

Präv Gesundheitsf 2023 · 18:397–404
<https://doi.org/10.1007/s11553-022-00975-9>
 Eingegangen: 16. Mai 2022
 Angenommen: 24. Juli 2022
 Online publiziert: 22. August 2022
 © Der/die Autor(en) 2022



Christina Müller¹ · Lisa Paulsen² · Jens Bucksch² · Birgit Wallmann-Sperlich¹

¹ Institut für Sportwissenschaft, Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg, Deutschland

² Fakultät für Natur- und Gesellschaftswissenschaften, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Bewegungs- und Gesundheitsförderung in ländlichen und städtischen Kommunen – eine qualitative Analyse zu den Rollen potenzieller Multiplikator*innen

Hintergrund

Bewegung trägt zu Gesundheit und Wohlbefinden bei; umgekehrt ist Bewegungsmangel ein Risikofaktor für zahlreiche chronisch-degenerative Erkrankungen [15, 26]. Zugleich erreichen mehr als drei Viertel der Erwachsenen die nationalen Empfehlungen für Bewegung (2,5 h ausdauerorientierte Bewegung und muskelkräftigende Aktivitäten an 2 Tagen pro Woche) nicht [6, 20]. Über 70 % der Kinder und Jugendlichen bewegen sich weniger als die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen 60 min pro Tag [7].

Kommunen gelten als vielversprechendes Setting für Bewegungsförderung, da hier potenziell alle Bevölkerungsgruppen erreicht und viele der beeinflussenden Umweltbedingungen gestaltet werden können [3, 16]. Bewegungsförderung, wie auch Gesundheitsförderung im Allgemeinen, wurden zwar mit dem Präventionsgesetz in Deutschland gestärkt, Kommunen sind jedoch nicht dazu verpflichtet, Bewegungs- und Gesundheitsförderung umzusetzen [25]. Aufgrund der vielfältigen sozial-ökologischen Einflussfaktoren ist Gesundheits- und Bewegungsförderung ein interdisziplinäres Feld, das intersektorale Zusammenarbeit in der Kommune erfordert [10]. Dementsprechend finden

sich potenzielle Akteur*innen in diversen Gesellschaftsbereichen wieder [27]. Es braucht jedoch Personen, die als Multiplikator*innen die intersektorale Zusammenarbeit der verschiedenen Akteur*innen vor Ort initiieren und sich um die Planung und Umsetzung von Maßnahmen kümmern. Hierfür gibt es auf kommunaler Ebene keine klaren Zuständigkeiten [18]. Als regionale Koordinator*innen werden Akteur*innen aus dem Gesundheitsbereich bzw. öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD; z. B. Geschäftsstellenleitungen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen, Mitarbeitende in Gesundheitsämtern) vorgeschlagen [4, 12, 23]. Daneben scheinen Akteur*innen auf Landesebene sowie Kümmer*innen vor Ort eine wichtige Rolle zu spielen [27]. Um zu verstehen, wie die systematische Planung und Umsetzung von kommunaler Gesundheits- und Bewegungsförderung implementiert werden kann, ist es wichtig, die Rollen dieser potenziellen Multiplikator*innen für Gesundheits- und Bewegungsförderung genauer zu charakterisieren.

Darüber hinaus gibt es bislang wenige Studien zu potenziellen Unterschieden zwischen Städten und ländlichen Gemeinden [17, 24]. Je nach Größe einer Kommune unterscheiden sich die Verwaltungsstrukturen und Gesundheits- und Bewegungsförderung sind unter-

schiedlich stark strukturell verankert [13]. Internationale Forschung deutet darauf hin, dass bestimmte Besonderheiten ländlicher Räume Barrieren für kommunale Gesundheits- und Bewegungsförderung darstellen können: Beispielsweise ist die geringere Bevölkerungszahl in der Regel mit geringeren finanziellen und personellen Ressourcen verbunden; zudem haben Verantwortliche aus Politik und Verwaltung häufig andere Prioritäten und sind schwerer vom Nutzen der Gesundheits- und Bewegungsförderung zu überzeugen [1, 19]. Eine deutsche Studie ermittelte dagegen in ländlichen Kommunen eine etwas höhere Bereitschaft („community readiness“) zur Bewegungsförderung für ältere Menschen als in städtischen Kommunen [8].

Ziel der vorliegenden Studie ist es aufgrund der aufgezeigten Forschungsdesiderate, die Rollen potenzieller Multiplikator*innen in der verhältnisorientierten kommunalen Gesundheits- und Bewegungsförderung zu untersuchen sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede ländlicher und städtischer Kommunen zu beschreiben.

Methodische Vorgehensweise

Es handelt sich um eine explorative qualitative Studie im Rahmen des For-

Tab. 1 Auszug aus dem Interviewleitfaden**Einstieg (Ebenen 1, 2 und 3)**

Zum Einstieg und um Ihre Arbeit besser kennenzulernen: Beschreiben Sie mir bitte einmal, was Ihre allgemeinen Aufgaben und Tätigkeiten sind?

Wie beschreiben Sie außerdem Ihre Rolle in der kommunalen Gesundheits- und Bewegungsförderung?

Erfahrungen, Erfolgsfaktoren und Hindernisse kommunaler Gesundheits- und Bewegungsförderung (Ebenen 2 und 3)

Welche Erfahrungen haben Sie mit kommunaler Gesundheits- und/oder Bewegungsförderung?

Falls Erfahrungen mit kommunaler Gesundheits- und Bewegungsförderung:

- Nachfrage 1: Welche Projekte haben Sie diesbezüglich bereits geplant und umgesetzt?
- Nachfrage 2: Welche Erfahrungen haben Sie in Bezug auf eine Veränderung der Umgebung bzw. der Rahmenbedingungen?

Falls keine Erfahrungen mit kommunaler Gesundheits- und Bewegungsförderung:

- Nachfrage 1: Welche Projekte haben Sie generell schon geplant und umgesetzt?
- Nachfrage 2: Welche Erfahrungen haben Sie in Bezug auf eine Veränderung der Umgebung bzw. der Rahmenbedingungen?

