

Partizipative Entwicklung von Freiräumen mit Kindern

Autor(en): **Fabian, Carlo**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **43 (2017)**

Heft 1

PDF erstellt am: **27.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800143>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Partizipative Entwicklung von Freiräumen mit Kindern

Freiräume sind bedeutende Begegnungs- und Naherholungsräume für den Alltag und die Freizeit, namentlich auch für Kinder. Die partizipative Entwicklung dieser Freiräume hat nicht nur eine zentrale Bedeutung für deren Akzeptanz, Identifikation und Nutzung, sondern kann entscheidend zur Stärkung und Förderung der gesundheitsrelevanten Faktoren Empowerment und Autonomie, Selbstwirksamkeit, Attribution und Kontrollüberzeugungen sowie Kohärenzgefühl beitragen.

Carlo Fabian

Prof., Sozialpsychologe lic. phil., Gesundheitspsychologe FSP, Coach & Organisationsentwickler MAS|bso., Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Thiersteinallee 57, CH-4053 Basel, Tel. +41 61 337 27 42, www.fhnw.ch/sozialarbeit/isos, carlo.fabian@fhnw.ch

Schlagwörter: Partizipation | Kinder | Freiraum | Gesundheitsförderung |

Kinder sind deutlich stärker als Jugendliche oder Erwachsene an das nahe Wohnumfeld gebunden. Siedlungs- und quartierbezogene Freiräume sind für sie somit besonders wichtige Orte der Freizeitgestaltung ausserhalb der eigenen Wohnung resp. ausserhalb organisierter Freizeit. Die Frage stellt sich, was ein kindergerechter Freiraum ist, wie ein solcher entwickelt und gestaltet werden kann und welche Bedeutung der *partizipative Entstehungsprozess* und die Nutzung des Freiraums für Kinder haben. Im Folgenden werden Aspekte der Themen Freiräume, Partizipation und Gesundheit behandelt, um dann auf den zweiten Teil der Frage – den Einfluss der partizipativen Prozesse der Freiraumgestaltung auf gesundheitsrelevante Faktoren – einzugehen.

Kindergerecht und naturnah gestaltete Freiräume

Ein kindergerechter Freiraum zeichnet sich aus durch Zugänglichkeit und Erreichbarkeit, Aneignungsmöglichkeiten und Veränderbarkeit, ein hohes Identifikationspotenzial und die Bereitstellung von flexiblen, mobilen, temporären sowie bedarfsgerechten Nutzungs- und Spielmöglichkeiten (strukturelle Faktoren). Freiräume können sowohl öffentlich sein, wie Fussgängerzonen, Parks, Grünflächen, Strassenraum, Spielplätze, Sportanlagen etc., als auch privat aber öffentlich zugänglich, wie Spielplätze von Wohnüberbauungen, Brachflächen, Nischen, Baulücken. Neben einer sozialen Funktion (Integration, Austausch etc.) übernehmen sie auch eine ökologische (Zugang zur Natur, Sicherung der Artenvielfalt etc.) sowie eine ökonomische Funktion (Grundstückswert etc.).¹ Naturnah gestaltete Freiräume erlauben unterschiedliche Nutzungs- und Aneignungsmöglichkeiten und schaffen vielfältige sinnliche sowie motorische Erfahrungsmöglichkeiten. Dies fördert einerseits das informelle Lernen der Kinder, andererseits wirken sich die Erfahrungen der Kinder mit der Artenvielfalt sowie mit den einheimischen Pflanzen und Tieren positiv auf ihr Verhältnis zur Natur wie auch auf ihr Verantwortungsgefühl der eigenen Umwelt gegenüber aus.²

Für eine kindergerechte Entwicklung und Gestaltung von Freiräumen müssen die Lebenswirklichkeiten, Bedürfnisse und Anliegen der Kinder einbezogen werden sowie die Planung und Realisierung gemeinsam mit den Kindern – also partizipativ – erfolgen.³ Dabei gilt es, die schon genannten strukturellen aber auch sozialräumliche Faktoren zu berücksichtigen. Sozialräumliche Faktoren betreffen die Wechselwirkung zwischen dem physischen Raum und dessen sozialen Interaktions- und Erlebnispotentialen. Es geht bspw. um die Ermöglichung eines Austausches zwischen den Kindern unterschiedlicher Herkunft, zwischen unterschiedlichen Persönlichkeiten oder Interessen, aber auch zwischen den Generationen. Die sozialräumliche Betrachtungsweise stellt aber auch die Frage, welche Funktionen Räume haben können, bspw. die des Rückzugs für Kinder.⁴

