förderbare) Einheit bilden, 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

^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.“
Quelle: <http://www.good-practice.de/3349.php>



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 zur frühen Hilfe 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“¹⁷. Als Themen der frühkindlichen Gesundheitsförderung bieten sich z. B. an:

- 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 Aufmerksamkeitsdefizit).
- Gesunde Nachbetreuung von Müttern und zielgruppenorientierte Stillförderung: Bessere Verzahnung der Nachsorge durch Hebammen und Kinderärzte mit den sozialen Unter-



stützungsangeboten 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 allein erziehende 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

Der Kindergarten bildet 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 ihr Körpergefühl, Geschicklichkeit und Fitness – Voraussetzungen für ein auch im Erwachsenenalter bewegtes Leben (vgl. Kapitel 10.1). 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 zum Kindergarten eingeschlossen sein, da sich dadurch u. a. auch gesunde Gewohnheiten auf Familien und die Nachbarschaft übertragen lassen.

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 erheblichen 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 mit einbeziehen, um eine Rückwirkung auf das familiäre Umfeld zu ermöglichen sowie die dort vorhandenen Ansätze für eine gesunde Ernährungskultur zu nutzen und zu verstärken.

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 zielgruppenspezifisch 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.

Ganz zentral für eine „Gesunde Schule“ sind Netzwerke für eine Zusammenarbeit mit den Schülern, Eltern, Lehrern, 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 (vgl. Kapitel 10.1). Wichtig ist dabei, wie in den Kitas, die Multimodalität der Programme. Dabei gehen Lehrerbildungen, 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 (Tanz, Bewegungstheater, Rhythmusperformance) an. Als guter Ansatz für den schulischen Bereich, unter anderem auch bei der Bewegungsförderung, hat sich der Einsatz von Peer-Vorbildern bewährt⁵⁴. Peers sind Gleichaltrige, die der Zielgruppe einer Maßnahme der Gesundheitsförderung angehören und in dieser als Multiplikatoren dienen können (vgl. Kapitel 8.3).

Die Lebenschancen von Heranwachsenden werden durch Suchtverhalten langfristig dezimiert. Hier sind neben dem heute vor allem durch binge-drinking gekennzeichneten riskanten Alkoholkonsum auch folgende drei Aufgaben für die Prävention zu nennen: a) Vorbeugung von Essstörungen, die gerade bei Mädchen und jungen Frauen erheblich zugenommen haben, b) Vorbeugung von Spielsucht am Internet sowie süchtigem Online-Verhalten durch Steigerung der Medienkompetenz, c) Vorbeugung von Rauchen bei der Zielgruppe Mädchen und junge Frauen – in dieser Gruppe hat sich vor allem das Rauchen an Gymnasien rasant nach oben entwickelt.

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 zunehmen¹⁸. Dies hat zum einen mit dem niedrigen Geburtenniveau und zum anderen mit der gestiegenen und voraussichtlich weiter steigenden Lebenserwartung zu tun¹⁹. Eine Bevölkerungsvorausrechnung zeigt, dass bereits im Jahr 2030 doppelt so viele über 60-Jährige wie unter 20-Jährige in Baden-Württemberg leben werden¹⁹. 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. Und das Alter nimmt eine immer größere Lebensspanne ein. 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 meis-



ten 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 nachlassender 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^{20,21}. 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, aber auch der 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 fort²². 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 Gesundheit²³. 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 % des durchschnittlichen Einkommens erzielen, liegt bei 56,8 (60,8) Jahren²⁴. Die gesunde Lebenserwartung von Männern (Frauen), welche über 150 % 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.

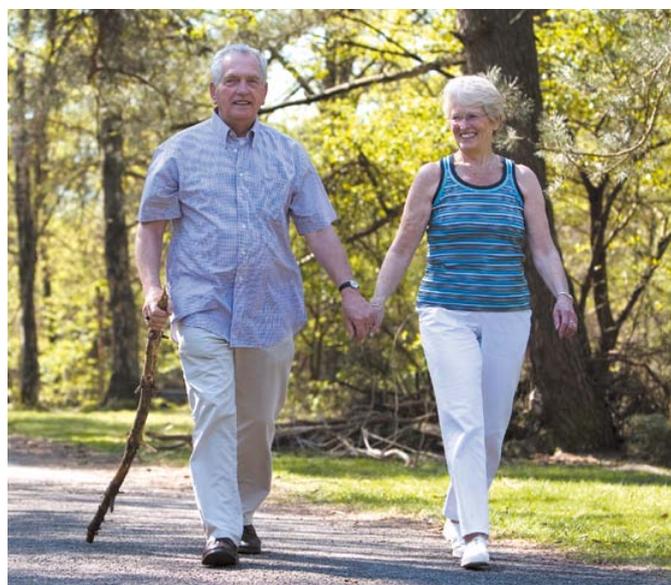
Alte Menschen werden oft mit Pflegebedürftigen gleichgesetzt. Pflegebedarf tritt aber in der Regel erst im hohen Alter auf. Bei Menschen im Alter zwischen 65 und 69 sind nur ca. 20 Prozent in eine Pflegestufe eingruppiert. Erst bei den ab 90-jährigen Frauen ist es die Mehrheit (53,6 Prozent)²⁵. Auch 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^{26,27,28,29}. Sie ist ein wichtiger Faktor, um individuelle Mobilität zu erhalten und altersbedingte Gesundheitsprobleme zu vermeiden oder zu verzögern^{30,31}. 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 Pflegebedürftigkeit³².

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 getragen³³. 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 Alter³⁴. Die Potenziale älterer Menschen sind vielfältig³⁵, z. B. im Bereich von Kreativität oder im Bildungsbereich. Die kommunale Gesundheitsförderung kann hierzu eine essenzielle präventive Basis bereitstellen, in dem 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) unterscheiden³⁶. 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 Menschen³⁷.

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 transportieren³⁸. Ältere Menschen können Ihre *Kenntnisse* aber genauso gut in anderen Bereichen *vermitteln*, z. B. im hauswirtschaftlichen Bereich. Denkbar sind auch *Themenachmittage* für die ganze Kommune z. B. zum Thema „Leben in XY, damals und heute“, bei denen 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 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 kön-

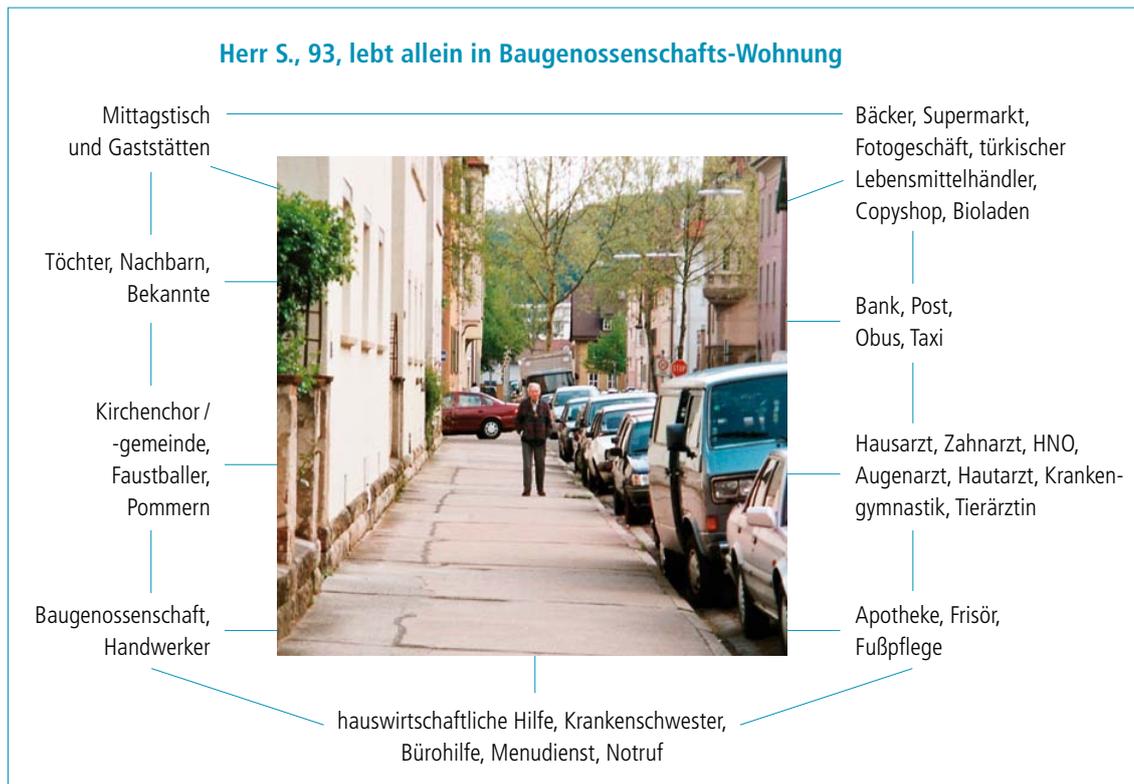


Abbildung 1: Beispiel an Bedingungen für ein selbst bestimmtes Leben im Alter⁴¹.

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

Auch eine gesunde 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 gehen³⁹ – eventuell auch, sich zurechtzumachen oder überhaupt aufzustehen. Eine andere Untersuchung hat gezeigt: Mit Anderen kommt man beim Einkaufen, in der Gastronomie – Cafés, Gaststätten –, im öffentlichen Raum, an Haltestellen deutlich häufiger in Kontakt als in sozialen und kulturellen Einrichtungen⁴⁰.

Selbständig und selbstbestimmt altern

Die soziale Einbindung zu fördern wird angesichts des mit hohem Alter deutlich steigenden Anteil der Alleinlebenden (vor allem der Frauen) und drohender Vereinsamung immer wichtiger. Wie ein selbstständiges und gelungenes Leben auch im Alter aussehen kann, veranschaulicht das Beispiel in Abbildung 1. Das Beispiel zeigt nicht zuletzt, wie wichtig – auch für die sozialen Kontakte – die physischen, stadträumlichen Verhältnisse sind, das Quartier: 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, Ärzte und 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 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.

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, Stadtbürger, 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“⁴² ist nicht nur im Alter von Bedeutung, sondern auch für Menschen mit Behinderungen, für Familien mit behinderten Kindern und bei vorübergehender Krankheit.

Und schließlich gibt es das hohe und mühsame Alter, die Pflegebedürftigkeit bis hin zum Tod. Selbst wenn es zuhause nicht mehr geht, haben Einrichtungen ihre Vorzüge, die im Quartier verankert, mit ihm städtebaulich und funktional verflochten sind, Leben ins Haus holen und eine Ausstrahlung auf das Quartier haben. Auch sterben möchten die meisten am liebsten zuhause. Und wo der Friedhof noch nicht aus der Stadt verbannt, sondern Teil des Stadtquartiers ist, wird dies heute als Lebensqualität wieder geschätzt – nicht zuletzt als Ort der Besinnung und als Ziel für regelmäßige Spaziergänge.



4 Wie gelingt erfolgreiche Gesundheitsförderung?



Abbildung 2: Der PQ-Zyklus⁴³.

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 Gesundheitsinitiativen tragen zudem die Phasen der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ-Zyklus⁴³; Abb. 2) bei, die in den folgenden Kapiteln praxisnah beschrieben sind:

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

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: 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 hier 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. Die Arbeitsmaterialien *Logbuch* (s. Kapitel 10.5) und *kommunaler Gesundheitsförderungsplan* (s. Kapitel 10.4) dienen als Beispiele, wie eine übersichtliche Dokumentation mit möglichst geringem Aufwand gelingen kann.

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.

⁴³ Ausführliche Informationen zum PQ-Zyklus mit praxisnahen Beispielen finden sich unter www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de.

Logbuch für Maßnahmen, Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit

Um einen Überblick über alle Veranstaltungen, Aktionen, Maßnahmen, Angebote und die Öffentlichkeitsarbeit zu behalten und um Erfahrungen festzuhalten, sind diese in einem **Logbuch** zu dokumentieren. Mögliche Inhalte sind:

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

Sozial benachteiligte Menschen erreichen

Menschen, die unter schwierigen sozialen Bedingungen leben, verfügen über schlechtere Gesundheitschancen und besitzen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Gleichzeitig gelten sozial benachteiligte Menschen als „schwer erreichbare Zielgruppe“, weil „mittelschichtorientierte“ Angebote ihre besondere soziale Lage und ihre Voraussetzungen nicht berücksichtigen. Das führt oft dazu, dass die Gruppen mit den größten Problemen nicht nur nicht erreicht werden, sondern dass sich die Schere der Ungleichheit weiter öffnet, weil die „Bessergestellten“ von diesen Angeboten durchaus 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} beachtet (vgl. Kapitel 8):



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

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 weiterzuentwickeln, so dass soziale und gesundheitliche Chancengerechtigkeit verbessert wird¹⁰⁸. Diese politische Aufgabe ist dem Arbeitsfeld Gesundheitsförderung vorgelagert und kann durch die Arbeit der Fachleute nicht ersetzt werden.

5 Wie wird die Bevölkerung 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 betreffen⁴⁴. Beteiligung und Teilhabe sind wesentliche Bestandteile und Erfolgsfaktoren der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 4, 6 und 7). Die Zielgruppe einer kommunalen Initiative der Gesundheitsförderung (Kinder, Jugendliche, Eltern und/oder ältere Menschen) sollten von Beginn an, im Netzwerk der Initiative, bei der Bestands- und Bedarfsanalyse, der Zielfestlegung sowie

der Planung, Durchführung und Auswertung von Maßnahmen und Angeboten beteiligt werden. Angebote und Aktivitäten, die von der Bevölkerung selbst initiiert werden, drücken deren Interesse und Bedarf aus und sollten unterstützt werden.

Da die Beteiligung ein Querschnittsthema darstellt, finden sich in den nachfolgenden Kapiteln vielfache Hinweise zur Integration und Beteiligung der Bevölkerung. Beteiligung ist immer verknüpft mit einem freiwilligen Engagement. Dieses Engagement in Vereinen, Bürgerinitiativen oder Nachbarschaftshilfen ist für viele Menschen fester Bestandteil des Lebens und ist wichtig für unser Gemeinwesen. Das verdient

Programme	Beschreibung
Bürgermentorinnen und Bürgermentoren	Die Initiative des Landesnetzwerks Bürgerschaftliches Engagement in Baden-Württemberg verfolgt das Ziel, einzelne Bürger als Mentoren dazu zu qualifizieren über ihre eigenen Interessen hinaus die Anliegen von Vereinen, Organisationen und Initiativen zum Gemeinwohl aller in ihrer Kommune zu vernetzen. www.sozialministerium.de/de/Buergermentorinnen_und_Buergermentoren/97412.html
Freiwilligendienste aller Generationen (FDaG)	Das Programm unterstützt freiwillig Engagierte jeden Alters, in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen, im Rahmen von Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen sowie einem Praxishandbuch. www.freiwilligendienste-aller-generationen.de/freiwilligendienste-aller-generationen.html

>>>

Handbücher	Beschreibung
Ausgezeichnet! Kinder- und Jugendengagement wirksam fördern	Die Broschüre befasst sich mit der Frage, wie kommunale Initiativen organisiert werden können, damit das Engagement „aktiv zu werden“ bei Kindern- und Jugendlichen gefördert und aufrecht erhalten wird. www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-AE623902-795FCF49/bst/hs.xsl/29854_77541.htm
Mehr Partizipation wagen. Argumente für eine verstärkte Beteiligung von Kindern und Jugendlichen	Dieses Buch erläutert die Bedeutung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Politik und liefert Handlungsempfehlungen, wie Kommunen alle Altersgruppen an kommunalen Entscheidungen beteiligen. www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-AE623902-795FCF49/bst/hs.xsl/29854_77541.htm
„mit Wirkung!“ in der Praxis. Erfahrungen – Ergebnisse – Erfolge	Diese Broschüre präsentiert Erfahrungen von Kommunen beim Thema Partizipation und beleuchtet Erfolgsfaktoren. www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-2A3E8A68-10607D5A/bst/hs.xsl/29854_77541.htm
Das vielfältige Engagement älterer Menschen als gesellschaftliche Ressource erkennen	Die Broschüre der Bertelsmann-Stiftung beinhaltet Empfehlungen zur sozialen und politischen Partizipation älterer Menschen. www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_22906_22907_2.pdf
Mitgestalten und Mitentscheiden – Ältere Menschen in Kommunen. Leitlinie für das Programm „Aktiv im Alter“	Das Memorandum formuliert Leitlinien und Handlungsperspektiven für die Beteiligung älterer Menschen im Gemeinwesen. www.aktiv-im-alter.net/coremedia/generator/aia/de/08__Downloads/Das_20Memorandum.pdf

Tabelle 2: Programme und Informationsquellen zu „Partizipation“ und „Engagementförderung“.

