

Der Beitrag partizipativer Prozesse bei der Freiraumentwicklung für die Gesundheit von Kindern – Eine theoretische Annäherung

Carlo Fabian



Carlo Fabian

Carlo Fabian, Sozial- und Gesundheitspsychologie lic.phil., Fachpsychologe Gesundheitspsychologie FSP, Coach MAS, ist Dozent und Projektleiter. Er beschäftigt sich seit vielen Jahren mit den Themen Gesundheitsförderung und Prä-

vention in unterschiedlichen Kontexten. Ein wichtiges Setting sind die Gemeinden. Aktuell stehen Forschungs- und Entwicklungsprojekte im Fokus, die Gesundheitsthematiken sowie raumbezogene Aspekte (Stadt, Quartier, Sozialraum) verknüpfen, gemeinsam denken und weiterentwickeln.

Zusammenfassung

Natur und Naturerlebnisse haben einen positiven Effekt auf die Gesundheit von Menschen, ganz besonders auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die sich physisch, psychisch und kognitiv noch entwickeln und dafür Reize brauchen, wie die Natur sie bietet. Darum ist die Entwicklung und Gestaltung von kindergerechten und naturnahen Freiräumen heute ein wichtiges Anliegen, und hier wiederum ist Partizipation ein aktueller und oft geforderter Ansatz, denn partizipative Entwicklungsprojekte unterstützen die Identifikation mit

dem Freiraum oder der Stadt. Allerdings bestand bislang kaum Interesse an der Frage, ob und welchen Einfluss die partizipativen Prozesse selbst auf gesundheitsrelevante Faktoren haben. Der Beitrag geht dieser Frage anhand der Fachliteratur nach und macht Bezüge zu einem Praxisbeispiel, welches die Teilhabe von Kindern bei der Gestaltung von Freiräumen fokussiert. Diskutiert werden relevante Aspekte im Hinblick auf Stadt- und Raumentwicklung, Gesundheit und deren Determinanten sowie Partizipation als Haltung und Methode. Es zeigt sich, dass partizipative Prozesse verschiedene gesundheitsrelevante Faktoren auf individueller Ebene stimulieren: Empowerment und Autonomie, Selbstwirksamkeit, Attribution und Kontrollüberzeugungen sowie Kohärenzgefühl. Es fehlen aber empirische Untersuchungen zu den konkreten Voraussetzungen, Wirkmechanismen und Effekte solcher Prozesse. Hier gilt es eine Forschungslücke zu schließen.

Schlüsselwörter: Partizipation, Gesundheitsförderung, Umweltplanung, Kinder, Umweltverhalten

Abstract

How participation processes in development of open spaces contribute to children's health – A theoretical approach

Nature and experiences in nature have a positive effect on health, particularly on the health of children and adolescents, who are still developing physically, psychologically, and cognitively and who need stimuli of the kind that nature provides. Development and design of open spaces that are child-friendly and close to nature is therefore an important concern today, and here, in turn, participation is a recent and often-called approach, for participatory development projects support identification with the open space or the city. However, up to now there has been little interest in the question as to whether and how participatory processes themselves may have an impact on health determinants. Based on scientific literature this paper examines this question looking at a specific, practical example that focuses on children's participation in the design of open spaces. Discussed are relevant aspects in view of urban and spatial development, health and its determinants on an individual level, and participation as an approach and method. The findings indicate that participatory processes stimulate various health-relevant factors: empowerment and autonomy, self-efficacy, attribution and control beliefs, and sense of coherence. But there is a lack of empirical studies on the specific conditions, mechanisms, and effects of participatory processes. Future research should close this research gap.

Keywords: participation, health promotion, environmental planning, children, environmental behaviour

1 Fehlende Verknüpfung von Stadt- und Quartierentwicklung mit Themen der Gesundheitsförderung

Es liegt auf der Hand, dass in der Forschung und Praxis zu Stadt- oder Raumentwicklung die Berücksichtigung von Gesundheitsthemen sowie auf der anderen Seite bei Themen der Gesundheit auch räumliche Aspekte von eminenter Bedeutung sind. Dennoch wird dieser Aspekt noch zu selten und zu wenig systematisch einbezogen (vgl. Arthurson, Lawless & Hammet, 2016; Fabian et al., 2015). Es fehlt oft an Wissen über die je anderen Sichtweisen, Handlungsfelder oder Disziplinen und somit am Erkennen von Synergien, Gemeinsamkeiten und möglichen Mehrwerten gemeinsamer und integrierter Vorgehensweisen. Es fehlt auch an gemeinsamen Verständnissen, an Kooperationsmöglichkeiten oder auch -willen sowie an gemeinsamen und übergreifenden Zielen. Die Intersektoralität greift hier (noch) zu kurz (ebd.).

Mit dem Programm QuAKTIV¹ – Naturnahe, kinder- und jugendgerechte Quartier- und Siedlungsentwicklung wurde das Ziel verfolgt, Freiraumentwicklungsprojekte für Kinder und Jugendliche zu fördern. Dabei sollten die beiden Aspekte kinder- und jugendgerechte Verfahren und Prozesse sowie Lösungen einerseits, naturnahe Entwicklungen und Gestaltungen der Freiräume andererseits *gemeinsam* in Projekten konzipiert und realisiert werden (vgl. auch Kap. 6)². Im Programm QuAKTIV wurden gesundheitsrelevante Faktoren nicht explizit adressiert. Erfahrungen und Erkenntnisse (Widmer & Stutz, 2016) von und aus QuAKTIV, namentlich die Erfahrungen mit partizipativen Methoden, mittels derer gemeinsam mit Kindern Freiräume entwickelt wurden, zeigen allerdings, dass gesundheitsfördernde

Ansatz gegeben sind. Der vorliegende Beitrag will diese sowohl auf einer theoretischen als auch praxisbezogenen Ebene skizzieren und entsprechende Forschungsdesiderate formulieren.

2 Fokussierung auf die Entwicklungs- und Partizipationsprozesse

Ist im Zusammenhang mit sozialer Teilhabe, sozialer Unterstützung, Wohlbefinden oder Gesundheit von Raum – oder Umwelt – die Rede, sind meist der fertig gebaute und zur Verfügung gestellte Raum sowie dessen Nutzung (oder Nichtnutzung) gemeint. Kaum jedoch wird im Zusammenhang mit Gesundheitsthemen ein Fokus auf die *Entstehung und Entwicklung* des Raums sowie auf die *Bedeutung der Entstehungsprozesse* als solche gelegt.

Im Kontext von Raum und Gesundheit sind der Zugang zur Natur und die Nutzung von Naturräumen als Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung viel diskutierte Themen und geforderte Elemente. Verschiedene Wirkungsweisen der Natur auf die Gesundheit sind im Wesentlichen wissenschaftlich nachgewiesen. Maller et al.

Im Hinblick auf Kinder gibt es Hinweise, dass vielfältige Naturerfahrungen für eine gesunde Entwicklung unabdingbar sind

zeigen beispielsweise in einem systematischen Literaturreview auf, dass in urbanen Kontexten die Natur (z.B. Parkanlagen und naturnahe Räume) eine wichtige Rolle für die Gesundheit und das Wohlbefinden spielen (Maller, Townsend, Pryor, Brown & Leger, 2005). Körperliche Aktivitäten im Grünen haben namentlich auf das psychische Befinden einen positiven Einfluss (Barton & Pretty, 2010; Bauer & Martens, 2010). Alcock et al. zeigen in einer Langzeitstudie, dass der

Wohnortwechsel in eine grüne Wohnzone positive Effekte auf die psychische Gesundheit und der Wegzug negative Effekte hat (Alcock, White, Wheeler, Fleming & Depledge, 2014). Im Hinblick auf Kinder gibt es Hinweise, dass vielfältige Naturerfahrungen für eine gesunde Entwicklung unabdingbar sind. Positive Effekte von Naturerfahrungen sind gesteigerte Konzentrationsfähigkeit, Verringerung von Verhaltensstörungen, erhöhtes Selbstwertgefühl, Verbesserung der motorischen Fähigkeiten sowie der psychischen und emotionalen Entwicklung (Louv, 2013). Naturnah gestaltete Freiräume führen bei Kindern zu mehr Vorstellungsvermögen im Spiel, mehr physischer Aktivität, ruhigerem und fokussierterem Spielen sowie zu positiven sozialen Interaktionen (Nedovic & Morrissey, 2013). Kinder machen allerdings immer weniger direkte Naturerfahrungen. Gut 80 % der Bevölkerung in der Schweiz wohnen in urbanen Gebieten (Bundesamt für Statistik, 2015), in welchen Arbeiten und Wohnen im Vordergrund stehen. Spielplätze sind oft nicht naturnah gestaltet und bieten wenig Anreize (Ministerium für Bildung, 2004), Naturerfahrungen werden seltener und so entwickeln sich der Natur gegenüber Entfremdungserscheinungen (Maller et al., 2005; Seiler & Zucchi, 2007). Als Konsequenz kann dies bei Kindern zu Entwicklungsdefiziten oder körperlichen und emotionalen Defiziten, verringerten Sinneswahrnehmungen oder Aufmerksamkeitsproblemen führen (Louv, 2013).

In den letzten Jahren hat sich die Tendenz entwickelt, im Speziellen Kinder, aber auch andere Personengruppen in die Entwicklung (naturnaher) Freiräume einzubeziehen. Dies zeigt sich in vielen Praxisbeispielen und bei entsprechenden Fachstellen (z.B. www.kinderbuero-basel.ch, www.spielraum.ch, www.quaktiv.ch).

Verschiedene Studien zeigen in Zusammenhang mit der Raumentwicklung positive Effekte von Partizipation auf Personen resp. auf die Interaktion zwischen Person und Raum sowie auf die Gemeinschaft einer Gemeinde. Höppner, Frick & Buchecker (2007) beispielsweise konnten nachweisen, dass bei Raumentwicklungsprojekten insbesondere das Vertrauen der partizipierenden Personen in die für das Projekt zuständige Personen gestärkt und somit das Engagement der Bevölkerung gefördert werden konnte. Buchecker, Hunziker & Kienast (2003) konnten in ihrer qualitativen Studie in Zusammenhang mit Gemeinde- und Landschaftsentwicklung nachweisen, dass partizipative Prozesse Zeit und Ressourcen sowie eine gute Kommunikation benötigen, dann aber positive Effekte hinsichtlich Identifikation und Integration mit der Landschaft, einer den Bedürfnissen entsprechenden Entwicklung der Landschaft sowie die Verantwortung der Bewohner und Bewohnerinnen für ihre Lebenswelt fördern. Bereits 1992 betonte Hart (1992) in einem Bericht der UNICEF, dass Partizipation von Kindern verschiedene positive Wirkungen zeitigen kann. Zentral war die Feststellung, dass die Mitwirkung einerseits zu einem Gefühl von Verantwortung für das, was man mitgestaltet hat, führt, darüber hinaus aber auch einen Beitrag leistet, dass Kinder ihr Recht auf ihre Meinung und deren Äußerung entdecken sowie, dass das eben etwas bewirken kann. Das führt dazu, dass Kinder sich mit der Welt auseinandersetzen, Regeln und Werte kennenlernen und das so zu einem Beitrag in deren Entwicklung leistet.