Was sind Ihrer Meinung nach Erfolgsfaktoren und Hindernisse zur Umsetzung kommunaler Gesundheits- und Bewegungsförderung bzw. Projekte unabhängig vom Gesundheitsthema?

Kompetenzen allgemein (Ebenen 2 und 3)

Inwiefern sehen Sie sich in Ihrem Tätigkeitsfeld dafür qualifiziert, verhältnisorientierte Projekte der kommunalen Bewegungs- und Gesundheitsförderung anzustoßen bzw. umzusetzen?

Identifikation und Kompetenzen weiterer Multiplikator*innen bzw. Stakeholder kommunaler Gesundheits- und Bewegungsförderung (Ebenen 1 und 2)

Als Multiplikator*innen definieren wir Personen, die ein Projekt oder einen Prozess der verhältnisorientierten Bewegungs- und Gesundheitsförderung anstoßen und planen können, wie z. B. eine Gemeinde oder einen Stadtteil mit Hilfe des Public Health Action Cycles (PHAC) bewegungsförderlich zu gestalten

Wer sind diese Personen aus Ihrer Sicht?

- Nachfrage 1: Wer ist noch zuständig?
- Nachfrage 2: Welche Rolle spielen die gerade Genannten?
- Nachfrage 3 (falls nicht erwähnt): Welche Rolle spielen Verwaltungsangestellte oder Quartiermanager*innen?
- *Weitere Nachfrage für Ebene 1* (falls nicht erwähnt): Welche Rollen haben der ÖGD, die Kommunalen Gesundheitskonferenzen und die Gesundheitsregionen^{plus}?
- *Weitere Nachfrage für Ebene 1* (falls nicht erwähnt; nur für Bayern): Welche Rolle spielen die Allianzmanager*innen?

schungsprojekts „Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse verhältnisorientierter Bewegungsförderung in der Kommune für mehr Chancengerechtigkeit systematisch planen und implementieren (EUBeKo)“ (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, Förderkennzeichen ZMV I 1 - 2519FSB106). Vier Projektmitarbeiter*innen führten zwischen Dezember 2019 und Februar 2020 leitfadengestützte semi-strukturierte Interviews mit 18 potenziellen Multiplikator*innen der kommunalen Gesundheits- und Bewegungsförderung. Bereits vor Projektbeginn waren die Landesämter für Gesundheit als wichtige Multiplikator*innen identifiziert worden. Ausgehend von den beteiligten Akteur*innen in den Planungsgruppen

der Modellkommunen des Forschungsprojekts wurden als Multiplikator*innen alle professionellen Akteur*innen definiert, die in irgendeiner Art und Weise Prozesse und/oder Projekte der kommunalen Bewegungs- und Gesundheitsförderung anstoßen, planen, weitertragen oder konkret umsetzen können. Um ein möglichst breites Bild zu erhalten, wurden Multiplikator*innen auf drei verschiedenen Ebenen berücksichtigt:

1. Multiplikator*innen auf Landesebene, die Prozesse/Projekte innerhalb eines Bundeslandes auf verschiedene Landkreise oder kreisfreie Städte übertragen können (z. B. Landesämter für Gesundheit),
2. Multiplikator*innen auf der Ebene eines Landkreises oder einer kreis-

freien Stadt, die Prozesse/Projekte auf verschiedene Gemeinden innerhalb des Landkreises oder Stadtteile innerhalb der Stadt übertragen können (z. B. Kommunale Gesundheitskonferenzen),

3. Multiplikator*innen auf der Ebene einer Gemeinde oder eines Quartiers, die vor Ort Prozesse/Projekte umsetzen können und nah an der Zielgruppe sind (z. B. Quartiermanagements).

Als Multiplikator*innen in ländlichen Regionen, die als Zwischenebene zwischen Landkreis und Gemeinde fungieren, wurde die Gruppe der Allianzmanager*innen befragt. Kommunale Allianzen sind Zusammenschlüsse mehrerer Gemeinden mit gemeinsamen Konzepten zur Regionalentwicklung, die insbesondere in Bayern verbreitet sind [2].

Zur Entwicklung des Interviewleitfadens wurden ausgehend von einer Literaturrecherche Fragen gesammelt, im Hinblick auf die Eignung zur Beantwortung der Forschungsfrage geprüft, inhaltlich sortiert und subsumiert [11]. Der Interviewleitfaden wurde in mindestens einem Pre-Test pro Ebene getestet, wobei die Fragen für die drei verschiedenen Ebenen leicht angepasst wurden. Da der Interviewleitfaden nach den Pre-Tests nicht mehr wesentlich verändert wurde, wurden die Pre-Test-Interviews ebenfalls in die Auswertung eingeschlossen. Der Interviewleitfaden umfasste unter anderem Fragen zur eigenen Rolle in Bezug auf kommunale Bewegungs- bzw. Gesundheitsförderung sowie zur Rolle anderer Akteur*innen (Tab. 1). Die weiteren Fragen des Interviewleitfadens, welche sich auf benötigte Kompetenzen und Entscheidungsprozesse bezogen, wurden in der vorliegenden Analyse nicht berücksichtigt und werden daher nicht dargestellt. Die Stichprobenauswahl erfolgte stratifiziert nach den drei vorab definierten Ebenen. Die Teilnehmenden für die Pre-Tests wurden über persönliche Kontakte gewonnen. Alle weiteren Teilnehmenden wurden über die Modellkommunen des Forschungsprojekts EUBeKo, eine ländliche Gemeinde in Bayern und ein städtisches

C. Müller · L. Paulsen · J. Bucksch · B. Wallmann-Sperlich

Bewegungs- und Gesundheitsförderung in ländlichen und städtischen Kommunen – eine qualitative Analyse zu den Rollen potenzieller Multiplikator*innen

Zusammenfassung

Hintergrund. Kommunale Bewegungsförderung kann zur Vermeidung lebensstilbedingter Erkrankungen beitragen, ist aber keine kommunale Pflichtaufgabe, weshalb es in der Regel keine klaren Zuständigkeiten dafür gibt. Um zu verstehen, wie kommunale Bewegungsförderung in Deutschland vorangebracht werden kann, ist es wichtig, potenzielle Multiplikator*innen in städtischen und ländlichen Kommunen zu identifizieren und deren Rollen zu charakterisieren.