Anerkennung. Viele ältere Menschen suchen im Ruhestand nach Herausforderungen und Aufgaben, um ihr Leben weiter aktiv und abwechslungsreich gestalten zu können⁴⁵. 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. Darüber hinaus kann sich die Beteiligung auch positiv auf die Gesundheit der Engagierten auswirken⁴⁶.

In Baden-Württemberg bieten die Programme „Bürgermentoringen und Bürgermentoren“ sowie „Freiwilligendienste aller Generationen“ Qualifizierungsmöglichkeiten für freiwillig Engagierte (Tab. 2). Zur weiteren Stärkung des freiwilligen Engagements hat die Landesregierung Sammelverträge zur Unfall- und Haftpflichtversicherung für bürgerschaftlich und ehrenamtlich Tätige in Baden-Württemberg abgeschlossen (www.ecclesia.de/fileadmin/Dokumente/Service/Ehrenamt/Flyer_Versicherung_BW_2010.pdf).



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 Be-

völkerung 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. Als Titel bietet sich z. B. „Gesund aufwachsen und leben in Kommune XY“ an. 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^E. Erreicht wird dieses Ziel durch gemeinsame kommunale Gesundheitsförderungsplanung.



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 Ärzte, einzelne engagierte 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.

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

Die Kommunalverwaltung beteiligen

Von ganz besonderer Bedeutung sind hier die Bürgermeister, ohne deren Unterstützung kommunale Gesundheitsförderungsplanung nicht zum Erfolg führt. Um die 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. 3). In Mittelstädten (Große Kreisstädte, ab 20 000 Einwohnern) und Großstädten gibt es zusätzlich 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 Themen u. a.) abhängen.

Es ist durchaus vorteilhaft, wenn bereits vor einem Gespräch mit dem Bürgermeister wichtige Schlüsselpersonen in der Kommune Unterstützung zusagen. Bei diesen Schlüsselpersonen kann es sich z. B. um Gemeinderäte, Ressortleiter (z. B.



Hauptamt, Wirtschaftsförderung, Bildung, Kultur, Jugend und Soziales), Vereinsvorstände, Rektorinnen oder andere Personen mit Einfluss und Ansehen handeln.

Zu bedenken ist, dass 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 dem Bürgermeister, in Ruhe darüber nachdenken und die Informationen an andere Ämter weitergeben zu können.

Nutzen kommunaler Gesundheitsförderung

- 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.
- Die Gesundheit der Bürger wird gestärkt, gefördert und verbessert (Gesundheit ist ein wichtiger Faktor für die Entwicklung des Gemeinwesens).
- Die Familien- und Generationenfreundlichkeit der Kommune wird erhöht^f.
- Gesundheit sowie Familien- und Generationenfreundlichkeit sind wichtige Standort- und Wirtschaftsfaktoren (bei der Werbung um Einwohner, Familien und Unternehmen).
- Sozialausgaben werden reduziert.
- Die Kommune verbessert ihr Image und hebt sich von anderen Kommunen ab.
- Die Bürger sind zufriedener und ihre Bindung an die Stadt erhöht sich (z. B. durch die Möglichkeit, an den Rahmenbedingungen für ihr eigenes Lebensumfeld mitzuwirken).
- Bedarfsangepasste und zielgruppenspezifische Maßnahmen und Angebote der Gesundheitsförderung werden erstellt und Gesundheitsdienste optimiert.
- Ressourcen werden eingespart und neu erworben (z. B. durch Sponsoren).
- Doppelstrukturen werden vermieden.
- Unter-/Übersorgung wird identifiziert.

Tabelle 3: Beispiele für den Nutzen kommunaler 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 kommunalen Gesundheitsförderungsplanung durch einen Gemeinde-/Stadtratsbeschluss 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 vom Gemeinderat finanzielle Ressourcen bewilligt zu bekommen. 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.

^f Für Kommunen ist Familienfreundlichkeit eines der wichtigsten Zukunftsthemen. In einer aktuellen repräsentativen Befragung hauptamtlicher Bürgermeister nimmt das Handlungsfeld Familie/Jugend/Kinder einen Spitzenplatz unter besonders wichtigen kommunalen Politikfeldern ein (http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_26210_26211_2.pdf).

Eine Koordinationsstelle für kommunale Gesundheitsförderungsplanung bestimmen

Kommunale Gesundheitsförderungsplanung und die Vernetzung gesundheitsförderlicher Angebote (z. B. zu Bewegung und gesunder Ernährung) erfordern eine Koordinationsstelle. Diese bildet eine zentrale Schnittstelle, welche die unterschiedlichen kommunalen Akteure koordiniert, informiert und motiviert (Tab. 4). Ohne diese Koordination wird die Zusammenarbeit übermäßig zeitintensiv und ineffektiv. Die Fachkraft, welche diese Stelle übernimmt, sollte möglichst über folgende Qualifikationen verfügen⁴⁷:

- Moderations- und Motivationsfähigkeit
- Kontakte vor Ort haben und die Strukturen kennen
- Organisationstalent
- Eigenmotivation
- Teamfähigkeit

Da die Koordinationsstelle zwischen vielfältigen Akteuren aus Politik, Verwaltung, weiteren Institutionen sowie der Fachebene und den Bürgern vermittelt, hat sie darauf zu achten, sich nicht von einzelnen Akteuren vereinnahmen zu lassen⁴⁷. 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 zum Bürgermeister sichergestellt ist, so dass 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 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 (vgl. Kapitel 6.4) zu gründen, die strategische und finanzielle Entscheidungen im Rahmen der Initiative trifft. In dieser sollten zumindest die Gemeinde- oder Stadtverwaltung durch den Bürgermeister, die Leitungen der beteiligten Ämter (z. B. Sozial-, Senioren-, Jugend-, Schul- und Sportamt), die Koordi-

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 dem Bürgermeister und dem Gemeinde- / Stadtrat kommunizieren
- Die Bestands- und Bedarfsanalyse sowie die Ableitung von Zielen, Maßnahmen und Angeboten der Gesundheitsförderung koordinieren
- Die Umsetzung der Maßnahmen und Angebote koordinieren
- Die Öffentlichkeitsarbeit der Initiative leiten
- Alle Schritte der kommunalen Gesundheitsförderung dokumentieren und die Zielerreichung überprüfen

Tabelle 4: Aufgaben der Koordinationsstelle für kommunale Gesundheitsförderungsplanung.

nationsstelle der kommunalen Gesundheitsförderung und die Quartiersmanagerin der „Sozialen Stadt“ vertreten sein. Zudem können z. B. ein Vertreter des zuständigen Gesundheitsamtes, Mitglieder des Stadt- bzw. Gemeinderates oder auch engagierte Bürger aufgenommen 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. Kapitel 2) an. Für die einzelnen Altersgruppen können dann, innerhalb der Initiative, parallele Arbeitskreise (vgl. Kapitel 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 – familienfreundliche 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 erweitern⁴⁸. 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. 3). Das Thema „Gesundheitsförderung“ betrifft alle Fachbereiche einer Kommune – gerade auch diejenigen, die sich nicht vorrangig mit sozialen, sondern mit baulichen Fragen und Stadtplanung beschäftigen (vgl. Kapitel 8.2). 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 ar-

beitsfähige Anzahl an Akteuren zur Mitarbeit zu gewinnen. Ein Netzwerk kann jederzeit um relevante Partner und engagierte Bürger erweitert werden.

Vor- und Nachteile einer Zusammenarbeit abwägen

Mit anderen Institutionen und Akteuren zusammenzuarbeiten, ist mit Vorteilen, aber auch mit Nachteilen verknüpft (Tab. 5). 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 fördern⁴⁹. Um Fördermittel für Gesundheitsförderung zu erhalten sind in der Regel Projektanträge zu stellen und 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 hohen 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 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-, Jugend- 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 wünschens-

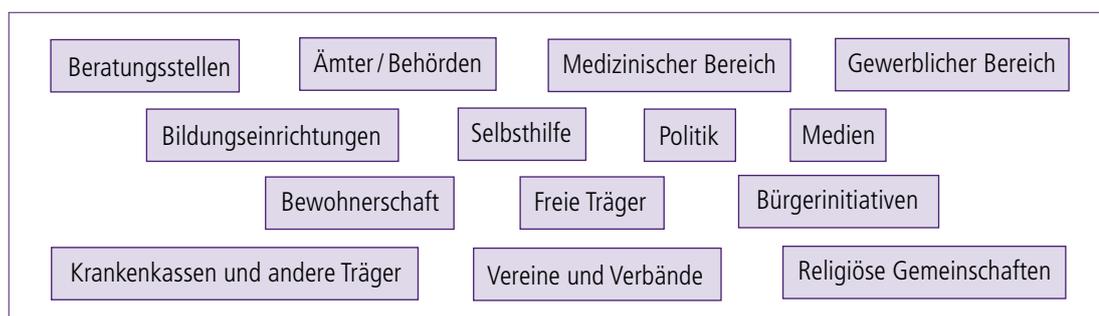


Abbildung 3: Bereiche mit möglichen Kooperationspartnern für kommunale Gesundheitsförderung.

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 Erfahrungen

NACHTEILE

- hoher Organisations- und Koordinationsaufwand
- erheblicher Zeitaufwand
- unterschiedliche Ziele und Vorstellungen
- Unausgewogenheit der Ressourcen
- Rivalitäten zwischen Berufsgruppen
- mangelndes Verständnis für unterschiedliche Organisationsstrukturen und Arbeitsmethoden
- Verlust an Kontrolle

Tabelle 5: Beispiele für Vor- und Nachteile einer Zusammenarbeit.

wert, 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 mögliche sowie vorhandene Partner und Netzwerke sollten in einer Liste aufgeführt werden. Die **Übersicht Netzwerkpartner** (s. Kapitel 10.3) 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.

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 Treffen mit einem oder mehreren potenziellen Partnern das Anliegen der kommunalen Initiative dargestellt werden. Die

Einladung sollte durch den Bürgermeister erfolgen. Dies betont die Bedeutung der kommunalen Initiative und der Zusammenarbeit mit den örtlichen Akteuren für die Kommunalverwaltung.

Bei diesem ersten Treffen 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 eigenen Ideen und Strategien offen darzustellen, die Ziele sowie Inhalte der geplanten kommunalen Initiative zur Gesundheitsförderung zu erläutern und darzustellen, was von den Partnern erwartet wird. Eine gemeinsame Kommunikationsbasis kann geschaffen werden, indem zunächst über die geplante kommunale Initiative und dessen Nutzen informiert wird. Neben der Bedeutung und dem Nutzen von Gesundheitsförderung (z. B. Bereitstellung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen



Partner	Nutzen für die Kommune und die Bevölkerung	Nutzen für den Partner
Ärzeschaft	<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 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 6: Beispiele für den Nutzen von kommunaler Gesundheitsförderung für verschiedene Gruppen.

in der Schule, im Wohnumfeld und in Senioreneinrichtungen sowie Ermöglichung von ausgewogener Ernährung und regelmäßiger Bewegung) für alle Bevölkerungsgruppen ist der Nutzen kommunaler Gesundheitsförderung für die Kommune und die potenziellen Partner darzustellen.

Nur wenn eine sogenannte „win-win-Situation“ entsteht, bei der alle Beteiligten gewinnen, kann eine Zusammenarbeit langfristig gelingen. Manche Beteiligten profitieren vielleicht primär nicht vom gesundheitsförderlichen Ziel, erhalten aber z. B. einen Wettbewerbsvorteil gegenüber der Konkurrenz oder erfahren eine positive Außenwirkung durch die Zusammenarbeit (Tab. 6).

Am Ende dieses ersten Treffens sollte klar sein, ob für die ausgewählte(n) Institution(en) eine Zusammenarbeit in Frage kommt oder nicht. Alle Teilnehmer sollten eine Zusammenfassung des Vorhabens und der Vorteile einer Zusammenarbeit der kommunalen Akteure erhalten. Diese dient den Anwesenden als Gedächtnisstütze oder als Unterlage für Gespräche mit Kollegen oder Vorgesetzten.

6.3 Zusammenarbeit gestalten

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 wenige 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 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. 4) gegründet werden, die mit Mitarbeiterinnen aus der Fachebene von Institutionen besetzt sind. Solche Arbeitskreise sind z. B. denkbar für

- kurzfristige Aufgaben (z. B. Erstellung eines Gesundheitswegweisers – s. Kapitel 8.4, 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 beraten und 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.

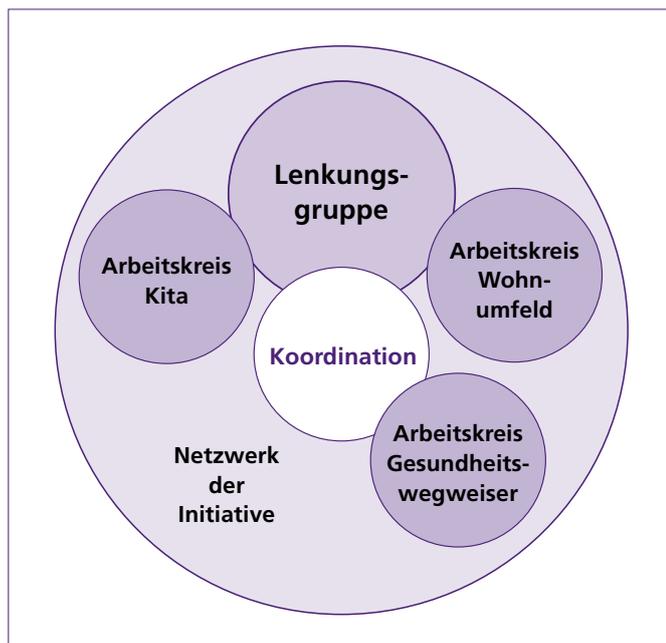


Abbildung 4: Beispiel für die Struktur einer Initiative zur kommunalen Gesundheitsförderung.

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 Ergebnis-

se 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 und -medien schaffen

Fest etablierte Kommunikationskanäle (z. B. Austausch von Telefonnummern und E-mail-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.

Entscheidungswege und Befugnisse festlegen

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 einzelnen 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.

6.4 Zusammenarbeit aufrecht erhalten

Im Laufe der Zeit kann es, aufgrund von Interessensgegensätzen, unterschiedlichen Arbeitsweisen, Konkurrenzdenken und Misstrauen, in jedem Netzwerk zu Unstimmigkeiten und Problemen kommen. Damit eine Zusammenarbeit dauerhaft erfolgreich ist, muss sie kontinuierlich „gepflegt“ werden.