Neue Partizipationsformen jenseits der klassischen politischen Partizipation (wie Wahlen und Abstimmungen an der Urne) können auch unter dem Blickwinkel des Demokratiebeitrags analysiert werden. Namentlich in der Schweiz eröffnen diese neu-

en Beteiligungsformen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren diverse Chancen. Aus demokratietheoretischen Überlegungen ist es von Interesse, der Frage nachzugehen, wie solche Ansätze im Rahmen von konkreten Projekten gelingen können und welche Effekte sie auf individueller und kollektiver Ebene haben. Im Rahmen des in diesem Beitrag beigezogenen Praxisbeispiels QuAKTIV (vgl. Kap. 6) wurde eine entsprechende Begleitforschung durchgeführt. Sechs Faktoren zeichnen den Demokratiebeitrag aus (vgl. Widmer & Stutz, 2016): *Inklusion* (Inwiefern gelingt es, die definierten Zielgruppen zu erreichen und mit den angewendeten Methoden effektiv partizipieren zu lassen?), *Gerechtigkeit* (Inwiefern sind die Verfahren gerecht bezüglich der Partizipierenden und Nicht-Partizipierenden?), *Mitwirkungsqualität* (Inwiefern werden qualitativ hochwertige Partizipationsprozesse, das heißt vertiefte, kontinuierliche Mitwirkung in einem fairen, ausgewogenen und ergebnisoffenen Verfahren, erreicht), *Transparenz* (Inwiefern werden die Beteiligten wie auch weitere interessierte Kreise angemessen über die Verfahren informiert?), *Sozialisation* (Inwiefern machen die Beteiligten Erfahrungen, die ihr zukünftiges Verhalten und ihre Einstellung gegenüber Partizipation beeinflussen?), *Einbettung* (Inwiefern fügen sich die neuen Partizipationsformen in die bestehenden demokratischen Prozesse ein?). Die Ergebnisse zeigen, dass mit QuAKTIV diese sechs Kriterien insgesamt recht gut erfüllt werden konnten. Gerade die Dimension der Sozialisation beschreibt u.a. die gemachten Erfahrungen, dass man durch Engagement auch als Kind etwas erreichen kann, dass Meinungen wahrgenommen und ernstgenommen werden (ebd.). Das hat voraussichtlich wiederum Effekte auf die weiter unten beschriebenen *individuellen* Gesundheitsdimensionen.

hen, dass partizipative Prozesse per se einen Beitrag zur Gesundheit resp. zu Gesundheit beeinflussenden Faktoren leisten können (Hartung, 2012). *Allerdings wird kaum der Frage nachgegangen, welchen Beitrag die partizipativen Prozesse hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern selbst leisten resp. ob und wie gesundheitsbezogene Faktoren positiv beeinflusst werden können.* Absicht des vorliegenden Beitrags ist es, hierzu theoretische Grundlagen zu erarbeiten und diese vor dem Hintergrund der Erfahrungen im Entwicklungs- und Umsetzungsprogramm QuAKTIV mit der Praxis zu verknüpfen und zu reflektieren.

Der Fokus wird dabei auf individuelle Faktoren resp. Effekte gelegt. Wie weiter unten aufgezeigt wird, bedingen sich in Bezug auf Gesundheit resp. Gesundheitsentwicklung individuelle und soziale Faktoren. Gerade der Setting-Ansatz, in welchem neben den individuellen Faktoren auch Kontextfaktoren (Strukturen und Prozesse) adressiert werden (vgl. 5.3), zeigt das auf. Partizipation wird da als Schlüsselement betrachtet, um eben diese Strukturen und Prozesse mit zu entwickeln. Gemäß dem Konzept der Salu-

togenese von Antonovsky (1997), wird die Frage ins Zentrum gerückt, was den Menschen, egal unter welchen, auch widrigen Umständen, gesund erhält.

Das Salutogenesekonzept fokussiert diverse Faktoren und somit Effekte auf der individuellen Ebene (personale Ressourcen) und soll für den vorliegenden Beitrag das Leitkonzept sein. Soziale Faktoren resp. soziale Ressourcen und Effekte werden somit nicht diskutiert, auch weil die Diskussion die Fragestellung stark erweitern würde (vgl. für einen Überblick Bachmann, 2014).

3 Stadt und Raum

3.1 Umweltpsychologischer und sozialraumtheoretischer Bezug

Die Umweltpsychologie handelt von der „letztlich unauflösbaren Beziehung“ (Graumann & Kruse, 2008) zwischen den Menschen und der Umwelt. „Mit anderen Worten ist alles, was aus umweltpsychologischer Perspektive am Menschen interessiert, immer auf dessen Umwelt zu beziehen, sind alle Aussagen über die Umwelt immer auf das Verhältnis bezogen, das der Mensch zu ihr einnimmt.“ (ebd.). Mensch und Umwelt können nach dieser Betrachtungsweise nicht getrennt voneinander gedacht und analysiert werden – Erleben und Verhalten sind immer als Funktion dieser Interaktion zu sehen.

Neben der psychologischen Betrachtungsweise gibt es auch eine räumlich geprägte. Der Begriff des Sozialen Raums verweist darauf, dass der Raum auch Ergebnis menschlichen Handelns ist. Folglich kann er nicht ohne seinen sozialen Kontext und Inhalt (Früchtel, Cyprian & Budde, 2013; Kessl & Reutlinger, 2007) sowie die räumlichen Verflechtungen der Menschen (Bertram & Hollstein, 2003) gedacht werden.

Soziale Räume sind ein Abbild der gesellschaftlichen Verhältnisse, sind in einem stetigen Entwicklungsprozess (Löw, 2001) und beeinflussen gleichzeitig auch die Lebenswelten und die Handlungsmöglichkeiten der einzelnen Menschen (Bourdieu, 1982, 1997; Früchtel, Cyprian & Budde, 2013). Die Rede ist hier von sozialem Raum als *relationalem Raum*. Wahrnehmungen und Deutungen der Sozialen Räume können subjektiv unterschiedlich sein, sie sind ein Plural (Kessl & Reutlinger, 2007; Löw, 2001). Soziale Räume werden produziert

Der Begriff des Sozialen Raums verweist darauf, dass der Raum auch Ergebnis menschlichen Handelns ist

und durch soziale Handlungen im Alltag reproduziert und institutionalisiert. Dadurch wiederum werden die räumlichen und institutionellen Strukturen zu objektiven Gegebenheiten und wirken durch Möglichkeiten oder Einschränkungen des Zugangs und der Teilhabe auf die Gesellschaft und Individuen (Früchtel, Cyprian & Budde, 2013; Käser, 2012; Kessl & Reutlinger, 2007; Löw, 2001; Manderscheid, 2010).

Wenn es um die relationale Perspektive der Raumentwicklung geht, ist die Theorie der Produktion des Raumes von Henri Lefebvre von Bedeutung (Lefebvre, 1991, 2002). Sie beschreibt Raumproduktion als einen dynamischen und dialektischen (Schmid, 2015) Prozess von drei Faktoren. Der erste Faktor beschreibt den Raum als *Produkt von Alltagshandlungen und Alltagspraktiken*, also der räumlichen Praxis. Die räumliche Praxis entspricht Alltagsroutinen, die durch die gebaute Umwelt, wie das Quartier, sowie die vorhandenen Infrastrukturen beeinflusst werden. Diese gebaute Umwelt, die physisch greifbar, begangen und genutzt werden kann, führt zu individuellen Wahrnehmungen und Handlungen. In der gebauten Umwelt „verstecken“ sich Bilder und Vorstellungen (Stereotypen) der Planenden (Raumplanung, Architektur etc.) und Entscheidungstragenden (z.B. die Verwaltungen, Investoren). Ob sich diese Bilder und Vorstellungen mit den tatsächlichen der Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers decken, hängt maßgeblich davon ab, wie die Planungs- und Entscheidungsprozesse konzipiert und gestaltet werden, also ob und in welcher Form die Bewohnerinnen und Bewohner beteiligt werden. Der zweite Faktor betrifft die *Konzepte oder Theorien* zum Raum (Raumrepräsentationen). Das ist die kognitive Perspektive von Planungsfachpersonen wie Architekten und Architektinnen oder Raumplanenden, der Politik und Verwal-

tung sowie anderen entscheidungstragenden Instanzen. All diese Stakeholder haben ihre eigenen Vorstellungen und Überzeugungen davon, was z.B. im Falle von Räumen für Kinder Kindheit und Kind-Sein bedeuten. Konkrete Bilder und Vorstellungen über Kinder, aber auch eher unbewusste Stereotypen beeinflussen ihre Arbeit. Der dritte Faktor beschreibt den *tatsächlich gelebten Raum* (Repräsentationsraum). Hiermit ist die Art und Weise gemeint, wie ein Quartier von den Einwohnenden angeeignet wird, wie sie dort leben, ihre Zeit verbringen, interagieren etc. Die Symbolkraft der Umgebung, die ästhetischen Werte sowie die kollektiven Erlebnisse und Erfahrungen bringen Stadtlandschaften hervor, die zeigen, dass Strukturen mitunter anders interpretiert und genutzt werden, als in der Planung vorgesehen. In diesem Zusammenhang sind Aspekte der sozialen Netzwerke und Beziehungen zwischen den Menschen relevant (Lefebvre, 1991, 2002). Vogelpohl bringt die Sicht von Lefebvre so auf den Punkt: „Die Stadt und das Urbane sind für Henri Lefebvre keine Orte, sondern soziale Verhältnisse der wechselseitigen Inspirationen und des kollektiven Agierens.“ (Vogelpohl, 2015)

Die skizzierten theoretischen Zugänge zeigen, dass für die Wahrnehmung, die Bedeutungszuschreibung sowie die Nutzung von Räumen deren Entstehungs- und Entwicklungsprozesse, aber auch der Einbezug der Nutzenden entscheidend sind und dass es sich hierbei um dynamische, nie abgeschlossene Prozesse handelt.

3.2 Stadtentwicklung

An den oben beschriebenen Begriffen knüpft der Begriff der Stadtentwicklung an: „Stadtentwicklung kann definiert werden als das sichtbare Ergebnis eines sozioökono-

■ Schwerpunktthema **mischen Wachstums-**

oder Schrumpfungsprozesses einer Stadt, der aus den Verhaltensweisen und sich wechselseitig beeinflussenden Entscheidungen der handelnden Akteure resultiert und einen ständigen Wandel der sozialen und wirtschaftlichen sowie der baulichen und räumlichen Struktur der Städte impliziert.“ (Streich, 2011) Es sind grundsätzlich zwei Entwicklungsmöglichkeiten möglich, nämlich zum einen das administrativ gesteuerte Einwirken der Verwaltung (top-down), zum anderen die von der Bevölkerung geprägte Entwicklung von innen bzw. aus der Basis heraus (bottom-up) (Henckel, von Kuczkowski, Lau, Pahl-Weber & Stellmacher, 2010). Stadtentwicklung umfasst alle Tätigkeiten der Entwicklung von räumlichen und sozialen Strukturen auf unterschiedlichen Ebenen, wie Quartiere, Stadtteile, Städte, Gemeinden oder auch Regionen (Henckel, von Kuczkowski, Lau, Pahl-Weber & Stellmacher, 2010). Wenn im Folgenden von *Stadt* oder *Stadtentwicklung* die Rede ist, sind alle genannten Ebenen gemeint.