Methodische Vorgehensweise. Es wurden 18 potenzielle Multiplikator*innen der kommunalen Gesundheits- und Bewegungsförderung auf verschiedenen Ebenen (Bundesland, Landkreis/Stadt, Gemeinde/Stadtteil) in

leitfadengestützten semistrukturierten Interviews zu ihrer eigenen Rolle sowie zu ihrer Wahrnehmung der Rollen anderer Akteur*innen befragt. Die Auswertung erfolgte gemäß der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Ergebnisse. (Landes-)Gesundheitsämter und Gesundheitskonferenzen nehmen eine beratende, vernetzende und fachlich unterstützende Rolle ein. Auf der Umsetzungsebene vor Ort müssen sich im Einzelfall Kümmer*innen finden, die in Stadt und Land unterschiedlich sein können. Die befragten Quartiermanager*innen sehen ihre primäre Rolle in der Arbeit mit den Bürger*innen,

die Verwaltungsmitarbeiter*innen in der administrativen Abwicklung von Projekten.

Schlussfolgerung. Fachliche Impulse zur kommunalen Bewegungsförderung können über Landesgesundheitsämter an Akteur*innen in Landkreisen und Städten weitergegeben werden. Für die Multiplikation und Umsetzung in einzelnen Gemeinden und Stadtteilen müssen Verantwortliche vor Ort gefunden werden bzw. Strukturen aufgebaut werden.

Schlüsselwörter

Bewegungsförderung · Gemeinde · Stakeholder · Strukturen · Akteure

Physical activity and health promotion in rural and urban communities—qualitative analysis of the roles of potential stakeholders

Abstract

Background. Community-based physical activity promotion can contribute to the prevention of lifestyle-related diseases. However, it is not obligatory and, hence, there are no clear responsibilities at the municipal level. In order to understand how community-based physical activity promotion can be advanced in Germany, it is necessary to identify potential stakeholders in urban and rural municipalities and characterize their roles.

Methods. Using guided semi-structured interviews, we asked 18 potential stakeholders at different levels (federal state, county/city,

neighborhood/community) about their own roles and their perception of the roles of other stakeholders. The interviews were analyzed in a qualitative text analysis according to Kuckartz.

Results. Health authorities at the state and county level have an advising, networking, and professionally supporting role. At the local level, individuals who will implement the activities must be found. These can be different in rural and urban communities. The neighborhood managers interviewed primarily work with the residents, while the

administrative staff is responsible for the administration of projects.

Conclusions. Health authorities at the state and county levels can promote community-based physical activity via professional input. For the multiplication and implementation in neighborhoods and communities, persons who take local responsibility must be found or structures must be established.

Keywords

Physical activity promotion · Municipality · Urban · Structures · Rural

Quartier in Baden-Württemberg, akquiriert. Bis auf ein telefonisches Pre-Test-Interview wurden alle Interviews „face-to-face“ am Arbeitsplatz der Befragten oder der Projektmitarbeiter*innen geführt. Alle Teilnehmenden erteilten vorab ihr schriftliches Einverständnis zur Aufzeichnung des Gesprächs und zur Teilnahme an der Studie. Für die Studie liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission des Instituts für Sportwissenschaft der Julius-Maximilians-Universität Würzburg vor.

Alle Interviews wurden aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Zwei

Projektmitarbeiterinnen werteten die Interviews nach dem Vorgehen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz mit der Software MAXQDA 2020 (VERBI GmbH, Berlin, Deutschland) aus [14]. Im ersten Schritt wurden anhand des Interviewleitfadens deduktiv Hauptkategorien gebildet und diese in einem Kategoriensystem mit Definitionen, Abgrenzungen und Ankerbeispielen ausdifferenziert (■ Tab. 2). Im nächsten Schritt wurde die Hälfte der Interviews von beiden Auswerterinnen im Sinne eines konsensuellen Kodierens unabhängig voneinander anhand der

Hauptkategorien kodiert. Unstimmigkeiten wurden diskutiert, um, bei Bedarf unter Einbeziehung einer dritten Person, einen Konsens über die Kodierung zu erzielen und die Kategoriendefinitionen zu präzisieren. Im Anschluss wurden die weiteren Interviews durch jeweils eine Auswerterin entlang der Hauptkategorien kodiert und schließlich in allen Interviews induktiv Subkategorien gebildet. Thematische Zusammenfassungen wurden danach für alle Subkategorien erstellt. Dabei wurden ländliche und städtische Akteur*innen differenziert

Tab. 2 Definition ausgewählter Hauptkategorien zur Beschreibung der Rollen und Funktionen von Multiplikator*innen

Hauptkategorie	Definition	Ankerbeispiel
K1: Eigene Rolle/Funktion	K1 beschreibt die eigene Rolle und Funktion sowie die konkreten Aufgaben und Zuständigkeiten der Befragten. Diese müssen nicht vorrangig im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und Bewegungsförderung liegen. Darüber hinaus werden selbst initiierte oder durchgeführte Projekte beschrieben und der weitere Unterstützungsbedarf für andere Ebenen reflektiert	„Es ist tatsächlich-, bin ich immer so ein bisschen in der Rollendefinition. Es ist schwierig, meine Rolle zu definieren in dem-. Ich habe ja so eine Vorgabe sage ich mal, weil ich sehe mich manchmal, würde ich mich vielleicht auch mehr als Vermittlerin sehen.“ (Interview 1)
K2: Rolle/Funktion anderer Multiplikator*innen in der kommunalen Gesundheits- und Bewegungsförderung	In K2 werden zum einen alle Multiplikator*innen der kommunalen Gesundheits- und Bewegungsförderung identifiziert. Zum anderen beschreibt K2 deren Rolle, Funktionen, Aufgaben und Zuständigkeiten	„Oder jetzt im Besonderen halt mit dem Quartiersmanagement, dass es eigentlich ein guter Anker ist zwischen Kommune und Bevölkerung. Also das ist halt ein so guter Schnittpunkt. Also das ist eigentlich eine ganz wichtige Institution vor Ort, die eben auch einen besseren Zugang zur Bevölkerung hat und da auch weiß, was fehlt.“ (Interview 1)

