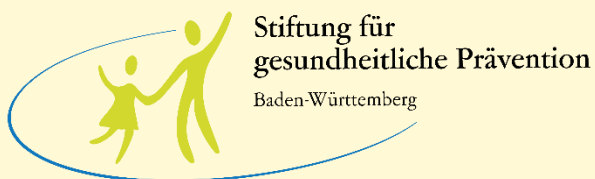


Entwicklung und Befähigung zur Gesunden Kommune

**Ein Diskussionspapier
der Stiftung für gesundheitliche
Prävention Baden-Württemberg**



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Impressum

Stiftung für gesundheitliche Prävention
Baden-Württemberg
Else-Josenhans-Straße 6
70173 Stuttgart

Geschäftsführer Dr. Jürgen Wuthe
E-Mail: praeventionsstiftung@sm.bwl.de
www.praeventionsstiftung-bw.de

Das Diskussionspapier wurde vom Wissenschaftlichen Beirat der Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg erarbeitet. Ausgangspunkt war eine Vorlage der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg.

Juli 2020



BARMER



SÜDWESTMETALL



Zusammenfassung

Durch teils unabhängige, teils verbundene Initiativen und Verlautbarungen zur *kommunalen Gesundheitsförderung* wurde durch die Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg angeregt, Kommunen als Sozialraum für verhaltens- und verhältnisorientierte Initiativen und Programme zu nutzen und noch stärker als bisher verhältnisorientierte Initiativen und Programme der Gesundheitsförderung auf der kommunalen Ebene zu etablieren.

Vor dem Hintergrund großer gesellschaftlicher Transformationsprozesse (Klimawandel, Digitalisierung, Demografische Entwicklung, Urbanisierung etc.) und der mit SARS-Cov-2 einhergehenden Beobachtung, dass gesellschaftliche Normalität immer auch fragil ist und Abwehrmaßnahmen gegen Bedrohungen nur dann greifen, wenn sie in solidarischem Handeln von allen gesellschaftlichen Akteuren mitgetragen werden, regt die *Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg* an – stärker als bislang – eine *integrierte* und *partizipative Strategie* der *kommunalen Gesundheitsförderung* zu verfolgen. Die *Stiftung* will mit dem vorliegenden Papier eine Debatte zu einer kommunalen Gesundheitsförderung anstoßen, die mit den Ansätzen der WHO *Health in all policies*, *Whole of society* und *Whole of government approach* korrespondiert.

Ergänzend zu den Maßnahmen und Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune wird im Diskussionspapier die Gesundheitsförderung mit der Kommune betont. Das strategische Ziel ist hier, die *Gesunde Kommune* als soziale Gemeinschaft zu entwickeln, in der Bewohner*innen gesund leben und sich wohlfühlen. Damit das Ziel erreicht wird, müssen die kommunalen Akteure*innen befähigt werden, Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität gemeinsam mit den Personen der Zielgruppe, denen die Maßnahmen gelten, zu fördern.

Wir regen an, dass Politik und Verwaltung mit zivilgesellschaftlichen Akteuren und Organisationen unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger das Ziel der *Gesunden Kommune integriert* und *partizipativ* entwickeln. Werden gesundheitliche Belange der Bevölkerung – meist mit einem Blick auf Defizite und Vulnerabilitäten, statt auf Ressourcen und Resilienz – an nur ein kommunales Ressort (meistens an das Sozialressort) verwiesen, wird kommunales Handeln den komplexen gesellschaftlichen Transformationen nicht gerecht. Der Erhalt und die Förderung der Gesundheit gehören vielmehr als wichtige strategische Option und nachhaltige Querschnittsaufgabe auf die Agenda der kommunalen Entscheidungsträger.

Wir sehen in der kommunalen Gesundheitsförderung mit der Kommune einen Treiber einer nachhaltigen lokalen Entwicklung.

1	WAS MOTIVIERT UNS ZU DIESEM PAPIER?	5
	Vor welchem gesellschaftlichen Hintergrund schreiben wir das Papier?	6
2	WELCHE VERLAUTBARUNGEN UND ANSÄTZE LIEGEN VOR?.....	7
3	WAS IST EINE GESUNDHEITSFÖRDERLICHE STADT- UND GEMEINDEENTWICKLUNG? 8	
	3.1 Was soll erreicht werden?	8
	3.2 Was bedeutet das für die Zielverfolgung?	9
4	WELCHE ÜBERGEORDNETE ABSICHT (IMPACT) VERFOLGT <i>GESUNDHEITSFÖRDERUNG MIT DER KOMMUNE</i> ?	11
	4.1 Wie gelingt es, kommunale Gesundheitsförderung wirksam zu gestalten?	12
	4.2 Gibt es Kernelemente einer wirksamen gesundheitsförderlichen Stadt- und Gemeindeentwicklung?.....	13
5	GIBT ES BEISPIELHAFTE INTERVENTIONEN, DIE AUF DIE <i>GESUNDE KOMMUNE</i> GERICHTET SIND?	14
6	LITERATURVERZEICHNIS	16

1 Was motiviert uns zu diesem Papier?

Die *Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg* will mit dem vorliegenden Papier administrativ und politisch Verantwortliche kommunaler Gebietskörperschaften (Land und Stadtkreise, Stadtquartiere, Gemeinden) zu einem Dialog einladen.

Die Stiftung schlägt einen *integrierten, partizipativen* Zugang der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung mit der Kommune vor. Sie regt mit dem vorliegenden Papier an, dass Verwaltung, politische Gremien und Zivilgesellschaft die *Gesunde Kommune* als strategisches Management-Ziel definieren. Die kommunalen Akteure*innen sollten Programme und Maßnahmen nicht nur als zeitlich befristetes Projekt umsetzen, sondern gemeinsam Strukturen schaffen, um die Gesunde Kommune nachhaltig zu sichern.

