



Carlo Fabian, Nadine Käser

Partizipative Prozesse für die Gesundheit von Kindern

Ein Programm der Freiraumentwicklung



Das eigene, nahe Umfeld ist für Kinder wichtig und prägend. Siedlungs- und quartierbezogene Freiräume sind für sie somit besonders wichtige Orte außerhalb der eigenen Wohnung und außerhalb der Schule oder organisierter Freizeit. In diesem Zusammenhang wichtige Fragen sind, was ein kindergerechter Freiraum ist, wie ein solcher entwickelt und gestaltet werden kann und welche Bedeutung der partizipative Entstehungsprozess und die Nutzung des Freiraums für Kinder haben. Im vorliegenden Artikel werden Freiräume, Partizipation und Gesundheit kurz skizziert, um dann auf den Einfluss der partizipativen Prozesse als solche auf einige gesundheitsrelevante Faktoren einzugehen.

Der kindergerechte und naturnahe Freiraum

Ein kindergerechter Freiraum zeichnet sich aus durch Zugänglichkeit und Erreichbarkeit, Aneignungsmöglichkeiten und Veränderbarkeit, ein hohes Identifikationspotenzial und die Bereitstellung von flexiblen, mobilen, temporären sowie bedarfsgerechten Nutzungs- und Spielmöglichkeiten (vgl. Huber/Fabian 2015; Petrow 2012). Naturnah gestaltete Freiräume erlauben unterschiedliche Nutzungs- und Aneignungsmöglichkeiten und schaffen vielfältige sinnliche sowie motorische Erfahrungsmöglichkeiten. Dies fördert einerseits das informelle Lernen der Kinder, andererseits wirken sich die Erfahrungen der Kinder mit der Artenvielfalt sowie mit den einheimischen Pflanzen und Tieren positiv auf ihr Verhältnis zur Natur wie auch auf ihr Verantwortungsgefühl der eigenen Umwelt gegenüber aus. Für eine kindergerechte Entwicklung und Gestaltung von Freiräumen müssen die Lebenswirklichkeiten, Bedürfnisse und Anliegen der Kinder einbezogen werden sowie die Planung und Realisierung gemeinsam mit den Kindern, also partizipativ erfolgen. Dabei gilt es namentlich auch sozialräumliche Faktoren zu berücksichtigen. Diese betreffen die Wechselwirkung zwischen dem physischen Raum und dessen sozialen Interaktions- und Erlebnispotenzialen.

Ausgangslage und Ziele für das Programm QuAKTIV

Auslöser für das Programm „QuAKTIV – Naturnahe Freiräume für Kinder und mit Kindern planen und gestalten“ war das Anliegen, Aspekte der Kinder- und Jugendförderung

sowie Aspekte der Natur und der Raumgestaltung in Projekten gemeinsam zu denken, zu planen und umzusetzen. Die Hochschule für Soziale Arbeit FHNW realisierte QuAKTIV in Kooperation mit drei Pilotgemeinden sowie mit verschiedenen Fachleuten von 2013 bis 2016 im Kanton Aargau, Schweiz. Dabei standen kindergerechte partizipative Verfahren im Mittelpunkt. Ziel war es, adäquate Verfahren, Methoden und Strukturen in den Gemeinden zu entwickeln und zu evaluieren, um dann die Erkenntnisse und Methoden für ein breites Publikum aufzubereiten und zur Verfügung zu stellen. In drei Gemeinden konnten Projekte umgesetzt werden. An allen Standorten wurden verschiedene Methoden getestet, dynamische Prozesse realisiert, tragende Strukturen aufgebaut und lehrreiche Erkenntnisse gewonnen. Die Pilotprojekte sowie das Gesamtprogramm QuAKTIV wurden intern (Schmid 2015a, 2015b) sowie extern (Widmer/Stutz 2016) evaluiert.¹

Partizipation

Partizipation von Kindern in unterschiedlichen Handlungsfeldern ist ein immer stärker in den Fokus rückendes Konzept. Das hat verschiedene Gründe: So ist Partizipation von Kindern ein in der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 verankertes und 1997 von der Schweiz ratifiziertes Grundrecht (UN 1989). Da Kinder nicht nur in der Schweiz bis 18 Jahre in aller Regel von politischen Entscheidungsprozessen ausgeschlossen sind, bieten neue alternative Beteiligungsverfahren eine Möglich-

¹ Die Praxishilfe mit den Methoden und Vorgehensweisen sowie die Erfahrungen in Form von Evaluationen sowie Medienberichten sind abrufbar unter www.quaktiv.ch.

