SSOAR
Open Access Repository
www.ssoar.info

Geschützte Natur - gesunde Menschen? Eine empirische Untersuchung zu Gesundheitsleistungen von UNESCO-Schutzgebieten und Großschutzgebieten mit Mitgliedschaft bei EUROPARC in Deutschland

Rollnik, Michael

Magisterarbeit / M.A. thesis

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Rollnik, M. (2018). *Geschützte Natur - gesunde Menschen? Eine empirische Untersuchung zu Gesundheitsleistungen von UNESCO-Schutzgebieten und Großschutzgebieten mit Mitgliedschaft bei EUROPARC in Deutschland.* Eberswalde: Hochschule für nachhaltige Entwicklung Eberswalde, Fachbereich Landschaftsnutzung und Naturschutz im Studiengang M. Sc. Regionalentwicklung und Naturschutz. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-61778-8

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-SA Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Weitergebe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY-NC-SA Licence (Attribution-NonCommercial-ShareAlike). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

„Geschützte Natur – gesunde Menschen? Eine empirische Untersuchung zu Gesundheitsleistungen von UNESCO-Schutzgebieten und Großschutzgebieten mit Mitgliedschaft bei EUROPARC in Deutschland“

Masterarbeit am Fachbereich Landschaftsnutzung und Naturschutz im Studiengang M. Sc. Regionalentwicklung und Naturschutz an der Hochschule für nachhaltige Entwicklung Eberswalde

Vorgelegt von:
Michael Rollnik
E-Mail: Michael.Rollnik@posteo.de
Matrikel-Nr. 15209932
Erstgutachterin: Prof. Dr. Uta Steinhardt
Zweitgutachter: Prof. Dr. Harald Kächele
Abgabe der Arbeit: 05.01.2018

Inhaltsverzeichnis

Danksagung IV

Abkürzungsverzeichnis V

Tabellenverzeichnis VI

Abbildungsverzeichnis VII

1 Einleitung 1

1.1 Problemstellung 2

1.2 Zielsetzung 3

1.3 Aufbau der Arbeit 3

2 Thematischer Hintergrund 6

2.1 Gesetzliche Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme 7

2.1.1 Gesetzliche Bestimmungen und internationale Verpflichtungen 7

2.1.2 Ökosystemleistungen und internationale Programme 19

2.2 Gesundheit, Gesundheitsinterventionen und Gesundheitsleistungen 28

2.3 Wechselwirkungen von Gesundheit mit Natur und Landschaft 36

2.3.1 Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit 40

2.3.2 Bedeutung von Gesundheitsleistungen für Schutzgebiete 47

2.4 Maßnahmen zur Gesundheitsintervention durch Schutzgebiete 52

2.5 Naturschutzfachlicher Wert und Besucherlenkungskonzepte 56

3 Vorgehensweise und Methodik 61

3.1 Hypothesen und Forschungsfragen 64

3.2 Wahl der untersuchten Großschutzgebiete 81

3.3 Methodik 84

3.3.1 Angebotszentrierte Inhaltsanalyse im World Wide Web 85

3.3.2 Auswertung von GIS-Daten 93

3.3.3 Online-Survey 93

3.4 Forschungsverlauf 104

4 Ergebnisse der Untersuchung 105
4.1 Allgemeine Ergebnisse 105
4.2 Inhaltliche Ergebnisse und Hypothesenprüfung 115
4.2.1 Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit 115
4.2.2 Bedeutung von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete 126
4.2.3 Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten 132
4.2.4 Verortung und Ortswahl von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten 140
5 Diskussion 148
5.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse 148
5.1.1 Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit 152
5.1.2 Bedeutung von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete 164
5.1.3 Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten 170
5.1.4 Verortung und Ortswahl von Gesundheitsleistungen 177
5.2 Status quo in anderen Ländern 182
5.3 Methodendiskussion 190
6 Zusammenfassung 218
7 Fazit und Ausblick 220
8 Quellenverzeichnis 228
Anhangsverzeichnis I 248
Anhangsverzeichnis II (Daten-CD) 249
Anhang 1: Tabellen 251
Anhang 2: Dokumente 291

Danksagung

Zum Gelingen dieser Arbeit haben viele Menschen beigetragen. Den nachfolgenden Personen möchte ich herzlich für die Unterstützung und für das Interesse an meiner Arbeit danken.

Prof. Uta Steinhardt und Prof. Harald Kächele, die stets den passenden Rat hatten.

Dr. Neele Larondelle und Stephanie Schubert von EUROPARC Deutschland für die Unterstützung bei der Durchführung des Online-Survey, der Vermittlung wichtiger Kontakte, ihren Sinn für Pragmatik und für das Interesse an den Ergebnissen. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen. Prof. Karl-Heinz Erdmann für die Inspiration zum Thema. Prof. Horst Luley und Kira Schmitz für klärende Einsichten bei der Themenfindung. Prof. Heike Molitor und Dr. Christina Bantle für die außerordentliche Hilfe bei der Orientierung zu Methoden der empirischen Sozialforschung. Dr. Dörte Martens für die Hinweise, das Thema zu fokussieren und für den Austausch zu den gesundheitsbezogenen Aspekten der Arbeit. Elisabeth Apel-Isbarn, Madlen Haney, Annemarie Wilitzki, Maritta Wolf, Justina Möllers und Matthias Rollnik für die Teilnahme am Pretest und die wertvollen Hinweise zur Verbesserung des Online-Surveys. Meiner Yoga-Lehrerin Katrin Werner für Kraft, Inspiration und Klarheit. Alexander Harms und Christoph Schröter-Schlaack für die bereitwilligen Auskünfte. Dem Support-Team von LamaPoll, das jede meiner Fragen in kürzester Zeit beantwortet und mich ohne Programmierkenntnisse sicher durch die technischen Finessen des Online-Surveys navigiert hat. Heiko Hoffmann für den fachlichen Austausch. Malte Skoruppa für den Hinweis auf das Programm „wget“ zur Archivierung von Online-Inhalten. David Wagener und Elisabeth Klappoth für das kritische Korrekturlesen.

Ein besonderer Dank gilt meiner Frau und meinem Sohn für die Liebe, Freude und Geduld, die sie während der Erstellung der Arbeit in mein Leben gebracht haben.

Abkürzungsverzeichnis

BfN	Bundesamt für Naturschutz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BNatSchG	Bundesnaturschutzgesetz
BSR	Biosphärenreservat
CBD	Convention on Biological Diversity
	(dt.: Übereinkommen über die biologische Vielfalt)
EPF	EUROPARC Federation
EU	Europäische Union
HPHP	Healthy Parks Healthy People
IEEP	Institute for European Environmental Policy
IUCN	International Union for Conservation of Nature
NLP	Nationalpark
NP	Naturpark
MEA	Millennium Ecosystem Assessments
MDG	Millennium Development Goal
NBS	Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt
ÖSL	Ökosystemleistungen
SDG	Sustainable Development Goal
TEEB	The Economics of Ecosystems and Biodiversity
UN	United Nations
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	World Health Organisation

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Hauptschutzzweck und Zielprioritäten gesundheitsrelevanter Aspekte der Großschutzgebiete in Deutschland 9

Tab. 2: Beitrag von Naturleistungen zur Erreichung von Unterzielen der Sustainable Development Goals (SDGs) 12

Tab. 3: Ziele, Visionen und Begründungen in der „Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt“ mit Bezug zur Gesundheit 16

Tab. 4: Verbindlichkeiten und Anreize gesetzlicher Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme für Großschutzgebiete in Deutschland 25

Tab. 5: Studiendesign und Kategorien von Übersichtsarbeiten zur Bedeutung von Natur und Landschaft für die Gesundheit 41

Tab. 6: Zusammenfassung von Übersichtsarbeiten zu evidenzbasierten Gesundheitswirkungen von Natur und Landschaft in drei Dimensionen 44

Tab. 7: Zielfelder und Maßnahmen zur Gesundheitsinterventionen durch Schutzgebiete 53

Tab. 8: Schutzintensität von Schutzkategorien im Naturschutz 58

Tab. 9: Hypothesenbildung, Ableitung der Forschungsfragen und Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit 67

Tab. 10: Forschungsverlauf mit Arbeitsschritten 104

Tab. 11: Unterschiedliche Erfassungsrahmen des Begriffs „Gesundheitsleistungen“ und von Maßnahmen zur Gesundheitsintervention 150

Tab. 12: Ergänzungen zu Zielfeldern und Maßnahmen zur Gesundheitsintervention durch Schutzgebiete 154

Abbildungsverzeichnis

o.A. Zusammenhang zwischen menschlicher Gesundheit und Umweltgesundheit (Eigene Darstellung, verändert nach PARKS VICTORIA 2017, S. 2) ....Deckblatt

Abb. 1: Zusammenhang zwischen Biodiversität, Ökosystemleistungen und menschlichem Wohlergehen 20

Abb. 2: Konzept der Salutogenese nach ANTONOVSKY und unterschiedliche Gesundheitsinterventionen 29

Abb. 3: Vereinfachte Darstellung des Ist-Zustandes der Gewichte der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems 31

Abb. 4: Begriffsabgrenzung zu Gesundheitsleistungen von Schutzgebieten 34

Abb. 5: Typologie der Interaktionen zwischen Gesundheit und Natur und Landschaft 37

Abb. 6: Persönliche Bedeutung von Natur in der Studie zum Naturbewusstsein 2015 40

Abb. 7: Einstellungen zum Schutz der Natur in der Studie zum Naturbewusstsein 2015 47

Abb. 8: Forschungsdesign der Masterarbeit 63

Abb. 9: Aufbau des Codebuchs 87

Abb. 10: Gesundheitsleistungen nach Schutzgebietskategorie 107

Abb. 11: Häufigkeiten von Gesundheitsleistungen 108

Abb. 12: Auswertung von GIS-Daten 109

Abb. 13: Rücklaufquoten des Online-Surveys nach Schutzgebietskategorie 111

Abb. 14: Teilnahmen am Online-Survey im Zeitverlauf 112

Abb. 15: Tätigkeitsbereiche der Teilnehmenden 113

Abb. 16: Zielfelder von Gesundheitsinterventionen 116

Abb. 17: Arten von Gesundheitsleistungen 117

Abb. 18: Häufigkeit / jahreszeitliche Beschränkung von Gesundheitsleistungen 118

Abb. 19: Intendierte Gesundheitswirkungen von Gesundheitsleistungen 118

Abb. 20: Dimensionen der intendierten Gesundheitswirkung 119

Abb. 21: Art der Gesundheitsintervention 120

Abb. 22: Zielgruppenspezifizität 121

Abb. 23: Landschaftsattribute mit gesundheitlicher Wirkung 122

Abb. 24: Beteiligte Stakeholder bei Gesundheitsleistungen 123

Abb. 25: Erbringer von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten 124

Abb. 26: Nutzen von Gesundheitsleistungen 128

Abb. 27: Verankerung von Gesundheitsleistungen im Schutzgebietsmanagement nach Schutzgebietskategorie(n) 130

Abb. 28: Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen 133

Abb. 29: Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen für Großschutzgebiete, um Gesundheitsleistungen anzubieten..... 136

Abb. 30: Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen nach Schutzgebietskategorie 137

Abb. 31: Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen nach Spezifizität und Schutzgebietskategorie 138

Abb. 32: Naturschutzrechtlicher Status von Orten, an denen Gesundheitsleistungen angeboten werden..... 141

Abb. 33: Naturschutzrechtlicher Wert von Orten, an denen Gesundheitsleistungen angeboten werden 141

Abb. 34: Auswahl des Ortes von Gesundheitsleistungen nach Personengruppe(n) 143

Abb. 35: Kriterien für die Ortswahl von Gesundheitsleistungen..... 144

Abb. 36: Charakteristika von Natur und Landschaft als Kriterium für die Ortswahl von Gesundheitsleistungen 146

"Was die Natur dem Geist ist, das ist sie auch dem Körper. Wie sie meine Einbildungskraft nährt, so wird sie meinen Körper nähren"
Henry David Thoreau, 1848[1]

[1] THOREAU 2012, S. 13 f.

1 Einleitung

"Natur ist nur ein anderer Name für Gesundheit"[2] (THOREAU 2009, S. 225). Diese Einsicht von Henry David Thoreau, einem der Urheber der Idee von Großschutzgebieten, ist gerade dabei, in der Mitte der Bevölkerung anzukommen. Die Evidenzbasis für die gesundheitliche Wirkung von Natur wird nicht zuletzt auf Grund eines um das Wohlergehen erweiterten Gesundheitsbegriffes stetig vergrößert und durch ein steigendes Gesundheitsbewusstsein vorangetrieben. Wäre Natur ein handelbares Medikament, würde es sicherlich als Wundermittel angepriesen werden.

Einen besonderen Schutz genießt Natur in Großschutzgebieten unterschiedlicher Schutzkategorien. Ob als Wildnis oder Kulturlandschaft, in Schutzgebieten werden besonders wertvolle Ausschnitte von Natur vor, aber auch für den Menschen unter Schutz gestellt. Doch welche Rolle kann und welche sollte Natur für Gesundheit und Wohlbefinden in diesen Gebieten spielen? Aus internationalen Verpflichtungen und nationalen Bestimmungen bestehen bereits eine Reihe gesundheitsbezogener Forderungen mit mehr oder minder starken Verbindlichkeiten. Doch ist dies heute nur einer von vielen Ansprüchen an die chronisch unterfinanzierten Schutzgebiete. So befinden sich Gesundheit und Wohlergehen, insbesondere im dicht besiedelten Mitteleuropa, auch immer im Spannungsfeld der Ansprüche, die seitens der Gesellschaft, der Landnutzung und des Naturschutzes an ein und dieselbe Fläche und an die Verwendung öffentlicher Gelder herangetragen werden. Im gesellschaftlichen Kontext stellt sich auch die Frage, ob Großschutzgebiete die ihnen zum Schutz der Natur zur Verfügung gestellten knappen Ressourcen überhaupt für solche „fachfremden“ Aufgaben aufwenden sollten.

Dies verweist auf ein Dilemma der menschlichen Existenz, das Michael Succow und Lebrecht Jeschke so treffend formuliert haben: „Lassen wir die Natur unverändert, können wir nicht existieren, zerstören wir sie, gehen wir zugrunde“ (SUCCOW und JESCHKE 2008). Diese Arbeit will einen Beitrag zu der Aufgabe leisten, die Natur zu bewahren, ohne sie zu zerstören und dabei doch ein Höchstmaß an Gesundheit und Wohlbefinden für alle Menschen sicherzustellen.

[2] Engl.: „“Nature“ is but another name for health“ (Anführungsstriche im Original)

1.1 Problemstellung

Im Kontext einer nachhaltigen Entwicklung und des Übereinkommens über die biologische Vielfalt sind für die Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen auch gesundheitsbezogene Ziele formuliert worden (UNGA 2015, COP-CBD 2016a). Eine wichtige Rolle zu deren Umsetzung sollen dabei Großschutzgebiete auf Grund ihrer langfristig geschützten Natur und ihrer besonderen Umweltqualität spielen (UNESCO 2015, SCBD 2017). Ausgehend von einer stetig wachsenden Evidenzbasis für den Beitrag der Natur zur menschlichen Gesundheit wurde eine naturbezogene Agenda auch von Organisationen des Gesundheitswesens aufgestellt (WHO und SCBD 2015). In diesen Zusammenhängen bestehen aktuell zahlreiche Bestrebungen, diesen übergeordneten Planungen und Verpflichtungen auf nationaler Ebene nachzukommen. Eine Änderung des Bundesnaturschutzgesetzes macht Gesundheit mittlerweile auch zu einer Aufgabe von Großschutzgebieten in Deutschland, die Natur und Landschaft auch „als Grundlage für Leben und Gesundheit des Menschen“ (BNatSchG 2009, § 1 (1)) schützen sollen. Bisher ist nicht bekannt, ob und wie sehr die gesetzlichen Bestimmungen sowie internationalen Verpflichtungen und Programme zu einer Umsetzung der Gesundheitsagenda in Deutschland geführt haben. Dies soll in dieser Arbeit untersucht werden. Von Interesse sind hierbei eine Quantifizierung und Spezifizierung der Gesundheitsleistungen, Gründe für ihre Erbringung und ihre Implementierung ins Managementsystem als Gradmesser für den Umsetzungsstand.

Seitens der Großschutzgebiete selbst bestehen zahlreiche eigene Bestrebungen, die Gesundheitsagenda über die Arbeit ihrer Dachorganisationen voran zu bringen (EPF 2014 u. 2015d). Außer den Gesundheitswirkungen sind in Deutschland bislang nur Synergieeffekte bekannt, die zwischen den gemeinsamen Handlungsfeldern von Naturschutz und Gesundheit bestehen können (CLAßEN et al. 2005). Es besteht jedoch ein Wissensdefizit über die konkrete Bedeutung, resp. den konkreten Nutzen von Gesundheitsleistungen für die Schutzgebiete.

Die wachsende Evidenzbasis der gesundheitsbezogenen Wissenschaftsdisziplinen beschreibt spezifische Wirkungsbeziehungen zwischen bestimmten Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft und der menschlichen Gesundheit. Darin wird deutlich, dass bestimmte Orte besser für die Förderung, Erhaltung oder Erlangung von Gesundheit geeignet sind als andere (IEEP 2016, WHO und SCBD 2015). Dies

hat eine besondere Relevanz für die Wirksamkeit der Gesundheitsleistungen, aber auch für die Wahl der Orte, an denen diese erbracht werden sollten. Ob dieser Zusammenhang bei der Umsetzung der Gesundheitsagenda durch Großschutzgebiete berücksichtigt wird, ist in Deutschland bisher noch nicht untersucht worden. Ebenso fehlt bislang eine allgemeine Spezifizierung der Gesundheitsleistungen, die Aufschluss über die evidenzbasierte und theoriegeleitete Erbringung und Konzeption von naturbezogenen Gesundheitsleistungen bzw. einer gesundheitsbezogenen Naturwirkung geben könnte.

