

*Quilling, Eike; Köckler, Heike*

## **Partizipation für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung**

URN: urn:nbn:de:0156\_0853076



CC Lizenz: BY ND 3.0 Deutschland

S. 101 bis 117

Aus:

*Baumgart, Sabine; Köckler, Heike; Ritzinger, Anne; Rüdiger, Andrea (Hrsg.):*  
**Planung für gesundheitsfördernde Städte**

Hannover 2018

Forschungsberichte der ARL 08

Eike Quilling, Heike Köckler

## PARTIZIPATION FÜR EINE GESUNDHEITSFÖRDERNDE STADTENTWICKLUNG

### Gliederung

- 1 Einleitung
- 2 Partizipation in der Gesundheitsförderung
- 3 Partizipation als Begriff der räumlichen Planung
- 4 Partizipation ermöglichen: ein gemeinsames Anliegen von Gesundheitsförderung und räumlicher Planung
  - 4.1 Befähigung (von Institutionen, Multiplikatoren und Individuen) zur Partizipation
  - 4.2 Machtstrukturen begegnen, um Partizipation zu ermöglichen
5. Voraussetzungen für mehr Partizipation: Thesen zur Diskussion  
Literatur

### Kurzfassung

Partizipation wird in den letzten Jahren in vielen Zusammenhängen ein wachsender Stellenwert beigemessen. In zahlreichen Projekten der Gesundheitsförderung und der Stadtentwicklung zeigte sich, dass ein partizipativer Ansatz gewinnbringend für die Projektentwicklung und -umsetzung war. Der Begriff „Partizipation“ wird jedoch in Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung divergent eingesetzt. Während in der Gesundheitsförderung Partizipation als Ansatz zur Planung und Umsetzung von Interventionen und als Teil des Empowerments der Zielgruppe betrachtet wird, wird Partizipation in der Stadtentwicklung eher als Verfahrensbestandteil begriffen. Trotz der unterschiedlichen Verwendung des Begriffs ist die Förderung von mehr Partizipation ein gemeinsames Anliegen beider Disziplinen. Im Beitrag werden zwei hierfür zentrale Erfolgsfaktoren dargelegt: Institutionen, Multiplikatoren und Individuen zur Partizipation befähigen und gleichzeitig Machtstrukturen begegnen. Abschließend wird aufgezeigt, welche weiteren Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Partizipation in der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung erforderlich sind.

### Schlüsselwörter

Partizipation – Beteiligung – Gesundheitsförderung – Stadtentwicklung – Empowerment

### More participation for health-promoting urban development

#### Abstract

In recent years participation has been attributed increasing relevance in several contexts. A participatory approach has proved helpful for the development and realisation of many health promotion and urban development projects. However, currently

the term “participation” is used differently in health promotion and urban planning. While in health promotion participation is considered as an approach for planning and the realisation of interventions, and as a way to empower the target group, urban development rather understands participation as element of procedures. Despite the different uses of the term, the promotion of participation is a common concern of both disciplines. In the paper two key success factors are described: empowering institutions, multipliers and individuals to participate and simultaneously react to power structures. Finally, discussion turns to additional requirements for the implementation of participation in health-promoting urban planning.

### **Keywords**

Participation – health promotion – urban planning – empowerment

## **1 Einleitung**

Die WHO beschreibt in „Taking a participatory approach to development and better health“ die Notwendigkeit für Partizipation wie folgt: „If the ultimate goal of all development is to improve the prerequisites for long-term survival and the well-being of the population in a region, then this entails action for increased social inclusion and a more equitable distribution of the social determinants of health. The intentional consequences of participatory approaches go far beyond the health sector and more into the realm of creating positive sustainable social change“ (WHO 2015: 1). Die WHO sieht somit im „participatory approach“ die Möglichkeit, Bürgerinnen und Bürger und verschiedene Stakeholder möglichst breit zu beteiligen: „[...] that involves a range of stakeholder at all levels“ (WHO 2015: 1). Gleichzeitig bestätigt die WHO erneut die Bedeutung der Partizipation im Hinblick auf die Voraussetzungen für ein langes Leben und Wohlbefinden. Zudem betont die WHO in ihrer aktuellen Veröffentlichung die Bedeutung der Partizipation für Gesundheitsförderung und Chancengerechtigkeit wie auch schon in der Vergangenheit (vgl. WHO 1986, 1998).

Auch in der Stadtentwicklung ist Partizipation ein fester Bestandteil. Sie ist als „Beteiligung“ bei formellen Planungen wie der Bauleitplanung oder Landschaftsplanung gesetzlich verankert und auch weit darüber hinausgehend Bestandteil vieler Planungs- und Entwicklungsverfahren (u.a. Stadtentwicklungskonzepte, Verkehrsentwicklungsplanung, Freiraumkonzepte).

Partizipation spielt demnach sowohl für die räumliche Planung als auch in der Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle. Zugleich suchen beide Disziplinen nach Möglichkeiten, Partizipation weitergehend zu fördern. Es scheint daher für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung von zentraler Bedeutung zu sein, sich disziplinübergreifend mit dem Thema Partizipation und den Möglichkeiten der gerechten Beteiligung zu befassen. Die verwendeten Begriffe folgen je nach Disziplin jedoch unterschiedlichen Logiken. Diese werden im Folgenden aufgezeigt, um ein differenziertes Verständnis für den Begriff „Partizipation“ aus unterschiedlichen Perspektiven zu erhalten. Hierbei geht es nicht um eine gemeinsame Definition des Begriffs, sondern vielmehr darum, den Wert von Partizipation in den jeweiligen Disziplinen einordnen zu können, um ihn für eine Planung gesundheitsfördernder Stadtregionen nutzen zu können.

Weil es nicht um eine gemeinsame Definition, sondern um ein gegenseitiges Verständnis geht, werden im Folgenden Partizipation in Gesundheitsförderung und räumlicher Planung sowie die mit dem Thema aktuell verbundenen Herausforderungen getrennt beschrieben (Kapitel 2 und 3). Im Anschluss werden die beiden Partizipationsbegriffe aufeinander bezogen (Kapitel 4), um dann abschließend Voraussetzungen für Akzeptanz und Ermöglichung von mehr Partizipation einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung zur Diskussion zu stellen (Kapitel 4).

## 2 Partizipation in der Gesundheitsförderung

Ausgehend von dem Gesundheitsbegriff der WHO, der über eine kurativ-medizinische Sichtweise der bloßen Krankheitsvermeidung hinausgeht, wurde von der WHO Gesundheitsförderung erstmals als Konzept in der Ottawa-Charta im Jahre 1986 definiert, das auf Stärkung und Selbstbestimmung zielt, um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen (siehe hierzu ausführlich Beitrag Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli in diesem Band).

