

Fakultät Wirtschaft und Recht

Bachelorthesis

im Studiengang Gesundheits- und Tourismusmanagement

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B. A.)

**Strategien zur kommunalen Gesundheitsförderung - Menschen motivieren,
in Kooperation mit dem Landkreis Göppingen**

vorgelegt von:

Jona-Friederike Burghof
Matrikelnummer: 211090

Ausgabedatum: 22.04.2015

Abgabedatum: 19.08.2015

Erstgutachter: Prof. Dr. rer. pol. Michael Reiher

Zweitgutachter: Dr. Anne Würz

Sperrvermerk

Die vorgelegte Bachelorarbeit mit dem Titel
„Strategien zur kommunalen Gesundheitsförderung – Menschen motivieren,
in Kooperation mit dem Landkreis Göppingen“
beinhaltet vertrauliche Informationen und Daten.

Eine Vervielfältigung und Veröffentlichung der Bachelorarbeit
ist auch auszugsweise nur mit der ausdrücklichen Genehmigung
der Verfasserin und des Landratsamtes – Gesundheitsamt Göppingen erlaubt.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Theoretische Grundlagen der Gesundheitsförderung	4
2.1 Gesundheit und Krankheit	4
2.2 Prävention und Gesundheitsförderung	7
2.2.1 Prävention.....	7
2.2.2 Gesundheitsförderung	10
2.3 Public Health und Gesundheitspolitik	12
2.3.1 Public Health in Abgrenzung zu Gesundheitsförderung und Prävention.....	12
2.3.2 Gesundheitspolitik und gesetzliche Regelungen zu Gesundheitsförderung und Prävention	13
2.3.2.1 Gesundheitspolitik	13
2.3.2.2 Gesetzmäßigkeiten.....	15
3 Kommunale Gesundheitsförderung.....	18
3.1 Der Setting-Ansatz	18
3.2 Aufgaben und Akteure der kommunalen Gesundheitsförderung.....	20
3.3 Bedeutung der Motivation für die kommunale Gesundheitsförderung ..	23
4 Ansätze zur Zielgruppenerreichbarkeit in verschiedenen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung	28
4.1 Auswahl der Zielgruppen und Handlungsfelder	28
4.2 Sozial benachteiligte Menschen als wichtige Zielgruppe.....	29
4.3 Maßnahmen für ausgewählte Zielgruppen	31
4.3.1 Kinder und Jugendliche	31
4.3.2 Erwachsene	36
4.3.3 Ältere Menschen.....	42
5 Diskussion.....	47
6 Schlussbetrachtung	58
Literaturverzeichnis	60

Abkürzungsverzeichnis

BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAPA	Health Action Process Approach
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SOC	Sense of Coherence
TTM	Transtheoretical Model
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit	5
Abbildung 2: 10 Determinanten körperlich-sportlicher Aktivitäten	26
Abbildung 3: Anteil der Jungen und Mädchen, die weniger als einmal pro Woche sportlich aktiv sind, nach Sozialstatus und Migrationshintergrund	32
Abbildung 4: Anteil von Frauen und Männern, die nicht oder wenig sportlich aktiv sind, nach Sozialstatus	38
Abbildung 5: Anteil von Frauen und Männern über 65 Jahren, die sportlich inaktiv sind, nach Bildungsstatus	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Motivationsvorteile/-nachteile von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche	55
Tabelle 2: Motivationsvorteile/-nachteile von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Erwachsene und ältere Menschen.....	56
Tabelle 3: Motivationsvorteile/-nachteile allgemeiner Gesundheitsförderungsmaßnahmen.....	57

1 Einleitung

Die Gesundheit der Menschen hat einen großen Anteil an der Gesamtentwicklung des örtlichen Gemeinwesens und wird mittlerweile neben der Bildung zu den wichtigsten Standort- und Wirtschaftsfaktoren gerechnet. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zur Teilhabe an der Gesellschaft und zur sozialen Gerechtigkeit. In einer Gesellschaft geprägt von Schnelligkeit, sozialem Wandel und Leistungsorientierung bleibt jedoch wenig Zeit für individuelle Bedürfnisse. Trotz vermehrter gesundheitlicher Aufklärung und dem Wissen über zunehmend chronische Erkrankungen nimmt heutzutage ein großer Anteil der Bevölkerung zu wenig Rücksicht auf seine Gesundheit.¹

Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung, durch die steigende Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten, stellt hierbei eine große Herausforderung dar, sodass vor allem im höheren Alter auf einen Zugewinn an gesunden Lebensjahren und eine Abwehr von krankheitsbelastenden Jahren gezielt wird. Dementgegen steht aber die Zunahme an chronischen Erkrankungen, die vermehrt bei über 65-Jährigen auftreten.²

Jede Investition im Bereich der Gesundheitsförderung ist eine wichtige Zukunftsinvestition. Je früher im Lebenslauf Gesundheitsförderungsmaßnahmen unterstützt werden, desto eher kann die Motivation zu einem gesundheitsbewussten Verhalten gestärkt werden und damit Risikofaktoren beeinflussen.

Eine gesundheitsbewusste Lebensführung und die Steuerung des eigenen Verhaltens in Richtung Gesundheit basiert auf der Eigenverantwortung jedes Einzelnen. Diese gesundheitliche Eigenkompetenz gilt es in jedem Lebensalter und in allen gesellschaftlichen Schichten zu stärken.

Die Gesundheitspolitik und die Einführung des Präventionsgesetzes spielen hierbei eine wichtige Rolle. Die Gesundheit der Bevölkerung dauerhaft auf einem möglichst hohen Niveau zu halten ist ein langjähriger Prozess, für den eine Reihe von Veränderungen im gesundheitspolitischen Bereich notwendig sind. Es muss auf allen Ebenen angesetzt werden, damit gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen für die Bevölkerung geschaffen werden und die Menschen für einen gesundheitsfördernden Lebensstil gewonnen werden.

Hierfür hat der Landkreis Göppingen im Jahr 2011 eine Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) gegründet und befasst sich seit Herbst 2014 mit der Fra-

¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2012, S. 1.

² Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.) 2014a, S. 41 f.

ge „was erhält die Menschen im Landkreis Göppingen gesund?“. Thema der 7. KGK, die Ende Januar diesen Jahres stattfand, war die Angebotslandschaft im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention des Landkreises Göppingen.³ Aus den Ergebnissen einer Bachelorthesis, die im Sommersemester 2014 unter denselben vorliegenden Rahmenbedingungen erstellt und in der 6. KGK vorgestellt wurde, lässt sich eine flächendeckende Angebotsstruktur im Landkreis Göppingen ableiten. Die vorhandenen Angebote bieten den Bürgerinnen und Bürgern vielfältige Möglichkeiten etwas für ihre Gesundheit zu tun. Durch mehrere Studien und durch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist bekannt, dass aus der unteren sozialen Schicht weitaus mehr als über die Hälfte der Bevölkerung keinem Sport nachgehen, wobei aus der oberen sozialen Schicht lediglich ein Drittel keinen Sport betreibt.⁴

Daraus leitet sich das Thema der vorliegenden Arbeit ab. Nach Absprache mit dem Auftraggeber ist es das Ziel Strategien zur kommunalen Gesundheitsförderung zu finden und aufzuzeigen, wie Menschen zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen motiviert werden können. In diesem Kontext treten verschiedene Fragen auf, die beantwortet werden sollen:

- Warum nimmt ein Großteil der Bevölkerung nicht an den angebotenen Programmen teil?
- Was motiviert die Menschen sich regelmäßig und nachhaltig um ihre Gesundheit zu kümmern?
- Wie kann man „Nichtteilnehmer“ zur Teilnahme an gesundheitsbezogenen Programmen motivieren und was hält die Menschen dabei?

Auf Basis der zu gewinnenden Ergebnisse werden die Mitglieder in der 8. KGK über mögliche umsetzbare Ansätze diskutieren, die die Bürgerinnen und Bürger des Landkreis Göppingens dazu motivieren, Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention aktiv zu nutzen.⁵

In der vorliegenden Arbeit wird im zweiten Kapitel der theoretische Rahmen erläutert; das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, sowie die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden erklärt. Im Anschluss wird auf die Public Health Perspektive und die Rolle der Gesundheitspolitik mit ihren gesetzlichen Regelungen eingegangen.

³ Vgl. Landratsamt Göppingen, Gesundheitsamt (Hrsg.) 2015b.

⁴ Vgl. Landratsamt Göppingen, Gesundheitsamt (Hrsg.) 2015a, S. 1.

⁵ Vgl. Landratsamt Göppingen, Gesundheitsamt (Hrsg.) 2015b.

Darauf aufbauend werden im dritten Kapitel grundlegende Möglichkeiten und Aufgaben der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene näher betrachtet. Außerdem wird die Wichtigkeit der Motivation, untermauert mit Motivationstheorien, in Bezug auf Gesundheitsförderungsmaßnahmen herausgestellt.

Im vierten Kapitel werden Ansätze und Maßnahmen zur Erreichbarkeit von Zielgruppen vorgestellt. Unterteilt in verschiedene Handlungsfelder werden Praxisbeispiele für die Motivation zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil genannt. Die exemplarisch ausgewählten Praxisansätze und Programme stützen sich auf Empfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem von der BZgA initiierten bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Des Weiteren wurden Materialien und Projektsammlungen der Initiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ und andere wie bspw. die des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen herangezogen.

Das fünfte Kapitel beinhaltet die Diskussion, in der die eingangs gestellten Fragen und die in Kapitel 4 genannten Ansätze und Programme aufgegriffen, kritisch betrachtet und anschließend hinsichtlich ihrer Motivation mit Vor- und Nachteilen tabellarisch bewertet werden.

Im sechsten und damit letzten Kapitel werden in der Schlussbetrachtung die wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse der Arbeit nochmals zusammengefasst und präsentiert.

2 Theoretische Grundlagen der Gesundheitsförderung

2.1 Gesundheit und Krankheit

Es liegen unterschiedliche Vorstellungen über Gesundheit vor, da es unterschiedliche Gesellschaften mit verschiedenen Einstellungen und Sichtweisen über Konzepte von Gesundheit und Krankheit gibt. Geprägt wird das individuelle Verständnis durch Geschlecht, Lebensalter, sozioökonomischem Status, religiöser Orientierung und soziokultureller Lage. Dementsprechend wichtig ist es, dass von Anfang an das Verständnis von Gesundheit und Krankheit geklärt ist.⁶ Die Frage nach der Bedeutung von Gesundheit und Krankheit, bzw. wie man diese Begriffe erklären kann, beschäftigt die Menschheit seit Jahrtausenden.⁷ Dennoch gibt es bis heute keine eindeutige und allgemeingültige Definition der beiden Begriffe. Eine weit verbreitete *Gesundheitsdefinition* ist jedoch die der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1946: „health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“⁸. Die WHO beschreibt Gesundheit somit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.⁹ Diese Definition von Gesundheit als einen Zustand des Wohlbefindens beschreibt eine positive Interpretation. Die negative Interpretation betrachtet Gesundheit als das Fehlen oder die Abwesenheit von Leiden oder Krankheit.¹⁰ Gesundheit wurde demzufolge im 19. Jahrhundert als rein naturwissenschaftlicher Zustand biologischer Organismen (biomedizinisches Modell) definiert. Im 20. Jahrhundert wird diese Denkart durch das biopsychosoziale Modell der Gesundheit abgelöst.¹¹ Der gesundheitliche Zustand wird bekanntermaßen stark von der individuellen Lebenssituation jedes Einzelnen beeinflusst.¹² Gesundheit ist nicht mehr nur als physisch einwandfreier Zustand zu sehen, sondern als ein Zusammenspiel von Körper, Geist, ökologischer, biologischer, psychologischer und sozialer Umwelt.¹³ Hierbei geht es um das ganzheitliche Verständnis von Gesundheit, dass über die Betrachtung unterschiedlicher Dimensionen zum besseren Verständnis

⁶ Vgl. Schwartz et al. 2012, S. 39.

⁷ Vgl. Hafen 2007, S. 15.

⁸ Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.) 1946.

⁹ Vgl. Franke 2012, S. 36f.

¹⁰ Vgl. Naidoo; Wills 2010, S. 5.

¹¹ Vgl. Knoll; Scholz; Rieckmann 2013, S. 18 f.

¹² Vgl. Bormann 2012, S.26.

¹³ Vgl. Hafen 2007, S. 15 / Knoll; Scholz; Rieckmann 2013, S. 19.

und zur besseren Interpretation der Begrifflichkeiten führt.¹⁴ Es geht nicht um eine etwa richtige oder falsche Definition von Gesundheit, sondern vielmehr um die Vielfältigkeit der Dimensionen und Faktoren, die in Verbindung mit dem hochkomplexen Phänomen Gesundheit zu erwähnen sind.¹⁵ Veranschaulicht wird das multifaktorielle Geschehen der Gesundheitsentstehung durch Abbildung 1.

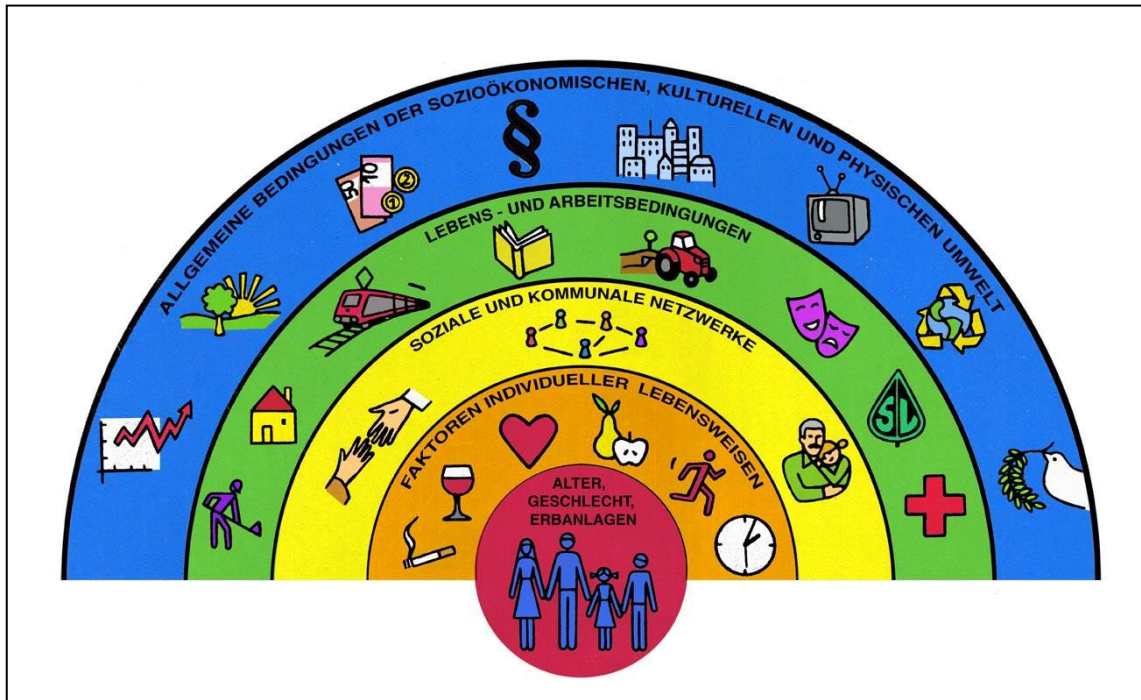


Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Quelle: Gold, Bräunling, Geene 2014c, S. 7.

Der Begriff *Krankheit* unterliegt ebenso wie der Begriff Gesundheit einigen historischen Veränderungen in Medizin, Gesellschaft und politischen Denkweisen.¹⁶ Im Laufe der Zeit wurden viele Krankheitsmodelle zur Erklärung der Entstehung von Krankheit entwickelt. Durchgesetzt hat sich das biomedizinische Krankheitsmodell, da durch die plausiblen Ursache- und Wirkungszusammenhänge, speziell für die damals vorherrschende Haupttodesursache der Infektionserkrankungen, eine erfolgreiche Behandlung der Krankheiten möglich war.¹⁷ Das biomedizinische Krankheitsbild beschreibt eine simple Kausalität mit der Frage der Pathogenese: Durch welchen Keim, welches Bakterium oder Virus wird die Krankheit ausgelöst?, denn eine Krankheit entsteht dort, wo ein Keim

¹⁴ Vgl. Naidoo; Wills 2010, S. 5.

¹⁵ Vgl. Franke 2012, S. 38 / Schnabel 2007, S. 21.

¹⁶ Vgl. Franke 2012, S. 59.

¹⁷ Vgl. Franke 2012, S. 133 ff.

ist und umgekehrt muss ein Keim vorhanden sein, wo eine Krankheit aufgetreten ist. Zusammenfassend basiert das Modell auf der rein naturwissenschaftlichen Annahme, dass jede Krankheit eine spezifische Ursache hat. Aufgrund der monokausalen Ausrichtung des Modells war eine Weiterentwicklung notwendig, da die zunehmenden chronischen, multifaktoriellen Krankheiten nur schwierig zu behandeln waren, wenn lediglich ein Teil der Krankheitsursachen bestimmt werden konnte.¹⁸ Die Erweiterung spiegelte sich im Risikofaktorenmodell wieder. Im Gegensatz zum biomedizinischen Modell wird hier nicht von einem ursächlichen Faktor ausgegangen, sondern von einer Interaktion des Risikofaktors mit mehreren Variablen, die das Krankheitsgeschehen vorantreibt. Die alleinige Erkenntnis der Risikofaktoren, ohne zu wissen welche Verhaltensweisen zu diesen Risikofaktoren führen oder diese beeinflussen, reichte nicht aus, sodass erforscht werden musste unter welchen Bedingungen Menschen bestimmte Verhaltensweisen realisieren.¹⁹ Kritisiert wird an dem Risikofaktorenmodell, dass die soziale Komponente ausgeblendet und auf die verhaltensorientierten Risiken reduziert wird.²⁰

Aufgrund der zahlreichen und oftmals nicht ausreichenden Versuche die Begrifflichkeiten Gesundheit und Krankheit getrennt voneinander zu definieren, ist abschließend das Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky zu erwähnen. Antonovsky sieht Gesundheit und Krankheit nicht als absoluten Zustand oder als ein sich ausschließendes Gegensatzpaar, sondern als Prozess.²¹ Gesundheit ist nicht der Regelfall und dementsprechend Krankheit der von ihr abweichende Gegenpol, sondern sie beschreiben die jeweiligen Endpunkte des sogenannten Gesundheits- und Krankheitskontinuums, auf dem eine ständige Bewegung stattfindet.²² Der Mensch ist dauerhaft Stressoren ausgesetzt, die der Organismus versucht mit seinen eigenen Widerstandsressourcen abzuwehren um gesund zu bleiben.²³ Antonovsky widmet sich demzufolge der salutogenetischen Orientierung, der Gesundheitsentstehung und beschäftigt sich mit den gesund erhaltenden Faktoren. Diese gesund erhaltenden Faktoren, nach Antonovsky als Schutzfaktoren bzw. sogenannte generalisierte Widerstandsressourcen bezeichnet, bewegen den Menschen auf dem Gesundheits-

¹⁸ Vgl. Bormann 2012, S. 27 ff.

¹⁹ Vgl. Franke 2012, S. 138 f.

²⁰ Vgl. Ruckstuhl 2011, S. 46.

²¹ Vgl. Schnabel 2007, S. 22 / Hafen 2007, S. 25.

²² Vgl. Altgeld; Kickbusch 2012, S. 188.

²³ Vgl. Franke 2012, S. 47.

Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit.²⁴ Die zentrale Fragestellung seines Modells ist: Was hält den Menschen trotz Risiken, Belastungen und gesundheitsgefährdender Bedingungen gesund?²⁵ Hauptlösungsansatz ist, dass nicht die Art oder der Charakter der Stressoren entscheidend ist, sondern die Art ihrer individuellen Verarbeitung. Zentraler Faktor für diese individuelle Verarbeitung ist das individuell unterschiedlich stark ausgeprägte Kohärenzgefühl (engl.: sense of coherence (SOC)). Der SOC ist die Fähigkeit eines Menschen seine Widerstandsressourcen zu nutzen und somit durch Stressoren bedingte Belastungssituationen zu bewältigen. Der SOC setzt sich aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammen. Die erste Komponente Verstehbarkeit ist die Fähigkeit von Personen bestimmte Reize und Situationen zu verstehen. Die Handhabbarkeit ist die persönliche Fähigkeit bestimmte Ereignisse zu bewältigen und die dritte Komponente Bedeutsamkeit trägt zur Bewertung von Sinnhaftigkeit im Leben vorkommender Ereignisse bei.²⁶

2.2 Prävention und Gesundheitsförderung

2.2.1 Prävention

Den Ursprung hat die Begrifflichkeit aus der Debatte um Volksgesundheit und soziale Hygiene, die in der Zeit der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts aufgetreten ist.²⁷ Krankheitsprävention, verkürzt Prävention, stammt von dem lateinischen Wort „praevenire“ was übersetzt „zuvorkommen“ bedeutet.²⁸ Daraus lässt sich schließen, dass Prävention in der Gegenwart ansetzt um krankheitsbedingte Zustände in der Zukunft zu vermeiden.²⁹ Die Verhinderung von Krankheitsentstehung ist das primäre Ziel und damit einhergehend wird die Verringerung ihrer Zustandsverschlechterungen und die Verminderung von Auswirkungen bzw. Rückfällen von Krankheiten angestrebt. Prävention umfasst somit alle Interventionen, die der Vermeidung von Erkrankungen dienen.³⁰ Ausgehend von den genannten Zielen klassifiziert man die Prävention in drei Interventionsfor-

²⁴ Vgl. Antonovsky; Franke 1997, S 25.

²⁵ Vgl. Bormann 2012, S. 32.

²⁶ Vgl. Antonovsky; Franke 1997, S. 33 f.

²⁷ Vgl. Hurrelmann; Klotz; Haisch 2014, S. 13.

²⁸ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 71.

²⁹ Vgl. Leppin 2014, S. 36.

³⁰ Vgl. Hurrelmann; Klotz; Haisch 2014, S. 13 f.

men: primäre, sekundäre und tertiäre Prävention.³¹ In der Praxis werden spezifische Maßnahmen nicht eindeutig den einzelnen Präventionsphasen zugeordnet, sodass eine trennscharfe Abgrenzung der drei Begrifflichkeiten nicht möglich ist.³²

Primäre Prävention zielt auf die Verringerung von (Teil-) Ursachen von bestimmten Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Dementsprechend soll durch die Primärprävention bereits die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten bzw. die Anzahl von Neuerkrankungen (Inzidenz) verringert werden.³³ Sie umfasst all diejenigen Maßnahmen, die vor dem ersten Eintritt einer Krankheit durchgeführt werden.³⁴ Beispiele hierfür sind gesetzlich verankerte Maßnahmen wie z.B. Impfungen oder Angebote im Sinne des § 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe).³⁵

Sekundäre Prävention beginnt mit der Entdeckung von Frühstadien, jedoch vor dem Eintreten erster Symptome einer Erkrankung.³⁶ Das Fortschreiten des anfänglichen Krankheitsprozesses oder die Manifestation einer Krankheit soll durch eine möglichst früh einsetzende Behandlung verzögert oder bestenfalls verhindert werden.³⁷ Angewandte Methoden hierfür sind z.B. Frühdiagnosen, Früherkennungsuntersuchungen und Massen-Screenings. Personen, die an sekundärpräventiven Maßnahmen teilnehmen, sind gesund, werden jedoch durch die diagnostische Therapie zu Patienten.³⁸

Tertiäre Prävention umschließt die Verzögerung und Vermeidung von Krankheitsverschlimmerung einer bereits manifesten Krankheit, die Verminderung von Folgeschäden und die Vorbeugung von Rückfällen. Gesundheitspolitisches Ziel der Tertiärprävention ist es, Funktionsverluste und Einschränkungen abzumildern und die Leistungsfähigkeit betroffener Menschen wiederherzustellen.³⁹ Der Begriff Tertiärprävention wird oftmals mit Rehabilitation gleichgesetzt.⁴⁰ Anwendungsbeispiele sind die Physiotherapie nach schweren Verletzungen

³¹ Vgl. Schüz; Möller 2006, S. 143.