3.3 Kindergerecht und naturnah gestaltete Freiräume

Freiräume sind Räume, die nicht durch Hochbauten belegt sind (Petrov, 2012). Das können öffentliche Freiräume, wie Fußgängerzonen, Parks, Grünflächen, Straßenraum, Spielplätze, Sportanlagen etc., oder auch private, aber öffentlich zugängliche Freiräume, wie Spielplätze von Wohnüberbauungen, Brachflächen, Nischen, Baulücken etc., sein. Sie sind oftmals bedeutende Begegnungs- und Naherholungsräume für den Alltag oder die Freizeit der Kinder. Freiräume werden

mehr oder weniger stark vom Menschen gestaltet (Bodenheimer, Suter & Hengsberger, 2012; Petrov, 2012). Besonders die quartierbezogenen³ Freiräume stellen für Kinder, die aufgrund ihres Alters stärker an das Wohnumfeld gebunden sind, wichtige Orte der Freizeitgestaltung dar. Diese Freiräume übernehmen *ökologische* (Zugang zur Natur, Sicherung der Artenvielfalt etc.), *ökonomische* (Grundstückswert etc.) und *soziale Funktionen* (Integration, Austausch etc.) (Petrov, 2012).

Ein kindergerecht gestalteter Freiraum zeichnet sich durch seine Erreichbarkeit und ein hohes Identifikationspotenzial für die Kinder sowie durch die Bereitstellung von flexiblen, mobilen, temporären und bedarfsgerechten Nutzungs- und Spielmöglichkeiten aus (Muri, 2009; Reicher, 2012). Für eine kindgerechte Entwicklung und Gestaltung von Freiräumen müssen die Lebenswirklichkeiten, Bedürfnisse und Anliegen der Kinder einbezogen werden (Niermann, Schnur & Drilling, 2014).

Dabei gilt es, strukturelle und sozialräumliche Dimensionen zu berücksichtigen. Strukturelle Punkte sind beispielsweise Zugänglichkeit, Aneignungsmöglichkeiten und Veränderbarkeit (Muri, 2009; vgl. Schemel, 2001). Naturnah gestaltete Freiräume erlauben unterschiedliche Nutzungs- und Aneignungsmöglichkeiten, schaffen vielfältige sinnliche und motorische Erfahrungsfelder. Das informelle Lernen wird gefördert. Erfahrungen mit Artenvielfalt sowie mit einheimischen Pflanzen und Tieren fördern ein positives Verhältnis zur Natur und ein entsprechendes Verantwortungsgefühl für die eigene Umwelt (vgl. Markowsky, 2010; Müller, Leißner & Weidt, 2005; Obrist et al., 2012). Kontakte zur und Aufenthalte in der Natur sind wichtig für die psychische und physische Entwicklung sowie

Für eine kindergerechte Entwicklung und Gestaltung von Freiräumen müssen die Lebenswirklichkeiten, Bedürfnisse und Anliegen der Kinder einbezogen werden

das Wohlbefinden (Gebhard, 2008; Schemel & Wilke, 2008). Die Berücksichtigung der sozialräumlichen Dimension bedeutet beispielsweise, dass ein Austausch zwischen den Kindern unterschiedlicher Herkunft, Persönlichkeit, Interessen etc., aber auch zwischen den Generationen möglich wird und Rückzugsmöglichkeiten gegeben sind (Fabian, Huber, Klöti, Schmid & Drilling, 2014; Muri, 2010).

4 Gesundheit

4.1 Gesundheit und Umwelt

Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben, lernen, spielen und arbeiten. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit als Ausdruck von hohem Wohlbefinden und hoher Lebensqualität und nicht bloß als Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit ist ein multidimensionales Konstrukt und hat nicht nur eine körperliche und psychische, sondern auch eine soziale Dimension (Sterdt & Walter, 2012). Im aktuellen Diskurs wird unter Gesundheit weniger ein (Ideal-)Zustand als vielmehr ein Prozess verstanden (Faltermeier, 2009). Der Begriff steht für eine dynamische Balance, die sich einstellt, wenn Bewältigungsressourcen zur Verfügung stehen, um Anforderungen gewachsen zu sein, und wenn physische, psychische oder interaktive Ressourcen weiterentwickelt werden können. Gesundheit als Prozess steht somit für vielfältige Wechselwirkungen zwischen Menschen und ihrer Umwelt. Diese prägen das Gesundheitsverhalten, aber auch die unterschiedlichen Chancen auf Gesundheit (Sterdt & Walter, 2012).

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention beziehen sich auf zwei unterschiedliche, aber sich ergänzende Konzepte: „Gesundheitsförderung zielt auf die Stär-

kung der Gesundheitsressourcen und -potenziale. Prävention [...] möchte Risiken und Belastungen durch zielgerichtete Maßnahmen verzögern bzw. senken.“ (Sterdt & Walter, 2012) Gesundheitsförderung hat die Reduktion von Ungleichheiten im Hinblick auf Gesundheit und Lebenserwartung zum Ziel. Sowohl für die Prävention als auch für die Gesundheitsförderung gibt es personenorientierte sowie strukturorientierte Interventionen mit entsprechenden Zielsetzungen und unterschiedlichen Wirkungsfeldern. Maßnahmen wollen entweder Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen von Personen beeinflussen oder aber die strukturellen Verhältnisse, die Lebensbedingungen bzw., allgemeiner formuliert, die Umwelt (Sterdt & Walter, 2012). Eine zentrale Erkenntnis der Forschung zu Prävention und Gesundheitsförderung ist, dass eine allgemeine Stärkung von gesundheitsrelevanten Faktoren (Ressourcen) möglichst in jungen Jahren einsetzen sollte (z.B. Hafén, 2015).

4.2 Determinanten der Gesundheit

Die alltäglichen Lebensbedingungen prägen maßgebend die gesundheitliche Entwicklung sowie die gesundheitsbezogenen Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen. Diese Umweltfaktoren besitzen teilweise eine höhere Erklärungskraft für die Gesundheit einer Person als ihr Gesundheitsverhalten (Richter & Hurrelmann, 2011). Die Gesundheitsförderung geht entsprechend von einer Vielzahl von Determinanten

Die alltäglichen Lebensbedingungen prägen maßgebend die gesundheitliche Entwicklung sowie die gesundheitsbezogenen Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen

von Gesundheit aus (vgl. Abbildung 1). Es werden fünf übergeordnete Bereiche voneinander unterschieden, die in einer wechselseitigen Beziehung zueinander stehen

■ **Schwerpunktthema** und dadurch die Gesundheit auf unterschiedliche Art und Weise beeinflussen.

Im Kontext von Stadt und Gesundheit sind alle Determinanten relevant. Besonders naheliegend, da durch Entwicklungsprojekte oder Interventionen beeinflussbar, sind neben den allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt vor allem die Bereiche soziale und kommunale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen der Bevölkerung, Wohnverhältnisse, vorhandene Gesundheitsversorgung sowie Bildung von Bedeutung (Fabian et al., 2015). Eng verbunden mit den genannten sozialen Netzwerken sowie den sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umweltfaktoren ist das Konzept des sozialen Kapitals. Soziales Kapital ist ein Netzwerkphänomen und macht Aussagen dazu, welche sozialen Ressourcen in einem

Netzwerk bestehen und nutzbar sind (Bourdieu 1983).

Neben diesen sozialen resp. umweltbedingten Determinanten der Gesundheit gibt es Faktoren, welche auf der individuellen Ebene angesiedelt sind. Das sind Ressourcen auf der Personenebene, welche das individuelle Gesundheitsverhalten, in Wechselwirkung mit den genannten sozialen Determinanten beeinflussen (vgl. dazu auch Gutscher, Hornung & Flury-Kleuber, 1998). Ein wesentliches Konzept in diesem Kontext ist das Salutogenesemodell von Antonovsky (1997), in welchem die Frage ins Zentrum rückt, was den Menschen, egal unter welchen, auch widrigen Umständen, gesund erhält. Das Salutogenesekonzept sowie die gemäß der aktuellen Fachliteratur relevanten Faktoren auf individueller Ebene, welche durch partizipative Prozesse, namentlich auch bei Kindern, gefördert wer-

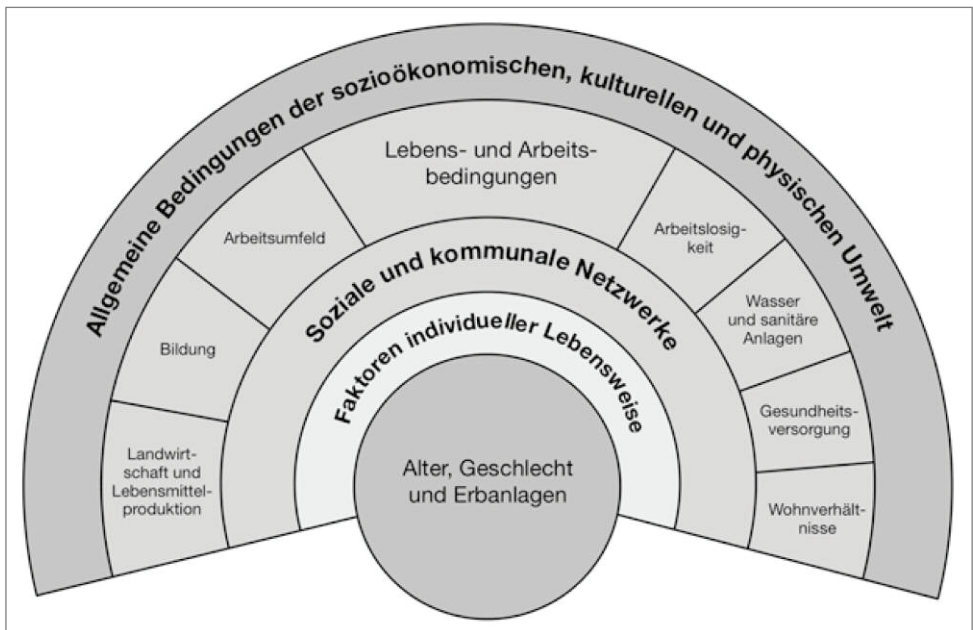


Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten

Quelle: Dahlgren & Whitehead, 1991; zit. nach Richter & Hurrelmann, 2011.

den können, sind weiter unten in Kapitel 7 ausgeführt.

Im vorliegenden Beitrag soll auf diese individuellen Faktoren fokussiert werden.

5 Partizipation

5.1 Begriff und Konzept

Partizipation ist in Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung ein immer mehr in den Fokus rückendes Konzept, namentlich im Kontext der Förderung von Kindern. Verschiedene Gründe spielen für diese Entwicklung eine entscheidende Rolle. Partizipation von Kindern ist ein in der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 verankertes, von der Schweiz 1997 ratifiziertes Grundrecht (UN, 1989).⁴ Da Kinder bis 18 Jahre in aller Regel von politischen Entscheidungsprozessen ausgeschlossen sind, bieten *neue alternative Beteiligungsverfahren* eine Möglichkeit, um junge Menschen in sie betreffende Entscheidungen und Entwicklungen einzubinden. Obwohl der Begriff Partizipation sowohl im Hinblick auf Stadtentwicklung als auch im Hinblick auf Gesundheitsförderung gerne und oft verwendet wird, bleibt er doch oft diffus oder uneingelöst (Fabian et al., 2015).