Der Gesundheitsförderung in diesem Sinne kommt eine wachsende Bedeutung zu, nicht zuletzt deshalb, weil Krankheiten wie Adipositas in den vergangenen Jahren stark zugenommen haben und auch psychische Auffälligkeiten – insbesondere im Kindes- und Jugendalter – besorgniserregend angestiegen sind. In Deutschland waren zwischen 2008 und 2011 etwa 67% der Männer und 53% der Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren übergewichtig oder adipös. Dabei scheinen die Prävalenzdaten für Übergewicht nicht weiter anzusteigen, wohingegen ein deutlicher Anstieg der Adipositas-häufigkeit zu verzeichnen ist (vgl. Kurth/Kamtsiuris/Lange et al. 2012: 982). Laut KIGGS (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey) leiden ca. 22% aller Kinder und Jugendlichen von 7 bis 17 Jahren an gravierenden psychischen Auffälligkeiten. Dabei stehen Angststörungen (10%), gravierende Störungen des Sozialverhaltens (7,6%) und Depressionen (5,4%) im Vordergrund (vgl. Ravens-Sieberer/Wille/Bettge et al. 2007: 873). Egal ob bei Übergewicht oder psychischen Auffälligkeiten, alle Studien zeigen, dass es einen sozialen Gradienten bei der Prävention gibt. So sind beispielsweise Kinder und Jugendliche mit geringem Sozialstatus deutlich häufiger betroffen als andere (Ravens-Sieberer/Wille/Bettge et al. 2007: 875; Branca/Nikogosian/Lobstein 2007: 13).

Angesichts dieser Zahlen wird der Ruf nach wirksamen Interventionen, die insbesondere schwer erreichbare Zielgruppen adressieren, immer lauter. Der Ottawa-Charta (WHO 1986) zufolge ist die Befähigung von Bürgerinnen und Bürgern dazu, ihre individuelle Gesundheit und ihr Wohlbefinden selbstständig beeinflussen zu können, Kern der Gesundheitsförderung. Dahinter verbirgt sich die Grundhaltung, dass Bürgerinnen und Bürger eine individuelle Gesundheitskompetenz entwickeln sollen, die ihre Autonomie, Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit wahrt und diese – im Sinne des Empowerments – fördert. Besonders wichtig ist dies für Kinder und Jugendliche in der Phase des Aufwachsens mit besonderem Fokus auf schwer erreichbare Zielgruppen. Insbesondere sozial benachteiligten Zielgruppen muss die Teilhabe ermöglicht werden.

Empowerment (engl. empowerment = Ermächtigung, Übertragung von Verantwortung) dient verschiedenen psychosozialen Arbeitsfeldern als konzeptueller Ansatz zur Unterstützung und Stärkung von Individuen. Das Empowerment-Konzept steht für die Abkehr von einer defizitorientierten Grundhaltung gegenüber den Zielgruppen hin zu einer ressourcenorientierten Perspektive, die die Autonomie des Einzelnen wahrt und die Selbstverantwortung und Entscheidungsfreiheit der Zielgruppe respektiert. Empowerment und Partizipation sind demnach nicht nur sehr eng miteinander verbunden, sondern bedingen sich gegenseitig. Für die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen wird Empowerment neben der Gesundheitsbildung als wesentliches Konzeptelement gesehen (vgl. Schaeffer/Dierks 2012: 757).

In der Gesundheitsförderung wird Partizipation als eine elementare Ressource für bessere Gesundheitschancen verstanden und stellt gleichzeitig ein wesentliches Merkmal für die Qualitätssicherung von gesundheitsfördernden Projekten dar. Eine gleichberechtigte Zusammenarbeit sollte nach Wright zwischen Zielgruppe, Geldgebern und wichtigen Akteuren angestrebt werden (vgl. Wright/Block/von Unger 2008: 748-754).

Partizipation meint die „[...] aktive Einbeziehung der Menschen, die in irgendeiner Form der gesellschaftlichen Organisation leben, in die kohärente Planung, Durchführung und Überwachung der primären Gesundheitsversorgung, und zwar unter Ausnutzung örtlicher, nationaler und anderer Ressourcen“ (WHO 1998: 256). Folgt man in der Gesundheitsförderung dem Public Health Action Cycle (PHAC) und den Prinzipien der Partizipation, folgt daraus, dass die Beteiligung der Zielgruppe und die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Stakeholdern über alle Phasen hinweg erfolgen müssen. Die Zusammenführung des Modells des PHAC mit den Prinzipien der Partizipation und Zusammenarbeit mündet in das Modell der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ-Zyklus, siehe Abb. 1):

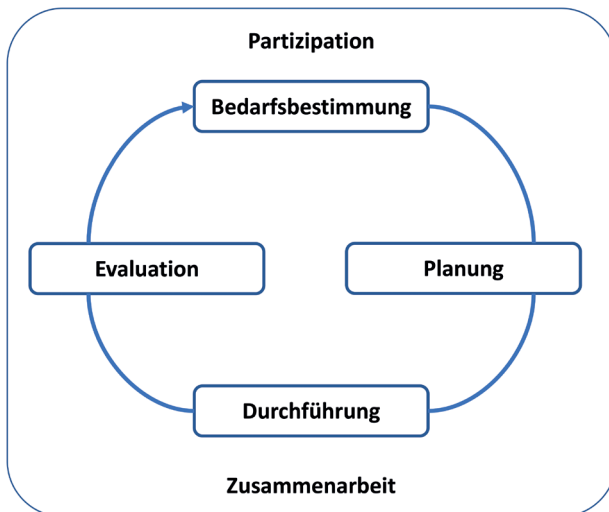


Abb. 1: Modell des Kreislaufs der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ-Zyklus) / Quelle: Eigene Abbildung nach Wright/Block/von Unger 2009b: 159

Partizipation ist ein zentraler Aspekt für die erfolgreiche Durchführung gesundheitsfördernder Interventionen, mit dem Ziel, diversen lebensstilbedingten Erkrankungen im Erwachsenenalter wie beispielsweise Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2 und koronaren Herzkrankheiten vorzubeugen. Interventionen, die ohne die Zielgruppe geplant und umgesetzt werden, gehen häufig an den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe vorbei. Im Setting Schule beispielsweise ist es wenig zielführend, am Nachmittag eine Fußball-AG zur Bewegungsförderung zu etablieren, wenn die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen kein Fußball spielt, sondern lieber die Sportart Parcours lernen möchte. Der objektiv festgestellte Bedarf, z. B. Bewegungsförderung, muss mit den Bedürfnissen der Zielgruppe abgestimmt werden. Die Intervention wird von der Zielgruppe nur angenommen, wenn diese auch bei der Bedarfsfeststellung und der Planung mitbestimmen darf. Noch wichtiger wird eine aktive Beteiligung der Zielgruppe, wenn es um lebensstiländernde Interventionen geht, die langfristig in den Alltag der Zielgruppe integriert werden sollen. „Maßnahmen dieser Art können nicht ‚von oben‘ verordnet werden, sondern sind notwendigerweise lokal situiert und von den Interessen der Menschen vor Ort bestimmt (community-driven), so dass deren Beteiligung an der Gestaltung und Ausrichtung der Maßnahmen maximiert wird“ (Wright/Block/von Unger et al. 2009a: 8).

