

Projekte sind gut – Strategien sind besser!?

Potenziale integrierter Strategien zur kommunalen Gesundheitsförderung



Prof. Dr. Anna Lena
Rademaker



Prof. Dr. Eike Quilling

Kommunen kommt in der Gesundheitsförderung eine Schlüssel-funktion zu, da sie für viele Lebenswelten verantwortlich sind und diese übergreifend beeinflussen können. Kommunale Handlungsmöglichkeiten bleiben jedoch eingeschränkt, da Gesundheitsförderung keine Pflichtaufgabe der Kommunen darstellt. Das große Potenzial der Kommunen bleibt daher häufig ungenutzt, um besonders die Lebenswelten für Kinder und Jugendliche gesundheitsförderlich zu gestalten und gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Das bestehende Präventionsgesetz greift zu kurz, insbesondere bei der strukturellen Verankerung und Implementierung von Gesundheitsförderung in Kommunen. Vor allem vulnerable Gruppen werden noch immer nicht im erforderlichen Maße erreicht. Um dies zu ändern, sind integrierte kommunale Strategien notwendig, die auf die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen kommunaler Planung und Steuerung zielen. Dabei müssen auch die Potenziale der Sozialen Arbeit für die Gesundheitsförderung stärker genutzt werden.

Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention mit Kindern und Jugendlichen sind keine neuen Themen. Spätestens seit dem 2009 veröffentlichten 13. Kinder- und Jugendbericht sind Entwicklungen in diese fachliche Ausrichtung deutlich zu vernehmen (Liel & Rademaker 2020). Angefangen von dem 2007 gegründeten Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), über die Strategie zur Förderung der Kindergesundheit, Aktualisierung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund Aufwachsen“, bis hin zum Bundeskinderschutzgesetz und parallel verlaufenden modellhaften Präventionsprogrammen wie „Kein Kind zurücklassen“, wurde 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention und jüngst der 2019 veröffentlichte „Wegweiser zum gemeinsamen Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (BMG 2019; Rademaker 2021b) auf den Weg gebracht. Allen ist gemein, Gesundheitsförderung lebensweltlich zu verankern und als Sektorengrenzen überwindende Gemeinschaftsaufgabe zu betrachten.

Lebensweltorientierte Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit

Um nachhaltig wirken zu können, müssen sich Strategien der Gesundheitsförderung regelmäßig an die Ge-

gebenheiten anpassen, in denen junge Menschen aufwachsen. Mit Blick auf die Berichtslage zur sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit Heranwachsender (Erhard et al. 2008; Hölling et al. 2014; Ravens-Sieberer et al. 2021) steht die Kommune nicht erst seit der Pandemie vor der Herausforderung, die Förderung von Gesundheit als ihre Aufgabe im Rahmen lebensweltbezogener Konzepte und Maßnahmen zu etablieren (Rademaker 2020b).

Das besondere an der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung ist, dass sie die Vorstellungen der Zielgruppe besonders konsequent zum Mittelpunkt ihres gesundheitsfördernden Handelns macht, gesundheitsbezogene (Be)Grenz-(ung)en persönlicher Handlungsmöglichkeiten in der Lebenswelt kritisch analysiert und sich an Expertenkriterien nur unter Berücksichtigung der Verwirklichung zu einem guten Leben orientiert (Rademaker & Altenhöner 2019, S. 157). Ziel ist es, neben der Befähigungsgerechtigkeit insbesondere die gesundheitliche Chancengerechtigkeit durch niedrigschwellige Strukturen und Hilfen im Sozialraum für alle jungen Menschen einer Kommune zu erreichen. Es geht darum, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen und die Lebensbedingungen für junge Menschen so zu gestalten, dass gesundes Aufwachsen möglich wird. Hierbei sollen übergreifend die Sozialisationsorte, an denen sich Kinder und Jugendliche im Alltag aufhalten, adressiert werden wie beispielsweise Kita, Schule, Jugendarbeit, Quartiersarbeit, Heime oder Freizeiteinrichtungen. Dies kann nur durch eine nachhaltige Weiterentwicklung über die Schaffung gesundheitsförderlicher Verhältnisse gelingen, die aufeinander abgestimmt und miteinander vernetzt sind. Gesundheitsförderung sollte langfristig als fester Bestandteil eines integrierten Gesamtkonzeptes verankert, durch ein interdisziplinäres, kommunales Steuerungsgremium koordiniert (Quilling et al. 2020) und stetig in der Ausrichtung aktualisiert und dem Bedarf junger Menschen entsprechend ausgerichtet werden. Zugrunde liegt einer derart