Tab. 3 Befragte Personen

	Gesamt	m	w	Land	Stadt
Alle befragten Personen	18	9	9	–	–
Ebene 1 (Landesämter für Gesundheit)	5	4	1	–	–
Ebene 2 (Gesundheitsamt/KGK/GR+)	6	1	5	1	5
Ebene 2 (Allianzmanagement)	2	1	1	2	0
Ebene 3 (Quartierarbeit)	3	2	1	0	3
Ebene 3 (Verwaltung)	2	1	1	1	1

m männlich, *w* weiblich, *KGK* Kommunale Gesundheitskonferenz, *GR+* Gesundheitsregion^{plus}

betrachtet, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu identifizieren.

Ergebnisse

Befragte Personen

Die **Tab. 3** stellt eine Übersicht über die befragten Personen differenziert nach Stadt und Land, Geschlecht sowie Multiplikator*innenebene dar.

Rollen und Zuständigkeiten

Multiplikator*innen der Ebene 1

Die befragten Multiplikator*innen in den Landesämtern für Gesundheit nehmen die Rolle ein, die Mitarbeiter*innen der Gesundheitsämter, Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen^{plus} in den Städten und Landkreisen ihres Bundeslands zu beraten, zu qualifizieren und zu vernetzen. Diese Rolle wurde sowohl von den befragten Mitarbeiter*innen der Landesämter selbst (K1) als auch von anderen (K2) beschrieben (**Tab. 4**).

Multiplikator*innen der Ebene 2

Die befragten Mitarbeiter*innen in Gesundheitsämtern, Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen^{plus}

beraten, begleiten und vernetzen lokale Akteur*innen und stehen als fachliche Ansprechpartner*innen zur Verfügung (**Tab. 4**). Gleichzeitig wurde betont, dass die Geschäftsstellenleiter*innen der Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen^{plus} ein sehr breites Themenspektrum abdecken und daher zwar in einzelnen Gemeinden und Stadtteilen Projekte initiieren und begleiten können. Für die Umsetzung vor Ort bedarf es dann aber Kümmer*innen, ggf. auch durch eigens geschaffene Stellen. Dies wird im folgenden Zitat verdeutlicht:

Wenngleich man auch auf dem Schirm haben muss, Bewegung ist ein Thema von vielen. In Bayern sind es jetzt alle Versorgungsaspekte, alle Pflegeaspekte, alle Gesundheitsförderungsaspekte, für die die Kollegen zuständig sind. Deswegen gehe ich davon aus, dass es ein professionelles Arbeiten ist, wenn die Geschäftsstelle für solche Projekte einen Erstantrag schreibt und eine eigene Stelle in dem Themenbereich schafft, wenn das regional notwendig ist. (Interview 14, Ebene 1)

Bei den befragten Allianzmanager*innen zeigte sich, dass Gesundheits- und Bewegungsförderung zwar kein explizites Ziel

ihrer Tätigkeit ist, sich aber dennoch in einigen Projekten ein Bezug dazu findet (z. B. Nahversorgung oder Radinfrastruktur). Durch ihren engen Kontakt zu den der Allianz angehörigen Gemeinden sehen die Befragten sich auch in einer Rolle als Multiplikator*innen für Gesundheits- und Bewegungsförderung, auch wenn die Fachkompetenz hierfür bei der Geschäftsstellenleitung der Gesundheitsregion^{plus} gesehen wird (s. **Tab. 4**).

Multiplikator*innen der Ebene 3

Die befragten Mitarbeiter*innen eines Quartierbüros sehen sich selbst in der Rolle, die Menschen im Quartier zu unterstützen, aber auch deren Bedürfnisse an die Kommune zu kommunizieren und sich mit anderen Akteur*innen zu vernetzen (s. **Tab. 4**). Hier wurde besonders die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt betont, auf dessen fachliche Expertise zurückgegriffen wird.

Als Aufgabe der Verwaltung wurde die Abwicklung von Projekten beschrieben, z. B. im Hinblick auf deren Finanzierung (s. **Tab. 4**).

Stadt-Land-Vergleich

Auf den Ebenen 1 und 2 wurden für Städte und ländliche Regionen die gleichen Rollen beschrieben. Stadt-Land-Unterschiede wurden auf der Ebene 3 identifiziert. Als Besonderheit des ländlichen Raums wurde herausgestellt, dass sich in Gemeinden die „Kümmer*innen“ für Gesundheits- und Bewegungsförderung erst finden müssen. Es wurde beschrieben, dass in kleineren Gemeinden häufig der Bürgermeister/die Bürgermeisterin