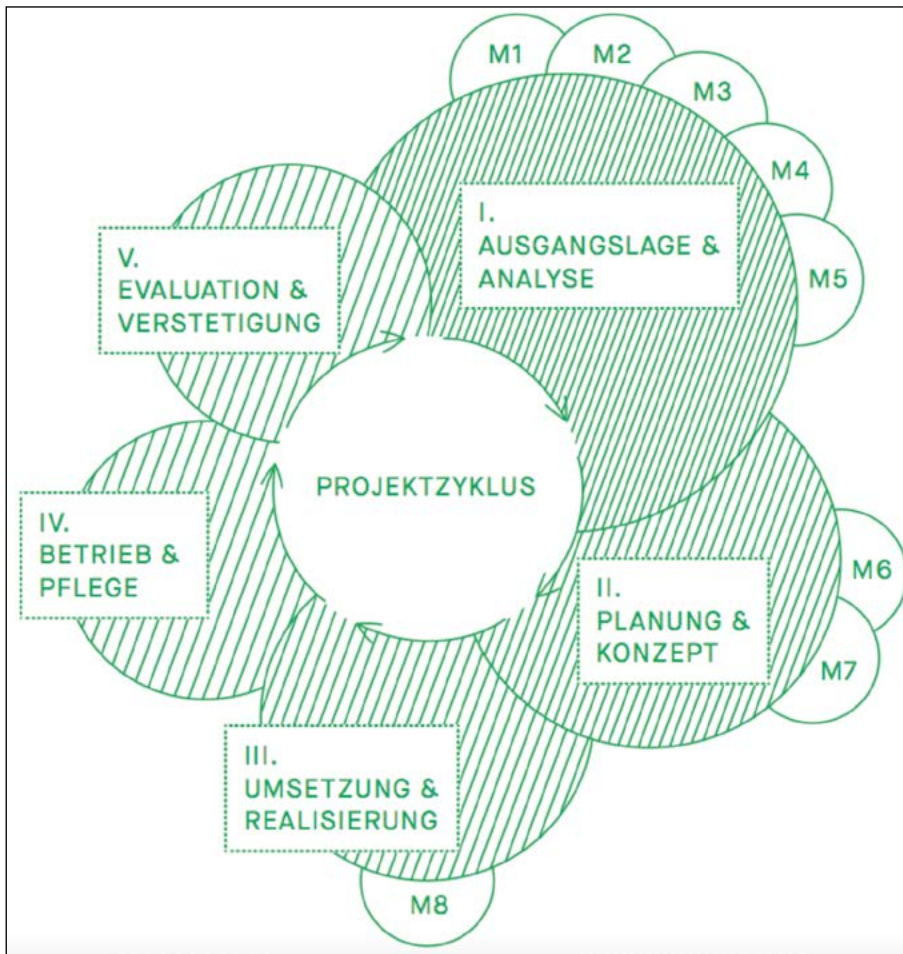


Abb. 1: Der Projektzyklus mit fünf Phasen zur Planung und Umsetzung von Projekten zu naturnaher und kindgerechter Freiraumentwicklung sowie den Methoden M1 bis M8.² Die Größe der Kreise entspricht dem Aufwand für die Phasen bei QuAKTIV (Fabian/Huber/Käser/Schmid 2016, S. 37).

keit, junge Menschen in sie betreffende Entscheidungen und Entwicklungen einzubeziehen. Obwohl der Begriff Partizipation sowohl im Kontext von Stadtentwicklung als auch von Gesundheitsförderung gerne und oft verwendet wird, bleibt er doch oft diffus oder in der Praxis nicht eingelöst (Fabian 2016). Im Programm QuAKTIV war die Arbeitsgrundlage für die partizipativen Prozesse ein Projektzyklus mit fünf Arbeitsphasen (vgl. Abb. 1).