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.

Offenes Klima

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.

Entwicklung von Problemlösungsstrategien

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. Dieses Vorgehen verhindert, dass Probleme eskalieren, was zum Ausscheiden eines Partners führen kann. Wichtig ist, dass die Partner auch bei auftretenden Problemen zusammenhalten und sich gegenseitig unterstützen.



Zeichen der Anerkennung

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 nicht nur „Dienst nach Vorschrift“ erbringen, sondern 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.

Evaluation der Zusammenarbeit

Eine Evaluation, d. h. eine Bewertung der Zusammenarbeit, kann helfen, Fragen wie „Wie verlief bislang die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Institutionen?“ zu beantworten. Dies kann z. B. in Form einer öffentlichen Diskussion bei einem der regelmäßigen Treffen der einbezogenen Akteure und Gruppen geschehen.

7 Wie wird der Handlungsbedarf einer Kommune ermittelt?

JEDE KOMMUNE ist durch individuelle Rahmenbedingungen und Zielgruppen gekennzeichnet. Sowohl Städte und Gemeinden als auch Stadtteile besitzen spezifische Eigenschaften und weisen individuelle Problemkonstellationen sowie Potentiale und Ressourcen für Entwicklungsmöglichkeiten auf. Erfolgreiche Angebote zur Förderung der Gesundheit gehen daher auf die Ausgangslage und den Handlungsbedarf vor Ort ein⁵⁰. Zudem sind diese dann besonders wirkungsvoll, wenn sie auf einzelne Zielgruppen zugeschnitten sind. Eine Bestands- und Bedarfsanalyse ermöglicht,

- einen Überblick über die Angebotslandschaft in der Kommune zu erstellen,
- Über- und Unterversorgung zu erkennen,
- Angebote an den Bedarf vor Ort und an die Lebensbedingungen, Wünsche und Einstellungen der identifizierten Zielgruppen anzupassen,
- Angebote der Öffentlichkeit besser zugänglich zu machen und
- den Erfolg kommunaler Gesundheitsförderung zu messen.

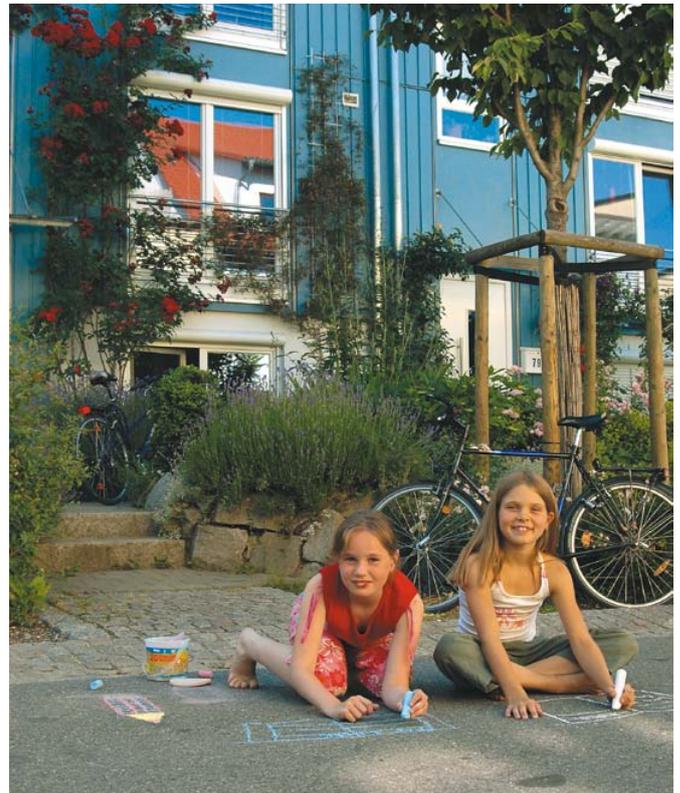
7.1 Bestandsanalyse

Eine Bestandsanalyse umfasst die Analyse von vorhandenen Struktur- und Sozialdaten und Lebensbedingungen sowie Angeboten hinsichtlich der Handlungsfelder Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz, geistige Aktivität und soziale Teilhabe (z. B. für Kinder und Jugendliche oder ältere Menschen).

Struktur- und Sozialdaten analysieren

Bei der Analyse von Struktur- und Sozialdaten (Tab. 7) geht es vor allem darum, dass vor Ort spezielle Zielgruppen identifiziert werden, auf welche in der Maßnahmenplanung besonders einzugehen ist. Dies können z. B. sozial benachteiligte Menschen sein, welchen aufgrund geringer finanzieller Möglichkeiten kaum Angebote zur Verfügung stehen. Leitende Fragen der Analyse können z. B. sein:

- Wie viele Kinder 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 (nach Altersgruppen)?
- Wie groß ist der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung?
- Gibt es spezielle Stadtteile, in denen diese Gruppen besonders stark vertreten sind?

Lebensbedingungen und bestehende Angebote erheben

Ein wichtiges Element kommunaler Gesundheitsförderungsplanung ist, die Lebensbedingungen in allen Lebenswelten so zu gestalten, dass diese den Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen Anreize für eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige Bewegung bieten. Daher sollten die Partner der Initiative gemeinsam zusammentragen, welche Lebensbedingungen in der Kommune vorherrschen (z. B. Zustand der Rad- und Schulwege, bewegungsfreundliche Schulhöfe,

Datenquelle	Beschreibung
Ämter für Statistik	Falls vorhanden, ist das Amt für Statistik eine gute Quelle für kommunale Struktur- und Sozialdaten.
Demografie-Spiegel	Auf www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Demografie-Spiegel/ ist die demografische Situation für alle Gemeinden Baden-Württembergs abrufbar. Enthalten sind Daten zu Themenfeldern wie Familienfreundliches Wohnen, Familie und Beruf, Wirtschaft, Bildung und Qualifikation sowie Integration.
Struktur- und Regionaldatenbank	Daten zu weiteren Themenfeldern und räumliche Auswertungsmöglichkeiten von Landes- bis auf kommunale Ebene. www.statistik-bw.de/SRDB/
Statistik interMaptiv	Der Online-Datenservice stellt 90 Indikatoren der amtlichen Statistik in Form interaktiver Karten für alle Gemeinden Baden-Württembergs dar. www.statistik-bw.de/intermaptiv/archiv/home.asp
Statistik Kommunal	„Statistik Kommunal“ bietet für jede Gemeinde in Baden-Württemberg aktualisierte Daten zu 10 Themenfeldern wie Bevölkerung, Bildung und Kommunalfinanzen. http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/8035yy001.asp
Familienatlas	Der „Familienatlas“ (www.prognos.com/Familienatlas-2007.176.0.html) vergleicht die 439 Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland hinsichtlich ihrer Attraktivität für Familien mit Kindern. Weitere Daten zu den Landkreisen und kreisfreien Städten sind auf interaktiven Karten unter www.prognos.com/Karten.390.0.html abrufbar.

Tabelle 7: Beispiele für Quellen von Struktur- und Sozialdaten.

Getränke- und Nahrungsangebote in Bildungs- und Senioreneinrichtungen, Angebote der Nahversorgung vor allem mit frischen Lebensmitteln sowie öffentlich zugängliche Bewegungsräume wie Spielplätze, Spazierwege, Grün- und Brachflächen).

Zum anderen ist zu erheben, welche Angebote mit Betreuung vorhanden sind, die ein gesundes Aufwachsen und Leben unterstützen (z. B. Angebote zu Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz sowie Angebote zur Stärkung der Erziehungs- und Bildungskompetenz der Eltern). Denn um fundierte Aussagen über fehlende Angebote treffen zu können, muss bekannt sein, wie die derzeitige Angebotsstruktur in einer Gemeinde oder einem Stadtteil beschaffen ist.



Um sich einen Überblick über die Lebensbedingungen und bestehende Angebote zu verschaffen, bietet sich ein Netzwerktreffen mit den Partnern der Initiative an. Für dieses Treffen ist folgendes Vorgehen denkbar:

1. Vorbereitung eines Dokumentes, in dem der Prozess der kommunalen Gesundheitsförderungsplanung dokumentiert wird. Ein Beispiel hierzu bietet der *kommunale Gesundheitsförderungsplan* (s. Kapitel 10.4), mit vielen Anregungen für die Bestands- und Bedarfsanalyse. Weitere Anregungen sind in der Handreichung Familienfreundliche Kommune⁵¹ enthalten.
2. Stellwände mit den Fragen des *kommunalen Gesundheitsförderungsplanes* ermöglichen es, die Diskussionsergebnisse festzuhalten.
3. Ein Einstieg in die Diskussion durch ein „Brainstorming“ öffnet den Blick aller Beteiligten für die gewählten Themen. Dabei werden die Teilnehmenden angeregt, z. B. über Bewegung in der eigenen Kommune nachzudenken und zu diskutieren. Denkbare Fragen sind „Wo bewegen Sie sich selbst gerne?“, „Welche Bewegungsräume haben Sie als Kind gerne genutzt?“, „Wo treffen Sie ältere Menschen an, die sich bewegen?“.
4. Aus dem ermittelten Bestand wird gemeinsam der Bedarf (vgl. Kapitel 7.2) abgeleitet.
5. Das Fotografieren der Stellwände stellt sicher, dass für das Protokoll keine Information verloren geht. Die Diskussionsergebnisse sollten in der Spalte „Bestand und Bedarf“ des *kommunalen Gesundheitsförderungsplanes* dokumentiert werden.



6. Nach dem Treffen werden offen gebliebene Fragen von der Koordinationsstelle der kommunalen Gesundheitsförderung recherchiert und ergänzt.

Die Ergebnisse der Bestandsanalyse ermöglichen es, einen Gesundheits- oder Angebotswegweiser (s. Kapitel 8.4) zu erstellen. Dieser bietet einen systematischen Überblick über alle kommunalen Angebote zur Förderung der Gesundheit, wie Bewegungsräume, Beratungsstellen, Nachbarschaftstreffs sowie Spiel-, Bewegungs- und Ernährungsangebote. Solch ein Wegweiser erleichtert den Zugang der Zielgruppen zu den vorhandenen Angeboten.

7.2 Bedarfsanalyse

Um den Bedarf einer Kommune zu ermitteln, stehen mehrere Wege zur Verfügung⁵⁰:

1. *Normativer Bedarf* ergibt sich aufgrund festgelegter Standards (z. B. für Kinder im Alter von w bis x Jahren sollten y Sportangebote im Umkreis von z Metern in ihrem Wohnumfeld bestehen).
2. *Relativer Bedarf* ergibt sich aus einem Vergleich (z. B. verschiedener Städte oder Stadtteile untereinander).
3. *Subjektiv empfundener Bedarf* ist der Bedarf, wie er von Fachleuten, Betroffenen oder Interessierten aufgrund ihrer Erfahrungen geäußert wird.
4. *Demonstrierter Bedarf* ergibt sich, wenn das Verhalten der Zielgruppe auf einen Bedarf hinweist (z. B. Wartelisten, größere Nachfrage als Angebot).
5. *Zukünftiger Bedarf* ergibt sich aus erwartbaren Veränderungen und deren Konsequenzen (z. B. demografischer Wandel, bevorstehende Eröffnung eines Fast-Food-Restaurants in der Nähe des Schulzentrums oder bevorstehende Schließung des letzten Lebensmittelgeschäfts im Quartier).

Ableitung des Bedarfes aus der Bestandsanalyse

Innerhalb eines Netzwerktreffens kann der Bedarf aus dem ermittelten Bestand abgeleitet und in den *kommunalen Gesundheitsförderungsplan* eingetragen werden. Leitende Fragen sind:

- Welche Angebote gibt es? An welche Zielgruppen richten sich diese?
- Gibt es vernachlässigte Zielgruppen (z. B. sozial Benachteiligte, ältere Männer, Migranten)?
- Gibt es für die verschiedenen Zielgruppen bedarfsgerechte Angebote der jeweils relevanten Handlungsfelder (z. B. Angebote zu Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz, geistige Aktivität und soziale Teilhabe)?
- Gibt es in allen Stadtgebieten genügend öffentliche Bewegungsräume (Spielplätze, Spazierwege, Parks etc.), die von allen Kindern, Jugendlichen und Älteren benutzt werden können und wohnortnah gelegen sind?
- Gibt es Stadtgebiete, in denen potenziell der Handlungsbedarf am größten ist (z. B. Stadtgebiete, in denen viele sozial benachteiligte Familien mit und ohne Migrationshintergrund leben; Stadtgebiete, die in den 1950er bis 1980er Jahren als Neubausiedlungen entstanden sind und in denen jetzt die Zahl älterer Menschen besonders stark ansteigt)?



Beteiligungsverfahren	Beschreibung
Aktivierende Befragung	Hierbei handelt es sich um eine Methode, bei der 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. www.buergergesellschaft.de/praxishilfen/aktivierende-befragung/104060/
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://beteiligung.jugendakademie-bw.de/index.php?seite=7&methodenfinder=ja verfügbar. Weiterführende Informationen bietet http://beteiligung.jugendakademie-bw.de/index.php .
Zukunftswerkstatt	Eine Zukunftswerkstatt ist eine öffentliche Veranstaltung, zu der alle Bürger einer Kommune eingeladen sind. Interessierte diskutieren den kommunalen Bestand und den Bedarf zu vorgegebenen Themen aus verschiedenen Perspektiven. Bürger werden angeregt, Vorstellungen für die gemeinsame Zukunft zu entwickeln, zu diskutieren und umzusetzen. Die Familienforschung Baden-Württemberg bietet Unterstützung bei Organisation und Durchführung einer Zukunftswerkstatt (www.statistik-portal.de/FFKom/srvc_zukunftswerkstatt.asp). Weitere Anregungen bieten Tabelle 9 und www.sowi-online.de/methoden/lexikon/zukunftswerkstatt-boettger.htm .

Tabelle 8: Übersicht gängiger Beteiligungsverfahren.

Die Bevölkerung beteiligen

Kinder, Jugendliche, Eltern, ältere Menschen sowie weitere Mitbürger sind durch ein Beteiligungsverfahren in die Bedarfsanalyse einzubinden. Die breite Beteiligung aller Interessierten hat den Vorteil, dass das Thema von Beginn an in das Bewusstsein von vielen Menschen rückt. Wer bereits mitgeplant hat, wird sich später eher mit den entstehenden Maßnahmen und Angeboten identifizieren und den gesamten Prozess mittragen. Zudem werden direkte und lebensnahe Informationen gesammelt, die es ermöglichen, Angebote und Maßnahmen auf die Interessen und Wünsche der Zielgruppen auszurichten. Erfolgreiche Angebote gehen auf die Lebensbedingungen vor Ort ein und nutzen die ermittelten Potentiale der Bevölkerung (vgl. Kapitel 8).

Kinder und Jugendliche können z.B. durch Fotostreifzüge oder Stadtteilbegehungen beteiligt werden (Tab. 8). Für ältere Menschen eignen sich unter anderem „Stadtteilspaziergänge“ und „Aktivierende Befragungen“ (zum Beispiel zu den Themen „Ernährung und Bewegung – früher und heute“). Anschließend empfiehlt sich eine Einladung aller Bürger zu einer Zukunftswerkstatt.

Den durch die Beteiligungsverfahren ermittelten Bedarf ist im **kommunalen Gesundheitsförderungsplan** (s. Kapitel 10.4) zu dokumentieren. Um die Bevölkerung über das Geschehen zu informieren, ist eine Pressemitteilung über die Beteiligungsverfahren, den ermittelten Bedarf und das weitere Vorgehen sinnvoll.