Tab. 4 Rollen der verschiedenen Multiplikator*innen

Ebene 1: Landesamt für Gesundheit	
Beschreibung der eigenen Rolle (K1)	Beschreibung der Rolle durch andere (K2)
<i>Unterstützung, Qualifizierung, Beratung und Vernetzung des ÖGD/der Fachkräfte auf Ebene der Städte/Landkreise bzw. Ansprechpartner*in für diese</i>	
„Genau, da sehen wir uns eigentlich als Mittler. Also wir sind ja quasi fachliche Leitstelle für den ÖGD, und wir sehen es schon [...] als unsere Aufgabe, dass wir [...] Informationen von oben nach unten durchgeben. Aber genauso in die andere Richtung zurückspiegeln.“ (Interview 5, Ebene 1)	„Also, es geschieht auch jetzt ein Umdenken hier im Fachbereich, was natürlich auch vom LGA überall gesteuert, also auch beeinflusst wird.“ (Interview 8, Ebene 2)
Ebene 2: Gesundheitsamt/Kommunale Gesundheitskonferenz/Gesundheitsregion^{plus}	
Beschreibung der eigenen Rolle (K1)	Beschreibung der Rolle durch andere (K2)
<i>Vernetzung und Netzwerkarbeit</i>	
„Also eher so ein Netzwerker, zu schauen, was gibt es schon, die Leute dann an einen Tisch zu holen alle gemeinsam und quasi das dann zu moderieren, um dann zu schauen, was brauchen wir ganz speziell für unsere Situation im Stadt- beziehungsweise im Landkreis.“ (Interview 2, Ebene 2)	„Also ich würde auf jeden Fall über einen Netzwerkansatz gehen. Ich glaube, dass das eigentlich nur die Lösung ist, aber man muss das Netzwerk natürlich auch aufbauen, betreuen, pflegen.“ (Interview 5, Ebene 1)
<i>Beratung und Impulsgebung bzw. fachliche*r Ansprechpartner*in für Gemeinden/Stadtteile</i>	
„Das ist halt auch so unsere Arbeit. Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse, Projekte, die gut laufen, von denen man ja schon hört, dass die in anderen Stadtteilen oder in anderen Städten oder Gemeinden laufen. Die dann natürlich auch vor Ort mal vorzustellen, zu präsentieren und zu schauen, wäre das nicht auch eine Möglichkeit, dort das in diesem Stadtteil zu etablieren und anzugehen.“ (Interview 8, Ebene 2)	„Dann müsste das vom Gesundheitsamt kommen, also von den Mitarbeitern vom Gesundheitsamt. Weil, ich denke, das sind die Personen, die die Kompetenzen haben. Die müssten mir das dann vermitteln.“ (Interview 16, Ebene 3, Stadt)
Ebene 2: Allianzmanagement	
Beschreibung der eigenen Rolle (K1)	Beschreibung der Rolle durch andere (K2)
<i>Umsetzung von gemeindeübergreifenden Projekten zur Weiterentwicklung der Region</i>	
„Also ich bin ja hauptsächlich für gemeindeübergreifende Projekte zuständig, die stehen, wie gesagt, hier im ILEK, im integrierten ländlichen Entwicklungskonzept“ (Interview 12, Ebene 2, Land)	„Ich meine es gibt ja dieses ILEK, wo Projekte drin sind. Die können dann darauf hinweisen pass auf, ihr habt da das und das Projekt, da könnte ich mir vorstellen, dass ihr das und das mit einbaut [...]. Also mehr so als auch wieder Hinweisgeber, Impulsgeber.“ (Interview 13, Ebene 3, Land)
<i>Gesundheits- und Bewegungsförderung kein Schwerpunkt, aber Berührungspunkte vorhanden</i>	
„Und ich mache im Prinzip, wie ich schon gesagt habe, alles. Und Gesundheitsförderung und Bewegungsförderung ist ein positiver Nebeneffekt meiner Arbeit, würde ich sagen. Also ich mache das nicht bewusst.“ (Interview 12, Ebene 2, Land)	„Also die gibt es ja nicht überall, weil es nicht überall die Allianzen von Gemeinden gibt, deswegen habe ich die nicht so auf dem Schirm. Ich sehe die tatsächlich in einem ganz anderen Bereich, in der Versorgung mit Hausärzten, dass die da eine Schlüsselrolle einnehmen. [...] Ich habe es im Bereich der Bewegungsförderung noch nicht erleben dürfen. Aber in dieser Analogie kann ich mir gut vorstellen, dass die mit viel Tatkraft dabei sind. Letztlich sind sie eine Zwischenebene zwischen der Gemeinde und dem Landkreis nochmal.“ (Interview 14, Ebene 1)
Ebene 3: Quartierarbeit	
Beschreibung der eigenen Rolle (K1)	Beschreibung der Rolle durch andere (K2)
<i>Sozialarbeit mit Bürger*innen im Quartier (Beratung, Unterstützung, Vermittlung)</i>	
„Als eine Unterstützung für die Menschen im Stadtteil, also das mal in erster Linie. Und zwar Unterstützung in jeder Hinsicht, in jeder Hinsicht, in der die Menschen Hilfe brauchen. Und wenn ich es nicht selber leisten kann, dann vermittele ich die Person an die entsprechenden Institutionen.“ (Interview 16, Ebene 3, Stadt)	„Oder jetzt im Besonderen halt mit dem Quartiersmanagement, dass es eigentlich ein guter Anker ist zwischen Kommune und Bevölkerung. Also das ist halt ein so guter Schnittpunkt. Also das ist eigentlich eine ganz wichtige Institution vor Ort, also die eben auch einen besseren Zugang zur Bevölkerung hat und da auch weiß, was fehlt, ja.“ (Interview 1, Ebene 2)
<i>Vernetzung und Netzwerkarbeit</i>	
„Dass wir Netzwerke aufbauen mit den Senioren gemeinsam, Veranstaltungen planen. Das Gleiche haben wir jetzt neu aufgelegt für Kinder- und Jugendbereich, das heißt, es gibt ein Kinder- und Jugendnetzwerk, wo wir eben dann auch das Netzwerk koordinieren, begleiten“ (Interview 17, Ebene 3, Stadt)	„Das heißt jetzt für die Quartiersmanager eigentlich, in aller Regel, [...] ist das nicht deren Aufgabe, selber zu Bewegungsförderern zu werden. Sondern die müssen sich einfach darum kümmern, dass entsprechende Qualifikationen, entsprechende Strukturen, entsprechende Angebote in die Quartiere hereinkommen über Vernetzungsarbeit.“ (Interview 4, Ebene 1)

Tab. 4 (Fortsetzung)