1.2 Zielsetzung

Mit der Beantwortung der Forschungsfragen soll eine Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten, Gründen für die Wahl und Qualität ihres Ortes sowie ihren intendierten Beitrag zum Naturschutz und zur menschlichen Gesundheit in den untersuchten Großschutzgebieten erbracht werden. Die Diskussion der Ergebnisse soll diese in den Kontext rechtlicher Bestimmungen, internationaler und nationaler Verpflichtungen und Programme stellen und zu gesundheitsfördernden Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner beitragen. Zudem sollen Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas erarbeitet werden. Insbesondere soll diskutiert werden, welche Art von Kriterien bei der Wahl von Orten für gesundheitsbezogene Angebote beachtet werden sollten, damit ein möglichst hoher Beitrag zum Gesundheits- und Naturschutz geleistet wird. Es wollen auch Wissenslücken aufgezeigt werden, die die Erreichung der Ziele dieser Arbeit gegebenenfalls im Wege stehen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Im thematischen Hintergrund werden die theoretischen Grundlagen des Themas erarbeitet, für die Bearbeitung wichtige Begriffe erläutert bzw. hergeleitet und der aktuelle Stand des Wissens in den interessierenden Themengebieten dargestellt (Kap. 2).

Zu Beginn des Kapitels „Vorgehensweise und Methodik“ wird das Forschungsdesign dieser Arbeit vom Forschungsgegenstand bis zur Darstellung und Diskussion der Ergebnisse prozessual und graphisch dargestellt und erläutert (Kap. 3). Diese Übersicht zeigt auf, wie die einzelnen Arbeitsschritte zusammenhängen und wie diese Schritte bzw. Elemente der Arbeit im Gesamtgefüge der Arbeit verortet sind (Abb. 8).

Daraufhin werden vier Themengebiete aus dem thematischen Hintergrund zusammengefasst und darin vierzehn Hypothesen aufgestellt (Kap. 3.1). Zu deren Prüfung werden Forschungsfragen formuliert, die ebenfalls Kategorien und Begrifflichkeiten aus dem thematischen Hintergrund verwenden. Die Prüfung soll zur Erreichung der Ziele der Arbeit beitragen und bildet zugleich das Auswertungsschema für die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse. Die Hypothesen und Forschungsfragen stellen in dieser Arbeit also die Verbindung zwischen dem Stand des Wissens und den Zielen her.

Als nächstes wird die Wahl der Großschutzgebiete erläutert, die zur Prüfung der Hypothesen und zur Beantwortung der Forschungsfragen untersucht werden sollen (Kap. 3.2). In der Methodik schließlich werden die drei Methoden angebotszentrierte Inhaltsanalyse im World Wide Web, Auswertung von GIS-Daten und Online-Survey vorgestellt (Kap. 3.3). Es wird begründet, warum ein Methoden-Mix gewählt wurde und welche Methode zur Beantwortung welcher Forschungsfragen geeignet ist. In den jeweiligen Unterkapiteln wird das konkrete Vorgehen erläutert und begründet. Zum Schluss des methodischen Teils wird im Forschungsverlauf eine Übersicht über die einzelnen Arbeitsschritte der Arbeit gegeben (Kap. 3.4).

In den Ergebnissen der Untersuchung werden die allgemeinen Ergebnisse und Grunddaten beschrieben, die mit den eingesetzten Methoden erarbeitet wurden (Kap. 4.1). Danach folgt die Darstellung der inhaltlichen Ergebnisse, in der die Forschungsfragen beantwortet und die Hypothesen geprüft werden (Kap. 4.2). Diese gliedert sich in vier Unterkapitel entsprechend der vier Themengebiete.

In der Diskussion werden die Ergebnisse mit dem Stand des Wissens aus dem thematischen Hintergrund in Zusammenhang gebracht und ihr Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit mit Bezug zum Ergebnis der Hypothesenprüfung erörtert (Kap. 5.1). Zu diesem Zweck erfolgt zu Beginn eine Abgrenzung des Untersuchungsbegriffs und des Erfassungsrahmens, um die Besonderheiten des mit drei unterschiedlichen Methoden beforschten Untersuchungsgegenstandes aufzuzeigen. Die inhaltliche Diskussion wird dann für die vier Themengebiete einzeln geführt. Die zentralen vier Themenbereiche dieser Arbeit werden anschließend mit dem Status quo in Großschutzgebieten und deren Dachorganisationen aus anderen ausgewählten Ländern, in denen von einem hohen Umsetzungsstand und -willen ausgegangen werden kann, von einer erweiterten Perspektive aus betrachtet (Kap. 5.2). Im letzten

Teil der Diskussion wird erörtert, ob das allgemeine Vorgehen und die gewählten Methoden wie geplant angewendet werden konnten und dazu geeignet sind, die Ziele dieser Arbeit zu erreichen. Neben dem Forschungsdesign und seinen Arbeitsschritten bzw. Komponenten werden auch die eingesetzten Methoden einzeln kritisch betrachtet und Hinweise für weitere Forschungsvorhaben gegeben.

Zum Schluss stehen die Zusammenfassung und das Fazit, in dem die zentralen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen der Untersuchung nochmals vor dem Hintergrund des aktuellen Wissensstandes mit den Zielen der Arbeit zusammengeführt werden (Kap. 6 und 7).

Am Ende besonders umfangreicher Kapitel erfolgt eine kurze Zusammenfassung der für die Zielsetzung relevanten Aspekte.

Aus englischsprachigen Quellen wird im Textverlauf in deutscher Übersetzung zitiert und der Wortlaut bei besonders aussagekräftigen Passagen im Original in der Fußnote wiedergegeben. Ebenso wird mit gängigen englischen Fachausdrücken verfahren (z.B. Aichi-Ziele: Fußnote: Engl.: Aichi Biodiversity Targets). Bei nicht gängigen englischen Fachausdrücken wird umgekehrt verfahren (z.B. „Programme of Work on Protected Areas“: Fußnote: Dt.: Arbeitsprogramm für Schutzgebiete). Bei englischen Abkürzungen, deren Verwendung im deutschsprachigen Fachdiskurs üblich ist, wird zur besseren Lesbarkeit die englische statt der deutschen Abkürzung für den deutschen Begriff verwendet (z.B. UN für Vereinte Nationen und CBD für Übereinkommen über die biologische Vielfalt).

2 Thematischer Hintergrund

In den folgenden Kapiteln wird der thematische Hintergrund des Forschungsvorhabens erarbeitet. Dazu wird in Kapitel 2.1 zunächst ein Überblick über die gesetzlichen Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme gegeben, die das Thema Gesundheit überhaupt erst besonders relevant für Großschutzgebiete machen.

Im Kapitel 2.2 werden das dieser Arbeit zugrundeliegende Verständnis von Gesundheit und die unterschiedlichen Arten von Gesundheitsinterventionen dargestellt. Am Ende erfolgt die Herleitung des zentralen Untersuchungsbegriffes der „Gesundheitsleistungen“.

Zu Beginn des Kapitels 2.3 werden die verwendeten Begriffe „Natur und Landschaft“ geklärt und eine Typologie der möglichen Interaktionen zwischen Gesundheit und Natur und Landschaft vorgestellt. Anschließend werden die empirischen Befunde zur Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit zusammengefasst und aufgezeigt, welche Bedeutung Gesundheitsleistungen für die Großschutzgebiete selbst haben können. In Kapitel 2.4 erfolgt die Zusammenführung der zwei vorangegangenen Kapitel in einer Übersicht über die Maßnahmen, die Großschutzgebieten zur Verfügung stehen, um die Gesundheitswirkung von Natur und Landschaft zu befördern. Diese werden in Handlungs- und Zielfeldern der recherchierten Leitfäden und Instrumente dargestellt.

Außer den in den empirischen Befunden aufgezeigten wirkungsbezogenen medizinischen Gründen für die Ortswahl von Gesundheitsleistungen werden diese Orte in Großschutzgebieten auch aus anderen, nicht medizinischen Gründen ausgesucht. Auf diese wird in den Besucherlenkungskonzepten in Kapitel 2.5 eingegangen. Da der naturschutzfachliche Wert auch selbst eine Gesundheitswirkung haben kann, wird kurz dessen Ermittlung und mögliche Bedeutung für die Gesundheit erläutert.

2.1 Gesetzliche Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme

In den folgenden zwei Kapiteln wird aufgezeigt, welche gesetzlichen Bestimmungen für Schutzgebiete in Deutschland relevant sind, Gesundheitsleitungen zu erbringen und diesbezügliche Angebote zu schaffen. Ferner wird dargestellt, welche Verpflichtungen aus internationalen Abkommen zu diesem Thema relevant sind und welche Programme und Konzepte dazu bereits bestehen. In Kapitel 2.1.1 wird zunächst erläutert, in welchem Kontext sich das Thema in Deutschland in den letzten Jahren entwickelt hat. Es wird herausgestellt, welche gesetzlichen Bestimmungen im Bundesnaturschutzgesetz bestehen, gesundheitsfördernde bzw. therapeutische Aktivitäten in Schutzgebieten zu unternehmen. Weiterhin wird auf die Verpflichtungen Deutschlands eingegangen, die sich aus der Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, dem Übereinkommen über die biologische Vielfalt und dem gesundheitspolitischen Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ der Weltgesundheitsorganisation sowie den jeweiligen Programmen zu ihrer Umsetzung auf nationaler Ebene ergeben. In Kapitel 2.1.2 wird aufgezeigt, welche Handlungsrelevanz sich aus einem ökosystemaren Ansatz sowie aus Programmen internationaler Schutzgebietsorganisationen (EUROPARC und IUCN) für das Thema ergibt. Zum Schluss werden die relevanten Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme in tabellarischer Form zusammengefasst.

2.1.1 Gesetzliche Bestimmungen und internationale Verpflichtungen

Seit den 1990er Jahren vollzieht sich ein strategischer Paradigmenwechsel von einem naturwissenschaftlich bio-ökologisch begründeten Naturschutz hin zu einem Naturschutz als gesellschaftliches Handlungsfeld zum Wohle des Menschen (HEILAND 2000, ERDMANN et al. 2002 und 2006, BENNETT et al. 2017). In diesem Kontext wurde die Bedeutung der Natur für die menschliche Gesundheit als starkes Klugheitsargument einer anthropozentrischen Naturschutzethik zu einem wichtigen Impuls für die Naturschutzkommunikation und ermöglichte durch die Bezugnahme auf das positiv besetzte Themenfeld „Gesundheit und Wohlbefinden“ neue strategische Allianzen im Naturschutz (ERDMANN et al. 2008, ESER 2016). Als weitere Aspekte einer solchen strategischen Erweiterung sind eine Steigerung der Akzeptanz und Durchsetzbarkeit von Naturschutzvorhaben sowie ein Imagegewinn des Naturschutzes insgesamt zu nennen (BNL 1995, SCHUSTER und LANTERMANN 2002).

Vorgaben durch das Bundesnaturschutzgesetz

In Deutschland wurde das Themenfeld vom Bundesamt für Naturschutz (BfN) insbesondere in den 2000er Jahre aktiv befördert (s. Tab. I im Anhang). Diese Bemühungen führten 2009 zur Nivellierung des Bundesnaturschutzgesetzes um den folgenden Passus:

„Natur und Landschaft sind auf Grund ihres eigenen Wertes und *als Grundlage für Leben und Gesundheit des Menschen* [...] zu schützen“ (BNatSchG 2009, § 1 (1), Hervorh. d. Verf.).

Dadurch wurde die Bedeutung der Natur für die menschliche Gesundheit als ein rechtlich verankertes Ziel des Naturschutzes in Deutschland begründet und ein Naturschutzverständnis gestärkt, das über die bloße Erholungsfunktion hinaus auf die verschiedenen Dimensionen des menschlichen Wohlbefindens ausgerichtet ist (vgl. Kap. 2.2, FRENZ und MÜGGENBORN 2016).

Als weiteres unmittelbar gesundheitsbezogenes Ziel des Naturschutzes werden die „nachhaltige *Nutzungsfähigkeit* der Naturgüter“ (§ 1 (2)) sowie die dauerhafte „Sicherung der Vielfalt, Eigenart und *Schönheit* sowie *des Erholungswertes von Natur und Landschaft* (BNatSchG § 1 (4), Hervorh. d. Verf.) benannt. Die Bezugnahme auf die Lebensgrundlage, Nutzungsfähigkeit, Schönheit und den Erholungswert weisen darauf hin, dass der Gesetzgebung ein mehrdimensionales Verständnis von Gesundheit im erweiterten Sinne von Wohlbefinden zu Grunde liegt (vgl. WHO 1946 und Kap. 2.2). Zu diesem Zwecke sind

„1. Naturlandschaften und historisch gewachsene Kulturlandschaften (…) zu bewahren, [und] 2*. zum Zweck der Erholung* (…) zu schützen und zugänglich zu machen. (BNatSchG 2009, § 1 (4), Hervorh. d. Verf.).

Als wesentliche Maßnahme zur Erreichung des in § 1 genannten Zieles soll ein Biotopverbund eingerichtet werden. Zu diesem Zwecke sollen u.a. Nationalparke sowie Teile von Biosphärenreservaten und Naturparken durch Erklärung zu geschützten Teilen von Natur und Landschaft geschaffen werden (§ 21 BNatSchG).

Der allgemeine Schutzzweck der einzelnen Schutzgebietskategorien wird im Bundesnaturschutzgesetzt geregelt. Eine Ausnahme bilden die UNESCO-Global Geoparke, zu deren Anerkennung in Deutschland erst seit 2016 Kriterien durch das entsprechende Nationalkomitee der UNESCO bestehen und für die eine eigene

gesetzliche Regelung noch nicht erfolgt ist. In Tab. 1 werden die Hauptziele und unterschiedlichen Zielprioritäten von gesundheitsrelevanten Aspekten der einzelnen Großschutzgebiete dargestellt.

Tab. 1: Hauptschutzzweck und Zielprioritäten gesundheitsrelevanter Aspekte der Großschutzgebiete in Deutschland (Eigene Darstellung nach BNatSchG 2009, BfN 2010b, EPD 2013, NK-UGG 2016, NLWKN 2017)

Schutzkategorie	Hauptschutzzweck	Zielprioritäten gesundheitsrelevanter Aspekte
Nationalpark[3] (BNatSchG § 24)	a) Kernzone: Prozessschutz b) Entwicklungszone: langfristig Prozessschutz, aber aktuell mit Managementmaßnahmen c) Nutzungszone: Nutzung (Landschaftspflege, Umweltbildung, Naturerleben)	a) Kernzone: gering b) Entwicklungszone: gering c) Nutzungszone: hoch
Biosphärenreservat[4] (BNatSchG § 23, 25 und 26)	a) Kernzone: Prozessschutz b) Puffer- /Pflegezone: Erhalt von genutzten Kulturlandschaften und Minimierung der Einwirkungen auf a) c) Entwicklungszone: Entwicklung und Erprobung einer nachhaltigen Entwicklung	a) Kernzone geschützt als Naturschutzgebiet: gering: Umweltbildung nur soweit es der Hauptschutzzweck erlaubt b) Puffer- /Pflegezone geschützt als Landschaftsschutzgebiet: mittel: Schutz wegen der Schönheit, kulturhistorischen Bedeutung oder wegen besonderer Bedeutung für die Erholung c) Entwicklungszone: mittel: Gesundheit als Ziel nachhaltiger Entwicklung
Naturpark (BNatSchG § 27)	Schutz und Erhalt der Kulturlandschaften, umweltgerechte Landnutzung, Erholung und nachhaltiger Tourismus	mittel, da Nutzungsbeschränkung kein Bestandteil des Schutzgebietsmanagements der Gebietskulisse
UNESCO-Global Geopark (NK-UGG 2016)	Schutz, Pflege und Management von Geotopen	gering: Umweltbildung, nachhaltige Entwicklung und Tourismus

[3] Die Nationalparke in Deutschland haben unterschiedliche Zonierungen (2-4 Zonen) mit unterschiedlichen Bezeichnungen und z.T. sehr unterschiedliche Ziele. Zwecks vergleichbarer Relevanz der Zielpriorität für alle Gebiete werden im Folgenden drei Zonen gem. BNatSchG (2009) und aktueller Managementpraxis unterschieden (EPD 2013, HARMS 2017): a) Kernzone: Prozessschutz mit hoher Nutzungseinschränkung; b) Entwicklungszone: wird langfristig zu a), aber aktuell mit mittlere Nutzungseinschränkungen und zeitlich versetzter Zielpriorität (heute Pflege und Nutzung, zukünftig Prozessschutz); c) Nutzungszone: geringe Nutzungseinschränkung und Zielpriorität Umweltbildung und Naturerleben.

[4] Der Schutzzweck der jew. Schutzzonen ergibt sich nicht aus dem BNatSchG, sondern aus den Leitlinien der UNESCO und wird vom nationalen MAB-Komitee konkretisiert (NK-MAB 2007).

Die Zielpriorität gesundheitsrelevanter Aspekte wurde wie folgt bewertet (verändert nach HARMS 2017 und NLWKN 2017):

- Hohe Zielpriorität: Der gesundheitsrelevante Aspekt ist Hauptschutzzweck und die Möglichkeit zur Nutzungsbeschränkung sowie Regelung des allgemeinen Betretens ist gering.
- Mittlere Zielpriorität: Der gesundheitsrelevante Aspekt ist ein sekundärer Schutzzweck und die Möglichkeit zur Nutzungsbeschränkung sowie Regelung des allgemeinen Betretens ist nicht gering. ODER Der gesundheitsrelevante Aspekt ist Hauptschutzzweck und die Möglichkeit zur Nutzungsbeschränkung ist kein Bestandteil des Schutzgebietsmanagements der Gebietskulisse.
- Niedrige Zielpriorität: Der gesundheitsrelevante Aspekt ist ein sekundärer Schutzzweck und die Möglichkeit zur Nutzungsbeschränkung ist kein Bestandteil des Schutzgebietsmanagements der Gebietskulisse.