Ausgangslage für das Programm «QuAKTIV – Naturnahe Freiräume für Kinder und mit Kindern planen und gestalten» war, dass (im Kanton Aargau) bislang Anliegen der Kinder- und Jugendförderung sowie Aspekte der Natur und der Raumgestaltung in Projekten zu wenig gemeinsam gedacht, geplant und umgesetzt wurden. Die Hochschule für Soziale Arbeit FHNW realisierte QuAKTIV in Kooperation mit drei Pilotgemeinden sowie mit verschiedenen Fachleuten im Kanton Aargau von 2013 bis 2016. Dabei standen kindergerechte partizipative Verfahren im Mittelpunkt. Ziel war es, adäquate Verfahren, Methoden und Strukturen in den Gemeinden zu entwickeln und zu evaluieren, um dann die Erkenntnisse und Methoden für ein breites Publikum aufzubereiten und zur Verfügung zu stellen. In den Pilotprojekten in Herznach, Birmenstorf und Aarburg konnten Projekte umgesetzt werden. An allen Standorten wurden verschiedene Methoden getestet, dynamische Prozesse realisiert, tragende Strukturen aufgebaut und lehrreiche Erkenntnisse gewonnen. Die Erfahrungen, Verfahren und Methoden sowie die Erkenntnisse aus den Evaluationen sind abrufbar unter www.quaktiv.ch.

Partizipation

Begriff, Konzept und Praxis

Partizipation von Kindern in unterschiedlichen Handlungsfeldern ist ein immer stärker in den Fokus rückendes Konzept. Das hat verschiedene Gründe. So ist Partizipation von Kindern ein in der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 verankertes und 1997 von der Schweiz ratifiziertes Grundrecht.⁵ Da Kinder bis 18 Jahre in aller Regel von politischen Entscheidungsprozessen ausgeschlossen sind, bieten neue alternative Beteiligungsverfahren eine Möglichkeit, junge Menschen in sie betreffende

Entscheidungen und Entwicklungen einzubeziehen. Obwohl der Begriff Partizipation sowohl im Kontext von Stadtentwicklung als auch von Gesundheitsförderung gerne und oft verwendet wird, bleibt er doch oft diffus oder in der Praxis nicht eingelöst.⁶ Im Programm QuAKTIV war die Arbeitsgrundlage für die partizipativen Prozesse ein Projektzyklus mit fünf Arbeitsphasen:

1. Ausgangslage und Analyse
2. Planung und Konzept
3. Umsetzung und Realisierung
4. Betrieb und Pflege
6. Evaluation und Verstetigung

Namentlich in den ersten vier Phasen spielte die Partizipation (siehe weiter unten) der Kinder eine wichtige und entscheidende Rolle für das Gelingen der Projekte genauso wie für die Förderung von gesundheits- und demokratierelevanten Faktoren. Grundlage für die Partizipation war ein vierstufiges Modell (vgl. Abbildung 1). Dieses Modell umfasst zugleich ein theoretisches Konzept, gesellschaftliche Werthaltungen sowie konkrete Arbeitsmethoden.⁷

In diesem Modell bildet die Information die erste Stufe. Sie ist die Grundlage eines jeden Partizipationsprozesses, gilt aber in der Regel lediglich als Vorstufe der Partizipation. Echte Partizipation beginnt mit der aktiven Mitwirkung, d.h. wenn Betroffene zu Beteiligten werden und in der Ideenfindung, Planungsphase und Umsetzung mitdiskutieren, mitentwickeln und mitgestalten können. Eine nächste Stufe ist die Mitentscheidung betr. konkreter Ausgestaltung und Realisierung. Unter gewissen Umständen können Kinder schliesslich in die Verantwortung miteinbezogen werden. Im Programm QuAKTIV wurde eine Partizipation angestrebt, die in den oben genannten unterschiedlichen Arbeitshasen neben der Information sowohl Prozesse der Mitwirkung als auch des Mitentscheidens beinhaltet. Partizipative Prozesse zeitigen verschiedene Wirkungen. Kinder erleben durch Mitwirkung und Mitentscheidung direkt, dass ihre Rechte ernst genommen werden und dass sie Einflussmöglichkeiten bei der Gestaltung des Gemeinwesens haben.⁹ Indem Kinder an für sie relevanten Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen beteiligt werden, werden Kompetenzen wie das Bilden einer eigenen Meinung und das Einstehen dafür, das Debattieren, aber auch das Aufgeben von Teilen des eigenen Standpunkts zugunsten eines gemeinsam getragenen Kompromisses gefördert und gelebt. Ferner können unterschiedliche Rollen eingenommen und erprobt werden. Kinder können als kreative Person auftreten, als kritische FeedbackgeberInnen, als Diskussions- und AushandlungspartnerIn etc. Ebenso sind Begegnungen zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die nicht an den Grenzen von sozialer Herkunft, Geschlecht oder kultureller Verortung haltmachen, möglich. Auf diese Weise können Kinder erleben, wie sie Mitverantwortung für ihr jetziges und zukünftiges Umfeld altersadäquat übernehmen können.¹⁰