Ebene 3: Verwaltung

Beschreibung der eigenen Rolle (K1)	Beschreibung der Rolle durch andere (K2)
<i>Abwicklung von Projekten (z. B. Förderanträge)</i>	
„Meine Rolle ist hauptsächlich Menschen zusammenzubringen. Dinge, die an die Stadt ran getragen werden, dann auch voran zu bringen. Zu schauen auch, wie dann das letztendlich in der Stadt gestaltet werden kann, wie es finanziert werden kann. Also auch sich kümmern um Projektanträge und den ganzen Verwaltungsteil, der dabei ist.“ (Interview 3, Ebene 3, Stadt)	„Wichtig sind natürlich auch die Verwaltungen, weil jeder Bürgermeister ist auf seine Verwaltung angewiesen, dass die das Ganze dann halt abwickelt und über die Bühne bringt und Anträge stellt oder was auch immer da gemacht werden muss.“ (Interview 11, Ebene 2, Land)
<i>Unterschiedliche Strukturen und Rollen je nach Größe der Stadt/Gemeinde</i>	
„Also Hauptaufgabe würde ich sagen Vernetzung, Kooperation, Projekte initiieren, begleiten.“ (Interview 3, Ebene 3, Stadt)	„Also die kommunalen Ämter, je nach Größe der Kommune, sind die ja etwas größer oder auch etwas kleiner. In sehr kleinen Gemeinden sind die extrem klein. Da gibt es also eine sehr, sehr schlanke Verwaltung. Die haben sehr, sehr, sehr viele Aufgaben. Und die haben extrem viele Pflichtaufgaben. Und diese Pflichtaufgaben mit dem Personal, was zur Verfügung steht, zu schaffen, ist häufig schon eine Herausforderung. Und dann kommt man quasi mit so einer möglichen Zusatzaufgabe.“ (Interview 15, Ebene 1)
„Ich koordiniere quasi den Geschäftsbetrieb bei uns hier. [...] Wir bereiten die Gemeinderatssitzungen vor [...], beraten die Bürgermeister, ja, das sind so die Aufgaben hier.“ (Interview 13, Ebene 3, Land)	

ÖGD Öffentlicher Gesundheitsdienst, LGA Landesgesundheitsamt, ILEK Integriertes ländliches Entwicklungskonzept

rin selbst die Rolle der Projektkoordination übernimmt oder andernfalls Mitglieder des Gemeinderats oder der Verwaltung die Aufgabe zugeteilt bekommen, zum Beispiel Personen, die im Sportverein aktiv sind und deshalb einen vermeintlichen Bezug zum Thema haben.

Ein*e Befragte*r verdeutlichte dies an folgendem Beispiel:

Also, wir hatten auch die Situation, dass wir in der Gemeinde, dann wurde es dem Hauptamtsleiter übertragen. Das war aber eine kleine Gemeinde. Die haben da nur zwei, drei Ämter. Und der Hauptamtsleiter war selber im Verein aktiv. Dann sagte der Bürgermeister: Dann macht es unser Hauptamtsleiter. Der hat einen Bezug zu Sport. (Interview 7, Ebene 1)

Es wurde beschrieben, dass im städtischen Raum in Quartieren der Sozialen Stadt mit den Quartiermanager*innen Strukturen vorhanden sind, zu welchen im ländlichen Raum verschiedene ehrenamtliche Akteur*innen als Äquivalente vorgeschlagen werden:

Fokus auf Gemeinden natürlich ein bisschen schwieriger. Müsste man überlegen was da die Analogie sein kann. Also Diskussionen werden da häufig-, bis hin zu den Landfrauen genannt. Also das sind einfach andere Strukturen, die man da nochmal aufbohren muss. Und nur weil es dann kein ehemaliges Quartier der Sozialen Stadt ist, und keinen benannten

Quartiersmanager hat, kann es solche Strukturen ja auch geben. Ich sehe da in Gemeinden auch eher Sportvereine zum Beispiel. (Interview 14, Ebene 1)

Darüber hinaus wurden die grundsätzlichen Unterschiede in den Verwaltungsstrukturen von Städten und Gemeinden betont. Während in größeren Städten viele unterschiedliche Fachämter existieren und in diesen auch Fachkompetenzen in der Gesundheits- und Bewegungsförderung vorhanden sind, haben kleinere Gemeinden in der Regel eine schlanke Verwaltungsstruktur und keine Fachkompetenz in der Gesundheits- und Bewegungsförderung. Dazu äußerte sich u. a. ein Befragter aus einem Landesamt für Gesundheit:

Das haben wir aber in den kleinen Gemeinden meistens nicht. Also, da haben wir kein Amt für Sport und Bewegung. Da haben wir kein Gesundheitsamt. Da haben wir ein Hauptamt. Da haben wir vielleicht noch sowas wie Bauhof oder-, also diese Dinge. Und mit Gesundheit direkt finden wir da sowas nicht. (Interview 7, Ebene 1)

Diskussion

Ziel der qualitativen Studie war es, die Rollen verschiedener Multiplikator*innen bei der verhältnisorientierten kommunalen Gesundheits- und Bewegungsförderung zu untersuchen sowie

Gemeinsamkeiten und Unterschiede ländlicher und städtischer Kommunen zu beschreiben. Die unterschiedlichen Akteur*innen sehen sich selbst in unterschiedlichen Rollen. Die Befragten der Ebene 1 beschreiben ihre Rolle als Beratung, fachliche Unterstützung und Vernetzung für die Akteur*innen der Ebene 2. Diese wiederum sehen sich in der Rolle, die Akteur*innen der Ebene 3 zu beraten, fachlich zu unterstützen und zu vernetzen. Als Akteur*innen der Ebene 3 wurden Quartiermanager*innen und Verwaltungsmitarbeiter*innen befragt. Die befragten Quartiermanager*innen sehen ihre primäre Rolle in der Arbeit mit Bürger*innen, die Verwaltungsmitarbeiter*innen in der administrativen Abwicklung von Projekten.