Nach Wright, Block und von Unger (2007) kann in der Gesundheitsförderung eine Einteilung in „Nicht-Partizipation“, „Vorstufen der Partizipation“, „Partizipation“ und „weit über Partizipation hinaus“ vorgenommen werden. Hierzu beziehen sich die Autorinnen und Autoren auf Arnstein, die im Kontext der Stadtentwicklung bereits 1969 die Partizipationsleiter (A ladder of citizen participation, Arnstein 1969: 217) entwickelt hat (Abb. 2):

<b>Stufe 9</b>	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
<b>Stufe 8</b>	Entscheidungsmacht	Partizipation
<b>Stufe 7</b>	Teilweise Entscheidungskompetenz	
<b>Stufe 6</b>	Mitbestimmung	
<b>Stufe 5</b>	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
<b>Stufe 4</b>	Anhörung	
<b>Stufe 3</b>	Information	
<b>Stufe 2</b>	Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
<b>Stufe 1</b>	Instrumentalisierung	

Abb. 2: Stufenmodell der Partizipation / Quelle: Wright/Block/von Unger 2007

Partizipation bedeutet demnach „[...] nicht nur Teilnahme, sondern auch Teilhabe an Entscheidungsprozessen (Entscheidungsmacht). Dazu gehört die Definitionsmacht, d.h. die Möglichkeit, das Gesundheitsproblem (mit-)bestimmen zu können, auf das die

gesundheitsfördernden Maßnahmen abzielen. Je mehr Einfluss jemand auf einen Entscheidungsprozess nimmt, umso größer ist seine bzw. ihre Partizipation“ (Wright/Block/von Unger et al. 2009a: 13 f.).

Diese Definition hat ihren Ursprung in der zentralen Forderung der Ottawa-Charta, Selbstbestimmung der Bürgerinnen und Bürger als Kern der Gesundheitsförderung umzusetzen. Entsprechende Forschungsansätze, die Partizipationsansätze systematisch mit erfassen, sind in Deutschland bisher deutlich unterrepräsentiert, obwohl die Notwendigkeit von partizipativen Prozessen in Bezug auf die Wirksamkeit lebensweltorientierter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in verschiedenen Zusammenhängen nachgewiesen werden konnte (vgl. Wright 2009a: 8).

Demgegenüber wird in den Gesundheitswissenschaften oftmals Evidenz von Interventionen, die ihren Ursprung in der medizinischen Forschung hat, als Schlüssel zur Akzeptanz von gesundheitsfördernden Ansätzen gesehen.

Gesundheitsfördernde Interventionen und Projekte, denen es gelingt, die Zielgruppen schon in die Planungs- und Entscheidungsphase aktiv miteinzubeziehen, haben (nach Angaben der Projektleiterinnen und Projektleiter) weniger Akzeptanzprobleme bei der Zielgruppe als die Projekte, denen dies nicht gelingt (vgl. Quilling/Lütkemeier/Müller et al. 2013). „[...] Ein frühzeitiger Einbezug der Zielgruppen schon bei der Problemdefinition muss der Goldstandard für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme werden“ (Altgeld 2011: 56).

So betonen auch Süß und Trojan (2012) die Bedeutung von Bürgerbeteiligung bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Projekte und verweisen ebenfalls auf die WHO: „Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung, ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu stärken, ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung“ (WHO 1986 in: Süß/Trojan 2012: 183).

Dementsprechend scheint es sinnvoll und zielführend zu sein, mit der aktiven Beteiligung der Zielgruppe bereits in der Planungsphase zu beginnen und dabei Mitsprache- und Aushandlungsprozesse und damit die aktive (Mit-)Gestaltung zu ermöglichen. Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse sollten dabei stets von Transparenz geprägt sein. Die Teilnahme beziehungsweise die aktive Teilhabe an solchen Prozessen sollte unbedingt auf einer freiwilligen Basis erfolgen. Nur wenn alle involvierten Akteure (Zielgruppen und Stakeholder) die Möglichkeit der Beteiligung erhalten und das Prinzip der Partizipation unterstützen, kann es gelingen, dies auch in der Praxis umzusetzen.

Dazu sollten sich insbesondere die Projektverantwortlichen z. B. in Kommunen frühzeitig Gedanken über die verschiedenen Formen der Beteiligung machen, in Abhängigkeit zur avisierten Partizipationsstufe. In vernetzten Projekten der Gesundheitsförderung wird dies zum Teil durch die Einbindung der Zielgruppe oder anderer Stakeholder

in das Entscheidungsgremium (z. B. eine Steuerungsgruppe) umgesetzt. Darüber hinaus bietet es sich in der Praxis der Gesundheitsförderung an, weitere Gremien wie z. B. fachbezogene Arbeitskreise etc. einzuberufen, in denen alle relevanten Akteure, einschließlich anwaltschaftlicher Vertretung der Zielgruppe bzw. die Zielgruppe selbst, vertreten sind. Dabei sollten die Beteiligten über die aktive Einbindung in Entscheidungsgremien eine tatsächliche Beratungs- und Entscheidungsmacht für relevante Aufgaben zugesprochen bekommen. Wird ein gesundheitsförderndes Projekt beispielsweise im Kontext Schule und Kommune umgesetzt, kann die Beteiligung der Zielgruppe auf unterschiedliche Arten erfolgen. Entweder können z. B. Schülerinnen und Schüler als Vertreterinnen und Vertreter mit in die Steuerungsgruppe aufgenommen werden, in der die grundsätzlichen Entscheidungen für Schulen in der Kommune getroffen werden, oder die Schülerinnen und Schüler werden erst schulbezogen beteiligt. Dies sollte in Abhängigkeit schulischer Rahmenbedingungen geschehen. Eine weitere Möglichkeit wäre darüber hinaus, die Schülerinnen und Schüler auf beiden Ebenen vertreten zu haben. Je näher das Projekt an die Lebenswelt der Zielgruppe rückt, umso wichtiger ist die frühzeitige Beteiligung für eine langfristige Akzeptanz.

Wenn Partizipation ernst genommen und von allen Projektverantwortlichen im Vorfeld gewünscht wird, müssen bereits bei einer Beantragung von Fördermitteln entsprechende Ressourcen (finanzielle Mittel, Dauer des Projektes) für eine Beteiligung mit kalkuliert werden. Voraussetzung ist eine Einigung aller Beteiligten über Form und Intensität der Beteiligung. Darüber hinaus ist eine Professionalisierung sowohl der Multiplikatoren als auch der Zielgruppe notwendig, damit alle Akteure über die notwendige „Beteiligungskompetenz“ verfügen. Die verschiedenen Settings wie beispielsweise Schulen, aber auch Quartiere bzw. Stadtteile, bieten hier große Möglichkeiten für gesundheitsfördernde Interventionen.