Partizipation, verstanden sowohl als Haltung als auch als Methode, ist die wichtige Grundlage, um kindergerecht und naturnah gestaltete Freiräume entwickeln zu können. Dabei ist die Lebenswelt der Kinder der entscheidende Orientierungsrahmen. Namentlich in den ersten vier Phasen spielte die Partizipation der Kinder eine wichtige und entscheidende Rolle für das Gelingen der Projekte genauso wie für die Förderung von gesundheits- und demokratierelevanten Faktoren (vgl. auch

² Kurzer Überblick über die Methoden: In der Phase Ausgangslage eignen sich Nadelmethode, Subjektive Landkarten, Begehung, Autofotografie, Erkundung und Bewertung. In der Phase Planung und Konzept kommen die Methoden Planungswerkstatt-Zeichnen sowie Modellbau zum Tragen. Die Methode Mitmachbautage gehört zur Phase Umsetzung und Realisierung. Vgl. für einen ausführlichen Methodenbeschrieb: Fabian et al. 2016, S. 38 f. oder www.quaktiv.ch.

Fabian 2018, in Vorbereitung; Fabian/Huber 2018, in press; Huber/Fabian 2017). Grundlage für die Partizipation war ein vierstufiges Modell (vgl. Abb. 2). Dieses Modell umfasst zugleich ein theoretisches Konzept, gesellschaftliche Werthaltungen sowie konkrete Arbeitsmethoden. Hier bildet die Information die erste Stufe. Sie ist die Grundlage eines jeden Partizipationsprozesses, gilt aber in der Regel lediglich als Vorstufe der Partizipation.

Echte Partizipation beginnt mit der aktiven Mitwirkung, d.h., wenn Betroffene zu Beteiligten werden und in der Ideenfindung, Planungsphase und Umsetzung mitdiskutieren, mitentwickeln und mitgestalten können. Eine nächste Stufe ist die Mitentscheidung bei konkreter Ausgestaltung und Realisierung. Unter gewissen Umständen können Kinder schließlich in die Verantwortung miteinbezogen werden. Im Programm QuAKTIV wurde eine Partizipation angestrebt, die in den oben genannten unterschiedlichen Arbeitsphasen neben der Information sowohl Prozesse der Mitwirkung als auch des Mitentscheidens beinhaltete. Partizipative Prozesse zeitigen verschiedene Wirkungen. Kinder erleben durch Mitwirkung und Mitentscheidung direkt, dass ihre Rechte

ernst genommen werden und dass sie Einflussmöglichkeiten bei der Gestaltung des Gemeinwesens haben (vgl. Olk/Roth 2007). Indem Kinder an für sie relevanten Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen beteiligt werden, werden Kompetenzen wie das Bilden einer eigenen Meinung und das Einstehen dafür, das Debattieren, aber auch das Aufgeben von Teilen des eigenen Standpunkts zugunsten eines gemeinsam getragenen Kompromisses gefördert und gelebt. Ferner können unterschiedliche Rollen eingenommen und erprobt werden. Kinder können als kreative Personen auftreten, als kritische Feedbackgeber, als Diskussions- und Aushandlungspartner etc. Ebenso sind Begegnungen zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die nicht an den Grenzen von sozialer Herkunft, Geschlecht oder kultureller Verortung haltmachen, möglich. Auf diese Weise können Kinder erleben, wie sie Mitverantwortung für ihr jetziges und zukünftiges Umfeld altersadäquat übernehmen können (vgl. Fabian 2016).

Die partizipativen Prozesse und Methoden sind entscheidend, ob einerseits die Gestaltungsziele erreicht werden können sowie andererseits, ob die Prozesse per se ebenfalls eine Wirkung auf die teilnehmenden Personen entfalten könnten.



Folgend werden diese kurz beschrieben. Entsprechend den Arbeitsphasen kamen in QuAKTIV spezifische Methoden zur Anwendung. Allen Methoden gemeinsam ist, dass die Beobachtungen, Wahrnehmungen, Aufzeichnungen oder Bewertungen der Kinder immer unter ihnen und nach Möglichkeit auch mit Fachpersonen ausgetauscht werden. Ein weiterer entscheidender Faktor ist, dass Pläne und Entscheidungen von Fachpersonen nochmals mit den Kindern rückgekoppelt werden, um zu sehen, ob die Kinder, ihre Ideen, Anliegen und Bedürfnisse richtig verstanden wurden.