Im Kern des Diskussionspapiers regt die Stiftung also an, Gesundheit als zentrales Politikfeld auf die Agenda des kommunalen Entscheidens und Handelns zu setzen, sie zugleich als Querschnittsaufgabe aller Ressorts zu definieren und das Ziel *Gesunde Kommune* in einem partizipativen und integrierten Vorgehen zu verfolgen.

Die Stiftung will Wissen zur Förderung der Gesundheit stiften. Gesundheit ist für die Stiftung ein zentrales *Öffentliches Gut*. Als solches ist Gesundheit zum einen eigenständiges strategisches Ziel des kommunalen Handelns und zum anderen ein Querschnittsthema, das weitere kommunale Politikfelder (z.B. Bildung, Finanzen, Verkehr, Wirtschaft, Pflege, Soziales, Stadt-/Ortsentwicklung) berührt.

Mit der Schwerpunktsetzung des vorliegenden Papiers schließt die Stiftung an vorhandene Verlautbarungen, Ansätze und Initiativen des Landes zur kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung an. Der Inhalt des Papiers geht zugleich darüber hinaus, indem angeregt wird, den gesetzlichen Auftrag der *kommunalen Daseinsvorsorge* strategisch zu erweitern.

Eine solche Perspektive wird – nach unserem Dafürhalten – „vor Ort“ noch zu selten „gelebt“. Kommunales Handeln scheint im Wesentlichen auf die Versorgung und auf Hilfeleistung ausgerichtet zu sein. Das kommunale Handeln richtet sich meist auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit. Projekte und konkrete Maßnahmen adressieren demzufolge die Versorgung, die Pflege und – so die Maßnahmen präventiv orientiert sind – auf die Reduktion verhaltensassoziierter gesundheitlicher Risiken. Eingegriffen wird – um ein Bild zu bemühen – „flussabwärts“, um „Ertrinkende“ zu retten und wiederzubeleben. Wir regen zusätzlich zu den „Rettungsmaßnahmen“ an, „flussaufwärts“ Brücken und Geländer zu bauen um zu verhindern, dass Menschen in den Fluss fallen und das Schwimmen zu lehren, um das rettende Ufer aus eigener Kraft zu erreichen.

Mit unserem Motto „Wissen stiften“ wollen wir die kommunalen Akteure*innen dabei unterstützen, die *Gesunde Kommune* mittel- und langfristig zu verwirklichen. Die Gesundheit der Bevölkerung (öffentliche Gesundheit) ist für uns ein zentrales kommunales Politikfeld, das im Zentrum kommunaler Umsetzungsstrategien stehen sollte. Diese Auffassung wird auch genährt durch die Erkenntnis, dass Gesundheit eine wesentliche Bedingung, ein befähigender

Prozess und ein Ergebnis der 17 UN-Nachhaltigkeitsziele ist, denen sich die Bundesregierung verpflichtet fühlt.

Vor welchem gesellschaftlichen Hintergrund schreiben wir das Papier?

Moderne Gesellschaften stehen vor großen Herausforderungen, die zeitlich koinzidieren. Jede Herausforderung hat für sich genommen ein disruptives Potential, das die Lebensgewohnheiten massiv beeinflussen und verändern wird. Die deutsche Gesellschaft altert (*demografische Entwicklung*), damit nehmen altersassoziierte und chronische Erkrankungen zu. Der *Klimawandel* bedroht vor allem mit Extremwetterlagen (u.a. Hitze, Stürme, Starkregen) vulnerable Gruppen der Bevölkerung und führt zu einer gesteigerten „Übersterblichkeit“ während sommerlicher Hitzeperioden. *Energieerzeugung* und *Mobilität* müssen wegen steigender Schadstoffemission, die ebenfalls vulnerable Gruppen (Kinder, alte Menschen) am stärksten trifft, stärker als bisher auf Umweltverträglichkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtet werden. *Digitalisierung* wird die Versorgung und die Prävention mit anderen Formaten anreichern und hat eigene Risiken (z.B. Datenschutz). Die *Urbanisierung* regt die Suche nach der Stadt der Zukunft an (mehr grün, mehr blau, mehr Nachbarschaft etc.).

Wie und mit welcher Intensität sich die komplexen Transformationsprozesse auf die öffentliche Gesundheit (Public Health) auswirken, ist (unvermeidlich) unsicher und unvorhersehbar. Sicher ist nur, dass sie sich auswirken werden. Kommunen sollten Vorsorge treffen, in dem sie sich zu einer resilienten (robusten) und nachhaltigen sozialen Gemeinschaft entwickeln. Damit ist zum einen die gesundheitliche Chancengleichheit bislang benachteiligter Gruppen berührt und so zu handeln ist zum anderen ökologisch und ökonomisch vernünftig.

Komplexe Transformationsprozesse sind von einem gesellschaftlichen Teilsystem (z.B. Sozial- und/oder Gesundheitswesen) nicht alleine zu beherrschen oder gar so zu steuern, dass negative Wirkungen reduziert werden. Um Gesundheit und Wohlbefinden nicht nur zu erhalten, sondern noch zu steigern, müssen gesellschaftliche Teilsysteme stattdessen koalieren und kooperieren.

2 Welche Verlautbarungen und Ansätze liegen vor?

In Baden-Württemberg sind gesundheitliche Zielsetzungen und die dafür tauglichen Strukturen durch Initiativen des Landes (gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern, weiteren relevanten Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention) in den vergangenen Jahren schrittweise entwickelt und inhaltlich an weltweite Programmatiken und Entwicklungen (vornehmlich die WHO Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung aus dem Jahr 1986) ausgerichtet worden: Landesgesundheitsgesetz, Novellierung des Gesundheitsdienstgesetzes, Verzahnung mit der Wissenschaft durch Gründung eines Lehrstuhls für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung an der Universität Tübingen, Definition von Landesgesundheitszielen, -strategien, Leitbildern und Projektförderungen. Sie verfolgen das Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung als wesentliche Säule neben der Versorgung zu etablieren und die Akteure*innen zu vernetzen (siehe Roller & Wuthe, 2020).