Entsprechend den Arbeitsphasen kamen in QuAKTIV spezifische Methoden zur Anwendung. Allen Methoden gemeinsam ist, dass die Beobachtungen, Wahrnehmungen, Aufzeichnungen oder Bewertungen der Kinder immer unter ihnen und je nachdem auch mit Fachpersonen ausgetauscht werden. Zudem gehört es dazu, dass Pläne und Entscheidungen von Fachpersonen nochmals mit den Kindern rückgekoppelt werden, um zu sehen, ob die Kinder richtig verstanden wurden.¹¹

Partizipation im Setting

Der Settingansatz gilt in der Gesundheitsförderung als Schlüsselstrategie zur Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta¹². 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.¹³ Gemäss dem Settingansatz herrschen in unterschiedlichen Lebensbereichen und unterschiedlichen sozialen Systemen jeweils andere Rahmenbedingungen. Diese haben Einfluss auf die Gesundheit und können durch Entwicklungsprojekte beeinflusst werden. Entsprechend wird auch von der «Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung» gesprochen.¹⁴ Kernstrategien des Settingansatzes sind, wie schon genannt, die Partizipation aller relevanten AkteurInnen, die Prozessorientierung, die Entwicklung integrierter Konzepte und der Einbezug von Interventionen, die sowohl individuelle Einstellungen und Verhaltensweisen als auch strukturelle Verhältnisse innerhalb des Settings beeinflussen.¹⁵

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass partizipative Prozesse per se einen Beitrag zur Gesundheit resp. zu Gesundheit beeinflussenden Faktoren leisten (vgl. weiter unten).

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 mit körperlicher, psychischer und sozialer Dimension.¹⁶ Unter Gesundheit wird dabei weniger ein (Ideal-)Zustand als vielmehr ein Prozess verstanden.¹⁷ Der Begriff steht für eine dynamische Balance, die sich einstellt, wenn Bewältigungsressourcen zur Verfügung stehen, um Anforderungen gewachsen zu sein und wenn physische, psychische oder interaktive Ressourcen weiterentwickelt werden können. Gesundheit als Prozess steht somit für vielfältige Wechselwirkungen zwischen Menschen und Umwelt. Solche Wechselwirkungen sind immanente Bestandteile partizipativer Prozesse wie bei QuAKTIV.

Durch partizipative Prozesse förderbare gesundheitsrelevante Faktoren

Prozesse der Partizipation als Erfahrungsraum

Partizipation fördert nicht nur gemeinsam getragene Lösungen (bei QuAKTIV also die Gestaltung und Identifikation der Freiräume), sondern hat auch einen direkten Einfluss auf die Gesundheitschancen und die Gesundheitsressourcen der Beteiligten selbst.¹⁸ In partizipativen Prozessen sind für Kinder verschiedene Erfahrungsdimensionen erlebbar, z. B.:

- als Anwohnerin und Anwohner 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 andere Kinder

Wenn diese Erfahrungen als positiv erlebt werden – und dazu kann man als Fachperson Partizipation viel beitragen – tragen sie dazu bei, dass verschiedene gesundheitsrelevante Ressourcen der Kinder gestärkt werden können. Diese Ressourcen sind

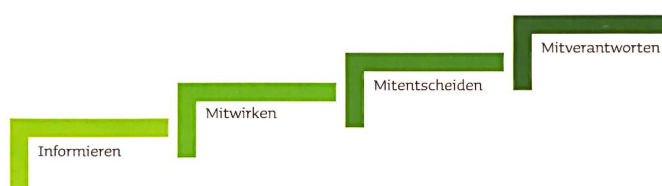


Abb. 1: Partizipationsmodell QuAKTIV.⁸



als Schutzfaktoren oder als Resilienz stärkende Faktoren zu sehen, sind förderbar sowie empirisch messbar.¹⁹ Sie werden im Folgenden skizziert.