Planung einer Zukunftswerkstatt

1. Der Termin ist so zu planen, dass gleichzeitig keine anderen wichtigen Ereignisse stattfinden. Der Bürgermeister sollte die Veranstaltung als Schirmherr eröffnen, um die Bedeutung des Anliegens und das Engagement der Kommune zu verdeutlichen.
2. Bei einer Bewirtung sollten gesunde Lebensmittel^G angeboten werden (Mineralwasser, Obst etc.).
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 Medienvertreter (Zeitungen, kostenlos verteilte Anzeigenblätter, Lokal-Rundfunk und -Fernsehen) und alle relevanten Akteure sollten eine Einladung inkl. Programmablauf erhalten. Die Einladung sollte generell im Namen des Bürgermeisters erfolgen.
5. Flyer und Plakate können in Institutionen und Geschäften die Bevölkerung informieren (vgl. *Flyer Zukunftswerkstatt, Poster Zukunftswerkstatt* – Kapitel 2).
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).

Durchführung einer Zukunftswerkstatt

1. Die Ergebnisse der Bestandsanalyse können an Stellwänden oder durch eine Präsentation dargestellt werden. 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 Teilnehmer können durch Klebepunkte priorisieren, welchen Bedarf sie als am dringlichsten erachten. Dabei bekommt 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 jeweils zuständig ist.

Tabelle 9: Planung und Durchführung einer Zukunftswerkstatt.

^G Der Begriff „gesunde Lebensmittel“ wird verwendet, da er in der Alltagssprache etabliert ist. Allerdings sind es nicht die einzelnen Lebensmittel, sondern die Ernährungsweise und Lebensstile, die für die Gesundheit verantwortlich sind.

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 Gesundheitsförderungsplanung einbezogen werden. Ziel ist es nicht, das Rad neu zu erfinden, sondern Bestehendes um gezielte Maßnahmen und Angebote zu ergänzen und auch an die Zielgruppe(n) zu kommunizieren.

Bei kommunaler Gesundheitsförderungsplanung sind, ausgehend vom ermittelten kommunalen Bedarf, zuerst die angestrebten Ziele (Kapitel 8.1) zu definieren (vgl. Abb. 5). 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 ermöglichen^{5,52} – 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, bei denen eine Änderung von Wissen, Einstellungen und Verhalten einer Zielgruppe angestrebt wird (z. B. angeleitete Bewegungsangebote). Zudem ist eine aktive Öffentlichkeitsarbeit (Kapitel 8.4) wichtig, um die Angebote auch bekannt zu machen und das Thema Gesundheit im gesellschaftlichen Leben der Stadt oder Gemeinde zu verankern. Anregungen und fachliche Schwerpunkte der Gesundheitsförderung für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen sind auch in Kapitel 3 enthalten.

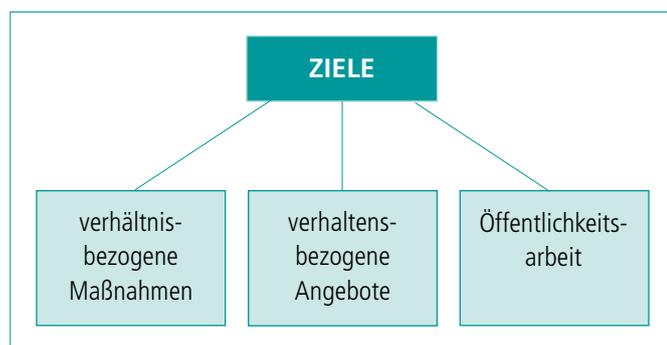


Abbildung 5: Elemente kommunaler Gesundheitsförderung.



Um die eigenen Aktivitäten stetig verbessern und die Zielerreichung überprüfen zu können ist es wichtig, alle Schritte der Planung und Durchführung kommunaler Gesundheitsförderung zu dokumentieren (vgl. Kapitel 4). Hierbei unterstützen die Arbeitsmaterialien Logbuch (s. Kapitel 10.5) und kommunaler Gesundheitsförderungsplan (s. Kapitel 10.4).

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 Multiplikatoren fördert die Nachhaltigkeit (vgl. 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 (vgl. Kapitel 7.2) geschehen, bei der gemeinsam Ziele definiert werden.

Die Festlegung von Zielen bildet die Grundlage^{47,53} 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 ange-

legt, Teilziele dagegen meist kurz- und mittelfristiger Natur. Teilziele tragen zur Erreichung von Oberzielen bei und legen zudem konkrete Maßnahmen nahe (Tab. 10; Tab. 11). Die Teilziele sollten sich immer am ermittelten Bedarf und den betreffenden Zielgruppen orientieren und im **kommunalen Gesundheitsförderungsplan** (s. Kapitel 10.4) 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“⁵.

Ziele sollten positiv sowie für alle Beteiligten einfach, klar und verständlich formuliert sein^{53,55} und die SMART-Regel⁵⁶ (Tab. 12) erfüllen. Nicht alle Ziele sind auf Anhieb erreichbar und teilweise sind sie nach einer Überprüfung der Zielerreichung anzupassen.

Oberziel: Die Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen ist erhöht, Belastungen/belastende Einflüsse sind reduziert.

Exemplarische Teilziele

1. Familien in Belastungssituationen sind durch niedrigschwellige ggf. kultursensible Angebote gezielt und ressourcenorientiert unterstützt.
2. Kinder, Jugendliche und ihre Eltern haben einen kompetenten Umgang mit Medien.

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Sensibilisierung der Akteure der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Ziel, Gesundheitsförderung als fachlichen Standard in der Kinder- und Jugendhilfe zu etablieren
- Eltern erhalten Angebote, positive Erziehungskompetenzen aufzubauen (Elternkompetenztrainings o. ä.).

Oberziel: Bewegung von Kindern und Jugendlichen ist gefördert, Bewegungsmangel ist reduziert.

Exemplarische Teilziele

1. Die Elternkompetenzen zur Förderung der Bewegung von Kindern sind gestärkt.
2. Das Wohnumfeld von Familien regt zur Bewegung an.
3. Körperliche Aktivität ist fester Bestandteil des Familienalltags.

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Beratung zur Bewegungsförderung wird in die Beratung Schwangerer und die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter integriert.
- Kommunen und Sportvereine bieten zielgruppengerechte Spiel- und Bewegungsangebote insb. für sozial benachteiligte Familien an.

Oberziel: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert.

Exemplarische Teilziele

1. Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in Schulen ist gewährleistet und orientiert sich an konsentierten Qualitätsstandards.
2. Die Kompetenzen der Lehrkräfte zur Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens aller Schülerinnen und Schüler sind gestärkt. Die Lehrkräfte kooperieren diesbezüglich mit den Eltern.

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Lehrkräfte, Eltern, Schülerinnen und Schüler sind an der Ausgestaltung der Schulverpflegung beteiligt.
- 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

Exemplarische Teilziele

1. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens, der Eingliederungshilfe und Rehabilitation sind auf allen Ebenen vernetzt.
2. Die Übergänge zwischen den einzelnen Bildungseinrichtungen sind erleichtert und eine enge Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätten und Schulen gewährleistet.

Beispielhaft geeignete Maßnahme

- Es gibt familienaufsuchende Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder, um die Eltern zur Kooperation zu motivieren und zu befähigen.

Tabelle 10: Ziele und Maßnahmen für ein gesundes Aufwachsen (Quelle: BMG, 2010: Nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“, 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 11: Beispiele für Ober- und Teilziele zur Förderung der Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte (Quelle: BZgA, 2011, S. 2054).

Jedes Ziel soll sein:	Damit ist gemeint:
Spezifisch	Aus dem Ziel muss hervorgehen, was sich in welchem Umfang und bei welcher Zielgruppe verändern soll.
Messbar	Es muss überprüf- bzw. messbar sein, ob das Ziel erreicht wurde.
Angemessen	Das definierte Ziel soll angemessen und herausfordernd sein.
Realistisch	Das Ziel muss unter den gegebenen Bedingungen erreichbar sein. So können Enttäuschungen der Beteiligten vermieden werden.
Terminiert	Es muss definiert sein, wann das Ziel erreicht werden soll.

Tabelle 12: 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 Menschen⁵³. So kann die Wohnumgebung zum Aktivsein einladen oder dieses auch behindern, wenn sie unattraktiv ist oder das Sicherheitsbedürfnis nicht erfüllt¹⁰⁶.

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 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 oder sozialem Status. Sozial benachteiligte Menschen werden erreicht, ohne sie durch Sonderprojekte und Sonderbezeichnungen zu stigmatisieren. Daher sollten sich die Maßnahmen und Angebote kommunaler Gesundheitsförderungsplanung nicht nur auf das Ver-



halten 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^{26, 28, 31, 57, 58, 59, 60}. 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^{61, 62, 63, 64}.

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. Beispiele zur Gestaltung der Wohnumgebung finden sich in Tabelle 12 sowie in den Berichten „Strukturelle Bewegungsförderung in der Gemeinde“⁶⁵ und „Gebaute Umwelt und körperliche Aktivität“⁶⁶. 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 kommen⁴⁰.

Damit Kinder von klein auf eine Bewegungskultur erwerben können, hat die bewegungsfreundliche und zu Bewegung animierende Umwelt alters- und geschlechtsspezifische Bedürfnisse zu berücksichtigen⁶⁷. 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 lässt⁶⁸ – 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 13 enthält empfehlenswerte Maßnahmen, um in der Kommune gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen. In der *Broschüre zu Angeboten und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung* (vgl. Kapitel 2) sind zudem empfehlenswerte Angebote der Gesundheitsförderung sowie Beratungsstellen und Handlungshilfen beschrieben, die bei der Umsetzung dieser Maßnahmen unterstützen und weitere Anregungen bieten. Für jedes definierte Ziel sind, gemeinsam mit den Akteuren des kommunalen Netzwerkes, passende Maßnahmen und Angebote auszuwählen und im *kommunalen Gesundheitsförderungsplan* (s. Kapitel 10.4) zu dokumentieren.



Maßnahmen zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen

- Schulen, Kitas und Versorgungseinrichtungen (z. B. Märkte und Läden), kulturelle Angebote und Nachbarschaftstreffpunkte sollten fußläufig erreichbar sein, um die Alltagsaktivität zu fördern^{36, 65, 66, 67}.
- Stehen Gemeindeeinrichtungen und Freizeitanlagen wie Schulhöfe, Sporthallen und -plätze, Parks sowie Spielplätze für die Öffentlichkeit zur Verfügung, sind diese fußläufig erreichbar und weisen attraktive Öffnungszeiten auf, so wirkt dies aktivitätsfördernd^{63, 64, 69, 70}.
- Fußläufig erreichbare Parkanlagen und ansprechend gestaltete Plätze, die zum Verweilen einladen, regen zum Spaziergehen und „Walken“ an⁷¹.
- Bewegung, Spiel und Sport in Wohnquartieren werden durch die Schaffung verkehrsberuhigter Zonen und Spielstraßen gefördert⁶⁷.
- Die Schaffung von sicheren, ansprechend gestalteten, gut beleuchteten und gekennzeichneten (z. B. klare Wegführung, gut lesbare Orientierungsschilder) Fuß-, Schul- und Fahrradwegen beeinflusst das Aktivsein^{59, 67, 77, 72}.
- Die wahrgenommene Sicherheit in der Wohnumgebung sowie die Begegnung mit bekannten Personen beeinflusst das Aktivsein^{73, 74}. Eine gute Beleuchtung, übersichtlich und einsehbar gestaltete öffentliche Plätze, Straßen und Wege sowie die regelmäßige Pflege und Instandhaltung öffentlicher Bereiche können die wahrgenommene Sicherheit erhöhen³⁶.
- Die Kommunikation einer „Kultur der Alltagsbewegung“ und eine attraktive Gestaltung des öffentlichen Raumes fördern das Zu-Fuß-Gehen^{65, 66}.
- Wohnortnahe Bewegungsangebote wie (Senioren-) Sportplätze, Laufparcours und multifunktionale Freiräume beeinflussen die sportlich-körperlichen Aktivitäten^{65, 66}.
- Hinweisschilder, die z. B. an Aufzügen und Rolltreppen angebracht sind, sollten dazu auffordern, die nahe gelegene Treppe zu benutzen oder aktiver zu sein^{64, 69, 70, 72}.
- Die soziale Unterstützung in „Aktivitätsnetzwerken“ wie Lauftreffs oder Aktivitätsevents beeinflusst das Aktivsein¹⁰⁶.
- Der öffentliche Raum sollte z. B. durch Ruhebänke und witterungsgeschützte Verweilmöglichkeiten, öffentlichen Toiletten, ausreichend langen Ampelphasen sowie Stellplätze für Rollatoren komfortabel ausgestattet sein³⁶.
- Der Öffentliche Personennahverkehr wird z. B. durch Niederflerbusse, Ein- und Ausstieghilfen, deutliche Stationsansagen, ausreichend lange Türöffnungszeiten sowie barrierefreie und überdachte Haltestellen und Sitzgelegenheiten an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst³⁶.
- Das nachbarschaftliche Zusammenleben wird gefördert, indem Anlässe und Orte der Begegnung geschaffen werden und nachbarschaftliches Engagement unterstützt wird³⁶.
- In der Kommune ist der Erwerb von gesunden und natürlichen Lebensmitteln, auch aus dem regionalen Anbau, flächendeckend möglich⁶³.
- Ungenutzte Räume, z. B. in Grünanlagen, zwischen Wohnblöcken, auf Garagenhöfen und Brachflächen werden, auch temporär, für Kinder nutzbar gemacht⁷⁵.
- Für Kinder sind erlebnisreiche und naturnahe Bewegungslandschaften mit einem hohen Grünanteil vorhanden⁶⁷.
- Mütter werden zum Stillen ihrer Kinder motiviert⁷⁶.
- Der Fernsehkonsum von Kindern und Jugendlichen wird altersgemäß zeitlich begrenzt und der Verzehr von Nahrungsmitteln vor dem Fernseher wird reduziert^{57, 77}.
- Der Verzehr von hochkalorischen Lebensmitteln (in Kitas und Schulen) wird eingeschränkt^{77, 63}.
- Das gesamte Umfeld von Kitas und Schulen ermöglicht Spiel und Bewegung^{60, 77, 63}.
- Kitas und Schulen stellen regelmäßige Angebote für spielerische Aktivitäten und Sport zur Verfügung, die Spaß machen^{60, 77}.
- 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 Vertretern der Ernährungsproduktion (vom Wasserwerk über Landwirte, Gärtnereien bis zu Bäckereien) und Bildungsinstitutionen.

Tabelle 13: Maßnahmen zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen.

Integriertes Handlungskonzept

Kommunale Gesundheitsförderungsplanung 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. Bildungs- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen verknüpft werden (vgl. Projekt STÄRKE, www.sozialministerium-bw.de/de/STAerKE/188372.html).

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.sozialestadt.de) enthalten, entsprechend den Problemstrukturen 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^{H,78} (z. B. zu Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz) wichtig. Diese sollten Spaß machen, leicht zugänglich sein und schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen, wie sozial benachteiligte Familien, 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 bewährt⁷⁹.



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, 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 „bewegten“ Weg zu Kitas und Schulen zu motivieren, ist z. B. ein Angebot wie der „Laufende Schulbus“ (s. Kapitel 3; vgl. [Broschüre zu Angeboten und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung](#)) 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 werden⁴⁸.

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

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

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.