Da gesundheitsbezogene Angebote grundsätzlich eine Nutzung darstellen, ist die Zielpriorität naturgemäß niedriger, je höher die Schutzintensität des Schutzgebietes bzw. der Schutzgebietszone ist. Dies geht nämlich generell mit einer Nutzungseinschränkung einher. Für Schutzgebiete, bei denen die Nutzungsbeschränkung kein Bestandteil des Schutzgebietsmanagements der Gebietskulisse ist[5], gilt die Bewertung allgemein und wird dadurch eingeschränkt, dass für Teilflächen sehr wohl Nutzungseinschränkungen durch Ausweisung als Natur- oder Landschaftsschutzgebiet oder als ein anderslautendes Schutzgut gem. BNatSchG § 24 und § 28-30 durch die zuständigen Landesbehörden bestehen. Ebenso ergibt sich eine z.T. abweichende Zielpriorität durch die Mehrfachausweisung von Schutzgebieten, wie z.B. die Ausweisung von UNESCO-Global Geoparken als Naturpark (vgl. Kap. 3.2).

In der Zeit von 2010 bis 2016 wurden weitere Aktivitäten des BfN auf politisch-administrative Weisung nicht weiter unterstützt (ERDMANN 2017). In dieser Zeit haben die an den initiierenden Programmen und Forschungsvorhaben beteiligten Akteure die Konzepte und Allianzen zum Schutz der Natur weiterentwickelt (BfN 2017a).

[5] i.e. Naturparke sowie Sternen- und Geoparke, die kein Teil eines Nationalparks oder Biosphärenreservats sind

Aktuelle Entwicklungen der internationalen Agenda

Aktuell (2016/17) kommt der Themenkomplex aus dem internationalen Diskurs verstärkt wieder auf die Tagesordnung deutscher Naturschutzpolitik. So erfährt das Thema Natur respektive Naturschutz und Gesundheit im Zusammenhang mit Deutschlands Verpflichtungen zur Umsetzung der Ziele der nachhaltigen Entwicklung (SDGs) der Vereinten Nationen (UN) und zur Umsetzung der Ziele der Übereinkommen über die biologische Vielfalt (CBD) sowie auf Grund seiner Mitgliedschaft bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zunehmend Beachtung in Wissenschaft, Politik und Praxis. Die so angestoßenen Aktivitäten werden im Folgenden kurz skizziert.

Seit 2016 haben zu diesen Themen sechs nationale und internationale Veranstaltungen und Konferenzen mit Beteiligung deutscher Wissenschaftler, Fachbehörden und verbandlicher Naturschutzakteure stattgefunden (Tab. II im Anhang). Überdies sind im gleichen Zeitraum zwei großangelegte Übersichtsarbeiten des Institute for European Environmental Policy (IEEP) im Auftrag der Europäischen Kommission sowie der WHO in Zusammenarbeit mit dem Sekretariat der CBD veröffentlicht worden (WHO und CBD 2015, IEEP 2016).

Auf dem 33. Deutschen Naturschutztag 2016 wurde in der Abschlusserklärung von Bund und Ländern gefordert, integrative Strategien für die Politikbereiche Natur, Umwelt und Gesundheit zu erarbeiten (DNT 2016). Laut Prof. Erdmann, wissenschaftlicher Direktor am Fachgebiet Naturschutz und Gesellschaft im BfN, werden vom BfN 2017 neue Aktivitäten zum Themenkomplex initiiert werden. Forschungsbedarf bestehe u.a. in den Themenfeldern „Kommunikation von Naturschutz als Gesundheitsschutz“ und „Erschließung neuer Partnerschaften für den Schutz der Natur und Gesundheit“ (ERDMANN 2017).

Die Sustainable Development Goals für eine nachhaltige Entwicklung

Bereits zu Beginn der Bemühungen der UN, eine nachhaltige Entwicklung und den Schutz der Umwelt als ein globales Ziel zu verfolgen, wurde ein gesundes Leben mit einem Leben im Einklang mit der Natur verknüpft. So lautet der erste Grundsatz der Rio-Erklärung über Umwelt und Entwicklung: „Die Menschen (…) haben das Recht auf ein *gesundes* und produktives *Leben im Einklang mit der Natur*“ (UNCED 1992,

Hervorh. d. Verf.). Bis heute wird diese Verknüpfung in der Zielsetzung zur Erreichung der globalen Nachhaltigkeitsziele weiterverfolgt.

Die Generalversammlung der UN hat 2015 die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung verabschiedet. Zu ihrer Umsetzung wurden Ziele für nachhaltige Entwicklung, die Sustainable Development Goals (SDGs), formuliert. Die 17 SDGs mit 169 Unterzielen lösen die Millenniums-Ziele (Millennium Development Goals (MDGs) ab und sollen weltweit national umgesetzt werden. So ist in SDG 3 vorgegeben, ein „gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters [zu] gewährleisten und ihr Wohlergehen [zu] fördern“ (UNGA 2015, S. 15). Diese Zielsetzung soll auch in die Zielsetzung der Schutzgebietskategorien der UNESCO übertragen werden (UNESCO 2015, WHO und SCBD 2015).

In Tab. 2 wird eine Übersicht zu Leistungen der Natur bzw. Ökosysteme (s.a. Kap. 2.1.2) gegeben, die zur Erreichung von gesundheitsbezogene Unterzielen der SDGs beitragen können.

Tab. 2: Beitrag von Naturleistungen zur Erreichung von Unterzielen der Sustainable Development Goals (SDGs) (Eigene Darstellung nach IEEP 2016, S. 228 f., Tab. 13.1 und UNGA 2015)

SDG Unterziel	Beitrag von Naturleistungen zur Zielerreichung
1.5 – „Widerstandsfähigkeit der Armen und der Menschen in prekären Situationen erhöhen und ihre Exposition und Anfälligkeit gegenüber klimabedingten Extremereignissen (…) verringern“	Naturbasierte Lösungen zur Klimaanpassung
3.4 – „Frühsterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung (…) senken und die psychische Gesundheit und das Wohlergehen fördern“	Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung durch Natur und Landschaft (s. Tab. 6).
3.8 – „Gesundheitsversorgung, einschließlich der Absicherung gegen finanzielle Risiken, den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten und den Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle erreichen“	Naturbasierte Lösungen sind kosteneffektiver im Vergleich zu anderen Konzepten. Uneingeschränkter Zugang zu Natur ist eine Determinante des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung.
3.9 – „Zahl der Todesfälle und Erkrankungen aufgrund gefährlicher Chemikalien und der Verschmutzung und Verunreinigung von Luft, Wasser und Boden erheblich verringern“	Naturbasierte Lösungen für Umweltverschmutzungen
11.6 – „von den Städten ausgehende Umweltbelastung pro Kopf senken, unter anderem mit besonderer Aufmerksamkeit auf der Luftqualität“	Naturbasierte Lösungen für Luftverschmutzung

11.7, 11a, 8.5, 8.9 – Gesellschaftliche Entwicklungen, Beschäftigung, Integration	Uneingeschränkter Zugang zu Natur als Ort der Sicherheit und Inklusion; Impulse für die Regionalentwicklung für vom Niedergang bedrohte Gebiete; Investitionsprogramme zur Nutzung der Synergien zwischen Natur und Gesundheit sowie zur Förderung des nachhaltigen Tourismus als Möglichkeiten für Wachstum, Beschäftigung und Inklusion
9, 6.6, 2.5 – Auf Biodiversität bezogene Ziele	Naturbasierte Lösungen zur Förderung der Sortenvielfalt

Es wird deutlich, dass naturbasierte Lösungen sowie Synergien zwischen Natur und Gesundheit zur Erreichung der SDGs mit einbezogen werden müssen. Dies gilt nicht nur für SDGs, die sich auf Ökologie bzw. auf ökologische Nachhaltigkeit beziehen. Schutzgebiete sind Akteure, die einen wichtigen Beitrag zur Erreichung der o.g. SDGs leisten können.

Zur Implementierung der SDGs hat die Bundesregierung 2016 eine Nationale Nachhaltigkeitsstrategie erarbeitet und 2017 per Kabinettsbeschluss die Grundlage zu deren Umsetzung in Deutschland geschaffen. Darin heißt es, dass „Gesunde Umweltbedingungen und erlebbare Naturräume (…) [mittelbar] zur physischen und psychischen Gesundheit beitragen“ (DIE BUNDESREGIERUNG 2016, S. 70). Allerding beschränken sich Maßnahmen nur auf das Adressieren der „enormen Gesundheitsfolgen von Umweltverschmutzung und (…) deren Konsequenzen für die wirtschaftliche Entwicklung“ (ebd., S. 72) in der internationalen Zusammenarbeit, sind auf nationaler Ebene allgemein und ohne entsprechende Indikatoren formuliert.

Großschutzgebiete sind besonders wichtige Instrumente des Naturschutzes. Die SDGs sollen in alle Schutzgebiete, die einer Schutzkategorie der UNESCO angehören, implementiert werden. Dadurch ergibt sich eine internationale Verpflichtung für alle durch die UNESCO anerkannten Biosphärenreservate, Global Geoparke und Weltnaturerbestätten (DUK 2015 und 2017a). Durch expliziten Bezug zu den SDGs, insbesondere zu SDG-Ziel 3, hat die Internationale Union zur Bewahrung der Natur und natürlicher Ressourcen (IUCN) im „IUCN Global Programme 2017-2020“ die politische Weichenstellung gelegt, um diesbezügliche Aktivitäten in den gemeinsamen Handlungsfeldern zwischen Gesundheits- und Naturschutz zu befördern (IUCN 2016a). Da je nach Schutzkategorie unterschiedliche Ziele verfolgt werden, ist die Relevanz der Ziele einer nachhaltigen Entwicklung im Allgemeinen und

des SDG 3 im Besonderen allerdings auch unterschiedlich (vgl. Kap. 3.2). Die Umsetzung der Agenda 2030 ist durch die Nationale Strategie auch relevant für Schutzgebiete, die anderen Kategorien angehören (National- und Regionalparke, von der UNESCO nicht anerkannte Biosphärenreservate).

Die Biodiversitätskonvention und ihre Umsetzung

Als weiteres wegweisendes Dokument wurde während der Rio-Konferenz 1992 das Übereinkommen über die biologische Vielfalt (sog. Biodiversitätskonvention) unterzeichnet. Darin verpflichten sich die Vertragsparteien, „im Bewusstsein, dass die Erhaltung und nachhaltige Nutzung der biologischen Vielfalt *von entscheidender Bedeutung sind,* um das Bedürfnis einer wachsenden Weltbevölkerung nach Nahrung, *Gesundheit* und anderem zu befriedigen“[6] (UN 1992, S. 2, Hervorh. d. Verf.), die biologischen Vielfalt zu erhalten, ihre Bestandteile nachhaltig zu nutzen und die sich aus der Nutzung der genetischen Ressourcen ergebenden Vorteile gerecht aufzuteilen.

Nachdem die Ziele zur Umsetzung der Konvention 2010 nicht erreicht worden sind, wurde der „Strategische Plan 2011 - 2020 für den Erhalt der Biodiversität“ als ein wesentliches Instrument erarbeitet und 2010 auf der zehnten Vertragsstaaten-Konferenz in Nagoya beschlossen (BfN 2010a). Darin werden 5 strategische Ziele benannt, die durch 20 Kernziele, die sog. Aichi-Ziele[7], konkretisiert werden. Eines der strategischen Ziele ist die Mehrung der Vorteile, die sich aus der biologischen Vielfalt und den Ökosystemen ergeben (Strategisches Ziel D). Konkret soll dies u.a. dadurch erreicht werden, dass „die Ökosysteme, die wesentliche Leistungen (…) bereitstellen und zu *Gesundheit*, Existenzsicherung und Wohlergehen beitragen, (…) wiederhergestellt und gesichert [werden]“ (Aichi-Ziel 14, BfN 2010a, Hervorh. d. Verf.). Deutschland hat sich als Unterzeichnerstaat und als Mitglied der Europäischen Union (EU) zur Umsetzung der Konvention und der Aichi-Ziele zu ihrer Erreichung verpflichtet.

Die Verfolgung der o.g. gesundheitsbezogenen Ziele zum Erhalt der biologischen Vielfalt wurde zuletzt auf der 13. Vertragsstaatenkonferenz der CBD 2016 nochmals bekräftigt. So wurde in der Cancun-Erklärung die deutliche Zusage gemacht, “den

[6] Im Orig.: „Aware that conservation and sustainable use of biological diversity is of critical importance for meeting the food, health and other needs of the growing world population” (UN 1992, S. 2)

[7] Engl.: Aichi Biodiversity Targets

Erhalt der biologischen Vielfalt auf allen Regierungsebenen und sektorübergreifend einzubeziehen, indem [u.a.] Naturschutz, nachhaltige Nutzung und, wo nötig, die Wiederherstellung von Ökosystemen *als Basis für das Erlangen eines hohen Gesundheitszustandes* gefördert werden"[8] (COP-CBD 2016a, S. 1, Hervorh. d. Verf.). Ergänzend wurden die Vertragsstaaten mit der Entscheidung XIII/6.[9] dazu aufgerufen, die Ergebnisse des gemeinsamen Reviews der WHO und des Sekretariats der CBD über den Stand des Wissens zum Zusammenhang von Biodiversität und menschlicher Gesundheit zu berücksichtigen und diesbezügliche Aktivitäten zu fördern (COP-CBD 2016b, s.a. Kap. 2.1.2).

Um die Biodiversitätskonvention auf Ebene der EU umzusetzen, hat die Europäische Konvention die „Biodiversitätsstrategie der EU für das Jahr 2020" als integralen Bestandteil der Europa-2020-Strategie beschlossen. Um die aus der CBD abgeleiteten Ziele bis 2020 zu erreichen, wurde eine Vision für 2050 formuliert. Laut dieser sollen „Schutz, Wertbestimmung und Wiederherstellung der biologischen Vielfalt und der von ihr erbrachten Dienstleistungen (…) [u.a.] aufgrund des Eigenwerts der biologischen Vielfalt und *ihres fundamentalen Beitrags zum Wohlergehen der Menschen*" (EK 2011, S. 2, Hervorh. d. Verf.) erfolgen. Der Zusammenhang zur menschlichen Gesundheit wird über ihre Verortung in den Ökosystemleistungen im Einzelziel 2 hergestellt. So sollen die Ökosysteme und ihre Leistungen bis 2020 erhalten und durch die Schaffung einer grünen Infrastruktur verbessert werden.

Zur Umsetzung der Biodiversitätskonvention auf nationaler Ebene hat das Bundeskabinett die Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt (NBS) verabschiedet. Darin wird der Biodiversität eine „Existentielle Bedeutung" (BMUB 2007, S. 9) für die menschliche Gesundheit attestiert. In Tab. 3 wird eine Übersicht über die Themenfelder, in denen Gesundheit ein Aspekt zum Erhalt der Biodiversität ist, dargestellt.

[8] "To work at all levels within our governments and across all sectors to mainstream biodiversity (…) through the following actions: (…) Promote the conservation, sustainable use, and where necessary, restoration of ecosystems as a basis for achieving good health" (COP-CBD 2016a)

[9] Decision XIII/6. Biodiversity and human health (COP-CBD 2016b)

Tab. 3: Ziele, Visionen und Begründungen in der „Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt“ mit Bezug zur Gesundheit (Eigene Darstellung nach BMUB 2007)

Themen- bzw. Aktionsfeld[10]	Bezugsart und Gesundheitsbezug
B 1.1.2 Artenvielfalt	Qualitätsziel: Negative Effekte von Neophyten verringern (S.28)
B 1.3.3 Urbane Landschaften	Begründung: Naturerfahrungsräume für eine gesunde psychische und physische Entwicklung (S. 42)
B 2.8 Mobilität	Vision: Verringerung verkehrsbedingter Belastungen für Umwelt, Natur und Gesundheit (S. 51)
B 2.9 Naturnahe Erholung und Tourismus	Begründung: Erholung in Natur und Landschaft als wichtige Voraussetzung für das Wohlbefinden und die physische und psychische Gesundheit (S. 53)
B 3.1 Flächendeckende diffuse Stoffeinträge	Begründung: Luft, Wasser und Boden von hoher Qualität als wichtige Voraussetzung für Gesundheit (S. 54)
B 5 Gesellschaftliches Bewusstsein	Vision: Hohe Wertschätzung der biologischen Vielfalt als wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität und Voraussetzung für ein gesundes und erfülltes Leben (S. 60)
C 3 Biologische Sicherheit und Vermeidung von Faunen- und Florenverfälschung	Konkretisierung: Begrenzung der Risiken der Biotechnologie für die biologische Vielfalt und für die menschliche Gesundheit (S.67)

Im Themenfeld „Naturnahe Erholung und Tourismus“ wurde in diesem Zusammenhang die Entwicklung von Konzepten für eine naturverträgliche und attraktive Freizeitnutzung in Schutzgebieten und deren Umsetzung bis 2012 gefordert. Als Schutzgebiete werden explizit u.a. Nationalparke, Naturparke und Biosphärenreservate genannt.