Das dem vorliegenden Beitrag zugrunde liegende und z.B. im Programm QuAKTIV angewandte vierstufige Modell von Partizipation wurde in Anlehnung an Frehner, Pfulg, Weinand & Wiss (2004) sowie Lüttringhaus (2000) entwickelt (vgl. Abbildung 2). Es umfasst zugleich ein theoretisches Konzept, gesellschaftliche Werthaltungen sowie konkrete Arbeitsmethoden.

Die Information ist die erste Stufe. Sie ist zwar die Grundlage eines jeden Partizipa-

tionsprozesses, gilt aber lediglich als Vorstufe der Partizipation. Echte Partizipation beginnt mit der aktiven Mitwirkung, also wenn Betroffene zu Beteiligten werden und in der Ideenfindung, Planungsphase und Umsetzung mitdiskutieren, mitentwickeln und mitgestalten können. Die nächste Stufe der Partizipation

ist die Mitentscheidung (Moser 2010). Unter gewissen Umständen können Projekte schließlich in die (halb-)autonome Verwaltung durch Kinder übergeben werden. Im

Programm QuAKTIV wurde eine Partizipation angestrebt, die in den unterschiedlichen Phasen des Freiraumentwicklungsprojekts sowohl Prozesse der Mitwirkung als auch des Mitentscheidens beinhaltet (vgl. Jaun, 2001). „Dieses Verständnis von Partizipation gibt Kindern die Möglichkeit, als Expertinnen und Experten ihrer Lebenswelt auf diese Einfluss zu nehmen.“ (Fabian, Huber, Käser & Schmid, 2016; vgl. auch Hart, 1992)

Partizipative Prozesse zeitigen verschiedene Wirkungen. Kinder erleben durch Erfahrungen der Beteiligung, namentlich durch Mitwirkung und Mitentscheidung, dass ihre Rechte ernst genommen werden und dass sie Einflussmöglichkeiten bei der Gestaltung des Gemeinwesens haben (Olk & Roth, 2007). Wenn Kinder an für sie rele-

Partizipation ist in Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung ein immer mehr in den Fokus rückendes Konzept

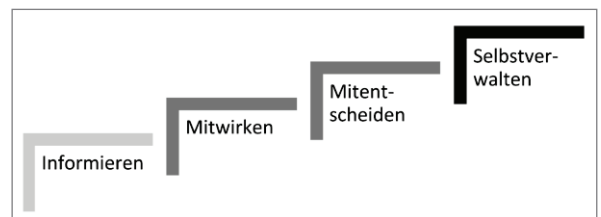


Abbildung 2: Partizipationsschritte

Quelle: Fabian, Huber, Käser & Schmid, 2016.

vanten Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen beteiligt werden, werden demokratierelevante Werte wie das Bilden einer Meinung und das Einstehen für diese Meinung, das Debattieren, aber auch das Aufgeben von Teilen des eigenen Standpunkts zugunsten eines gemeinsam getragenen Kompromisses gefördert und gelebt. Unterschiedliche Rollen können eingenommen und erprobt werden. Begegnungen zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die nicht an den Grenzen von sozialer Herkunft, Geschlecht oder kultureller Verortung haltmachen, sind möglich. Auf diese Weise können Kinder erleben, wie sie Mitverantwortung für ihr jetziges und zukünftiges Umfeld altersadäquat übernehmen können (Jaun, 2001).

Verknüpft mit dem Begriff der Partizipation sind Fragen zur Macht. Für echte partizipative Projekte müssen die Prozesse sorgfältig angegangen werden. „Für eine Partizipationspraxis, die nicht beliebig, sondern fundiert und professionell gestaltet sein soll, ist es notwendig, sich als Verwaltung beispielsweise im Rahmen eines Leitbildprozesses bewusst für einen Partizipationsbegriff und damit auch für eine bestimmte Partizipationshaltung zu entscheiden.“ (Klöti & Drilling, 2014)

5.2 Partizipation als Grundprinzip in Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung

Für die Gesundheitsförderung ist die Ottawa-Charta (World Health Organization, 1986) zentral. Sie ruft zum aktiven Handeln für das Ziel ‘Gesundheit für alle’ auf. In der Charta wird explizit ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis gefordert, das heißt unter anderem die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und die Unter-

stützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen (Engelmann & Halkow, 2008). Dabei gilt Partizipation als grundlegendes Prinzip für eine gelingende Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention, es gilt die Annahme, dass Projekte wirkungsvoller sind, wenn die Zielgruppen aktiv in den Veränderungsprozess einbezogen werden (vgl. Hartung, 2012). Im Hinblick auf die Stadtentwicklung zeigt sich, dass Partizipation einen Beitrag zu sozial nachhaltigeren Lösungen, zu größerer Identifikation mit dem Freiraum, zu größerem Wohlbefinden sowie zu generationenübergreifender Kommunikation leisten kann (vgl. Speck, 2010). Dabei bleibt es, wie im Bereich der Gesundheit, stets eine Herausforderung, auch schwächere und schwerere erreichbare Menschen einzubeziehen (vgl. Kirsch-Soriano da Silva & Soik, 2016; Martens & Frick, 2014).

5.3 Partizipation im Setting

Der Setting-Ansatz gilt in der Gesundheitsförderung als Schlüsselstrategie zur Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta (Engelmann & Halkow, 2008). Mit diesem Ansatz wurde der Fokus gesundheitsfördernden Handelns auf die sozialen Systeme wie Schule, Quartier, Verein, Betrieb etc. gerichtet. Neben der individuellen, der gemeinschaftlichen und der gesellschaftlichen Ebene wurden nun auch räumliche und soziale Strukturen als Ziele gesundheitsfördernder Maßnahmen angesprochen (ebd.). Mit dem Setting-Ansatz soll Gesundheit kein abstraktes Ziel mehr sein, sondern im Alltag der Menschen, in deren Lebenswelten hergestellt und aufrechterhalten werden (vgl. Altgeld, 2004). Die WHO definiert Settings als „the place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and

wellbeing“ (World Health Organisation, 1998). Das heißt, dass in unterschiedlichen Lebensbereichen und unterschiedlichen sozialen Systemen jeweils andere Rahmenbedingungen herrschen, welche Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Im Setting-Ansatz geht es primär um die Beeinflussung dieser Rahmenbedingungen. Entsprechend wird auch von der „Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung“ gesprochen (Pelikan, 2011).

Kernstrategien des Setting-Ansatzes sind der Einbezug und die Beteiligung, also die Partizipation aller relevanten Akteure (vgl. Hartung & Rosenbrock, 2011), die Prozessorientierung, die Entwicklung integrierter Konzepte und der Einbezug von Interventionen, die sowohl individuelle Verhaltensweisen als auch strukturelle Verhältnisse innerhalb des Settings beeinflussen (vgl. Sterdt & Walter, 2012). Die Beteiligung aller Akteure, vor allem auch der Zielgruppe, ist in Bezug auf die Gesundheitsförderung besonders relevant. Gesundheitsfördernde Projekte haben meist guten Erfolg, wenn die Menschen, für welche die Angebote entwickelt und umgesetzt werden, aktiv mitwirken können (vgl. Böhme & Reimann, 2012).

Während Partizipation in Zusammenhang mit Gesundheit in der Regel als Voraussetzung gesehen wird, dass Gesundheit den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Betroffenen gemäß gefördert werden kann, geht der vorliegende Beitrag auf einen anderen Aspekt der Partizipation in Zusammenhang mit Gesundheit ein. Wie bereits erwähnt, hat die erlebte Partizipation – so die bislang vorab theoretische Annahme – einen Einfluss auf individuelle, die Gesundheit beeinflussende Faktoren. Auf diese wird in Kapitel 7 eingegangen. Vorab wird das Programm QuAKTIV eingeführt, ein

Programm, welches naturnah gestaltete Freiräume mit Kindern und für Kinder plante und gestaltete. Mit der Grundlage dieses Praxisprojekts lassen sich die Faktoren strukturiert diskutieren.

6 Das Programm QuAKTIV – Planung und Gestaltung naturnaher Freiräume für Kinder und mit Kindern

Das im Februar 2016 abgeschlossene Programm QuAKTIV hatte zum Ziel partizipative, ökologische und pädagogische Aspekte im Rahmen der Freiraumentwicklung für Kinder zusammen zu denken, zu planen und umzusetzen. Dazu sollten im Rahmen von drei Pilotprojekten naturnah sowie kindergerecht gestaltete Freiräume geplant und gestaltet werden. Entsprechend wurden bestehende partizipative Methoden hinsichtlich Naturnähe geprüft, bei Bedarf angepasst und schließlich umgesetzt. Neben den Methoden waren der Gesamtprozess und die Kooperationen innerhalb der einzelnen Projekte zentral und Gegenstand der Evaluation. Zudem standen demokratierrelevante und die hier zugrunde liegenden Lernprozesse im Interesse, während Aspekte der Gesundheit nicht explizit benannt wurden (vgl. Fabian, Huber, Käser & Schmid, 2016; www.quaktiv.ch).

Diese Verknüpfung zwischen Partizipation und gesundheitsrelevanten Faktoren auf individueller Ebene von Kindern im Rahmen von naturnah gestalteten Freiräumen wird im Folgenden vorgenommen.

Die QuAKTIV-Projekte wurden entlang eines Projektzyklus mit fünf Arbeitsphasen realisiert: 1) Ausgangslage und Analyse; 2) Planung und Konzept; 3) Umsetzung und Realisierung; 4) Betrieb und Pflege; 5) Evaluation und Verstetigung. Namentlich

■ Schwerpunktthema in den ersten vier

Phasen spielt die Partizipation der Kinder eine wichtige und entscheidende Rolle für das Gelingen der Projekte genauso wie für die Förderung der gesundheits- sowie der demokratierelevanten

Kinder werden von den Verantwortlichen als Experten und Expertinnen ihrer Lebenswelten gesehen und akzeptiert

Faktoren. In all diesen vier Phasen gibt es entsprechende methodische und organisatorische Möglichkeiten (vgl. für die Arbeitsphasen und partizipativen

Methoden Fabian, Huber, Käser & Schmid, 2016; www.quaktiv.ch). Konkret angewendete Methoden waren: Nadelmethode, Subjektive Landkarten, Begehung, Autofotografie, Erkundung und Bewertung, Planungswerkstatt: Zeichnen, Modellbau und Mitmachbautage (vgl. für eine Beschreibung ebd.).

Zentrale und grundsätzlich gemeinsame Grundlagen und Elemente dieser Vorgehensweise und Methoden sind:

- Die Verantwortlichen in der Gemeinde oder der Stadt (Quartier) teilen die Haltung, dass Kinder in sie betreffende Entwicklungsprojekte einbezogen werden müssen. Mit dieser Haltung akzeptieren und betonen sie, dass sie für Entscheidungen die Sicht der Kinder ernsthaft und bindend berücksichtigen wollen, resp. die Kinder hier teilhaben lassen.
- Kinder erhalten eine faire Möglichkeit, in allen Phasen adäquat zu partizipieren.
- Kinder werden von den Verantwortlichen als Experten und Expertinnen ihrer Lebenswelten gesehen und akzeptiert.
- Kinder bestimmen mit, welche Orte und Freiräume in ihrem Umfeld betrachtet, begangen, visualisiert und diskutiert werden.
- Die Freiräume werden von den Kindern hinsichtlich verschiedener Qualitäten

wie Aufenthalt, Attraktivität, Austausch, Rückzugsmöglichkeit, Spielmöglichkeit, Spannung und Abenteuer etc., aber auch Unbehagen, Angst, Zugangsbarrieren etc. bewertet.