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 gemeinsam 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},

- dass vorhandene Ressourcen bei der Zielgruppe identifiziert, gestärkt und weiterentwickelt werden,
- die Zielgruppe in die Lage versetzt wird, ihre Belange selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und gestaltend in der Gesellschaft mitzuwirken,
- dass der Zielgruppe zur Erhöhung ihrer eigenen Handlungsfähigkeit instrumentelle Hilfen (z. B. finanzielle Mittel und Räume) zur Verfügung gestellt werden,
- dass die Balance zwischen Entlastung von Familien/Angehörigen und der Einforderung von Verantwortung gewährleistet ist und
- dass diese an der Alltagskultur der Zielgruppe ansetzen. Bezugspunkte zu deren Kultur und Lebenswelt zu finden ist entscheidend für einen erfolgreichen Zugang zur Zielgruppe.

Zielgruppenspezifische Angebote

Personbezogene Angebote, die auf eine spezifische Zielgruppe hin „maßgeschneidert“ sind, sind jenen überlegen, die sich an die gesamte Bevölkerung einer Kommune wenden⁸⁰. 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 Bevölkerungs-

gruppen und damit auch auf deren Gesundheitsverhalten. Hinweise zur zielgruppenspezifischen Bewegungsförderung bietet z. B. der Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter⁸¹.

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 Transportmöglichkeiten⁸² sowie lange Anfahrtswege oder hohe Kosten⁸³. Diese subjektiv wahrgenommenen Barrieren entscheiden in erheblichem Maße über das Verhalten¹⁰⁶. 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.

Niedrigschwellige 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 sein⁸⁴. 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 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. Älte-

ren 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, 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 Präventionsskeptiker werden kaum zu einer Verhaltensänderung motiviert, wenn Gesundheitsthemen und -angebote nur auf der kommunalen Ebene kommuniziert werden und die direkte und zielgruppenspezifische Ansprache unterbleibt¹⁰⁶. Um die Zielgruppen direkt anzusprechen hat sich das Multiplikatoren-Konzept bewährt.

Multiplikatoren-Konzept

Multiplikatoren sind Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich auf Gesundheitsförderung und Prävention bei den Zielgruppen hinwirken (z. B. Erzieherinnen, Sozialpädagoginnen, Sozialarbeiterinnen, Familienberaterinnen, Jugendleiterinnen, Lehrkräfte, Mitarbeiterinnen der Nachbarschafts- und Altenhilfe)^{1,3}. Besonders der Einsatz von Multiplikatoren aus der gleichen Zielgruppe stellt sich als geeignet dar. Denkbar ist z. B., Schülerinnen zu 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. 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 Multiplikatoren, die der Zielgruppe bereits bekannt sind und somit über ein gewisses Vertrauensverhältnis verfügen, wie Mitarbeiterinnen aus „Freizeitgruppen“, Kulturvereinen, Moscheen, Sozialen Diensten und Wohlfahrtsverbänden^{1,3}. Zudem besitzen diese Einrichtungen und deren Mitarbeiterinnen viele Erfahrungen, wie sozial benachteiligte Menschen vor Ort erreicht werden können. Um Personen mit Migrationshintergrund zu erreichen, hat sich der Einsatz von Multiplikatoren aus dem Kulturkreis der Zielgruppe bewährt (vgl. Programm INGE in der *Broschüre zu Angeboten und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung* – s. Kapitel 2). Im Rahmen des Programms „Alltagsbewegung älterer Menschen“⁴⁸ 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 Multiplikatoren. Das Engagement und die Mitwirkung der Multiplikatoren kann durch positive Wertschätzung, Feedback und attraktive Öffentlichkeitsarbeit aufrecht erhalten 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 regelmäßiger 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. Empfehlenswerte Angebote der Gesundheitsförderung sind in der *Broschüre zu Angeboten und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung* (vgl. Kapitel 2) beschrieben. 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 Handlungshilfe „Gesund älter werden im Stadtteil“⁸⁵.

Zum Thema Suchtprävention sind die Kommunalen Suchtbeauftragten bei den Stadt- und Landkreisen die richtigen Ansprechpartner. Einen Überblick zum Thema bietet das „Grundlagenpapier Suchtprävention in Baden-Württemberg“ (www.gesundheitsamt-bw.de).

Wie schon bei der Gestaltung der Lebensbedingungen gilt es auch hier, gemeinsam mit den Akteuren des kommunalen Netzwerkes, für jedes definierte Ziel passende Maßnahmen und Angebote auszuwählen und im *kommunalen Gesundheitsförderungsplan* (s. Kapitel 10.4) zu dokumentieren.

8.4 Öffentlichkeitsarbeit: Angebote bekannt machen und mehr

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!“. Die Aktivitäten der kommunalen Initiative zur Förderung der Gesundheit sollen möglichst häufig und positiv in aller Munde sein. Alle 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.). In die Öffentlichkeitsarbeit

Kommunikationskanal	Beispiele für Kommunikationsmaßnahmen	+ 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 - 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"> • Versammlungen und 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 Multiplikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Gewinnung von Ärztinnen, Lehrkräften, Erzieherinnen, Krankenschwestern/-pflegern etc., welche die Zielgruppe direkt ansprechen 	<ul style="list-style-type: none"> + Hohe Seriosität der Ansprache durch die Multiplikatorinnen - Zeitintensiv

Tabelle 14: Beispiele für Kommunikationskanäle und -maßnahmen.

sind Kinder und Jugendliche ebenso wie ältere Menschen einzubeziehen. Zum Beispiel 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 7.1) kann auch zum Schulprojekt werden oder von einer Selbstorganisation der Älteren (z. B. Stadtseniorenrat) 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. www.mlr.baden-wuerttemberg.de/Broschueren_und_Formulare/543.html).

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. 14). Die ausgewählten Kommunikationsmaßnahmen sollten im **kommunalen Gesundheitsförderungsplan** (s. Kapitel 10.4) und im **Logbuch** (s. Kapitel 10.5) dokumentiert werden.

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. Schon die Orte zu identifizieren, an denen der Aushang von Plakaten und das Auslegen von Faltblättern oder Postkarten möglichst viele Menschen erreicht (Supermarkt, Arztpraxis, Imbiss, Bushaltestelle etc.), ist ein wichtiger Schritt, bei dem man die Zielgruppen einbeziehen sollte. 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 Apfelzerteiler, Mützen zum Sonnenschutz beim Spazierengehen, einfache Bewegungselemente wie Igel-(Handmassage-)Bälle 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 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. Beliebt sind auch Pressemitteilungen, die dann vom 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 kommunalen Initiative oder der Förderung der Gesundheit stehen. Die Seite 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 (Stadt-)Festen, auch in Schulen oder im Mehrgenerationenhaus lässt sich einfach ein kleiner Infostand einrichten, an dem Äpfel, Flyer und Broschüren (z. B. der Angebotswegweiser; vgl. Kapitel 7.1) 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, Freizeitverein oder auch auf öffentlichen Festen aufzusuchen und hier möglichst interaktiv und weniger passiv als in einem Vortrag die Information oder das Angebot publik zu machen. Regelmäßige Veranstaltungen wie Gesundheitstage an Schulen, im Stadtteil oder in der Kommune geben den 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 Bürger mit der Kommune.

Um die Zielgruppen im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderungsplanung zu erreichen, ist die Zusammenarbeit mit **Multiplikatoren** sinnvoll, die Kontakte zur Zielgruppe besitzen. Diese sind z. B. Ärzte, Erzieherinnen, Lehrkräfte, Migrantinnen, aber auch Hebammen oder Krankenschwestern, Altenpfleger und Nachbarschaftshelfer. Multiplikatoren kön-

nen z. B. bestehende Bewegungsräume und Angebote an die Zielgruppen vermitteln und Empfehlungen zu Gesundheitsthemen wie Ernährung und Bewegung transportieren.

Gesundheitswegweiser

Die Erstellung eines Gesundheits- oder Angebotswegweisers ist ein erster Schritt hin zu einer gesünderen Lebenswelt. Denn damit Angebote Zuspruch finden, müssen diese erst einmal möglichst vielen Menschen bekannt sein. Ein Wegweiser kann generationenübergreifend angelegt sein – dann empfiehlt es sich, die Angebote je nach Altersgruppe durch Farben oder Piktogramme zu kennzeichnen. Bei Städten bietet zudem die Gliederung nach Stadtteilen den Nutzern des Wegweisers eine gute Übersicht. Auch Quellen für weiterführende Informationen (z. B. Internetadresse eines Vereines, Programmhefte) zu den enthaltenen Angeboten sowie Spiel- und Bewegungsräumen sind hilfreich.

Ein Wegweiser für Kinder und Jugendliche kann Angebote der Gesundheitsförderung aus den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz (z. B. Essensangebot in der Mensa, Schul-AGs, Vereinsangebote), Angebote zur Förderung der Elternkompetenz (z. B. von Kinder- und Familienzentren) sowie alle öffentlichen Spiel- und Bewegungsräume wie Bolzplätze, Sportplätze, Schulhöfe, Spielplätze und Schwimmbäder einer Gemeinde oder eines Stadtteiles enthalten.

Bei einem Angebotswegweiser für ältere Menschen sind alle Angebote der Gesundheitsförderung aus den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz, geistige Aktivität und soziale Teilhabe sowie alle öffentlichen Bewegungsräume aufzunehmen. So sind beispielsweise gastronomische Angebote (auch öffentlich zugängliche Mittagstische), Markttage, Kochgruppen, die Angebote der unterschiedlichen Bildungsanbieter, Spazierwege und mehr zu berücksichtigen.

Es bietet sich an, dass der Wegweiser durch die Koordinationsstelle der kommunalen Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 6) erstellt wird. Alternativ kann innerhalb des Netzwerkes eine Arbeitsgruppe gegründet werden. Sinnvoll ist auf alle Fälle die Unterstützung bei der abschließenden Gestaltung des Layouts des Wegweisers (z. B. Werbeagentur, Marketingabteilung eines Netzwerkpartners, Druckerei). Zudem ist innerhalb der Initiative zu klären:

- Format des Wegweisers
- Seitenanzahl und Höhe der Auflage
- Schwarz/weiß- oder Farbdruck
- Wer (z. B. Netzwerkpartner, Sponsoren) beteiligt sich an den Druckkosten?
- Wo, wie und durch wen wird der Wegweiser verteilt?

Der *Fragebogen Wegweiser* (vgl. Kapitel 2) bietet einen Überblick über wichtige Informationen zu Angeboten, die in einem Wegweiser enthalten sein können. Viele Informationen werden im Rahmen einer Bestandsanalyse ermittelt. Es bietet sich an, fehlende Informationen durch Gespräche zu erheben. Alternativ können die Träger von Angeboten gebeten werden, einen Fragebogen auszufüllen. Dabei ist es wichtig, dass den Trägern der Nutzen, die Veröffentlichung ihrer Angebote im Wegweiser und die damit verbundene Werbung, vermittelt wird. Die Erstellung des Wegweisers wird vereinfacht, wenn die Träger den Fragebogen am PC ausfüllen und digital zurücksenden. Häufig ist es notwendig, offene Fragen oder Unklarheiten mit den Trägern zu klären.

Der Wegweiser muss regelmäßig aktualisiert werden. Die Partner der kommunalen Initiative sollten Angebotsänderungen immer zeitnah mitteilen. Zudem können Netzwerktreffen der Aktualisierung dienen. Alternativ zur Erstellung eines Wegweisers kann der örtliche Veranstaltungskalender um eine Rubrik „Gesund aufwachsen“ oder „Gesund leben“ ergänzt werden oder können in der Gemeindezeitung aktuelle Angebote der Gesundheitsförderung sowie alle öffentlichen Spiel- und Bewegungsräume aufgeführt werden.



9 Wie wird der Erfolg bewertet und die Qualität gesichert?

BEI JEDER INTERVENTION ist es von Interesse, ob sie etwas bewirken konnte. Daher sollte von Beginn eines Angebotes oder einer Maßnahme an auch eine Evaluation geplant werden. Mit Evaluation ist die „systematische Informationssammlung für die fundierte Bewertung von Angeboten und Maßnahmen“⁸⁶ gemeint. Im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderungsplanung sind durch eine Selbstevaluation der Prozess und die Ergebnisse (Tab. 15) überprüfbar. Sollten die Evaluation von möglichen Änderungen des Verhaltens bei den Zielgruppen durch einzelne Maßnahmen und Angebote von Interesse sein, so ist die Kooperation mit einer Universität oder einer Hochschule sinnvoll.

Prozessevaluation und Qualitätssicherung

Eine große Rolle für den Erfolg der kommunalen Gesundheitsförderungsplanung spielt die Prozessqualität. Daher sollten nicht nur abschließend die Ergebnisse, sondern der gesamte Prozess bewertet werden. Dies dient einer nachhaltigen Qualitätssicherung – auftretende Probleme werden identifiziert und das Vorgehen kann flexibel angepasst werden. Ein weiterer Nutzen der Prozessevaluation besteht darin, „die in der Ergebnisevaluation ermittelten Erfolge oder Misserfolge einer Intervention zu erklären“⁸⁷.

Es empfiehlt sich, Status und Probleme aller Arbeitsschritte festzuhalten und regelmäßig mit den Beteiligten der kommunalen Initiative zu diskutieren, wie diese die Umsetzung



der kommunalen Gesundheitsförderungsplanung vollzogen und wahrgenommen haben und wie zufrieden sie mit der gemeinsamen Arbeit sind. Es sollte notiert werden, 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 Good-Practice-Vorschläge für den späteren Prozess und für andere Kommunen ableiten. Ein Instrument der Qualitätssicherung und Prozessevaluation stellt z. B. das in Kapitel 4 beschriebene *Logbuch* dar.

Form der Evaluation	Zeitpunkt	Ziele	Beispiele für Fragen
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 vorgeschlagenen Arbeitsschritte umgesetzt werden? Welche zeitlichen, räumlichen, personellen oder strukturellen Probleme treten auf? Wie werden sie gelöst? In welchen Zeiträumen werden welche Schritte umgesetzt?
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 sozial Benachteiligte von Angeboten erreicht?

Tabelle 15: Formen und Ziele von Evaluation.

Ergebnisevaluation

Die Ergebnisevaluation soll festhalten, ob die kommunale Gesundheitsförderungsplanung die gewünschten Auswirkungen hat, ob also die zuvor festgelegten Ziele erreicht wurden. Demnach hängt die Evaluation eng mit den festgelegten Zielen (Kapitel 8.1) zusammen. Da Oberziele meist einen eher abstrakten Charakter haben, ist zu überprüfen, in welchem Ausmaß die Unterziele erreicht wurden.

Für jedes der Ziele ist festzulegen, mit welchen Indikatoren die Veränderung bzw. der Erfolg gemessen werden soll (Tab. 16). Um die Messwerte zu erheben, empfiehlt es sich, alle Veränderungen zu notieren, die sich während des Prozesses ergeben und die Bestandsanalyse (vgl. Kapitel 7) zu wiederholen, um objektive Vergleichswerte zu den Ausgangsbedingungen zu erhalten. Die Ergebnisse sollten im **kommunalen Gesundheitsförderungsplan** (s. Kapitel 10.4) dokumentiert werden.

Anhand der geführten Listen (**kommunaler Gesundheitsförderungsplan** und **Logbuch**) ist die Erstellung einer Übersicht möglich, was sich seit Beginn des Prozesses getan hat und welche Hindernisse sowie Erfolge es gibt. Diese Übersicht ist für die Öffentlichkeitsarbeit nützlich. Die erzielten Erfolge und durchgeführten Aktivitäten sollten regelmäßig



der Bevölkerung (z. B. bei einer Zukunftswerkstatt), den Beteiligten der kommunalen Initiative und dem Gemeinderat vermittelt werden.