Als weitere Bezüge von Biodiversität und menschlicher Gesundheit wird auf das Innovationspotenzial für eine gesunde und sichere Ernährung sowie auf die medizinische Versorgung und Verhinderung umweltbedingter Krankheiten durch stabile und intakte Ökosysteme im Zusammenhang mit den MDGs verwiesen (ebd., vgl. Kap. D und E). Ergänzend werden die Bedeutung des Millennium Ecosystem Assessments (MEA) für die Erreichung der Ziele der Strategie (ebd., Kap. F; s.u.) und ein Leuchtturmprojekt zur Entwicklung von gemeinsamen Handlungsansätzen zu „Naturschutz und Gesundheit“ in drei Naturparken vorgestellt (ebd., Kap. F).

[10] Für jedes Themenfeld (B1-5) besteht eine Vision, zu deren Verwirklichung Qualitätsziele formuliert werden. Diese werden einzeln begründet und mit Handlungszielen besetzt. In Aktionsfeldern (C-1-16) werden die Handlungsziele durch Maßnahmen weiter konkretisiert und Akteuren zugeordnet.

Innerhalb der NBS soll die CBD in ein Indikatorensystem überführt werden und so den Grad der Zielerreichung messbar machen. In Deutschland ist dies durch den Beschluss der Indikatorenberichte 2010 und 2014 zur NBS erfolgt. Da die unterschiedlichen Gesundheitsaspekte in der Strategie selbst nicht mit konkreten Handlungszielen belegt sind (vgl. Tab. 1), wurde auch kein Indikator zur unmittelbaren Messung der Zielerreichung benannt (BMUB 2010 und 2015).

Als weitere Maßnahme zur Umsetzung der Biodiversitätskonvention wurde von der UN die "UN-Dekade Biologische Vielfalt 2011 - 2020" ausgerufen. Mit den in diesem Rahmen gestarteten Initiativen sollen das Bewusstsein der Bevölkerung für den Wert der Biodiversität und verantwortliches Handeln für ihren Schutz sowie die nachhaltige Nutzung ihrer Bestandteile gefördert werden (BfN 2016b). Zu diesem Zwecke wird u.a. alle zwei Jahre ein Schwerpunktthema benannt, zu dem Best-Practice-Projekte öffentlich bekannt gemacht werden und so zur weiteren Verbreitung beitragen sollen. In Deutschland ist es 2017/18 „Gesund – Mit der Vielfalt der Natur“. Mit den ausgezeichneten Projekten sollen die zahlreichen Verbindungen zwischen biologischer Vielfalt und Gesundheit in den folgenden vier Themenfeldern aufgezeigt werden (GSUDBV 2017)

- Medizin aus der Natur
- Erholungsorte und Aktivitäten in der Natur
- Heilen mit der Natur (physisch und mental)
- Naturressourcen als Grundlage für Gesundheit

Großschutzgebieten kommt als eines der wichtigsten Instrumente des Naturschutzes eine herausragende Rolle für die Umsetzung der Biodiversitätskonvention zu. Zu diesem Zwecke wurde von den Vertragsstaaten 2004 das „Programme of Work on Protected Areas“[11] zu ihrer Implementierung speziell in Schutzgebieten aufgelegt (SCBD 2017). Um die internationale Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Schutzgebietstypen der Länder und Regionen zu ermöglichen, bezieht sich die Implementierung der CBD auf das von der IUCN erarbeitete Klassifizierungssystem (EPD 2010). In UNESCO-Schutzgebieten soll die Implementierung in partnerschaftlicher Zusammenarbeit erfolgen. Diese sollen zu Berichterstattungszwecken im Rahmen der CBD langfristig an die von der IUCN festgelegten Kategorien zum Schutzgebietsmanagement harmonisiert werden (UNEP

[11] Dt.: Arbeitsprogramm für Schutzgebiete

2003, EPD 2010). Dadurch ergibt sich eine internationale Verpflichtung zur Umsetzung der CBD für die durch die IUCN anerkannten Nationalparke sowie für alle UNESCO-Schutzgebietskategorien.

Das Rahmenkonzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die WHO ist eine Sonderorganisation der UN und koordiniert Fragen der öffentlichen Gesundheit auf internationaler Ebene. Eines ihrer Hauptziele ist die Beratung und Bereitstellung von Informationen zum Thema menschliche Gesundheit. Dazu ist sie auf globaler Ebene sowie in sechs Regionalbüros tätig (WHO 2015). Als wesentliches Konzept für Europa wurde ein gesundheitspolitisches Rahmenkonzept mit dem Titel „Gesundheit 2020“ verabschiedet. Dessen strategische Ziele sind die Verbesserung der Gesundheit für alle und die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten. Um diese zu erreichen, werden vier vorrangige Handlungsfelder benannt. Diese bauen auf der allgemeinen Prioritätensetzung der WHO und ihrer Programme auf, berücksichtigen die Besonderheiten der europäischen Region und sind miteinander verknüpft. Das vierte vorrangige Handlungsfeld lautet „Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder“ (WHO 2013a). Darin wird die Zusammenarbeit im Umwelt- und Gesundheitsbereich als „entscheidend für den Schutz der menschlichen Gesundheit vor den Risiken einer gefährlichen und verseuchten Umwelt und für die Schaffung gesundheitsfördernder sozialer und materieller Umfelder“ (ebd., S. 22) bewertet. Oberstes Ziel in diesem Handlungsfeld ist es, „die Wechselwirkungen zwischen menschlichem Handeln und der Umwelt so zu steuern, dass die Gesundheit geschützt und gefördert wird, ohne dabei die Integrität der natürlichen Systeme, von denen die Umwelt abhängt, zu gefährden” (ebd., S. 152). Als wesentlicher Erfolgsfaktor für die Umsetzung des Rahmenkonzeptes wird die Zusammenarbeit zwischen der WHO und den Mitgliedstaaten (i.e. Deutschland) sowie die Beteiligung anderer Partner genannt. Allerdings werden weder im Rahmenkonzept selbst, noch in dem Bericht, der die Implementierung des Rahmenkonzeptes unterstützen soll, Akteure und Ziele des Naturschutzes im Allgemeinen, noch Großschutzgebiete im Besonderen explizit benannt (vgl. WHO 2013b).

Eine solche Partnerschaft im o.g. Handlungsfeld ist jedoch zwischen der WHO und dem Sekretariat der CBD geschlossen worden. Um die vielfältigen Synergien und Interdependenzen zwischen Gesundheits- und Biodiversitätsschutz aufzuzeigen und

nicht zuletzt zur Umsetzung der CBD und zur Erreichung der SDGs beizutragen[12], haben beide gemeinsam ein Review über den Stand des Wissens zum Thema veröffentlicht (WHO und SCBD 2015, s. a. Kap. 2.3).

Das wichtigste Rahmenwerk der WHO mit Bezug zu einer der menschlichen Gesundheit förderlichen Umwelt ist die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Darin wird im Handlungsfeld „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen" gefordert, dass der „Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen" (WHO 1986, S. 3) Teil jeder Gesundheitsstrategie sein müsse.

2.1.2 Ökosystemleistungen und internationale Programme

Innerhalb der NBS wird den Ergebnissen des Millennium Ecosystem Assessments (MEA) eine wichtige Bedeutung beigemessen. Im MEA-Programm wurde im Auftrag der Generalversammlung der UN zum ersten Mal der Zustand von Ökosystemleistungen[13] (ÖSL) global erfasst und über deren Entwicklung in unterschiedlichen Szenarien berichtet (MES 2005).

Unter ÖSL werden nach ALCAMO und SARUKHÁN „Leistungen im Sinne von Vorteilen, die Menschen von Ökosystemen erhalten" (2003, S. 49) verstanden. Um die anthropozentrische Sicht zu betonen und auf das Defizit bei der Erkenntnis dieser Leistungen hinzuweisen, wurde diese Definition von HARRINGTON et al. als „Leistungen, die Menschen als von Ökosystemen erhaltene erkennen" (2010, S. 2781) präzisiert. Diese Leistungen können unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden (vgl. Abb. 1) und sollen eine (nicht nur monetäre) Bewertung der auf ÖSL basierenden gesellschaftlichen Wertschöpfung ermöglichen. Dadurch sollen z.B. durch Kosten-Nutzen-Berechnungen auch wirtschaftliche Gründe für den Schutz der Natur aufgezeigt werden (JESSEL et al. 2009).[14]

Die daraus abgeleiteten Handlungsoptionen für die Politik sind als unmittelbar relevant für die deutsche Umweltpolitik und für benachbarte biodiversitätsrelevante Politikfelder bewertet worden. So wurden die Empfehlungen des MEA in die Visionen und

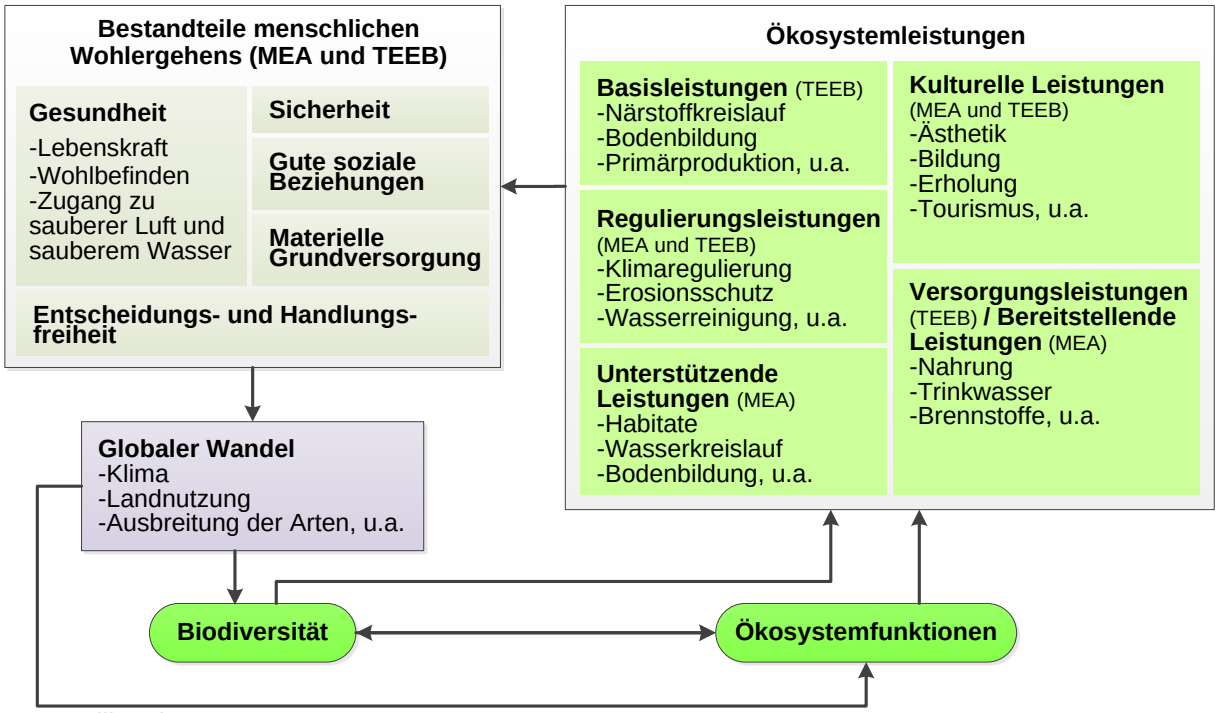
[12] "biodiversity needs protection for development to be sustainable" (WHO und SCBD 2015, S. X)

[13] Die Begriffe Ökosystemleistungen und Ökosystemdienstleistungen werden entsprechend zum englischen Begriff „Ecosystem Services" synonym verwendet (vgl. STAMMEL und CYFFKA 2015, Box 1, S. 14)

[14] Zur Kritik der Inwertsetzung von Natur s. UNMÜßIG 2014

Aktionsfelder der NBS eingearbeitet (BMUB 2007, Kap. F). Nach Abschluss des MEA-Programms wurde zur Weiterführung des ÖSL-Ansatzes von der Europäischen Kommission der TEEB-Prozess (The Economics of Ecosystems and Biodiversity) initiiert. Deutschland nimmt mit dem Projekt „Naturkapital Deutschland“ auf nationaler Ebene daran teil (NKD TEEB 2012). Das TEEB-Vorhaben soll die NBS mit einer ökonomischen Perspektive stärken und ergänzen, indem die Bedeutung der ÖSL für das Wohlbefinden und die wirtschaftliche Entwicklung dargestellt wird. Es besteht jedoch keine formale Verbindung zu den Verpflichtungen Deutschlands im Kontext der CBD und der Biodiversitätsstrategie der EU (SCHRÖTER-SCHLAACK 2017).

In Abb. 1 wird der Zusammenhang zwischen Biodiversität, ÖSL und dem menschlichen Wohlergehen, wie er in beiden Konzepten besteht, aufgezeigt.



MEA: Millennium Ecosystem Assessment
TEEB: The Economics of Ecosystems and Biodiversity

Abb. 1: Zusammenhang zwischen Biodiversität, Ökosystemleistungen und menschlichem Wohlergehen (Eigene Darstellung nach MES 2005, Abb. A, S. vi; NKD TEEB 2012, Abb. 12, S. CYFFKA et al. 2013, S. 86 verändert nach STAMMEL und CYFFKA 2015, Abb. 5, S. 15)

In beiden Systemen werden die ÖSL auf das menschliche Wohlergehen bezogen. Dieses entsteht durch das Zusammenspiel von ÖSL, Humankapital und Produktionsmitteln (GRUNEWALD und BASTIAN 2013). Die menschliche Gesundheit ist als ein wesentlicher Bestandteil des menschlichen Wohlergehens verortet. Der Mensch nimmt Einfluss auf die Ökosysteme, um sein Wohlergehen zu gestalten und verursacht dadurch globalen Wandel. Dieser wirkt sich auf die Biodiversität und

Ökosystemfunktionen aus, welche sich wiederum auf die vom Menschen in Anspruch genommenen ÖSL auswirken. Im Zusammenhang mit Leistungen und Angeboten, die von Schutzgebieten erbracht bzw. gemacht werden, sind insbesondere kulturelle ÖSL von Interesse, welche auf die menschliche Gesundheit als Bestandteil des Wohlergehens einwirken (s. Kap. 2.2). Im weiteren TEEB-Prozess soll die ökonomische Messung der ÖSL in Schutzgebieten zu ihrem Erhalt und zu einem dem menschlichen Wohlergehen förderlichen Management führen.

In der CBD wird ebenfalls ein ökosystemarer Ansatz verfolgt, indem gesellschaftspolitische Entscheidungen (hier: Erhalt der Biodiversität) und ökologische Funktionszusammenhänge in einem Management von Biodiversität zum Wohle des Menschen miteinander verbunden werden (UFZ 2012). Durch das Aichi-Ziel 2 (s.o.) soll der Wert der biologischen Vielfalt bis 2020 u.a. in die nationalen Entwicklungs- und Planungsprozesse einbezogen werden. Dadurch sollen die Ursachen des Rückgangs der biologischen Vielfalt durch ihre Einbeziehung in alle gesellschaftlichen und staatlichen Bereiche bekämpft werden (Strategisches Ziel A) (BfN 2010a). Zur Umsetzung dieses Aichi-Zieles in Schutzgebieten wird empfohlen, die Ergebnisse der TEEB-Studien zu berücksichtigen, um neue Finanzierungsmodelle zu entwickeln bzw. zu implementieren. Des Weiteren wird der IUCN Weltkommission für Schutzgebiete[15] empfohlen, die ökonomischen Werte, Kosten und Leistungen von Schutzgebieten basierend auf den Ergebnissen der TEEB-Studien, weiter zu entwickeln (RODE et al. 2012). Das Aichi-Ziel 14 ist im Zusammenhang mit ÖSL hervorzuheben, da Ökosysteme ebenfalls auf Grund ihrer Leistungen, die sie für die menschliche Gesundheit erbringen, erhalten und geschützt werden sollen (s.o.).

Eine Vielzahl von Programmen und anderen Aktivitäten geht von der „Healthy Parks Healthy People”-Initiative (HPHP) aus, die auf globaler Ebene inzwischen von der IUCN koordiniert wird. Der HPHP-Ansatz geht davon aus, dass Parke und Schutzgebiete wesentliche naturbasierte Lösungen bieten, um die menschliche Gesundheit und das Wohlergehen zu befördern. Er geht auf eine Initiative von Parks Victoria (Australien) zurück, die das Konzept durch die Ausrichtung des “International Healthy Parks Healthy People Congress” in 2010 auf die Agenda von Regierungen, Schutzgebietsorganisationen, Bildungseinrichtungen und Unternehmen gebracht hat. Mit Annahme des Antrags 39 “Healthy Parks Healthy People” auf dem IUCN World

[15] Engl.: World Commission on Protected Areas

Conservation Congress 2012 hat sich die IUCN die Agenda zu eigen gemacht und eine Plattform geschaffen, um weitere diesbezügliche Aktivitäten zu fördern (IUCN-WPCA 2017a).

Die IUCN, die ein weltweit anerkanntes Kategoriensystem zum Schutzgebietsmanagement erarbeitet hat, gibt mittels ihrer Weltkommission für Schutzgebiete[16] wichtige Impulse für Schutzgebietsprogramme und -management und veranstaltet alle zehn Jahre den IUCN World Parks Congress. Zum Abschluss des letzten Kongresses wurde mit dem „Versprechen von Sydney“[17] 2014 ein umfassendes Programm vorgestellt, das die Richtung für die Entwicklung der nächsten zehn Jahre vorgeben soll.