³² Vgl. Leppin 2014, S. 38.

³³ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 73.

³⁴ Vgl. Leppin 2014, S. 36 f.

³⁵ Vgl. Walter; Robra; Schwartz 2012, S. 197.

³⁶ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 73.

³⁷ Vgl. Schüz; Möller 2006, S. 143.

³⁸ Vgl. Leppin 2014, S. 37.

³⁹ Vgl. Walter; Robra; Schwartz 2012, S. 197 ff.

⁴⁰ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 73.

und passende Stressbewältigungsprogramme für psychologisch bedingte Erkrankungen.⁴¹

Die Unterteilung der beschriebenen Präventionsarten ist auf den jeweiligen zeitlichen Entwicklungszustand einer Krankheit ausgerichtet.⁴² Prävention umfasst jedoch weitaus mehr als den zeitlichen Ansatz des Krankheitsverlaufs und wird deshalb unter anderem auch nach dem Ansatzpunkt, der gewählt wird um Veränderungen zu erreichen, differenziert. Ansetzen können die gewählten Präventionsmaßnahmen direkt bei den Personen und zum anderen in den Verhältnissen, unter denen die Personen leben.⁴³

Verhaltensprävention bezieht sich dabei auf die Verhaltensänderung von Individuen und Gruppen und versucht das individuelle Gesundheitsverhalten zu beeinflussen.⁴⁴ Durch die Schaffung von Verhaltensanreizen und durch Gesundheitsaufklärung, -erziehung und -beratung soll erzielt werden, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Krankheit reduziert wird.⁴⁵ Maßnahmen der Verhaltensprävention sind unter anderem Aufklärungsfilme oder Lebenskompetenzprogramme für Kinder und Jugendliche, um diese bspw. vor dem Einstieg in den Suchtmittelkonsum oder –missbrauch zu schützen.⁴⁶

Verhältnisprävention umfasst den Ansatzpunkt, die Gesundheitsrisiken durch Veränderungen der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen zugunsten der Gesundheit zu verringern.⁴⁷ Änderungen der Verhältnisse beeinflussen indirekt die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten und tragen somit zu einem positiven Gesundheitsverhalten bei.⁴⁸ Zu den Instrumenten der Verhältnisprävention zählen Maßnahmen des Gesundheitsschutzes, wie z.B. Arbeitsschutz, Umweltschutz, Verkehrsschutz, gesundheitlicher Verbraucherschutz und Infektionsschutz.⁴⁹ Dabei kann Verhältnisprävention sehr unterschiedliche Formen annehmen. Sie reicht von kollektiven, ergonomischen Maßnahmen am Arbeitsplatz, über die Einführung einer gesunden Betriebskantine und einer flächende-

⁴¹ Vgl. Knoll; Scholz; Rieckmann 2013, S. 219.

⁴² Vgl. Walter; Robra; Schwartz 2012, S. 196.

⁴³ Vgl. Leppin 2014, S. 40.

⁴⁴ Vgl. Walter; Robra; Schwartz 2012, S. 200.

⁴⁵ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 74.

⁴⁶ Vgl. Hurrelmann; Laaser; Richter 2012, S. 672.

⁴⁷ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 73 f.

⁴⁸ Vgl. Leppin 2014, S. 40.

⁴⁹ Vgl. Walter; Robra; Schwartz 2012, S. 201.

ckenden Fluoridierung von Trinkwasser, bis hin zu partizipativen Unternehmensführungsstrukturen.⁵⁰

2.2.2 Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung ist historisch jünger als der der Prävention und entwickelte sich aus der gesundheitspolitischen Diskussion der WHO und der salutogenetischen Denkweise, die auf Antonovsky zurückzuführen ist (Kapitel 2.1).⁵¹ Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO, verabschiedet am 21. November 1986 von der ersten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz, setzt den Fokus auf die Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden.⁵² „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“⁵³. Dadurch wird ein neues, positives Gesundheitsverständnis sowie die endgültige Abwendung der Krankheitsorientierung erreicht.⁵⁴ Gesundheitsförderung orientiert sich demnach an einem salutogenetischen Verständnis und verfolgt ein ressourcenorientiertes Verständnis.⁵⁵ Die Verantwortung für die Gesundheit trägt nicht mehr nur der Einzelne oder die Tätigen im Gesundheitswesen, sondern es ist eine gesellschaftliche Verantwortung, die in allen Einrichtungen und Organisationen wahrgenommen werden muss.⁵⁶ „Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb bei (...) allen Politikbereichen“⁵⁷ definiert die Ottawa-Charta und bringt damit zum Ausdruck, dass Gesundheitsförderung eine Querschnittsaufgabe wahrnimmt.⁵⁸ Für eine gesundheitsfördernde Politik sind in der Ottawa-Charta fünf Handlungsfelder formuliert, die von zentraler Bedeutung sind⁵⁹:

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik: in allen Politikbereichen muss Gesundheit im Mittelpunkt stehen. Anwendung kann dies in strukturellen Veränderungen, Gesetzesinitiativen oder steuerlichen Maßnahmen finden.

⁵⁰ Vgl. Leppin 2014, S. 40 f.

⁵¹ Vgl. Hurrelmann; Klotz; Haisch 2014, S. 13 f.

⁵² Vgl. Altgeld; Kolip 2014, S. 48 / Altgeld; Kickbusch 2012, S. 187.

⁵³ Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.), 1986, S. 1.

⁵⁴ Vgl. Altgeld; Kolip 2014, S. 48.

⁵⁵ Vgl. Spicker; Lang 2011, S. 15.

⁵⁶ Vgl. Naidoo; Wills 2010, S. 93.

⁵⁷ Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.), 1986, S. 1.

⁵⁸ Vgl. Altgeld; Kolip 2014, S. 49.

⁵⁹ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 86.

2. Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten: Lebens- und Arbeitsbedingungen sollen anregend, befriedigend und sicher gestaltet sein. Außerdem soll die natürliche und soziale Umwelt geschützt werden und die vorhandenen ökologischen Ressourcen erhalten bleiben.
3. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen: Aktivitäten auf lokaler Ebene sollen gesteigert werden und die Bürgerinnen und Bürger zu mehr Selbstbestimmung gestärkt und somit zur Selbsthilfe angeregt werden.
4. Entwicklung persönlicher Kompetenzen: Befähigung der Menschen zu lebenslangem Lernen durch Integration des Lernprozesses in ihrem täglichen Umfeld. Grundlage hierfür ist die gesundheitliche Aufklärung.
5. Neuorientierung der Gesundheitsdienste: Ausrichtung des Versorgungssystems auf die stärkere Förderung der Gesundheit mit dem Fokus auf die Bedürfnisse der Menschen nach dem ganzheitlichen Ansatz.⁶⁰

Mit diesen fünf Handlungsebenen definiert die Ottawa-Charta erstmals ein Konzept, das die Gestaltung von wirksamer Gesundheitsförderung beschreibt. Es wird deutlich, dass Gesundheitsförderung ein Zusammenspiel von zwei strategischen Ansätzen ist. Zum einen sollen persönliche und soziale Gesundheitskompetenzen gestärkt werden (Empowerment) und zum anderen sollen durch eine systematische Politik die Gesundheitsdeterminanten verbessert, sowie die gesundheitliche Ungleichheit abgebaut werden.⁶¹

Für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen ist es notwendig die Zielgruppen frühzeitig einzubeziehen.⁶² Verhaltens- und Verhältnisänderungen sind erfolgreicher und nachhaltiger, wenn die Beteiligten direkt eingebunden werden und die Problemdefinition, die Gestaltung, die Umsetzung und die Qualität der Programme mitbestimmen.⁶³ Je größer der Einfluss der Beteiligten auf den Entscheidungsprozess, desto höher ist die Partizipation.⁶⁴ Partizipation sollte als Grundprinzip für eine professionelle Praxis gelten, vor allem weil es um die Lebensweisen und den Lebensalltag der Beteiligten geht.⁶⁵ Dadurch wird unter anderem die Bildung einer nur schwer

⁶⁰ Vgl. Kaba-Schönstein 2011, S. 139/Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.) 1986, S. 3 ff.

⁶¹ Vgl. Altgeld; Kickbusch 2012, S. 188.

⁶² Vgl. Altgeld; Kickbusch 2012, S. 191.

⁶³ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 88.

⁶⁴ Vgl. Altgeld; Kickbusch 2012, S. 191.

⁶⁵ Vgl. Faltermaier 2014, S. 84.

erreichbaren Zielgruppe automatisch verhindert.⁶⁶ Für eine langfristige Wirkung von gesundheitsförderlichen Veränderungen ist, neben dem Grundprinzip der Partizipation, das Empowerment eine sinnvolle Strategie.⁶⁷ Der Begriff ist kein Bestandteil der Ottawa-Charta bzw. der WHO-Definition von Gesundheitsförderung, beschreibt jedoch ihren Ansatz und hat sich zur zentralen Strategie in der Gesundheitsförderung etabliert.⁶⁸ Die Menschen sollen dazu befähigt werden ihre gesundheitliche Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen und damit ihr Leben selbstbestimmt zu führen.⁶⁹

2.3 Public Health und Gesundheitspolitik

2.3.1 Public Health in Abgrenzung zu Gesundheitsförderung und Prävention

Für den Begriff Public Health gibt es ebenfalls keine eindeutige Definition. International verbreitete Definitionen beschreiben Public Health als die Wissenschaft und Praxis, die unter effizienter und gerechter Ressourcenverteilung und -nutzung auf die Vermeidung von Krankheiten, die Förderung von körperlicher und geistiger Gesundheit und folglich auf die Verlängerung des Lebens zielt. Public Health erweitert somit die Sicht der klinischen Medizin, die primär auf Individuen und Krankheiten ausgerichtet ist und legt den Fokus auf die Erhaltung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen.⁷⁰ Diese Gesundheitsarbeit soll mit Maßnahmen organisierten gesellschaftlichen Handelns erreicht werden.⁷¹

Für die Zielerreichung ist nach Auffassung der WHO einerseits die Entwicklung des Versorgungssystems notwendig, speziell des medizinischen, psychosozialen und psychiatrischen Versorgungssystems, und andererseits erfordert es eine öffentliche gesundheitspolitische Strategie zur Verbesserung von gemeindebezogener Gesundheitsförderung, Früherkennung und Krankheitsprävention.⁷²

Public Health setzt sich aus Erkenntnissen verschiedener Teildisziplinen zusammen, unter anderem aus Erkenntnissen der Demografie, Epidemiologie, Sozialwissenschaften, Erziehungswissenschaften, Gesundheitssoziologie,

⁶⁶ Vgl. Altgeld; Kickbusch 2012, S. 191.

⁶⁷ Vgl. Faltermaier 2014, S. 84.

⁶⁸ Vgl. Altgeld; Kolip 2014, S. 49 / Brandes; Stark 2011, S. 57 f.

⁶⁹ Vgl. Laverack 2010, S. 26 f.

⁷⁰ Vgl. Klemperer 2014, S. 16.

⁷¹ Vgl. Faltermaier; Wihofszky 2011, S. 257.

⁷² Vgl. Hurrelmann; Laaser; Razum 2012, S. 29.

Gesundheitsökonomie, Public Health-Ethik, Sozialmedizin und der Psychologie.⁷³ Public Health setzt sich dementsprechend mit einer Vielzahl von Problemfeldern auseinander und befasst sich insbesondere mit folgenden Fragen:

- Der Inzidenz und Verteilung von Erkrankungen, der Beeinflussung von Gesundheit durch sozial- und umweltbedingte Determinanten und folglich den ursächlichen Hintergründen und Auslösern von Gesundheit und Krankheit.
- Der Wirksamkeit, Effizienz und Wirtschaftlichkeit unterschiedlicher Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen.⁷⁴
- Der Relevanz von Entscheidungen für die bevölkerungsbezogene Gesundheit in verschiedenen Politikbereichen und die adäquate Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten an politischen gesundheitsrelevanten Entscheidungen und an der Konzeption des Gesundheitswesens („health in all policies“, übersetzt: „Gesundheit in allen Politikfeldern“).
- Der optimalen Gestaltung des Gesundheitssystems mit Fragen nach den Ausgaben und der Finanzierung, sowie der Steuerung der Versorgungsqualität einschließlich dem gleichen, individuell bedarfsgerechten, bezahlbaren Zugang zu Versorgungsleistungen („equity in all policies“, übersetzt: „gesundheitliche Chancengleichheit“).⁷⁵

Public Health umfasst also alle organisierbaren Management-Ansätze und Analysen, die sich mit der Gesundheit einer gesamten Population beschäftigen. Um eine wirksame Bearbeitung der genannten Themenbereiche zu erreichen ist kooperative Interdisziplinarität obligat und der Einsatz von medizinisch und kulturell angemessener, sowie ethisch und ökonomisch vertretbarer Mittel notwendig.⁷⁶

2.3.2 Gesundheitspolitik und gesetzliche Regelungen zu Gesundheitsförderung und Prävention

2.3.2.1 Gesundheitspolitik

Die verbreiteten Vorstellungen über Gesundheitspolitik und wie die Begrifflichkeit genau zu verstehen ist, sind nicht einheitlich und reichen weit auseinander.⁷⁷ Die Politikwissenschaft prägt über längere Zeit das Verständnis, dass

⁷³ Vgl. Klemperer 2014, S. 16 / Knoll; Scholz; Rieckmann 2013, S. 24.

⁷⁴ Vgl. Schwartz 2012, S. 4 f.

⁷⁵ Vgl. Schwartz; Busse 2012, S. 555.

⁷⁶ Vgl. Klemperer 2014, S. 16 f.

⁷⁷ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 15.

Gesundheitspolitik lediglich die Unternehmungen von Gesundheitspolitikern in dem Politikfeld Gesundheit umfasst. Traditionell wurde damit zusammenhängend die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die sehr stark auf kurative Medizin ausgerichtet ist, mit der Gesundheitspolitik gleichgesetzt.⁷⁸ Folglich wurde die Steuerung der Krankenversorgung, mit dem Ziel die dafür entstehenden Kosten und Ausgaben zu begrenzen, als Gesundheitspolitik verstanden.⁷⁹ Angelehnt an das Gesundheitsverständnis der WHO (Kapitel 2.1) kommt dem Begriff Gesundheitspolitik durch die Public-Health-Perspektive eine neue, andere und integrierte Interpretation zu. Es handelt sich um die Gesamtheit der organisierten Maßnahmen aller Beteiligten des Gesundheitssystems, die zur Verbesserung, Förderung oder Wiederherstellung von individueller oder bevölkerungsbezogener Gesundheit beitragen oder auch die Linderung von Krankheiten beeinflussen.⁸⁰ Gesundheitspolitik umfasst also das gesamte Spektrum von gesellschaftlichem und bevölkerungsbezogenem Management, das sich mit Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt befasst.⁸¹ Dieses analytische Verständnis beinhaltet weitaus mehr als die traditionelle Interpretation und räumt der Gesundheitspolitik somit eine fachübergreifende Querschnittsaufgabe ein. Des Weiteren beabsichtigt Gesundheitspolitik die Verbesserung oder Erhaltung der bevölkerungsbezogenen Gesundheit durch die Verringerung krankheitsbedingter Lebensqualitätseinschränkungen und durch die Verhinderung vorzeitiger Mortalität. Gesundheitspolitik ist ergo ein Politikfeld als auch ein normativ gesteuertes Interventionsfeld.⁸²

Staatliche Institutionen umfassen Einrichtungen wie bspw. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die für die Koordination der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung zuständig ist, oder das Robert Koch-Institut (RKI), das für den Bereich des Infektionsschutzes verantwortlich ist und die Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung des Bundes hat. Beide Einrichtungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstellt.⁸³ Die öffentlich-rechtlichen Körperschaften und die freien Träger handeln auf kommunaler oder lokaler Ebene Richtlinien für die unmittelbaren Leistungserb-

⁷⁸ Vgl. Mosebach; Schwartz; Walter 2014, S. 377.

⁷⁹ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2012, S. 1009.

⁸⁰ Vgl. Mosebach; Schwartz; Walter 2014, S. 377 f.

⁸¹ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2012, S. 1009.

⁸² Vgl. Mosebach; Schwartz; Walter 2014, S. 378.

⁸³ Vgl. Walter; Schwartz; Plaumann 2012, S. 273 ff. / Mosebach; Schwartz; Walter 2014, S. 380.

ringer von gesundheitspolitischen Interventionen aus.⁸⁴ Hierbei sind Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen Beispiele für öffentlich-rechtliche Körperschaften und örtliche und kommunale Initiativen, sowie Vernetzungsinitiativen, Verbraucherzentralen und Verbände für Selbsthilfe sind Beispiele für freie Träger.⁸⁵

2.3.2.2 Gesetzmäßigkeiten

Die Interaktion in der Gesellschaft, von einerseits der kritischen Haltung gegenüber der kurativen Medizin und der Medikalisierung des deutschen Gesundheitswesens und andererseits der Modernisierungsidee der Gesundheitserziehung, kennzeichnet den gesundheitspolitischen Wandel in der Bundesrepublik Deutschland. Diese gesellschaftlichen Auseinandersetzungen führten zur Bekräftigung und zur gesetzlichen Berücksichtigung von Prävention und Gesundheitsförderung. Durch die Einführung des Gesundheitsreformgesetzes führte es im Jahr 1988 zu vermehrt präventivpolitischen Bemühungen auf Bundesebene. Zudem verpflichtete der § 20 im fünften Sozialgesetzbuch (SGB) die Krankenkassen zu Leistungen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (Primärprävention). Diese Verpflichtung zum gesetzlichen Präventionsauftrag wurde von dem damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer ab 1997 weitgehend rückgängig gemacht, sodass für Krankenkassen nur noch die Möglichkeit zur betrieblichen Gesundheitsförderung verblieb. Drei Jahre später folgte dann, mit der Verankerung der Gesundheitsreform, die Wiedereinführung der gesetzlichen Grundlage unter der neuen Überschrift „Prävention und Selbsthilfe“.⁸⁶ Durch die Wiedereinführung des § 20 SGB V wurden entscheidende neue Impulse gesetzt und der alte Paragraf wurde um die Qualität von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergänzt. Eine Dokumentation der Spitzenverbände der Krankenkassen erarbeitet nun „gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien“⁸⁷ für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung von Krankenkassen und Anbietern.⁸⁸ Die Krankenkassen sollen mit ihren Leistungen „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleich-

⁸⁴ Vgl. Mosebach; Schwartz; Walter 2014, S. 380.

⁸⁵ Vgl. Klemperer 2014, S. 215 / Mosebach; Schwartz; Walter 2014, S. 380.

⁸⁶ Vgl. Mosebach; Schwartz; Walter 2014, S. 382.

⁸⁷ § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

⁸⁸ Vgl. Kliche et al. 2004, S. 126.

heit von Gesundheitschancen erbringen“⁸⁹. Es soll durch die stärkere Zielgruppenorientierung, bspw. durch vermehrte Förderung des Setting-Ansatzes (Kapitel 3.1), zu einer erhöhten Inanspruchnahme der Leistungen führen. Daher sollen die Krankenkassen den Charakter ihrer präventiven Maßnahmen und Leistungen verändern. Zudem wurden die Krankenkassen im Jahr 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zur stärkeren Beteiligung an der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und sowohl zur Kooperation als auch zum Informationsaustausch mit betrieblichen Akteuren und der Gesetzlichen Unfallversicherung verpflichtet.⁹⁰ Die Gesamtausgaben für Präventionsmaßnahmen belaufen sich im Jahr 2013 auf 3,82 € je Versicherten, damit investierten die Krankenkassen weitaus mehr als den Orientierungswert von 3,01 €, der im § 20 Abs. 2 SGB V gesetzlich verankert ist.⁹¹ Trotzdem besteht in Deutschland eine deutliche Unter- und Fehlversorgung angesichts der politischen Bemühungen und Gesundheitsförderung und Primärprävention sind nach Rosenbrock und Gerlinger nicht ausreichend in der Gesundheitspolitik verankert.⁹²

Präventionsgesetz

Zur weiteren Realisierung des oben genannten Ziels der „Senkung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ wird aus sozialmedizinischer Sicht ein breiter Ansatz für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen befürwortet. Aufgrund der hohen Anzahl von Akteuren, die präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen in Deutschland anbieten, ist eine stärkere Koordination notwendig um vor allem die Effizienz der Maßnahmen zu verbessern. Im Jahr 2005 versuchten SPD und Bündnis 90/Die Grünen, mit dem „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“⁹³, die Koordination der vielfältigen Träger und auch die zielgerichtete Projektvergabe zu ermöglichen.⁹⁴ Gesundheitliche Prävention sollte zu einer eigenständigen Säule, neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege im Gesundheitswesen ausgebaut werden. Neben der GKV sollten auch die anderen Sozialversiche-

⁸⁹ § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

⁹⁰ Vgl. Mosebach; Schwartz; Walter 2014, S. 383.

⁹¹ Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS); GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2014, S. 34.

⁹² Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 110.

⁹³ Bundestagsdrucksache 15/4833, S. 1.

⁹⁴ Vgl. Mosebach; Schwartz; Walter 2014, S. 385 / Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 113.