- Kinder entwickeln entsprechend ihren Anliegen Ideen, wie diese Freiräume gestaltet werden können, welche Aktivitäten sie ausüben möchten, welche Zwecke diese erfüllen sollen, welche Elemente sie möchten, welche Materialien und Pflanzen sie sich wünschen.
- Die Diskussionen, Kommentare, Bewertungen, Anliegen und Ideen der Kinder werden in einem Bericht, auf Fotos, auf Video oder in Modellen festgehalten. Die Kinder erhalten so eine dokumentierte Stimme.
- Fachpersonen aus den Bereichen Planung und Bau, wie Landschaftsarchitektur, Raumplanung, Gartenbau etc., sowie aus der Gemeindeverwaltung und -politik werden beigezogen, es findet ein Austausch zwischen *Partnern*, also zwischen den Kindern und den erwachsenen Fachpersonen statt.
- Andere Erwachsene, wie Eltern, Personen aus der Kinder- und Jugendförderung oder Personen aus der Schule, werden beigezogen. Diese arbeiten mit (z.B. Mitmachbaustelle) oder unterstützen die Prozesse und Arbeitsschritte (z.B. Modellbau).

Die drei lokalen Pilotprojekte in den Gemeinden dauerten rund 6 bis 18 Monate, waren sehr unterschiedlich und konnten an zwei Standorten erfolgreich abgeschlossen werden. Ein Projekt musste aufgrund fehlender Finanzierung (keine Unterstützung an Gemeindeversammlung) sistiert werden. Erfolgreich bedeutet, dass einerseits die kindergerechten und naturnah gestalteten Freiräume realisiert werden konnten. Andererseits wurden die partizipativen Prozesse

ernsthaft, umfassend und mit Wirkung umgesetzt. Das heißt, dass die Ansichten, Ideen und Anregungen der Kinder in Aushandlungsprozessen mit Gemeindeverantwortlichen und Planungsfachpersonen konkretisiert und schließlich umgesetzt werden konnten (vgl. Widmer & Stutz, 2016).

7 Durch Partizipation förderbare gesundheitsrelevante Faktoren

7.1 Prozesse der Partizipation als Erfahrungsraum

Partizipation als Haltung, aber auch als Methode, welche die Betroffenen zu Beteiligten macht und sie mitwirken und mitentscheiden lässt, fördert nicht nur gemeinsam getragene Lösungen, hier die Gestaltung von kindergerecht und naturnah gestalteten Freiräumen, und eine entsprechende Identifikation mit den Ergebnissen der Aushandlungsprozesse, sondern hat auch einen direkten Einfluss auf die beteiligten Personen. Namentlich Kinder können im Rahmen neuer Beteiligungsverfahren bewusst oder unbewusst wichtige Erfahrungen machen. Beispielsweise kann das, was von Erwachsenen als „verwildertes Gebüsch“ bezeichnet wird, für Kinder ein wichtiger Ort zum Spielen und Verstecken sein. Indem Kinder die Möglichkeit haben, ihre eigenen Lebenswelten zu erläutern, werden einerseits Anliegen und Ideen, andererseits aber auch ansonsten unsichtbare Barrieren, Angsträume etc. sichtbar. Sowohl die Entstehungsprozesse als auch die Nutzung der Freiräume bieten den Kindern vielfältige Erfahrungs- und Austauschmomente, welche das Lernen und die persönliche Entwicklung unterstützen. Die Partizipation von Kindern kann im Weiteren aus entwicklungspsychologischer und pädagogischer Sicht durch wertvolle Entwicklungschancen und Lernprozesse auf individueller

wie kollektiver Ebene begründet werden (Moser, 2010).

Die Teilhabe an Gestaltungsprozessen hat aber auch einen Einfluss auf die Gesundheitschancen und die Gesundheitsressourcen selbst (Hartung, 2012). In partizipativen Prozessen sind für Kinder

verschiedene Erfahrungsdimensionen erlebbar: als Anwohner und Anwohnerin mit einer Stimme und Meinung angehört und ernst genommen zu werden; Integration im Gemeinwesen; sozialer Austausch mit anderen Personen und Generationen; Erleben von Zuwendung durch Erwachsene und anderen Kinder etc. Wenn diese Erfahrungswerte positiv erlebt werden, tragen sie dazu bei, dass verschiedene gesundheitsrelevante Ressourcen der Kinder gestärkt werden können: Empowerment und Autonomie, Selbstwirksamkeit, Attribution und Kontrollüberzeugungen, Kohärenzgefühl (vgl. Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009; Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001; Hartung, 2012). Diese Ressourcen sind als Schutzfaktoren oder als Resilienz stärkende Faktoren zu sehen, sind förderbar sowie empirisch messbar (vgl. Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009).

Kinder können im Rahmen neuer Beteiligungsverfahren (Partizipation) bewusst oder unbewusst wichtige Erfahrungen machen

Im Folgenden werden die gesundheitsrelevanten Faktoren diskutiert, die im Zusammenhang mit den partizipativen Prozessen der Freiraumentwicklung sowie dem Betrieb und Unterhalt des Freiraums relevant sind. Dabei soll am Beispiel von QuAKTIV aufgezeigt werden, wie diese Faktoren in den Prozessen adressiert und wie sie gefördert werden können. Es handelt sich dabei um theoretische Überlegungen, die durch die Erfahrungen in den Umsetzungen der Pilotprojekte untermauert werden.⁶ Ziel

■ **Schwerpunktthema** ist, eine Grundlage für weiterführende Forschungsfragen zu skizzieren.

7.2 Empowerment und Autonomie

Die Begriffe Empowerment und Autonomie sind eng mit dem Begriff der Partizipation verknüpft. Mit dem Empowerment-Ansatz wendet man sich von einer paternalistischen Ausrichtung ab. Der Fokus richtet sich nicht mehr auf individuelle Vorsorge, Betreuung oder Erziehung, vielmehr wird die zielgruppen- und lebensweltspezifische Aktivierung und Mobilisierung der Menschen betont (Kraschl, Drewes & Kleiber, 2010; Rosenbrock, 2001). Als Empowerment werden Maßnahmen, Strategien oder Konzepte bezeichnet, welche Autonomie und Selbstbestimmung von Individuen oder Gemeinschaften erhöhen und es ihnen so ermöglichen sollen, ihre Interessen, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und ihre Umwelten eigenständig zu gestalten (Kraschl, Drewes & Kleiber, 2010). Im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit resp. Gesundheitsförderung muss die kritische Frage gestellt werden, wer überhaupt von wem befähigt werden soll. Voraussetzung für Empowerment sind Interesse an und Engagement für die Bedürfnisse, Anliegen und Lebenslagen von benachteiligten, schwächeren oder gar gefährdeten Personen. Wer zu diesen Personengruppen zugehört, wird in der Regel durch den normativen Blick von Professionellen oder Machthabenden bestimmt. „Dieser normative Blick ‘von oben’ steht aber im Widerspruch zum Empowerment-Ansatz, wonach die betreffenden Personengruppen selbst der Motor für Veränderungen sein sollten.“ (ebd.) Die Ermöglichung von Empowerment benachteiligter Personen impliziert, ähnlich wie beim Konzept der Partizipation, ein Machtgefälle zwischen

den beiden Instanzen. Von den benachteiligten Personen wird zugleich die Übernahme von mehr Eigenverantwortung und Eigeninitiative sowie als Folge davon mehr Autonomie erwartet. Dies führt mitunter zu einer Diskussion über das Verhältnis von individueller und gesellschaftlicher Verantwortung. Um Personen von unten her zu befähigen, müssen die ‘Mächtigen’, also Fachpersonen, Institutionen, Führungspersonen, aber auch Verwaltung und Politik etc. einen Teil ihrer Macht abgeben. Im Kern geht es also um Maßnahmen, Strategien oder Konzepte, welche die Autonomie im Leben von Individuen oder Gemeinschaften erhöhen und es ihnen so ermöglichen sollen, ihre Interessen eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und ihre Umwelten eigenständig zu gestalten (ebd.). Dabei steht Autonomie immer im Spannungsfeld zur Fremd- oder Außenbestimmung, aber auch Verbundenheit mit einem anderen Menschen oder einer Gemeinschaft. Dieses Spannungsfeld für sich positiv gestalten zu können ist gesundheitsunterstützend.

In den QuAKTIV-Projekten werden die Kinder eingeladen zu partizipieren. Voraussetzung hierfür war die Bereitschaft der Gemeindeverantwortlichen (Gemeinderat) als Machtinstantz, sich auf partizipative Prozesse einzulassen. Eine entsprechende Haltung war nötig – oder kann, wie die Erfahrungen bei QuAKTIV zeigen, durch Prozesse in den Gemeinden selbst gefördert und gestärkt werden. Wird Partizipation von den Machthabenden als *Teilabgabe* von bestimmten Macht- und Entscheidungsansprüchen verstanden, dann werden die Kinder – gesehen als eine politisch schwache Gruppe in einem Gemeinwesen – einbezogen, bekommen eine Stimme und werden so ernst genommen und gehört. Es gehört dazu, dass Anliegen und Ideen der Kinder nicht nur

abgefragt, sondern tatsächlich auch aufgenommen und in die Lösungen integriert werden. In der Praxis eröffnet sich an diesem Punkt ein Spannungsfeld, welches die Ermächtigung und somit die Autonomie der Kinder tangiert. In der Realität liegen die Entscheidungen, was mit einem Freiraum geschieht, was realisiert wird, welche Ressourcen wie eingesetzt werden etc. bei den Verantwortlichen der Politik oder Administration. Die formale Macht kann in der Regel – auch wenn man wollte – im Rahmen der gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Strukturen nicht abgegeben oder delegiert werden. Ein wichtiger Mechanismus, um zu gewährleisten, dass die Anliegen, Meinungen und Ideen der Kinder schließlich berücksichtigt werden, ist ein dialogischer Prozess zwischen den Kindern sowie den Planungsfachpersonen und Gemeindeverantwortlichen. Das bedeutet, dass Anliegen der Kinder aufgenommen und durch Planungsfachpersonen in Pläne und Modelle aufgenommen werden, um diese dann mit den Kindern rückzukoppeln und zu diskutieren. So wird das gegenseitige Verständnis gefördert und eine gemeinsam getragene Weiterentwicklung wird möglich. In diesem Prozess können und sollen den Kindern die Rahmenbedingungen, wie Finanzen, zeitliche Abläufe, bauliche Machbarkeit, erläutert werden. Das schafft ein Verständnis und die Grundlage für gemeinsames Denken und Entwickeln. Erfahrungen aus den Pilotgemeinden zeigen, dass dies gelingt und Kinder nach den Prozessen zum großen Teil berichten, dass sie ihre Anliegen und Ideen in den Freiräumen erkennen und wahrnehmen. Sie sehen, dass sie einen Beitrag leisten konnten, der nicht nur von der Erwachsenenwelt angenommen wurde, sondern teilweise auch im Prozess gemeinsam entwickelt werden konnte. In diesen Prozessen lernen sie somit auch, dass es nicht nur um

die Durchsetzung der eigenen Ideen geht, sondern auch um die der anderen und schließlich um gemeinsame Ideen und Vorstellungen (vgl. Widmder & Stutz, 2016). Hier geht es darum, das genannte Spannungsfeld Autonomie und Gemeinschaft auszuloten und als gestaltbar zu erfahren.