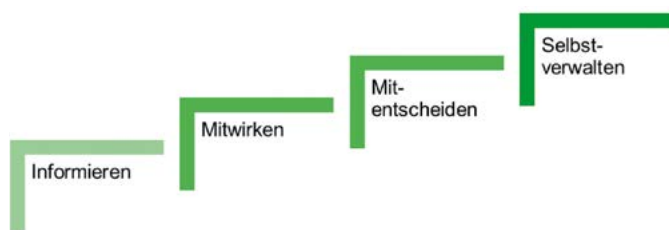


Abb. 2: Partizipationsstufen in QuAKTIV (vgl. Fabian et al. 2016, S. 16)

Der Settingansatz

Der Settingansatz gilt in der Gesundheitsförderung als Schlüsselstrategie zur Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta (World Health Organization 1986). Mit diesem Ansatz wurde der Fokus gesundheitsfördernden Handelns auf die sozialen Systeme wie Schule, Quartier, Verein, Betrieb etc. gerichtet. Neben der individuellen, der gemeinschaftlichen und der gesellschaftlichen Ebene wurden nun auch räumliche und soziale Strukturen als Ziele gesundheitsfördernder Maßnahmen angesprochen (Engelmann/Halkow 2008). Gemäß dem Settingansatz herrschen in unterschiedlichen Lebensbereichen und unterschiedlichen sozialen Systemen jeweils andere Rahmenbedingungen. Diese haben Einfluss auf die Gesundheit und können durch Entwicklungsprojekte beeinflusst werden. Entsprechend wird auch von der „Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung“ gesprochen (Pelikan 2011). Kernstrategien des Settingansatzes sind die schon erwähnte Partizipation aller relevanten Akteure, die Prozessorientierung, die Entwicklung integrierter Konzepte und der Einbezug von Interventionen, die sowohl individuelle Einstellungen und Verhaltensweisen als auch strukturelle Verhältnisse innerhalb des Settings beeinflussen (Sterdt/Walter 2012; vgl. für einen kurzen Überblick zum Setting-Ansatz auch Fabian 2017).

Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben, lernen, spielen und arbeiten. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit als Ausdruck von hohem Wohlbefinden und hoher Lebensqualität und nicht bloß als Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit ist ein multidimensionales Konstrukt mit körperlicher, psychischer und sozialer Dimension. Unter

Gesundheit wird dabei weniger ein (Ideal-)Zustand als vielmehr ein Prozess verstanden (Faltermeier 2009). Der Begriff steht für eine dynamische Balance, die sich einstellt, wenn Bewältigungsressourcen zur Verfügung stehen, um Anforderungen gewachsen zu sein und wenn physische, psychische oder interaktive Ressourcen weiterentwickelt werden können. Gesundheit als Prozess steht somit für vielfältige Wechselwirkungen zwischen Menschen und Umwelt. Solche Wechselwirkungen sind immanente Bestandteile partizipativer Prozesse wie bei QuAKTIV.

Partizipation und Gesundheit: die Bedeutung der Prozesse

Partizipation fördert nicht nur gemeinsam getragene Lösungen (Freiräume), sondern hat auch einen direkten Einfluss auf die Gesundheitschancen und die Gesundheitsressourcen der Beteiligten selbst (Hartung 2012). In partizipativen Prozessen sind für Kinder verschiedene Erfahrungsdimensionen erlebbar, wie als Anwohnerin und Anwohner mit einer Stimme und Meinung angehört und ernst genommen zu werden; die Integration im Gemeinwesen; der soziale Austausch mit anderen Personen und Generationen; das Erleben von Zuwendung durch Erwachsene und andere Kinder. Wenn diese Erfahrungen als positiv erlebt werden, dann können verschiedene gesundheitsrelevante Ressourcen der Kinder gestärkt werden. Diese Schutzfaktoren oder Resilienz stärkende Faktoren sind förderbar sowie empirisch messbar (Bengel/Meinders-Lücking/Rottmann 2009) und werden folgend beschrieben.