### **3 Partizipation als Begriff der räumlichen Planung**

Partizipation hat in der räumlichen Planung und somit auch in der Stadtplanung einen hohen Stellenwert. Sie umfasst die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Interessensgruppen und Trägern öffentlicher Belange an Planungsverfahren. Beteiligung ist nicht nur ein Element gelebter Demokratie, sie dient auch dazu, Entscheidungen zu legitimieren, sie durch Wissen relevanter Akteure zu bereichern, die Akzeptanz und in der Folge möglicherweise auch deren Umsetzung zu befördern (vgl. Bischoff/Selle/Sinning 2007).

Partizipation wird im Folgenden zunächst vor dem Verständnis von räumlicher Planung als hoheitlicher Aufgabe eingeordnet. So ist es die zentrale Aufgabe der Bauleitplanung, die räumliche Entwicklung einer Stadt vorzubereiten und zu leiten. Hierbei sind konkurrierende Ansprüche an den Raum gegeneinander abzuwägen. In den gesetzlich geregelten Verfahren sind die Möglichkeiten der Partizipation, in diesem Falle der Öffentlichkeitsbeteiligung, geregelt. Diese Regelungen beziehen sich auf den Zeitpunkt innerhalb des Planungsverfahrens, die Akteure, die zur Öffentlichkeit zählen, sowie die Möglichkeiten der Einflussnahme. Werden gesetzliche Mindeststandards nicht eingehalten, liegt ein Formfehler vor, gegen den Betroffene klagen können. Ist ein Projekt oder ein Plan einer (Strategischen) Umweltverträglichkeitsprüfung zu un-



terziehen, so sind die Beteiligungsmöglichkeiten ausgeweitet. Aufgrund der langen Dauer mancher Planungsverfahren wurden die Möglichkeiten der Partizipation in formellen Verfahren durch Beschleunigungsgesetze eingeschränkt, in der Erwartung, hiermit Planungsverfahren schneller durchzuführen. Zeitgleich wurden die Möglichkeiten der Partizipation durch die Aarhus-Konvention kontinuierlich ausgeweitet. Hierbei handelt es sich um einen völkerrechtlichen Vertrag aus dem Jahr 1998, der in deutsches Recht umgesetzt wurde und jeder Person einen Zugang zu Informationen, Beteiligung an Entscheidungsverfahren sowie Zugang zu Gerichten in Umweltangelegenheiten ermöglichen soll (vgl. Meunier 2006). So zeichnet Schlacke zur Einordnung der Proteste gegen Stuttgart 21 die Fortentwicklung von Beteiligung nach: „Es kann auf einen durch Gesetzgebung und Rechtsprechung fortentwickelten Rechtsbestand an Informations- und Mitwirkungsrechten zugunsten von Bürgerinnen und Bürgern sowie Verbänden, insbesondere in Verwaltungsverfahren zurückgegriffen werden, der mit der positiv-rechtlichen Situation in den 1970er Jahren nicht vergleichbar ist. Auch der Rechtsschutz wurde fortentwickelt, so dass der Zivilgesellschaft der Zugang zu Verwaltungsverfahren und Verwaltungsgerichten über ein ganz maßgeblich durch Völker- und Unionsrecht bedingtes, ausgeprägtes Beteiligungs- und Klageinstrumentarium eröffnet ist“ (Schlacke 2013: 32).

Die Mitwirkung in diesen als formell bezeichneten Planungsverfahren setzt in besonderem Maße voraus, dass alle Beteiligten über entsprechende Fähigkeiten verfügen. Planerinnen und Planer müssen Wege gehen können, mit denen sie Zielgruppen angemessen beteiligen. Andererseits müssen Betroffene, die Belange in die Planung einbringen, gerade in einem formalen Verfahren über detaillierte Kenntnisse der Möglichkeiten verfügen. Nur so sind sie in der Lage einzuschätzen, ob ihre Belange in dem Verfahren berücksichtigt werden können und wie sie diese erfolgreich einbringen können. In einem hoheitlichen formalen Planungsverfahren bleibt das Planungsamt zu meist die einladende Institution. Partizipation auf Augenhöhe im Sinne einer gleichberechtigten Kooperation findet somit im Bereich der formellen Planung nicht statt. Die Entscheidungsmacht liegt bei den demokratisch legitimierten Gremien – Stadt-/Gemeinderat auf kommunaler Ebene sowie Legislative auf Bundes- und Landesebene –, die mit den entsprechenden Planungsgesetzen den rechtlichen Rahmen vorgeben und der Judikative, die über Vollzug der Gesetze Recht spricht.

Die Möglichkeiten der Beteiligung wurden seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland ständig erweitert. So wurde zu Beginn lediglich informiert, dann angehört und heute beteiligt. Diese Stufen der Beteiligung lösen sich nicht gegenseitig ab, sondern ergänzen sich. Außerhalb der formalen Planung – in den informellen Planungen – werden die Stufen noch weitergegangen. Informelle Verfahren haben einen großen Stellenwert und zeichnen sich häufig durch ein erweitertes Beteiligungsverständnis aus. So unterscheidet Selle (1996: 69) die Kooperation von der Partizipation, da bei der Kooperation die Akteure gleichberechtigt zusammenarbeiten und die Entscheidungsmacht, anders als bei formalen Verfahren, nicht beim Staat liegt. Dieses Stufenverständnis weist Parallelen zu dem von Wright (siehe Kap. 2) auf. Beide basieren auf dem Ansatz von Arnstein (1969). Je nach Planungsgegenstand liegt die Entscheidungsmacht bei informellen Planungen nicht bei der öffentlichen Hand. So kann bspw. in einem Quartiersentwicklungsprojekt die Umgestaltung von Grünflächen in einem partizipativen Projekt geplant werden. Teil dieses Projekts könnte die Umnutzung von

Grünflächen zwischen Zeilenbebauung zu Mietergärten sein. Ist die Bebauung beispielsweise im Eigentum einer Wohnungsbaugesellschaft, entscheidet diese unabhängig von der öffentlichen Hand. Healey (1996) beschreibt diese Planungskultur als einen *Communicative Turn in Planning*. Dieser berücksichtigt in besonderem Maße das Wissen lokaler Akteure und beabsichtigt eine erhöhte Akzeptanz von Planungen, um deren Umsetzung zu fördern. Häufig ist auch in informellen Verfahren die öffentliche Hand die einladende Institution und verfügt über mehr Ressourcen wie Wissen und Finanzen. Eine Ausnahme bilden teilweise Lobbygruppen, die über sehr gute finanzielle Ressourcen und Wissen verfügen und damit besser ausgestattet sein können als die öffentliche Hand.

Akteure aus dem Gesundheitsbereich haben verschiedentlich die Möglichkeit, an Planungsverfahren zu partizipieren. Auch wenn das Gesundheitsamt ein Träger öffentlicher Belange ist, so ist es im Verwaltungsalltag jedoch selten an Planungsverfahren beteiligt. Häufig werden Belange des Gesundheitsschutzes vom Umweltamt vertreten, da deren Personal in der Regel besser dafür ausgebildet ist, sich in Planungs- und Genehmigungsverfahren einzubringen, als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes. Zudem können Betroffene selbst oder über Interessensverbände auf gesundheitliche Belange des Schutzgutes Mensch hinweisen.