Die zweite der vier Säulen dieses Programms stellt zwölf innovative Ansätze für einen transformativen Wandel innerhalb von Schutzgebieten dar, mit denen weltweit Naturschutzziele erreicht werden sollen (IUCN et al. 2014). Zur Verfolgung des Ansatzes zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens[18] sollen gesundheitsbezogene Aktivitäten von Schutzgebieten in folgenden Themenbereichen erfolgen (IUCN-WPCA 2017b):

- Wissensaufbau und Messung des Beitrags von Natur zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlergehen
- Bildung von starken Allianzen und intersektoralen Partnerschaften, um Politik und Fachplanungen auf allen Ebenen zu beeinflussen
- Mit Ureinwohnern zusammenarbeiten, von ihnen über den Beitrag von Natur zum Wohlergehen lernen und ihnen Möglichkeiten verschaffen, das Land mit Gesundheit und Wohlbefinden zu verbinden
- Möglichkeiten schaffen, damit Menschen noch mehr unterschiedliche Vorteile daraus haben, in der Natur zu sein

Den Forderungen wird über Praxisbeispiele, Programmvorstellungen und neueste Forschungsergebnisse zu von Schutzgebieten erbrachten Gesundheitsleistungen nachgegangen (PARKS VICTORIA 2015a). Um diesen Ansatz weiter zu befördern, wurde in einer Zusammenarbeit von IUCN und dem Salzburg Global Seminar 2015 das „Parks for the Planet Forum“ geschaffen (SGS und IUCN 2016). Um die intersektorale Zusammenarbeit zu verstetigen wurde auf dem IUCN World

[16] s. Fußnote 11

[17] Im Orig.: The Promise of Sydney

[18] Im Orig.: Improving Health and Well-Being: Healthy Parks Healthy People

Conservation Congress 2016 die Resolution 64 verabschiedet und eine bei der IUCN Weltkommission für Schutzgebiete[19] angesiedelte permanente Arbeitsgruppe[20] zu ihrer Umsetzung geschaffen (IUCN 2016b und c). Die Kernziele der Arbeitsgruppe sind:

- Den Beitrag von Natur zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlbefinden im Naturschutz, in der Gesundheitswirtschaft und anderen Sektoren durch Entwicklung von interdisziplinären Materialien, Fallstudien, Instrumenten und Programmen zu popularisieren
- Partnerschaften zwischen Umwelt-/Naturschutz- und Gesundheitssektor auf globaler, nationaler und regionaler Ebene unterstützen, um Politik und Fachplanungen, die Programme in Schutzgebieten unterstützen, zu beeinflussen
- Nachweis und Wissensaufbau des bzw. zum Beitrag(s) von Natur zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlergehen

Diese Kernziele sind mit Unterzielen und Aktivitäten zu ihrer Umsetzung unterlegt.

Der HPHP-Ansatz soll in alle von der IUCN anerkannten Schutzgebiete sowie für die Mitglieder von EUROPARC Federation (s.u.) durch die entsprechenden Programme befördert werden.

Die EUROPARC Federation (EPF) ist die Dachorganisation, in der fast alle Großschutzgebiete der EU mit dem Haupt-Schutzziel Naturschutz (vgl. Kap. 3.2) durch Mitgliedschaft organisiert sind. In seinem Selbstverständnis als Sprachrohr aller geschützten Natur- und Kulturlandschaften in Europa hat EPF zum Ziel, das Management von Großschutzgebieten durch internationale Kooperation, den Austausch von Ideen und Erfahrungen sowie politische Einflussnahme zu verbessern (EPF 2015a). Zu diesem Zweck wurde die Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2021 erarbeitet, die vier strategische Themenfelder benennt. Diese sind jeweils mit Prioritätsfeldern hinterlegt, für die jeweils strategische Ziele und z.T. bereits Maßnahmen formuliert wurden. Im Prioritätsfeld 3.3 „Natur und Gesundheit“ ist das prioritäre Ziel, das Bewusstsein über den Beitrag der Natur zur menschlichen Gesundheit zu erhöhen und diesbezügliche Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements wie des Gesundheitssektors zu fördern. Als Maßnahmen sollen Erfahrungen und Best-Practice-Beispiele ausgetauscht und

[19] Engl.: World Commission on Protected Areas
[20] Health and Wellbeing Specialist Group

Maßnahmenkataloge für die Vermarktung von naturverträglichem Sport erarbeitet werden. Außerdem sind eine Zuarbeit zu Richtlinien der IUCN und zu Initiativen von HPHP (EPF 2014) vorgesehen.

Als eine der Konsequenzen der neuen Prioritäten wurden die alten Arbeitsgruppen zu neuen Kommissionen reformiert (EUROPARC Commissions) (EPF 2015b). Eine der sechs Kommissionen ist die Kommission für Gesundheit und Schutzgebiete[21] und wird seine Aktivitäten am strategischen Ziel 3.3 ausrichten (s.o.) (EPF 2015c). Um die Bedeutung aufzuzeigen, die die Arbeit von Schutzgebieten für die menschliche Gesundheit bereits heute schon hat, wurden Fallstudien aus acht Ländern erstellt. Diese sollen die Arbeit der europäischen Schutzgebiete bewerben und Teil eines Leitfadens werden, der zurzeit erarbeitet wird (EPF 2015d). In 2017 hat zum Thema „Natur, Gesundheit und Schutzgebiete“[22] eine Fortbildung in Form eines Webinars stattgefunden und es wird ebenfalls Thema eines Workshops der EUROPARC Konferenz 2017[23] sein, um die Erreichung des strategischen Zieles weiter zu befördern (EPC 2017, EPF 2017).

Zusammenfassung

In den vorangegangenen zwei Unterkapiteln wurden die relevanten Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme und deren Relevanz zur Umsetzung der Gesundheits-Agenda erläutert. Deren unterschiedliche bzw. unterschiedlich hohe Verbindlichkeiten bzw. spezifische Anreize für die unterschiedlichen Großschutzgebiete in Deutschland werden in Tab. 4 zusammenfassend dargestellt. Eine Zusammenfassung der Verbindlichkeiten selbst findet sich in Tab. III im Anhang.

[21] Engl.: Health and Protected Areas Commission; Mitglieder aus folgenden Ländern: Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland, Frankreich, Spanien, Estland und Finnland (EPF 2015c)

[22] Webinar: Natural benefits: Nature, Health and Protected Areas (EPF 2017)

[23] Workshop 5: Natural Health: Protected Areas and the Health and Well-being Agenda (EPC 2017)

Tab. 4: Verbindlichkeiten und Anreize gesetzlicher Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme für Großschutzgebiete in Deutschland (Eigene Darstellung)

Schutzgebietskategorie **(Anzahl Verbindlichkeiten und Anreize[24])**	**Verbindliche gesetzliche Bestimmung, Verpflichtung, Programm**
Nationalpark (8+4)	§ 1 u. 24 BNatSchG (2009) UN-Agenda für nachhaltige Entwicklung (SDGs) UN Übereinkommen über die biologische Vielfalt (Aichi-Ziel 2 u. 14) Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt (Forderung 2) TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“ IUCN „Versprechen von Sydney“ Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2021 Healthy Parks and Healthy People-Initiative
UNESCO-Biosphärenreservat (7+4)	§ 1, 23, 25 u. 26 BNatSchG (2009) UN-Agenda für nachhaltige Entwicklung (SDGs) UN Übereinkommen über die biologische Vielfalt (Aichi-Ziel 2 u. 14) Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt (Forderung 2) TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“ Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2021 Healthy Parks and Healthy People-Initiative
Biosphärenreservat nach BNatSchG (6+4)	§ 1, 23, 25 u. 26 BNatSchG (2009) UN Übereinkommen über die biologische Vielfalt (Aichi-Ziel 2) Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt (Forderung 2) TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“ Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2021 Healthy Parks and Healthy People-Initiative
Naturpark mit Mitgliedschaft bei EUROPARC Deutschland (6+4)	§ 1 u. 27 BNatSchG (2009) UN Übereinkommen über die biologische Vielfalt (Aichi-Ziel 2) Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt (Forderung 2) TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“ Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2021

[24] Die erste Zahl gibt die Anzahl der Verbindlichkeiten bzw. spezifischen Anreize an, die für die Schutzgebietskategorie spezifisch sind. Die zweite Zahl gibt die Anzahl der unspezifischen Verbindlichkeiten an, s. Abschnitt unter dieser Tabelle. Die Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt wird nicht als unspezifische Verbindlichkeit mitgezählt, da sie bereits als spezifische Verbindlichkeit gezählt wird. Zwar beziehen sich beide Kategorien auf unterschiedliche Vorgaben der Strategie. Es wird jedoch wie bei der Wertung des BNatSchG und der CBD jeweils unterschiedliche Verbindlichkeiten für unterschiedliche Schutzkategorien, die jedoch nicht als jeweils eigenes Programm betrachtet werden.

	Healthy Parks and Healthy People-Initiative
Naturpark ohne Mitgliedschaft bei EUROPARC Deutschland (4+4)	§ 1 u. 27 BNatSchG (2009) UN Übereinkommen über die biologische Vielfalt (Aichi-Ziel 2) Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt (Forderung 2) TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“
UNESCO-Global Geopark (4+4)	§ 1 BNatSchG (2009) UN Übereinkommen über die biologische Vielfalt (Aichi-Ziel 2 u. 14) Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt (Forderung 2) TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“
Wildnisgebiet (6+4)	§ 1 BNatSchG (2009) UN Übereinkommen über die biologische Vielfalt (Aichi-Ziel 2) Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt (Forderung 2) TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“ Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2021 Healthy Parks and Healthy People-Initiative
UNESCO-Weltnaturerbestätte (4+4)	UN-Agenda für nachhaltige Entwicklung (SDGs) UN Übereinkommen über die biologische Vielfalt (Aichi-Ziel 2 u. 14) Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt (Forderung 2) TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“

Die Schutzgebietskategorie Nationalpark hat mit acht von zwölf die meisten spezifischen Verbindlichkeiten, um die Gesundheitsagenda umzusetzen. Für UNESCO-Biosphärenreservate bestehen mit sieben sowie für Biosphärenreservate nach BNatSchG, Wildnisgebiete und Naturparke, die Mitglied bei EUROPARC sind, mit jeweils sechs spezifischen Verbindlichkeiten ebenfalls viele Vorgaben und Programme, um entsprechende Angebote zu schaffen. Für Naturparke ohne Mitgliedschaft bei EUROPARC Deutschland, UNESCO-Weltnaturerbestätten und UNESCO-Global Geoparke hingegen gibt es mit jeweils vier spezifischen Verpflichtungen deutlich weniger diesbezügliche Vorgaben. Ob die für unterschiedliche Schutzgebiete unterschiedlich relevanten Vorgaben auch Auswirkungen auf die Schaffung von gesundheitsbezogenen Angeboten haben, ist für Deutschland nicht bekannt.

Die Nationale Nachhaltigkeitsstrategie, die Biodiversitätsstrategie der EU für das Jahr 2020, die Vision und Forderung 3 der Nationalen Strategie zur biologischen Vielfalt, die UN-Dekade Biologische Vielfalt 2011 – 2020 und das Rahmenkonzept des

Europäischen Regionalbüros der WHO „Gesundheit 2020“ sind ebenfalls relevant für Schutzgebiete, gesundheitsbezogene Angebote zu schaffen. Jedoch werden diese nicht explizit als Akteure zur Umsetzung einer Gesundheits-Agenda benannt, sodass diese Programme insgesamt eine allgemeine und nicht für Großschutzgebiete spezifische Verbindlichkeit haben.

2.2 Gesundheit, Gesundheitsinterventionen und Gesundheitsleistungen

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wo der in dieser Arbeit verwendete Gesundheitsbegriff herkommt und welche Komponenten er beinhaltet. Es wird kurz erläutert, welche Arten von Gesundheitsinterventionen unterschieden werden können und was unter diesen zu verstehen ist. Zuletzt erfolgt die Genese des Begriffes „Gesundheitsleistungen“ als zentralen Untersuchungsgegenstand.

Gesundheit und Wohlbefinden

Bisher gibt es noch keine einheitliche Definition von Gesundheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert in ihrer Verfassung Gesundheit als einen Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht als bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen[25] (WHO 1946). Diese Bestimmung grenzt sich explizit von der ex-negativo-Definition von Gesundheit ab und umfasst durch die soziale Komponente und die Bezugnahme auf ein umfassendes Wohlbefinden auch die Lebenswelt des Individuums. Diese Definition ist vielfach als nicht erreichbar und indifferent hinsichtlich der Bestimmung von Wohlbefinden in Abgrenzung zu Gesundheit kritisiert worden. Jedoch hat die Auffassung von Gesundheit als mehrdimensionales Konstrukt eine breite Anerkennung gefunden. Auch die Ausweitung des Gesundheitsbegriffes auf das Wohlbefinden hat sich durchgesetzt, da somit auch das subjektive Empfinden Berücksichtigung findet. So wird Gesundheit durch die Interaktion der unterschiedlichen Komponenten auch als ein mehrdimensionales und dynamisches Konstrukt verstanden, das zum Wohlbefinden beiträgt (vgl. CLAßEN und KISTEMANN 2010, FRANKE 2012, HORNBERG 2016).

Die Ottawa-Charta der WHO hat das an den Ressourcen zur Bewahrung und Erlangung von Gesundheit orientierte Konzept von Gesundheit weiter bekräftigt (WHO 1986). Ein weiteres Konzept, das nicht die Pathogenese bzw. -zentrik bei der Konzeption von Gesundheit betont, ist das Modell der Salutogenese. Darin wird grundsätzlich nicht zwischen Gesundheit und Krankheit unterschieden, sondern Gesundheit als ein dynamischer Prozess aufgefasst. In diesem befindet sich der Mensch im Verlauf seines Lebens zwischen den Polen Krankheit und Gesundheit in

[25] “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (WHO 1946)

einem Kontinuum (s. Abb. 2). Seine Position darin und somit auch sein Gesundheitszustand werden durch die die Wirkung pathogener Faktoren im Sinne von Belastungen (z.B. durch Umwelteinflüsse, Krankheitserreger) und salutogener Faktoren im Sinne von Ressourcen, die seine Gesundheit stärken[26], bestimmt (ANTONOVSKY 1997). Aus medizinischer Sicht können unterschiedliche Interventionen in unterschiedlichen Gesundheitszuständen ebenfalls eine Veränderung der Position des „Patienten“ im „Krankheits-Gesundheitskontinuum“ bewirken (s. Abschnitt „Gesundheitsinterventionen“ hierunter).

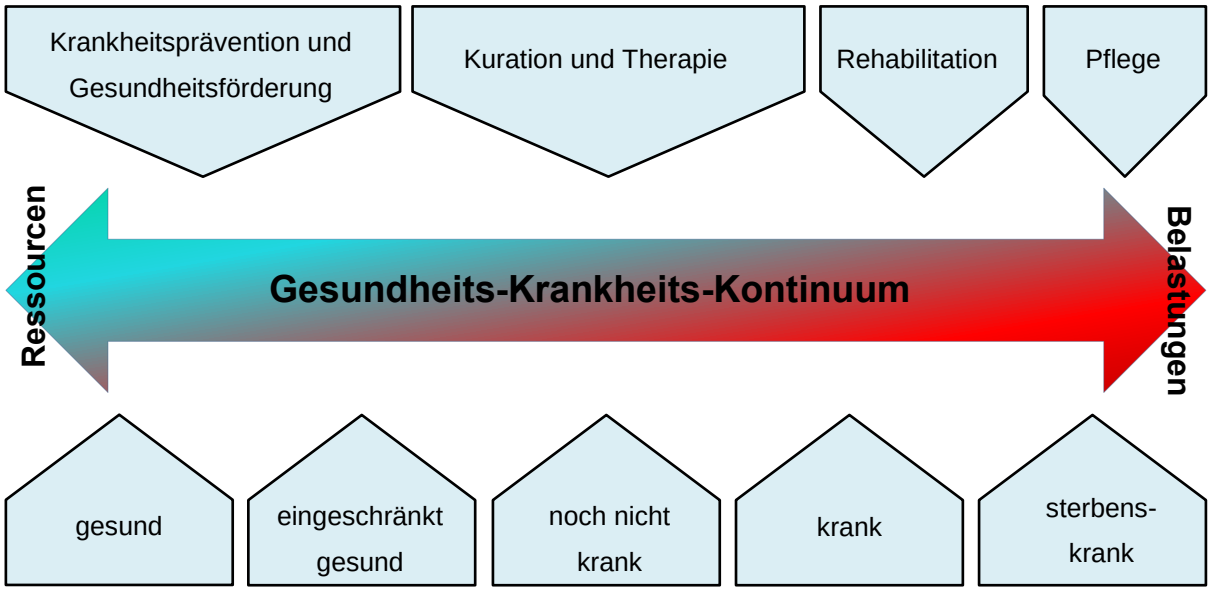


Abb. 2: Konzept der Salutogenese nach ANTONOVSKY und unterschiedliche Gesundheitsinterventionen (Eigene Darstellung in Anlehnung an CLAßEN 2008)

Auf Grund des Bezuges der WHO-Definition auf das Wohlbefinden wird der Begriff nach TROJAN und LEGEWIE (2001) wie folgt weiter präzisiert:

Im Unterschied zum reinen Gesundheitsbegriff ist Wohlergehen ein subjektiver Bewusstseinszustand. Dieser ist zwar grundsätzlich nicht von außen beobachtbar, ist jedoch ein guter Indikator für objektive gesundheitliche Zustände.

Somit ist Gesundheit mit Bezug auf das Wohlbefinden nicht bloß ein bestimmter biologischer Zustand, sondern ein dynamisches Konstrukt mit unterschiedlichen Komponenten, die miteinander interagieren und auch auf das subjektive Wohlbefinden einwirken (ABRAHAM et al. 2007).

[26] z.B. durch physische Aktivitäten, gesunde Ernährung, soziales Umfeld

Der vorliegenden Arbeit liegt ein mehrdimensionales und dynamisches Verständnis von Gesundheit zugrunde. Gesundheit wird als ein Ergebnis der Interaktion von physischen, psychischen und sozialen Komponenten verstanden, welche eine Zustandsänderung des physischen Zustandes und des subjektiven Wohlbefindens bewirken. Die benannten Komponenten werden als Determinanten und Bestandteile des Wohlbefindens verstanden. Sofern keine explizite Einschränkung erfolgt, ist im Verlauf dieser Arbeit jedes Mal, wenn Bezug auf Gesundheit genommen wird, Gesundheit und Wohlbefinden in o.g. Sinne gemeint, auch wenn zur besseren Lesbarkeit nur der Begriff Gesundheit verwendet wird.