In der Gesamtbetrachtung fällt auf, dass fachliche Zuständigkeiten und Kompetenzen für Gesundheits- und Bewegungsförderung bei den Multiplikator*innen der Ebenen 1 (Landesämter für Gesundheit) und 2 (Gesundheitsämter/kommunale Gesundheitskonferenzen/Gesundheitsregionen^{plus}) gesehen werden. Hier werden potenzielle Multiplikationsstrukturen sichtbar, die für Bewegungsförderung genutzt werden können. Die Beratungs- und Schulungsangebote der Landesgesundheitsämter bieten die Chance, fachliche Impulse in die Städte und Landkreise zu geben, die Mitarbeiter*innen der Gesundheitsämter/kommunalen Gesundheitskonferenzen/Gesundheitsregionen^{plus} für

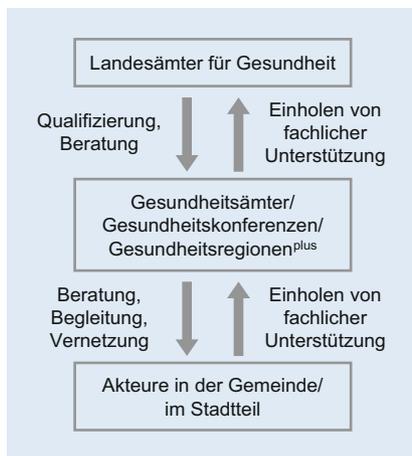


Abb. 1 ▲ Ebenen von Multiplikator*innen. (Eigene Darstellung)

die Bedeutung von kommunaler Bewegungsförderung zu sensibilisieren und erforderliche Kompetenzen zu stärken. Folglich könnten diese als zentrale Multiplikator*innen Impulse an Gemeinden und Stadtteile weitergeben. Die Mitarbeiter*innen der Gesundheitsämter/kommunalen Gesundheitskonferenzen/Gesundheitsregionen^{plus} nehmen somit eine Schlüsselposition ein, welche in **Abb. 1** dargestellt ist. Dieses Ergebnis bestätigt die Erkenntnisse früherer Untersuchungen zum Potenzial der Gesundheitsämter oder Gesundheitskonferenzen für die Umsetzung von kommunaler Gesundheits- und Bewegungsförderung in Deutschland [4, 12, 22, 23].

Auf ähnliche Weise können die befragten Allianzmanager*innen eine Multiplikator*innenfunktion für kommunale Gesundheits- und Bewegungsförderung einnehmen und Impulse an einzelne Gemeinden geben. Auch wenn Gesundheit und Bewegung keine expliziten Schwerpunktziele ihrer Arbeit sind, wurden in den Interviews deutliche Bezüge dazu ersichtlich. In ihrem engen Kontakt zu den der Allianz angehörigen Gemeinden liegt eine Chance für ländliche Regionen. Es sollte weiter untersucht werden, inwieweit sich die Strukturen der kommunalen Allianzen bzw. vergleichbare Strukturen der Regionalentwicklung für kommunale Bewegungs- und Gesundheitsförderung nutzen lassen.

In den Interviews wurde auch deutlich, dass die Multiplikator*innen der

Ebene 2 sich in einer vernetzenden und beratenden Funktion sehen, aber nicht in der Umsetzung in einzelnen Gemeinden/Stadtteilen. Inwieweit kommunale Bewegungsförderung tatsächlich im Quartier oder in der Gemeinde umgesetzt wird, hängt daher stark vom Engagement der Personen vor Ort ab. Dies deckt sich mit den Erfahrungen verschiedener Forschungsprojekte zur Umsetzung kommunaler Bewegungsförderung [5, 9].

Die Personen vor Ort können sich in Stadt und Land unterscheiden: In ländlichen Räumen scheinen Bürgermeister*innen und Ehrenamtliche, die vor Ort eingebunden sind, eine größere Rolle zu spielen. Quartiersmanagements sind dort, wo sie vorhanden sind, wichtige Akteure. Als Gemeinsamkeit städtischer und ländlicher Kommunen lässt sich feststellen, dass die Akteur*innen vor Ort auf die Unterstützung von regionalen Akteur*innen mit fachlichem Bezug zum Thema Gesundheit oder Bewegung angewiesen sind. Eine Möglichkeit, wie dies in einer ländlichen Region geschehen kann, zeigt das Modellprojekt der Gesundheitsregion^{plus} im Landkreis Cham auf. Hier wurden Personen mit gesundheitsnahem beruflichem Hintergrund zu „Gesundheitsbotschaftern“ qualifiziert, die gegen eine Aufwandschädigung in ihrer Gemeinde Bedarfe ermitteln, Aktionen planen und ggf. selbst durchführen [21]. Beispiele wie dieses könnten als Vorbild für andere Landkreise dienen und sollten weiter auf ihren Mehrwert hin geprüft werden.

Limitationen

Die vorliegende Studie basiert auf qualitativen Daten, daher können keine repräsentativen Aussagen getroffen werden. Bei den befragten Personen handelt es sich um eine Ad-hoc-Stichprobe und die Befragten stammen größtenteils aus zwei Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern). Da es sich überwiegend um Personen handelt, die in den Planungsgruppen des Forschungsprojekts EUBeko involviert waren, kann ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden. Der berufliche Hintergrund bzw. die Ausbildung der verschiedenen Ak-

teur*innen wurde in den Interviews nicht systematisch erhoben. Dies kann jedoch eine Rolle spielen, wenn es z. B. um die Feststellung des Bedarfs an Fort- und Weiterbildungen geht. Des Weiteren wurden weitere als potenziell wichtig beschriebene Multiplikator*innen (z. B. Bürgermeister*innen und Sportvereine) nicht befragt, weshalb ihre Rolle nur auf Basis der Einschätzung durch andere beschrieben werden kann.