7.3 Selbstwirksamkeit

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung hat im Gesundheitsbereich große Bedeutung. Es ist in verschiedenen Kontexten sehr gut validiert und findet in anderen Theorien als Teilgröße seinen Niederschlag.⁵ „Selbstwirksamkeitserwartung wird definiert als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können.“ (Schwarzer, 2004) Einfache Routine reicht für die Lösung nicht. Anstrengung und Ausdauer sind für die Bewältigung erforderlich. Das Konzept unterscheidet zwischen der Konsequenzerwartung (Überzeugung, dass das Verhalten zum Erfolg führt) und der Kompetenzerwartung (Erwartung an sich selbst, für das Verhalten kompetent zu sein).

Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung haben Personen, die davon überzeugt sind, selbst etwas dazu beitragen zu können, eine schwierige Situation zu bewältigen und Lösungen herbeizuführen. Selbstwirksamkeitserwartung hat für unser Handeln resp. unsere Handlungsintention noch weitere Bedeutungen. So führt eine höhere Selbstwirksamkeit bei gleichen Fähigkeiten u.a. zu größerer Anstrengung und Ausdauer, höherem Anspruchsniveau, besseren Leistungen, realistischerer Einschätzung der Qualität der eigenen Leistungen sowie selbstwertförderlicheren Ursachenzuschreibungen (Bandura, 1997; Schwarzer, 2004). Selbstwirksamkeitserwartung kann durch

■ **Schwerpunktthema** Erfahrungen und Interventionen gefördert werden. Vier Quellen sind empirisch belegt (Schwarzer & Jerusalem, 2002):

Eigene Erfahrungen sind das stärkste Mittel, um Selbstwirksamkeitserwartungen aufzubauen. „Man muss den Lernenden Erfolge vermitteln, die sie ihrer Anstrengung und Fähigkeit zuschreiben können.“ (ebd.) Die Motivation von Menschen steigt, wenn sie erfahren, dass ihre Anstrengungen fruchten und ihre Erfahrungswerte resp. Qualifikation steigen. Erfolge stärken die Selbstwirksamkeit, Misserfolge schwächen sie. Eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung wird aber durch einzelne Misserfolge kaum gemindert. Als zweite Quelle bieten *Verhaltensmodelle* die Möglichkeit zur Beobachtung und Nachahmung und empfehlen quasi gelingende Verhaltensweisen zur Nachahmung. Die dritte Quelle, die *Überredung* oder *soziale Überzeugung*, bedeutet, jemandem eine Rückmeldung zur Person, zum Verhalten und zu seinen Möglichkeiten zu geben, um sie so zu bestätigen und zu stärken. *Gefühlsmäßige Erregung* schließlich ist die vierte und schwächste Quelle. Eigene Emotionen und deren Wahrnehmung liefern Informationen über die eigene Befindlichkeit bei gegebenen Anforderungen.

Eine interne Kontrollüberzeugung bedeutet, dass eine Person davon überzeugt ist, dass das Ergebnis einer Handlung so ist, weil sie als Person das bewirkt hat

Eine ganze Reihe von Studien zeigt, dass Selbstwirksamkeit mit Gesundheit oder Gesundheitsverhalten korreliert (vgl. dazu Hartung, 2012). Eine gute Selbstwirksamkeit ist eine Voraussetzung für psychisches und körperliches Wohlbefinden sowie für Lebenszufriedenheit (Schwarzer, 2004). Namentlich im Rahmen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten (z.B. im Kontext Sub-

stanzenkonsum, Gewalt, Zivilcourage) ist die Förderung der Selbstwirksamkeit oft eine wichtige Maßnahme, da sie in all diesen Kontexten deutliche präventive Effekte aufweist (ebd.).

Anknüpfend an die Ausführungen zu Empowerment und Autonomie zeigen die Erfahrungen aus den partizipativen Prozessen bei QuAKTIV, dass die Selbstwirksamkeit der Kinder adressiert wird. Kinder sind es meist nicht gewohnt, Teil von demokratischen Prozessen zu sein – das ist in der Schweiz nicht vorgesehen. So stellen die neuen Verfahren im Rahmen von partizipativen Prozessen wie bei QuAKTIV für die Kinder unbekannte und mitunter herausfordernde Situationen dar und bieten die Chance für entsprechende Erfahrungen. Kinder können in den partizipativen Prozessen ihre Ideen und Anliegen nicht nur entwickeln und darstellen, sondern machen auch die Erfahrung, dass sie diese einerseits unter den Peers diskutieren und „verteidigen“ können, und dass sie sich andererseits im Austausch mit Erwachsenen (Planungsfachpersonen, Gemeindevertretende etc.) einbringen können, angehört und ernst genommen werden. Sie erfahren, dass ihre Meinungen und Anliegen einen Wert haben, der angenommen wird. Sie erfahren aber auch, dass es in der Gemeinschaft um Kompromisse geht und alle ein Recht auf eine Meinung und Beteiligung haben. In diesem Zusammenhang werden auch die anderen Quellen der Selbstwirksamkeit, insbesondere die Beobachtung und Nachahmung von Verhaltensmodellen aktiviert. Peers, aber auch die Erwachsenen werden in Diskussions- und Aushandlungsprozessen beobachtet und positive Elemente können übernommen werden.

7.4 Attribution und Kontrollüberzeugungen

Eine zentrale Komponente der Selbstwirksamkeitserwartung ist die Vorstellung, dass man Verhaltensweisen und Geschehnisse als Person beeinflussen kann – oder, dass man es nicht kann. Hier spricht man von der Kontrollüberzeugung, die weiter zwischen der *internalen* und der *externalen Kontrollüberzeugung* unterschieden wird (Heckhausen & Heckhausen, 2010). Eine interne Kontrollüberzeugung bedeutet, dass eine Person davon überzeugt ist, dass das Ergebnis einer Handlung so ist, weil sie als Person das bewirkt hat (Beispiel: „Die gute Schulnote habe ich bekommen, weil ich das Fach supergut gelernt und verstanden habe.“). Bei der externalen Kontrollüberzeugung hingegen werden externe Umstände als Ursache für das erreichte Ergebnis gesehen (Beispiel: „Die Prüfung war so supereinfach, nur deshalb war ich gut.“). Es gibt verschiedene Hinweise, dass es Zusammenhänge zwischen interner und externaler Kontrollüberzeugung und bestimmten Aspekten der Gesundheit (z.B. Stresserleben, gewisse chronische Krankheiten) gibt. Personen mit höherer interner Kontrollüberzeugung sind oft gesünder oder haben das bessere Wohlbefinden (Hartung, 2012).

Wenn bei Projekten wie QuAKTIV die partizipativen Prozesse dazu führen, dass Kinder erleben, dass sie zumindest Teile ihrer Lebenswelt mitbeeinflussen können, dass sie Mitverursacher von Entscheidungen und Lösungen sind, dann werden die interne Kontrollüberzeugung gestärkt sowie die entsprechenden Attributionsmechanismen als positiv erlebt und gefördert. Kinder identifizieren sich aufgrund der Beteiligung stärker mit den Freiräumen und übernehmen, das zeigen die Erfahrungen bei QuAKTIV, oft auch eine gewisse Verantwort-

ung für den Freiraum. Wenn die Kinder darüber hinaus in den Unterhalt der Freiräume (z.B. durch gelegentliche gemeinsame Aktionen von Aufräumen oder Pflege) einbezogen werden, verstärkt sich dieser Effekt und wirkt länger nach. Kinder aus den Pilotprojekten berichten, dass sie ihre Ideen in den Umsetzungen der Freiräume erkennen und erleben, dass sie tatsächlich ihre Lebenswelt mitgestalten können (vgl. auch Widmer & Stutz, 2016).

7.5 Kohärenzgefühl

Das Modell der Salutogenese von Antonovsky kritisiert das Paradigma der Pathogenese (Fokussierung auf Krankheit) und rückt die Frage ins Zentrum, was den Menschen gesund erhält (Antonovsky, 1997). In der Salutogenese geht es nicht um die Ursachen von Krankheiten, sondern um die Bedingungen und Faktoren, die Gesundheit erhalten und fördern.

Im Kontext der Salutogenese hat Antonovsky das Konzept des Kohärenzgefühls entwickelt. Das Kohärenzgefühl beschreibt „(...) eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass seine innere und äußere Erfahrungswelt vorhersagbar ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünftigerweise erwarten kann.“ (Antonovsky, 1997; zit. nach Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). Drei Komponenten bilden den Kohärenzsinn: Die *Verstehbarkeit* beschreibt die Erwartung eines Menschen, dass alltägliche Stimuli, Situationen oder Erfahrungen als geordnet oder erklärbar wahrgenommen und als konsistente und strukturierte Information verarbeitet werden können. Das führt dazu, dass ein

■ Schwerpunktthema konsistentes Bild der

Umwelt aufgebaut werden kann. Hier wird von der kognitiven Komponente gesprochen. Die *Handhabbarkeit* (kognitiv-emotionale Komponente) beschreibt die Erwartung, dass schwierige Situationen oder Herausforderungen lösbar

und bewältigbar sind. Dabei geht es um die eigenen Ressourcen und Kompetenzen, aber auch um den Glauben, dass andere Menschen helfen, um allfällige Schwierigkeiten zu meistern. Die *Sinnhaftigkeit* schließlich, die emotionale Komponente, beschreibt die Erwartung, dass das

Leben sinnvoll ist. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit motiviert dazu, Herausforderungen oder Schwierigkeiten tatsächlich anzugehen und zu bewältigen (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). „Ein Mensch ohne Erleben von Sinnhaftigkeit wird das Leben in allen Bereichen nur als Last empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe als zusätzliche Qual.“ (Bengel et al., 2001)

Der Kohärenzsinn korreliert mit der Gesundheit einer Person: Er unterstützt das Gesundbleiben oder das Gesundwerden. Ein starker Kohärenzsinn bedeutet, dass Menschen flexibel auf Anforderungen, aber auch Belastungen reagieren können und dass die dazu notwendigen Ressourcen tatsächlich aktiviert werden können (Bengel et al., 2001, Hartung, 2012).

Die Entwicklung des Kohärenzsинns wird gemäß Bengel et al. (2001) maßgeblich durch Partizipation, also Teilhabe an Entscheidungsprozessen beeinflusst. „Nach Antonovsky wird es [das Kohärenzgefühl] mit zunehmendem Lebensalter stabiler und schwerer veränderbar. Daraus leitet sich ab,

dass es wichtig ist, für Kinder und Jugendliche eine Welt zu schaffen, die konsistente Erfahrungen ermöglicht, für Belastungsausgleich sorgt und die Einflussnahme auf Entscheidungsprozesse zulässt.“ (ebd.)

Die Projekte im Rahmen von QuAKTIV eröffnen verschiedene Chancen, das Kohärenzgefühl und die drei Komponenten zu fördern. Verstehbarkeit wird gefördert, indem die Ziele, die Prozesse, die eigene Rolle und die Rollen der anderen sowie die Entscheidungen für die Kinder nachvollziehbar sind. Hier ist auch wichtig, dass allfällige Selektionsprozesse für die Beteiligung nachvollziehbar sind.