Zu den bedeutendsten Herausforderungen hinsichtlich der Partizipation in Planungsprozessen zählt, dass diese nur wenigen Personen, vor allem gebildete mittleren Alters, erreichen. So stellt Meunier (2006: 3) fest: „Öffentlichkeitsbeteiligung ist meist sozialstrukturell unausgewogen. Es dominieren Hochausgebildete, Angehörige höherer beruflicher Positionen und des öffentlichen Dienstes, Männer in den mittleren Jahrgängen und Vertreter/-innen von Parteien, Verbänden, Vereinen und Kirchen. Schwach vertreten sind dagegen ausländische Mitbürger/-innen, Jugendliche, untere Einkommensschichten und Personen mit großen zeitlichen Abkömmlichkeitsproblemen, wie bpsw. allein erziehende Eltern und Arbeiter im Schichtdienst.“ Ferner beschreibt Bertram bezogen auf die Proteste gegen Stuttgart 21: „Die Protestierenden kommen überwiegend aus Stuttgart (75%; sämtlich Ruch et al.; 18.10.2010; vgl. Baumgarten, 2010) oder Baden-Württemberg (98%), sie sind überwiegend zwischen vierzig und 64 Jahre alt (62%, verglichen mit einem Anteil von 36% an der Gesamtbevölkerung), verfügen zur Hälfte über einen Hochschulabschluss, hatten großteils bei der vorangegangenen Bundestagswahl für Bündnis 90/Die Grünen gestimmt (48,6%) und hätten dies bei einer anstehenden Wahl zu drei Vierteln (wieder) getan“ (Bertram 2014: 87).

Selektive Beteiligung führt in der Konsequenz zu einer selektiven Vertretung von Interessen. Daher kommt auf Planerinnen und Planer neben der Herausforderung einer möglichst breiten Beteiligung auch die Aufgabe zu, die Belange derer, die sich nicht in partizipative Prozesse einbringen, zu berücksichtigen.

Soziale Ungleichheit in der Teilhabe an umweltrelevanten Entscheidungsverfahren wird mit dem Begriff der umweltbezogenen Verfahrensgerechtigkeit gefasst (siehe Beitrag zu Umweltgerechtigkeit von Köckler und Böhme in diesem Band).

## 4 Partizipation ermöglichen: ein gemeinsames Anliegen von Gesundheitsförderung und räumlicher Planung

Angesichts der beschriebenen Situation von Partizipation in Gesundheitsförderung und Stadtplanung kann die Förderung von mehr Partizipation als ein gemeinsames Anliegen formuliert werden. Es wird im Folgenden auf zwei Aspekte im Themenschwerpunkt fokussiert, da diese für zentral gehalten werden, um mehr Partizipation zu ermöglichen. Zum einen geht es im Sinne des Empowerment-Ansatzes um die Befähigung von Institutionen, Multiplikatoren und Individuen zur Partizipation. Zum anderen geht es darum, Machtstrukturen zu begegnen, um Partizipation zu ermöglichen.

In der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung kann Empowerment beispielsweise durch Entscheidungsgewalt verwirklicht werden nach dem Prinzip: inform, consult, involve, collaborate und empower (vgl. Kickbusch 2012: 436).

Dies bedeutet für die unterschiedlichen handelnden Professionen im Bereich der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung, die konsequent den Empowerment-Ansatz verfolgen und dementsprechend Selbstverantwortung und Autonomie des Einzelnen respektieren und fördern, dass sie ihre Expertenmacht zugunsten von Gleichberechtigung aufgeben und ihre Arbeitsbeziehung auf der Grundlage partnerschaftlichen Aushandelns gestalten (vgl. Herriger 2006).

### 4.1 Befähigung (von Institutionen, Multiplikatoren und Individuen) zur Partizipation

Wie in Kapitel 2 und 3 beschrieben, zählt es zu den bedeutendsten Herausforderungen hinsichtlich der Partizipation in Gesundheitsförderung und Planungsprozessen, auch Zielgruppen zu erreichen, die außerhalb der gebildeten Mittelschicht mittleren Alters liegen. Diese Zielgruppen bilden bislang unter denjenigen, die sich aktiv an Planungsprozessen beteiligen, eine Minderheit. Sieht man sich daneben die Bemühungen der Gesundheitsförderung an, ist zu beobachten, dass deren Interventionen auch eher von einer gut gebildeten Mittelschicht angenommen werden und sozial benachteiligte Zielgruppen, die am dringendsten erreicht werden müssten, häufig nicht von den Interventionen erreicht werden.

„Um lebensweltorientierte Maßnahmen vor allem bei sozial Benachteiligten zu realisieren, ist es in der Regel notwendig die Kompetenzen der zu erreichenden Menschen (Zielgruppen) zu stärken (*capacity building*) und Strukturen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, die Ursachen für ihre gesundheitlichen Probleme zu benennen und angemessene Lösungsstrategien (mit) zu entwickeln“ (Wright/Block/von Unger et al. 2009a: 8).

Nimmt gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und -planung den Empowerment-Gedanken ernst und ermöglicht durch die Befähigung des Individuums mehr gesellschaftliche Teilhabe und damit Chancengerechtigkeit, führt dies zwangsläufig zu Machtverlust auf verschiedenen Seiten und dazu, dass sich das Expertentum mit einer neuen Rollendefinition auseinandersetzen muss. Eine zentrale Frage ist daher, wie es

gelingen kann, als Experte/Expertin auf Augenhöhe mit den Zielgruppen zu kommunizieren, sie zu begleiten und eine ressourcenorientierte Grundhaltung einzunehmen, ohne sie zu bevormunden.

Befähigung zur Partizipation zielt dabei jedoch nicht nur auf den Einzelnen. Vielmehr ist es ebenso notwendig, Multiplikatoren und Institutionen zu befähigen, Empowerment und Partizipation zu ermöglichen. Hier muss zunächst an der Einstellung der Verantwortlichen gearbeitet werden. Um Chancengerechtigkeit zu erhöhen, ist es notwendig, die verschiedenen Institutionen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Hinblick auf kommunikative Kompetenzen und Einstellung/Haltung zur aktiven Teilhabe zu qualifizieren.

Erst wenn Projektverantwortliche von der Bedeutung der Partizipation überzeugt sind und die entsprechenden kommunikativen Fähigkeiten aufweisen, können sie selbst entsprechend handeln und partizipative Strukturen aufbauen. Darüber hinaus müssen die Individuen zu Partizipation befähigt werden, damit diese auch erfolgreich praktiziert werden kann.