Träger zur Finanzierung beitragen.⁹⁵ Dennoch scheiterte dieser Entwurf, da "die vorgesehene Finanzierung durch die Sozialkassen im Umfang von insgesamt 250 Millionen Euro"⁹⁶ vom Bundesrat als problematisch eingestuft wurde.⁹⁷ Außerdem spricht eine zu errichtende Stiftung auf Bundesebene gegen die Forderungen der Länder von mehr transparenter Organisation.⁹⁸ Im Jahr 2013 wurde von CDU/CSU und FDP wieder ein „Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention“⁹⁹ vorgelegt, fokussiert auf eine Neuausrichtung zielgerichteter primärpräventiver Leistungen der Krankenkassen und Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung.¹⁰⁰ Wiederholt kam das Gesetz nicht zustande, da der Bundesrat „das vorgelegte Gesetz im Hinblick auf das Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben wirkungsvoll zu organisieren, für völlig unzureichend“¹⁰¹ einstuft.¹⁰² Auch Rosenbrock bewertet diesen Gesetzesentwurf, hinsichtlich der Anforderungen an eine moderne, nachhaltige Präventionsstrategie, als nicht bedarfsgerecht.¹⁰³ Die aktuelle Bundesregierung, bestehend aus CDU/CSU und SPD nimmt sich erneut den Herausforderungen an. Am 20. März 2015 hat der Deutsche Bundestag den „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“¹⁰⁴ in erster Lesung beraten und letztendlich am 18. Juni 2015 verabschiedet.¹⁰⁵ Es soll die Grundlagen für eine Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern mit Akteuren in Ländern und Kommunen stärken. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe betont: „Ziel ist Krankheiten zu vermeiden, bevor sie überhaupt entstehen. Deshalb müssen wir die Umgebung, in der wir leben, lernen und arbeiten, so gestalten, dass sie die Gesundheit unterstützt“¹⁰⁶.¹⁰⁷ Das neue Präventionsgesetz stützt sich demnach auf den nachfolgend erklärten Setting-Ansatz, um dort auch diejenigen zu erreichen, die von sich aus nicht an Präventionsmaßnahmen teilnehmen.¹⁰⁸

⁹⁵ Vgl. Bundestagsdrucksache 15/4833, S. 1.

⁹⁶ Bundesratsdrucksache 306/05 (Beschluss), S. 1.

⁹⁷ Vgl. Bundesratsdrucksache 306/05 (Beschluss), S. 1.

⁹⁸ Vgl. Bundesratsdrucksache 97/05 (Beschluss), S. 1.

⁹⁹ Bundestagsdrucksache 17/13080, S.1.

¹⁰⁰ Vgl. Bundestagsdrucksache 17/13080, S.1.

¹⁰¹ Bundesratsdrucksache 636/13 (Beschluss), S. 1.

¹⁰² Vgl. Bundesratsdrucksache 636/13 (Beschluss), S. 1.

¹⁰³ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 114.

¹⁰⁴ Bundestagsdrucksache 18/4282, S. 1.

¹⁰⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2015a.

¹⁰⁶ Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2015b, S.1.

¹⁰⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2015b, S.1.

¹⁰⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2014b.

3 Kommunale Gesundheitsförderung

3.1 Der Setting-Ansatz

Die bereits erläuterten Begriffe Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung greifen in der Praxis ineinander und werden in aktuellen Forschungsarbeiten häufig nicht differenziert verwendet, sodass sie auf kommunaler Ebene ebenfalls nebeneinander verwendet werden.¹⁰⁹

Die aktuelle Situation erfordert eine stärkere Vernetzung und damit zusammenhängend eine Dezentralisierung des deutschen Gesundheitssystems. Erfordernisse wie die Betreuung älterer, behinderter und chronisch kranker Menschen, die ländliche medizinische Versorgung, das durch Kostendruck zunehmende Interesse an Prävention und, daraus resultierend, das Schnittstellenmanagement von Sektoren, Verwaltung und Fachkräften zielen auf die örtlichen Verhältnisse und spielen sich somit auf kommunaler Ebene ab. Der Trend in Richtung einer Kommunalisierung von Prozessen im Gesundheitswesen ist offensichtlich und eine Abwendung von zentralstaatlicher Steuerung ist notwendig, denn Lösungen für Veränderungsprozesse von Personen müssen im Nahbereich der Menschen gefunden werden.¹¹⁰ Den entscheidenden Impuls für das gesundheitsfördernde Handeln in Settings, d.h. in sozialen Systemen und Organisationen, in denen Menschen leben und sich aufhalten, hat die Ottawa-Charta ausgelöst. Mit ihr wurden erstmals explizit Settings als Orte für Gesundheitsförderung benannt.¹¹¹ Orte bzw. soziale Systeme, die einen ausgeprägten gesundheitlichen Einfluss ausüben, in denen Gesundheit als Produkt des alltäglichen Lebens und Handelns entsteht und in denen die gesundheitlichen Bedingungen beeinflusst und gestaltet werden können.¹¹² Interventionen sollen demnach nicht mehr nur auf der individuellen Mikroebene und der bevölkerungsbezogenen Makroebene stattfinden, sondern in der räumlichen und sozialen Mesoebene ansetzen.¹¹³ Hiermit beschäftigt sich die kommunale Gesundheitsförderung, fokussiert auf das Setting „Gemeinde/Kommune“ wird das Ziel verfolgt, die spezifischen kommunalen Rahmenbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten.¹¹⁴ Die Kommune kann dabei ein unterschiedlich großer Sozial-

¹⁰⁹ Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2013, S. 7 f.

¹¹⁰ Vgl. Luthe 2013, S. 3 f.

¹¹¹ Vgl. Engelmann; Halkow 2008, S. 26 ff.

¹¹² Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2013, S. 9.

¹¹³ Vgl. Engelmann; Halkow 2008, S. 28.

¹¹⁴ Vgl. Spicker; Lang 2011, S. 7.

raum, etwa eine Gemeinde sein, die den Rahmen für Ansätze und Maßnahmen in spezifischeren Settings, wie z.B. Krankenhäuser, Betrieben, Schulen und Kindergärten, schafft. Das Grundprinzip von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune wird durch folgende Aussage verdeutlicht: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“¹¹⁵. Im Gegensatz zum Medizinbereich wird dabei kaum mehr zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention (Kapitel 2.2.1) unterschieden, sondern Maßnahmen in Kommunen, die die Gesundheit der dort lebenden Menschen fördern und verbessern, kommen sowohl den gesunden als auch den kranken Bürgern zugute. Der Setting-Ansatz gilt als Kernstrategie der Gesundheitsförderung und das Setting „Kommune“ als Ursprung aller Setting-Ansätze.¹¹⁶ Für ein gesundes Leben und für die Bündelung von gesundheitsförderlichen Angeboten ist das Setting Kommune von großer Bedeutung.¹¹⁷ Die Kommune, auch als „Wohnviertel“ bezeichnet, schafft das Lebensumfeld der Menschen. Das Umfeld, in dem die Menschen leben und damit ihre sozialen Netze, ihr Gefühl der Geborgenheit, die wirtschaftlichen Verhältnisse, Familien und Ressourcen können alle die Gesundheit beeinflussen. Neben dem gesundheitlich unterstützenden Potenzial des Lebensumfelds „Wohnviertel“, leitet sich auch die Komplexität von Interventionen in solchen Systemen ab. Jedes Setting ist einzigartig und hat als sozial-räumliches System vielschichtige Funktions- und Wirkungsweisen. Außerdem sind Settings von hoher Dynamik geprägt und lassen eine Voraussage nur schwer zu.¹¹⁸ Verantwortlich dafür ist die zeitgleiche und vielfältige Interaktion mehrerer Dimensionen. Im Lebensumfeld interagieren sowohl die physische Umwelt, die soziale Umwelt als auch die ortsansässigen Dienstleistungsangebote. Die physische Umwelt umfasst Faktoren wie die Lärmbelastigung, Luftverschmutzung, Verkehrsaufkommen, Wohnqualität und die Anzahl an vorhandenen Grünflächen. Die soziale Umwelt beschreibt die Verhältnisse zwischen den Bürger/innen der Gemeinde oder Stadt, den Gruppen, Vereinen und Organisationen. Die Dienstleistungsangebote spiegeln sich in Einrichtungen wie gewerbliche Läden,

¹¹⁵ Trojan; Süß 2014, S. 345.

¹¹⁶ Vgl. Trojan; Süß 2014, S. 345.

¹¹⁷ Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2012b, S. 10.

¹¹⁸ Vgl. Kolip et al. 2012, S. 14 / Naidoo; Wills 2010, S. 353.

Gesundheitsdienste, Kirchen, Gemeindehäuser, Sportplätze aber auch Dienstleistungen kommunaler Ämter und Behörden wider.¹¹⁹

3.2 Aufgaben und Akteure der kommunalen Gesundheitsförderung

Das Ziel von Aktivitäten der kommunalen Gesundheitsförderung ist die Prinzipien der Ottawa-Charta, die Schaffung von gesundheitsfördernden Umwelten, vor allem aber eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, umzusetzen. Kommunale Politik und deren Institutionen sollen weitreichend und systematisch verändert werden, um so die Gesundheitschancen in der Kommune nachhaltig zu verbessern.¹²⁰ Kommunale Gesundheitspolitik gilt immer noch als „Randbereich“, doch die Zeiten von steigenden sozialen und gesundheitlichen Problemen, die vor allem in den Kommunen zu spüren sind, machen die Stärkung von lokalen Hilfestellungen zur Notwendigkeit. Landesgesundheitsgesetze bieten den Kommunen Hilfestellung für den Auf- und Ausbau von Gesundheitsförderungsleistungen im öffentlichen Gesundheitsdienst, der im Folgenden näher erläutert wird.¹²¹

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist der Teil des öffentlichen Gesundheitswesens, der die öffentlich-rechtlichen Aufgaben im Gesundheitswesen wahrnimmt.¹²² Zum Wohl der Gesamtbevölkerung handelt der ÖGD mit seinem bevölkerungsbezogenen Versorgungsauftrag als Initiator und Koordinator der Gesundheitsförderung.¹²³ Er umfasst Gesundheitsbehörden auf Bundes- und Landesebene, sowie Gesundheitsbehörden in Kreisen und kreisfreien Städten mit den dazugehörigen Institutionen. Der ÖGD wird neben ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung als sogenannte dritte Säule im Gesundheitswesen angesehen.¹²⁴ Trotz der Knappheit an Ressourcen und Personalkräften sowie der geringen Gesundheitsausgaben, die auf den ÖGD entfallen, ist der Beitrag zu steigender gesundheitlicher Lebensqualität und Lebenserwartung bedeutend.¹²⁵ Um die Herausforderungen der gesamtgesellschaftlichen Veränderungen zu bewältigen, scheint es sinnvoll, dass sich die kommunale

¹¹⁹ Vgl. Naidoo; Wills 2010, S. 355 ff.

¹²⁰ Vgl. Trojan; Süß 2014, S. 347.

¹²¹ Vgl. Weth 2013a, S. 305 f.

¹²² Vgl. Wildner; Nennstiel-Ratzel 2014, S. 311.

¹²³ Vgl. Gostomzyk; Storr 2012, S. 849 / Weth 2013b, S. 92.

¹²⁴ Vgl. Weth 2013a, S. 303.

¹²⁵ Vgl. Wildner et al. 2012, S. 291.

Gesundheitspolitik und der ÖGD neu orientieren und weiterentwickeln. Dabei sollte der ÖGD eine stärkere Komponente eines funktionierenden gesundheitlichen Gesamtsystems werden und die Gesundheit stärker als bisher als Element einer kommunalen Gesamtpolitik verstanden werden.¹²⁶ In Deutschland ist der ÖGD kommunal verankert.¹²⁷ Auf dieser bürgernähesten Ebene des ÖGD befinden sich die Gesundheitsämter, sozusagen die Gesundheitsbehörden auf der untersten Ebene.¹²⁸ Die Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsämter umfassen zahlreiche Aufgabenfelder der Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe bei bedürftigen Personen, sowie Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen zum Thema Gesundheitsschutz, Hygiene und Umweltmedizin.¹²⁹ Zudem haben Gesundheitsämter eine Medizinalaufsicht und sind für die Überwachung von ÖGD Einrichtungen und Berufen des Gesundheitswesens zuständig.¹³⁰ Die Aufgaben des ÖGD beziehen sich außerdem auf wissenschaftliche Begutachtungen wie die Gesundheitsberichterstattung (GBE).¹³¹ Die GBE erfolgt auf allen Ebenen im Gesundheitswesen und ist ein zentrales Instrument für die Gestaltung einer gesundheitlichen Infrastruktur.¹³² Für die Steuerung von kommunaler Gesundheitsförderung und für die Erfolgsmessung von Gesundheitsförderung vor Ort ist jedoch eine professionelle kommunale Gesundheitsberichterstattung notwendig. Die GBE unterstützt die Kommunen in ihrem gesundheitspolitischen Handeln, indem sie über die örtliche gesundheitliche Situation informiert und auf aktuelle und zukünftige Entwicklungsthemen und –probleme verweist, die für eine ortsnahe Gesundheitsplanung notwendig sind.¹³³ Die Aufgaben und Zuständigkeiten der GBE in den Kommunen werden durch die jeweiligen Landesgesetze des ÖGD geregelt. In den meisten Ländern ist die GBE zur Pflichtaufgabe der Kommunen geworden und wird von den Gesundheitsämtern ausgeführt, jedoch weisen die einzelnen kommunalen GBE große Unterschiede in ihrer Qualität und ihrem Umfang auf.¹³⁴ Auftraggeber und Adressaten der GBE sind Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK). Einige Landesgesetze fordern von den Kommunen, dass sie KGK,

¹²⁶ Vgl. Weth 2013b, S. 89 ff.

¹²⁷ Vgl. Mosebach; Schwartz; Walter 2014, S. 381.

¹²⁸ Vgl. Wildner; Nennstiel-Ratzel 2014, S. 312.

¹²⁹ Vgl. Weth 2013a, S. 303.

¹³⁰ Vgl. Mosebach; Schwartz; Walter 2014, S. 381.

¹³¹ Vgl. Weth 2013a, S. 303.

¹³² Vgl. Maykus; Hensen 2013, S. 69 f.

¹³³ Vgl. Weth 2013b, S. 96.

¹³⁴ Vgl. Maykus; Hensen 2013, S. 72.

zusätzlich zur GBE, einrichten. Das Ziel der KGK in Baden-Württemberg ist es, die Gesundheitsstrategie auf kommunaler Ebene umzusetzen, also die Gesundheit der Bevölkerung in allen Lebensphasen und Lebensbereichen zu fördern und gleichzeitig auch den Wirtschaftsstandort Baden-Württemberg zu sichern. KGK beraten über bedarfsorientierte Analysen und Handlungsempfehlungen zur Gesundheit in der Kommune und entscheiden über deren Umsetzung. Sie stellen den kommunalen Bedarf fest und suchen nach Lösungen. An der Verhandlung über Stärken und Schwächen der Kommune nehmen alle relevanten Akteure teil.¹³⁵ Somit führt die KGK als Gremium alle regional aktiven Akteure im Gesundheitsbereich zusammen und stellt eine wichtige regionale Plattform dar, auf der Informationen ausgetauscht werden und zum gemeinsamen Handeln aufgerufen wird. Oftmals werden nur einvernehmliche Themen behandelt, da die verschiedenen Akteure ihre eigenen und damit unterschiedliche Interessen vertreten; jedoch schon das Zusammentreffen aller Akteure lässt neue Synergien entstehen und kann somit eine Bereicherung für die örtliche gesundheitliche Situation sein.¹³⁶

Bereits ohne konkrete gesetzliche Grundlage liegen in Deutschland auf Bundes- und Länderebene unterschiedliche Regelungen für präventionsrelevante Bereiche vor. Auf der Länderebene ist die Präventionslandschaft sehr heterogen geregelt. Prävention hat keinen einheitlichen Stellenwert und variiert zwischen den einzelnen Bundesländern sehr stark.¹³⁷ So weisen auch KGK in Struktur und Einrichtung je nach Bundesland und Gemeinde Unterschiede auf, jedoch ist ihr inhaltlicher Auftrag einheitlich geregelt. Jede Kommune sollte im eigenen Interesse das Augenmerk auf die Stärkung von Gesundheitsförderung legen und laut Weth haben sich KGK in den vergangenen Jahren als geeignete Instrumente für die Koordination und Moderation von kommunaler Gesundheitsförderung erwiesen.¹³⁸

Der Schwerpunkt kommunaler Arbeit liegt in der Förderung gemeinsamer und gesundheitsförderlicher Aktivitäten und Strategien, sowie der Förderung von gruppen- und lebensraumbezogener Gesundheitsförderungsansätzen (Setting-Ansatz). Durch Maßnahmen mit einer hohen Bürgerbeteiligung (Partizipation) sollen Netzwerke gebildet und die gesundheitliche Chancengleichheit ange-

¹³⁵ Vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden Württemberg (Hrsg.) 2010, S. 6.

¹³⁶ Vgl. Weth 2013b, S. 95.

¹³⁷ Vgl. Altgeld 2006, S. 26.

¹³⁸ Vgl. Weth 2013b, S. 95.

strebt werden. Besondere Handlungsfelder der Kommunen sind die Förderung von Kinder- und Jugendgesundheit, die Gesundheit im Alter und die Unterstützung von privaten sozialen Netzwerken um dem Individualisierungsprozess und somit dem Verlust von Sozialkontakten entgegenzusteuern. Außerdem sollen wirksame Maßnahmen zur Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung von Migranten erarbeitet werden, sowie spezielle Infrastrukturmaßnahmen und Aktivitäten, die Problemen der sozialen Isolation bedingt durch materielle Armut entgegenwirken. Zudem sind Kommunen für die Verhütung von übertragbaren Krankheiten und für den Schutz der menschlichen Umwelt zuständig. Wichtiger Partner des ÖGD ist die Selbsthilfe, die eine Beratungs- und Informationsfunktion wahrnimmt und sich für den verstärkten Aufbau von gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Kommune bemüht.

Um die genannten Handlungsfelder einer Kommune zu strukturieren und schließlich festzulegen, bieten sich drei Ansätze zur Orientierung an:

Zielgruppen: Kinder und Jugendliche, Männer, Frauen, alte Menschen, Migranten, chronisch Kranke, psychisch Kranke, Obdachlose, etc.

Themen: Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Suchtmittelkonsum, Herz-Kreislauf-Prävention, AIDS-Prävention, etc. oder

Settings: Stadtteil, Kita, Schule, Betrieb, Senioreneinrichtungen etc.¹³⁹

Um diese unterschiedlichen Möglichkeiten mit den ihnen verbundenen Akteuren zu steuern sind KGK ein geeignetes Instrument.

3.3 Bedeutung der Motivation für die kommunale Gesundheitsförderung

Eine bestmögliche Planung, Umsetzung und Koordination von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist die Grundlage für das Wohl der Bevölkerung und für die Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit. Eine Erreichung des gewünschten Ziels erfolgt jedoch nur, wenn die Menschen die vorhandenen Programme nutzen. Dazu ist die Motivation ein entscheidendes Kriterium. Der Begriff Motivation dient zur Erklärung der Frage, warum Menschen bestimmte Verhaltensweisen zu Tage legen. Menschen, die sich gerne und viel mit einer bestimmten Sache beschäftigen, werden als „motiviert“, Menschen, die weniger oder keine Lust haben etwas zu tun, als „unmotiviert“ bezeichnet.¹⁴⁰ Rheinberg beschreibt Moti-

¹³⁹ Vgl. Weth 2013b, S. 92 ff.

¹⁴⁰ Vgl. Scholz; Schüz; Ziegelmann 2007, S. 131.

vation als die „aktivierende Ausrichtung des momentanen Lebensvollzugs auf einen positiv bewerteten Zielzustand“¹⁴¹.

Menschliches Verhalten zur Erreichung des „positiv bewerteten Zielzustandes“ kann durch innere oder äußere Beweggründe motiviert werden. Dabei beeinflussen äußere Beweggründe die extrinsische Motivation, die durch Erwartungen an das Ergebnis und Verhaltensfolgen entsteht, bspw. um Belohnungen zu erhalten oder Strafen zu vermeiden. Der Gegenpol der extrinsischen Motivation ist die intrinsische Motivation, die durch innere Beweggründe beeinflusst wird und zur nachhaltigen Verhaltensänderung maßgeblich beiträgt. Hierbei liegt die Motivation in der Ausführung einer Tätigkeit an sich. Der Fokus der intrinsischen Motivation liegt also nicht mehr auf einer bestimmten Konsequenz des Verhaltens, sondern auf der Ausübung eines Verhaltens um seiner selbst willen und durch innere Überzeugung.¹⁴² Eine Person führt demnach z. B. eine Sportart aus, weil ihr diese Sportart an sich besondere Freude bereitet. Scholz, Schüz und Ziegelmann verweisen hierfür auf eine Studie, die bestätigt, „dass Personen, denen Sport viel Vergnügen bereitete, auch deutlich häufiger körperlich aktiv waren, als Personen, die berichteten, dass ihnen Sport keinen Spaß macht“¹⁴³. Somit stellt die intrinsische Motivation einen bedeutenden Faktor für die Motivation zu körperlicher Aktivität bislang inaktiver Personen dar.¹⁴⁴

Die Gesundheitspsychologie befasst sich mit allen Aspekten menschlicher Verhaltensweisen, die einen Bezug zur Gesundheit aufweisen.¹⁴⁵ Dieses sogenannte Gesundheitsverhalten umfasst jegliche Verhaltensmuster, die zur Förderung und langfristigen Erhaltung der Gesundheit beitragen.¹⁴⁶ Zur Erklärung solcher individuellen Verhaltensweisen wurden verschiedene Modelle und Theorien entwickelt, die meist in Prozessmodelle und Stadienmodelle unterteilt werden.¹⁴⁷

Prozessmodelle gehen von der Grundannahme aus, dass sich Menschen auf einem Kontinuum der Verhaltenswahrscheinlichkeit befinden und einen linearen und kontinuierlichen Prozess der Verhaltensänderung durchlaufen. Die Position auf dem Kontinuum, die die Handlungswahrscheinlichkeit ausdrückt, lässt sich

¹⁴¹ Rheinberg 2008, S. 15.

¹⁴² Vgl. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) (Hrsg.) 2015, S. 1.

¹⁴³ Scholz; Schüz; Ziegelmann 2007, S. 132.

¹⁴⁴ Vgl. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) (Hrsg.) 2015, S. 1.

¹⁴⁵ Vgl. Scholz; Schüz; Ziegelmann 2007, S. 137.

¹⁴⁶ Vgl. Lippke; Renneberg 2006, S. 35.

¹⁴⁷ Vgl. Scholz; Schüz; Ziegelmann 2007, S. 137.

durch bestimmte kognitive und affektive Variablen vorhersagen.¹⁴⁸ Laut dem sozial-kognitiven Prozessmodell (Health Action Process Approach, HAPA), müssen zwei Phasen für eine Verhaltensänderung durchlaufen werden, die Motivationsphase und die Volitionsphase. Der Bereich der Motivation wird verlassen, sobald eine Intention gebildet wurde. Hier setzt nun der Bereich der Volition ein, der die Handlungsumsetzung und möglicherweise die Handlungsaufrechterhaltung beinhaltet. Beide Phasen werden jeweils von sozial-kognitiven Prozessen beeinflusst, in der die drei Determinanten Person, Verhalten und Umwelt ständig interaktiv aufeinander wirken. So wird bspw. gesundes Ernährungsverhalten durch persönliche Faktoren (Gewohnheiten und individuelle Einstellungen), verhaltensbezogene Faktoren (Fertigkeit zur Unterscheidung von gesunden und ungesunden Nahrungsmitteln und deren Zubereitung) und umweltbezogene Faktoren (gesellschaftliche Akzeptanz verschiedener Nahrungsmittel und soziale Normen, vor allem auch in Bezug auf Alkohol- und Tabakkonsum) beeinflusst.