Nicht immer werden oder können alle Kinder in einem Gemeinwesen partizipieren, die Inklusion oder Exklusion muss aber transparent und für die Kinder nachvollziehbar und akzeptierbar sein. Inklusion spielt auch in den einzelnen methodischen Partizipationsschritten eine wichtige Rolle: Fühlen sich alle Kinder tatsächlich als Beteiligte? Gibt es allenfalls Hindernisse aufgrund von Sprache, Tempo oder Behinderung? Die Handhabbarkeit entspricht im Wesentlichen dem schon beschriebenen Faktor Selbstwirksamkeit. Die Sinnhaftigkeit schließlich, die als wichtigste Komponente des Kohärenzgefühls gilt, kann gefördert werden, indem Kinder erleben, dass ihr Mitwirken sich auswirkt, dass das Sich-Beteiligen einen erwünschten Einfluss auf die eigene Lebenswelt und somit auch auf das Wohlbefinden und schließlich die Lebensqualität hat. Die externe Evaluation von QuAKTIV zeigt, dass diese drei Komponenten gut adressiert und positiv unterstützt resp. gefördert werden konnten.

8 Diskussion und Ausblick

Um sich der Frage nach dem Beitrag von partizipativen Prozessen im Rahmen der kindergerechten und naturnahen Freiraumentwicklung für die Gesundheit von Kindern anzunähern, müssen folgende Themenkomplexe zusammengeführt werden:

Erstens ist das Thema der Stadtentwicklung (wobei Stadt hier als Überbegriff für Raum, Quartier, Gemeinde steht), bei welcher auf die relationalen und vielschichtigen Mechanismen und Wechselwirkungen rekurriert wird, wichtig. Besonders hervorzuheben ist, dass beide, Stadt und Menschen, sich fortwährend dynamisch beeinflussen. Die Mechanismen und Wechselwirkungen sowie der jeweilige städtische Kontext in seiner physischen, organisatorischen und erlebbareren Existenz beeinflussen u.a. die Gesundheit der Menschen, namentlich auch die der Kinder. *Zweitens* geht es um Gesundheit und die Beeinflussung ebendieser. Konkret werden in diesem Kontext die umweltspezifischen sowie die individuellen gesundheitsrelevanten Faktoren und Determinanten angesprochen. In diesem Zusammenhang ist Stadt als Setting für Gesundheitsförderung zu verstehen. *Drittens* sind die partizipativen Prozesse im Kontext von Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Eine entscheidende Rolle spielen die grundlegende Werthaltung sowie die konkrete Umsetzung der Partizipationsprozesse und -methoden. Es geht im Wesentlichen um die Frage, wer in welcher Form, mit welchen Möglichkeiten mitwirken und mitentscheiden kann. Und *viertens* sind der Aspekt der naturnahen Gestaltung und deren Wert für die Entwicklung der Kinder einzubeziehen.

Aus wissenschaftlicher Perspektive können folgende Annahmen formuliert werden:

Kindergerechte und naturnahe Entwicklungs- und Gestaltungsprozesse von Stadt – oder Umwelt – fördern gesundheitspezifische Ressourcen der Kinder. Dieser Effekt wird namentlich durch partizipative Prozesse mit den Kindern bewirkt. Wenn Kinder in Entwicklungs- und Gestaltungsprozesse einbezogen werden, erleben sie, dass sie ihre Umwelt beeinflussen können, dass sie in gewissen Teilen mitentscheiden können und dass sie eine altersadäquate Mitverantwortung zugesprochen bekommen. Kinder erleben Sinnhaftigkeit in ihrem Tun und Sein. In diesen Prozessen werden verschiedene gesundheitsrelevante Faktoren direkt adressiert und gefördert. Ausgehend von einem relationalen Verständnis von Raum, kann weiter davon ausgegangen werden, dass die positive Entwicklung des Raums und die Entwicklung der Kinder sich weiterhin gegenseitig dynamisch positiv beeinflussen werden. Trotz der gegebenen Komplexität lassen sich die theoretischen Aspekte und Annahmen sehr gut verbinden und es zeigt sich, dass – vorerst v.a. auf theoretischer Ebene – viel Potenzial für Entwicklung vorhanden ist.

Allerdings zeigen die Erfahrungen in den Pilotgemeinden, dass nicht nur die geschilderten Chancen bestehen, sondern auch gewisse Risiken. Falls beispielsweise die partizipativen Prozesse nicht optimal ablaufen, kann es auch zu Enttäuschungen oder gar negativen Wirkungen bei den Kindern kommen (vgl. Widmer & Stutz, 2016). Beispielsweise musste in einer Pilotgemeinde das Freiraumentwicklungsprojekt nach ersten partizipativen Schritten mit den Kindern abgebrochen werden. Grund war, dass die Gemeindeversammlung das beantragte Budget nicht bewilligt hat. Eine reguläre demokratische Entscheidung (durch Erwachsene) kann für neue Beteiligungsprozesse (für Kinder) problematisch werden. Bei den

mindest eine gewisse Unklarheit und Unzufriedenheit mit dieser Situation. Hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Faktoren kann man annehmen, dass diese nicht gefördert oder im schlimmsten Fall gar geschwächt werden können. Beispielsweise stellt sich die Frage, was solche Erfahrungen hinsichtlich Kohärenzsinn auslösen, namentlich in Bezug auf die Komponente Verstehbarkeit, wenn die Arbeit und das Engagement der Kinder, aber vor allem auch die damit verbundenen Hoffnungen von Erwachsenen plötzlich und ohne Einbezug der Kinder, abgeblockt werden.

Ausgehend von den Erfahrungen aus dem Umsetzungsprojekt QuAKTIV sowie dem Anliegen, jungen Generationen die Möglichkeit bieten zu wollen, sich gut und gesund zu entwickeln, lässt sich ein Forschungsdesiderat mit folgenden Hauptfragen ableiten:

- a) Hat der Einbezug von Kindern in partizipative Prozesse zur Entwicklung ihrer Lebenswelt, spezifisch von Freiräumen, einen Impact auf die Kinder selbst?
- b) Welche gesundheitsrelevanten Faktoren werden dabei wie gefördert?
- c) Welches sind die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für gelingende und fördernde partizipative Prozesse?

Hierfür sind Praxis-Forschungsprojekte notwendig, die eine quasiexperimentelle Forschungsanlage zulassen. Obwohl für Wirkungsmessungen grundsätzlich sog. Randomized Controlled Trial-Designs die zuverlässigsten Aussagen ermöglichen, ist es in solch einem Projekt nicht angezeigt Kinder in Kontrollgruppen aufzunehmen. Die Kinder würden in für sie wichtige Themen befragt, so auf Möglichkeiten der Teilhabe aufmerksam gemacht, wären aber aus eben solchen Prozessen ausgeschlossen. Das wäre

bisweilen für sie nur schwer nachvollziehbar. Somit wäre ein Vergleich im Längsschnitt mehrerer Projekte die ideale Basis für die Daten- und Erkenntnisgewinnung. Da es sich bei Planungs- und Gestaltungsprojekten um reale Projekte handelt, ist einerseits eine natürliche Variabilität gegeben, welche Vergleiche in der Unterschiedlichkeit ermöglicht. Gleichzeitig müssen gewisse Parameter, wie der partizipative Einbezug der Kinder oder die explizite Berücksichtigung von naturnaher Gestaltung vorab definiert und eingefordert werden. In der Empirie zu kontrollieren wären namentlich die Intensität sowie die Qualität der tatsächlich realisierten Partizipation sowie auch die Kontextbedingungen, wie die Haltung resp. das Verständnis, dass Kinder eben nicht nur eine Stimme haben, sondern auch mitreden und mitgestalten sollen (vgl. auch Marcus, 2005). Mixed-methods-Ansätze (Creswell, 2014), also eine Kombination von standardisierten quantitativen Verfahren zur Messung der genannten vier relevanten Dimensionen, z.B. Selbstwirksamkeit (Jerusalem et al., 2009), aber auch von weiteren relevanten Bereichen, wie die gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (The Kidscreen Group Europe 2006)⁷ oder die Stärken und Schwierigkeiten bei Kindern (SDQ)⁸ sowie qualitative, offene Verfahren eignen sich, um die Prozesse verstehen sowie die individuellen Erlebnismomente und Entwicklungsprozesse der Kinder erfassen zu können.

Kontakt

Carlo Fabian

Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung Thiersteinerallee 57

4053 Basel

Schweiz

carlo.fabian@fhnw.ch

Literatur

- Alcock, I., White, M. P., Wheeler, B. W., Fleming, L. E. & Depledge, M. H. (2014). Longitudinal Effects on Mental Health of Moving to Greener and Less Green Urban Areas. *Environmental Science & Technology*, 48(2), 1247-1255.
- Altgeld, T. (2004). *Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren*. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arthurson, K., Lawless, A. & Hammet, K. (2016). Urban Planning and Health: Revitalising the Alliance, Urban Policy and Research. *Urban Policy and Research*, 34(1), 4-16.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-245.
- Barton, J. & Pretty, J. (2010). What is the Best Dose of Nature and Green Exercise for Improving Mental Health? A Multi-Study Analysis. *Environmental Science & Technology*, 44(10), 3947-3955.
- Bauer, N. & Martens, D. (2010). Die Bedeutung der Landschaft für die menschliche Gesundheit – Ergebnisse neuester Untersuchungen der WSL. In Eidgenössische Forschungsanstalt WSL (Hrsg.), *Landschaftsqualität. Konzepte, Indikatoren und Datengrundlagen*. Forum für Wissen (S. 43-51). Birmensdorf.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. (Bd. 35). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. (Bd. 6). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- Bertram, H. & Hollstein, B. (2003). Soziale Beziehungen und soziale Netzwerke. *Berliner Journal für Soziologie*, 13(2), 147-151.
- Bodenheimer, A., Suter, B. & Hengsberger, J. (2012). *Suburbane Freiraumentwicklung*. Brugg: Metron Raumentwicklung AG.
- Böhme, C. & Reimann, B. (2012). Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: mehr Gesundheit im Quartier. In C. Böhme, C. Kliemke, B. Reimann & W. Süß (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit* (S. 199-210). Bern: Huber.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1997). Ortseffekte. In P. Bourdieu (Hrsg.), *Das Elende der Welt* (S. 117-123). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft GmbH.
- Bourdieu, Pierre (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten* (Bd. 2, S. 183-198). Göttingen: Schwartz.
- Buchecker, M., Hunziker, M. & Kienast, F. (2003). Participatory landscape development: overcoming social barriers to public involvement. *Landscape and Urban Planning*, 64, 29-46.
- Bundesamt für Statistik. (2015). *Ständige Wohnbevölkerung im städtischen und ländlichen Raum*. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/raeumliche_verteilung/agg/olomerationen.html [Abrufdatum: 20.11.2015].
- Creswell, J. (2014). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Los Angeles: SAGE.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Engelmann, F. & Halkow, A. (2008). *Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Fabian, C., Huber, T., Käser, N. & Schmid, M. (2016). *Naturnaher Freiräume für Kinder und mit Kindern planen und gestalten*