kommunal verankerten Strategie die gemeinsame Definition von Gesundheitszielen und Maßnahmen, die sich an den Potenzialen, den Gesundheitsbedürfnissen und dem Wohlbefinden im Lebenslauf (salutogenetischer Ansatz) orientiert (BMG 2019).

Integrierte Strategien zur kommunalen Gesundheitsförderung

Unter integrierten Strategien zur Gesundheitsförderung versteht man Maßnahmen, die über die Projektebene hinausgehen und damit einen klassischen „Health in all Policies“-Ansatz (HiAP) vertreten. Der Ansatz fundiert auf dem Konzept der WHO-Gesundheitsförderung, das sich durch die salutogenetische Perspektive mit der Fragestellung, wie und wo Gesundheit hergestellt wird, auszeichnet (Kaba-Schönstein 2018, S. 227). Gesundheitsförderung, so die Devise, versteht sich als gesamtgesellschaftliche Mehrebenenaufgabe (ebd., S. 230), also auf der Ebene von:

- Individuen zur Förderung ihrer persönlichen Kompetenzen
- Gruppen zur Unterstützung gesundheitsfördernder Gemeinschaftsaktionen
- Institutionen zur Neuorientierung der Gesundheitsdienste
- dem Gemeinwesen zur Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten

- der Politik zur Bereitstellung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

All diese Ebenen sind miteinander zu verbinden. Sie implizieren Ansätze, die auf das Verhalten der Menschen sowie die Verhältnisse abzielen. Das eine ist ohne das andere nicht zu denken. Man kann das Verhalten nicht ändern, ohne die Verhältnisse zu verändern. Kommunen kommt hierbei eine Schlüsselfunktion in der Gesundheitsförderung zu, da sie in vielen der genannten Lebenswelten verantwortlich sind und diese übergreifend beeinflussen können. Bis heute bleiben ihre Handlungsmöglichkeiten jedoch eingeschränkt, weil Gesundheitsförderung keine Pflichtaufgabe der Kommunen darstellt und die Mittel an dieser Stelle häufig nicht zur Verfügung gestellt werden (Quilling, Leimann, Tollmann 2022). Wenn es jedoch gelingt, Gesundheitsförderung in der kommunalen Politik beispielsweise in Koalitionsverträgen zu verankern und ämterübergreifend zu planen und zu implementieren, bietet die Kommune großes Potenzial, Lebenswelten für Kinder und Jugendliche gesundheitsförderlich zu gestalten und gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

Hier setzen die integrierten Strategien zur kommunalen Gesundheits-

förderung an, indem sie versuchen, die Verhältnisse, in denen Menschen leben, über die verschiedenen Ebenen hinweg zu verändern. Beispiele lassen sich immer dort finden, wo Gesundheitsförderung als zentrales kommunales Entwicklungsinstrument mitgedacht wird, beispielsweise wie im Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (Fröhlich-Gildhoff & Trojan 2018). Das Präventionsnetzwerk zeichnet sich aus durch den Aufbau einer kreisweiten und einer regionalen Unterstützungs- und Steuerungsstruktur sowie settingorientierte Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Deutlich wird hier, dass die Alltags- und Lebenswelten der Kommune und Settings, in denen Kinder und Jugendliche ihren Alltag verbringen, der zentrale Ansatzpunkt sind.