Gesundheitsinterventionen

Zurzeit (2017) gibt es noch keine allgemein gültige Definition von Gesundheitsinterventionen. Die ICHI-Arbeitsgruppe der WHO verwendet im aktuellen Entwurf für ein Klassifizierungssystem für Gesundheitsinterventionen eine aus der ISO 1828:2012 entlehnte Definition für Gesundheitsintervention:

„Eine Gesundheitsintervention ist eine Aktivität, die mit, für oder im Auftrag einer Person oder Bevölkerung vollzogen wird, um ihre Gesundheit oder ihre Bedingungen oder die Bedingungen ihrer Funktionsfähigkeit zu bewerten, zu verbessern, aufrechtzuerhalten, zu fördern oder zu modifizieren.“[27] (WHO-ICHI 2015, Einleitung)

Um die Ziele einer Gesundheitsintervention zu erreichen, können folgende fünf Arten von Maßnahmen unterschieden werden: Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Therapie und Kuration von Krankheiten, Rehabilitation und Pflege (vgl. Abb. 3).

[27] “A health intervention is an activity performed for, with or on behalf of a person or a population whose purpose is to assess, improve, maintain, promote or modify health, functioning or health conditions.” (WHO-ICHI 2015, Einleitung)

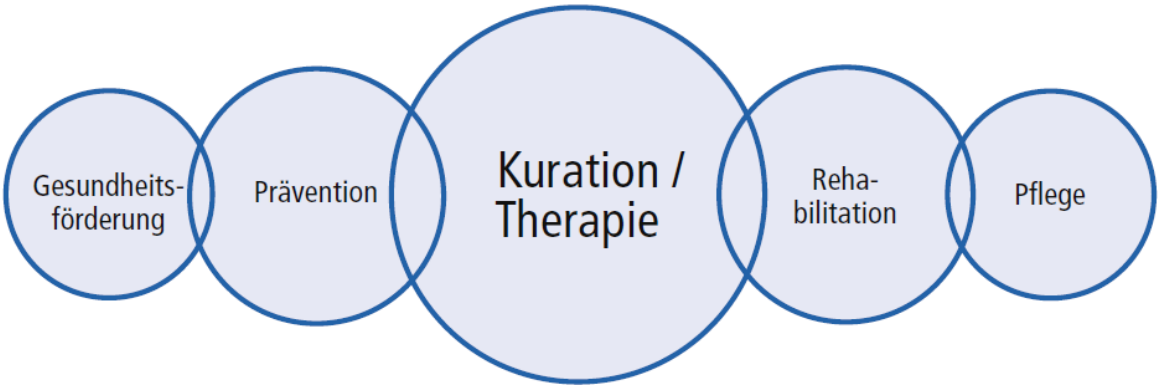


Abb. 3: Vereinfachte Darstellung des Ist-Zustandes der Gewichte der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems (HURRELMANN et al. 2014; Abb. 1, S. 20)

Unter **Therapie und Kuration von Krankheiten** werden alle Gesundheitsinterventionen zur Heilung einer Krankheit verstanden (HLR und UF 2003). Diese Art der Intervention bildet in Deutschland und weltweit deutlich den Schwerpunkt gesundheitsbezogener Aktivitäten. Zur Sicherstellung einer umfassenden Gesundheitsversorgung hat sich herausgestellt, dass eine rein kurative, auf die Therapie von bereits eingetretenen Krankheiten ausgerichtete Gesundheitsintervention nicht ausreichend ist. Diese Strategie funktioniert nur so lange die Krankheiten durch eine Behandlung auch geheilt werden können. Da zudem Gesundheit auch in Interaktion von Individuen mit ihrer Lebensumwelt entsteht und auch von der persönlichen Lebensführung abhängt, gewinnen präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Sinne von Gesundheitsinterventionen zunehmend an Bedeutung (HURRELMANN et al. 2014). Für die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden in Abgrenzung zu therapeutischen und kurativen Maßnahmen folgende Definitionen nach HURRELMANN et al. 2014 verwendet:

Krankheitsprävention[28] bezeichnet alle Gesundheitsinterventionen, die dem „Vermeiden des Eintretens oder des Ausbreitens einer Krankheit dienen“ (S. 14). In der Praxis bauen Präventionsstrategien auf Wahrscheinlichkeiten von Wirkungen von

[28] Der Begriff Gesundheitsschutz bezeichnet im engeren Sinne „Maßnahmen (..), die eine Gesellschaft aufwendet, um gesundheitlich unbedenkliche Lebensverhältnisse – unabhängig vom Verhalten und den Einflussmöglichkeiten des Einzelnen – sicherzustellen“ (KISTEMANN und CLAßEN 2003, S. 245) und hat insbesondere eine gesunde Umwelt / Umweltgesundheit zum Gegenstand. Krankheitsprävention hingegen betrachtet darüber hinaus auch andere Krankheitsursachen.

Risikofaktoren[29] für ganze Bevölkerungsgruppen auf. Die so identifizierten Risiken sollen durch entsprechende Interventionen minimiert werden.

Gesundheitsförderung bezeichnet alle Gesundheitsinterventionen, die der „Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung dienen“ (S. 14), i.e. einer Verbesserung der Bedingungen der Lebensgestaltung im Sinne einer gezielten Intervention auf Grundlage der „Kenntnis salutogener Dynamiken“ (ebd.). In der Praxis sollen Schutzfaktoren[30] und Ressourcen gestärkt werden

Beide Begriffe sind unterschiedliche Interventionsformen mit verschiedenen Wirkungsprinzipien und zielen auf einen Gesundheitsgewinn ab. Während sich die Krankheitsprävention auf die Dynamik der Entstehung von Krankheit beruft, bezieht sich die Gesundheitsförderung auf die Dynamik der Entstehung von Gesundheit (ebd., vgl. o. ANTONOVSKY zu Salutogenese). Da beide Interventionsformen, trotz der genannten Unterschiede, komplementär zueinander sind, ist eine Trennung in der Praxis auf Grund der zu erzielenden Effizienz und Effektivität nicht zweckdienlich (HURRELMANN et al. 2014).

Unter Rehabilitation wird die Gesamtheit aller Maßnahmen verstanden, die erforderlich sind, um die bestmögliche Gesundheit für chronisch und akut Kranke und Behinderte zu schaffen, damit diese ein möglichst eigenständiges und selbstbestimmtes Leben führen können. Als Pflege hingegen bezeichnet man unterstützende Maßnahmen, die darauf abzielen, die „physischen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens“ (HLR und UF 2003, S. 1.442) zu erhalten, anzupassen oder wiederherzustellen.

Gesundheitsleistungen

Die Aktivitäten, die von Personen, Gebietskörperschaften, Organen oder anderen Organisationen erbracht werden, um Gesundheitsinterventionen im o.g. Sinne zu unternehmen, sind aus betriebswirtschaftlicher Sicht auch als Angebote zu verstehen.

[29] HURRELMANN et al. (2014) teilen diese in vier Gruppen ein: 1. Genetische physiologische Dispositionen (z.B. Stoffwechselstörungen), 2. Behaviorale Dispositionen (z.B. zu bestimmten Verhaltensweisen wie wenig Bewegung), 3. Psychische Dispositionen (z.B. dauerhafte Überlastungen) und 4. Ökologische Dispositionen (z.B. durch erhöhte Ozonbelastung)

[30] HURRELMANN et al. (2014) nenne vier Gruppen von Schutzfaktoren: 1. Soziale und wirtschaftliche Faktoren (z.B. Arbeitsplatzbedingungen), 2. Umweltfaktoren (z.B. gute Wasserqualität und gute soziale Kontakte), 3. behaviorale und psychische Faktoren (z.B. angemessene Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigung, Optimismus und 4. Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen

Ein Angebot wird dort rechtlich mit Bezug auf BGB § 145 als „eine an eine bestimmte Person gerichtete Willenserklärung [definiert], Waren (…) oder Dienstleistungen zu den angegebenen Bedingungen liefern zu wollen“ (FELSCH et al. 2012, S. 56). In Abgrenzung dazu werden Waren, die nicht an bestimmte Personen gerichtet sind, im rechtlichen Sinne nicht als Angebote, sondern als Anpreisungen verstanden. Im Folgenden wird der Begriff „Angebot“ im nicht rechtlichen Sinne verwendet, d.h. als eine Willensbekundung, die an bestimmte Personen oder an die Allgemeinheit gerichtet ist und Waren oder Dienstleistungen liefern will (ohne notwendigerweise an eine bestimmte Person gerichtet zu sein).

Waren und Dienstleistungen sind im betriebswirtschaftlichen Sinne auch Arten von Unternehmensleistungen. Im Marketing werden diese als Produkt bezeichnet (BRUHN und HOMBURG 2004) und als Objekt definiert, das „auf einem Markt zur Beachtung oder Wahl, zum Kauf, zur Benutzung oder zum Verbrauch oder Verzehr angeboten wird und geeignet ist, damit Wünsche und Bedürfnisse zu befriedigen“ (KOTLER et al. 2007, S. 623). Darunter sind auch Dienstleistungen zu verstehen, die nicht gegenständlich sind und beim Kauf nicht ihren Besitzer wechseln. Mit Bezug auf diese begriffliche Bestimmung von Unternehmensleistungen und Gesundheitsinterventionen wird in der vorliegenden Arbeit unter Gesundheitsleistungen folgendes verstanden:

Gesundheitsleistungen sind Waren und Dienstleistungen, die auf einem Markt angeboten werden, um die Gesundheit einer Person oder der Allgemeinheit positiv zu beeinflussen.

Angebote im Sinne einer Willensbekundung sind also eine Form der Gesundheitsleistung von Schutzgebieten (s.o.). Diese Definition impliziert, dass Angebote und sonstige Gesundheitsleistungen intendiert, d.h. darauf ausgerichtet sind, eine gesundheitliche Wirkung zu erzielen. Somit sind Gesundheitswirkungen von (Unternehmens-)Leistungen und Angeboten, die nicht entsprechend intendiert sind, nicht von diesem Begriff erfasst.

Ebenfalls ist die Verwendung des Begriffes Gesundheits**leistung** vom Leistungsbegriff, wie er im Ansatz von Ökosystemleistungen Verwendung findet, abzugrenzen. Dort werden unter **Gesundheits**leistungen die Leistungen eines Ökosystems verstanden, die vom Menschen in Anspruch genommen werden und auf die menschliche Gesundheit und auf das Wohlergehens einwirken, unabhängig davon, ob ihre Wirkung durch das Schutzgebietsmanagement intendiert ist oder nicht (vgl.

Abb. 4 u. Kap. 2.1.2). Unter Gesundheitsleistungen von Schutzgebieten werden also nicht die vielfältigen Leistungen des Ökosystems bzw. der Ökosysteme, die Teil der geographisch verorteten Gebietskulisse sind und worunter generell auch Versorgungsleistungen wie Trinkwasser und Regulierungsleistungen wie Klimaregulierung fallen, verstanden. In Abgrenzung dazu sind diejenigen Gesundheitsleistungen von Schutzgebieten gemeint, die von für das Schutzgebietsmanagement zuständigen Verwaltungseinheiten und sonstigen damit betrauten Organisationen erbracht bzw. angeboten werden[31]. Da der Begriff Gesundheitsleistungen, wie er hier Verwendung findet, auf Grund seiner gesundheitswissenschaftlichen Herkunft auf interventionalistischer Ebene angesiedelt ist, sind damit implizit nur intendierte Gesundheitsleistungen und explizit nicht Gesundheitswirkungen, die von ihnen erreicht werden, ein- bzw. ausgeschlossen. Die begriffliche Abgrenzung wird in Abb. 4 graphisch dargestellt.

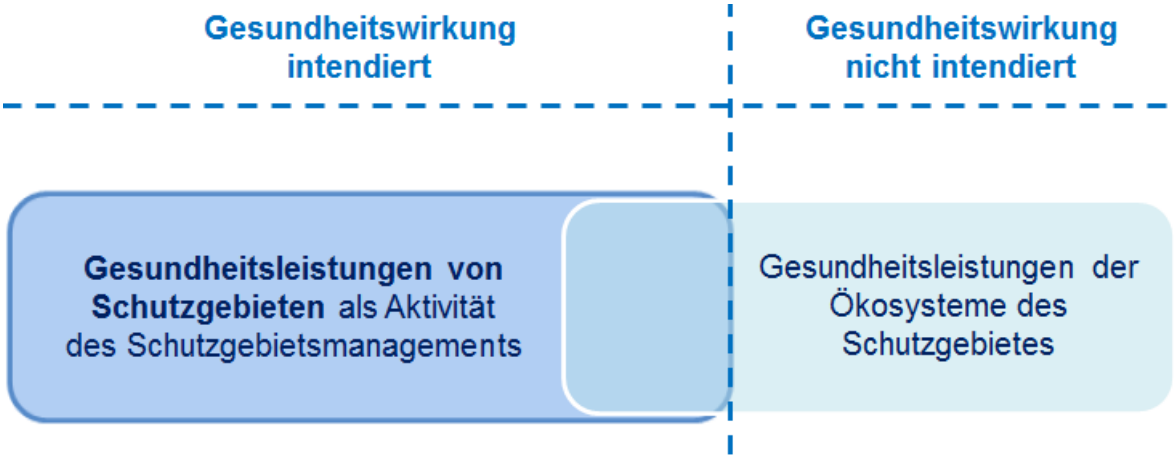


Abb. 4: Begriffsabgrenzung zu Gesundheitsleistungen von Schutzgebieten (Eigene Darstellung)

Mit Bezug auf das weiter oben dargestellte mehrdimensionale und dynamische Verständnis von Gesundheit sind Gesundheitsleistungen also Angebote und sonstige Leistungen, mit denen beabsichtigt wird, das physische oder subjektive Wohlbefinden zu befördern. Dies kann durch unterschiedliche Gesundheitsinterventionen geschehen, die Belastungen verringern oder Ressourcen stärken und dadurch eine

[31] Es sind auch Schnittmengen zwischen den Gesundheitsleistungen des Schutzgebietsmanagements und von Ökosystemen wie z.B. bei Angeboten, bei denen über einen Aufenthalt in heilklimatisch begünstigten Gebieten die Gesundheit positiv beeinflusst werden soll. Auch Gesundheitsleistungen, die nur vom Management ausgehen und keinen ökosystemaren Ursprung haben, sind möglich, beispielsweise bei der Schaffung von gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen durch das Schutzgebiet für seine Angestellten.

Veränderung der Position des „Patienten“ im „Krankheits-Gesundheitskontinuum“ bewirken (vgl. Abb. 2).

2.3 Wechselwirkungen von Gesundheit mit Natur und Landschaft

In den folgenden zwei Unterkapiteln wird ein Überblick über die unterschiedlichen Wechselwirkungen von Gesundheit mit Natur und Landschaft gegeben. Dem vorausgehend werden zunächst die verwendeten Begriffe geklärt und eine einordnende Typologie der möglichen Interaktionen vorgestellt. Im ersten Unterkapitel wird zunächst auf die Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit eingegangen. Im zweiten Unterkapitel steht mit Bezugnahme auf Kapitel 2.2 der Fokus darauf, welchen Einfluss Gesundheitsleistungen auf Naturschutzzwecke von Schutzgebieten haben können.

Dem Begriff „Natur“ liegt ein naturwissenschaftliches Verständnis zugrunde. Dieser wird im allgemeinen Sprachgebrauch meist in Abgrenzung zu unterschiedlichen Nicht-Natur-Konstrukten (wie z.B. Mensch, Technik, etc.) verwendet. In der vorliegenden Arbeit haben definitorische Dualitäten wie z.B. zwischen Natur und Kultur keine Bedeutung und nicht unspezifisch „Die Natur“, sondern Ausschnitte der Natur mit bestimmten Eigenschaften sind Gegenstand der Betrachtungen. Da jedoch in den gesetzlichen Bestimmungen sowie in den Grundlagen zur Bedeutung von Natur für die menschliche Gesundheit allgemein von „Natur“ oder von „Natur und Landschaft“ gesprochen wird, wird der Begriff „Natur“ beibehalten und durch das Begriffspaar „Natur und Landschaft“ spezifiziert (BNatSchG 2009, TREPL 2012, vgl. Kap. 2.3.1).

In dieser Arbeit liegt der Fokus auf Schutzgebieten unterschiedlicher Kategorien als Teile von Natur und Landschaft. Aus diesem Grund wird die landschaftsgeographische Definition von Landschaft verwendet[32]. Nach dieser ist Landschaft ein Ausschnitt aus der Geosphäre, der an einem konkreten Ort „eine räumliche Einheit von bestimmtem Charakter“ (BASTIAN und SCHREIBER 1999, S. 28) bildet und von einem gleichen Wirkungsgefüge zwischen Biozönosen und Umweltbedingungen geprägt wird[33]. Darin

[32] Auf die Verwendung der außerhalb Deutschlands gängigen Definition von Landschaft, wie sie in der Europäischen Landschaftskonvention gegeben wird, wird bewusst verzichtet. Diese wurde von Deutschland nicht ratifiziert und definiert Landschaft zwar ebenfalls als „das Ergebnis des Wirkens und Zusammenwirkens natürlicher und/oder anthropogener Faktoren“ (DER EUROPARAT 2000, Art. 1a). Jedoch bezieht die Definition auch eine subjektive Abgrenzung des Gebietes mit ein, die auf Grund der hoheitlich festgelegten Grenzen der Untersuchungsgebiete für die Ziele der Arbeit nicht notwendig ist.