Empowerment und Autonomie

Mit dem Empowermentansatz wendet man sich von einer paternalistischen Ausrichtung ab, der Fokus richtet sich nicht mehr auf individuelle Vorsorge, Betreuung oder Erziehung, vielmehr wird die zielgruppen- und lebensweltspezifische Aktivierung und Mobilisierung der Menschen betont (Kraschl/Drewes/Kleiber 2010; Rosenbrock, 2001). Autonomie und Selbstbestimmung von Individuen oder Gemeinschaften sollen erhöht werden, um es ihnen so zu ermöglichen, ihre Interessen selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und ihre Umwelten eigenständig zu gestalten. In den QuAKTIV-Projekten erfahren und erleben die Kinder, dass ihre Anliegen und Ideen von den Behörden und den Planungsfachpersonen aufgenommen und in Planungen integriert werden. Durch Austausch- und Aushandlungsprozesse mit den genannten Akteuren, aber auch unter den Kindern selbst, erleben diese, dass sie tatsächlich ihre Umwelt mitgestalten können. In einer Pilotgemeinde bspw. hatten die Kinder verschiedene Gelegenheiten, um ihre Anliegen und Ideen bei den Gemeindebehörden, der Schulleitung und Lehrpersonen sowie beim Landschaftsplaner einzubringen, zu „verteidigen“ und mit ihnen ein Stück weit auszuhandeln.

Selbstwirksamkeit

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung hat im Gesundheitsbereich große Bedeutung und ist gut validiert. „Selbstwirksamkeitserwartung wird definiert als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können“ (Schwarzer 2004). Einfache Routine reicht für die Lösung nicht. Anstrengung und Ausdauer sind für die Bewältigung erforderlich. Dabei sind die Überzeugung, dass das Verhalten zum Erfolg führt (Konsequenzerwartung), und die Erwartung, für das eigene Verhalten kompetent zu sein (Kompetenzerwartung), maßgebend (Bandura 1997). Selbstwirksamkeitserwartung hat einen starken Zusammenhang mit Gesundheit und Gesundheitsverhalten und wird deshalb z.B. in Präventionsprojekten im Zusammenhang mit Substanzenkonsum, Gewalt oder Zivilcourage gefördert. Selbstwirksamkeitserwartung kann am stärksten durch eigene Erfahrungen sowie durch Beobachtung von Verhaltensmodellen gefördert werden (Schwarzer/Jerusalem 2002). Solche Erfahrungen haben bei QuAKTIV einige Kinder bspw. im Rahmen eines Quartiersfestes gemacht: Sie stellten die mit den anderen Kindern entwickelten Ideen den interessierten Festbesuchern vor, erklärten sie ihnen und erlebten so, dass es sehr gut gelingen kann, für eigene Interessen einzustehen.



Abb. 3: Kinder aktiv in ihrer Lebenswelt (Foto: Timo Huber)

Attribution und Kontrollüberzeugungen

Eine zentrale Komponente der Selbstwirksamkeitserwartung ist die Vorstellung, dass man Verhaltensweisen und Geschehnisse als Person beeinflussen kann – oder dass man es eben nicht kann. Eine internale Kontrollüberzeugung bedeutet, dass eine Person davon überzeugt ist, dass das Ergebnis einer Handlung so ist, weil sie als Person das bewirkt hat. Bei der externalen Kontrollüberzeugung hingegen werden externe Umstände als Ursache für das erreichte Ergebnis gesehen (Heckhausen/Heckhausen 2010). Personen mit höherer internaler Kontrollüberzeugung sind oft gesünder oder haben das

bessere Wohlbefinden (Hartung 2012). In den Pilotgemeinden von QuAKTIV machten die Kinder die Erfahrung, dass sie zumindest Teile ihrer Lebenswelt mitbeeinflussen (kontrollieren) können. Ihre Bedürfnisse z.B. nach einer „Chillecke“ oder nach Wasser auf dem Platz wurden aufgenommen, diskutiert und realisiert. Die Kinder erfuhren so aber auch, dass nicht jede Idee machbar ist, und sie verstanden, dass es Grenzen finanzieller oder räumlicher Art gibt. Solche Prozesse stärken die gesundheitsrelevante internale Kontrollüberzeugung.

Kohärenzgefühl

Antonovsky (1997) rückt mit dem Modell der Salutogenese die Frage ins Zentrum, was Menschen gesund erhält. In diesem Kontext ist das Konzept des Kohärenzgefühls wichtig. Drei Komponenten bilden das Kohärenzgefühl: Die Verstehbarkeit beschreibt die Erwartung eines Menschen, dass alltägliche Stimuli, Situationen oder Erfahrungen als geordnet oder erklärbar wahrgenommen und als konsistente und strukturierte Information verarbeitet werden können. Das führt dazu, dass ein konsistentes Bild der Umwelt aufgebaut werden kann. Die Handhabbarkeit beschreibt die Erwartung, dass schwierige Situationen oder Herausforderungen lösbar und bewältigbar sind. Dabei geht es um die eigenen Ressourcen und Kompetenzen, aber auch um den Glauben, dass andere Menschen helfen, um allfällige Schwierigkeiten zu meistern. Die Sinnhaftigkeit schließlich beschreibt die Erwartung, dass das Leben sinnvoll ist. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit motiviert dazu, Herausforderungen tatsächlich anzugehen und zu bewältigen.