Sinnvoll ist, zwischen Gesundheitsförderung in einem Setting wie der Kita, der Schule oder dem Freizeitzentrum zu unterscheiden von gesundheitsfördernden Lebenswelten. Im ersten Fall geht es darum, dass eine langfristige Veränderung des Settings

wie der Kita oder der Schule stattfindet und nicht nur einzelne verhaltensbezogene Maßnahmen umgesetzt werden. Die ganze Einrichtung oder ein Quartier, also das Setting, wird langfristig gesundheitsförderlich gestaltet, womit sich die Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliches Verhalten verändern.

Der zweite Fall adressiert ein Zusammenwirken aller Akteur*innen in den diversen Lebenswelten der Menschen mit dem Ziel, die Alltagswelt settingübergreifend gesundheitsfördernder zu gestalten.

Kommunale Strategien zielen darauf ab, über die Sektoren Soziales, Gesundheit, Bildung, Freizeit, Wirtschaft, Ökonomie, Ökologie etc. die Lebenswelt Kommune gesundheitsfördernder zu gestalten (HiAP).

Ziel ist es, dass die Angebote präventiv angelegt sind (Prävention), sich am lokalen Bedarf der Nutzenden orientieren (Alltagsrelevanz) und lokal gut erreichbar sind (Regionalisierung). Diese sogenannten Maximen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit (Grunwald & Thiersch 2009, S. 139) –

Prävention, Alltagsrelevanz und Regionalisierung – beziehen sich auf die Handlungspraxis der direkten Adressat*in-Interaktion und eröffnen Anknüpfungspunkte für Interventionen, die präventiv zu sozialer und gesundheitsbezogener Chancengerechtigkeit beitragen können und dafür den Alltag junger Menschen zum Dreh- und Angelpunkt nutzen (Rademaker 2020a).

Eine gemeinsame Zielperspektive

Start- und Ausgangspunkt von Strategien integrierter kommunaler Gesundheitsförderung ist die Entwicklung einer gemeinsamen Zielperspektive und eines Konsenses über die Notwendigkeit, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen kommunaler Planung und Steuerung zu fördern. Im Sinne des benannten Mehrebenenansatzes reicht es nicht aus, diesen Prozess im Gesundheitswesen zu verorten. Gesundheit ist ein konstitutiver Bestandteil des Alltags junger Menschen, der sich über alle Bereiche und Ebenen in der Lebenslaufperspektive Heranwachsender erstreckt. Beginnend mit der (vor-)geburtlichen Versorgung und Begleitung junger Familien, über die Frühförderung, Betreuung in der Kita und Familie, bis hin zu Freizeit, Schule, Einmündung in eine Ausbildung und Beruf sowie die Verselbstständigung und eigene Familienplanung kann und darf Gesundheitsförderung nicht als losgelöster Prozess von der Sozialisation junger Menschen gesehen werden. Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind dabei in besonderem Maße gefragt, sich zum Ziel zu setzen, ihren Adressat*innen gesunde Verwirklichung trotz Armut, Bildungsbenachteiligung, besonderen Versorgungs- und Lebenslagen von der Geburt bis in das Erwachsenenalter zu ermöglichen. Ihre Aufgabe ist es, für gesundheitsbezogene Befähigungsgerechtigkeit einzutreten (Rademaker 2020a).

Politische Ziele –

gut gemeint und doch ...

Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung steht unter der Überschrift „Gesundheitsförderung“, das Präventionsgesetz weiterentwickeln

Das Präventionsnetzwerk Ortenau arbeitet vernetzt an kreisweiten und regionalen Projekten der Gesundheitsförderung.