Damit ein gesundheitsförderndes Projekt in einer Lebenswelt, wie beispielsweise einem Quartier, partizipativ gestaltet werden kann, sollten neben den relevanten Entscheidungsträgern auch Vertreter verschiedener Interessengruppen sowie die Zielgruppe(n) selbst in die Planung und Umsetzung mit einbezogen werden (siehe Abb. 1). Das bedeutet, dass alle Prozesse und Entscheidungen für die verschiedenen Stakeholder transparent gemacht und moderiert werden müssen. Dies muss ebenso frühzeitig berücksichtigt werden wie die Einhaltung gängiger Qualitätsstandards in der Gesundheitsförderung. Insbesondere die Entwicklung gemeinsamer Visionen bzw. gemeinsamer Ziele (smart: spezifisch, messbar, angemessen, realistisch, terminiert) sind dabei von entscheidender Bedeutung für den Erfolg von Projekten und Maßnahmen. Damit dies funktioniert, ist der gemeinsame Dialog mit Kooperationspartnern und Adressaten erforderlich. Die kommunikativen Kompetenzen spielen daher für eine gelungene Partizipation eine entscheidende Rolle.

Um Gesundheitsförderung erfolgreich in der Praxis umzusetzen, sind darüber hinaus die Nutzung vorhandener lokaler Strukturen und die Zusammenarbeit mit lokalen und kommunalen Akteuren unerlässlich. Diese müssen frühzeitig in alle Überlegungen und Planungen miteinbezogen und für einen inter- und transdisziplinären Dialog qualifiziert werden (Quilling/Lütke-meier/Müller et al. 2013). „Partizipative Qualitätsentwicklung bedeutet eine ständige Verbesserung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgeber/in/nen und eventuell anderen wichtigen Akteur/in/nen. Ein Kennzeichen dieser Zusammenarbeit ist eine möglichst starke Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) der Projektmitarbeiter/innen und vor allem der Zielgruppen an den vier Phasen der Entwicklung von Maßnahmen: Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Durchführung und Evaluation/Auswertung [...]“ (Wright/Block/von Unger 2009b: 159).

Kommunikation stellt sich dabei insofern als Schlüsselfaktor dar, als sie einerseits die Zugänge zu den Zielgruppen ermöglicht und andererseits ein fester Bestandteil für

gelungene Kooperation in einem heterogen besetzten Arbeitsfeld ist. Die Kommunikation sollte dabei stets wertschätzend sowohl mit Kooperationspartnern als auch mit Zielgruppen erfolgen und Prozess- und Entscheidungsstrukturen für alle gleichermaßen transparent und damit beeinflussbar machen.

Dementsprechend müssen die Verantwortlichen und Multiplikatoren in diesem Feld entsprechend qualifiziert werden. Dies muss sich einerseits in einem entsprechenden Weiterbildungsangebot wiederfinden und andererseits langfristig vor allem in der Ausbildung. Das bedeutet, dass sich die relevanten Inhalte für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung in den entsprechenden Studiengängen wiederfinden und insbesondere der Aspekt der Partizipation von Stakeholdern und Zielgruppen eine zentrale Bedeutung bekommt. Dazu zählt neben einer kulturellen Kompetenz und dem Umgang mit Diversity insbesondere eine umfassende methodische Kompetenz. Damit eine breite methodische Kompetenz in den Studiengängen vermittelt werden kann, sollte verstärkt an neuen, innovativen und zielgruppenadäquaten Verfahren und Methoden zur Beteiligung geforscht werden, die über die in der Stadtplanung angewandten traditionellen Beteiligungsinstrumente wie Bürgerforen, runde Tische, Zukunftswerkstätten, Themen- und Fokusgruppen sowie Interviews und aktivierende Befragung hinausgehen.

Insbesondere der Aspekt der Motivation der Zielgruppe sollte dabei stärker fokussiert werden. Hier sollten innovative Verfahren im Mittelpunkt stehen, wie Knöll sie in diesem Band („Mobile Partizipation in der gesundheitsfördernden Stadtgestaltung“) beschreibt.

## **4.2 Machtstrukturen begegnen, um Partizipation zu ermöglichen**

In der Praxis wird Partizipation in der Gesundheitsförderung sehr unterschiedlich umgesetzt und orientiert sich an unterschiedlichen Stufen der Partizipationsleiter. Die tatsächliche Entscheidungsmacht (siehe Abb. 2) findet sich nur in den wenigsten Ansätzen wieder (vgl. Quilling/Lütkeemeier/Müller et al. 2013; Quilling/Lütkeemeier/Müller et al. 2014). Das kann unterschiedliche Ursachen haben: Zum einen scheinen häufig nicht genug zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stehen, um Partizipation im Sinne von Entscheidungsmacht umzusetzen, und zum anderen müssten die betroffenen Stakeholder ihre Macht teilen und unter Umständen ihre Vorteile gegenüber anderen aufgeben. Es entstünde ein neues Machtgefüge, in dem sich Kooperation und Konkurrenz verschieben und sich die bestehende (Vor-)Macht einiger weniger auf viele Akteure verschiebt.

Um allen Partizipation zu ermöglichen, ist es relevant, Machtstrukturen, die vielen gesellschaftlichen und auch stadtplanerischen Entscheidungsprozessen immanent sind, zu beachten. Ansonsten besteht die Gefahr einer Scheinpartizipation oder einer Partizipation von gesellschaftlichen Gruppen, die ihre Interessen besonders gut artikulieren und verfolgen können. Häufig wird das Stadtplanungsamt von anderen Ämtern als besonders einflussreich innerhalb der Stadtverwaltung wahrgenommen. Bürgerinnen und Bürger sind zum Teil verdrossen, weil sie ihre Argumente gegen die starke Politik und Stadtverwaltung nicht durchsetzen können. Gesetzliche Mindest-

standards in Planungsverfahren versuchen diesem Missstand zu begegnen, was jedoch nur begrenzt gelingt. Das Konzept der umweltbezogenen Verfahrensgerechtigkeit geht ebenfalls von einem Machtgefälle aus, das sich vor allem in unterschiedlichen Fähigkeiten beteiligter Akteure begründet. Auch Partizipation in der Gesundheitsförderung ist auf allen Stufen der Partizipationsleiter (vgl. Wright/Block/von Unger 2008) von Machtstrukturen beeinflusst.

Um Machtstrukturen zu identifizieren und in ihnen agieren zu können, ist eine kritische Analyse erforderlich. Dryzek (2008) hat Aufgaben für einen kritischen Analysten entwickelt, die als Fragenraster auch für eine kritische Analyse von Partizipation einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung genutzt werden können. So fordert er unter anderem, einen ethischen Standard zur Kommunikation zu erarbeiten: „Forester (1981) recommends a code of communicative ethics for all policy actors, including analysts, that forbids manipulation, hiding and distorting information, deflecting attention from important questions, and the displacement of debate by the exercise of power or claims to expertise“ (Dryzek 2008: 201). Dieser Standard sollte darauf abzielen, die kommunikativen Fähigkeiten verschiedener Akteure anzugleichen. Hier kann sehr gut auf Erkenntnisse zum *Communicative Turn in Planning* (vgl. Healey 1996, 2012) oder dem *Argumentative Turn in Public Policy* (vgl. Fischer/Forester 1993; Fischer/Gottweis 2012) aufgebaut werden.