Haupteinflussfaktor auf die Verhaltensänderung ist jedoch in beiden Phasen die Selbstwirksamkeitserwartung.¹⁴⁹ Sie ist die subjektive Gewissheit, dass neue oder schwierige Anforderungssituationen bzw. gesetzte oder beobachtete Verhaltensergebnisse mit eigener Kompetenz bewältigt und erreicht werden können.¹⁵⁰ Menschen, die selbstwirksam sind, strengen sich mehr an, setzen sich höhere Ziele und handeln schneller.¹⁵¹ Außerdem haben zahlreiche Studien belegt, dass die Rückfall(un)wahrscheinlichkeit durch die Selbstwirksamkeitserwartung stark beeinflusst wird. Anwendung findet das HAPA-Modell vor allem für körperliche Bewegung im Alltag und für Ernährungsgewohnheiten.¹⁵² Die Einflussfaktoren in der ersten und zweiten Phase, die zuerst zur Intentionbildung (Zielsetzung) und anschließend zur tatsächlichen Umsetzung des Verhaltens führen, werden in Abbildung 2 dargestellt.

¹⁴⁸ Vgl. Knoll; Scholz; Rieckmann 2013, S. 26 ff.

¹⁴⁹ Vgl. Seibt 2011a, S. 521.

¹⁵⁰ Vgl. Schwarzer 2004, S. 12.

¹⁵¹ Vgl. Knoll; Scholz; Rieckmann 2013, S. 29.

¹⁵² Vgl. Seibt 2011a, S. 522 f.

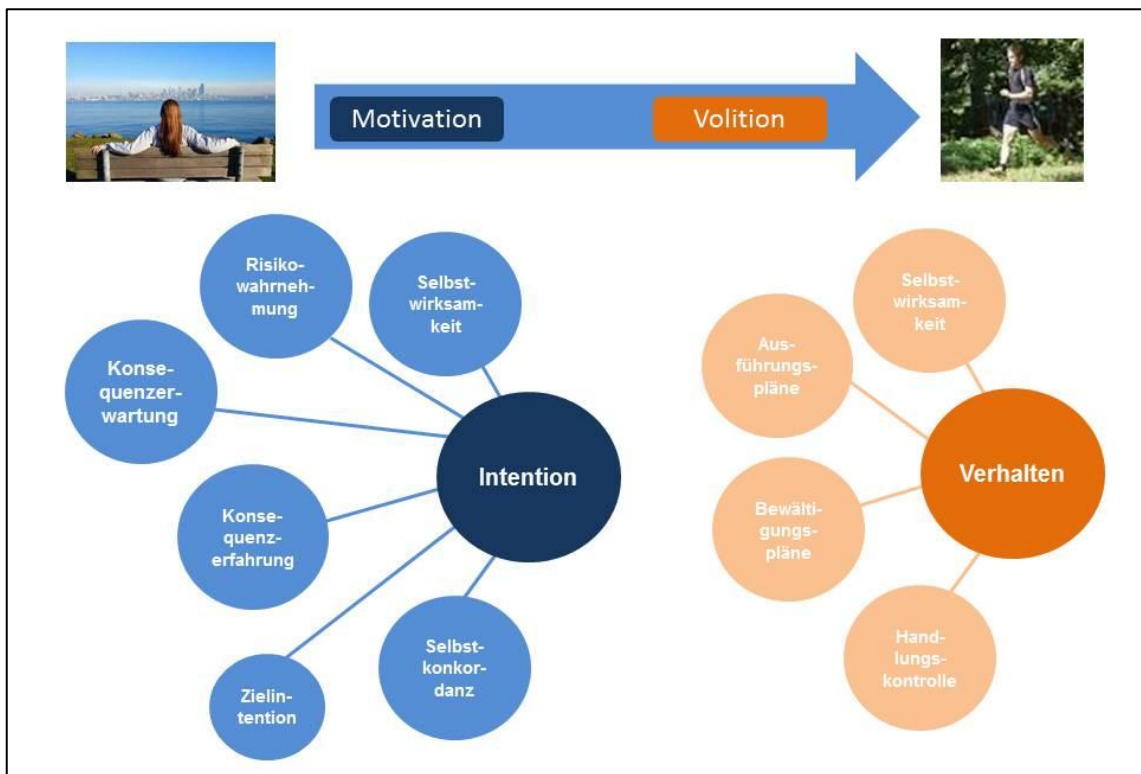


Abbildung 2: 10 Determinanten körperlich-sportlicher Aktivitäten

Quelle: Pfeifer 2015, S. 28.

Stadienmodelle dagegen beschreiben qualitativ unterschiedliche Phasen, die eine Person auf dem Weg zur Absichtsbildung durchläuft.¹⁵³ Das Stadienmodell, das am häufigsten Anwendung findet, ist das Transtheoretische Modell (Transtheoretical Model, TTM).¹⁵⁴ Das zentrale Konstrukt dieses Modells sind typischerweise fünf Phasen der Verhaltensänderung. Der Eintritt in eine nächste Phase setzt voraus, dass die jeweils vorangegangene Phase abgeschlossen ist, jedoch sind auch mehrfache Durchläufe oder ein Rückfall in eine vorherige Phase möglich.¹⁵⁵

Das TTM beinhaltet folgende Stufen:

1. Absichtslosigkeit (Personen, die nicht über eine Verhaltensänderung nachdenken)
2. Absichtsbildung (Verhaltensänderung innerhalb der nächsten sechs Monate ist denkbar)
3. Vorbereitung (Intention der Verhaltensänderung ist vorhanden)

¹⁵³ Vgl. Knoll; Scholz; Rieckmann 2013, S. 27.

¹⁵⁴ Vgl. Knoll; Scholz; Rieckmann 2013, S. 52 ff.

¹⁵⁵ Vgl. Seibt 2011b, S. 567.

4. Handlung/Umsetzung (Personen handeln gemäß ihrer Intention und versuchen standhaft zu bleiben)
5. Aufrechterhaltung/Stabilisierung (aktive Vermeidung von Rückfällen)¹⁵⁶

Teilweise wird noch eine sechste Phase „Termination“ definiert, in der nach ungefähr fünf Jahren der Aufrechterhaltung das Gesundheitsverhalten zur Gewohnheit geworden ist und keinerlei Rückfallwahrscheinlichkeit besteht.¹⁵⁷

In Zeiten von geringen Ressourcen im Gesundheitswesen ist es wichtig trotzdem noch genug Kapazität für den Einzelnen zu haben.¹⁵⁸ Die Feststellung des passenden Stadiums ist einfach und die Identifikation von Phasen eignet sich sowohl für die Unterlassung oder Reduzierung von etwas Unerwünschtem (z. B.: Tabak- oder Fettkonsum) als auch für den Beginn oder die Steigerung von etwas Erwünschtem (sportliche Aktivität oder gesündere Ernährung). Akteure in der Gesundheitsförderung können mithilfe des TTM individuelle oder gemeindeorientierte Interventionen erstellen und die Strategien und Materialien phasenspezifisch entwickeln, angepasst an die Phase, in der sich die Mehrheit der Zielgruppe befindet.¹⁵⁹

¹⁵⁶ Vgl. Knoll; Scholz; Rieckmann 2013, S. 52 ff.

¹⁵⁷ Vgl. Seibt 2011b, S. 569.

¹⁵⁸ Vgl. Lippke; Renneberg 2006, S. 48 f.

¹⁵⁹ Vgl. Seibt 2011b, S. 569 f.

4 Ansätze zur Zielgruppenerreichbarkeit in verschiedenen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung

4.1 Auswahl der Zielgruppen und Handlungsfelder

Aufbauend auf dem allgemeinen Verständnis von Gesundheitsförderung und den daraus resultierenden Aufgaben für Kommunen, betrachtet das folgende Kapitel die Zielgruppen für kommunale Gesundheitsförderung und wie diese für die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung gewonnen werden können.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit ergeben sich die drei Zielgruppen „Kinder und Jugendliche“, „Erwachsene“ und „ältere Menschen“. Eine eindeutige Altersklassifizierung fand ausschließlich bei der Zielgruppe „ältere Menschen“ ab 60 Jahren statt; bei den Zielgruppen „Kinder und Jugendliche“ sowie „Erwachsene“ ist keine eindeutige Altersklassifizierung in den untersuchten Programmen ersichtlich.

Dabei wird in den Zielgruppen vor allem die in Kapitel 4.2 erläuterte soziale Benachteiligung berücksichtigt. Der Fokus liegt auf präventiven Maßnahmen, die auf die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und Stressbewältigung zielen, denn diese wirken der Entstehung von bevölkerungsbezogenen Erkrankungen entgegen. Auf diese Weise soll vor allem chronischen Krankheiten, wie Störungen des Muskel- und Skelett-, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselsystems, sowie bösartige Neubildungen vorgebeugt werden, da sie einen erheblichen Beitrag zur Morbidität und Mortalität in Deutschland leisten.¹⁶⁰ Rehabilitationsangebote finden nachfolgend keine Anwendung, da sie nicht zum primärpräventiven Bereich zählen und somit nicht in den Bereich „Motivation zur Gesundheitsförderung“ fallen.¹⁶¹

Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz haben in Kooperation den Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ entwickelt.¹⁶² Die Maßnahmen der Initiative setzen an der Kombination verschiedener gesundheitsförderlicher Faktoren an. Eine ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung müssen zur Selbstverständlichkeit werden, vor allem an Orten und Einrichtungen, wo sich Menschen re-

¹⁶⁰ Vgl. Jordan; von der Lippe; Hagen 2011, S. 23.

¹⁶¹ Vgl. Rosenbrock; Gerlinger 2014, S. 73.

¹⁶² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2014a, S. 15.

gelmäßig aufhalten. Aufgrund dessen werden in den Zielgruppen beispielhaft auch Projekte der nationalen Initiative „IN FORM“ erwähnt.¹⁶³

4.2 Sozial benachteiligte Menschen als wichtige Zielgruppe

Seitdem in den letzten Jahren Gesundheitsziele in der Gesundheitsförderung einen immer größeren Stellenwert einnehmen, spielt die Zielgruppenorientierung ebenfalls eine immer wichtigere Bedeutung. Die Charakterisierung der Zielgruppen erfolgt anhand verschiedener Merkmale, wie Alter, Geschlecht, soziale Schicht, Behinderung oder ethnische und sexuelle Orientierung.¹⁶⁴ Gesundheitsförderungsangebote sind meist mittelschichtorientiert und werden folglich von denjenigen in Anspruch genommen, die mit bereits vorhandenem Gesundheitsbewusstsein ein Präventionsbedürfnis verspüren und die nötigen Ressourcen an Geld, Zeit und Überzeugung haben.¹⁶⁵ Um jedoch der gesundheitlichen Ungleichheit entgegen zu wirken ist es wichtig, die sozial benachteiligten Menschen, also die Bevölkerungsgruppe mit dem höchsten Präventionsbedarf, anzusprechen.¹⁶⁶ Die Kerndimensionen sozialer Ungleichheit sind das Bildungsniveau, die berufliche Stellung und das Einkommen und nehmen einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Jedoch können das Wohnumfeld, soziale Beziehungen, Migration, Alter und Geschlecht ebenfalls Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben.¹⁶⁷

Aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes geht hervor, dass die Gesundheitschancen von dem jeweiligen Bildungsstatus abhängen und somit ungleich verteilt sind. Menschen aus der unteren Bildungsgruppe schätzen ihre Gesundheit häufiger als schlecht ein und sind weniger sportlich aktiv. Im Gegensatz dazu berichten Menschen aus der oberen Bildungsgruppe seltener gesundheitliche Einschränkungen und weisen eine deutlich häufigere sportliche Aktivität vor.¹⁶⁸ Außerdem schneiden Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sowohl bei den Krankheitsraten als auch bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität statistisch schlechter ab und das gesundheitsbezogene Wissen sowie die Möglichkeit zur Bewältigung von eingetretenen

¹⁶³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2011, S. 6.

¹⁶⁴ Vgl. Pott 2006, S. 11.

¹⁶⁵ Vgl. Altgeld; Bächlein; Deneke 2006, S. 13.

¹⁶⁶ Vgl. Borde 2009, S. 20.

¹⁶⁷ Vgl. Richter; Hurrelmann 2009, S. 16.

¹⁶⁸ Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.) 2014a, S. 10.

Gesundheitsproblemen sind eher gering.¹⁶⁹ Dies sind unter anderem Erklärungen für die deutlich erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrate insbesondere bei Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status.¹⁷⁰

Diverse Studien beschäftigen sich mit der „ethnischen Verteilung“ von Gesundheit und Krankheit. Im Vergleich zu den Einheimischen weisen Migranten und Migrantinnen eine erhöhte Gesundheitsbelastung und spezifische Gesundheitsrisiken auf. Bspw. bestätigen Ergebnisse von Gesundheitssurveys, wie die Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit (KiGGS-Studie) und die Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS), dass Menschen mit Migrationshintergrund im Gegensatz zu Menschen ohne Migrationshintergrund subjektiv und objektiv betrachtet, einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, seltener körperlich aktiv sind, schlechter über Programme informiert sind und letztendlich seltener Angebote in Anspruch nehmen.¹⁷¹

Soziale Benachteiligung ist also von der gesellschaftlichen Situation und den individuellen Möglichkeiten abhängig. Dadurch ist die Chance der Betroffenen auf Gesundheit durch individuell nicht beeinflussbare Faktoren stark gemindert.¹⁷² In der Gesundheitsförderung und somit auch bei Präventionsprogrammen werden aufgrund der genannten Kerndimensionen, die oftmals kombiniert auftreten, Menschen mit sozialer Benachteiligung als schwer erreichbare Zielgruppe wahrgenommen. Da sie in der Gesundheitsversorgung sogenannte unterversorgte Gruppen sind, bei denen allgemeine Leistungen der Versorgung nur unvollständig bis gar nicht ankommen und sich ihr Gesundheitszustand, verglichen mit der Gesamtbevölkerung, nur langsam verbessert, sollte sich das Hauptaugenmerk von kommunaler Gesundheitsförderung auf diese Zielgruppe richten.¹⁷³

¹⁶⁹ Vgl. Borde 2009, S. 20 / Robert Koch-Institut (Hrsg.) 2012, S. 24.

¹⁷⁰ Vgl. Altgeld; Bächlein; Deneke 2006, S. 17.

¹⁷¹ Vgl. Rommel et al. 2015, S. 544 f.

¹⁷² Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) 2011, S. 564.

¹⁷³ Vgl. Borde 2009, S. 18 ff.

4.3 Maßnahmen für ausgewählte Zielgruppen

4.3.1 Kinder und Jugendliche

Bereits im Kindes- und Jugendalter werden die Weichen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil gestellt. Aufgrund dessen ist es notwendig, dass Gesundheitsförderung schon bei den Kleinsten ansetzt und in den folgenden Altersgruppen gestärkt wird.¹⁷⁴ Eine Studie der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut und empirica bestätigt, dass das Lebensumfeld und die Umgebung, also die Verhältnisse, in denen Kinder aufwachsen, ein eigenständiger Einflussfaktor der kindlichen Entwicklung ist. Das sozialräumliche Umfeld entscheidet also mit über gesunde Entwicklungsbedingungen und Entfaltungsmöglichkeiten und hat entweder einen positiven oder einen negativen Einfluss auf die Gesundheits- und Bildungschancen von Kindern.¹⁷⁵ Die Entwicklung von kommunalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche hat sich in den letzten Jahren als positiv herausgestellt und Maßnahmen für diese Zielgruppe sind mittlerweile ein fester Bestandteil in einer Vielzahl von Kommunen.¹⁷⁶ In den drei Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung greifen Schulen und Kindertagesstätten die Gesundheitsthemen auf und versuchen sie in den Alltag der Kinder zu integrieren.¹⁷⁷

Bewegung

Die Bewegungsförderung spielt in der frühen Kindheit eine zentrale Rolle, denn viele Entwicklungsauffälligkeiten sind auf einen Bewegungsmangel zurück zu führen. Defizite in der Motorik, eine mangelnde Ausdauerleistung, Haltungsschäden und Koordinationsstörungen werden als Zivilisationskrankheiten bezeichnet und können durch sportliche Aktivität präventiv beeinflusst werden.¹⁷⁸ Kinder, bei denen ein Bewegungsmangel zu beobachten ist, kommen überproportional oft aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status oder Migrationshintergrund, wie in Abbildung 3 dargestellt.¹⁷⁹

¹⁷⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2014b.

¹⁷⁵ Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) 2010, S. 4.

¹⁷⁶ Vgl. Hollbach-Grömig; Seidel-Schulze 2007, S. 12.

¹⁷⁷ Vgl. Jordan; von der Lippe; Hagen 2011, S. 23.

¹⁷⁸ Vgl. Zimmer 2002, S. 964 f.

¹⁷⁹ Vgl. Frahsa; Abu-Omar; Rütten 2011, S. 52.

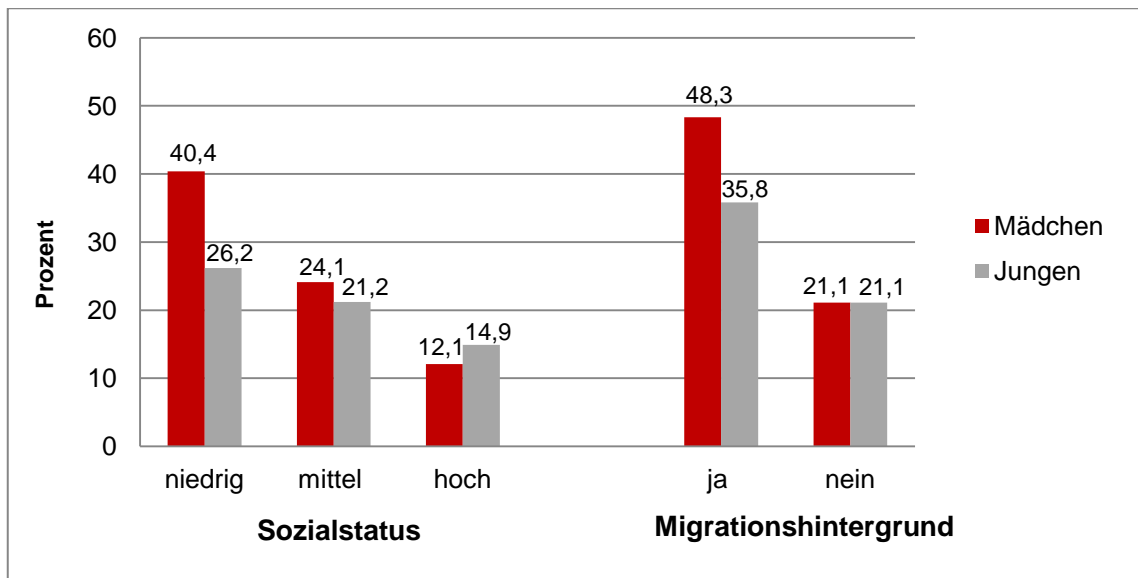


Abbildung 3: Anteil der Jungen und Mädchen, die weniger als einmal pro Woche sportlich aktiv sind, nach Sozialstatus und Migrationshintergrund

Quelle: Frahsa, Abu-Omar, Rütten, 2011, S. 54.

Für die nachhaltige Verhaltensänderung und für die Motivationsbildung zur Bewegung sind Empowerment, also das eigenverantwortliche Handeln, und die Integration von Bewegung in den Alltag von großer Bedeutung. Die Bewegungsmaßnahmen müssen an den Entwicklungsstand des Kindes angepasst sein, dementsprechend ist eine Über- als auch eine Unterforderung zu vermeiden, damit Freude an der Bewegung entwickelt und sie in den täglichen Abläufen zur Gewohnheit wird. Für die Bewegungsförderung von Kindern und Jugendlichen bieten sich deshalb vor allem Kindergärten und Schulen an, denn hier kann nahezu die gesamte Zielgruppe erreicht werden und darüber hinaus können notwendige Beziehungen zu ihren Familien aufgebaut werden.¹⁸⁰ Außerdem setzen Maßnahmen im Kindergarten bei allen Akteuren des Settings an und schaffen somit die Grundlage für den Aufbau von Netzwerken.¹⁸¹ Ein Beispiel für die Umsetzung der genannten Aspekte ist das Programm „Komm mit in das gesunde Boot“, das durch die Baden-Württemberg Stiftung finanziert wird und jährlich von ca. 100-200 Kindergärten kostenlos in Anspruch genommen wird.¹⁸² Kinder sind über ihren Spieltrieb intrinsisch zu Bewegung motiviert. Das in dem Programm integrierte Bewegungsmodul „locker hüpfen und lustig spielen“ ist für eine Dauer von 20 Wochen angelegt und zielt auf die Stärkung von

¹⁸⁰ Vgl. Diehl; De Bock; Schneider 2014, S. 321.

¹⁸¹ Vgl. Woll; Payr 2011, S. 66 f.

¹⁸² Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2012a, S. 14 / Baden-Württemberg Stiftung (Hrsg.) 2011, S. 11.

kindlicher Freude an Bewegung und dadurch auf eine Verbesserung ihrer koordinativen und konditionellen Fähigkeiten. Geschulte Bewegungsfachkräfte führen zweimal wöchentlich eine Bewegungsstunde in Form einer Piratengeschichte durch. Der Ablauf und die Dauer von 60 Minuten ist nach sportwissenschaftlichen Qualitätskriterien der Baden-Württemberg Stiftung ausgerichtet. Zeitgleich werden die anwesenden Erzieherinnen geschult und die Eltern werden durch einen Auftakt-Aktionstag und Elternabende über das Programm und ihre Vorbildfunktion informiert und für die gemeinsame Bewegung mit ihren Kindern sensibilisiert.¹⁸³ Maßnahmen in Schulen können die bewegungsfreundliche Umgestaltung von Pausenhöfen durch Kletterwände, Sportgeräte oder Natur- und Erlebnis- Spielgelände sein, die auch außerhalb der Schulzeiten benutzbar sind.¹⁸⁴ Außerdem motivieren Angebote wie der „walking school bus“ („Laufender Schulbus“) zu „natürlicher“ Bewegung im Alltag. Ein gemeinsamer Fußweg zum Kindergarten und zur Schule unter Begleitung von Eltern und Großeltern mit verschiedenen Haltestellen.¹⁸⁵ Die Bewegungsintensität von Kindern wird auch durch Faktoren wie die Anzahl und die Nähe zu Spielplätzen und Parks im Wohnumfeld, oder die Architektur von Schulen und Kindergärten beeinflusst. Die Zusammenhänge lassen erkennen, dass körperliche Bewegung im Kindesalter oftmals mit Spielgelegenheiten einhergeht.¹⁸⁶ Dafür können brachliegende Grünflächen zu einem Park mit Sportanlage umgebaut werden. Mithilfe verschiedener Einrichtungen, wie Schulen, lokalen Agenturen und Stadtrat ist dadurch der heutige Admiral Park in Liverpool entstanden. Außerdem können KGK und Gesundheitsämter, zusammen mit anderen Akteuren, an eine Spielleitplanung anknüpfen. Die Spielleitplanung beschreibt ein Planungskonzept zur bewegungsfreundlichen Kommunalentwicklung. Unter einer partizipativen Einbindung von Kindern und Jugendlichen in die Planung sollen Bewegungs- und Spielräume in der Natur gefördert werden.¹⁸⁷ Im Kindergarten können auf dieser verhältnisorientierten Ebene die materiellen Ausstattungen, bspw. die Räumlichkeiten und das Außengelände, bewegungsfreundlich gestaltet sein.¹⁸⁸

¹⁸³ Vgl. Baden-Württemberg Stiftung (Hrsg.) 2011, S. 28 ff.