[33] BASTIAN und SCHREIBER (1999) beziehen sich auf SCHMITHÜESEN 1963, 1964 und NEEF 1967 und definieren „Landschaft als einen Teil der Erdoberfläche, der Geosphäre, (..) der nach seiner Gestalt, dem äußeren Bild und dem prozessualen und funktionalen Zusammenwirken seiner Erscheinungen sowie den inneren und äußeren Lagebeziehungen an einer konkreten Erdstelle (Neef) eine räumliche Einheit von bestimmtem Charakter (…) bildet“ (S. 28). Für die vorliegende Arbeit wurde diese Definition wie oben angegeben verkürzt.

sind auch anthropogen beeinflusste Ausschnitte aus der Natur mit eingeschlossen, wodurch den Verhältnissen in Mitteleuropa besonders entsprochen wird. In diesem Sinne sind die betrachteten Schutzgebiete und ihre Ausschnitte respektive Zonen durch ihre Ausweisung abgegrenzt und verortet. Dies geschieht in der Regel auf Grund eines gleichermaßen schutzwürdigen bzw. auf Grund der jeweiligen Besitzverhältnisse und Nutzungsrechte schutzfähigen Wirkungsgefüges und schafft einen einheitlichen Charakter in Form einer bestimmten Schutzkategorie und den darin verfolgten Managementzielen.

Natur und Landschaft interagieren auf vielfältige Weise mit der menschlichen Gesundheit. Die WHO hat zusammen mit dem Sekretariat der CBD in ihrem gemeinsamen Review über den Stand des Wissens zum Thema eine Typologie von Interaktionen zwischen Biodiversität und Gesundheit und Wohlergehen aufgestellt (WHO und SCBD). Diese Interaktionen finden auf unterschiedlichen Ebenen, vom Individuum über Gemeinschaften und Landschaften bis zum gesamten Planeten, statt und werden in Abb. 5 dargestellt.

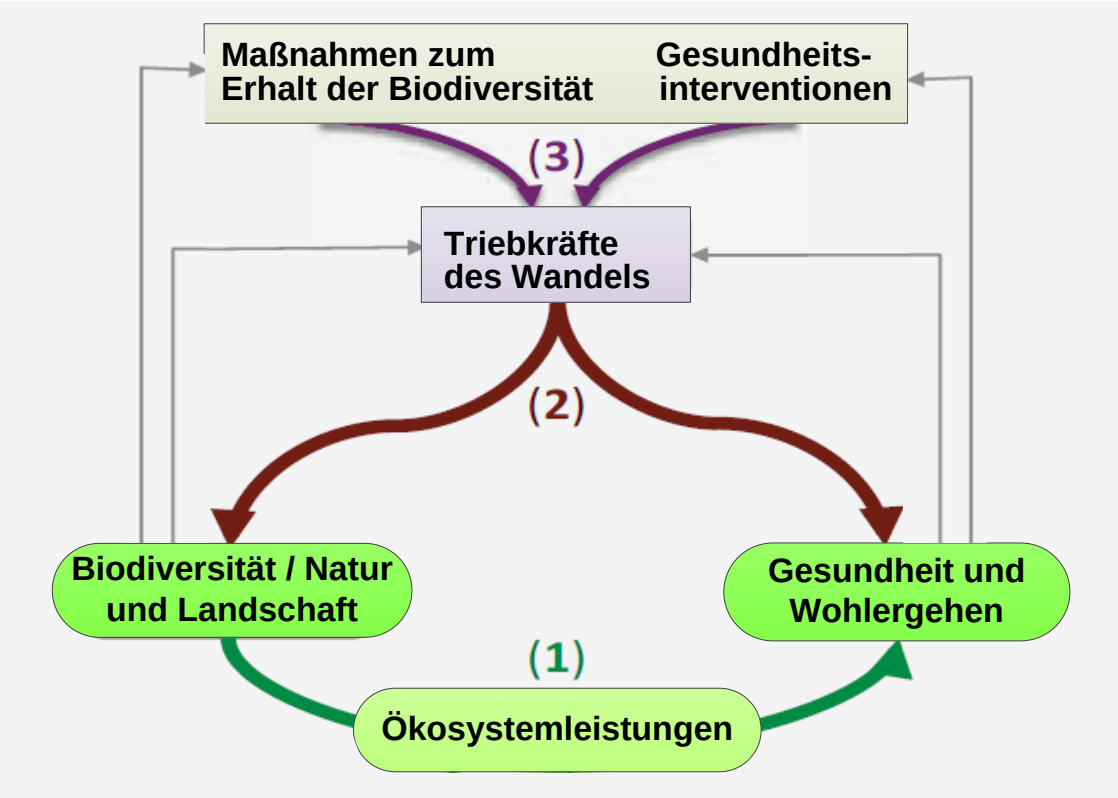


Abb. 5: Typologie der Interaktionen zwischen Gesundheit und Natur und Landschaft (Eigene Darstellung, verändert nach WHO und SCBD 2015, Abb. 1, S. 31)

Es werden folgende drei Typen von Interaktionen unterschieden:

Typ 1: Biodiversität / Natur und Landschaft beeinflussen Gesundheit und Wohlergehen. Dazu zählen die unterschiedlichen ÖSL, wie z.B. Versorgung mit Trinkwasser und Klimaregulierung, aber auch die negativen Auswirkungen von Pathogenen. Somit führen Veränderungen in Natur und Landschaft auch zu Veränderungen der Gesundheit. Das bedeutet, dass Triebkräfte des Wandels, wie z.B. Klimawandel und eine geänderte Landnutzung, durch ihren Einfluss auf die Biodiversität auch mittelbar auf die Gesundheit einwirken.

Typ 2: Triebkräfte des Wandels beeinflussen Biodiversität / Natur und Landschaft und Gesundheit und Wohlergehen. Beispielsweise können Umweltverschmutzungen unmittelbar zum Verlust von Biodiversität führen und sich direkt auf die Gesundheit auswirken. Andererseits können geänderte Landnutzungsformen zu Habitatverlusten führen, die sich auch auf die Ausbreitung von Pathogenen und somit indirekt auf die Gesundheit auswirken. Umgekehrt kann z.B. ein moderater Fleischkonsum drohende Biodiversitätsverluste verhindern (durch geänderte Landnutzung und geringere CO_2-Emmissionen) und zugleich gut für die Gesundheit sein.

Typ 3: Gesundheitsinterventionen beeinflussen Biodiversität / Natur und Landschaft und Maßnahmen zum Erhalt der Biodiversität[34] beeinflussen Gesundheit und Wohlergehen. Diese können entweder unmittelbar wirken oder zunächst die Triebkräfte des Wandels beeinflussen, die sich dann auf Biodiversität und Gesundheit auswirken. Zum Beispiel kann eine Ausweitung des Heilpflanzenanbaus den Klimawandel durch eine veränderte Landnutzung beeinflussen. Andererseits können Medikamente, die in die Umwelt gelangen, eine Wirkung auf Arten und Ökosysteme entfalten. Diese Effekte können wiederum auch unbeabsichtigte Effekte auf die Gesundheit bewirken. Es können auch negative Effekte für die Gesundheit von Maßnahmen zum Schutz der Natur ausgehen, wenn z.B. Schutzgebiete durch ein Jagdverbot negative Auswirkungen auf die Ernährung von Ureinwohnern haben. Ein

[34] WHO und SCBD (2015) beziehen Gesundheitsinterventionen nur auf diejenigen, die vom Gesundheitssektor ausgehen, da der Fokus des Reviews auf Akteuren zur Umsetzung der CBD und auf Akteuren zur Umsetzung der Ziele der WHO, resp. des Gesundheitssektors, liegt. In Abb. 5 hingegen werden Gesundheitsinterventionen akteursunabhängig betrachtet. Der Begriff „Maßnahmen zum Erhalt der Biodiversität“ („biodiversity interventions“) steht im englischen Orig. analog zu Gesundheitsinterventionen („health intervention“). Auch hier wird der Fokus des Reviews erweitert, indem nicht nur Maßnahmen der Fokusgruppe gemeint sind, sondern aller Akteure, die mit ihren Maßnahmen eine positive Wirkung auf die Biodiversität beabsichtigen und zugleich eine gesundheitliche Wirkung erzielen.

positiver Effekt des Schutzgebietsmanagements für die Gesundheit kann z.B. die Sicherung der Wasserversorgung sein.

In der Typologie der Interaktionen haben auch Zustandsänderungen von Biodiversität / Natur und Landschaft und Gesundheit und Wohlbefinden rückgekoppelt Einfluss auf die Triebkräfte des Wandels (s. graue Pfeile in Abb. 5). Beispielsweise wird durch die Zielsetzung die SDGs der UN und den CBD-Prozess versucht, die negativen Auswirkungen des Klimawandels und bestimmter Landnutzungssysteme auf die menschliche Gesundheit zu antizipieren, indem auf eben jene eingewirkt werden soll (vgl. Kap. 2.1.1). Ebenso sind Zustandsänderungen der Gesundheit für die WHO und Zustandsänderungen der Biodiversität / Natur und Landschaft für den IUCN und für EUROPARC handlungsleitend bezüglich ihrer Gesundheitsinterventionen bzw. Maßnahmen zum Erhalt der Biodiversität (vgl. Kap. 2.1.2).

Im ersten Unterkapitel wird auf den Einfluss, den Biodiversität / Natur und Landschaft auf Gesundheit und Wohlergehen haben, eingegangen (Typ 1). Dazu werden aktuelle Übersichtsarbeiten zum Stand des Wissens vorgestellt und die Unterschiede der Typisierung diskutiert. Im zweiten Unterkapitel wird der Einfluss von Gesundheitsinterventionen auf den Erhalt der Biodiversität resp. auf die Schutzzwecke von Schutzgebieten als Akteure des Naturschutzes betrachtet. Dies kann zum einen (direkt (Typ 3) oder mittels Beeinflussung der Triebkräfte des Wandels (Typ 2) durch Einfluss auf die Biodiversität / Natur und Landschaft geschehen. In der vorliegenden Arbeit werden nur die direkten Einflüsse des Typs 2 näher betrachtet. Zum anderen kann die herbeigeführte Zustandsänderung durch Rückkopplung die Maßnahmen zum Erhalt der Biodiversität selbst beeinflussen[35] (vgl. grauer Pfeil links außen in Abb. 5). Durch diese Rückkopplung erfährt der Interaktionstyp 2 eine Erweiterung, die näher auf die Qualität der Interaktionen eingeht. Auf diese Qualitäten wird im Konzept von Synergien und Störungen von gemeinsamen Handlungsfeldern zwischen Natur(schutz) und Gesundheit(sschutz) von CLAßEN et al. (2005) im zweiten Unterkapitel näher eingegangen und um die Angaben in weiteren Übersichtsarbeiten zum aktuellen Stand des Wissens ergänzt.

[35] Die nach Typ 3 herbeigeführten Zustandsänderungen von Biodiversität / Natur und Landschaft sind zunächst wertneutral. Erst die Bewertung dieser Veränderungen bekommt eine Handlungsrelevanz, wie z.B. durch die Ableitung von Maßnahmen zum Erhalt der Biodiversität.

2.3.1 Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit

Natur und Landschaft beeinflussen die menschliche Gesundheit auf sehr vielfältige Weise. Zum Einstieg wird kurz auf die Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit aus Sicht der Gesamtbevölkerung in Deutschland eingegangen. Daran anschließend werden aktuelle Übersichtsarbeiten zum Stand des Wissens dargestellt.

Bedeutung von Natur und Landschaft für die Gesundheit aus Sicht der Bevölkerung

In der Studie zum Naturbewusstsein wurde die Bevölkerung in Deutschland in einer repräsentativen Umfrage zu Natur und biologischer Vielfalt befragt. Die zwei Aussagen „Natur bedeutet für mich Erholung und Gesundheit“ und „Zu einem guten Leben gehört die Natur dazu“ haben beide sehr hohe Zustimmungswerte (s. Abb. 6; BMUB und BFN 2016). Die Ergebnisse der Befragung zur persönlichen Bedeutung von Natur bezeugen den hohen Stellenwert, der Natur für die menschliche Gesundheit beigemessen wird. Durch die Zugehörigkeit von Natur zu einem guten Leben wird Natur auch ein hoher ethischer Wert beigemessen und ihr Beitrag zu einem erweiterten Gesundheitsbegriff im Sinne von Wohlbefinden, das zu einem solchen Leben dazugehört, implizit ebenfalls hoch bewertet.

Abb. 6: Persönliche Bedeutung von Natur in der Studie zum Naturbewusstsein 2015 (Ausschnitt aus BMUB und BFN 2016, Abb. 26, S. 62)

Laut dem Werte-Index[36] 2016 ist Gesundheit sogar der wichtigste Wert der Deutschen. Der Wert „Natur“ ist im Ranking seit 2012 kontinuierlich vom 9. auf den 4. Platz geklettert. Allerdings ist die Bedeutung von Natur für die menschliche Gesundheit keiner der fünf Themenschwerpunkte und findet sich nur implizit als „Natur als

[36] Der Werte-Index zeigt, wie häufig und in welchem Kontext grundlegende Werte von deutschen Internet-Nutzern besprochen werden. Grundlage für die Analyse sind über 5 Millionen Einträge aus Blogs, Foren und Communities.

Lebensraum“ innerhalb des Schwerpunktes „Natur als Sinnbild der Ursprünglichkeit“ wieder (WIPPERMANN und KRÜGER 2015).

Evidenzbasierte Gesundheitswirkungen von Natur und Landschaft

Es liegen zahlreiche evidenzbasierte Studien und großes Erfahrungswissen dazu vor, dass Natur und Landschaft dazu beitragen können, die menschliche Gesundheit positiv zu beeinflussen. LOUV postuliert für das Fehlen von Natur sogar eine „Naturdefizit-Störung“ (2012) bezogen auf die gesundheitlichen Folgen des Fehlens von Naturkontakt. Auf Grund der immensen Anzahl an wissenschaftlichen Arbeiten mit unterschiedlichen Studiendesigns aus verschiedenen Fachdisziplinen wird im Folgenden nur auf Übersichtsarbeiten und nicht auf Einzelpublikationen zum Thema eingegangen.

In Tab. 5 werden die unterschiedlichen Herangehensweisen und verwendeten Kategorien der recherchierten Übersichtsarbeiten dargestellt.

Tab. 5: Studiendesign und Kategorien von Übersichtsarbeiten zur Bedeutung von Natur und Landschaft für die Gesundheit (Eigene Darstellung nach CLAßEN et al. 2005, ABRAHAM et al. 2007, CLAßEN 2016, ABRAHAM et al. 2010, LOVELL et al. 2014, PARKS VICTORIA 2015b, WHO und SCBD 2015, IEEP 2016)

Autor(en)/Hrsg.	Studiendesign und Kategorien
CLAßEN et al. 2005	Differenziert zwischen Synergien und Störungen zwischen Natur(schutz) und Gesundheit(sschutz)[37] in 16 Handlungsfeldern
MALLER et al. 2005	Differenziert Gesundheitswirkungen von Kontakt zur Natur nach Art des Nachweises (anekdotisch, theoretisch, empirisch)
ABRAHAM et al. 2007	Differenziert 6 „Wirkkomponenten“ (Wirkungen von Landschaftskomponenten) auf die Gesundheit
SOMMERHALDER und RODEWALD 2009	Differenziert die Wirkung von landschaftlichen „Raumfaktoren“ („Wirkungsthesen“) in 3 Gesundheitsdimensionen
ABRAHAM et al. 2010	Differenziert gesundheitsfördernde Effekte und zugehörige Landschaftscharakteristika in 3 Gesundheitsdimensionen
LOVELL et al. 2014	Differenziert Bestandteile von Biodiversität und deren Wirkungen auf Indikatoren und Bestandteile von Gesundheit
PARKS VICTORIA 2015b	Differenziert die Bedeutung von Schutzgebieten und Parks für die Gesundheit in 4 Gesundheitsdimensionen

[37] Zum Begriff Gesundheitsschutz s. Fußnote 28. Da Gesundheitsschutz eine Teilmenge der Gesundheitsintervention Krankheitsprävention ist, sind die Synergien und Störungen nicht uneingeschränkt übertragbar auf den Tätigkeitsbereich von Schutzgebieten.