Ein gutes Kohärenzgefühl unterstützt das Gesundbleiben oder das Gesundwerden. Ein starkes Kohärenzgefühl bedeutet, dass Menschen flexibel auf Anforderungen, aber auch Belastungen reagieren können und dass die dazu notwendigen Ressourcen tatsächlich aktiviert werden können (Bengel/Strittmatter/Willmann 2001; Hartung 2012). Die Entwicklung des Kohärenzgefühls wird gemäß Bengel et al. (2001) maßgeblich durch Teilhabe an Entscheidungsprozessen beeinflusst, was auch bei QuAKTIV der Fall war. Gerade die Sinnhaftigkeit wird gefördert, wenn Kinder erleben, dass ihre Anliegen nach einer für sie doch langen Entwicklungszeit erfüllt und realisiert werden. Kinder berichteten, dass sie einige ihrer Ideen in den Freiräumen wiedererkannten, dass es „ihr“ Freiraum ist, was zu einer starken Identifikation mit den Räumen führte.

Chancen und Herausforderungen

Der aktuelle Forschungsstand lässt den Schluss zu, dass durch partizipative Entwicklungs- und Gestaltungsprozesse von Stadt, Quartier oder Freiräumen gesundheitspezifische Ressourcen und Faktoren der Kinder gefördert werden. Wenn Kinder einbezogen werden, erleben sie, dass sie ihre Umwelt beeinflussen können, dass sie in gewissen Teilen mitentscheiden können, dass Aushandlungsprozesse und Kompromisse möglich und sinnvoll sind und dass sie eine altersadäquate



Mitverantwortung zugesprochen bekommen. Kinder erleben Sinnhaftigkeit in ihrem Tun und Sein.

Allerdings zeigen die Erfahrungen in den Pilotgemeinden von QuAKTIV, dass nicht nur die geschilderten Chancen bestehen, sondern auch gewisse Risiken. Falls bspw. die partizipativen Prozesse nicht optimal ablaufen, kann es auch zu Enttäuschungen oder gar negativen Wirkungen bei den Kindern kommen (Widmer/Stutz 2016). Bspw. musste in einer Pilotgemeinde das Freiraumentwicklungsprojekt nach ersten partizipativen Schritten mit den Kindern abgebrochen werden, da das Budget in der Gemeindeversammlung nicht bewilligt wurde. Hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Faktoren kann man annehmen, dass diese nicht gefördert oder im schlimmsten Fall gar geschwächt werden. Das bedeutet, dass solche Projekte und Prozesse umsichtig und vorausschauend geplant und umgesetzt werden müssen. Die Literatur zeigt aber auch, dass gerade im Kontext von sozialräumlichen Kontexten noch Forschungslücken und Langzeitstudien, die den Wirkungen der Partizipationsprozesse nachgehen, fehlen. Es ist zu wünschen, dass hier sowohl weitere Entwicklungs- und Umsetzungsprojekte als auch daran geknüpfte Forschungsprojekte realisiert werden können.

Prof. Carlo Fabian, Nadine Käser
Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und
Stadtentwicklung ISOS, Hochschule für Soziale Arbeit,
Fachhochschule Nordwestschweiz, Basel

Quellen:

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.

Bandura, A. (1997): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), S. 191-245.

Bengel, J./Meinders-Lücking, F./Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. (Vol. 35). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert (Vol. 6). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Engelmann, F./Halkow, A. (2008): Der Setting Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Fabian, C. (2016): Der Beitrag partizipativer Prozesse bei der Freiraumentwicklung für die Gesundheit von Kindern. Eine theoretische Annäherung. *Umweltpsychologie*, S. 112-136.

Fabian, C. (2017): Der Setting-Ansatz. Der umfassende Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention. *Sozial Aktuell* (9), S. 14-17.

Fabian, C. (2018, in Vorbereitung): Demokratieerfahrung durch Beteiligungsprozesse – am Beispiel partizipativer Entwicklung von Freiräumen mit Kindern. In O. Schnur/M. Drilling/O. Niermann (Hrsg.): *Quartier und Demokratie*. Wiesbaden: Springer.