Die Überlegungen im vorliegenden Papier sind an Dokumente und Initiativen des Landes Baden-Württemberg anschlussfähig. So etwa an die *Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg* „Gesundheit in allen Lebensbereichen“, an das *Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg* und an das *Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung*. Mit expliziter Ausrichtung auf die Kommunen wurde die *Gesundheitsplanung* als Kernaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in das *Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst* in Baden-Württemberg aufgenommen, *Kommunale Gesundheitskonferenzen* wurden eingerichtet und in die Aufgabe eingebunden und im *Landesgesundheitsgesetz* und der LRV Baden-Württemberg¹ explizit benannt. Mit der Landesstrategie „Quartier 2020 – Gemeinsam. Gestalten.“, die Aktivitäten in Stadtquartieren fördert, existiert ein Landesprogramm, das sich in den Grundzügen bereits dazu eignet, einen integrierten Ansatz von Gesundheitsförderung in der Kommune umzusetzen.

Trotz der Bemühungen, Verlautbarungen und Ansätze wird nach Einschätzung der *Stiftung für gesundheitliche Prävention* die Kommune vor Ort meistens als Sozialraum für verhaltensorientierte Appelle und Maßnahmen genutzt. Seit einiger Zeit kommt zu den Appellen ein „sanftes anstupsen“ (nudging), um Menschen auf den Pfad des gesunden Verhaltens (z.B. Bewegung im Alltag) zu lenken (u.a. Hertwig & Grüne-Xanoff, 2017).

Integrierte partizipative Ansätze zur kommunalen Entwicklung und Befähigung – wie sie im Folgenden beschrieben werden und wie sie vor dem Hintergrund der *Großen Gesellschaftlichen Transformationsprozesse* geboten wären – sind demgegenüber selten erkennbar.

¹ Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20fSGB V im Land Baden-Württemberg (LRV Baden-Württemberg)

3 Was ist eine gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung?

Kommunale Gesundheitsförderung – in dem hier präzisierten Verständnis – ist anspruchsvoll. Sie ist mehr als eine Strategie, die den Sozialraum nutzt, um an die Vernunft aller Bewohner*innen (universelle Prävention), an ausgewählte (selektive Prävention) oder an bereits gesundheitlich belastete Gruppen von Bewohnern*innen (indizierte Prävention) zu appellieren, ihr Verhalten zu ändern. Wir nennen die verhaltensorientierte Strategie, angelehnt an Boutilier, Cleverly und Labonte (2000), *Gesundheitsförderung in der Kommune*. Auch diese Strategie ist von Nutzen für die öffentliche Gesundheit (Public Health). Allerdings ernüchtern die Befunde, wenn man beispielsweise die Prävalenzen von Übergewicht, Adipositas und in dessen Folge, des Diabetes Mellitus Typ 2 betrachtet, die trotz aller Kampagnen und Bemühungen zunehmen.

Wir ermuntern zu einer Strategie der **Gesundheitsförderung mit der Kommune**.

Gesundheitsförderung **mit** der Kommune will Kommunen zu **sozialen Gemeinschaften** entwickeln. Sie will kommunale Akteure befähigen, in einem **systematischen** und **partizipativen Vorgehen** die Gesundheit der Bewohner*innen zu sichern und zu fördern. Sie richtet das Augenmerk auf die **Lebensbedingungen**, auf die natürliche, baulich-technische und soziale Umwelt. Sie setzt **Gesundheit** auf die **Agenda** aller politischen und administrativen Entscheidungen, bezieht alle Ressorts ein und wirkt mit zivilgesellschaftlichen Akteuren gemeinsam. Sie erfolgt **integriert**.

3.1 Was soll erreicht werden?

Bewohner*innen einer Kommune empfinden im Idealfall Zugehörigkeit zu ihrer Kommune. Sie verstehen sich als soziale Gemeinschaft. Sie befriedigen so ein grundlegendes Bedürfnis ihres Wohlbefindens. Sie teilen soziale Identität. *Gesundheitsförderung mit der Kommune* zielt auf die *gesunde Kommune* als *soziale Gemeinschaft*.

Sie zielt auf die soziale Identität, die Organisationskultur und das Organisationsklima der Kommune. Sie adressiert dazu die Strukturen und Prozesse der Kommune und die explizit formulierten und implizit geltenden Werte und Einstellungen.² Eine *gesundheitsförderliche Kommune* ist im Ergebnis ein funktionierendes Gemeinwesen (siehe dazu die *Sozialkapitaldebatte* beispielsweise bei Braun, 2002). Wir nennen Sie eine *gesunde Kommune*.

Die Bewohner*innen einer *gesunden Kommune* leben in einer intakten sozialen, restaurativ natürlichen, nach menschlichem Maßstab gebauten und technisch unterstützenden Umwelt. Die ökonomischen und Mobilitätspraktiken sind ressourcenschonend und nachhaltig organisiert. Einer gesundheitsförderlichen Kommune ist das *soziale Kapital* mindestens gleichgewichtig zum ökonomischen Kapital.

² Im Gedanken der *caring communities*, der *sorgenden Gemeinschaften*, der im Kontext der Behindertenpädagogik und der Gerontologie entwickelt wurde, scheint dieser kommunale Entwicklungsaspekt noch stärker auf (siehe dazu z.B. Schablon, 2007).

Es gilt, das *Vertrauen* in die öffentlichen Institutionen und in das soziale Miteinander zu stärken. Das hat Folgen für nachbarschaftliche Hilfen und zivilgesellschaftliches Engagement. Gerade in der aktuell bedrohlichen SARS-Cov-2 Pandemie erleben wir eindrücklich, dass eine intakte soziale Gemeinschaft zentral ist wegen des solidarischen Handelns und der Hilfeleistungen für vulnerable Gruppen. Beides, solidarisches Handeln und Hilfeleistung sind in der Krise unabdingbar. Die Pandemie weist mit Wucht daraufhin, wie ein „seltenes“ Ereignis das „normale“ Leben (arbeiten, wirtschaften, bilden etc.) irritiert und „einfriert“ und Staat und Gesellschaft zu massiven Anpassungsleistungen zwingt. Menschen leben vor Ort, in den Kommunen – dort müssen die Anpassungen stattfinden.