¹⁸⁴ Vgl. Bucksch et al. 2012, S. 91.

¹⁸⁵ Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2012a, S. 10.

¹⁸⁶ Vgl. Diehl; De Bock; Schneider 2014, S. 319.

¹⁸⁷ Vgl. Bucksch et al. 2012, S. 93.

¹⁸⁸ Vgl. Woll; Payr 2011, S. 64.

Ernährung

Kinder lernen am Vorbild und werden durch die Erziehung geprägt, deshalb üben die Eltern den größten Einfluss auf ihre Kinder aus, aber auch Kindergärten und Schulen beeinflussen die Wahl der Nahrungsmittel und somit das Ernährungsverhalten der Kinder. Im Ernährungsmodul „locker essen und trinken“ des bereits beschriebenen Kindergartenprogramms „Komm mit in das gesunde Boot“ der Baden-Württemberg Stiftung sollen Kinder lernen, sich gesundheitsbewusst zu ernähren. Dies geschieht nicht durch eine direkte Wissensvermittlung und strikte Vorgaben, sondern durch ein partizipatives Konzept durch das Kompetenzen zur Unterstützung eines gesunden Ernährungsverhaltens vermittelt werden. Kinder lernen durch das Vorleben und Erleben, also durch Vorgänge, die durch Erfahrungen entstehen. Auch hier steht die speziell entwickelte „Piratenkultur“ im Mittelpunkt. Unter dem Motto „Lebensmittelpiraten“ zielt das Ernährungsmodul auf die Vermittlung von Spaß an Essen und Trinken. Kinder werden wiederholt mit ihnen unbekanntem gesunden Lebensmitteln in Kontakt gebracht, die Nahrungsmittelzubereitung wird vermittelt und alltägliche Situationen, wie das Tischabräumen oder das Spülen nach dem Essen, werden geübt. Um auch zuhause ein gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten der Kinder sicher zu stellen, werden Eltern durch den Elternbaustein aktiv mit einbezogen.¹⁸⁹

Für die Änderung des Ernährungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen ist auch das Setting Schule von großer Bedeutung. Viele Schulen sind mittlerweile Ganztageseinrichtungen, sodass eine ausgewogene Schulverpflegung zunehmend wichtig ist. Um mehr Bewusstsein für eine gesunde und ausgewogene Ernährung bei Schülerinnen und Schülern zu schaffen leistet bspw. das Schulfruchtprogramm Hilfestellung, das durch EU-Fördergelder unterstützt wird.¹⁹⁰ Das Programm fokussiert sich zunächst auf die Verhältnisprävention mit dem Ziel, langfristig eine Verhaltensänderung zu bewirken. Schüler sollen durch eine Änderung der Verhältnisse, nämlich durch eine verbesserte und regelmäßige Versorgung an Obst und Gemüse, ihre ungesunden Verzehrsgewohnheiten ablegen und somit zu einer ausgewogenen obst- und gemüsereichen Ernährung motiviert werden. Beim Verzehr von einem kostenlosen und wechselndem Angebot an Obst und Gemüse auf dem Pausenhof können Kinder die Lebensmit-

¹⁸⁹ Vgl. Baden-Württemberg Stiftung (Hrsg.) 2011, S. 25 ff.

¹⁹⁰ Vgl. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) (Hrsg.) 2015 / Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg (Hrsg.) 2015.

tel sehen, fühlen, riechen und schmecken, sodass sie nicht durch eine reine Wissensvermittlung, sondern durch die Praxis lernen, was eine ausgewogene Ernährung ausmacht und diese in ihren Alltag zu integrieren.¹⁹¹ Eine andere Maßnahme ist der Abbau von Getränkeautomaten in Institutionen wie Schulen und Jugendfreizeiteinrichtungen und die Installation eines Trinkwasserspenders.¹⁹²

Auch der Ernährungsführerschein, gefördert von der nationalen Initiative „IN FORM“, ist ein Beispiel für lebendige Ernährungsbildung in der Schule. Kinder sammeln im Klassenzimmer Kompetenzen im praktischen Umgang mit Lebensmitteln und Küchengeräten, sowie Grundkenntnisse über eine gesunde Ernährung und bekommen am Ende, nach bestandener Prüfung, das Führerscheindokument verliehen. Dabei werden die Eltern bewirtet und somit automatisch mit einbezogen. Zusätzlich profitieren die Lehrkräfte von den kostenfreien Fortbildungen und den gesammelten Erfahrungen.¹⁹³

Weitere Maßnahmen zur Begeisterung von Kindern für gesunde Ernährung bieten Zertifizierungen von Verpflegung in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Im Rahmen der Initiative „IN FORM“ hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) praxisbezogene Qualitätsstandards und Anforderungen an eine optimale Verpflegung für Kindertageseinrichtungen und Schulen entworfen. Da eine Vielzahl von Kindern an einem Mittagessen in Einrichtungen teilnehmen, ist es wichtig, dass Verantwortliche im Bereich der Verpflegung aktiv in die Umsetzung eines vollwertigen und attraktiven Speiseangebots eingebunden werden und somit den Kindern zu einem gesunden Ernährungsverhalten verhelfen. Außerdem können die Einrichtungen mittels eines Zertifikats, bei Einhaltung vorgegebener Standards, ihren Gästen ihren Einsatz für gesunde Verpflegung präsentieren.¹⁹⁴

Stressbewältigung

Besonders bei Kindern sind die Langzeitprobleme psychischer Probleme schwerwiegend, da sie sich noch in der Entwicklungsphase befinden. Die Störungen psychischer Probleme prägen sich auf das Sozialverhalten aus, das

¹⁹¹ Vgl. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) (Hrsg.) 2010, S. 12 f.

¹⁹² Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2012b, S. 36.

¹⁹³ Vgl. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) (Hrsg.) 2014.

¹⁹⁴ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.) 2014b, S. 6 f. / Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.) 2014d, S. 8 f.

meist mit Aggressionen, Aufmerksamkeitsstörungen, emotionalen Störungen und einer geringen psychischen Belastbarkeit einhergeht.¹⁹⁵ Das Stresserleben kann vererbt oder auch sozial weiter gegeben werden. Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien sind häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen.¹⁹⁶ Teilweise mangelt es sogar an den Grundbedürfnissen, wie regelmäßiges Essen, Waschen und saubere Kleidung. Diese Kinder benötigen deshalb besondere Unterstützung um ihre Ressourcen zu entdecken und zu mobilisieren. Das Projekt „Kleeblatt“ ist ein Beispiel guter Praxis aus Thüringen, das durch die Steigerung psychosozialer Kompetenzen maßgeblich zur Gesundheit von Kindern beiträgt und ihnen einen Einstieg in das normale Lernen und anschließend in die Herkunftsschule ermöglicht.¹⁹⁷ Das kooperative Programm erfolgt durch eine Zusammenarbeit von Schulamt, Jugendamt, Amt für Bildung und der Arbeiterwohlfahrt. 80 % der teilnehmenden Kinder stammen aus sozial benachteiligten Familien. Das Programm ist auf die Förderung individueller Bedürfnisse ausgerichtet und bietet den Kindern einen strukturierten Alltag, der durch gemeinsame Mahlzeiten, Ruhephasen und Unterrichtseinheiten stabilisiert werden soll. Die Eltern werden durch Elterngespräche und dem individuellen Hilfeplan ihres Kindes aktiv eingebunden.¹⁹⁸

4.3.2 Erwachsene

Es gibt eine Reihe von Anbietern, die verhaltenspräventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung anbieten. Für Erwachsene bieten sich Fitnessstudios, Volkshochschulen, Sportvereine und Krankenkassen als Settings an. Außerdem können Betriebe, in denen die Menschen arbeiten, Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung durchführen.¹⁹⁹ Dabei bieten Krankenkassen ihren Versicherten zunehmend Kombinationsangebote aus den Bereichen gesunder Ernährung und ausreichend Bewegung an, seitdem der § 20 Abs. 1 SGB V wieder eingeführt wurde.²⁰⁰ Teilweise leisten sie sogar finanzielle Unterstützung für verschiedene Angebote anderer Anbieter. Die GKV erfüllt mit ihren Angeboten den gesetzlichen Auftrag zur Primärprävention und kann ihren Versicherten bei ausreichender und regelmäßiger Inan-

¹⁹⁵ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) 2011, S. 137 f.

¹⁹⁶ Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.) 2014b, S. 15.

¹⁹⁷ Vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) 2015b.

¹⁹⁸ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) 2011, S. 137 f.

¹⁹⁹ Vgl. Jordan; von der Lippe; Hagen 2011, S. 23 f.

²⁰⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2011, S. 17.

spruchnahme von bestimmten und qualitätsgesicherten Leistungen einen Bonus vergeben. Durch eine Sachprämie oder finanzielle Belohnung zielen Bonusprogramme auf eine Motivierung zu einem gesundheitsbewussten Verhalten.²⁰¹ Ein gesunder Lebensstil hängt auch von primären Bezugspersonen ab. Eltern gelten als Vorbildfunktion ihrer Kinder, somit müssen auch die Kompetenzen der Erwachsenen als Eltern gestärkt werden, damit sie ihrer Verantwortung gerecht werden können.²⁰²

Bewegung

Bewegung, also regelmäßige körperliche und sportliche Aktivität hat ohne Zweifel einen positiven Effekt auf die körperliche und psychische Gesundheit. Das von der WHO empfohlene wöchentliche Mindestmaß von 150 Minuten moderat intensiver Bewegung²⁰³ erreichen jedoch nur rund ein Viertel der deutschen Erwachsenen. Barrieren, wie mangelnde Selbstwirksamkeit oder externe verhältnisbezogene Faktoren, sowie selbstentlastende Ausreden wie Zeitmangel, wirken hinderlich in Bezug auf regelmäßige Bewegung.²⁰⁴

Eine verhältnispräventive Maßnahme ist die bewegungsfreundliche Gestaltung der Umgebung. Die Kommune kann durch Aktivitäten im Wohnumfeld ihre Bürger zu einem gesteigerten Bewegungsverhalten im Alltag motivieren. Durch die körperlich aktive Fortbewegung bspw. in Form von Fahrradfahren und Zufußgehen wird das Bewegungsverhalten der Bewohner positiv beeinflusst und gleichzeitig wird die Motivation für den Pkw-Verzicht erhöht.²⁰⁵

Durchschnittlich 60% der Tageszeit verbringt ein Arbeitnehmer am Arbeitsplatz, die durch eine zunehmende Anzahl von Sitzarbeitsplätzen, verbunden mit wenig körperlicher Aktivität nicht selten Fehlhaltungen zuzufolge hat. Die Gesundheit der Mitarbeiter ist nicht nur ein zentraler Faktor für die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens, sondern auch ein bedeutsames gesellschaftliches und sozialpolitisches Ziel; denn solange die Menschen arbeitsfähig sind, solange tragen sie zur Wirtschaftlichkeit des Landes bei. So sollte es auch im Interesse der Kommune liegen, dass Programme zur Bewegungsförderung im Betrieb angeboten werden und somit ein Beitrag zum gesellschaftlichen Ziel geleistet wird.²⁰⁶ Die

²⁰¹ Vgl. Jordan; von der Lippe; Hagen 2011, S. 23 f.

²⁰² Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) 2010, S. 6.

²⁰³ Vgl. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.) 2015.

²⁰⁴ Vgl. Reicherz; Schlicht 2011, S. 44.

²⁰⁵ Vgl. Bucksch et al. 2012, S. 77 f.

²⁰⁶ Vgl. Stoffel et al. 2011, S. 74 ff.

Unterstützung zu vermehrtem Fahrradfahren kann durch die Bereitstellung von Unterstellmöglichkeiten für Fahrräder oder gezielte Projekte im Betrieb, aber auch durch die kostenpflichtige Benutzung von Parkplätzen erfolgen. Außerdem können Plakate als Entscheidungshilfen dienen, die die Treppennutzung fördern und somit zu mehr alltäglicher Bewegung motivieren können.²⁰⁷

Die Kooperation mit Sportvereinen bietet ebenfalls viel Potenzial für die Erreichung des gesamtgesellschaftlichen Vorhabens.²⁰⁸ Um Menschen in den vereinsorganisierten Sport zu integrieren bedarf es eines partizipativen und kooperativen Ansatzes.²⁰⁹

Wie in Abbildung 4 dargestellt, weisen vor allem Erwachsene mittleren Alters mit sozialer Benachteiligung einen deutlichen Bewegungsmangel auf. Im Folgenden wird hierauf Bezug genommen.²¹⁰

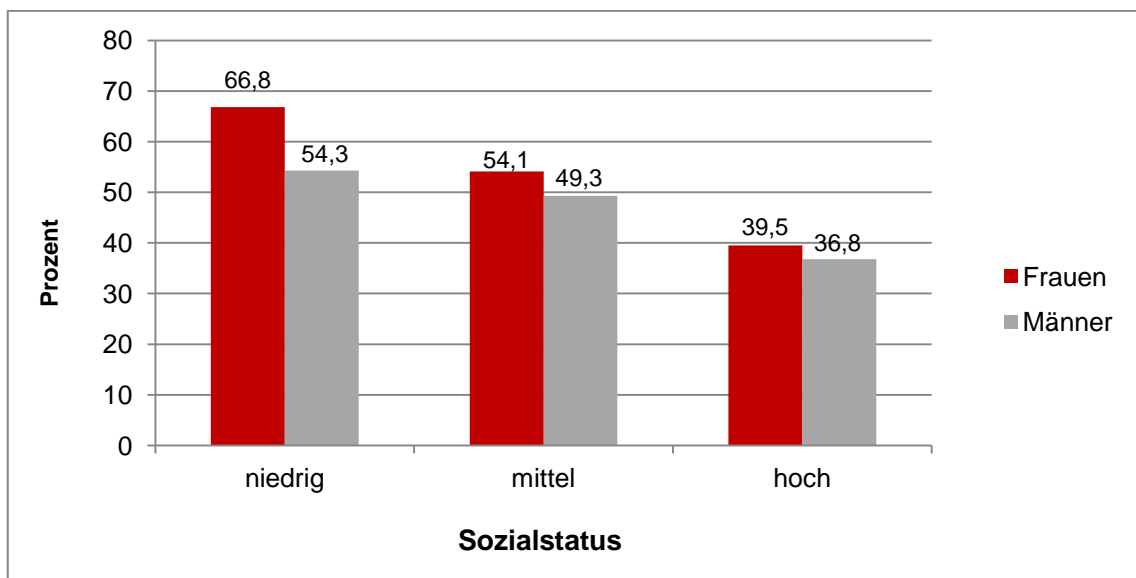


Abbildung 4: Anteil von Frauen und Männern, die nicht oder wenig sportlich aktiv sind, nach Sozialstatus

Quelle: Frahsa, Abu-Omar, Rütten, 2011, S. 53.

Die Deutsche Nicht-Beweger Studie verdeutlicht die negative Gesamteinschätzung des Gesundheitszustandes bewegungsinaktiver Erwachsener mit sozialer Benachteiligung. Dieser folgend müssen die bewegungsfördernden Interventionen in dieser Zielgruppe ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung sein. Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, von der BZgA initiiert, definiert 12 Kriterien guter Praxis, die eine große Relevanz in Bezug auf

²⁰⁷ Vgl. Bucksch et al. 2012, S. 92.

²⁰⁸ Vgl. Gold et al. 2014a, S. 27.

²⁰⁹ Vgl. Wolff; Rütten 2013, S. 138.

²¹⁰ Vgl. Frahsa; Abu-Omar; Rütten 2011, S. 56.

soziale Benachteiligung haben und vor allem für die Operationalisierung von Beteiligung und Befähigung hilfreich sind.²¹¹ Ein evidenzbasiertes Modellprojekt, das Potentiale für die Bewegungsförderung sozial Benachteiligter aufweist, ist das Projekt „BIG – Bewegung als Investition in Gesundheit“.²¹² BIG bietet Frauen mit der höchsten sportlichen Inaktivität (Abbildung 4) die Chance von diversen positiven Effekten der Bewegungsförderung zu profitieren. Das Ziel ist die Veränderung von Bewegungsverhalten und –verhältnissen in den Settings Kommune, Betrieb und Sportverein und somit alle für BIG zu gewinnen, die am schwierigsten zu erreichen sind, es jedoch am nötigsten haben.²¹³ Durch ein kooperatives Planungsverfahren unter Mitwirkung unterschiedlicher Sektoren der öffentlichen Verwaltung und der aktiven Beteiligung der Teilnehmer werden nicht nur eine terminierte Wirkung, sondern nachhaltige Effekte für die Teilnehmer und die Kommune über den Projektzeitraum hinaus generiert.²¹⁴ Die systematische Einbindung der Frauen bewirkt eine Förderung ihrer Ressourcen, ihrer körperlichen Gesundheit und darüber hinaus die Knüpfung sozialer Kontakte, die Entwicklung von Selbstvertrauen und das Kennenlernen kommunaler politischer Prozesse. Die Einbindung in die Planung und auch die Ausbildung von Zielgruppenfrauen zu Übungsleiterinnen führt zu einer Entwicklung von passgenauen Bewegungsangeboten, da sie Auskunft über Bedürfnisse, Normen und Werte ihrer eigenen Zielgruppe geben können. Sie übernehmen zudem eine wichtige Mittlerposition und stärken die Ansprache anderer Frauen in schwierigen Lebenslagen, den Aufbau von Vertrauen und damit die Generierung neuer Teilnehmerinnen.²¹⁵

Ernährung

Eine gesunde Ernährung ist in jedem Lebensabschnitt ein wichtiger Faktor für die Verbesserung des Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit. Erwachsene verbringen einen Großteil ihrer Lebenszeit an ihrem Arbeitsplatz und die berufliche Tätigkeit nimmt großen Einfluss auf die Gesundheit jedes Einzelnen, so dass eine gesunde Ernährung bei hoher Belastung und viel Stress häufig missachtet wird.²¹⁶ Der nationale Aktionsplan der Bundesregierung „IN FORM“ un-

²¹¹ Vgl. Frahsa; Abu-Omar; Rütten 2011, S. 52 ff.

²¹² Vgl. Rütten; Wolff 2012, S. 8 f.

²¹³ Vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) 2015a.

²¹⁴ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) 2011, S. 197 f.

²¹⁵ Vgl. Rütten; Wolff 2012, S. 8 f.

²¹⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2014a, S. 50.

terstützt mit dem „DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung“ die Begeisterung für eine gesunde Ernährung am Arbeitsplatz und kann durch weiterführende Informationen und konkrete Umsetzungsmaßnahmen für den Alltag zu einem gesunden Ernährungsverhalten der Erwachsenen verhelfen.²¹⁷

Menschen, die in Betrieben ohne Kantine arbeiten, sind auf eine Selbstverpflegung oder auf umliegende Geschäfte angewiesen. Hier bieten gesundheitsförderliche Pausenangebote viel Potenzial, das genutzt und verbessert werden sollte.²¹⁸

In der Freizeit wird das Ernährungsverhalten jedes Einzelnen von zahlreichen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst und die Angebotsauswahl erfolgt in Abhängigkeit von dem individuellen Stellenwert der Freizeit. Ein großes, überall verfügbares Angebot an ungesunden Lebensmitteln spielt eine große Rolle für das Ernährungsverhalten. Die Kommune nimmt dabei eine Informations- und Vorbildfunktion hinsichtlich der Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens ein und trägt maßgeblich die Verantwortung für die Verbesserung der Rahmenbedingungen in den Einrichtungen.²¹⁹ Durch Netzwerkbildungen in der Kommune können zielgruppengerechte Maßnahmen und Aktionen zum Thema „Gesunde Ernährung“ in Form von bspw. Gesundheitstagen oder Stadtteilsten organisiert werden.²²⁰

Wichtig ist vor allem der Ansatz der Eltern, denn nur wenn sie ein gesundes Ernährungsverhalten verinnerlicht haben, können sie es auch an ihre Kinder weiter geben. Ungesundes generell zu verbieten würde ihre Attraktivität nur steigern, aber das Grundverständnis über ausgewogene Ernährung, d.h. Auswahl, Menge und Kombination der richtigen Nahrungsmittel, muss vorhanden sein um den Genuss und somit die Motivation zu einem gesunden Ernährungsverhalten zu steigern. Dafür sollten die zehn Regeln der DGE über vollwertige Ernährung in allen Lebensbereichen besser kommuniziert werden.²²¹

Solche Veränderungen geschehen jedoch nur langsam und schrittweise. Für die Erreichung einer gesunden Ernährungsweise im Alltag sozial benachteiligter Familien können verständliche und schichtorientierte Informationen sowie die Veränderung von Alltagsgewohnheiten helfen. Einen Zugang zu sozial benachteiligten Familien können niedrigschwellige Angebote schaffen, die einen attrak-

²¹⁷ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.) 2014a, S. 6 ff.

²¹⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2011, S. 33.

²¹⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2011, S. 15 ff.

²²⁰ Vgl. Gold et al. 2014a, S. 14.

²²¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2014a, S. 50 ff.

tiven thematischen Aufhänger haben und an die Interessen, Kompetenzen, Ressourcen und kulturellen Aspekte wie Traditionen der Zielgruppe anknüpfen. Eine aktive Einbindung der Betroffenen, bspw. durch gemeinsames Kochen mit anschließendem Essen, schafft höhere Akzeptanz und führt im Idealfall zu einer höheren Motivation. Das vom BKK-Bundesverband geförderte Berliner Modellprojekt „Gesund essen mit Freude“ berücksichtigt die genannten Aspekte.²²² Der Ernährungskurs hat Müttern aus verschiedenen Herkunftsländern theoretische und praktische Kenntnisse über eine gesunde Ernährung vermittelt und wurde mit türkischen Migrantinnen konzipiert.²²³ Durch die enge Kooperation mit Mitarbeitern der Einrichtungen und Familien wurden mittels Vertrauen partizipative Prozesse angestoßen, die gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Alltag von bislang nicht erreichten Familien schaffen. Begleitet wurde das Projekt von einer ausgebildeten Ökotrophologin und in Kindertagesstätten, Grundschulen, Volkshochschule und Gemeinwesezentren durchgeführt. Hiermit wird deutlich, dass auch in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche die Änderung von Essgewohnheiten in Familien und somit ein gesundes Ernährungsverhalten der Kinder bis ins Erwachsenenalter erreicht werden kann.²²⁴

Stressbewältigung

Stress beschreibt das Ungleichgewicht zwischen Anforderungssituationen und der persönlichen Bewältigungsressourcen. Stressreaktionen können durch vielerlei Faktoren ausgelöst werden. Bei Erwachsenen gehen sie häufig mit einem beruflichen Abstieg oder Verlust und Trennungserfahrungen in der Partnerschaft oder in der Familie einher. Ein niedriger sozioökonomischer Status intensiviert die Stressreaktionen. Um gesundheitlichen Risiken entgegenzuwirken, können verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen in der Stressprävention helfen. Individuelle Stärken wie persönliche Kompetenzen, Erfahrungen oder eine positive Selbstwirksamkeitserwartung, sowie soziale Unterstützung durch die Familie oder andere soziale Netzwerke können den Stress reduzieren.²²⁵ Da sich die Folgen von Stress (Schlafstörungen, Depressionen, Konzentrationsschwierigkeiten etc.) mittlerweile drastisch auf die Fehlzeiten in Unternehmen auswirken können, sollten gezielte Maßnahmen zur Verhaltens- und

²²² Vgl. Gold et al. 2014a, S. 8 f.