Fabian, C./Huber, T. (2018, in press): Participating in creating open spaces with and for children – A kind of participatory action research? In: I. Berson/M. Berson/C. Gray (Hrsg.): *Participatory Methodologies to Elevate Children's Voice and Agency*. Springer.

Fabian, C./Huber, T./Käser, N./Schmid, M. (2016): Naturnahe Freiräume für Kinder und mit Kindern planen und gestalten. Grundlagen, Vorgehensweise und Methoden. Praxishilfe. Basel: FHNW.

Faltermeier, T. (2009): Gesundheit: körperliche, psychische und soziale Dimensionen. In: J. Bengel/M. Jerusalem (Hrsg.): *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 46-57.

Hartung, S. (2012): Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. In: R. Rosenbrock/S. Hartung (Hrsg.): *Partizipation und Gesundheit*. Handbuch. Bern: Hans Huber, S. 57-78.

Heckhausen, J./Heckhausen, H. (2010): *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.

Huber, T./Fabian, C. (2015): Naturnahe Freiräume für und mit Kindern planen und gestalten. *Soziokulturelle Animation in der partizipativen Freiraumentwicklung*. *Sozial Aktuell*, 2015 (12), S. 28-31.

Huber, T./Fabian, C. (2017): Naturnahe Freiräume für Kinder und mit Kindern planen und gestalten – ein wertvoller Prozess! In: P. Oehler/N. Käser/M. Drilling/J. Guhl/N. Thomas (Hrsg.): *Emanzipation, Soziale Arbeit und Stadtentwicklung – Eine programmatische und methodische Herausforderung*. Opladen, Berlin & Toronto: Budrich UniPress, S. 185-208.

Kraschl, C./Drewes, J./Kleiber, D. (2010): Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In: J. Drewes/H. Sweers (Hrsg.): *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, S. 151-169.

Olk, T./Roth, R. (2007): *Mehr Partizipation wagen: Argumente für eine verstärkte Beteiligung von Kindern und Jugendlichen* (2. ed.). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Pelikan, J. M. (2011): Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann/P. Franzkowiak (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Werbach: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 400-403.

Petrow, C. (2012): Städtischer Freiraum. In: F. Eckardt (Hrsg.): *Handbuch Stadtsoziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 805-837.

Rosenbrock, R. (2001): Was ist New Public Health?

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44(8), S. 753-762.

Schmid, M. (2015a): Ergebnisse Abschlussevaluation Birnenstorf. Basel: FHNW-HSA.

Schmid, M. (2015b): Ergebnisse Abschlussevaluation Herznach. Basel: FHNW-HSA.

Schwarzer, R. (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3., überarb. Auflage ed.). Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R./Jerusalem, M. (2002): Das Konzept der Selbstwirksamkeit. Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. *Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft* 44, S. 28-53.

Sterdt, E./Walter, U. (2012): Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. In: C. Böhme/C. Kliemke/B. Reimann/W. Süß (Hrsg.): *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*, Bern: Huber, S. 27-36.

UN. (1989): UN-Konvention über die Rechte des Kindes. from http://www.unicef.ch/sites/default/files/attachements/un_konvention_ueber_die_rechte_des_kindес.pdf

Widmer, T./Stutz, M. (2016): Evaluation des Demokratiebeitrags von QuAKTIV. Schlussbericht zur externen Evaluation des Demokratiebeitrags neuer Partizipationsformen in drei Pilotprojekten des Programms „QuAKTIV – Naturnahe, kinder- und jugendgerechte Quartier- und Siedlungsentwicklung im Kanton Aargau“ (Vol. 16). Zürich: Universität Zürich.

World Health Organization (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1



Anna Florl, Robert Kretschmann

Therapierst du noch oder heilst du schon?

Gesundheit in der Stadtgesellschaft aus Milieuperspektive



Wenn über Gesundheit und Stadtentwicklung gesprochen wird, erschließen sich unzählige Betrachtungsfelder, um der Thematik näher zu kommen. Dabei muss zunächst unterschieden werden, ob das Themenfeld mit der Stadtgesellschaft, also die Menschen an sich, das Ökosystem Stadt oder aus funktionaler Sicht des Zusammenlebens untersucht wird. So kann über die Gesundheitsbelastungen in der Stadt (Emissionen), über den Gesundheitszustand der Menschen in der Stadt (Stadtgesellschaft), über Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, deren Verteilung und Nutzung, aber auch über eine gesunde Flora und Fauna (die wiederum Auswirkungen auf die Stadtgesellschaft hat), gesprochen werden. Jedes Thema für sich ist ein großer Untersuchungsraum, sodass hier nur ein paar wenige Felder des großen Spektrums kurz beleuchtet werden.