3.2 Was bedeutet das für die Zielverfolgung?

Kommunale Gesundheitsförderung ist mit dem hier formulierten ambitionierten Ziel eine hoch komplexe Aufgabe. Eine gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung setzt Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität ihrer Bürger*innen auf die Agenda des täglichen politischen und administrativen Entscheidens und Handelns. Sie richtet ihr Management strategisch auf dieses Politikfeld aus. Damit das gelingt, muss kommunale Politik und Verwaltung politikfeld- und fachbereichsübergreifend mit ortsansässigen, regionalen und zivilgesellschaftlichen Akteuren*innen und Entscheidungstragenden zusammenarbeiten (vgl. Ehlen et al., 2018).

Das benötigt ein *integriertes*, statt eines „versäulten“ Denkens und Handelns: **Gesundheit** zu erhalten und zu fördern ist eine **Querschnittsaufgabe** aller **Ressorts** (z.B. Bau, Verkehr, Ordnung, Soziales etc.; siehe auch Merkt-Kube, Müller & Schmider, 2020). Gefordert ist eine *Strategie*, die Gesundheit und Wohlbefinden während aller Lebensphasen (z.B. Kindheit, Jugend, Alter etc.) und in allen kommunalen Lebenswelten (z.B. Kindergarten, Schule, Wohnquartier etc.) erhält und fördert (vgl. Böhme & Reimann, 2018). Ein *integriertes Vorgehen* vernetzt Verwaltungsressorts untereinander und diese mit den lokalen Akteuren*innen der Zivilgesellschaft (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppen) und den Bewohnern*innen (vgl. Bogumil & Seuberlich, 2017). Kommunale Gesundheitskonferenzen sind ein wirksames Instrument der lokalen Vernetzung und Partizipation (siehe dazu den Bericht der Projektgruppe *Kommunale Gesundheitskonferenzen 2010*).

Im *integrierten Vorgehen* werden Bewohner*innen aktiv an Entscheidungen beteiligt (vgl. Immerfall, Loss & Simshäuser, 2018; Wright, 2010). Dazu sind Strukturen wie *Runde Tische*, *Kommunale Konferenzen* oder *Gesundheitszirkel* geeignet (siehe u.a. das Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, 2013; Nationale Präventionskonferenz, 2016).

Die Komplexität des Unterfangens verlangt neben partizipativen Strukturen auch ein systematisches und geplantes Vorgehen zur Umsetzung der Strategie (vgl. Schlicht & Zinsmeister, 2015), um die Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit komplexer Kontexte beherrschbar zu gestalten.

Der Prozess der kommunalen Entwicklung beginnt mit der Bereitschaft der kommunalen Entscheidungsträger*innen, die Gesundheit der Bewohner*innen neben der typischen kommunalen Daseinsvorsorge und Wirtschaftsförderung in die strategische Zielsetzung aufzunehmen und auf die operative Agenda der Kommune zu setzen.

In einem ersten Schritt werden die Ziele definiert, die Bedarfe (z.B. hohe Inzidenzen von Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern oder auffällig hohe Feinstaubwerte etc.) und Ressourcen (assets; z.B. vorhandene Angebote, Naherholungsflächen etc.) für die Gesundheit ermittelt. Daraus entsteht ein *kommunaler Gesundheitsbericht*, der die Stärken und Schwächen der Kommune nachzeichnet. Auf der Bedarfs- und Asset-Analyse aufbauend, wird ein Wirkmodell (logisches Modell als *Programm-* oder *lokale Theorie*) formuliert. Darauf gründend wird ein Maßnahmenplan erstellt, der dann schrittweise umgesetzt wird. Ein Monitoring stellt sicher, dass Arbeitsabläufe und Prozesse sich ändernden Ausgangsbedingungen angepasst und die beabsichtigten Wirkungen erreicht werden. Für die Weiterentwicklung ist eine Prozess-Evaluation, eine Feststellung der Wirkungen und eine Bewertung des Vorgehens notwendig. Das gesamte Vorgehen folgt damit den typischen Elementen eines Planungs- oder *Deming-* (PDCA-)Zyklus, in den Gesundheitswissenschaften auch in leicht abgewandelter Form als Public Health Action Cycle bekannt.

Diese Systematik ist den Akteuren in Politik und Verwaltung der Kommunen nicht neu. Das Vorgehen – meist aber in anderen Politikfeldern und mit Ausrichtung auf andere Policies – ähnelt den Ansätzen des *kommunalen strategischen Managements* (z.B. im Ansatz des Schmalenbach-Arbeitskreises oder der Bertelsmann-Stiftung; siehe u.a. Schedler & Siegel, 2004).

4 Welche übergeordnete Absicht (impact) verfolgt Gesundheitsförderung mit der Kommune?

Das übergeordnete Ziel der *Gesundheitsförderung mit der Kommune* ist die Entwicklung und Befähigung der Kommune zu einer *gesunden Kommune*. Das ist ein erläuterungsbedürftiges Konstrukt.

Gesundheit ist mehrdimensional und relational (vgl. Richter & Hurrelmann, 2015). Auf der individuellen Ebene werden somatische, psychische, soziale, funktionale und subjektive Dimensionen der Gesundheit unterschieden. Im Alter ist Gesundheit anders als in der Jugend. Gesundheit von Frauen ist anders als jene von Männern usw. Sämtliche Dimensionen der individuellen Gesundheit sind in ihrer Ausprägung multi-faktoriell bedingt. Die Lebenslage und die Lebensweise beeinflussen den aktuellen Zustand und den Prozess. Auch die Zugehörigkeit oder das „Eingebundensein“ (belonging) in ein soziales Netz, die Arbeitsbedingungen und die sozioökonomische, kulturelle und physische Umwelt beeinflussen Gesundheit.