²²³ Vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) 2009.

²²⁴ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) 2011, S. 484 f.

²²⁵ Vgl. Gold et al. 2014a, S. 32.

Verhältnisprävention im Betrieb ergriffen werden.²²⁶ Beschäftigte mit der Möglichkeit zur Teilnahme an Maßnahmen zur Stressbewältigung verzeichnen verringerte Belastungen, eine gesteigerte Arbeitszufriedenheit und unter Einbezug und Umsetzung ihrer individuellen Veränderungsanregungen können betriebliche Maßnahmen zu mehr Empowerment der Beschäftigten führen. Maßnahmen, die statusniedrige Beschäftigungsgruppen ansprechen, können zudem zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit beitragen.²²⁷ Aber auch eine Änderung des Ernährungs- und Bewegungsverhalten, eine Abwechslung zum Arbeitsalltag sowie die eigene Planung von Zeit und Ressourcen kann Stress reduzieren.²²⁸

4.3.3 Ältere Menschen

Die Strukturveränderung unserer Gesellschaft, ergo die Verringerung der Gesamtbevölkerung und der zunehmende Teil der älteren Bevölkerung hinsichtlich des demografischen Wandels ist offensichtlich.²²⁹ Das Statistische Bundesamt prognostiziert, dass sich der Anteil älterer Menschen über 65 Jahren bis zum Jahr 2050 verdoppelt haben wird.²³⁰ Während die anderen Zielgruppen über institutionsgebundene Settings nahezu geschlossen erreichbar sind, gibt es für ältere Menschen nicht das Setting, in dem der größte Teil der Zielgruppe anzutreffen ist. Die Erreichbarkeit älterer Menschen wird mit einem niedrigen sozioökonomischen Status umso schwieriger.²³¹ Deshalb ist der Setting-Ansatz Wohngebiet für eine nachhaltige Etablierung von Gesundheitsförderung für ältere Menschen besonders erfolgsversprechend. Ältere Menschen sind vor allem mit ihrer Gemeinde oder ihrem Stadtteil verbunden.²³² Zudem befinden sich im Stadtteil geeignete private und öffentliche Akteure für die Gesundheitsförderung älterer Menschen.²³³

²²⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2014a, S. 66.

²²⁷ Vgl. Rosenbrock; Hartung 2011, S. 233 f.

²²⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2014a, S. 67.

²²⁹ Vgl. Gold et al. 2014b, S. 3.

²³⁰ Vgl. Hoffmann; Menning; Schelhase 2009, S. 26.

²³¹ Vgl. BKK Bundesverband (Hrsg.) 2009, S. 4.

²³² Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2013, S. 8.

²³³ Vgl. BKK Bundesverband (Hrsg.) 2009, S. 5.

Bewegung

„Wer rastet, der rostet“ – diese alte Weisheit macht die Notwendigkeit von Bewegung auch im hohen Alter deutlich. Durch regelmäßige körperliche Bewegung bleiben Geist und Körper fit und Stürze sowie andere altersbedingte Risikofaktoren können verringert werden; jedoch bewegen sich die meisten älteren Menschen zu wenig, wie die Abbildung 5 verdeutlicht.²³⁴

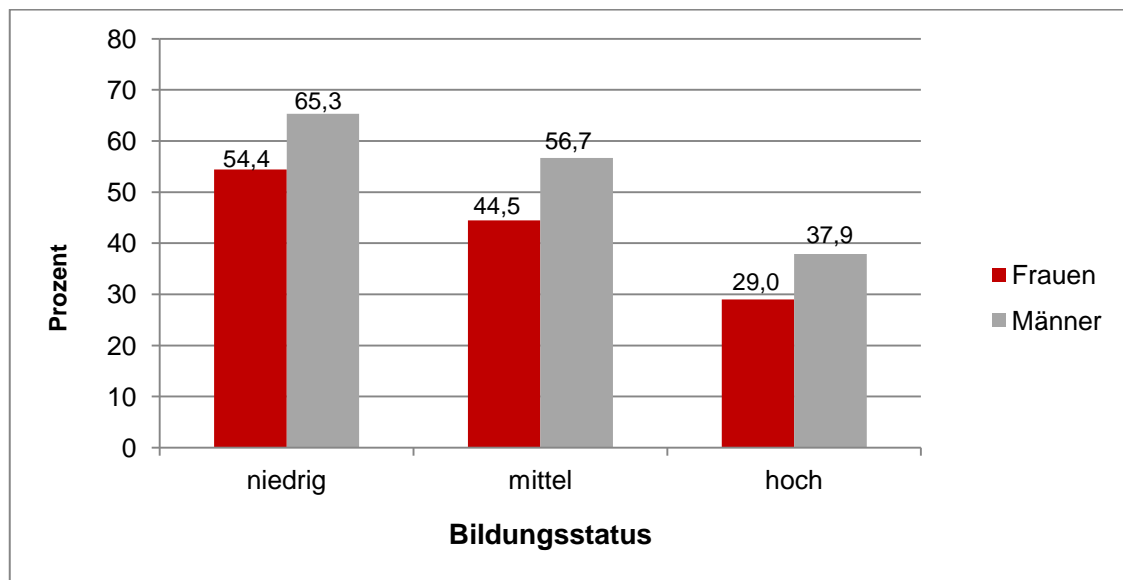


Abbildung 5: Anteil von Frauen und Männern über 65 Jahren, die sportlich inaktiv sind, nach Bildungsstatus

Quelle: Frahsa, Abu-Omar, Rütten, 2011, S. 53.

Für Bewohner eines Altenwohnheimes können Bewegungsangebote zur erfolgreichen Sturzprophylaxe führen, indem bspw. wöchentlich unter Anleitung von Krankengymnasten Kraft und Koordination durch Muskelspiele trainiert werden.²³⁵ Auch die Etablierung von Seniorensport in Vereinen und deren Verbreitung über bereits aktive Mitglieder oder andere Multiplikatoren, kann die Motivation zum Sport älterer Menschen fördern.²³⁶

Die Veränderung von Verhältnissen in der Stadt ist entscheidend für eine erhöhte Bewegung im Alltag. Besonderer Bedarf älterer Menschen besteht an der Barrierefreiheit. Gut erhaltene Gehwege, genügend Parkbänke mit Armlehnen und Bäume, die Schatten spenden für Pausen, eine sichergestellte Straßenräumung im Winter, kurze Wege und eine gute Fußläufigkeit zu Ärzten und Einkaufsmöglichkeiten sowie ausreichend Plätze zur aktiven Freizeitgestaltung

²³⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2014a, S. 29 ff.

²³⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2014a, S. 34.

²³⁶ Vgl. BKK Bundesverband (Hrsg.) 2009, S. 24.

können motivierende Faktoren für eine erhöhte Bewegung älterer Menschen darstellen. Auch regelmäßig organisierte Stadtteilrundgänge und kostenfreie Bewegungsangebote in der Natur oder Parks unterstützen die erhöhte körperliche Aktivität. Broschüren, die verschiedene Wanderrouten zu Denkmälern oder Wanderwege in der Umgebung enthalten, haben das Ziel, Senioren zum Spaziergehen zu motivieren. Eine gute Beschilderung der Routen und eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr sind weitere unterstützende Faktoren.²³⁷ Zur Informationsverbreitung der Maßnahmen sollte die Gesamtheit der Institutionen und Personen im Stadtteil genutzt werden, die regelmäßig mit der Zielgruppe in Kontakt stehen. Ältere Menschen sind bspw. über Apotheken, Einkaufsmöglichkeiten, Ärzte, Krankenkassen, Stadtwerke, Kirchen, Seniorentreffs, verschiedene Veranstaltungsorte, Pflegedienste, Seniorenbeiräte, Rentenberatungsstellen u.v.a. zu erreichen.²³⁸

Ernährung

Der individuelle Lebensstil kann die abnehmende Leistungsfähigkeit im Alter beeinflussen. Das Ernährungsverhalten in Form einer ausgewogenen Ernährung ist, neben körperlicher und geistiger Aktivität, die Grundlage für eine hohe Lebensqualität.²³⁹ Eine vollwertige Ernährung ist eine wichtige Voraussetzung für ein möglichst langes Leben und Selbstständigkeit, zudem kann unerwünschten Mangelerscheinungen vorgebeugt werden. Informationen zu den Maßnahmen setzen eine differenzierte Vermittlung voraus und müssen dementsprechend auf die Bedürfnisse der älteren Menschen wie Selbstständigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Bettlägerigkeit ausgerichtet sein.²⁴⁰ Um möglichst viele Personen dieser Zielgruppe zu erreichen und zu einer gesundheitsbewussten Ernährung zu motivieren kann die Kommune die gleichen Multiplikatoren nutzen, die bereits im Ernährungsbereich erwähnt wurden. Mögliche Maßnahmen sind Aktionstage unter dem Motto „Seniorengesundheit“, die alle Anbieter und Angebote präsentieren oder Ernährungsberatungen mit Rezeptwettbewerben bspw. innerhalb eines Spielnachmittags.²⁴¹ Aufgrund der früher üblichen innerfamiliären Arbeitsteilung fehlen älteren alleinlebenden Männern oftmals das Wissen und die Motivation zur Veränderung des eigenen Ernährungsverhal-

²³⁷ Vgl. Bucksch et al. 2012, S. 94.

²³⁸ Vgl. BKK Bundesverband (Hrsg.) 2009, S. 24.

²³⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2014a, S. 52.

²⁴⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2011, S. 23 f.

²⁴¹ Vgl. BKK Bundesverband (Hrsg.) 2009, S. 24.

tens. Für sie, aber auch für alle anderen älteren Menschen, können organisierte und regelmäßige gesunde Frühstücke und Abendessen oder Kochkurse mit schnellen, preiswerten und einfachen Kochrezepten veranstaltet werden. Zudem können gemeinsame Einkäufe, in Verbindung mit einer fachlichen Beratung über den Wert der Nahrungsmittel, zu einer gesundheitsbewussten Ernährung beitragen.²⁴²

Die DGE-Qualitätsstandards im Rahmen der nationalen Initiative „IN FORM“ wurden auch für die Verpflegung älterer Menschen entworfen. In stationären Senioreneinrichtungen sind die gemeinsamen Mahlzeiten für viele Bewohner eine willkommene Ablenkung und eine Gelegenheit für soziale Kontakte, zudem werden hohe Ansprüche an die Darreichungsform und Qualität der Speisen gestellt, die mithilfe des Standards umgesetzt werden können.²⁴³ Der Wunsch bis ins hohe Alter im gewohnten Umfeld zu wohnen führt zur erhöhten Inanspruchnahme eines ursprünglich aus England stammenden mobilen Mahlzeitendienstes. „Essen auf Rädern“ ist, neben der Verpflegung in Kindertagesstätten und Betrieben, mittlerweile ein wichtiger Teil im Rahmen der Gemeinschaftsverpflegung und soll durch den Qualitätsstandard zu einem gesunden Ernährungsverhalten älterer Menschen verhelfen.²⁴⁴

Stressbewältigung

Stressfaktoren in höherem Alter sind meist verbunden mit Vereinsamung, existenziellen Ängsten bis hin zur Sorge um den Wohnungsverlust aufgrund geringer Rente, aber auch die Unsicherheit zur Bewältigung von Alltagsanforderungen (z. B.: Straße überqueren, Formulare von Ämtern ausfüllen) und die Angst vor Kriminalität nimmt zu.²⁴⁵ Um die Chance auf ein längeres Leben zu steigern und viele gesunde Jahre im hohen Alter zu ermöglichen, ist eine erfolgreiche Prävention maßgeblich. Der physisch-körperliche Kräfteabbau bedingt durch ein höheres Lebensalter fordert eine verstärkte Betrachtung des seelisch-geistigen Bereichs, denn Gesundheit im Zusammenhang mit hohem Alter ist nicht ausschließlich die Abwesenheit von Krankheit, sondern bedarf einer Orientierung an individuellen Bedürfnissen und Werten, Lebenszufriedenheit und

²⁴² Vgl. BKK Bundesverband (Hrsg.) 2009, S. 21 f.

²⁴³ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.) 2014c, S. 8.

²⁴⁴ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.) 2014e, S. 8 f.

²⁴⁵ Vgl. Gold et al. 2014a, S. 33.

Wohlbefinden sowie Bewältigungsstrategien und Kompetenzüberzeugungen.²⁴⁶ In einer Befragung anlässlich des Vereinsjubiläums der Landesvereinigung Niedersachsen e.V. wurden Hundertjährige in Hannover zu ihren gesundheitlichen Ressourcen im Lebenslauf befragt. In den Ergebnissen ist deutlich zu erkennen, dass für ältere Menschen vor allem soziale Kontakte und Netzwerke neben regelmäßiger Bewegung eine gesundheitsförderliche Wirkung erzielen.²⁴⁷ Beides ist gut kombinierbar, indem bspw. Bewegungskurse in Gruppen in Bewegungstreffs überführt werden. Außerdem können altersgerechte Entspannungsübungen, organisierte Wanderausflüge, Theaterspiele mit Senioren oder Aktivtage zur Förderung sozialer Kontakte und somit zu einer Verringerung der Stressfaktoren beitragen.²⁴⁸

²⁴⁶ Vgl. Gold et al. 2014b, S 1.

²⁴⁷ Vgl. Altgeld; Bächlein; Deneke 2006, S. 15.

²⁴⁸ Vgl. BKK Bundesverband (Hrsg.) 2009, S. 27 f.

5 Diskussion

Um Menschen zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu motivieren gibt es, wie im vorangegangenen Kapitel erläutert, verschiedene Strategien. Die Basis für gesundheitsfördernde Entscheidungen stellen Informationen über vorhandene Angebote und gesundheitliche Aufklärungsmaßnahmen in Form von persönlicher Beratung oder Massenkampagnen dar. Für die Kommune ist eine multimediale Verbreitung von Informationen sinnvoll. In der Kommune sollten den Bürgern in allen möglichen Einrichtungen und Anlaufstellen kostenlose und frei zugängliche Informationsmaterialien, wie Broschüren, Flyer und Plakate zur Verfügung stehen. Zudem sind der aktualisierte Internetauftritt einer Kommune und die Präsenz in social networks hilfreich, um das Wissen zu verbessern, soziale Normen und Werte zu verändern und dadurch das Bewusstsein der Menschen und ihre Motivation zu gesundheitsfördernden Maßnahmen zu steigern. Auch Veranstaltungen wie Gesundheitstage in der Stadt und andere lebendige Informationsmöglichkeiten bei denen bspw. kleine Präsente wie Küchenutensilien ausgegeben werden, sollten für die Schaffung eines Gesundheitsbewusstseins in Erwägung gezogen werden. Dabei ist über die reine Informationsverbreitung hinaus eine emotionale und humorvolle Ansprache attraktiv, damit sich die Menschen angesprochen fühlen. Es muss also versucht werden, dass ein gesundheitsförderliches Verhalten „verkauft“ wird.²⁴⁹

Neben der Verbreitung wichtiger Informationen über bestehende Angebote können finanzielle Anreizsysteme, wie die Bonusprogramme von Krankenkassen, unterstützende Maßnahmen für die Motivation zu einem gesundheitsbewussten Verhalten darstellen. Die Studienlage zur Wirksamkeit ist jedoch sehr heterogen. Bonusprogramme von Krankenkassen verdoppeln die Wahrscheinlichkeit zur Teilnahme an einer verhaltenspräventiven Maßnahme. Die verstärkte Nutzung hängt auch mit dem gesetzlichen Auftrag der GKV zusammen. Seit der Wiedereinführung des § 20 SGB V im Jahr 2000 hat die GKV den Auftrag zu primärpräventiven und individuumsbezogenen Maßnahmen in den zentralen Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung erhalten. Jedoch ist zu beachten, dass sozial benachteiligte Frauen und Männer die Maßnahmen um ein Drittel weniger nutzen als Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status. Diejenigen, die den gesundheitlichen Nutzen solcher Maßnah-

²⁴⁹ Vgl. Loss 2013, S. 4 ff.

men am nötigsten hätten, werden dadurch zu wenig bis gar nicht erreicht; und bei den erreichten, ohnehin gesundheitsbewussten Nutzern führen solche Maßnahmen eher zu Mitnahmeeffekten. Damit die gesundheitliche Ungleichheit nicht noch verstärkt wird, sind Strategien zur Erreichung sozial benachteiligter Gruppen wichtig. Außerdem sollte die Umsetzung solcher verhaltenspräventiver Maßnahmen verstärkt im Setting-Ansatz erfolgen und durch verhältnispräventive Maßnahmen ergänzt werden, um möglichst viele Personen dieser Zielgruppe auch nachhaltig zu erreichen. Menschen müssen in ihren Lebenswelten erreicht werden, im Kindergarten, in der Schule, am Arbeitsplatz und im Wohnumfeld, damit die gesündere Entscheidung zur leichteren Entscheidung gemacht wird.²⁵⁰

Gesunde Lebensstile sind das Ergebnis von Optionen, die einem Menschen zur Verfügung gestellt werden. Dafür ist die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen in allen Lebenswelten (Settings), in denen die Menschen sich tagtäglich aufhalten besonders erfolgsversprechend. Der Setting-Ansatz geht weit über das individuelle Gesundheitsverhalten hinaus und strebt eine gezielte Verbesserung der Bedingungen in den jeweiligen Lebenswelten an. Das Ziel ist es, nicht nur einzelne Gesundheitsförderungsprogramme zur Bewegung oder gesunden Ernährung in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen anzubieten, sondern eine gesundheitsförderliches Verhältnis zu schaffen. Die gesamte Lebenswelt von Menschen sollte so gestaltet sein, dass Bewegung und gesunde Ernährung niedrigschwellig in den Alltag integriert sind und somit für jedermann zugänglich sind. Daher sollten sich Gesundheitsförderungsmaßnahmen einer Kommune nicht nur auf das Verhalten der Bürger richten, sondern auf die Schaffung von Grundvoraussetzungen, die einen gesundheitsförderlichen Lebensstil unterstützen. Nur durch eine niedrigschwellige Integration von Maßnahmen wird die gesamte Bevölkerung, unabhängig von altersbedingten, sozioökonomischen und anderen Faktoren, erreicht und profitiert nachhaltig von den gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen.²⁵¹

Die Informationsverbreitung über gesundheitsförderliche Angebote, finanzielle Anreizsysteme und gesundheitsförderliche Umweltverhältnisse können dazu beitragen, dass Menschen sich motiviert fühlen, Programme der Gesundheits-

²⁵⁰ Vgl. Jordan; von der Lippe 2013, S. 282 f. / Loss 2013, S. 7.

²⁵¹ Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2012b, S. 37 f.

förderung in Anspruch zu nehmen und einen gesunden Lebensstil zu adaptieren. Dennoch sollte beachtet werden, dass die Motivation zu einem gesünderen Lebensstil stark von individuellen Faktoren abhängt und somit eine allgemeingültige pauschale Strategieformulierung unmöglich ist.

Aus diesem Grund sind Standardlösungen in der Gesundheitsförderung nicht empfehlenswert, viel mehr braucht eine erfolgreiche Strategie partizipative Strukturen, also die Einbeziehung der Menschen von Beginn der Maßnahme an. Es müssen Strukturen entstehen, die zu Bewegung und gesunder Ernährung motivieren, somit die Stressfaktoren reduzieren und die Menschen letztendlich dazu befähigen, ihr Leben selbst gesund zu gestalten. Die angebotenen Konzepte müssen internalisiert und als selbstverständliches Verhalten übernommen werden.²⁵²

Nach einschlägiger Literaturrecherche zeigt die Kombination aus Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisebene den größten Effekt. Neben der Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten ist es von großer Bedeutung verhaltensbezogene Angebote bereitzustellen. Wichtig sind dabei die Vermittlung von Spaß, das Einbeziehen von persönlichen Bedürfnissen und berührenden Emotionen sowie eine leichte Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsgruppen. Erhobene Zeigefinger, gesellschaftliche Pflichten und Verbote stoßen nicht auf Akzeptanz und Bereitschaft, sondern provozieren eher eine Ablehnung und schrecken ab oder verlocken, etwas „Verbotenes“ zu tun.²⁵³ Maßnahmen zur Verhaltensänderung sind also psychologisch anspruchsvolle Herausforderungen und Motivierung sollte immer die Lebensumstände der Zielgruppen bedenken. Deshalb ist es sinnvoll, dass die eingangs beschriebenen grundlegenden Theorien und Modelle für alle Maßnahmen in der Gesundheitsförderung berücksichtigt und in die Praxis überführt werden.²⁵⁴

Als Vorzeigebispiele für eine gelungene Umsetzung von gesundheitsförderlichen Verhaltensmaßnahmen können eine Vielzahl von Projekten, die in den letzten Jahren im Setting Kinderkassen durchgeführt wurden, genannt werden. Zwar besteht noch Forschungsbedarf an nachweislich klinischer Relevanz und der Nachhaltigkeit kitabasierter Interventionen, ein positiver Effekt auf die Verhaltensänderung ist jedoch heute schon erkennbar.

²⁵² Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2012b, S. 37 f.

²⁵³ Vgl. Klotter 2009, S. 14 ff.

²⁵⁴ Vgl. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) (Hrsg.) 2015, S. 1 f.

Zum einen ist hier der Bereich der Ernährung zu nennen. Dort spiegeln sich Verhaltensänderungen in einem erhöhten Obst- und Gemüsekonsum und einem geringeren Verzehr von ungesättigten Fettsäuren wider. Im Bereich Bewegung verzeichnen fast alle evaluierten Programme eine verbesserte motorische Leistungsfähigkeit, was eine erhöhte körperliche Aktivität der Kinder zur Folge hat. Zudem belegen laut Autoren wie Steenbock, Woll und Payr einige Studien die Verbesserung der sozialen, kognitiven und psychischen Fähigkeiten.²⁵⁵

Trotz mangelnder Evaluation und teils widersprüchlicher Evidenz zahlreicher Schulprogramme ist nach aktueller Forschungslage die Schule, als Ort für Gesundheitsförderung von Kindern, insbesondere für gesundheitlich benachteiligte Kinder, ein weiteres besonders erfolgsversprechendes Setting. Viele Schulen vernachlässigen aber die gesundheitsförderlichen Verhältnisse, sodass lediglich Einzelmaßnahmen ergriffen werden. Um nachhaltige Effekte zu erzielen, ist es jedoch wichtig, dass die gesamte Organisation gesundheitsgerecht um- und aufgebaut wird und durch gezielte Programme ergänzt wird.²⁵⁶

Wie bereits erläutert, können Verhaltensmaßnahmen aus der Gesundheitsförderung Menschen positiv in ihren Handlungsweisen beeinflussen. Dennoch genügt die alleinige Aufklärung und Beratung nicht, um Verhalten nachhaltig zu ändern. Hier setzt die Verhältnisprävention an. Als erstes Beispiel soll der Ernährungsbereich dienen. Würde man die DGE-Qualitätsstandards in Einrichtungen jeglicher Altersgruppen einführen und schmackhafte gesundheitsförderliche Nahrungs- und Getränkeangebote als Selbstverständlichkeit in den Alltag integrieren, bestände die Chance nachhaltiger Handlungsänderungen.