Empowerment und Autonomie

Mit dem Empowermentansatz wendet man sich von einer paternalistischen Ausrichtung ab, der Fokus richtet sich nicht mehr auf individuelle Vorsorge, Betreuung oder Erziehung, vielmehr wird die zielgruppen- und lebensweltspezifische Aktivierung und Mobilisierung der Menschen betont.²⁰ Autonomie und Selbstbestimmung von Individuen oder Gemeinschaften sollen erhöht werden, um es ihnen so zu ermöglichen, ihre Interessen selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und ihre Umwelten eigenständig zu gestalten. Dabei steht Autonomie immer im Spannungsfeld zur Fremd- oder Aussenbestimmung aber auch zur Verbundenheit mit einem anderen Menschen oder einer Gemeinschaft. Dieses Spannungsfeld für sich positiv gestalten zu können, ist gesundheitsunterstützend.

In den QuAKTIV-Projekten erfahren und erleben die Kinder, dass ihre Anliegen und Ideen von den Behörden und den Planungsfachpersonen aufgenommen und in Planungen integriert werden. Durch Austausch- und Aushandlungsprozesse mit den genannten Akteuren aber auch unter den Kindern selbst erleben diese, dass sie tatsächlich ihre Umwelt mitgestalten können. In Herznach bspw. hatten die Kinder verschiedene Gelegenheiten, um ihre Anliegen und Ideen bei den Gemeindebehörden, der Schulleitung und Lehrpersonen sowie beim Landschaftsplaner einzubringen, zu «verteidigen» und mit ihnen ein Stück weit auszuhandeln.

Selbstwirksamkeit

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung hat im Gesundheitsbereich grosse Bedeutung und ist gut validiert. «Selbstwirksamkeitserwartung wird definiert als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können.»²¹ Einfache Routine reicht für die Lösung nicht. Anstrengung und Ausdauer sind für die Bewältigung erforderlich. Dabei sind die Überzeugung, dass das Verhalten zum Erfolg führt (Konsequenzerwartung), und die Erwartung, für das eigene Verhalten kompetent zu sein (Kompetenzerwartung), massgebend.²² Selbstwirksamkeitserwartung hat einen starken Zusammenhang mit Gesundheit und Gesundheitsverhalten und wird deshalb z.B. in Präventionsprojekten im Zusammenhang mit Substanzenkonsum, Gewalt oder Zivilcourage gefördert. Selbstwirksamkeitserwartung kann am stärksten durch eigene Erfahrungen sowie durch Beobachtung von Verhaltensmodellen gefördert werden.²³ Solche Erfahrungen haben einige Kinder bspw. in Aarburg im Rahmen eines Quartierfestes gemacht: Sie stellten die mit den anderen Kindern entwickelten Ideen den interessierten Festbesuchern vor, erklärten sie ihnen und erlebten so, dass es sehr gut gelingen kann, für eigene Interessen einzustehen.

Attribution und Kontrollüberzeugungen

Eine zentrale Komponente der Selbstwirksamkeitserwartung ist die Vorstellung, dass man Verhaltensweisen und Geschehnisse als Person beeinflussen kann – oder, dass man es eben nicht kann. Kontrollüberzeugungen werden in internale und externale unterschieden. Eine internale Kontrollüberzeugung bedeutet,

dass eine Person davon überzeugt ist, dass das Ergebnis einer Handlung so ist, weil sie als Person das bewirkt hat. Bei der externalen Kontrollüberzeugung hingegen werden externe Umstände als Ursache für das erreichte Ergebnis gesehen.²⁴ Es gibt verschiedene Zusammenhänge zwischen der Kontrollüberzeugung und bestimmten Aspekten der Gesundheit. Personen mit höherer internaler Kontrollüberzeugung sind oft gesünder oder haben das bessere Wohlbefinden.²⁵ In den Pilotgemeinden von QuAKTIV machten die Kinder die Erfahrung, dass sie zumindest Teile ihrer Lebenswelt mitbeeinflussen (kontrollieren) können. Ihre Bedürfnisse z. B. nach einer «Chillecke» oder nach Wasser auf dem Platz wurden aufgenommen, diskutiert und realisiert. Die Kinder erfuhren so aber auch, dass nicht jede Idee machbar ist, und sie verstanden, dass es Grenzen finanzieller Art oder von den Platzverhältnissen her gibt. Solche Prozesse stärken die gesundheitsrelevante interne Kontrollüberzeugung.