Eine jährlich durchgeführte Zukunftswerkstatt beteiligt die Bürger am kommunalen Prozess und gibt diesen die Möglichkeit für ein Feedback, so dass mögliche Fehlentwicklungen korrigiert und weitere Handlungsbedarfe ermittelt werden können. Regelmäßig stattfindende Veranstaltungen wie Zukunftswerkstätten, Gesundheitstage und Schulfeste halten zudem den kommunalen Entwicklungsprozess am Laufen und verankern das Thema Gesundheit in der Kommune.

Mögliche Ziele	Beispiele für Indikatoren
<ul style="list-style-type: none">• In allen Schulen steht ein kostenloses Trinkwasserangebot zur Verfügung.	<ul style="list-style-type: none">• Anzahl der beteiligten Schulen• Trinkwasserverbrauch der Schülerinnen
<ul style="list-style-type: none">• In Schulen werden vor allem gesunde Nahrungsmittel angeboten.	<ul style="list-style-type: none">• Prozent am Gesamtangebot• Prozent der beteiligten Schulen• Nachfrage der Schülerinnen nach den verschiedenen Lebensmitteln
<ul style="list-style-type: none">• Kommunale Institutionen schaffen Strukturen, die Bewegung und gesundheitsförderliche Ernährung als einfache, verlockende und genussvolle Alternativen bieten.	<ul style="list-style-type: none">• Anzahl bewegungsfreundlicher Einrichtungen (z. B. Schulen und Kitas)
<ul style="list-style-type: none">• Die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen regen zu körperlicher Aktivität an.	<ul style="list-style-type: none">• Anzahl Spielstraßen• Anzahl gekennzeichnete Schulwege• Anzahl nutzbar gemachter Grünanlagen• Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die zu Fuß gehen oder mit dem Rad fahren

Tabelle 16: Beispiele für Ziele und Indikatoren kommunaler Gesundheitsförderung.

10.1 Körperliche Aktivität und ausgewogene Ernährung bei Kindern und Jugendlichen

Ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen wird unterstützt und Krankheiten wie Adipositas und Diabetes wird vorgebeugt, wenn sich Kinder ausgewogen ernähren und regelmäßig bewegen. Körperliche Aktivität wirkt quasi wie ein Motor, der die ganzen Entwicklungs-, Aufbau- und Umbauvorgänge der körperlichen und geistigen Entwicklung in Gang setzt und am Laufen hält^{88, 89, 90, 91} (Tab. 17) – gepaart mit einer ausgewogenen, qualitativ hochwertigen Ernährung (Tab. 18).

Die aktuelle Befundlage deutet darauf hin, dass die körperlich-sportliche Aktivität in der Kindheit und Jugend großen Einfluss auf die spätere Gesundheit hat⁹⁰. Deshalb sollte ein Kind oder Jugendlicher täglich mindestens 60 Minuten moderat bis intensiv körperlich aktiv sein^{92, 93, 94, 95}, weshalb z. B. im Setting Schule dem Sportunterricht eine wichtige gesundheitsförderliche Aufgabe zukommt⁹⁶, 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 („*muss Spaß bringen*“), 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*“).

<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"> → 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.
→ unterstützt die körperliche Entwicklung.	→ unterstützt die geistige Entwicklung.
Bewegung/ körperliche Aktivität ...	
→ unterstützt die motorische Entwicklung.	→ unterstützt die emotionale und soziale Entwicklung.
<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"> → 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 17: Bedeutung von körperlicher Aktivität für die gesunde Entwicklung von Kindern (modifiziert nach⁹⁷).

<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"> → 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.
→ unterstützt die körperliche Entwicklung.	→ unterstützt die geistige Entwicklung.
Ausgewogene Ernährung ...	
<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"> → 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.
→ unterstützt die motorische Entwicklung.	→ unterstützt die emotionale und soziale Entwicklung.

Tabelle 18: Bedeutung von ausgewogener Ernährung für eine gesunde Entwicklung (Ellrott & Pudal).

Körperlich-sportliche Aktivität unterstützt, über die körperliche und motorische Entwicklung hinaus, auch die emotionale, kognitive (Motivation, Denken, Sprache) und soziale Entwicklung⁹⁸. Körperlich-sportliche Aktivitäten verbessern offenkundig z. B. das Selbstkonzept⁹⁹, das Selbstbewusstsein¹⁰⁰ und die Schulleistungen¹⁰¹. So kommt körperlich-sportliche Aktivität eben auch dem grundlegenden Bedürfnis der Kinder nach, etwas zu leisten und sich zu beweisen – sowohl im Vergleich mit sich selbst als auch mit anderen. Erfolgreiches Bewegungshandeln (für das wiederum eine ausreichende motorische Leistungsfähigkeit notwendig ist) ermöglicht den Aufbau positiver Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Diese können wiederum Ursachenzuschreibungen prägen (Attribuierungen), die uns helfen können, neue Anforderungen und Situationen erfolgreich zu meistern. Bewegung braucht einerseits sowohl innere (intrinsische) als auch äußere (extrinsische) Motivation – erfolgreiches Bewegungs- und Sporthandeln beflügelt andererseits die Motivation. Diese Erfahrungshorizonte müssen Kinder erleben und sich aneignen können. In sportlicher Situation lernen Kinder darüber hinaus, dass sie in komplexeren Situationen gemeinsam mehr erreichen können als alleine. Sie lernen, dass durch das Einhalten vorher (gemeinsam) festgelegter Regeln gemeinsames Handeln in einer Gruppe leichter möglich ist und besser zum Ziel führt, als wenn jeder alleine versucht, sein Ziel zu erreichen.

Über die bisher genannten Aspekte regelmäßiger körperlich-sportlicher Aktivität hinaus verhelfen die daraus resultierenden motorischen Kompetenzen Kindern zu einer erfolgreichen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. So ermöglichen bestimmte motorische Kompetenzen wie (z. B. Schwimmen) die sichere Teilhabe an bestimmten kulturellen Lebensbereichen wie der Freizeitgestaltung (z. B. ein Freibadbesuch mit

Freunden). Die Auge-Hand-Koordination einschließlich einer angemessenen Kraftentfaltung der Fingermuskulatur ist z. B. wichtig um Schreiben zu lernen.

Bewegung und körperliche Aktivität spielt auch bei kognitiven Lernprozessen eine wichtige Rolle. Deshalb sollten sich alle am Erziehungs- und Bildungsprozess beteiligten Personen, Einrichtungen und Institutionen über die Bedeutung von körperlicher Aktivität für die geistige oder kognitive Leistungsfähigkeit und damit auch für die Bildungschancen der Kinder und Jugendlichen bewusst werden. Dabei ist zum einen zu prüfen, welche Transferwirkungen Bewegung/körperliche Aktivität auf Lernprozesse hat (siehe oben). Zum anderen ist zu überlegen, wie Bewegung in Lernprozesse integriert werden kann.

Für die Schule haben diese Erkenntnisse ebenfalls eine wichtige Bedeutung, da sehr viele Lehrkräfte über Konzentrationschwächen, vermehrte Unruhe und Nervosität von Kindern klagen. Wir wissen, dass die Konzentration als ein Aspekt der exekutiven Funktionen des Gehirns im Tagesverlauf Schwankungen unterworfen ist, dass sie aber durch körperliche Ak-



tivierung in Form von Bewegungspausen oder durch Sportunterricht verbessert bzw. besser aufrecht erhalten werden kann¹⁰². Weiterhin konnten in großen Studien zwischen der körperlichen Fitness und den Schulleistungen signifikante Zusammenhänge nachgewiesen werden^{103, 104}. Allerdings treten solche Wirkungen erst nach einiger Zeit bei ausreichender Intensität und regelmäßiger Durchführung auf, d. h. dass solche Maßnahmen integraler Bestandteil von Lehr-Lern-Prozessen sein müssen, damit sie wirksam werden können. Außerdem trägt die kontinuierliche Durchführung zur tatsächlichen Gewohnheitsbildung bei Kindern und Jugendlichen bei.



10.2 Empfehlungen für das Aktivitätsvolumen älterer Menschen

Nach den aktuellen Empfehlungen¹⁰⁵ „sollten gesunde ältere Menschen regelmäßig 150 Minuten pro Woche moderat (dem entspricht beispielsweise ein flotter Spaziergang in einem Tempo von 12 bis 15 Minuten pro Kilometer oder eine Anstrengung, bei der man „ins Schwitzen gerät“ oder ein wenig außer Atem kommt) oder 75 Minuten pro Woche intensiv aktiv sein (dem entspricht beispielsweise eine sportliche Aktivität wie ein Tennismatch oder eine straffe walking Beanspruchung). Zusätzlich sollten sie zweimal wöchentlich ihr Kraft- und Gleichgewichtsvermögen trainieren und sie sollten – wo immer es möglich ist – jede Gelegenheit im Alltag nutzen, um sich zu bewegen. Längere Phasen des Stillsitzens sollten spätestens alle 30 Minuten durch Umhergehen unterbrochen werden.“^{106, S. 40–41}

Gelingt es älteren Menschen nicht, regelmäßig 150 Minuten moderat aktiv zu sein, so sollten sie so aktiv wie möglich sein und ihre Alltagsaktivität (z. B. so oft wie möglich zu Fuß

gehen, immer wieder aufstehen und einige Schritte umhergehen, Hausarbeit, Gartenarbeit, etc.) steigern^{105, 106}. „Denn von den wünschenswerten 150 Minuten ist ein Großteil der älteren Personen weit entfernt, und es türmen sich vor ihnen subjektiv unüberwindliche Hürden auf.“^{106, S. 41} Abbildung 6 bietet einen Überblick über Aktivitätsvarianten und „sedentariness“ (sitzender Lebensstil), zeigt Beispiele sowie die kalkulierten Metabolischen Einheiten¹ (MET, vgl. hierzu Ainsworth et al., 2000¹⁰⁷) auf und ordnet die derzeit gültigen Empfehlungen zu.

¹ „Ein (Standard-)MET – entspricht in einer groben Annäherung – bei Männern dem Aufwand von 3,5 ml Sauerstoff pro Kilogramm Körpergewicht pro Minute respektive $3,15 \text{ ml} \times \text{kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}$ bei Frauen. So viel Sauerstoff wird in etwa benötigt, um aufrecht zu sitzen. Ein MET entspricht in etwa einem energetischen Aufwand von 4,2 kJ je Kilogramm Körpergewicht pro Stunde und damit in etwa dem Ruheumsatz des Körpers einer fiktiven, 75 kg schweren Durchschnittsperson. Der Ruheumsatz variiert abhängig vom Alter, dem Körpergewicht, der Körperhöhe, dem Geschlecht der Person und der fettfreien Körpermasse. Standard-MET sind damit nicht geeignet, den individuellen Energieaufwand präzise zu kalkulieren. Für die Praxis der Prävention sind sie aber eine geeignete Größenordnung zur Belastungsvorgabe.“^{106, S. 9}

Deklarationen	MET	Beispiele	Wochen-Empfehlungen
hoch intensive Aktivität	12	12,0 Squash	75 Minuten (z.B. an 3 Tagen je 25 Minuten)
moderat intensive Aktivität	6	≥ 6 Sportliche Aktivität 6,0 Rad fahren 16 km/h 5,5 Ergometer 100 W	150 Minuten (z.B. an 5 Tagen je 30 Minuten)
gering intensive Aktivität	3	4,8 Tanzen 3,8 flottes Gehen 3,5 Staub saugen 3,0 Auto waschen (Hand)	im Alltag, so oft wie möglich
„sedentariness“	2	2,8 gehen 3 km/h 2,5 umhergehen 2,3 stehen und schreiben 2,0 stehen	unterbrechen, so oft wie möglich
	1	1,8 sitzend arbeiten 1,5 sitzend unterhalten 1,0 fernsehen 0,9 schlafen	

Kräftigungs- und Gleichgewichtsübungen

Abbildung 6: Sedentariness und Aktivitätsvarianten¹⁰⁶.

10.3 Übersicht Netzwerkpartner

Kategorie	Beispiele	Zusammenarbeit erwünscht	im Netzwerk beteiligt
1. Ämter / Behörden	Amt für soziale Dienste		
	Baudezernat		
	Erziehungsberatung		
	Gebietsbeauftragte für Stadtplanung- und Entwicklung		
	Gesundheitsamt		
	Interdisziplinäre Frühförderstellen		
	Jugendamt (z. B. Sozialpädagogische Familie, Tagespflege)		
	Jugendhäuser		
	Kommunale Suchtbeauftragte		
	Kontaktstelle für ausländische Mitbürger		
	Landwirtschaftsamt		
	Polizei		
	Projektbüro der „Gesunden Stadt“		
	Projektbüro der „Sozialen Stadt“		
	Schulamt		
	Sonderpädagogische Frühberatungsstellen		
Sozialamt			
2. Medizinischer Bereich	Adipositaszentren		
	Apotheken		
	Hebammen		
	Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin		
	Krankenhäuser		
	Niedergelassene Ärzte		
	Rehabilitationseinrichtung		
	Sozialpädiatrische Zentren		
3. Bewohnerschaft	Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege		
	Elternvertreter		
	Engagierte Bürger		
4. Beratungs- / Bildungseinrichtungen	Schülervertreterinnen		
	Altenhilfe und andere Beratungsstellen für ältere Menschen		
	Bildungseinrichtungen für ältere Menschen		
	Ernährungsberatungsstellen (Veranstalter von Kochkursen)		
	Erziehungsberatungsstellen		
	Familienbildungsstätten		
	Hochschulen und Universitäten		
	Interdisziplinäre Frühförderstellen / sonderpädagogische Frühberatungsstellen		
	Kinder- und Familienzentren		
	Kitas (z. B. Kinderkrippen, Kindergärten)		
	Psychosoziale Beratungsstelle		
	Schulen		
	Schulhorte / Kinderhäuser		
Volkshochschule			



Kategorie	Beispiele	Zusammenarbeit erwünscht	im Netzwerk beteiligt
5. Freie Träger	Arbeiterwohlfahrt		
	Caritas		
	Der Paritätische		
	Deutsches Rotes Kreuz		
	Diakonisches Werk		
	Jugendringe		
6. Gewerblicher Bereich	Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland		
	Fitness- und Gesundheitszentren		
	Gastronomie		
	Handel		
	Industrie		
	Medizinisch-therapeutische Praxen (z. B. Krankengymnastik, Ergo- / Logotherapie)		
	Psychotherapeuten		
	Wohnungsbaugesellschaften		
7. Initiativen und Selbsthilfe	Bürgerinitiativen		
	Nachbarschaftstreffs		
	Selbsthilfegruppen		
	Seniorentreffs		
8. Krankenkassen und andere Träger	Berufsgenossenschaften		
	Gesetzliche und Private Krankenkassen		
	Pflegekassen		
	Unfallkasse		
9. Religiöse Gemeinschaften	kirchliche Einrichtungen		
	Priester, Pastor, Imam		
10. Politik	Kommunalpolitiker		
	Mitglieder der Ortsvereine der Parteien		
	Mitglieder von Ausschüssen		
	Mitglieder von Gemeinderat und Kreistag		
11. Vereine, Verbände, Stiftungen	Kinderschutzbund		
	Kulturvereine		
	Landfrauen		
	Migrantenselbstorganisationen		
	Pfadfinder		
	Seniorenräte		
	Sportvereine		
	Stiftungen		
	Verkehrsbund		
12. Medien	Lokale Zeitungen		
	lokales Radio und TV		
	Wochenblätter		
13. Netzwerke	lokale Bündnisse für Familien		
	Netzwerk g'sund und g'scheit (bei Gesundheitsämtern)		

Tabelle 19: Mögliche Partner eines Netzwerkes im Rahmen einer kommunalen Initiative zur Gesundheitsförderung.