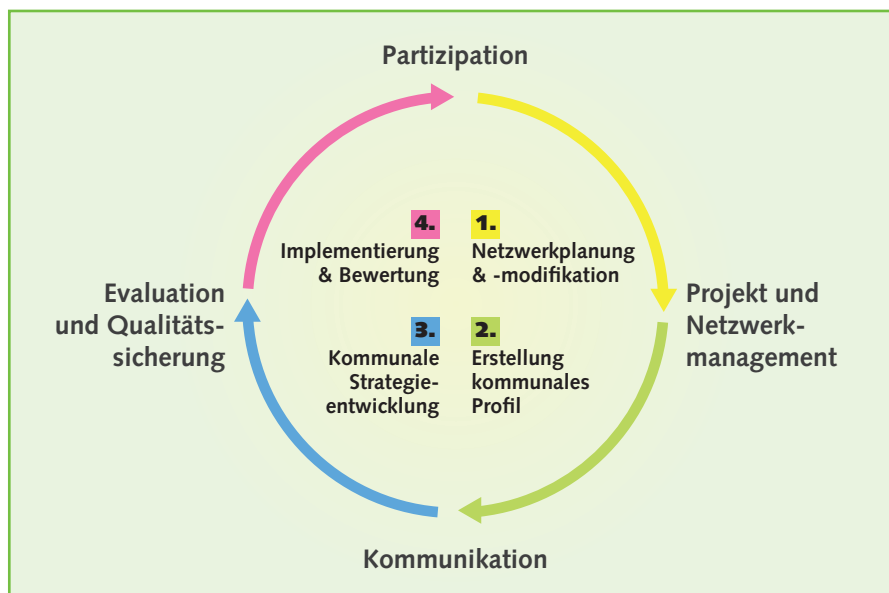
Bild: Päventionsnetzwerk Ortenau



zu wollen und Prävention gesamtgesellschaftlich, zielgruppenspezifisch und umfassend zu verstehen. Es sollen ein Nationaler Präventionsplan sowie konkrete Maßnahmenpakete geschaffen werden (SPD et al. 2021, S. 84). „Zu Gunsten verstärkter Prävention und Gesundheitsförderung“ sollen zudem „die Möglichkeiten der Krankenkassen, Beitragsmittel für Werbemaßnahmen und Werbegeschenke zu verwenden“ reduziert werden (ebd.). Ein interessanter Ansatz, der – auch wenn er sicherlich gut gemeint ist und im Kern eine wesentliche nicht neue Kritik an der ökonomischen Orientierung im Gesundheitswesens adressiert (Rademaker, 2021a) – weiter zu konkretisieren ist. Auch im Bereich der „Gesundheitsversorgung“ bleiben die Ausführungen zwar lobenswert aber äußert unpräzise, insbesondere wenn man sich überlegt, dass „Gesunde Städte“, „Gesundheitsregionen“, „niedrigschwellige Beratungsangebote“ (SPD et al. 2021, S. 84) u.v.m. keine neue Erfindung, sondern seit Jahrzehnten geforderte sowie in einigen Kommunen erfolgreich praktizierte Maßnahmen sind. Auch sollte ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen für Kinder mit Behinderungen und Entlastungen für ihre Familien geschaffen werden.

Interessant, betrachtet man die jahrelangen harten Debatten um eine inklusive Kinder- und Jugendhilfe und damit verbundenen strukturellen Herausforderungen, nicht zuletzt aufgrund bürokratischer und administrativer Barrieren. Es bleibt abzuwarten, wie die Regierung diesen Zielen in der aktuellen Lage nachkommen will, um die Gesundheit neuer und zudem von der Pandemie gezeichneter Generationen im Sinne einer sektorenübergreifenden Aufgabe zu fördern. So viel bleibt festzuhalten: Das bestehende Präventionsgesetz greift noch immer zu kurz, insbesondere wenn es um die strukturelle Verankerung und Implementierung von Gesundheitsförderung in Kommunen geht. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass im Bereich der Gesundheitsförderung mithilfe des PrävG (2015) viel geschaffen wurde, dem Ziel mehr gesundheitliche

Abbildung 1: Handlungsmodell kommunaler Gesundheitsförderung (Quilling et al. 2021, S. 17)



Chancengerechtigkeit zu erreichen, ist man jedoch nicht nähergekommen. Nach wie vor werden vulnerable Gruppen unzureichend erreicht und die Gelder, die für Individualprävention ausgegeben werden, werden von den Menschen genutzt, die sich ohnehin schon gut um ihre Gesundheit kümmern (können). Hier ist ein Umdenken erforderlich. Zudem ist schon jetzt ersichtlich, dass insbesondere kommunale und in sozial benachteiligten Stadtteilen durchzuführende Maßnahmen zu adressieren sind, die nicht allein dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind und hier mehr Flexibilität in der Finanzierung und möglicherweise auch in der Kombination von Mitteln aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern notwendig wird.