Wir zielen hier auf die *Gesunde Kommune* als dem übergeordneten Ziel der *Gesundheitsförderung mit der Kommune*. Angelehnt an die Definition der WHO, die individuelle Gesundheit „als Zustand des kompletten physischen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ gefasst hat, zeigt sich *die Gesunde Kommune* in der kompletten, ungestörten Funktionstüchtigkeit aller formalen und informellen kommunalen Entscheidungen und Prozesse, die auf die Gesundheit und das Wohlergehen der Bewohner*innen ausgerichtet sind (vgl. Xenidis & Theocharous, 2014 für die organisationale Gesundheit). Diesen Idealzustand bezeichnen wir auch als *resiliente* oder *robuste Kommune*.

Gesundheitsförderung mit der Kommune zielt auch auf das gesundheitsrelevante Wissen, die Kompetenzen, die Einstellungen und das Verhalten der Bewohner*innen. Sie zielt vor allem aber auf soziale, ökologische – und wo immer auch in der Verantwortung der kommunalen Akteure – auf ökonomische Bedingungen. Die Bedingungen sollen so verändert werden, dass sie positiv auf die individuelle Gesundheit wirken. Sie sollen gesundes Verhalten erleichtern. Veränderungen der natürlichen (z. B. Erweiterung von Grünflächen), der physischen (z. B. Erweiterung der Radwege) oder der sozialen Umwelt (z. B. Förderung nachbarschaftlicher Netzwerke) sind nachhaltiger als Appelle an die Vernunft. Der ökonomische Impact verhältnispräventiver Maßnahmen – gemessen anhand von QALYs³ (quality-adjusted life years = qualitätskorrigierte Lebensjahre) – verglichen mit verhaltenspräventiven und klinischen Maßnahmen ist nahezu dreifach höher (z.B. Chokshi & Farley, 2012).

Eine gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung zielt also sowohl auf die Verbesserung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen, auf funktionierende Prozesse, das

³ Qualitätskorrigierte Lebensjahre (QALYs) werden in der medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung verwendet, um den Nutzen von therapeutischen und präventiven Interventionen zu bewerten. Der Vorteil dieser Schätzmethode liegt darin, dass die Lebenserwartung verbunden mit der Lebensqualität (Q) in einer Messgröße vorliegt. Dazu schätzt eine Person ihre Lebensqualität (Q) mit einem Wert zwischen null und eins. Diese Schätzgröße wird dann mit der Lebenszeit (T) der Person multipliziert, die durch die Maßnahme hinzugewonnen wurde. „Ein Beispiel: Verlängert sich die Restlebenszeit (T) einer Person durch eine präventive Maßnahme um zwei Jahre und beurteilt die Person ihre gesundheitliche Lebensqualität (L) auf einer Skala von 0 bis 1 mit 0,6, so bedingt die präventive Maßnahme ein QALY von 1,2.“ (vgl. Meißner, 2010).

Anstupsen (nudging) gesundheitsförderlichen Verhaltens, als auch auf das Empowerment⁴ sowohl der Bürger*innen einer Kommune (boosting), als auch der kommunalen und zivilgesellschaftlichen Akteure (z.B. in Vereinen, Selbsthilfegruppen etc.). Alle sollen ertüchtigt werden, sich gesund zu verhalten respektive andere gesund zu erhalten (Geene et al., 2019).

Beispielhafte Teilziele der *Gesundheitsförderung mit der Kommune* sind in der folgenden Aufzählung gelistet.

Beispiele möglicher Elemente gesundheitsförderlicher Stadt- und Gemeindeentwicklung (vgl. Böhme, Göttlein & Reimann, 2014; Bucksch & Claßen, 2012; Schlicht, 2018)

- Erhöhung der sozialen Teilhabe (bislang) segregierter Gruppen
- Stärkung des sozialen Miteinanders und von sozialer Unterstützung
- Befähigung der Bewohner*innen, sich für gesundes Verhalten zu entscheiden (*boostern*)
- Attraktive, lebenswerte und umweltgerechte Gestaltung von öffentlichen Räumen
- Verbesserung des Stadtklimas, der Luftreinheit und des Lärmschutzes
- Stärkung der Resilienz der Kommune gegenüber Umweltstress (z.B. Hitze)
- Erhöhung des bürgerschaftlichen Engagements

Kommunale Gesundheitsförderung erreicht solche Ziele. Auch wenn die statistischen Effekte einer konkreten Intervention oft eher klein sind, so ist der *Public Health Impact*⁵ in der Regel dennoch bedeutsam (siehe u.a. Doyle, Ward & Early, 2019).

4.1 Wie gelingt es, kommunale Gesundheitsförderung wirksam zu gestalten?

Für die Wirksamkeit einer kommunalen Gesundheitsstrategie ist entscheidend, dass sich kommunale Verwaltungseinheiten untereinander und mit zivilgesellschaftlichen Akteuren vernetzen. Im Idealfall entstehen **Koalitionen**. Koalitionäre bündeln ihre Ressourcen, um das gemeinsame Ziel, im Lichte der vorhandenen Bedarfe und Stärken (Assets), mit höherer Wirksamkeit und Effizienz zu erreichen (zur *community coalition building* siehe u.a. Butterfoss, Goodman & Wandersman, 1993 und zur Wirksamkeit von Koalitionen siehe u.a. Hope Corbin, Jones & Barry, 2018).