Kohärenzgefühl

Antonovsky²⁶ rückt mit dem Modell der Salutogenese die Frage ins Zentrum, was Menschen gesund erhält. In diesem Kontext ist das Konzept des Kohärenzgefühls wichtig. Drei Komponenten bilden das Kohärenzgefühl: Die *Verstehbarkeit* beschreibt die Erwartung eines Menschen, dass alltägliche Stimuli, Situationen oder Erfahrungen als geordnet oder erklärbar wahrgenommen und als konsistente und strukturierte Information verarbeitet werden können. Das führt dazu, dass ein konsistentes Bild der Umwelt aufgebaut werden kann. Die *Handhabbarkeit* beschreibt die Erwartung, dass schwierige Situationen oder Herausforderungen lösbar und bewältigbar sind. Dabei geht es um die eigenen Ressourcen und Kompetenzen, aber auch um den Glauben, dass andere Menschen helfen, um allfällige Schwierigkeiten zu meistern. Die *Sinnhaftigkeit* schliesslich beschreibt die Erwartung, dass das Leben sinnvoll ist. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit motiviert dazu, Herausforderungen tatsächlich anzugehen und zu bewältigen.

Das Kohärenzgefühl korreliert mit der Gesundheit einer Person: Es unterstützt das Gesundbleiben oder das Gesundwerden. Ein starkes Kohärenzgefühl bedeutet, dass Menschen flexibel auf Anforderungen, aber auch Belastungen reagieren können und dass die dazu notwendigen Ressourcen tatsächlich aktiviert werden können.²⁷ Die Entwicklung des Kohärenzgefühls wird gemäss Bengel et al.²⁸ massgeblich durch Partizipation, also durch Teilhabe an Entscheidungsprozessen beeinflusst, was auch bei QuAKTIV der Fall war. Gerade die Sinnhaftigkeit wird gefördert, wenn Kinder wie in Herznach oder Birnenstorf sehen, dass ihre Anliegen nach einer für sie doch langen Entwicklungszeit erfüllt und realisiert werden. Kinder berichteten, dass sie einige ihrer Ideen in den Freiräumen wiedererkannten, dass es «ihr» Freiraum ist, was zu einer starken Identifikation mit den Räumen führte.

Diskussion

Aus wissenschaftlicher Perspektive kann angenommen werden, dass durch kindergerechte und naturnahe Entwicklungs- und Gestaltungsprozesse von Stadt oder allgemein von Umwelt gesundheitsspezifische Ressourcen der Kinder gefördert werden. Dieser Effekt wird namentlich durch partizipative Prozesse mit den Kindern bewirkt. Wenn Kinder einbezogen werden, erleben sie, dass sie ihre Umwelt beeinflussen können, dass sie in gewissen Teilen mitentscheiden können, dass Aushandlungsprozesse und Kompromisse möglich und sinnvoll sind, und dass sie eine altersadäquate Mitverantwortung zugesprochen bekommen. Kinder erleben Sinnhaftigkeit in ihrem Tun und Sein. In diesen Prozessen werden verschiedene gesundheitsrelevante Faktoren direkt adressiert und gefördert.

Allerdings zeigen die Erfahrungen in den Pilotgemeinden von QuAKTIV, dass nicht nur die geschilderten Chancen bestehen,

sondern auch gewisse Risiken. Falls bspw. die partizipativen Prozesse nicht optimal ablaufen, kann es auch zu Enttäuschungen oder gar negativen Wirkungen bei den Kindern kommen.²⁹ Bspw. musste in einer Pilotgemeinde das Freiraumentwicklungsprojekt nach ersten partizipativen Schritten mit den Kindern abgebrochen werden (Budget wurde an Gemeindeversammlung nicht gesprochen). Hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Faktoren kann man annehmen, dass diese nicht gefördert oder im schlimmsten Fall gar geschwächt werden können. Bspw. stellt sich die Frage, was solche Erfahrungen hinsichtlich Kohärenzgefühl 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. Das bedeutet, dass solche Projekte und Prozesse umsichtig und vorausschauend geplant und umgesetzt werden müssen. Die Literatur zeigt aber auch, dass gerade im Kontext von Freiräumen resp. allgemein von sozialräumlichen Fragestellungen noch Forschungslücken und Langzeitstudien fehlen. Es ist zu wünschen, dass hier, ergänzend zu Aspekten der Frühen Förderung oder von Lernlandschaften, sowohl weitere Entwicklungs- und Umsetzungsprojekte als auch daran geknüpfte Forschungsprojekte realisiert werden können. ●