Ein weiterer zentraler Aspekt Dryzeks ist, die sogenannten *Agents of Impairment* zu thematisieren. Hierbei bezieht er sich auf herrschende Denkmodelle, Verständnisse und mächtige Stakeholder sowie Institutionen, die diese verfolgen. Das Konzept geht zurück auf Lindblom. Woodhouse (2008: 453) betont die zentrale Aussage des Ansatzes „Among many barriers to self-guiding society, foremost is impairment, Lindblom argued: Not only corporation and government, but family, school, church, and media hamper development of capacities for probing problems and possibilities.“ Themen einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung sind von einigen *Agents of Impairment* beeinflusst: Diese reichen von einem „Blaming the Victim“, einem nach wie vor bestehenden Schwerpunkt auf Verhaltensprävention, der Forderung nach evidenzbasierten Ergebnissen, also Voraussetzung für Handeln, bis zu Diskriminierung und Stigmatisierung einschließlich fehlender Sensibilität gegenüber kultureller Vielfalt sowie der Rolle und Macht von Krankenkassen und der Pharmaindustrie oder den Bedürfnissen des Kämmerers. Die Liste ließe sich erweitern.

## 5 Voraussetzungen für mehr Partizipation: Thesen zur Diskussion

Die nachfolgenden Thesen zeigen auf, welche Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Umsetzung von Partizipation in der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung erforderlich sind.

- > *Mitbestimmung der Zielgruppe an Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen:*  
Um Partizipation z.B. im Rahmen gesundheitsfördernder Stadtentwicklung in die Praxis umsetzen zu können, muss bereits bei der Anlage der Projektstruktur darauf geachtet werden, dass Partizipation auf unterschiedlichen Stufen stattfinden kann und die entsprechenden zeitlichen Ressourcen mit eingeplant werden, die

durch Abstimmungs-, Entscheidungs- und Zielfindungsprozesse benötigt werden. In Abhängigkeit vom Projektziel können unterschiedliche Stufen der Partizipation von Bedeutung sein und sollten entsprechend Berücksichtigung finden.

- > *Orientierung am Public Health Action Cycle / Policy Cycle:*  
Zu Beginn von gesundheitsfördernden Raumplanungsprozessen soll dementsprechend eine Bestands- und Bedarfsanalyse ebenso stehen wie eine Stakeholderanalyse. Diese soll sicherstellen, dass alle relevanten Stakeholder beteiligt werden. Die Bestands- und Bedarfsanalysen geben Auskunft über die Ist-Situation und mögliche Lücken und Bedarfe in der Versorgung. In der Analysephase ist es von zentraler Bedeutung, die Interessen der Zielgruppen herauszufinden und entsprechend zu berücksichtigen.
- > *Interdisziplinarität fördern:*  
Damit Partizipation gelingt, müssen neben den Akteuren aus Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung sektorübergreifend insbesondere Akteure aus dem Bildungsbereich (Kita, Schule und Jugendhilfe) einbezogen und im Sinne des Empowerments entsprechend qualifiziert werden. Während im Bereich der Jugendhilfe schon zahlreiche Ansätze der Partizipation Anwendung finden, spielt Partizipation für die Umsetzung in gesundheitsfördernden Projekten im Setting Schule bisher in Deutschland eine eher untergeordnete Rolle.
- > *Offenheit und Flexibilität:*  
Zur erfolgreichen Umsetzung von Partizipation bedarf es der Offenheit und Flexibilität aller Beteiligten insbesondere gegenüber neuen Ideen und sich verändernden Umständen. Um dies zu erleichtern, sollte der Prozess fokussiert werden und nicht ein mögliches „Endprodukt“. Solange ein bestimmtes Endprodukt fokussiert wird, besteht die Gefahr, dass der Prozess zu stark in eine bestimmte vorgedachte Richtung gelenkt wird. Eine Fokussierung auf den Prozess erlaubt eine tatsächliche Beteiligung ohne zu starke Lenkung in eine bestimmte Richtung.
- > *Kommunikation:*  
Um eine gleichberechtigte Beteiligung zu ermöglichen, muss darauf geachtet werden, wer die Meinungsführer sind, z. B. durch eine neutrale Moderation, die die Beteiligung durch unterschiedliche Methoden steuert und nicht die besonders starken Akteure oder Beteiligten bevorzugt behandelt. Dies erfordert eine methodische Grundfertigkeit an Kommunikations- und Moderationsmethoden. Informationen müssen verständlich kommuniziert werden und die Kommunikation muss gleichberechtigt auf Augenhöhe stattfinden.
- > *Ressourcenstärkung und Vertrauen:*  
Es ist wichtig, dass die Projektverantwortlichen dem Prozess und den Akteuren (Kooperationspartnern und Betroffenen) vertrauen und deren Ressourcen im Sinne von Entscheidungskompetenzen stärken, sodass sie die beste Entscheidung für sich und ihre Lebenswelt treffen können. Dies erfordert von Projektverantwortlichen, Kontrolle und Verantwortung an Kooperationspartner und Individuen abgeben zu können, damit die Beteiligten eigene Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen können.

> *Partizipation als Lernprozess verstehen:*

Insgesamt muss die Befähigung zur Partizipation als ein gesamtgesellschaftlicher Lernprozess verstanden werden, bei dem sowohl die handelnden Akteure als auch die Zielgruppe voneinander lernen und das gegenseitige Zutrauen und Vertrauen gefördert wird. So betont Wright: „Partizipation ist kein ‚Entweder/Oder‘, sondern ein Entwicklungsprozess. Selbstreflexion und eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Akteuren vor Ort fördern die Weiterentwicklung der Partizipation in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention“ (Wright/Block/von Unger 2007: 2).

> *Netzwerke/Kooperationen:*

Zur Sicherung der Beteiligung sind Netzwerke oder auch andere Kooperationsformen bzw. -strukturen langfristig aufzubauen, die professionell moderiert werden müssen. Nur die Implementation interdisziplinärer Netzwerk-/Kooperationsstrukturen mit unterschiedlichem Institutionalisierungs- bzw. Verbindlichkeitsgrad kann die Partizipation der Zielgruppe nachhaltig sicherstellen. Wichtig bei der Implementierung von Netzwerken ist die Vermeidung von Doppelstrukturen und eine gemeinsame Zielstellung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und Raumplanung gesundes Aufwachsen und Altern in Städten und Gemeinden ermöglichen kann, wenn es gelingt, die Zielgruppen frühzeitig zu beteiligen und Empowerment zu fördern. Um die Realisierung von Partizipation zu überprüfen und die partizipativen Instrumente weiterzuentwickeln, müssen die Beteiligungsmöglichkeiten und die Zufriedenheit der Zielgruppe mit dem Prozess anhand geeigneter Instrumente prozessbegleitend wissenschaftlich evaluiert werden.