Steuerung kommunaler Gesundheitsförderung

Wo diese verantwortliche Steuerung angesiedelt ist, kann variieren. Im Rahmen des ÖGD-Paktes ist aber zu hoffen, dass Stellen für die kommunale Gesundheitsförderung zukünftig in allen Kommunen zur Verfügung gestellt werden. Ein entsprechendes Aufgabenprofil liegt bereits vor (Quilling et al. 2021) und müsste eigentlich nur noch adaptiert und bezüglich der spezifischen Bedarfe der Kommunen entsprechend implementiert und evaluiert werden (Abb. 1).

Dabei spielen Vernetzung und Kooperation zwischen den Akteur*innen vor Ort sowie ihre Beteiligung eine wesentliche Rolle. In der lokalen Vernetzung können gemeinsame und den diversen Alltags- und Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen gerecht werdende Strategien zur Gesundheitsförderung über die Settinggrenzen hinweg, auf der Basis eines gemeinsam, partizipativ entwickelten Leitbildes mit entsprechender Zielperspektiven angefertigt werden. Die Kinder- und Jugendhilfe ist, wie sonst kaum ein*e andere*r Akteur*in, nah an der Lebenswelt Heranwachsender dran und begleitet sie niedrigschwellig in ihren alltäglichen Verwobenheiten und Handlungs(un)möglichkeiten. Soll Gesundheitsförderung also tatsächlich im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Strategie und mit einem Anspruch auf Beteiligung von Adressat*innen entwickelt werden, kann dies nur gemeinsam und transdisziplinär in der Kommune erfolgen.

Partizipative Gesundheitsförderung

In der kommunalen Arbeit haben sich insbesondere Methoden partizipativer Gesundheitsförderung etabliert. Dabei werden alle Akteur*innen in der Mitgestaltung an Entscheidungsprozessen, die ihre Gesundheit und die Gesundheit in ihrem Gemeinwesen betreffen, von der Planung bis zur Eva-

Abbildung 2: Partizipationsgrade (Wright, 2010)



Bild: MicroOne, adobe stock

luation beteiligt. Dadurch können soziale und/oder gesundheitlich benachteiligte Menschen ausgehend ihrer Lebenswelt ermächtigt werden, aktiv an Entscheidungs- und Willensbildungsprozessen teilzuhaben (Wright 2010). Es werden dabei verschiedene Partizipationsgrade unterschieden, von einer Instrumentalisierung bis hin zur Selbstorganisation (siehe Abb. 2). Die Stufenfolge bedeutet nicht, dass niedrigere Stufen von Partizipation weniger erstrebenswert sind. Der Grad der Partizipation ergibt sich aus den lokalen Bedürfnissen und Bedarfen sowie den Möglichkeiten Partizipierender. Denn eines ist zu beachten: Partizipation muss erlernt werden und Akteur*innen in einer Kommune gleichsam wie Adressat*innen können von dem Anspruch eines hohen Partizipationsgrades zu Beginn erster Maßnahmen auch überfordert werden. Hier gilt es, alle Beteiligten entsprechend zu befähigen und auf Augenhöhe zu kommunizieren. Die Partizipation muss von allen gewollt sein. Nur mit der entsprechenden Haltung, dass Adressat*innen Expert*innen für ihr Leben sind, kann Partizipation langfristig funktionieren.