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bandura, A. (1997): Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 84(2): 191-245.
- 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.
- Engelmann, F./Halkow, A. (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- 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. (2016): Der Beitrag partizipativer Prozesse bei der Freiraumentwicklung für die Gesundheit von Kindern. Eine theoretische Annäherung. *Umweltpsychologie* 2: 112-136.
- Faltermeier, T. (2009): Gesundheit: körperliche, psychische und soziale Dimensionen. S. 46-57 in: J. Bengel/M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hartung, S. (2012): Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. S. 57-78 in: R. Rosenbrock/S. Hartung (Hrsg.), *Partizipation und Gesundheit*. Handbuch. Bern: Verlag Hans Huber.
- Heckhausen, J./Heckhausen, H. (2010): *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Kraschl, C./Drewes, J./Kleiber, D. (2010): Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. S. 151-169 in: J. Drewes/H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Muri, G. (2009): Stadtträume: Die von Erwachsenen imaginierte Stadt. S. 13-41 in: G. Muri/S. Friedrich (Hrsg.), *Stadt(t)räume – Alltagsräume?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Niermann, O./Schnur, O./Drilling, M. (2014): Das Quartier im Kontext von Lebenswelt und Wohnungswirtschaft – eine Einführung. S. 11-32 in: O. Schnur/M. Drilling/O. Niermann (Hrsg.), *Zwischen Lebenswelt und Renditeobjekt*. 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 S. 400-403 in: K. Hurrelmann/P. Franzkowiak (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* Werbach: Verlag für Gesundheitsförderung.



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

Rosenbrock, R. (2001): Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (44)8: 753-762.

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

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

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

UN – United Nations (1989): UN-Konvention über die Rechte des Kindes. www.tinyurl.com/htenfqr, Zugriff: 16.01.2017.

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.

WHO – World Health Organization (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. www.tinyurl.com/b8lfd8, Zugriff 16.01.17.

Endnoten

1 Vgl. Petrow 2012.
 2 Vgl. Obrist et al. 2012.
 3 Vgl. Niermann/Schnur et al. 2014.
 4 Vgl. Fabian/Huber et al. 2014.
 5 Vgl. UN 1989. Vgl. auch «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.
 Siehe unter: www.tinyurl.com/hzxgyhp, Zugriff 16.01.17.

6 Vgl. Fabian 2016.
 7 Vgl. für die Arbeitsphasen und partizipativen Methoden: Fabian/Huber et al. 2016; www.quaktiv.ch; vgl. für demokratierelevante Fragen: Widmer/Stutz 2016.
 8 Nach Fabian/Huber et al. 2016: 16.
 9 Vgl. Olk/Roth 2007.
 10 Vgl. Fabian 2016.
 11 Kurzer Überblick über die Methoden: In der Phase Ausgangslage eignen sich Nadelmethode, Subjektive Landkarten, Begehung, Autophotografie, Erkundung und Bewertung. In der Phase Planung und Konzept kommen die Methoden Planungswerkstatt-Zeichnen sowie Modellbau zum Tragen. Die Methode Mitmachbautage gehört zur Phase Umsetzung und Realisierung. Vgl. für einen ausführlichen Methodenbeschrieb: Fabian et al. 2016: 38f. oder www.quaktiv.ch.
 12 Vgl. WHO 1986.
 13 Vgl. Engelmann/Halkow 2008.
 14 Vgl. Pelikan 2011.
 15 Vgl. Sterdt/Walter 2012.
 16 Vgl. ebd.
 17 Vgl. Faltermeier 2009.
 18 Vgl. Hartung 2012.
 19 Vgl. Bengel/Meinders-Lücking et al. 2009.
 20 Vgl. Kraschl/Drewes et al. 2010; Rosenbrock 2001.
 21 Vgl. Schwarzer 2004.
 22 Vgl. Bandura 1997.
 23 Vgl. Schwarzer/Jerusalem 2002.
 24 Vgl. Heckhausen/Heckhausen 2010.
 25 Vgl. Hartung 2012.
 26 Vgl. Antonovsky 1997.
 27 Vgl. Bengel et al. 2001; Hartung 2012.
 28 Vgl. Bengel et al. 2001.
 29 Vgl. Widmer/Stutz 2016.