Chronische Beschwerden und Milieus

Laut einer Studie der Forsa, die im Auftrag der Techniker Krankenkasse 2013 durchgeführt wurde, hält sich jeder dritte Deutsche für chronisch krank. Die häufigsten chronischen Erkrankungen und Beschwerden waren demnach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Übergewicht (WeltN24 GmbH 2013). In aktuelleren Berichten kommen Nacken- und Rückenschmerzen, Depressionen und Magenbeschwerden hinzu. Chronische Beschwerden zeichnen sich durch einen dauerhaften oder langanhaltenden Zustand aus und haben zumeist kontinuierliche bzw. wiederkehrende Arztbesuche zur Folge. Daraus folgt, dass Ärzte, welche eine Vielzahl von Patienten mit chronischen Erkrankungen behandeln, häufig bzw. regelmäßig von diesen aufgesucht werden, auch wenn es sich dabei lediglich um Kontrolluntersuchungen handelt.

Für den Arzt sind solche Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit ein ökonomischer Faktor, da hier eine fest kalkulierbare Anzahl an Behandlungen zu erwarten ist, welche auch im Rahmen von Kontrolluntersuchungen einem standardisierten Rahmen entspricht, da die Art und Dauer der Behandlung vorhersehbar ist. Ein (Fach-)Arzt, der im Einzugsgebiet unter anderem eine hohe Anzahl chronisch erkrankter Patienten seiner Fachrichtung erwarten kann, hat somit eine solide Existenzbasis für den Betrieb seiner Praxis. Insofern spielt die Verteilung chronisch erkrankter Personen im Stadtgebiet für die Standortwahl einer Praxis eine Rolle. Gerade bei Erkrankungen des Bewegungsapparates sind aus Patientensicht kurze Entfernungen zwischen Wohnung und Praxis von Vorteil.

Eine Betrachtung der Anteile von Personen mit chronischen Beschwerden, differenziert nach Sozialmilieus, zeigt den

Schwerpunkt bei Personen, die über ein hohes Durchschnittsalter verfügen und ein niedriges Einkommensniveau besitzen. Insbesondere das traditionelle und prekäre Milieu sind hiervon übermäßig stark betroffen (vgl. Abb. 1). Die hohen Kosten, die für den Erhalt bzw. der Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes erforderlich sind, können nicht oder nur schwierig abgedeckt werden. Hier werden mutmaßlich durch die Milieus, wenn überhaupt, lediglich die Minimalmaßnahmen im Rahmen der Behandlungspläne der gesetzlichen Krankenkassen „absolviert“, da allein durch die Behandlungszuzahlungen das finanziell verfügbare Budget ausgeschöpft wird. Zusätzliche oder bessere Behandlungsmethoden finden vermutlich nicht statt.

Die Konsumhedonisten sind zwar nur leicht überdurchschnittlich von chronischen Beschwerden betroffen, jedoch ist bei den Betroffenen der Wert derer, die zwei oder mehr Beschwerden haben, außergewöhnlich hoch. Im Mittelwert haben hier betroffene Personen etwas mehr als drei chronische Beschwerden gleichzeitig. Als Folge dessen stellt dieses Milieu aus der Gesundheitsperspektive an den Arbeitsmarkt und das Lebensumfeld höhere Anforderungen (Zeit für Kontrolluntersuchungen, gesunder Arbeitsplatz und Wohnraum). Inwiefern der Arbeitsplatz oder das Wohnumfeld Ursache des Gesundheitszustandes ist, kann und soll an dieser Stelle nicht beantwortet werden. In den Berufsfeldern mit schwerer körperlicher Arbeit oder eines potenziell ungesunden Arbeitsumfeldes sind Konsumhedonisten nur unterdurchschnittlich vertreten. Die innenstadtnahen verdichteten Wohnlagen dieses Milieus mit erhöhter Lärm- und Feinstaubbelastung könnten zumindest eine Teilantwort liefern. Die medizinische Versorgung im Stadtgebiet muss letztendlich an die Bedürfnisse der