Als Orientierung der *Gesundheitsförderung mit der Kommune* gelten zum einen der Leitsatz *health in all policies* und zum anderen die *whole-of-government und -society approaches* der Weltgesundheitsorganisation. Kommunale Gesundheitsförderung ist demnach eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie wird in einem komplexen Prozess gestaltet (Geene et al., 2019), für den es – ob seiner Komplexität – keine Blaupause (best practice) gibt, die von Kommune A auf B passend übertragbar wäre. Der Wirtschafts-, Gesundheits-, Bildungs-, Energie-, Sport-, Verkehrs- und Umweltsektor, die Stadtplanung, das Finanzresort und wichtige Stakeholder,

⁴ „Empowerment beschreibt Prozesse von Personen oder Gruppen, die diese befähigen, selbsttätig und selbstbestimmt ihr Leben und ihre soziale Lebenswelt (mit) zu gestalten. Durch den Empowerment-Ansatz sollen Personen beziehungsweise Gruppen ermutigt werden, ihre eigenen (vielfach verschütteten) persönlichen und sozialen Ressourcen sowie ihre Fähigkeiten zur Beteiligung zu entdecken, weiter zu entwickeln und in praktische Handlungsstrategien zu überführen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu gewinnen.“ (Meierjürgen & Warnke, 2018, S. 142).

⁵ Zum Public Health Impact Assessment siehe u.a.: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216003/dh_120108.pdf; letzter Zugriff 30.12.2019

einschließlich einzelner Personen und Organisationen, wie Kirchen, Vereine, Selbsthilfegruppen, die Sozialversicherungsträger und weitere Akteure und Organisationen arbeiten gemeinsam daran, die kommunale Gesundheitsstrategie umzusetzen.

4.2 Gibt es Kernelemente einer wirksamen gesundheitsförderlichen Stadt- und Gemeindeentwicklung?

Auch wenn es keine Blaupause gibt, so existieren dennoch miteinander verknüpfte Kernelemente des hier angeregten Ansatzes:

Eine **kommunale Gesundheitsstrategie** und ein **integriertes Vorgehen**, die sich aus den Elementen speisen:

- **Koalitionsbildung** und (echte) **Partizipation** der kommunalen Akteure, Stakeholder und Betroffenen
- **systematisches Vorgehen** entlang eines Management-Zyklus mit Analyse, Planung, Umsetzung, Monitoring und Evaluation.

5 Gibt es beispielhafte Interventionen, die auf die *Gesunde Kommune* gerichtet sind?

Wie oben bereits angemerkt, erweisen sich verhältnisbezogene Interventionen in Kommunen als wirksamer als Interventionen, die an das Verhalten appellieren. Dazu hier noch einige beispielhafte Andeutungen. Verhältnisbezogene Interventionen betreffen die *Stadtatur* (z. B. Grünflächen und Gewässer), die Infrastruktur (z. B. Verkehrsnetz und Dienstleistungen) und die *sozialen Netzwerke* (z. B. der Nachbarschaft).

Die umweltgerechte Gestaltung von Quartieren unterstützt sozial benachteiligte Menschen in ihrem Streben nach einem gesunden Leben, da sie als vulnerable Gruppe im höheren Maße Umweltbelastungen (Lärm, Luftschadstoffe etc.) ausgesetzt sind. Oftmals haben sie auch nur eingeschränkten Zugang zu Umweltressourcen wie Naherholungsgebiete (Böhme, Göttlein & Reimann, 2014; Claßen et al., 2012).

Abschließend noch einige Beispiele und erläuternde Bemerkungen

Infrastruktur. Situative Anreize motivieren zu gesundheitlich riskantem oder protektivem Verhalten. In einem Quartier mit leichter Erreichbarkeit von Fast-Food-Restaurants und wenig Lebensmittelgeschäften fällt es Menschen schwerer, sich gesund zu ernähren; wo viele Zigarettenautomaten zu finden sind, wird häufiger geraucht; wo der öffentliche Personennahverkehr schlecht ausgebaut ist und keine Einrichtungen des täglichen Bedarfs im Wohnumfeld zu finden sind, wird mehr Auto gefahren und weniger zu Fuß gegangen. Durch eine gesundheitsorientierte Raum- und Infrastrukturplanung können das Wohnumfeld dagegen attraktiv und lebenswert gestaltet und die Gesundheit der Bewohner*innen durch mehr Bewegung gefördert werden. Bislang inaktive Menschen und bereits aktive Personen lassen sich zu einem höheren Ausmaß motivieren, ihren Alltag körperlich aktiv zu gestalten (z. B. Zuzußgehen; Rad fahren), wenn Fuß- und Radwege und der ÖPNV gut ausgebaut sind. Sind Arbeitsplätze wohnortnah erreichbar, fördert auch dies den Fuß- und Radverkehr und steigert das Volumen der körperlichen Aktivität (Bucksch & Claßen, 2012). Vulnerable Gruppen wie Kinder und ältere Menschen profitieren von barriere-reduzierten Verkehrswegen (z. B. abgesenkte Bordsteine zwischen Gehweg und Straße, Zugang zu öffentlichen Toiletten, eindeutige Trennung der verschiedenen Verkehrsarten), verbesserter Orientierung im Raum (z. B. Beschilderung und Beleuchtung) und mehr Sicherheit (z. B. Ausleuchtung dunkler, nicht-einsehbarer Gassen) (Fehr & Hornberg, 2018; Schlicht, 2017; WHO, 2016). Lebenswerte und gesunde Quartiere erleichtern den Zugang zu Geschäften, Dienstleistungen, Behörden und Bildungseinrichtungen.