10.4 Kommunalen Gesundheitsförderungsplan

Spiel- und Sportanlagen, Straßen, Wege, Parks, Plätze und andere Bewegungsräume (*Beispieltext kursiv*)

Leitfragen	Bestand und Bedarf	Ziele (Z) und Maßnahmen (M)	Indikatoren (I) für die Zielerreichung und Ergebnisse (E)
<p>Welche Spiel- und Sportanlagen (Spielplätze, Bolzplätze, Boulebahn, Walkinganlagen etc.) gibt es? Zu welchen Zeiten stehen diese der Öffentlichkeit zur Verfügung? Bestehen Nutzungsmöglichkeiten am Wochenende? Wie ist die Erreichbarkeit? Was kostet die Nutzung? Sind die Spiel- und Sportanlagen ansprechend gestaltet, gepflegt und sicher?</p>	<p><i>Bestand: Es gibt drei Parks, die jedoch von Älteren in den Abendstunden gemieden werden. Die Beleuchtung ist ungenügend. Bedarf: Ältere würden Parks gerne auch abends besuchen (Befragungsergebnis).</i></p>	<p>Z: Mehr ältere Menschen besuchen die Parks M1: Wattzahl erhöhen M2: Weitere Lampen installieren M3: Rechtzeitig Bäume beschneiden</p>	<p>I: Besucherzahl älterer Menschen in den Parks I: Zufriedenheit der älteren Menschen mit der Beleuchtung E: 20% mehr ältere Menschen besuchen die Parks E: die älteren Besucher sind zufriedener mit der Beleuchtungssituation</p>
<p>Welche Parks in der Stadt stehen als Bewegungsraum zur Verfügung? Zu welchen Zeiten? Wie ist die Erreichbarkeit? Sind die Parks ansprechend gestaltet, gepflegt und sicher?</p> <p>Welche Sporthallen gibt es, die für freies Spiel, und als Bewegungsraum genutzt werden können? Zu welchen Zeiten? Wie steht es um die Auslastung? Wie ist die Erreichbarkeit? Was kostet die Nutzung?</p>			
<p>Welche Plätze in der Stadt regen zum Bewegen an? Sind diese ansprechend gestaltet, gepflegt und sicher?</p>			
<p>Wie verteilen sich die verschiedenen Spiel- und Sportanlagen und die weiteren Bewegungsmöglichkeiten wie Parks, Plätze und Grünflächen über das Stadtgebiet?</p>			



Leitfragen	Bestand und Bedarf	Ziele (Z) und Maßnahmen (M)	Indikatoren (I) für die Zielerreichung und Ergebnisse (E)
Welche Grün- und Freiflächen sowie Höfe gibt es im direkten Wohnumfeld von Kindern und Jugendlichen (z. B. Abstandsgrün zwischen Häuserblöcken), die zur Bewegung anregen?			
Welche Radwege gibt es? Wie sicher werden diese empfunden?			
Wie ist die Beschaffenheit von Gehwegen? Sind diese sicher gestaltet? Gibt es z. B. wichtige Wegeverbindungen, die aus Angst gemieden werden? Bieten die Wege Anreize für Kinder (gibt es z. B. was zu entdecken)? Werden die Wege im Winter geräumt? Sind die Gehwege barrierefrei gestaltet (z. B. Absenkungen an Kreuzungen, Erhebungen an Bushaltestellen)?	<p>Bestand: Es gibt entlang der Gehwege keine Bänke, auf denen sich Ältere ausruhen können. Bedarf: Ältere würden gerne zu Fuß einkaufen gehen.</p>	<p>Z: Ältere können ihre Einkäufe selbständig zu Fuß erledigen. M: Bänke installieren“</p>	<p>I: Es gibt entlang eines Hauptweges alle 500 m eine Bank E: 20 % mehr ältere Menschen gehen eigenständig zu Fuß einkaufen.</p>
Wie viele verkehrsberuhigte Zonen / Spielstraßen in Wohnquartieren gibt es?			
Wie stark werden die vorhandenen Bewegungsräume genutzt? Sind die vorhandenen Bewegungsräume den Bewohnern auch bekannt?	<p>Bestand: Die vorhandenen Bewegungsräume sind den Bewohnern zum Großteil nicht bekannt. Bedarf: Bekanntheitsgrad erhöhen</p>	<p>Z: Nutzungsgrad erhöhen M1: Informationsmaterialien auslegen M2: Direkte Information der Zielgruppen über Multiplikatoren (z. B. Ärzte, Erzieherinnen, Lehrkräfte)</p>	<p>I: Nutzungsgrad der Bewegungsräume E: Die Bewegungsräume werden um 30 % stärker frequentiert.</p>

Angebote zu Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz mit Betreuung (Beispieltext kursiv)

Leitfragen		Bestand und Bedarf		Ziele (Z) und Maßnahmen (M)		Indikatoren (I) für die Zielerreichung und Ergebnisse (E)	
Angebot: Tischtennis (Jugendhaus)							
Alter und Geschlecht der Zielgruppe		10–14 M+J					
Tag und Zeit des Angebotes		Mi, 16–17 Uhr					
Erreichbarkeit (zu Fuß, per Fahrrad, mit dem PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln)		Bestand: gut zu Fuß, schlecht mit dem Fahrrad (Schlaglöcher, zugesparkte Radwege) Bedarf: Für Erreichbarkeit des Jugendhauses mit dem Fahrrad sorgen		Z: Das Jugendhaus ist mit dem Fahrrad erreichbar. M1: Belag der Radwege ausbessern M2: Autofahrer bestrafen, die auf dem Radweg parken.		I: Anzahl der instandgesetzten Radwege, Nutzerinnen und Nutzer der Radwege. E1: Es wurden drei Radwege instand gesetzt. E2: Es kommen mehr Kinder und Jugendliche mit dem Fahrrad zum Kinder- und Jugendhaus als zu Beginn.	
Kosten für die Teilnahme an den Angeboten		keine					
Anzahl Teilnehmer Sind die Angebote bekannt? Wenn nein, wieso nicht?		Bestand: 6 Teilnehmer – geringe Teilnehmerzahl aufgrund von geringem Bekanntheitsgrad.		Z: Den Bekanntheitsgrad des Angebots erhöhen M1: Aufnahme in den Gesundheitswegweiser M2: Direkte Information der Zielgruppe über Multiplikatoren (z. B. Ärzte, Erzieherinnen, Lehrkräfte) M3: Aushang von Postern und Auslage von Flyern in Schulen etc.		I: Teilnehmerzahl E: 20 % mehr Teilnehmer	
Erreicht das Angebot sozial benachteiligte Familien?		ja					
Wieviele Teilnehmer mit Migrationshintergrund gibt es? Ist das Angebot auf Menschen mit Migrationshintergrund abgestimmt (z. B. Info in verschiedenen Sprachen)?							
Angebote gesamt		Bestand: Anzahl der Angebote Bedarf: Gibt es genügend Angebote insgesamt bzw. für alle Altersgruppen?		Ziele (Z) und Maßnahmen (M)		Indikatoren (I) für die Zielerreichung und Ergebnisse (E)	
Ernährung							
Bewegung		Bestand: Es gibt genug Bewegungsangebote für ältere Menschen außer Haus: Anzahl Bedarf: Es fehlen Angebote für Menschen, die nicht mehr aus dem Haus können.		Z: Ältere Menschen können auch von zu Hause aus Angebote in Anspruch nehmen M: Aktivierende Hausbesuche anbieten		I: Anzahl der durchgeführten Hausbesuche E: Es werden mind. 10 ältere Menschen regelmäßig besucht	
Lebenskompetenz							

Lebenswelt Kita (Beispieltext kursiv)

Leitfragen	Bestand und Bedarf	Ziele (Z) und Maßnahmen (M)	Indikatoren (I) für die Zielerreichung und Ergebnisse (E)
Name der Kita: Kita XY			
Welche Anreize bieten die Außenanlagen zur Bewegungsförderung und zu welchen Zeiten und an welchen Tagen können Kinder diese nutzen? Nehmen die Kinder diese Möglichkeiten wahr?			
Welche Bewegungsmöglichkeit (z. B. Bewegungszimmer) oder Bewegungsförderungsprogramme (z. B. Tiger Kids, Komm mit in das gesunde Boot) bietet die Einrichtung sonst noch? Werden diese von den Kindern wahrgenommen?	Bestand: Gemeinsame Bewegungsaktivitäten finden nicht statt. Bedarf: Angeleitete Bewegungsmaßnahmen anbieten	Z: 2 Mal pro Woche findet ein Bewegungsprogramm statt. M: Das Programm „Komm mit in das gesunde Boot“ – Kindergarten wird eingeführt	I: Anzahl der Bewegungseinheiten pro Woche E: geschulte Fachkräfte führen mit den Kindern 2 Mal pro Woche ein Bewegungsprogramm à 60 Minuten durch.
Wie werden die Wege zu den Einrichtungen hinsichtlich Kinderfreundlichkeit und Sicherheit bewertet? Wie ausgeprägt ist die Kennzeichnung der Wege?			
Wie viele Kinder (in %) kommen zu Fuß oder mit dem Rad in die Einrichtung?			
Welche Getränke- und Nahrungsangebote beziehungsweise Ernährungsbildungsprogramme gibt es (z. B. ein gesundes Frühstück, BeKi-im Kindergartenalter)?	Bestand: Kinder bringen ein ungesundes Vesper und Süßgetränke mit. Bedarf: Gemeinsam mit den Eltern für eine gesunde Ernährung sorgen.	Z: Gesunde Ernährung in den Kita-Alltag integrieren. M: Das Programm „Bewusste Kinderernährung (BeKi) – im Kindergartenalter“ eingeführen. M2: Die Eltern mit einbeziehen und über eine ausgewogene Ernährung informieren.	I: Verpflegungsangebot in der Kita und Inhalt der Vesper. E: Kindern wird in der Kita ein gesundes Frühstück angeboten. E2: Die Kinder erhalten von zuhause ein ausgewogenes Vesper ohne Süßgetränke.
Gibt es kostenloses Trinkwasser oder ungesüßten Tee?			

Lebenswelt Schule (Beispieltext kursiv)

Leitfragen	Bestand und Bedarf	Ziele (Z) und Maßnahmen (M)	Indikatoren (I) für die Zielerreichung und Ergebnisse (E)
Name der Schule: Schule XY			
Welche Anreize bieten Schulhöfe zur Bewegungsförderung (z. B. Kletterwand) und zu welchen Zeiten und an welchen Tagen können Kinder und Jugendliche die Schulhöfe nutzen? Nehmen die Kinder die vorhandenen Möglichkeiten wahr?			
Welche Bewegungsmöglichkeiten bietet die Schule außer dem Schulhof (z. B. Sporthalle) und wann können Kinder und Jugendlichen diese nutzen? Werden die Möglichkeiten wahrgenommen?			
Wie viele gekennzeichnete Schulwege gibt es? Wie werden diese hinsichtlich Sicherheit und Kinderfreundlichkeit bewertet?			
Wie viele Kinder (in %) kommen zu Fuß oder mit dem Rad in die Schule?			
Welche Getränke- und Nahrungsangebote gibt es (an Kiosken, in Automaten, in Kantinen, im Umfeld der Schule)?			
Gibt es kostenloses Trinkwasser oder ungesüßten Tee?	Bestand: Kinder trinken während der Schulzeit zu wenig und sind unkonzentriert Bedarf: Kinder zum Trinken anregen und so die Konzentration und das Wohlbefinden fördern	Z: Kinder trinken mehr während der Schulzeit M: Trink dich fit und schlau – Trinkprojekt für Grundschulen	I: Anzahl der Wassertrinker pro Tag und Klasse E: zwischen 40 und 60% der Schüler einer Klasse nehmen das Angebot regelmäßig wahr.
Welche Programme zum Thema Ernährungsbildung gibt es (z. B. Bek!) im Schulalter?			
Welche Programme zum Thema Bewegungsförderung gibt es (z. B. der lautene Schulbus, Kinder in Bewegung)?			
Gibt es Verhaltensauffälligkeiten bei den Schülern? Welche Programme zum Thema Lebenskompetenz gibt es (z. B. ScienceKids, Lions Quest, Klasse 2000)?	Bestand: Es bestehen viele Streitereien und gewalttätige Auseinandersetzungen. Programme zur Stärkung der Lebenskompetenz oder auch speziell zur Gewaltprävention sind nicht vorhanden. Bedarf: Programm zur Gewaltprävention und zur Vermittlung von Konfliktlösefähigkeit	Z: Vermittlung von Strategien zur Konflikt- und Problemlösung M: Programm „Klasse 2000“ einführen	I: Anzahl der Streitereien in den Klassen E: Deutlich weniger Auseinandersetzungen innerhalb der Schule.

10.5 Logbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung (Beispieltext kursiv)

Ergebnisse und Erkenntnisse		Öffentlichkeitsarbeit
Datum	Veranstaltung, Maßnahme oder Aktion	
	Gemeinderatssitzung	Kommunale Gesundheitsförderungsplanung wird vom Gemeinderat als Thema der Kommune beschlossen. Eine Koordinationsstelle der kommunalen Gesundheitsförderungsplanung wird eingerichtet. Evtl. wird eine Zielgruppe der kommunalen Gesundheitsförderungsplanung festgelegt.
	Gründung einer kommunalen Initiative „Gesund aufwachsen und leben in XY“	Folgende Akteure/Partner beteiligen sich an der Initiative:
	1. Netzwerktreffen der Initiative	Mit der Bestands- und Bedarfsanalyse wird beim Netzwerktreffen begonnen. Weitere Schritte werden festgelegt, z. B. Bürgerbeteiligung zur Bestands- und Bedarfsanalyse, Erstellung eines Gesundheitswegweisers.
	Bürgerforum und Stadtteilspaziergänge	Ergebnisse der Bürgerbeteiligung für die Bestand- und Bedarfsanalyse liegen vor.
	Bestands- und Bedarfsanalyse	Die Ergebnisse aller Verfahren der Bestands- und Bedarfsanalyse werden ausgewertet und zusammengefasst. Ein Gesundheitswegweiser mit vorhandenen Angeboten und Lebensbedingungen liegt vor.
	2. Netzwerktreffen der Initiative	Ausgehend von den Ergebnissen der Bestands- und Bedarfsanalyse werden Ziele definiert und Maßnahmen sowie Angebote der Gesundheitsförderung abgeleitet. Die Ziele der kommunalen Gesundheitsförderung sind: Folgende Maßnahmen und Angebote wurden bestimmt:
	Gesundheitstag	Der Gesundheitstag beinhaltet vielfältige Aktivitäten und Informationsmöglichkeiten zum einem gesundheitsrelevanten Thema (z. B. „Gesund aufwachsen in Gemeinde XY“, „aktiv sein in XY“, „wohlfühlen in der Gemeinde“, „selbstständig im Alter“) – je nach Zielgruppe und Schwerpunkte der Gemeinde. Zudem werden vorgestellt: <ul style="list-style-type: none"> • Die kommunale Initiative und die beteiligten Akteure • Angebote der Gesundheitsförderung vor Ort • Ergebnisse der Bestands- und Bedarfsanalyse sowie abgeleitete Ziele und geplante Maßnahmen und Angebote • Der erstellte Gesundheitswegweiser
	Angebot Sturzprävention	Das Angebot Sturzprävention wird eingeführt und regelmäßig 2 x pro Woche angeboten. Im Durchschnitt nehmen 12 Personen teil.
	Maßnahme „Gesundes Trinken“	Start der Maßnahme „Gesundes Trinken an Grundschulen“
	Netzwerktreffen der Initiative	Der Erfolg der einzelnen durchgeführten Maßnahmen und Angebote wird vorgestellt. Folgende Änderungen an den bestehenden Maßnahmen und Angeboten werden beschlossen: Der Gesundheitswegweiser mit vorhandenen Angeboten und Lebensbedingungen wird aktualisiert. Gemeinderat und Bevölkerung (z. B. bei einem 2. Gesundheitstag) werden über die erzielten Ergebnisse informiert.
		Anzeige im Amtsblatt Bericht in der Zeitung Aushang in Praxen Direkte Ansprache der Zielgruppe durch Multiplikatoren