- ten. *Grundlagen, Vorgehensweise und Methoden*. Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Fabian, C., Huber, T., Klöti, T., Schmid, M. & Drilling, M. (2014). QuAKTIV – naturnahe, kinder- und jugendgerechte Quartier- und Siedlungsentwicklung im Kanton Aargau. *Soziale Innovation*(9), 112-117.
- Fabian, C., Käser, N., Nieuwenboom, W., Süssstrunk, S., Wettstein, F. & Zumbunn, A. (2015). *Stadtentwicklung und Förderung der Gesundheit – Ein Handlungsfeld für die Soziale Arbeit. Grundlagen und Praxisimplikationen*. Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Faltermeier, T. (2009). Gesundheit: körperliche, psychische und soziale Dimensionen. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 46-57). Göttingen: Hogrefe.
- Frehner, P., Pfulg, D., Weinand, C. & Wiss, G. (2004). *Wisensbox*. Arlesheim: Verein funtasy projects.
- Früchtel, F., Cyprian, G. & Budde, W. (2013). *Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Textbook: Theoretische Grundlagen*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Gebhard, U. (2008). Die Bedeutung von Naturerfahrungen in der Kindheit aus Sicht der Psychologie. In H. J. Schemmel & T. Wilke (Hrsg.), *Kinder und Natur in der Stadt Spielraum Natur: Ein Handbuch für Kommunalpolitik und Planung sowie Eltern und Agenda-21-Initiativen* (S. 27-44). Bonn: Bundesamt für Naturschutz.
- Graumann, C. F. & Kruse, L. (2008). Umweltpsychologie – Ort, Gegenstand, Herkunft, Trends. In E.-D. Lantermann & V. Linneweber (Hrsg.), *Grundlagen, Paradigmen und Methoden der Umweltpsychologie* (S. 4-65). Göttingen: Hogrefe.
- Gutscher, H., Hornung, R. & Flury-Kleuber, P. (1998). Das Transaktionspotentialmodell: Eine Brücke zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Sichtweise. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 49-72). Berlin: Springer.
- Hafen, M. (2015). Gesundheitskompetenz durch Frühe Förderung. *Gesundheitsförderung*, 1, 14-19.
- Hart, R. A. (1992). *Children's participation. From Tokenism to citizenship*. Florence: UNICEF.
- Hartung, S. (2012). Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. In R. Rosenbrock & S. Hartung (Hrsg.), *Partizipation und Gesundheit. Handbuch*. (S. 57-78). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2011). Settingansatz / Lebensweltansatz. In K. Hurrelmann & P. Franzkowiak (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 497-500). Werbach: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2010). *Motivation und Handeln*. Berlin Springer.
- Henckel, D., von Kuczowski, K., Lau, P., Pahl-Weber, E. & Stellmacher, F. (2010). *Planen – Bauen – Umwelt: Ein Handbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Höppner, C., Frick, J. & Buchecker, M. (2007). Assessing psycho-social effects of participatory landscape planning. *Landscape and Urban Planning*, 83, 196-207.
- Jaun, T. (2001). *Angst vor Kindern? Die Notwendigkeit der Kinderpartizipation und Wege dazu*. Bern: BLMV.
- Jerusalem, M., Drössler, S., Kleine, D., Klein-Hefßling, J., Mittag, W. & Röder, B. (2009). *Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung im Unterricht. Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. Berlin: Humboldt-Universität.
- Käser, N. (2012). Wie lebt es sich im Transitquartier? *Sucht-Magazin*, 38(6), 27-30.
- Kessl, F. & Reutlinger, C. (2007). *Sozialraum*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kirsch-Soriano da Silva, K. & Soik, C. (2016). Partizipation und Sozialraumanalyse bei der Gestaltung des öffentlichen Raums. Erfahrungen aus der Wiener Stadtteilentwicklung. In M. Drilling & P. Oehler (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Stadtentwicklung* (2. Aufl.) (S. 254-270). Wiesbaden: Springer VS.
- Klöti, T. & Drilling, M. (2014). „Warum eigentlich Partizipation?“ *Sozialwissenschaftliche Analyse aktueller Partizipationsverständnisse in der Planung, Gestaltung und Nutzung öffentlicher Räume*. Institut Sozialplanung und Stadtentwicklung, Hochschule für Soziale Arbeit, Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Kraschl, C., Drewes, J. & Kleiber, D. (2010). Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV* (S. 151-169). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Lefebvre, H. (1991). *The Production of Space* (D. Nicholson-Smith, Trans.). Oxford: Blackwell.

- Lefebvre, H. (2002). Die Produktion des städtischen Raums. *AnArchitektur*, 1(1), 4-20.
- Louv, R. (2013). *Das letzte Kind im Wald? Geben wir unseren Kindern die Natur zurück!* Freiburg im Breisgau: Herder.
- Löw, M. (2001). *Raumsoziologie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Lüttringhaus, M. (2000). *Stadtentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen-Katernberg und der Dresdner Äußeren Neustadt*. Bonn: Stiftung Mitarbeit.
- Maller, C., Townsend, M., Pryor, A., Brown, P. & Leger, L. S. (2005). Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. *Health Promotion International*, 21(1), 45-54.
- Manderscheid, K. (2010). Pierre Bourdieu – ein Ungleichheitstheoretischer Zugang zur Sozialraumforschung. In F. Kessl & C. Reutlinger (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Sozialraumforschung. Traditionslinien in Text und Kontexten* (S. 155-171). Wiesbaden: VS Verlag.
- Marcus, B., Lane. (2005). Public Participation in Planning: an intellectual history. *Australian Geographer*, 36(3), 283-229.
- Markowsky, N. (2010). *Freiräume für Kinderkrippen: Naturnahe und entwicklungsspezifische Ansätze*. Kassel: Universität Kassel.
- Martens, D. & Frick, V. (2014). Gemeinschaftsgärten: Motive zur Initiierung und Einfluss auf Erholungsleben. *Umweltpsychologie*, 18(2), 103-123.
- Ministerium für Bildung, Forschung und Jugend, Rheinland-Pfalz (2004). *Spielleitplanung – ein Weg zur kinderfreundlichen Gemeinde und Stadt*. Mainz: Ministerium für Bildung, Forschung und Jugend Rheinlandpfalz.
- Moser, S. (2010). *Beteiligt sein. Partizipation von Jugendlichen in der Praxis* (S. 141-239). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Müller, M., Leifßner, V. & Weidt, H. (2005). *Präsentationsmappe – Anlegen eines naturnahen Kindergartens – Ein Leitfaden*. Eilenburg: Landschaftspflegeverband Nordwestsachsen e. V.
- Muri, G. (2009). Stadtträume: Die von Erwachsenen imaginierte Stadt. In G. Muri & S. Friedrich (Hrsg.), *Stadt(t)räume – Alltagsräume?* (S. 13-41). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Muri, G. (2010). *Grundlagenbericht: Kinder und ihre Lebensräume*. Zürich: Paul Schiller Stiftung.
- Nedovic, S. & Morrissey, A.-M. (2013). Calm active and focused: Children's responses to an organic outdoor learning environment. *Environmental Education Research*, 16, 281-295.
- Niermann, O., Schnur, O. & Drilling, M. (2014). Das Quartier im Kontext von Lebenswelt und Wohnungswirtschaft – eine Einführung. In O. Schnur, M. Drilling & O. Niermann (Hrsg.), *Zwischen Lebenswelt und Renditeobjekt* (S. 11-32). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Obrist, M. K., Sattler, T., Home, R., Gloor, S., Bontadina, F., Nobis, M. et al. (2012). Biodiversität in der Stadt – für Mensch und Natur. WSL – Merkblatt für die Praxis, 48.
- Olk, T. & Roth, R. (2007). *Mehr Partizipation wagen: Argumente für eine verstärkte Beteiligung von Kindern und Jugendlichen* (2.Aufl.). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Pelikan, J. M. (2011). Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann & P. Franzkowiak (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 400-403). Werbach: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Petrow, C. (2012). Städtischer Freiraum. In F. Eckardt (Hrsg.), *Handbuch Stadtsoziologie* (S. 805-837). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reicher, C. (2012). *Städtebauliches Entwerfen*. Wiesbaden: Vieweg+Teubner Verlag.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2011). Determinanten von Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 45-48). Werbach: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Rosenbrock, R. (2001). *Was ist New Public Health?* Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, (44)8, 753-762.
- Schemel, H. J. (2001). Erleben von Natur in der Stadt – Die neue Flächenkategorie „Naturerfahrungsräume“. *Zeitschrift für Erlebnispädagogik*, 12(21).
- Schemel, H. J. & Wilke, T. (2008). *Kinder und Natur in der Stadt Spielraum Natur: Ein Handbuch für Kommunalpolitik und Planung sowie Eltern und Agenda-21-Initiativen*. Bonn: Bundesamt für Naturschutz.
- Schmid, C. (2015). Die Theorie der Produktion des Raumes und ihre Anwendung. *dérivé. Zeitschrift für Stadtforschung*, 60, 15-22.
- Schnur, O. (2014). Quartiersforschung im Überblick: Konzepte, Definitionen und aktuelle Perspektiven. In O. Schnur (Hrsg.), *Quartiersforschung* (S. 21-56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

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

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M. Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* (S. 28-53). Weinheim: Beltz. (Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft; 44).

Seiler, A. & Zucchi, H. (2007). *Kinder begegnen der Natur: Ein Projekt in der Stadt Osnabrück mit Anregungen für die Kindergartenpraxis*. Bern: Haupt.

Speck, K. (2010). Wertebildung und Partizipation von Kindern und Jugendlichen. In W. Schubarth, K. Speck & H. von Berg (Hrsg.), *Wertebildung in Jugendarbeit, Schule und Kommune* (S. 61-90). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

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

Streich, B. (2011). Stadtentwicklung. In *Stadtplanung in der Wissensgesellschaft* (S. 515-586). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

UN (1989). *UN-Konvention über die Rechte des Kindes*. http://www.unicef.ch/sites/default/files/attachements/un_konvention_ueber_die_rechte_des_kindess.pdf [Abrufdatum: 4.12.2015].

Vogelpohl, A. (2015). Die Begriffe Stadt und Urbanisierung bei Henri Lefebvre. Eine Inspiration für Recht auf Stadt-Bewegungen heute. *dérive. Zeitschrift für Stadtforschung*, 60, 4-8.

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

World Health Organisation. (1998). *The WHO Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. <http://www.who.int/healthpromo->

Endnoten

- 1) QuAKTIV steht für Quartier und Aktivität und erinnert auch an eine Kuh oder an das Quaken der Frösche.
- 2) Vgl. www.quaktiv.ch
- 3) Unter Quartier wird hier grundsätzlich die überschaubare Wohnumgebung verstanden. Das Quartier entspricht nicht zwingend einer vorab definierten Verwaltungseinheit. Die Umrisse eines Quartiers in der Stadt oder der Gemeinde werden vielmehr sozial produziert. Das Quartier ist, vor allem für Kinder, Mittelpunkt alltäglicher Lebenswelten (Schnur, 2014).
- 4) Vgl. „Übereinkommen über die Rechte des Kindes“. Abgeschlossen in New York am 20. November 1989. Von der Bundesversammlung genehmigt am 13. Dezember 1996. Ratifikationsurkunde durch die Schweiz hinterlegt am 24. Februar 1997. In Kraft getreten für die Schweiz am 26. März 1997. www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19983207/index.html
- 5) Vgl. z.B. die Schutzmotivationstheorie (protection motivation theory) von Rogers (1983). Für weiterführende Informationen siehe Schwarzer (2004).
- 6) Zu den Erfahrungen liegen interne, nicht publizierte Berichte der internen Evaluation vor. Diverse Informationen zu den Projekten sind erhältlich unter www.quaktiv.ch.
- 7) www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=German
- 8) www.kidscreen.org

Endversion des Manuskriptes eingegangen am 9. Mai 2016.