Kommunale Natur. Urbane Grünräume (*Stadtgrün*) wie Parks, Grünanlagen, Baum- und Pflanzenzüge und städtische Gewässer (*Stadtblau*) wie Bäche, Seen und Teiche wirken positiv auf das Stadtklima, die Luftreinheit, den Lärmschutz und auf diesem Wege auf das körperliche, soziale und psychische Wohlbefinden der Bewohner*innen (Abraham et al., 2007; Claßen, 2018; Kistemann, 2018; Schlicht, 2017; South et al., 2018). So tragen Laubbäume durch Beschattung und die höhere Luftfeuchtigkeit unter den Baumkronen bei Hitze zur Kühlung von Städten bei. Auch innerstädtische Gewässer haben einen kühlenden Effekt auf die Umge-

bungstemperatur. Wasserflächen und Parkanlagen dämpfen zudem den Verkehrslärm. Bewohner*innen empfinden die an Gewässern und in Grünanlagen vorhandenen Geräusche insbesondere von Singvögeln als wohltuend. Menschen bevorzugen Landschaften mit Wasser. Grünanlagen bedingen einen restaurativen, „therapeutischen“ Effekt. Haben die Bürger*innen Zugang zu Grünflächen, wirkt sich das positiv auf ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität aus (Astell-Burt & Feng, 2019), Stress sowie Symptome von Angst und Depressionen werden gemindert (Schlicht, 2018b). In ihrer Studie können zum Beispiel Roe und Aspinall (2011) zeigen, dass ein „Spaziergang im Grünen“ Stresszustände in höherem Maße mindert, als ein Spaziergang im bebauten Gebiet. In einer weiteren Studie, von Kardan et al. (2015), wurde das Ausmaß der Bedeckung von Quartieren mit Vegetation verglichen. Bei zehn Bäumen mehr pro Fläche im Quartier stieg die subjektive Gesundheit auf ein Niveau, als gehörten die Bewohner*innen zu einer sieben Jahre jüngeren Altersgruppe. Städtische Grün- und Blauflächen können zudem bedeutende soziale Begegnungsorte sein. Sie tragen zum sozialen Zusammenhalt bei und können sogar Kriminalität reduzieren (Claßen, 2018).

Kommunale Begegnung und Teilhabe. Nachbarschaften können sozial unterstützen. Das gilt insbesondere für ältere Bewohner*innen. In sozial benachteiligten Quartieren fehlt es dagegen meist an tragfähigen, unterstützenden sozialen Netzwerken. Durch öffentliche Begegnungsorte können soziale Netzwerke und Kontakte zwischen Nachbar*innen gefördert werden (BZgA, 2009). Fühlen sich Bewohner*innen der Nachbarschaft zugehörig und können sich mit dieser identifizieren, wirkt sich dies positiv auf deren Gesundheit und Wohlbefinden aus (Oswald & Konopik, 2015).

Klimaresilienz. Eine der großen Herausforderungen, mit denen sich Kommunen bereits heute und in Zukunft stärker konfrontiert sehen, ist die Klimaveränderung, die sich in unseren Breiten vor allem in den Sommermonaten mit Hitze und Starkregenfällen zeigt. Hitze betrifft die Bewohner*innen von Städten stärker als die Bewohner*innen ländlicher Gemeinden. Sie trifft aber hier wie dort vor allem vulnerable Gruppen (Kinder, alte Menschen). Hitze ist eine erhöhte akute Gesundheitsgefahr, die zu einem Anstieg der Exzess-Mortalität führt. Hiergegen können sich Kommunen mit Hitze-Alarm-Plänen und baulichen Maßnahmen (Dachbegrünung, Beschattung, Albedo-Oberflächen etc.) wappnen (siehe dazu das Schwerpunktheft 1/2020 von *ProAlter*).

6 Literaturverzeichnis

- Abraham, A., Sommerhalder, K., Bolliger-Salzman, H. & Abel, T. (2007). *Landschaft und Gesundheit*. Bern: ISPM. Verfügbar unter http://p285140.mittwaldserver.info/sites/default/files/upload/Gesundheitsforschung%20Uni%20Bern_Landschaft%20und%20Gesundheit.pdf [13.08.2019].
- Astell-Burt, T. & Feng, X. (2019). Association of urban green space with mental health and general health among adults in Australia. *JAMA Network Open*, 2(7). DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.8209.
- Bogumil, J. & Seuberlich, M. (2017). *Kommunale Präventionspolitik*. Bochum: ZEFIR, Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter http://www.zefir.ruhr-uni-bochum.de/mam/content/wb10gruen_kommunalepraevention.pdf [13.08.2019].
- Böhme, C. & Reimann, B. (2018). *Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung*. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik. Verfügbar unter <https://difu.de/publikationen/2018/integrierte-strategien-kommunaler-gesundheitsfoerderung.html> [13.08.2019].
- Böhme, C., Göttlein, E. & Reimann, B. (2014). Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung. *Journal Gesundheitsförderung*, 2, 22–24.
- Boutillier, M., Clverly, S. & Labonte, R. (2000). Community as a setting for health promotion. In B.D. Poland, L.W. Green & I. Rootman, (Eds.), *Settings for health promotion: Linking theory and practice* (pp. 251-307). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Braun, S. (2002). *Soziales Kapital, sozialer Zusammenhalt und soziale Ungleichheit*. Bundeszentrale für politische Bildung. Verfügbar unter <http://www.bpb.de/apuz/26805/soziales-kapital-sozialer-zusammenhalt-und-soziale-ungleichheit?p=all> [02.01.2020].
- Bucksch, J & Claßen, T. (2012). *Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune*. Bielefeld: LZG.NRW. Verfügbar unter https://www.im-alter-inform.de/fileadmin/user_upload/6_Praxisbeispiele/bewegungs_und_gesundheitsfoerderliche_kommune_lzg_nrw_2012.pdf [13.08.2019].
- Butterfoss, F.D., Goodman, R. & Wandersman, A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Education Research*, 8, 315-330.
- BZgA (2009). *Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit*. Köln: BZgA. Verfügbar unter <http://fc.quarternet.de/publikationen/487-Nachbarschaft-gesundhei.pdf> [19.09.2019].
- Chokshi, D. A. & Farley, T. A. (2012). The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention. *The New England Journal of Medicine*, 367 (4), 295–297. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1206268>
- Claßen, T (2018). Urbane Grün- und Freiräume – Ressourcen einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung. In S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger & A. Rüdiger (Hrsg.), *Planung für gesundheitsfördernde Städte* (S. 297-313). Hannover: ARL.
- Claßen, T., Heiler, A. & Brei, B. (2012). Urbane Grünräume und gesundheitliche Chancengleichheit – längst nicht alles im „grünen Bereich“. In G. Bolte, C. Bunge, C. Hornberg, H. Köckler & A. Mielck (Hrsg.), *Umweltgerechtigkeit durch Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit* (S. 113-123). Bern: Huber.
- Doyle, E.I., Ward, S.E. & Early, J. (Eds.). (2019). *Community health education and promotion* (3rd. edition). Long Grove, IL: Waveland Press.
- Ehlen, S., Dreiskämper, D., Utesch, T. & Rehaag, R. (2018). Integrierte Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 63 (2), 1–7. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0640-7>