Die Erfahrung, an Entscheidungen beteiligt zu sein, die im Gemeinwesen die Gesundheit der Menschen fördern, stärkt Gesundheitsressourcen wie Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und Selbstbestimmung. Auf Freiwilligkeit beruhende gesellschaftliche und soziale Eingebundenheit eröffnet

Wahlmöglichkeiten sowie Wirksamkeits- und Autonomieerfahrungen, die sich auf die Bereitschaft zur Eigenaktivität förderlich auswirken (Hartung 2012). Mit Blick auf die aktuelle pandemische Lage und Folgen können partizipative Maßnahmen unmittelbar dazu beitragen, eigene Ansichten mit Blick auf die eigene Gesundheit zu artikulieren und nach außen zu vertreten, eine wesentliche Kompetenz zum Umgang mit der Gesundheit im Alltag.

Ausblick: Kommunale Strategien der Gesundheitsförderung in und mit der Sozialen Arbeit

In dem interministeriellen Bericht zur Gesundheitsförderung in und nach der Pandemie heißt es, „Präventive Angebote der Gesundheitsförderung sollten allen Kindern und Jugendlichen verstärkt zugänglich gemacht werden, um sie bei der Bewältigung der gesundheitlichen Belastungen durch die Pandemie zu unterstützen.“ Im zweiten Handlungsfeld werden „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten Schule, Kindertageseinrichtungen, Kommune, Vereine und außerschulische Jugendbildung“ hervorgehoben (BMFSFJ & BMG 2021). Dies kann nur gelingen, wenn Gesundheitsförderung nicht länger an „Projektitis“ krankt. Ein Weg aus der Utopie hin zur Umsetzung kann unter dem Dach integrierter Strategien kommunaler Gesundheitsförderung und gesundheitsfördernder Stadtentwicklung gefunden werden. In verschiedenen Projektbeispielen

wird deutlich, dass innovative und engagierte Maßnahmen bestehen. Ihnen fehlt es aber vielerorts an einer strukturellen Verankerung in der Kommune und an der finanziellen Absicherung über einzelne Projektvorhaben hinaus. Gleichsam ist bekannt, dass an den Stellen, an denen es eine strukturelle Verortung gibt, Gesundheitsförderung als Bestandteil ihrer professionellen Arbeit etabliert werden kann und Verhältnisse geschaffen werden, die Kindern, Jugendlichen und ihren Familien nachhaltig gesundes Aufwachsen ermöglichen.

Die Soziale Arbeit leistet unverzichtbare Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen, reklamiert diesen Anspruch jedoch zu selten explizit. Das implizite gesundheitsförderliche Handeln, das den Prinzipien der Sozialen Arbeit inne wohnt, stärker zu explizieren und die Bedeutung der Sozialen Arbeit für die Gesundheitsförderung stärker zu betonen, ist unbedingt erforderlich, um als starke Partnerin auf Augenhöhe wahrgenommen zu werden. Insbesondere wenn es um die transdisziplinäre Zusammenarbeit und die Stärkung von Kindern und Jugendlichen geht, hat die Soziale Arbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung viel zu bieten.

■ Prof. Dr. Anna Lena Rademaker, M.A. (Soziale Arbeit), B.A. (Soziale Arbeit) lehrt Soziale Arbeit im Gesundheitswesen am Fachbereich Sozialwesen der FH Bielefeld. Sie ist Mitglied der DVSG-Fachgruppe „Gesundheitsförderung und Prävention“ der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG),
© anna-lena.rademaker@fh-bielefeld.de

■ Prof. Dr. Eike Quilling, Diplom-Erziehungswissenschaftlerin, Vizepräsidentin für Forschung und Transfer, lehrt Gesundheitspädagogik und -kommunikation am Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Gesundheit in Bochum,
© eike.quilling@hs-gesundheit.de

Literatur

BMFSFJ & BMG (2021): **Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“**. Online verfügbar: www.bmfsfj.de/resource/blob/185696/317281a594f-986c9a4be384a934c1fb5/ima-bericht-gesundheitliche-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf (30.05.2022)

BMG (2019): **Wegeweiser zum gemeinsamen Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland**. Bonn/Berlin: Eigenverlag.