Nur wenn „gesunde Entscheidungen“ leicht fallen, und zudem verlockend sind, werden sie zu Gewohnheiten. Für die Bildung von ernährungsbedingten Gewohnheiten sind das Aufstellen von Trinkwasserspender und das Abschaffen von Getränke- und Süßigkeitenautomaten, kombiniert mit theoretischer Wissensvermittlung über bspw. zuckerhaltige Getränke im Unterricht hilfreich. Solche leicht zugänglichen Maßnahmen und auch kostenfreie Projekte sind aufgrund von vielen Faktoren erfolgreich. Durch die kostenlose Abgabe der Früchte verhindert bspw. das Schulfruchtprogramm eine Ausgrenzung von Kindern, deren Eltern nicht die finanzielle Möglichkeit haben ihr Kind teilnehmen zu lassen. Außerdem hat das gemeinschaftliche Essen den positiven Effekt, dass alle

²⁵⁵ Vgl. Steenbock et al. 2015, S. 617 f. / Woll; Payr 2011, S. 64.

²⁵⁶ Vgl. Kliche et al. 2010, S. 377.

Kinder erreicht werden und durch neue Geschmacksanreize, der ihnen fremden Obst und Gemüsesorten, ihren Erfahrungshorizont erweitern. Kinder identifizieren sich mit dem Projekt und entwickeln Neugierde auf die regelmäßig variierenden und zubereiteten Fruchtgeschenke. Zudem ist das Verhältnis von geringem Verwaltungsaufwand zur Wirkung für die gesamte Organisation und der Kosteneinsparung ernährungsmitbedingter Krankheiten profitabel.²⁵⁷ Vergleichsweise ähnliche Effekte zeigen sich auch im Programm „Komm mit in das gesunde Boot“. Kinder weisen durch solche Maßnahmen ein gesteigertes Bewusstsein für Ernährung auch hinsichtlich des Sprachgebrauchs auf.²⁵⁸

Die Vorteile von Gesundheitsförderungsprogrammen im Bereich der Ernährung liegen auf der Hand, doch auch bei solchen im Bereich der Bewegung sind positive Resultate sichtbar. Die Integration von bewegten Pausen, ein bewegungsfreundlicher Kindergarten und Pausenhof sowie ein verbesserter Sportunterricht können die alltägliche Bewegung der Kinder fördern. Programme wie der „walking school bus“ sind sinnvoll für die Bildung von alltäglichen Bewegungsgewohnheiten außerhalb der Einrichtungen. Nicht nur die Kinder, sondern auch die Aufsichtspersonen werden zur natürlichen Bewegung motiviert, indem der Weg zum Kindergarten und zur Schule gemeinsam und zu Fuß zurück gelegt wird. Zudem animiert eine gesteigerte Bewegung in allen Altersgruppen zu einer erhöhten Zufuhr an Flüssigkeit, die oftmals ungenügend ist und durch öffentlich zugängliche Trinkwasserspender erleichtert werden könnte.²⁵⁹ Anzudenken wäre, dass durch die Trinkwasserspender bspw. den Kindern und ihren Begleitpersonen nach dem morgendlichen Fußweg ausreichend Wasser zur Verfügung steht.

Die vorwiegend institutionellen Angebote für Kinder variieren in ihrer Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit von den örtlichen Gegebenheiten. So sind Maßnahmen in Kindergärten, Schulen oder Bildungsstätten abhängig von der jeweiligen Wohnbevölkerung. Bspw. sind sozial schwache Gebiete, vor allem städtische Problemgebiete, vermehrt mit psychosozialen Problemen belastet. Durch die räumlich ungleich verteilten Chancen sind keine Standardlösungen möglich. Es fehlt vielfach noch an einer ausreichenden Vernetzung und zielgerichteten Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure. Allerdings ist für die Nachhaltigkeit

²⁵⁷ Vgl. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) (Hrsg.) 2010, S. 12, 17 f./ Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2012b, S. 36 f.

²⁵⁸ Vgl. Baden-Württemberg Stiftung (Hrsg.) 2011, S. 53.

²⁵⁹ Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2012b, S. 38 ff.

von kommunalen Projekten, insbesondere für belastete Gebiete, eine vernetzte Zusammenarbeit aller Akteure, die einen Bezug zu Kindern und deren Familien aufweisen, eine aktive und interessierte Beteiligungsstruktur, sowie eine bürgernahe Sozialraumpolitik zukunftsrelevant.²⁶⁰

Unternehmen können ein wichtiges Setting zur Erreichbarkeit eines Großteils der Angestellten darstellen. Dabei soll der betriebliche Ansatz nur einen Teil der Maßnahmen beschreiben, wie Erwachsene erreicht werden können.

Allgemein positive Effekte von Interventionen auf die Beschäftigten leiten die Autoren Stoffel et al. aus der umfangreichsten Literaturanalyse zur Bewegungsförderung im Betrieb von Pronk ab. Keine Studie weist dabei einen negativen Effekt auf. Es ist jedoch zu beachten, dass auch im Unternehmen die zusätzliche Berücksichtigung von Umweltfaktoren, wie die Arbeitsumgebung und -organisation, zu einer höheren Effektivität, wie bspw. zur Fehlzeitenreduktion, führt als Einzelmaßnahmen.²⁶¹

Die Forschungslage zu Wirkungen und Erfolgsbedingungen bewegungsfördernder Interventionen bei sozial Benachteiligten ist nicht sehr umfangreich. Sozial benachteiligte Menschen lassen sich erschwert durch geschlossene Programme erreichen, da sie mit vielen Alltagsbelastungen beschäftigt sind. Ihre Motivation zur Teilnahme an Programmen der Gesundheitsförderung wird durch zahlreiche Barrieren beeinträchtigt. Finanzielle, sprachliche, kulturelle Barrieren führen oftmals zu Schamgefühlen, die in einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung münden. Außerdem mangelt es Menschen mit einem niedrigen Bildungsstatus an der Kenntnis über die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung. Diese subjektiven Faktoren entscheiden über das Verhalten und sollten nicht als unüberwindbar, sondern als Herausforderung eingestuft werden. Einzelstudien deuten darauf hin, dass die Motivation sozial Benachteiligter durch multidimensionale Interventionen mit wertschätzenden, professionellen und zugehenden Strukturen zu steigern ist.²⁶² Da Menschen mit geringem Bildungsgrad meist nicht über schriftliche Informationsmaterialien erreicht werden, sind Personen derselben Zielgruppe geeignete Multiplikatoren, die durch Vertrauen und Überzeugung einen wirkungsvollen Zugangsweg zu ihrer Zielgruppe darstellen. Erreichbarkeit ist dabei die subjektive Wahrnehmung als auch die tatsächliche gute Erreichbarkeit. Durch die Mund-zu-Mund-Werbung, ganz nach

²⁶⁰ Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) 2010, S. 9 ff.

²⁶¹ Vgl. Stoffel 2011, S. 74 f.

²⁶² Vgl. Frahsa; Abu-Omar; Rütten 2011, S. 52 f.

dem Motto „Tu Gutes und rede darüber“ können Ängste abgebaut werden und neue Teilnehmer generiert werden. Dadurch wird auch Kontakt zu den jeweiligen Familien aufgebaut und somit werden Menschen erreicht, die über klassische Marketingmethoden üblicherweise nicht erreicht werden. Dieses System kann zu einer dauerhaften Motivation führen und für die Kommune einen echten Mehrwert darstellen. Außerdem führen häufig wohnortsnahe und kostenlose Angebote, für Migranten durch Angebote in der Muttersprache, zum Abbau bekannter Barrieren. Zielgruppenspezifische Angebote, die solche Faktoren und die allgemeine Lebenssituation der verschiedenen Bevölkerungsgruppen berücksichtigen führen zur erhöhten Inanspruchnahme.²⁶³ Das Thema Bewegung deutet Potential für erfolgreiche Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten an, da die meisten Beispiele guter Praxis aus dem Bereich Bewegung stammen. Gut umgesetzt wurden die genannten Faktoren im BIG Projekt. Sportvereine werden vorrangig von freiwilligen Mitgliedern genutzt, sodass Leitlinien zur Gewinnung von Nicht-Sportlern fehlen. BIG hat dafür ein geeignetes Konzept erstellt, das auch auf andere Standorte übertragbar ist und auf einer Kooperation von kommunalen Trägern und Sportvereinen basiert.²⁶⁴

Eine weitere Zielgruppe bilden ältere Menschen. Bei ihnen sollte für das Gelingen von Gesundheitsförderung neben Bewegung und gesunder Ernährung, vermehrt die psychosozialen Faktoren berücksichtigt werden. Nur wenn die psychische Verfassung stabil ist, erreichen ältere Menschen den in Kapitel 3.3 beschriebenen „positiv bewerteten Zielzustand“. Die Motivation zum Verlassen der Wohnung und zur Offenheit gegenüber neuen Situationen und Verhaltensweisen ist sonst nicht möglich.²⁶⁵

Bucksch, Finne und Geuter verweisen auf mehrere Studien aus den USA, die zudem verdeutlichen, dass eine gute Fußläufigkeit und kurze Entfernungen zu Einrichtungen des alltäglichen Lebens, wie Einkaufsmöglichkeiten und Bushaltestellen, auch bei älteren Menschen die Wahrscheinlichkeit zu regelmäßiger körperlicher Aktivität erhöht. Außerdem kann die Beobachtung anderer Menschen, die sich in einer abwechslungsreichen und attraktiven Landschaft bewegen, ein mitreißender und aktivierender Faktor für die eigene gesteigerte Bewegung sein. Der wahrgenommene gesundheitliche Gewinn scheint bei älteren

²⁶³ Vgl. Rütten; Wolff 2012, S. 65 / Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2012b, S. 42 f.

²⁶⁴ Vgl. Wolff; Rütten 2013, S. 145 / Frahsa; Abu-Omar; Rütten 2011, S. 56.

²⁶⁵ Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) 2015, S. 18.

Menschen vor allem die eigene Fitness zu sein, die mit hoher Leistungsfähigkeit verbunden wird und nicht das vorherrschende Bild des Alters widerspiegelt. Die in Kapitel 3.3 beschriebene Selbstwirksamkeitserwartung, verbunden mit Spaß und Freude sowie sozialer Unterstützung sind dabei wichtigere Faktoren als die reine Reduzierung von gesundheitlichen Risiken. Ein adäquates Angebot zu finden ist aufgrund der unterschiedlichen Mobilitätszustände älterer Menschen schwierig, deshalb sind zugehende Strukturen erforderlich.²⁶⁶

Schlussfolgerungen bezüglich der Effektivität einzelner Interventionen lassen sich nur eingeschränkt ziehen. Klare Ergebnisse im Hinblick auf eine gesteigerte körperliche Aktivität oder ein gesünderes Ernährungsverhalten liefert die aktuelle Evidenzbasis nicht.

In der umfangreichen Literatur finden sich nur wenige Erhebungen, die dem Goldstandard eines evidenzbasierten Studiendesigns entsprechen.

Zu fordern wären randomisierte, kontrollierte Interventionsstudien mit großer Probandenzahl, die auf eine längere Dauer angesetzt sind. Diese sind aber nur schwer realisierbar, vor allem für komplexe bevölkerungsbezogene Interventionen, und deshalb selten; eine rhetorische Redundanz in vielen Veröffentlichungen ist dagegen die Regel.

Für die Nutzung der Angebote der Gesundheitsförderung spielt die Motivation eine wichtige Rolle. In den nachfolgenden Tabellen sollen verschiedene Maßnahmen daraufhin untersucht werden, inwieweit sie zur Motivation bestimmter Zielgruppen beitragen. Eine pauschale Bewertung der Effektivität der Maßnahmen hinsichtlich der Motivation ist an dieser Stelle nicht möglich. Diesbezüglich werden ihre Vor- und Nachteile gegenübergestellt. Die Tabellen beinhalten Beispiele von Maßnahmen, die teilweise auch auf mehrere Zielgruppen übertragbar sind.

²⁶⁶ Vgl. Bucksch; Finne; Geuter 2010, S. 43 ff.

Zielgruppe	Maßnahmen	Motivationsvorteile	Motivationsnachteile
Kinder und Jugendliche	Bewegungsstunde in Geschichtenform	<ul style="list-style-type: none"> ▪ intrinsische Motivation durch Spieltrieb ▪ alltägliche Übungen ▪ Antrieb durch Gemeinschaft ▪ altersgerechte Umsetzung ▪ Einbeziehung der Eltern ▪ eigenständige Fortsetzung durch Multiplikatoren in den Einrichtungen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ motiviertes Personal notwendig ▪ keine Abstimmung auf individuelle Leistungsfähigkeit ▪ keine Betreuung außerhalb der Einrichtungen ▪ nur für Kinder der Einrichtungen
	organisierter gemeinsamer Schulweg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antrieb durch Gemeinschaft ▪ Sicherheit in der Gruppe ▪ keine Wartezeiten und Fahrtkosten ▪ Knüpfung sozialer Kontakte, Zugehörigkeit, Teilhabe ▪ Einbezug des Umfelds der Einrichtungen ▪ Regelmäßigkeit trägt zur Bewegungsgewohnheit bei ▪ Einbezug von Eltern und Begleitpersonen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Kontrolle über regelmäßige Teilnahme ▪ Gruppen müssen gebildet werden
	Ernährungsstunden in Geschichtenform, Ernährungsführerschein, Schulfruchtprogramm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ altersgerechte Lebensmittelzubereitung ▪ lebendige Erfahrungssammlung, neue Geschmacksanreize ▪ kostenlose Fruchtgeschenke ▪ Wissensvermittlung durch Spaß ▪ erhöhte Nachhaltigkeit durch regelmäßiges Lernen im Alltag ▪ Einbezug der Eltern außerhalb der Einrichtungen ▪ Einbezug des Personals innerhalb der Einrichtungen ▪ Antrieb durch Wissbegierigkeit und Gemeinschaft ▪ Wettbewerbe/Tests regen Konkurrenzgeist an 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Betreuung außerhalb der Einrichtungen ▪ nur für Kinder der teilnehmenden Einrichtungen ▪ Einrichtungen müssen die Umsetzung befürworten
	Eingliederungshilfe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tägliche Routine ▪ Gefühl von Teilhabe, Sicherheit, Stabilisierung ▪ Berücksichtigung individueller Faktoren ▪ Bedürfnis nach Gleichstellung/ geregeltem Alltag/ Teilhabe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einrichtungen müssen die Umsetzung befürworten ▪ Formalien zur Aufnahme notwendig

Tabelle 1: Motivationsvorteile/-nachteile von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

Quelle: Eigene Darstellung

Zielgruppe	Maßnahmen	Motivationsvorteile	Motivationsnachteile
Erwachsene	betriebliche Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antrieb durch Kollegen ▪ Bedürfnis nach Gesunderhaltung ▪ reduzierte körperliche/psychische Beschwerden ▪ Maßnahmen in konkreter Lebenswelt ▪ Erreichbarkeit aller Beschäftigten (auch Schichtarbeiter) möglich ▪ kein zusätzlicher Fahrtweg zu externen Anbietern 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nur für Mitarbeiter des Betriebes ▪ Betrieb muss Umsetzung befürworten
	Bewegungsprojekt für sozial Benachteiligte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterstützung durch Personen in ähnlicher Situation ▪ Teilhabe, soziale Anerkennung, Wertschätzung ▪ Erfolgserlebnis ▪ Selbstwertsteigerung durch Übernahme von Verantwortung ▪ Weiterbildungsmöglichkeit zum Übungsleiter 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal zur Planung und Einführung notwendig
	Bonusprogramme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ finanzieller Anreiz durch keine bzw. weniger Teilnahmegebühren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine nachhaltige Verhaltensänderung garantiert ▪ Teilnahme setzt eigenes Interesse voraus ▪ Abrechnungsaufwand ▪ Dauer ist begrenzt
ältere Menschen	gemeinsame Aktivitäten (Seniorentreffs, Wanderausflüge, Kochkurse, gemeinsames Einkaufen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterstützung erfahren ▪ Erlebnis in Gemeinschaft ▪ weniger Einsamkeit ▪ Gefühl von Teilhabe ▪ Knüpfung sozialer Kontakte ▪ Übernahme ehrenamtlicher Arbeiten: Beitrag für Gesellschaft leisten ▪ sinnvolle Beschäftigung, Gefühl von Nützlichkeit ▪ Bewegung durch alltägliche Erledigungen ▪ Steigerung der eigenen Fitness 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meinungsbild schwer zu beeinflussen ▪ organisatorischer Aufwand

Tabelle 2: Motivationsvorteile/-nachteile von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Erwachsene und ältere Menschen

Quelle: Eigene Darstellung

Zielgruppe	Maßnahmen	Motivationsvorteile	Motivationsnachteile
allgemeine Maßnahmen	Trinkwasserspender	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kostenloses Getränkeangebot ▪ keine Traglast durch Mitbringen eigener Getränke ▪ überall umsetzbar ▪ Nutzung für alle Zielgruppen gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienevorschriften einhalten ▪ Hygienefaktor kann auch von Nutzung abhalten ▪ Angebot kalorienhaltiger Getränke in öffentlichen Einrichtungen reduzieren ▪ keine Wissensvermittlung
	gesunde Kantinenverpflegung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gemeinschaftliches, gesundes Essen ▪ in alltäglicher Lebenswelt ▪ Erreichbarkeit aller Zielgruppen ▪ kein eigenes Einkaufen und Zubereitung notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einrichtungen müssen die Umsetzung befürworten
	bewegungsfreundliche Umgebung (Spielplatz, Park, Fahrradständer)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht begrenzt auf Einrichtung ▪ Erreichbarkeit vieler Zielgruppen ▪ Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse ▪ Schaffung von Möglichkeiten regt zur Bewegung an ▪ Motivation durch Beobachtung anderer Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine regelmäßige Verhaltensbetreuung ▪ Informationsverbreitung
	Kochkurse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lernen in Gemeinschaft ▪ in allen Einrichtungen umsetzbar ▪ anschließendes kostenloses Essen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Routine fehlt ▪ erhöhte Werbemaßnahmen notwendig ▪ nicht in der alltäglichen Lebenswelt integriert ▪ Erreichbarkeit vieler Personen schwierig

Tabelle 3: Motivationsvorteile/-nachteile allgemeiner Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Quelle: Eigene Darstellung

Die Tabellen verdeutlichen, dass jede einzelne Maßnahme spezifische Vor- und Nachteile aufweist. Das lässt darauf schließen, dass es nicht die eine optimale Maßnahme gibt, die alle Menschen zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten motiviert. Vielmehr ist es wichtig, eine Strategie zu entwerfen, die ein breites aufeinander abgestimmtes Angebot, das auf die verschiedenen Zielgruppen zugeschnitten ist, aufweist und Maßnahmen auch niedrigschwellig in den Alltag integriert. Dabei spielt unter anderem die erfolgreiche Kommunikation der Angebote eine wichtige Rolle, um möglichst viele Personen zu erreichen. Zur Gewährleistung dieser Faktoren, ist es notwendig, dass sich die Akteure innerhalb der Kommune vernetzen.

6 Schlussbetrachtung

Das Spektrum an Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung in einer Vielzahl von Settings ist groß. Die Lebenswelt Kommune hat aufgrund ihrer spezifischen politischen und sozialen Strukturen sowie einer Vielzahl an Akteuren und Institutionen besonders große Potenziale die Erfolgskriterien der Gesundheitsförderung umzusetzen.

Sie umschließt Settings wie Kindergärten, Schulen, Betriebe, Vereine und Altenheime, in der ein Großteil der Bürgerinnen und Bürger geschlossen erreicht werden kann. Darüber hinaus können Zielgruppen angesprochen werden, die sich über solche geschlossenen Institutionen nicht erreichen lassen. Je differenzierter dabei das Setting und die Zielgruppe ausgewählt werden, desto besser wird die Zielgruppe erreicht.

Für die Motivation zu einem gesundheitsbewussten Verhalten hat sich die Kombination verschiedener Ansätze bewährt:

Neben gesundheitsförderlichen Lebenswelten in der Kommune, die ein gesundes Verhalten erleichtern, sind für alle Menschen kontinuierliche verhaltensbezogene Angebote bereitzustellen.

Um eine dauerhafte Verhaltensänderung und den größtmöglichen public health impact (positive Auswirkung auf die Bevölkerungsgesundheit) zu erzielen, sollten die Interventionen in das Verhalten auf psychologischen Modellen basieren. Durch die gezielte Beeinflussung der sozial-kognitiven Determinanten der unterschiedlichen Zielgruppen können mehr inaktive Personen zu gesteigerter Bewegung und gesunder Ernährung motiviert werden und somit ihre Stressfaktoren reduzieren.

Vor dem Hintergrund eine gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen sollte aus Public Health Sicht die Aufmerksamkeit auf der Förderung aktiver Lebensstile sozial benachteiligter Menschen liegen. Durch niedrigschwellige Interventionen kann das Risiko verringert werden, dass lediglich die Bevölkerungsgruppen mit einem bereits vorhandenen Gesundheitsbewusstsein erreicht werden.

Gesundheitsförderung ist ein partizipativer Prozess und zielt sowohl auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten als auch auf eine Befähigung der Menschen, die gesündere Lebensweise zu wählen. Um Menschen zu motivieren dürfen sie nicht bevormundet werden, sondern sie müssen in allen Lebensbereichen niedrigschwellige Verhältnis- und Verhaltensmaßnahmen vor-

finden. Die nachhaltige Prägung von gesundheitsförderlichen Lebensstilen fordert demzufolge eine dauerhafte, in der Organisationsstruktur und den Umweltbedingungen verankerte Strategie. Empfehlenswert ist dabei die Entwicklung eines Leitbildes zur gesundheitsförderlichen Kommune mit Berücksichtigung lokaler Rahmenbedingungen. Eine dauerhafte Präsenz einschließlich einer guten Informationsverbreitung der gesundheitsfördernden Aktivitäten sowie eine Vernetzung aller Akteure, die das Thema Gesundheit in sämtlichen Handlungsbereichen berücksichtigen und eine verbesserte Streuung ihres Wissens untereinander anstreben sind dabei unerlässlich.

Jede Kommune hat dabei unterschiedliche Voraussetzungen, daher muss eine wirksame Gesundheitsförderung an die regionalen Problemlagen, Ziele und Bedürfnisse angepasst sein.