-
- Fehr, R. & Hornberg, C. (Hrsg.). (2018). *Stadt der Zukunft – Gesund und Nachhaltig*. München: Oekom.
- Geene, R. et al. (2019). *Health in All Policies*. Berlin: Zukunftsforum Public Health. Verfügbar unter: https://www.gesundheitbb.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/GesBB/Aktuelles/19-06_ZfPH_Health_in_All_Policies.pdf [13.08.2019].
- Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.). (2013). *Würzburger Erklärung. "Gesundheit möglich machen – Prävention stärken!"*. Symposium in Würzburg am 06./07. Juni 2013. Verfügbar unter: http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/fileadmin/user_upload/GSNB_Wuerzburge_Erklaerung_2013_1.pdf [13.08.2019].
- Giles-Corti, B., Gunn, L., Hooper, P., Boulangé, C., Diomedes, B.Z., Pettit, C. & Foster, S. (2019). Built Environment and Physical Activity. In M. Nieuwenhuijsen & H. Khreis (Eds.), *Integrating human health into urban transport planning* (pp. 347-381). New York: Springer
- Hertwig, R. & Grüne-Yanoff, T. (2017). Nudging and Boosting: Steering or empowering good decisions. *Perspectives on Psychological Science*, 12, 1-14.
- Hope Corbin, J., Jones, J. & Barry, M.M. (2018). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*, 33, 4-26. doi: 10.1093/heapro/daw061.
- Immerfall, S., Loss, J. & Simshäuser, U. (2018). Partizipation und Gesundheitsförderung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 411-423). Bern: Hogrefe.
- Kardan, O., Gozdyra, P., Misić, B., Moola, F., Palmer, L. J. & Paus, T., et al. (2015). Neighborhood greenspace and health in a large urban center. *Scientific Reports*, 5, 11610. DOI: 10.1038/srep11610.
- Kistemann, T. (2018). Gesundheitliche Bedeutung blauer Strukturen. In S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger & A. Rüdiger (Hrsg.), *Planung für gesundheitsfördernde Städte* (S. 317-331). Hannover: ARL.
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. (2015). *Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung* (3. aktualisierte Auflage). Stuttgart: Ministerium für Soziales und Integration. Verfügbar unter https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/03_Fachinformationen/Fachpublikationen+Info-Materialien/handbuch_kommunale_gesundheitsfoerderung.pdf [13.08.2019].
- Meierjürgen, R. & Warnke, A. (2018). Empowerment. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M.A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie der Gesundheitsförderung* (S. 141-154). Göttingen: Hogrefe.
- Meißner, M. (2010). Was ist ein QALY. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(12), A-546.
- Merkt-Kube R., Müller T. & Schmider A. (2020). Soziales. In Böhm, K., Bräunling, S., Geene, R. & Köckler H. (Hrsg.), *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe* (S. 91-97). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30504-8_7
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (Hg., 2010) *AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen*. Stuttgart. <https://www.gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit/grundlagen/gesundheitsstrategie/>
- Nationale Präventionskonferenz. (2016). *Bundesrahmenempfehlung der Nationalen Präventionskonferenz*. Verfügbar unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf [13.08.2019].
-

- Oswald, F. & Konopik, N. (2015). Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48, 401–407. DOI 10.1007/s00391-015-0912-1
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2015). *Determinanten von Gesundheit*. Köln: BZgA.
DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i008-1.0>
- Roe, J. & Aspinall P. (2011). The restorative benefits of walking in urban and rural settings in adults with good and poor mental health. *Health and Place*, 17 (1), 103-113. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.09.003>.
- Roller, G. & Wuthe, J. (2020). Die Public Health-Strategie Baden-Württemberg. *Public Health Forum*. 28(3), 209-212
- Sallis, J.F. (2016). Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *Lancet*, 387, 2207-2217.
- Schablon, K. (2007). Community Care: „Von der Wohnung in die Gemeinde“. *Standpunkt Sozial, Heft 3, Behindertenhilfe im Reformprozess. Entwicklung und Potenziale* (S. 17–25).
- Schedler, K. & Siegel, J.P. (2004). *Strategisches Management in Kommunen*. Edition der Hans Böckler Stiftung.
- Schlicht, W. (2017). Mehr Lebensraum für Großstadtpflanzen. *Gesundheit und Gesellschaft*, 20(6), 23-28. Verfügbar unter https://www.gg-digital.de/imperia/md/gug/archiv/g+g_6_17.pdf.
- Schlicht, W. (2018a). *Urban Health*. Wiesbaden: Springer Spektrum.
- Schlicht, W. (2018b). Grün macht gesund. *Gesundheit und Gesellschaft*, 21(4), 33-36. Verfügbar unter <https://www.gg-digital.de/2018/04/gruen-macht-gesund/index.html>.
- Schlicht, W. & Zinsmeister, M. (2015). *Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren*. Berlin: Springer.
- South, E., Hohl, B., Kondo, M., MacDonald, J. & Branas, C., (2018). Effect of greening vacant land on mental health of community-dwelling adults. *JAMA Network Open*, 1(3). DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.0298.
- WHO. (2016). *Urban green spaces and health. A review of evidence*. Copenhagen: WHO. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/321971/Urban-green-spaces-and-health-review-evidence.pdf?ua=1 [13.08.2019].
- Wright, M. (Hrsg.). (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Göttingen: Hogrefe.
- Xenidis, Y. & Theocharous, K. (2014). Organizational Health: definition and assessment. *Procedia Engeneering*, 85, 562-570.