Erhard, M.; Wille, N.; Ravens-Sieberer, U. (2008): **In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik**. In: Bauer, U.; Bittlingmayer, U. H.; Richter, M. (Hg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 331–358.

Fröhlich-Gildhoff, K.; Trojan, A. (2018): **Komplexe gemeindeorientierte Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern** *Complex health promotion community interventions with children*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 61(10), S. 1279–1288. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2801-4>

Grunwald, K.; Thiersch, H. (2009): **The concept of the „lifeworld orientation“ for social work and social care**. In: *Journal of Social Work Practice*. <https://doi.org/10.1080/02650530902923643>

Hartung, S. (2012): **Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen**. In: Rosenbrock, S.; Hartung, Rolf (Hg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Göttingen: Verlag Hans Huber, Hogrefe, S. 57 ff.

Hölling, H.; Schlack, R.; Petermann, F.; Ravens-Sieberer, U.; Mauz, E. (2014): **Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012)**. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheits-

forschung – Gesundheitsschutz, 57(7), S. 807–819. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3>

Kaba-Schönstein, L. (2018): **Gesundheitsförderung 1 : Grundlagen**. In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* [online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA>

Liel, K.; Rademaker, A. L. (2020): **Gesundheitsförderung und Prävention – quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Eine Bilanz 10 Jahre nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht** (K. Liel & A. L. Rademaker (Hg.)). Weinheim: Beltz Juventa Verlag.

Quilling, E.; Kuchler, M.; Leimann, J.; Mielienbrink, V.; Terhorst, S.; Tollmann, P.; Dieterich, S. (2021): **Koordination kommunaler Gesundheitsförderung Entwicklung eines Aufgaben- und Kompetenzprofils**. GKV-Spitzenverband Berlin (Hg.) <https://doi.org/10.17623/GKV-BfG-EB-KkGf-2020>

Rademaker, A. L. (2020a): **Gesundheitsförderung: ein fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe**. In: Liel, K.; Rademaker, A. L. (Hg.): *Gesundheitsförderung und Prävention – quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Eine Bilanz 10 Jahre nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht*. Weinheim: Beltz Juventa Verlag, S.184–198.

Rademaker, A. L. (2020b): **Potentiale der Kinder- und Jugendhilfe für Gesundheitsförderung im Setting Schule**. In: Liel, K.; Rademaker, A. L. (Hg.): *Gesundheitsförderung und Prävention – quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Eine Bilanz 10 Jahre nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht*. Weinheim: Beltz Juventa Verlag, S. 131–136.

Rademaker, A. L. (2021a): **Auswirkungen der Corona-Krise für Soziale Arbeit in einem ökonomisierten Gesundheitswesen**. In: *neue praxis*, 1(51), S. 367–374.

Rademaker, A. L. (2021b): **Der Wegeweiser. Gesundheit von Jugendlichen nachhaltig stärken und gesundheitliche Chancengleichheit fördern**. Standpunkte THEMA, S. 12–15.

Rademaker, A. L.; Altenhöner, T. (2019): **Gesundheitsförderung und Prävention in der Sozialen Arbeit**. In: Dettmers, S.; Bishkopf, J. (Hg.): *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. Ernst Reinhard Verlag, S. 147–162.

Ravens-Sieberer, U.; Kaman, A.; Otto, C.; Adedeji, A.; Napp, A.-K.; Becker, M.; Blank-Stellmacher, U.; Löffler, C.; Schlack, R.; Hölling, H.; Devine, J.; Erhart, M.; Hurrelmann, K. (2021): **Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19- Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie**. Bundesgesundheitsblatt, 03/ 2021. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>

Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD); BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN; Freie Demokratische Partei (FDP): **Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit**. Koalitionsvertrag 2021–2025. Berlin.

Wright, M. T. (2010): **Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention**. Verlag Hans Huber.



Bild: Halfpoint, adobe stock