Das gesamte kommunale Umfeld mit den verbundenen Lebenswelten ist so auszugestalten, dass die „gesunden Entscheidungen“ zu den „leichteren Entscheidungen“ gemacht werden.

Anhand dieser Ergebnisse und mit Orientierung an den kommunalen Ressourcen werden die Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz diskutieren, welche Maßnahmen dazu beitragen können, dass die Motivation zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil der Menschen aller sozialen Schichten im Landkreis Göppingen verstärkt wird sowie die flächendeckenden Angebote der Gesundheitsförderung zukünftig noch aktiver genutzt werden.

Letztendlich kann eine Maßnahme dann empfohlen werden, wenn ihr Erfolg nachgewiesen ist. Aufgrund von wenigen und teils widersprüchlichen Studien zu der Wirksamkeit einiger Interventionen der Gesundheitsförderung wäre, ausgerichtet auf den Landkreis Göppingen, eine längerfristig angelegte Untersuchung empfehlenswert. Diese sollte in einer ausgewählten Lebenswelt (z. B. Kindergarten) stattfinden und sich an der entsprechenden Zielgruppe orientieren.

Literaturverzeichnis

- ALTGELD, T.: Mehr Prävention und Gesundheitsförderung kann nur vor Ort realisiert werden, in: Prävention und Gesundheitsförderung 1/2006, S. 24–32.
- ALTGELD, T.; BÄCHLEIN, B.; DENEKE, C.: Einleitung, in: Altgeld, T; Bächlein, B; Deneke, C. (Hrsg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung, Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen!, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag 2006, S. 13–19.
- ALTGELD, T.; KICKBUSCH, I.: Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsförderung, in: Schwartz, F. W., et al. (Hrsg.): Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Aufl., München: Urban & Fischer in Elsevier 2012, S. 187–196.
- ALTGELD, T.; KOLIP, P.: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K; Klotz, T; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2014, S. 45–56.
- ANTONOVSKY, A.; FRANKE, A.: Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: DGVT-Verlag 1997.
- BADEN-WÜRTTEMBERG STIFTUNG (HRSG.): Gesundheitsförderung im Kindergarten, Evaluation des Programms „Komm mit in das gesunde Boot“ der Baden-Württemberg Stiftung in Kindergärten in Baden-Württemberg, Stuttgart, 2011. URL: http://www.bwstiftung.de/uploads/tx_news/Gesundheitsfoerderung_Kindergarten.pdf, zuletzt geprüft am 06.07.2015.
- BERTELSMANN STIFTUNG (HRSG.): Gesundheit lernen, Wohnquartiere als Chance für Kinder, Ein Kooperationsprojekt von Bertelsmann Stiftung, Robert Koch-Instituts und empirica AG, 2010. URL: http://www.keck-atlas.de/uploads/tx_jpdnloads/Brosch_GesundheitLernen_02.pdf, zuletzt geprüft am 06.07.2015.
- BKK BUNDESVERBAND (HRSG.): Handlungshilfe, Gesund älter werden im Stadtteil, Essen 2009.
- BORDE, T.: Migration und Gesundheitsförderung - Hard to reach? Neue Zugangswege für "schwer erreichbare" Gruppen erschließen, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Gesundheitsförderung konkret Band 12, Migration und Gesundheitsförderung, Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten, Köln 2009, S. 18–31.
- BORMANN, C.: Gesundheitswissenschaften, Einführung, Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft 2012.

- BRANDES, S.; STARK, W.: Empowerment/Befähigung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 2011, S. 57–60.
- BUCKSCH, J.; CLAßEN, T.; GEUTER, G.; et al.: Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune, Evidenzen und Handlungskonzept für die Kommunalentwicklung - ein Leitfaden, Bielefeld: 2012.
- BUCKSCH, J.; FINNE, E.; GEUTER, G.: Bewegungsförderung 60+, Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter - eine Einführung., LIGA. Fokus 10, Düsseldorf: 2010.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ERNÄHRUNG UND LANDWIRTSCHAFT (BMEL) (HRSG.): IN FORM-Projekt "Ernährungsführerschein", 2014. URL: http://www.bmel.de/DE/Ernaehrung/GesundeErnaehrung/KitaSchule/_Texte/aidErnaehrungsfuehrerschein.html, zuletzt geprüft am 15.07.2015.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ERNÄHRUNG UND LANDWIRTSCHAFT (BMEL) (HRSG.): Gesunde Ernährung in Kindertagesstätten und Schulen, 2015. URL: http://www.bmel.de/DE/Ernaehrung/GesundeErnaehrung/KitaSchule/kita-schule_node.html, zuletzt geprüft am 09.07.2015.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ERNÄHRUNG, LANDWIRTSCHAFT UND VERBRAUCHERSCHUTZ (BMELV) (HRSG.): Handbuch Schulobstprogramme, Berlin: 2010.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (HRSG.): IN FORM, Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung, Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten: Berlin: 2011.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (HRSG.): Präventionsstrategie, 2012. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/praeventonsstrategie/Praeventionsstrategie_Endfassung_121213.pdf, zuletzt geprüft am 27.04.2015.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (HRSG.): Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung, 5. Aufl., Berlin: 2014a.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (HRSG.): Fragen und Antworten zum Präventionsgesetz, 2014b. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/fragen-und-antworten-zum-praeventionsgesetz.html>, zuletzt geprüft am 24.06.2015.

- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (HRSG.): Bundestag verabschiedet Präventionsgesetz, 2015a. URL: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/praeventionsgesetz.html>, zuletzt geprüft am 24.06.2015.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (HRSG.): Pressemitteilung vom 20. März 2015, Nr. 11, Größe: "Wichtiger Schritt hin zu mehr Gesundheitsförderung" Bundestag berät Präventionsgesetz in erster Lesung, Berlin, 2015b. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2015/2015_01/150320-11_PM_Praevention_1Lesung.pdf, zuletzt geprüft am 18.05.2015.
- BUNDESRATSDRUCKSACHE 306/05 (BESCHLUSS): Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat, Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention, Drucksache vom 27.05.2005.
- BUNDESRATSDRUCKSACHE 636/13 (BESCHLUSS): Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat, Gesetz zur Förderung der Prävention, Drucksache vom 20.09.2013.
- BUNDESRATSDRUCKSACHE 97/05 (BESCHLUSS): Stellungnahme des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention, Drucksache vom 18.03.2005.
- BUNDESTAGSDRUCKSACHE 15/4833: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention, Drucksache vom 15.02.2005.
- BUNDESTAGSDRUCKSACHE 17/13080: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention, Drucksache vom 16.04.2013.
- BUNDESTAGSDRUCKSACHE 18/4282: Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Drucksache vom 11.03.2015.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (HRSG.): Gesundheitsförderung konkret Band 5, Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen, Köln: 2011.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (DGE) (HRSG.): DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung, 4. Aufl., Bonn: 2014a.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (DGE) (HRSG.): DGE-Qualitätsstandard für die Schulverpflegung, 4. Aufl., Bonn: 2014b.

- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (DGE) (HRSG.): DGE-
Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen,
3. Aufl., Bonn: 2014c.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (DGE) (HRSG.): DGE-
Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder, 5.
Aufl., Bonn: 2014d.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (DGE) (HRSG.): DGE-
Qualitätsstandard für Essen auf Rädern, 3. Aufl., Bonn: 2014e.
- DIEHL, K.; DE BOCK, F.; SCHNEIDER, S.: Bedeutung der sportlichen Aktivität für
Kinder und Jugendliche aus soziologischer und pädagogischer Perspektive,
in: Becker, S. (Hrsg.): Aktiv und Gesund?, Interdisziplinäre Perspektiven auf
den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit, Wiesbaden: Springer
VS 2014, S. 311–329.
- ENGELMANN, F.; HALKOW, A.: Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung,
Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung, in: Veröffentlichungsrei-
he der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für
Sozialforschung (WZB) 2008.
- FALTERMAIER, T.: Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter,
in: Hurrelmann, K; Klotz, T; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und
Gesundheitsförderung, 4. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2014, S. 79–88.
- FALTERMAIER, T.; WIHOFZKY, P.: Gesundheitsförderung und Prävention im Kon-
text von Public Health, in: Schott, T; Hornberg, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft
und ihre Gesundheit, 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und
Ausblick einer Wissenschaft, 1. Aufl., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissen-
schaften 2011, S. 257–274.
- FRAHSA, A.; ABU-OMAR, K.; RÜTTEN, A.: Bewegungsförderung bei sozial Benach-
teiligten, in: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-
Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.): Gesundheit durch Bewegung fördern. Emp-
fehlungen für Wissenschaft und Praxis., LIGA.Fokus 12, Düsseldorf 2011, S.
51–58.
- FRANKE, A.: Modelle von Gesundheit und Krankheit, 3. Aufl., Bern: Hans Huber
2012.
- GOLD, C.; BRÄUNLING, S.; GEENE, R., et al.: Gesunde Lebenswelten schaffen,
Heft 1, in: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Aktiv werden für Ge-
sundheit - Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförde-
rung, 4. Aufl., 2014c.

- GOLD, C.; BRÄUNLING, S.; GEENE, R., et al.: Präventiv handeln: Ernährung - Bewegung - Stressbewältigung, Heft 4, in: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. 2014a.
- GOLD, C.; BRÄUNLING, S.; KAMMERER, K., et al.: Gesund und aktiv älter werden, Heft 6, in: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. 2014b.
- GOSTOMZYK, J. G.; STORR, U.: Versorgungsleistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in: Hurrelmann, K; Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 5. Aufl., Weinheim: Beltz Juventa 2012, S. 837–854.
- HAFEN, M.: Mythologie der Gesundheit, Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese, 1. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer 2007.
- HOFFMANN, E.; MENNING, S.; SCHELHASE, T.: Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter, in: Böhm, K; Tesch-Römer, C; Ziese, T. (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit und Krankheit im Alter, Berlin: Robert Koch-Institut 2009, S. 21–30.
- HOLLBACH-GRÖMIG, B.; SEIDEL-SCHULZE, A.: Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme, Köln 2007.
- HURRELMANN, K.; KLOTZ, T.; HAISCH, J.: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K; Klotz, T; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2014, S. 13–24.
- HURRELMANN, K.; LAASER, U.; RAZUM, O.: Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland, in: Hurrelmann, K; Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 5. Aufl., Weinheim: Beltz Juventa 2012, S. 15–51.
- HURRELMANN, K.; LAASER, U.; RICHTER, M.: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in: Hurrelmann, K; Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 5. Aufl., Weinheim: Beltz Juventa 2012, S. 661–691.
- JORDAN, S.; VON DER LIPPE, E.: Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 5-6/2013, S. 878–884.

- JORDAN, S.; VON DER LIPPE, E.; HAGEN, C.: Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009, Berlin 2011, S. 23–34.
- KABA-SCHÖNSTEIN, L.: Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 2011, S. 137–144.
- KLEMPERER, D.: Sozialmedizin - Public Health - Gesundheitswissenschaften, Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2014.
- KLICHE, T.; HART, D.; KIEHL, U., et al.: (Wie) wirkt gesundheitsfördernde Schule?, in: Prävention und Gesundheitsförderung 4/2010, S. 377–388.
- KLICHE, T.; TÖPPICH, J.; KAWSKI, S., et al.: Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen und Lösungen, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2/2004, S. 125–132.
- KLOTTER, C.: MOTIVATION ZUR VERHALTENSÄNDERUNG, in: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.): Gemeinsam gesund. Gesundheitsförderung fürs Herz., Wien 2009. URL: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/tagungsbande/gemeinsam-gesund-gesundheitsforderung-furs-herz/2009-08-28.5419838301>, zuletzt geprüft am 01.08.2015.
- KNOLL, N.; SCHOLZ, U.; RIECKMANN, N.: Einführung Gesundheitspsychologie, 3. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag 2013.
- KOLIP, P.; ACKERMANN, G.; RUCKSTUHL, B., et al.: Gesundheitsförderung mit System, quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention, 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2012.
- KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (HRSG.): Gesund essen mit Freude, 2009. URL: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesund-essen-mit-freude/>, zuletzt geprüft am 27.07.2015.

- KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (HRSG.): Bewegung als Investition in Gesundheit: Das BIG-Projekt, 2015a. URL: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/das-big-projekt/>, zuletzt geprüft am 14.07.2015.
- KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (HRSG.): Kooperationseinrichtung Kleeblatt, 2015b. URL: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/kooperationseinrichtung-kleeblatt/>, zuletzt geprüft am 15.07.2015.
- LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (HRSG.): Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg, Angebote und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung, 2. Aufl., Stuttgart: 2012a.
- LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (HRSG.): Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg, Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung, 2. Aufl., Stuttgart: 2012b.
- LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (HRSG.): Expertise und Handlungsempfehlungen, Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter, Wirkungsvolle Zugangswege fördern, 2013. URL: http://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/20_Netzw_Sonstige/RK_13-12-17_Expertise%20Zugangswege.pdf, zuletzt geprüft am 16.06.2015.
- LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (HRSG.): Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg, Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Stuttgart: 2015.
- LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN (LZG.NRW) (HRSG.): Faktenblatt "Bewegung und Gesundheit", Motivation, 2015. URL: https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/gesundheitschuetzen/praevention/bewegungsfoerderung/faktenblaetter/motivation_faktenblatt_lzg-nrw.pdf, zuletzt geprüft am 16.07.2015.
- LANDRATSAMT GÖPPINGEN, GESUNDHEITSAMT (HRSG.): Handlungsschritte zur 7. Kommunalen Gesundheitskonferenz, "Was hält die Menschen im Landkreis Göppingen gesund?", beschlossen am 29. Januar 2015, 2015a. URL: http://www.landkreis-goepingen.de/site/LRA-GP-Internet/get/10876278/Handlschritte_7KKGK_2015_02_19.pdf, zuletzt geprüft am 08.06.2015.
- LANDRATSAMT GÖPPINGEN, GESUNDHEITSAMT (HRSG.): Kommunale Gesundheitskonferenz, Der Landkreis Göppingen entwickelt eine kommunale Gesundheitsstrategie, 2015b. URL: <http://www.landkreis-goepingen.de/Lde/start/Landratsamt/Kommunale+Gesundheitskonferenz.html>, zuletzt geprüft am 05.08.2015.

- LAVERACK, G.: Gesundheitsförderung & Empowerment, Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 2010.
- LEPPIN, A.: Konzepte und Strategien der Prävention, in: Hurrelmann, K; Klotz, T; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2014, S. 36–44.
- LIPPKE, S.; RENNEBERG, B.: Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens, in: Renneberg, B; Hammelstein, P. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie, Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006, S. 35–60.
- LOSS, J.: Menschen für Gesundheit motivieren: Von Social Marketing bis Empowerment, München, 2013. URL: http://www.zpg-bayern.de/tl_files/catalog_upload/l/lagep_130131_loss.pdf, zuletzt geprüft am 24.06.2015.
- LUTHE, E.-W.: kommunale Gesundheitslandschaften - das Grundkonzept, in: Luthe, E.-W. (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften, Wiesbaden: Springer VS 2013, S. 3–36.
- MAYKUS, S.; HENSEN, G.: Kommunale Gesundheitsberichterstattung, in: Luthe, E.-W. (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften, Wiesbaden: Springer VS 2013, S. 69–85.
- MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN E.V. (MDS); GKV-SPITZENVERBAND (HRSG.): Präventionsbericht 2014, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2013, Berlin, Essen: 2014.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIEN UND SENIOREN BADEN WÜRTTEMBERG (HRSG.), AG Standortfaktor Gesundheit: Bericht der Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“, 2010. URL: http://www.gesundheitsforum-bw.de/SiteCollectionDocuments/Wir%20%C3%BCber%20uns/Arbeitsgruppen/Kommunale_Gesundheitskonferenzen.pdf, zuletzt geprüft am 23.06.2015.
- MINISTERIUM FÜR LÄNDLICHEN RAUM UND VERBRAUCHERSCHUTZ BADEN-WÜRTTEMBERG (HRSG.): Das EU-Schulobst- und -gemüseprogramm, 2015. URL: <http://www.schulfrucht-bw.de/>, zuletzt geprüft am 09.07.2015.
- MOSEBACH, K.; SCHWARTZ, F. W.; WALTER, U.: Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K; Klotz, T; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2014, S. 377–389.

- NAIDOO, J.; WILLS, J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 2. Aufl., Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 2010.
- PFEIFER, K.: Menschen in Bewegung bringen - eine Herausforderung für die Gesundheitsförderung, Erlangen-Nürnberg, 2015. URL: http://www.hage.de/files/pfeifer_bewegungsfoerderung.pdf, zuletzt geprüft am 07.08.2015.
- POTT, E.: Vorwort, in: Altgeld, T; Bächlein, B; Deneke, C. (Hrsg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung, Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen!, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag 2006, S. 10–12.
- REICHERZ, A.; SCHLICHT, W.: Bewegungsförderung im Erwachsenenalter, in: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.): Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis., LIGA.Fokus 12, Düsseldorf 2011, S. 44–46.
- RHEINBERG, F.: Motivation, 7. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer 2008.
- RICHTER, M.; HURRELMANN, K.: Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen, in: Richter, M; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit, Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009, S. 13–33.
- ROBERT KOCH-INSTITUT (HRSG.): Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS) 2012, Berlin: 2012.
- ROBERT KOCH-INSTITUT (HRSG.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«, Berlin: 2014a.
- ROBERT KOCH-INSTITUT (HRSG.): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) 2013, Berlin: 2014b.
- ROMMEL, A.; SAß, A. C.; BORN, S., et al.: Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status, Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 6/2015, S. 543–552.
- ROSENBROCK, R.; GERLINGER, T.: Gesundheitspolitik, in: Hurrelmann, K; Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 5. Aufl., Weinheim: Beltz Juventa 2012, S. 1009–1052.

- ROSENBROCK, R.; GERLINGER, T.: Gesundheitspolitik, Eine systematische Einführung, 3. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2014.
- ROSENBROCK, R.; HARTUNG, S.: Gesundheitsförderung und Betrieb, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 2011, S. 231–235.
- RUCKSTUHL, B.: Gesundheitsförderung, Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive, Weinheim, München: Juventa-Verlag 2011.
- RÜTTEN, A.; WOLFF, A.: BIG Manual, Gesundheitsförderung bei Frauen in schwierigen Lebenslagen, 2012. URL: http://www.big-projekt.de/files/2013/03/BIG_Manual_zweiseitig1.pdf, zuletzt geprüft am 14.07.2015.
- SCHNABEL, P.-E.: Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns, Weinheim, München: Juventa-Verlag 2007.
- SCHOLZ, U.; SCHÜZ, B.; ZIEGELMANN, J.: Motivation zu körperlicher Aktivität, in: Fuchs, R; Göhner, W; Seelig, H. (Hrsg.): Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils, Theorie, Empirie und Praxis, Göttingen: Hogrefe 2007, S. 131–149.
- SCHÜZ, B.; MÖLLER, A.: Prävention, in: Renneberg, B; Hammelstein, P. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie, Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006, S. 143–155.
- SCHWARTZ, F. W.: Public Health - Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze, in: Schwartz, F. W., et al. (Hrsg.): Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Aufl., München: Urban & Fischer in Elsevier 2012, S. 3–6.
- SCHWARTZ, F. W.; BUSSE, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, Stellung und Aufgaben der Gesundheitssystemforschung, in: Schwartz, F. W., et al. (Hrsg.): Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Aufl., München: Urban & Fischer in Elsevier 2012, S. 555–556.
- SCHWARTZ, F. W.; SCHLAUD, M.; SIEGRIST, J., et al.: Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung, Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen?, in: Schwartz, F. W., et al. (Hrsg.): Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Aufl., München: Urban & Fischer in Elsevier 2012, S. 37–60.

- SCHWARZER, R.: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Einführung in die Gesundheitspsychologie, 3. Aufl., Göttingen: Hogrefe 2004.
- SEIBT, A. C.: Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 2011a, S. 521–523.
- SEIBT, A. C.: Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 2011b, S. 567–571.
- SOZIALGESETZBUCH V (SGB V): Gesetzliche Krankenversicherung. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/, zuletzt geprüft am 07.08.2015.
- SPICKER, I.; LANG, G.: Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.), Band Nr. 4 aus der Reihe WISSEN, Wien 2011. URL: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/wissen/kommunale-gesundheitsforderung-mit-fokus-auf-aeltere-menschen/2011-11-02.6443187483>, zuletzt geprüft am 16.07.2015.
- STEENBOCK, B.; PISCHKE, C. R.; SCHÖNBACH, J., et al.: Wie wirksam sind ernährungs- und bewegungsbezogene primärpräventive Interventionen im Setting Kita?, Ein Review von Reviews, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 6/2015, S. 609–619.
- STOFFEL, S. D.; GRÖBEN, F.; PRONK, N. P., et al.: Bewegungsförderung im Betrieb – ein wichtiger Baustein der multifaktoriell konzipierten Betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.): Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis., LIGA.Fokus 12, Düsseldorf 2011, S. 74–76.
- TROJAN, A.; SÜß, W.: Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen, in: Hurrelmann, K; Klotz, T; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2014, S. 345–355.
- WALTER, U.; ROBRA, B.-P.; SCHWARTZ, F. W.: Gesundheitsförderung und Prävention, Prävention, in: Schwartz, F. W., et al. (Hrsg.): Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Aufl., München: Urban & Fischer in Elsevier 2012, S. 196–223.

- WALTER, U.; SCHWARTZ, F. W.; PLAUMANN, M.: Institutionen, Systeme und Strukturen in der Gesundheitsförderung und Prävention, Prävention: Institutionen und Strukturen, in: Schwartz, F. W., et al. (Hrsg.): Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Aufl., München: Urban & Fischer in Elsevier 2012, S. 271–287.
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO) (HRSG.): WHO definition of Health, 1946. URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, zuletzt geprüft am 25.03.2015.
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO) (HRSG.): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt geprüft am 28.04.2015.
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO) (HRSG.): Physical activity, How much of physical activity is recommended?, 2015. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>, zuletzt geprüft am 14.07.2015.
- WETH, C.: Kommunale Gesundheitsverwaltung, in: Luthe, E.-W. (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften, Wiesbaden: Springer VS 2013a, S. 303–315.
- WETH, C.: Lokale Gesundheitsplanung, in: Luthe, E.-W. (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften, Wiesbaden: Springer VS 2013b, S. 87–101.
- WILDNER, M.; MÜLLER, W.; JAESCHKE, B., et al.: Der Öffentliche Gesundheitsdienst, in: Schwartz, F. W., et al. (Hrsg.): Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Aufl., München: Urban & Fischer in Elsevier 2012, S. 289–299.
- WILDNER, M.; NENNSTIEL-RATZEL, U.: Prävention und Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in: Hurrelmann, K; Klotz, T; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2014, S. 311–320.
- WOLFF, A.; RÜTTEN, A.: Integration von Nicht-Bewegern in Sportvereine, in: Prävention und Gesundheitsförderung 8/2013, S. 138–146.
- WOLL, A.; PAYR, A.: Bewegungsförderung im Kindergarten, in: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.): Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis., LIGA.Fokus 12, Düsseldorf 2011, S. 63–69.

ZIMMER, R.: Gesundheitsförderung im Kindergarten, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 12/2002, S. 964–969.