Fazit für die Praxis

- **Verschiedene Akteur*innen haben das Potenzial, verhältnisorientierte kommunale Bewegungs- und Gesundheitsförderung anzustoßen, zu planen, umzusetzen und zu multiplizieren.**
- **Mitarbeiter*innen in Gesundheitsämtern bzw. in kommunalen Gesundheitskonferenzen können als zentrale Multiplikator*innen Impulse an Gemeinden und Stadtteile weitergeben.**
- **Vor Ort (in der Gemeinde/im Stadtteil) müssen sich im Einzelfall Umsetzer*innen finden und diese fachlich unterstützt werden.**

Korrespondenzadresse

Christina Müller

Institut für Sportwissenschaft, Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Judenbühlweg 11, 97082 Würzburg, Deutschland
christina.mueller@uni-wuerzburg.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Müller, L. Paulsen, J. Bucksch und B. Wallmann-Sperlich geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für die Studie liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission des Instituts für Sportwissenschaft der Julius-Maximilians-Universität Würzburg vor. Die Untersuchung wurde im Einklang mit nationalem Recht und gemäß der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Alle Befragten haben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie erteilt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung,

Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Barnidge EK, Radvanyi C, Duggan K et al (2013) Understanding and addressing barriers to implementation of environmental and policy interventions to support physical activity and healthy eating in rural communities. *J Rural Health* 29(1):97–105. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2012.00431.x>
- Bayerisches Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (2006) Informationskompendium – Ländliche Entwicklung in Bayern. Bayerisches Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, München
- Bloch P, Toft U, Reinbach HC et al (2014) Revitalizing the setting approach—supersettings for sustainable impact in community health promotion. *Int J Behav Nutr Phys Act* 11(11):1–15. <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0118-8>
- Bödeker M, Bucksch J (2018) Bewegungsfreundliche Kommune am Beispiel der Gesundheitsregionenplus in Bayern. *Public Health Forum* 26(2):156–159. <https://doi.org/10.1515/pubhfe-2018-0021>
- Brand T, Gansefort D, Forberger S et al (2017) Bewegungsförderliche Kommune? Bedarfsermittlung und Entwicklung lokaler Steuerungskapazitäten. In: Pfannstiel MA, Focke A, Mehlich H (Hrsg) Management von Gesundheitsregionen II: Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Springer, Wiesbaden, S 51–60
- Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al (2017) Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 2(2):37–44. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-027>
- Finger JD, Varnaccia G, Borrmann A et al (2018) Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit* 3(1):24–31. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-006.2>
- Gansefort D, Brand T, Princk C et al (2018) Community readiness for the promotion of physical activity in older adults—a cross-sectional comparison of rural and urban communities. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030453>
- Gelius P, Brandl-Bredenbeck HP, Hassel H et al (2021) Kooperative Planung von Maßnahmen zur Bewegungsförderung: Neue Wege zur Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten – Ergebnisse aus dem Forschungsverbund Capital4Health. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 64(2):187–198. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03263-z>
- Gohres H, Kolip P (2017) Strukturen der Bewegungsförderung in Deutschland. *Präv Gesundheitsf* 12(3):203–210. <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0580-7>
- Helfferich C (2009) Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 3. Aufl. VS, Wiesbaden
- Holleder A (2015) Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. *Gesundheitswesen* 77(3):161–167. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1361109>
- Kohler S, Semrau J, Janz L et al (2019) Von Erfolgsfaktoren, Hindernissen und Bedarfen zu Schlüsselkomponenten der kommunalen Bewegungsförderung bei Menschen mit sozialer Benachteiligung: Bericht von einem Workshop. *B G* 35(05):265–272. <https://doi.org/10.1055/a-0985-2751>
- Kuckartz U (2018) Grundlagentexte Methoden, 4. Aufl. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz Juventa, Weinheim & Basel
- Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F et al (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 380(9838):219–229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- Nickel S, von dem Knesebeck O (2019) Effectiveness of community-based health promotion interventions in urban areas: a systematic review. *J Community Health* 45:419–434. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00733-7>
- Nykiforuk CJ, Atkey K, Brown S et al (2018) Promotion of physical activity in rural, remote and northern settings: a Canadian call to action. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 38(11):419–435. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.11.03>
- Paulsen L, Domokos B, Müller C et al (2021) Kommunale Bewegungsförderung. In: Gostomzyk JG, Holleder A (Hrsg) Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis. ecomed MEDIZIN, Landsberg am Lech, S 1–28 (39. Ergänzung)
- Pelletier CA, Pousette A, Ward K et al (2020) Implementation of physical activity interventions in rural, remote, and northern communities: a scoping review. *Inquiry* 57:46958020935662. <https://doi.org/10.1177/0046958020935662>
- Rütten A, Pfeifer K (Hrsg) (2016) Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. FAU University Press, Erlangen
- Schüppel R, Fleckenstein P, Kurnoth C et al (2022) Kommunales Gesundheitsmanagement: Evaluation der Ausbildung von Gesundheitsbotschaftern in der „Gesundheitsregion plus“ Landkreis Cham. *Gesundheitswesen* 84(02):126–129. <https://doi.org/10.1055/a-1162-8484>
- Szagun B, Kuhn J, Starke D (2016) Kommunale Gesundheitsförderungspolitik und das Präventionsgesetz. *Präv Gesundheitsf* 11(4):265–270. <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0563-0>
- Trojan A, Reisig V, Kuhn J (2016) Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. *Präv Gesundheitsf* 11(4):259–264. <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0557-y>
- Umstätt Meyer MR, Moore JB, Abildso C et al (2016) Rural active living: a call to action. *J Public Health Manag Pract* 22(5):E11–E20. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000333>
- Walter U, Volkenand K (2017) Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. *Gesundheitswesen* 79(4):229–237. <https://doi.org/10.1055/s-0042-113129>
- Warburton DER, Bredin SSD (2017) Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol* 32(5):541–556. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000437>
- Wäsche H, Peters S, Appelles L et al (2018) Bewegungsförderung in Deutschland: Akteure, Strukturen und Netzwerkentwicklung. *B G* 34(06):257–273. <https://doi.org/10.1055/a-0739-9857>