---

## **Autorinnen**

**Eike Quilling** (\*1972), Dr., Erziehungswissenschaftlerin, seit 2016 Professorin für Public Health im Kontext Sozialer Arbeit an der Hochschule RheinMain, Wiesbaden. *Schwerpunkte: Rolle von Netzwerkstrukturen und Interventionsansätzen in der Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten, Resilienzförderung, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Partizipation in der Gesundheitsförderung, Mitglied des AK „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ der ARL.*

**Heike Köckler** (\*1972), Dr., Raumplanerin, seit 2015 Professorin für Sozialraum und Gesundheit am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum. *Schwerpunkte: umweltbezogene Gerechtigkeit, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Migration, Indikatoren zukunftsfähiger Entwicklung, partizipative Planungsmethoden. Mitglied der Akademie für Raumforschung und Landesplanung und ihres Arbeitskreises „Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen“ sowie im Ad-hoc-Arbeitskreis „Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensbedingungen“ der ARL.*



## Literatur

- Altgeld, T. (2011): Gesundheit gemeinsam fördern – Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern, 52-62. = Prävention und Gesundheitsförderung.
- Arnstein, S.R. (1969): A ladder of citizen participation. In: *Journal of the American Institute of Planners* 35 (4), 216-224.
- Bertram, G.F. (2014): Wir sind die Zielgruppe! Zur Bedeutung bürgerschaftlichen Protests bei der Konstruktion von Zielgruppen. In: Altmann, U.; Huning, S.; Kuder, T.; Nuissl, H. (Hrsg.): Zielgruppen in der räumlichen Planung: Konstruktionen, Strategien, Praxis. Berlin, 65-106.
- Bischoff, A.; Selle, K.; Sinning, H. (2007): Informieren, Beteiligen, Kooperieren: Kommunikation in Planungsprozessen. Eine Übersicht zu Formen, Verfahren und Methoden. Dortmund. = Kommunikation im Planungsprozess 1.
- Branca, F.; Nikogosian, H.; Lobstein, T. (2007): The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO 2007. Denmark.
- Dryzek, J.S. (2008): Policy analysis as critique. In: Moran, M.; Rein, M.; Goodin, R.E. (eds.): *The Oxford handbook of public policy*. Oxford/New York, 189-203. = *The Oxford handbooks of political science*.
- Fischer, F.; Forester, J. (eds.) (1993): *The argumentative turn in policy analysis and planning*. Durham, NC.
- Fischer, F.; Gottweis, H. (eds.) (2012): *The argumentative turn revisited. Public policy as communicative practice*. Durham, NC.
- Healey, P. (1996): The communicative turn in planning theory and its implications for spatial strategy formation. In: *Environment and Planning B: Planning and Design* 23 (2), 217-234.
- Healey, P. (2012): Performing place governance collaboratively: Planning as a communicative process. In: Fischer, F.; Gottweis, H. (eds.): *The argumentative turn revisited: Public policy as communicative practice*. Durham, NC, 58-82.
- Herriger, N. (2006): Stichwort Empowerment. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Berlin.
- Israel, B.A.; Schulz, A.J.; Parker, E.A.; Becker, A.B. (1998): Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. In: *Annual Review of Public Health* 19, 173-202.
- Kickbusch, I. (2012): Bürgerorientierte Gesundheit: Ein Kommentar. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern, 429-438.
- Kurth, B.M.; Kamtsiuris, P.; Lange, M.; Hoffmann, R. (2012): Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). Berlin.
- Meunier, C. (2006): Öffentlichkeitsbeteiligung in der Bauleitplanung: Bedeutung der Aarhus-Konvention und der ihrer Umsetzung dienenden EU-Richtlinien – Öffentlichkeitsbeteiligung in Berlin-Brandenburg im Praxistest – Arbeitshilfe für die Praxis. Dortmund. = UVP spezial 20.
- Quilling, E.; Lütkemeier, L.; Müller, M.; Ordelmans, E.; Rühl, E. (2013): Sekundäranalyse der im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM seitens des BMG geförderten Projekte. Unveröffentlichter Abschlussbericht. Köln.
- Quilling, E.; Lütkemeier, L.; Müller, M.; Ordelmans, E. (2014): Bestandsaufnahme von gesundheitsfördernden Angeboten in Settings im Auftrag des LZG NRW. Unveröffentlicht.
- Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50 (5/6), 871-878.
- Schaeffer, D.; Dierks, M.L. (2012): Patientenberatung. In: Hurrelmann, K.; Razum, O. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim/Basel, 757-790.
- Schlacke, S. (2013): Öffentlichkeitsbeteiligung, Kommunikation und Rationalität von Planungsentscheidungen – eine Einführung. In: *UVP report* 27 (1/2), 32-33.
- Selle, K. (1996): *Planung und Kommunikation: Gestaltung von Planungsprozessen in Quartier, Stadt und Landschaft; Grundlagen, Methoden, Praxiserfahrungen*. Wiesbaden/Berlin.
- Süß, W.; Trojan, A. (2012): Partizipation und Beteiligung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern, 183-196.
- Viswanathan, M.; Ammermann, A.; Eng, E.; Gartlehner, G.; Lohr, K.N.; Griffith, D. (2004): Community-based participatory research: Assessing the evidence. In: *Evidence Reports/Technology Assessments* 99, 1-8.

- WHO – Weltgesundheitsorganisation** (Hrsg.) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (05.11.2015).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa** (Hrsg.) (1998): Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region. Kopenhagen. = Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ 6.
- WHO – World Health Organization Regional Office for Europe** (ed.) (2015): Taking a participatory approach to development and better health: Examples from the Regions for Health Network. Venice.
- Woodhouse, E.J.** (2008): Charles E. Lindblom. In: Darity, W.A. (ed.): International encyclopedia of the social sciences. Detroit (MI), 452-454.
- Wright, M.; Block, M.; von Unger, H.** (2007): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 13. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin.
- Wright, M.T.; Block, M.; von Unger, H.** (2008): Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber. In: Gesundheitswesen 70 (12), 748-754.
- Wright, M.T.; Block, M.; von Unger, H.; Kilian, H.; Brandes, S.; Ziesemer, M.** (2009a): Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern: Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Abschlussbericht. [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEWjbsO69oPNAhXD2xoKHU\\_5DPsQFggqMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.knp-forschung.de%2Fdocext.php%3Fidx%3D100&usq=AFQjCNG\\_vsBfEzjfZPDL-u0b1g8l4DKrKg&bvm=bv.123325700,d.d2s](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEWjbsO69oPNAhXD2xoKHU_5DPsQFggqMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.knp-forschung.de%2Fdocext.php%3Fidx%3D100&usq=AFQjCNG_vsBfEzjfZPDL-u0b1g8l4DKrKg&bvm=bv.123325700,d.d2s) (31.05.2016).
- Wright, M.T.; Block, M.; von Unger, H.** (2009b): Partizipative Qualitätsentwicklung. In: Kolip, P.; Müller, V.E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern, 157-175. = Handbuch Gesundheitswissenschaften.
- Wright, M.T.** (Hrsg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern. = Prävention und Gesundheitsförderung.