11 Literatur

- ¹ Lehmann, F., Geene, R., Kaba-Schönstein, L., Kilian, H., Meyer-Nürnberg, 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.
- 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.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/pdf/empfehlung-niedrigschwelliger-angebote.pdf> am 11.08.08.
- 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 am 10.08.2010.
- ⁵ Bundesministerium für Gesundheit (2010). *Nationales Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung*. Berlin: BMG.
- ⁶ Deutsches Institut für Ernährungsforschung. Pressemitteilung vom 11. August 2009. Zugriff auf <http://www.dife.de/de/index.php?request=/de/forschung/projekte/epic.php> am 4.11.2009.
- 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 Robert-Koch-Institut (2004). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.
- ⁹ Ara, I., Vicente-Rodriguez, G., Jimenez-Ramirez, J., Dorado, C., Serrano-Sanchez, J. A. & Calbet, J. A. L. (2004). Regular participation in sports is associated with enhanced physical fitness and lower fat mass in prepubertal boys. *International Journal of Obesity*, 28, 1585–1593.
- ¹⁰ Riddoch, C. J., Andersen, L. B., Wedderkopp, N., Harro, M., Klasson-Heggebo, L., Sardinha, L. B., Cooper, A. R. & Ekelund, U. (2004). Physical Activity Levels and Patterns of 9- and 15-yr-old European Children. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36, 86–92.
- ¹¹ Wedderkopp, N., Froberg, K., Hansen, H. S. & Andersson, L. B. (2004). Secular trends in physical fitness and obesity in Danish 9-year-old girls and boys: Odense School Child Study and Danish substudy of the European Youth Heart Study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 14, 150–155.
- ¹² Brunet, M., Chaput, J.P. & Tremblay, A. (2007). The association between low physical fitness and high body mass index or waist circumference is increasing with age in children: the 'Québec en Forme' Project. *International Journal of Obesity*, 31, 637–643.
- ¹³ Keupp, H. (2009). Wir müssen radikal umdenken. *DJI Bulletin*, 87, 4–6.
- ¹⁴ Schmidt, W., Hartmann-Tews, I. & Bretschneider, W.-D. (Hrsg.; 2003). *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*. Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- ¹⁵ Lambert, T. & Kurth, B.-M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (43), 2944–2949.
- ¹⁶ Robert Koch-Institut (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 50 (5–6), 529–910.
- ¹⁷ <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/evaluation-fruehe-hilfen-kurzbericht,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf>
- ¹⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Zugriff unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf> am 20.06.2011.



- ¹⁹ 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.
- ²⁰ Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (5), 372–387.
- ²¹ 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.
- ²² Weeber+Partner (Hrsg.), Steffen, G., Weeber, R. u. a. (2010). *Neue Qualitäten: Wohnen 50 plus. Fakten – Anforderungen – Beispiele*. Tübingen: Weeber+Partner.
- ²³ 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.
- ²⁴ Lampert et al. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Politik und Zeitgeschichte*, 42, 11–18.
- ²⁵ http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/GesundhSozRecht/Indikatoren/SZ-SV_pflegequote.asp
- ²⁶ Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2003). Prävention durch Bewegung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 11 (3), 229–246.
- ²⁷ Woodcock, J., Franco, O. H., Orsini, N. & Roberts, I. (2010). Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, 1–18.
- ²⁸ Chipperfield, J. G. (2008). Everyday physical activity as a predictor of late-life mortality. *The Gerontologist*, 48, 349–357.
- ²⁹ Manini, T. M. et al. (2006). Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. *Journal of the American Medical Association*, 296, 171–179.
- ³⁰ Cirkel, M. & Juchelka, R. (2009). Gesundheit und Mobilität im Alter. *Public Health Forum*, 15 (3), 24–26.
- ³¹ Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.
- ³² World Health Organization (2009). *Interventions on diet and physical activity: what works: summary report*. Geneva: WHO.
- ³³ BMFSFJ (2010). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland- Altersbilder in der Gesellschaft*. BT-Drs. 17/3815.
- ³⁴ Baltes, P. B. , Baltes, M. M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35, 85–105.
- ³⁵ Kruse, A. (Hrsg.) (2010). *Potenziale im Altern*. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- ³⁶ Gesundheit Berlin-Brandenburg (2010). *Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 6: Gesund und aktiv älter werden* (2. Auflage). Berlin: Möller Druck und Verlag GmbH.
- ³⁷ 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.
- ³⁸ 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.
- ³⁹ Weeber+Partner, Steffen, G. & Weeber, R. (2001). *Das Ende der Nahversorgung? Studie zur wohnungsnahen Versorgung*. Stuttgart: Verband Region Stuttgart.
- ⁴⁰ Weeber+Partner (Hrsg.), Steffen, G., Baumann, D. & Betz, F. (2004). *Integration und Nutzungsvielfalt im Stadtquartier*. Stuttgart und Berlin: Weeber+Partner.
- ⁴¹ Weeber+Partner (Hrsg.), Steffen, G., Baumann, D. & Fritz, A. (2007). *Attraktive Stadtquartiere für das Leben im Alter*. Stuttgart: Weeber+Partner.
- ⁴² 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.
- ⁴³ 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.
- ⁴⁴ Fatke, R., Schneider, H., Meinhold-Henschel, S. & Biebricher, M. (2006). Jugendbeteiligung – Chance für die Bürgergesellschaft. *Politik und Zeitgeschichte*, 56 (12), 24–32.
- ⁴⁵ BMFSFJ (Hrsg.) (2001). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft*. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.
- ⁴⁶ Kruse, A. (2002). *Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- ⁴⁷ Bertelsmann Stiftung (2008). *Kommunale Netzwerke für Kinder. Ein Handbuch zur Governance frühkindlicher Bildung*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- ⁴⁸ Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart (2011). *Im Alltag in Bewegung bleiben. Kommunale Gesundheitsförderung mit älteren Menschen auch in schwierigen Lebenslagen*. Dresden: Saxoprint.
- ⁴⁹ 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: IKK-Bundesverband.

- ⁵⁰ <http://elbanet.ethz.ch/wikifarm/vfriedrich/index.php?n=Main>. Bedarfsanalyse
- ⁵¹ FamilienForschung Baden-Württemberg, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg & Arbeitsgemeinschaft Netzwerk Familie Baden-Württemberg (2010). *Handreichung Familienfreundliche Kommune*. Stuttgart: Statistisches Landesamt. Zugriff am 18.03.2010 auf www.kvjs.de/fileadmin/user_upload/fachoeffentlich/jugendhilfe/fiz/handreichung/FaFo_Handreichung_2010.pdf
- ⁵² 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.
- ⁵³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA.
- ⁵⁴ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln: BZgA.
- ⁵⁵ Lokale Agenda 21. Natur und Umwelt. *Wohin soll die Reise gehen? Entwicklung von Leitbildern und Zielen*. Zugriff auf <http://www.la21-umwelt-gesundheit.de/> unter Strategische Handlungsfelder>Entwicklung von Leitbildern und Zielen > Kommunale Strategien am 8. 8. 2008.
- ⁵⁶ Bundesamt für Gesundheit, Fachbereich Evaluation (1997). *Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- ⁵⁷ 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.
- ⁵⁸ 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.
- ⁵⁹ 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.
- ⁶⁰ 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> am 20.10.2007.
- ⁶¹ WHO (2006). *Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas*. Zugriff am 5. 8. 07 unter <http://www.euro.who.int/Document/E89567g.pdf>
- ⁶² Blättner, B., Grewe, A., Kohlenberg-Müller, K. (2006). Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Neue Strategien sind erforderlich. *Prävention*, 02/2006, 42–46.
- ⁶³ 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.
- ⁶⁴ 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.
- ⁶⁵ Grob, D., Biedermann, A. & Martin-Diener, E. (2009). *Strukturelle Bewegungsförderung in der Gemeinde. Synthese des aktuellen Wissensstandes, Grundlagen für Handlungsempfehlungen*. Herzogenbuchsee: Public Health Services.
- ⁶⁶ 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.
- ⁶⁷ Oekoskop (2009). *Bewegungsförderung im Wohnumfeld für Kinder und Jugendliche – Literaturrecherche mit Empfehlungen zur Umsetzung*. Basel: Oekoskop.
- ⁶⁸ so beim Mittagstisch im Bürgertreff Ludwigsburg-Eglosheim, vgl. http://www.ludwigsburg.de/servlet/PB/show/1279655/BROSCHRE_Soziale%20Stadt_SanierungsgebietEglosheim_Abschlussdokumentation_Projekte.pdf
- ⁶⁹ National Institute for Health Care Management (2006). *How to Prevent Obesity and Manage Weight Gain Through Increased Physical Activity and Improved Nutrition*. Download von <http://www.nihcm.org/~nihcmor/pdf/NIHCMObesitySynthesis.pdf> am 6. 6. 08.
- ⁷⁰ 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.
- ⁷¹ 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.
- ⁷² Foster, C., Hillsdon, M. & Thorogood, M. (2009). *Interventions for promoting physical activity*. The Cochrane Collaboration.
- ⁷³ King, A. C., Rejeski, W. J., & Buchner, D. M. (1998). Physical activity interventions targeting older adults: A critical review and recommendations. *American Journal of Preventative Medicine*, 15, 316–333.
- ⁷⁴ Gallagher, N. A., Gretebeck, K. A., Robinson, J. C., Torres, E. R., Murphy, S. L. & Martyn, K. K. (2010). Neighborhood factors relevant for walking in older, urban, african american adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 18 (1), 99–115.
- ⁷⁵ 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=452am 5. 6. 08.
- ⁷⁶ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Kinder und Jugendärzte setzen sich für mehr Stillen ein. Mitteilung vom 8. 9. 2009. Zugriff auf <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkJ/aktuelles/show.php?id=3329&nodeid=26&nodeid=26> &am 11.11.2009.
- ⁷⁷ Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 4 (24), 1–8.

- ⁷⁸ Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (2010). Unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- ⁷⁹ Rosenbrock, R. (2008). *Primäre Prävention – Was ist das und was soll das? Discussion Paper der Forschungsgruppe Public Health*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- ⁸⁰ 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.
- ⁸¹ Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2012). *Bewegungsförderung 60+*. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. Düsseldorf: LIGA. NRW.
- ⁸² 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.
- ⁸³ Stevens, M., Lemmink, K.A., van Heuvelen, M.J.G., de Jong, J. & Rispens, 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.
- ⁸⁴ 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.
- ⁸⁵ BKK Bundesverband (2009). *Handlungshilfe Gesund älter werden im Stadtteil*. Essen: BKK Bundesverband. Zugriff auf http://www.bkk-nordwest.de/pressecenter/publikationen/download/gesund_aelter_werden.pdf am 15.6.2010.
- ⁸⁶ Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (2007). *Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer*. Band 1.
- ⁸⁷ Loss, J. u.a. (2007). Gemeindenahe Gesundheitsförderung – Herausforderung an die Evaluation. *Gesundheitswesen, 69*, 77–87.
- ⁸⁸ 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.
- ⁸⁹ 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.
- ⁹⁰ Malina, R.M. (2001). Physical Activity and Fitness: Pathways from Childhood to Adulthood. *Amer. J. Hum. Biol., 13*, 162–172.
- ⁹¹ Dencker, M., Thorsson, O., Kalrsson, M.K., Lindén, C., Svensson, J. Wollmer, P. & Andersen, L. B. (2006). Daily physical activity in Swedish children aged 8–11 years. *Scand. J. Med. Sci Sports, 16*, 252–257.
- ⁹² 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.
- ⁹³ President's Council on Physical Fitness & Sports (2004). *Physical Activity for Children: Current Patterns and Guidelines*. Zugriff am 20. März 2007 unter http://www.fitness.gov/Reading_Room/Digests/DigestJune2004.pdf.
- ⁹⁴ Australian Government, Department of Health and Ageing (2004). *Australia's Physical Activity Recommendations for Children and Young People*. Zugriff am 20. März 2007 unter <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-pubhlth-strateg-active-recommend.htm>.
- ⁹⁵ World Health Organization (2004). *Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from 2001/2002 survey*.
- ⁹⁶ 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.
- ⁹⁷ Bundesarbeitsgemeinschaft für Haltungs- und Bewegungsförderung (o.A.). *Fit zu Hause. Fitness-Check für die ganze Familie*. Kaiserslautern: Rohr Druck.
- ⁹⁸ Roth, K. & Knobloch, I. (2005). *Argumentationshilfe pro Schulsport. Baustein: Körperlich-sportliche Aktivität und kognitives Lernen (Schulleistungen)*. Deutscher Sportlehrerverband.
- ⁹⁹ Sallis, J. F., McKenzie, T. L., Kolody, B., Lewis, M., Marshall, S. & Rosengard, P. (1999). Effects of health-related physical education on academic achievement: project SPARK. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 70* (2), 127–134.
- ¹⁰⁰ Tremblay, M. S., Inman, J. W. & Willms, J. D. (2000). The relationship between physical activity, self-esteem, and academic achievement in 12-year-old children. *Pediatric Exercise Science, 12*, 312–324.
- ¹⁰¹ Shephard, R. J., Volle, M., Lavalée, R., LaBarre, R., Jequier, J. C. & Rajic, M. (1984). Required physical activity and academic grades: a controlled study. In J. Ilmarinen & I. Välimäki (Hrsg.). *Children and Sport* (S. 58–63). Heidelberg: Springer.
- ¹⁰² Wamser, P. & Leyk, D. (2003). Einfluss von Sport und Bewegung auf Konzentration und Aufmerksamkeit: Effekte eines „Bewegten Unterrichts“ im Schulalltag. *Sportunterricht, 52* (4), 108–113.
- ¹⁰³ California Department of Education (2002). *New Study Supports Physically Fit Kids Perform Better Academically*. Zugriff am 2. März 2005 unter <http://www.cde.ca.gov/nr/ne/yr02/yr02rel37.asp>
- ¹⁰⁴ Dwyer, T., Sallis, J. F., Blizard, L., Lazarus, R. & Dean, K. (2001). Relation of academic performance to physical activity and fitness in children. *Pediatric Exercise Science, 13*, 225–238.
- ¹⁰⁵ US Department of Health and Human Services (2008). *Physical activity guidelines for americans*. Washington, D.C.: The secretary of health and human services.

¹⁰⁶ Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart (Hrsg.) & Schlicht, W. (2012). *Expertise zur Wirkung kommunaler Aktivitätsförderprogramme. Altern und körperliche Aktivität*. Stuttgart: LGA.

¹⁰⁷ Ainsworth, B. E., Haskell, W.L., Whitt., M.C., et al. (2000). Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET-intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 498–5504.

¹⁰⁸ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, AG Standortfaktor des Gesundheitsforums Baden-Württemberg (Hrsg.) (in Druck). *Bericht der Projektgruppe Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*. Stuttgart: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg.





Baden-Württemberg

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