WHO und SCBD 2015	Differenziert Wirkungen von Biodiversität und Grünflächen in 3 Gesundheitsdimensionen
CLAßEN 2016	Differenziert 7 „Wirkkomponenten“ (Wirkungen von Landschaftskomponenten; in Ergänzung zu ABRAHAM et al. 2007) auf die Gesundheit
IEEP 2016	Differenziert direkten und indirekten Gesundheitsnutzen in 6 Handlungsfeldern sowie der Förderung des sozialen Zusammenhalts durch Zugang zu Natur

Die Arbeiten unterscheiden sich hinsichtlich der Betrachtungsebene sowie hinsichtlich des Differenzierungsgrades und der verwendeten Kategorien. CLAßEN et al. (2005) und IEEP (2016) betrachten Handlungsfelder, in denen Gesundheit und Natur miteinander in Beziehung stehen. Die anderen Arbeiten betrachten entweder Bestandteile und Charakteristika von Landschaften und deren Wirkungen auf die Gesundheit (ABRAHAM et al. 2010, LOVELL et al. 2014). Oder es werden direkt Wirkkomponenten, Wirkungen bzw. Gesundheitsnutzen von Natur und Landschaft auf die Gesundheit fokussiert (ABRAHAM et al. 2007, SOMMERHALDER und RODEWALD 2009, LOVELL et al. 2014, WHO und SCBD 2015, CLAßEN 2016, IEEP 2016). In sieben der zehn Arbeiten werden unterschiedliche Bestandteile oder Dimensionen von Gesundheit unterschieden. SOMMERHALDER und RODEWALD (2009), ABRAHAM et al. (2010) und WHO und SCBD (2015) unterscheiden analog zu der WHO-Definition (s. Kap. 2.2) folgende drei Dimensionen von Gesundheit:

- Physisches Wohlergehen
- Psychisches Wohlergehen
- Soziales Wohlergehen

PARKS VICTORIA (2015b) ergänzen diese um spirituelles Wohlergehen als vierte Dimension. Bei LOVELL et al. (2014) werden Bestandteile von Gesundheit, die sich den drei Dimensionen zuordnen lassen, differenziert sowie aggregierte Gesundheitsindikatoren wie z.B. die Lebenserwartung betrachtet. ABRAHAM et al. (2007) und CLAßEN (2016) differenzieren zwar sechs bzw. sieben Wirkkomponenten von Landschaftsbestandteilen. Jedoch werden diese dadurch determiniert, dass sie auf die entsprechenden Bestandteile des Wohlbefindens einwirken[38] und können somit auch als Unterscheidung von Bestandteilen von Gesundheit selbst verstanden

[38] Z.B.: „Die psychische Komponente bezieht sich auf Aspekte von Landschaftsräumen, welche gesundheitsrelevant sind, weil sie das psychische und mentale Wohlbefinden der Menschen beeinflussen.“ (ABRAHAM et al. 2007, S. 16)

werden. Die sechs Wirkkomponenten nach ABRAHAM et al. (2007)[39] sind von SOMMERHALDER und RODEWALD (2009) zu drei „Wirkungsthesen“ zusammengefasst worden. Diese entsprechen kategorisch den o.g. drei Dimensionen von Gesundheit. CLAßEN (2016) hat diese um eine symbolische Komponente ergänzt[40].

Die o.g. Übersichtsarbeiten werden in Tab. 6 zusammengefasst. Um die gleiche Betrachtungsebene und den gleichen Differenzierungsgrad zwischen Natur und Landschaft und ihrer Wirkung herzustellen, werden diese subsumiert in den drei Gesundheitsdimensionen und differenziert für die zwei Arten von Gesundheitsintervention dargestellt (vgl. Kap. 2.2. u. PARKS VICTORIA 2015b, Tab. 3, S. 41).

Die Wirkkomponenten nach ABRAHAM et al. (2007) gehen in der auf die Zusammenfassung von SOMMERHALDER und RODEWALD (2009) zurückgehenden Formulierung von RODEWALD (2010) als Wirkungen in drei Dimensionen von Gesundheit ein. Bei den Wirkungen von Natur und Landschaft werden, soweit möglich, die drei Dimensionen von Gesundheit unterschieden. Wirkungen auf das spirituelle Wohlergehen als vierte Dimension nach PARKS VICTORIA (2015b) werden, soweit möglich, anderen Dimensionen zugeordnet[41]. Da die durch CLAßEN (2016) ergänzte symbolische Komponente nach CLAßEN und KISTEMANN (2010) von anderen Autoren nicht verwendet wird, wird sie in der Zusammenfassung nicht weiter berücksichtigt. Soweit möglich werden einzelne Wirkungen von Natur und Landschaft, wie sie in den Handlungsfeldern bei CLAßEN et al. (2005) und IEEP (2016) beschrieben werden, den drei Gesundheitsdimensionen zugeordnet. Ebenso wird mit der Übersicht über unterschiedliche Arten von Nachweisen von MALLER et al. (2005) verfahren.

[39] Dies sind im Einzelnen: Ökologische, ästhetische, physische, psychische, soziale und pädagogische Komponente

[40] Nach CLAßEN und KISTEMANN (2010) umfasst die symbolische Komponente die individuellen und gesellschaftlich-kulturellen Bedeutungszuschreibungen von Landschaften, die von den sechs Komponenten bisher nicht berücksichtigt wurden.

[41] Mit Bezug auf KAMITSIS und FRANCIS (2013) kann Spiritualität nach PARKS VICTORIA (2015b) aus öko-psychologischer Sicht auch als das Verständnis des Individuums in Verbindung mit allem Lebendigem betrachtet werden. KAMITSIS und FRANCIS weisen auch darauf hin, dass Kontakt zur Natur eine wichtige Rolle für die Bedeutung eines Ortes („sense of place“) im Sinne einer emotionalen Verbundenheit oder positiven Verbindung zwischen einer Person und einem Ort sowie für die psychische Gesundheit spielen kann. Spiritualität wiederum kann nach deren Untersuchung ein bedeutender Aspekt für die Bedeutung eines Ortes sein und somit zumindest indirekt dem psychischen Wohlbefinden zugeordnet werden.

Tab. 6: Zusammenfassung von Übersichtsarbeiten zu evidenzbasierten Gesundheitswirkungen von Natur und Landschaft in drei Dimensionen[42] (Eigene Darstellung nach CLAßEN et al. 2005, CURTIN 2009, SOMMERHALDER und RODEWALD 2009 (verändert nach RODEWALD 2010), ABRAHAM et al. 2010, CLAßEN und KISTEMANN 2010, LEMIEUX et al. 2012, LOVELL et al. 2014, PARKS VICTORIA 2015b, WHO und SCBD 2015, CLAßEN 2016, IEEP 2016)

Gesundheits-dimension	Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung	Therapie und Kuration von Krankheiten
Physisches Wohlergehen	Förderung der physischen Aktivität Förderung der physischen Fitness Förderung der Immunreaktion* Blutdruck- und pulssenkende Wirkung* Hemmung der Aktivität des sympathischen Nervensystems Förderung der motorischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen Befriedigung von physischen Grundbedürfnissen Regulierung von Krankheitserregern und Umweltverschmutzung Reduktion des Risikos, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken Reduktion des Risikos gesundheitlicher Schäden durch Hitzebelastungen Reduktion des Risikos gesundheitlicher Schäden durch Lärmbelastung Reduktion des Risikos gesundheitlicher Schäden durch stressinduzierte physischen Erkrankungen (z.B. Kopfschmerzen)	Förderung der Genesung nach physischer Krankheit und Verletzung** Förderung der Immunreaktion* Blutdruck- und pulssenkende Wirkung*
Psychisches Wohlergehen	Förderung der Konzentrationsfähigkeit Stressreduktion* und -prävention Förderung des allgemeinen psychischen Wohlergehens (gute Stimmung, psychisches Wohlergehen, positive Emotionen)* Förderung einer positiven Lebensauffassung und der Lebenszufriedenheit	Wiederherstellung der Aufmerksamkeit Stressreduktion* Förderung des allgemeinen psychischen Wohlergehens (gute Stimmung, psychisches Wohlergehen, positive Emotionen)*

[42] Doppelte Zuordnungen zu „Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung“ und „Therapie und Kuration von Krankheiten“ sind mit * gekennzeichnet; Doppelte Zuordnungen zu „Therapie und Kuration von Krankheiten“ und „Rehabilitation“ sind mit ** gekennzeichnet;

Psychisches Wohlergehen	Förderung der Frustrationstoleranz Förderung von Identifikationsprozessen im Sinne einer räumlichen Bindung Förderung der kognitiven und emotionalen Entwicklung Spirituelle Erfüllung im Sinne von Befriedigung spiritueller Bedürfnisse Kulturelle und symbolische Bereicherung	Erholung von psychischer Erschöpfung Förderung der Genesung von psychischen Krankheiten** Behandlung von Suchterkrankungen
Soziales Wohlergehen	Förderung des sozialen Zusammenhalts im Sinne von Förderung sozialer Kontakte und Gemeinschaftsbildung Soziale Integration von Immigranten, Hinzugezogenen, Minderheiten und von Alleinlebenden Förderung der emotionalen räumlichen Bindung Förderung der Bereitschaft zu sozialem und ökologischem Engagement Förderung von Naturerfahrung in Gruppen Förderung des Sozialverhaltens von Kindern und Jugendlichen Reduktion des Risikos gesundheitlicher Schäden durch Verbrechen und Gewalt Rehabilitation von Gefängnisinsassen Förderung des allgemeinen sozialen Wohlergehens	Reduktion sozialer Isolation Reduktion von unsozialem Verhalten
Nicht zuzuordnen oder übergeordnet	Förderung des persönlichen Wohlbefindens Erhöhung der Lebenserwartung Förderung der physischen, psychischen, sozialen und kulturellen Gesundheit Förderung des physischen und psychischen Wohlergehens Förderung der Gesundheit und des Wohlergehens Förderung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Wohlbefindens Allgemeine gesundheitsfördernde Wirkungen	Ansprache auf naturbasierte Therapiemethoden Allgemeine therapeutische Wirkungen

Wie in Tab. 6 deutlich wird, können Schutzgebiete und andere öffentliche Grünflächen eine wichtige Rolle bei der Therapie und Kuration sowie bei der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung spielen. So können Gesundheitswirkungen in allen drei Dimensionen von Gesundheit erzielt werden. Es fällt auf, dass präventive und gesundheitsfördernde Wirkungen gegenüber kurativen und therapeutischen Wirkungen in den Dimensionen des physischen und sozialen Wohlbefindens sowie bei Wirkungen, die keiner einzelnen Dimension zugeordnet werden können, deutlich überwiegen[43]. Für die Interventionsart Rehabilitation sind nur zwei Wirkungen benannt, die auch der Kuration und Therapie zugeordnet werden können. Wirkungen in der Interventionsart Pflege hingegen fehlen ganz. Obwohl diese Feststellung keine Aussage über das Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Gesundheitsinterventionen, bei denen Natur und Landschaft eine Rolle spielen, zulässt, ist diese Feststellung vor dem Hintergrund der aktuellen Schwerpunktsetzung der Versorgungssegmente des Gesundheitssystems überraschend (vgl. Kap. 2.3 u. Abb. 3). In der Dimension des psychischen Wohlergehens ist das Verhältnis hingegen relativ ausgeglichen[44].

Hinter der aggregierten Darstellung in Tab. 6 steht die Wirkung von unterschiedlichen Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft. Eine Differenzierung der Wirkungen in Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaften sowie Wirkungen von Schutzgebieten, Biodiversität und Grünflächen findet sich in Tab. IV im Anhang. Aus dieser wird ersichtlich, dass unterschiedliche Landschaftselemente und -charakteristika auch unterschiedliche gesundheitsrelevante Wirkungen erzielen können.

Zum Zusammenhang von Natur und Landschaft mit menschlicher Gesundheit wurden bisher hauptsächlich Wirkungen, die von physischen und nicht-physischen Qualitäten von Natur ausgehen, untersucht. Eine diesbezügliche Betrachtung des naturschutzfachlichen Wertes liegt bisher nicht vor (IEEP 2016). Allerdings existieren Studien, in denen Naturnähe bzw. -ferne sowie biologische Vielfalt als Variablen untersucht wurden. So konnten MARTENS und BAUER 2014 experimentell nachweisen, dass naturfernere Orte z.T. höhere Wohlbefindenswerte verursachen als naturnähere. Es ist bekannt, dass gestörte Ökosysteme einen negativen Einfluss auf

[43] Aggregiert im Verhältnis von 28 zu 7 Wirkungen

[44] Im Verhältnis von 9 zu 6 Wirkungen

die Gesundheit haben können und Ökosysteme mit einer hohen Biodiversität durch eine angenehme Umgebung und durch die Beförderung physischer Aktivität die Gesundheit positiver beeinflussen (IEEP 2016). Allerdings ist ein Wirkmechanismus von Biodiversität an sich nicht bekannt und LOVELL et al. (2014) kommen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zu dem Thema zu der Schlussfolgerung, dass noch nicht genug Nachweise vorliegen, um die spezifische Bedeutung von Biodiversität für die menschliche Gesundheit zu identifizieren und fordern interdisziplinäre Forschung, um die Evidenz-Basis zu erhärten. Es gibt jedoch einen wesentlichen Unterschied in der Biodiversität von geschützter und ungeschützter Natur (IEEP 2016).

Für Großschutzgebiete bedeuten die o.g. Zusammenhänge, dass unterschiedliche Orte im Schutzgebiet unterschiedliche gesundheitliche Wirkungen entfalten können und somit in unterschiedlichem Maße als Ort für Gesundheitsleistungen geeignet sind. Als Spezifika von Schutzgebieten, die einen Einfluss auf die gesundheitliche Wirkung von geschützter Natur haben können, werden im IEEP (2016) deren Infrastruktur, Zugänglichkeit, Größe, Bekanntheit, Artenvielfalt, Habitatstruktur und Managementanforderungen benannt (S. 176 f., s.a. Kap. 2.4 und 2.5).

2.3.2 Bedeutung von Gesundheitsleistungen für Schutzgebiete

Wie zu Beginn des vorangegangenen Unterkapitels dargestellt, ist Natur in der Gesamtbevölkerung sehr positiv besetzt und ihr wird eine große Rolle für die menschliche Gesundheit und „das gute Leben“ beigemessen. Wird hingegen nach den ethischen Konsequenzen gefragt, stellt sich der Sachverhalt anders dar (vgl. Abb. 7).

Abb. 7: Einstellungen zum Schutz der Natur in der Studie zum Naturbewusstsein 2015 (Ausschnitt aus BMUB und BFN 2016, Abb. 28, S. 66)

Zwar stimmen 60 % der Befragten der Aussage voll und ganz und 33 % eher zu, dass eine allgemeine Verpflichtung des Menschen besteht, die Natur zu schützen. Gefragt

nach der persönlichen Verantwortung fällt die volle Zustimmung auf 24 % und weitere 47 % stimmen einer persönlichen Verantwortung für den Naturschutz eher zu. Die Größe des Beitrags, den Einzelpersonen zum Schutz der Natur leisten können, wird insgesamt uneinheitlich bewertet. Dies lässt den Schluss zu, dass in der Gesamtbevölkerung ein in sich nicht stimmiges Bild der Natur und ihrer Bedeutung für den Menschen weit verbreitet ist. Einerseits wird diese als wesentlich für die eigene Lebensqualität und grundsätzlich schützenswert erachtet. Die eigene Verantwortung, dies zu tun, fällt im Verhältnis dazu stark ab und die Selbstwirksamkeit resp. die Größe des eigenen Beitrags dazu bleiben diffus. Welchen Beitrag Gesundheit zum Schutz der Natur konkret leisten kann, soll deshalb im Folgenden aufgezeigt werden.

Wurde zuvor betrachtet, welchen Beitrag Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit leisten können, soll nun die Frage beantwortet werden, aus welchen Gründen Akteure des Naturschutzes, insbesondere Großschutzgebiete, Gesundheitsinterventionen anbieten sollten. Da das originäre Interesse von Großschutzgebieten der Schutz der Natur ist, wird betrachtet, wie gesundheitsbezogene Aktivitäten zur Erreichung dieser Ziele beitragen können.

Selbstverständlich sind Erhalt und Förderung der menschlichen Gesundheit an sich erstrebenswert. Diese Motivation wird Großschutzgebieten nicht grundsätzlich abgesprochen, wird aber nicht weiter ausgeführt. Ebenso ist die Erfüllung rechtlicher Vorgaben ein allgemein anerkannter Grund für gesundheitsbezogene Aktivitäten (vgl. Kap. 2.1.1), wird aber auf Grund der anderslautenden Fragestellung ebenfalls nicht weiter betrachtet.

Gesundheitsinterventionen, bei denen Wirkungen von Natur und Landschaft in Wert gesetzt werden, sind jedoch kein alleiniges Betätigungsfeld von Großschutzgebieten und der Gesundheitsbranche, wie das Beispiel „GesundLand Vulkaneifel“ zeigt. Dort werden Gesundheitsleistungen, die auf der Wirkung von Natur und Landschaft beruhen, durch eine touristische Marketingorganisation erbracht, ohne dass es einen erkennbaren Zusammenhang resp. Nutzen für den Naturschutz gibt (LANGEN 2012). Deshalb fordern CLAßEN et al. im Fazit des F&E-Vorhaben „Naturschutz und Gesundheitsschutz“, den konkreten Beitrag entsprechender Angebote zum Natur- und Gesundheitsschutz zu untersuchen und zu bewerten. Was also der spezifische Nutzen für den Naturschutz sein kann, Gesundheitsleistungen, insbesondere durch Großschutzgebiete anzubieten, soll im Folgenden aufgezeigt werden.

Es ist auffällig, dass die zehn Übersichtsarbeiten, die auf die Bedeutung von Natur und Landschaft auf die Gesundheit eingehen, zwar alle mehr Interdisziplinarität fordern, aber nur in vier der Arbeiten die Bedeutung von Gesundheitsinterventionen für den Naturschutz überhaupt erwähnt wird (vgl. Tab. I, Anhang 3 auf der Daten-CD). Die Angaben zum Nutzen von Gesundheitsinterventionen in diesen vier Arbeiten wurden um Angaben aus GÖDECKE (2008) ergänzt und kategorisiert (vgl. Tab. V im Anhang). So werden drei Kategorien von Gesundheitsinterventionen unterschieden (direkte, indirekten und allgemeinen Nutzen, s.u.). In einer vierten Kategorie hingegen können diese Nutzenarten nicht unterschieden werden. Direkter Nutzen durch Gesundheitsinterventionen entsteht demnach durch:

- Ressourcen, die zusätzlich für das Schutzgebietsmanagement zur Verfügung stehen
- Verbesserungen des Managements oder der Ergebnisse des Marketingmanagements[45]
- Motivationale und ethische Effekte, die direkten Nutzen für das Management, für die Ergebnisse des Marketingmanagements oder für die Finanzierung von Großschutzgebieten erbringen

Indirekter Nutzen durch Gesundheitsinterventionen entsteht, wenn der erzielte direkte Effekt wiederum einen Folgeeffekt hat, der einen Nutzen für das Großschutzgebiet bringt[46]. Dies kann in den gleichen Kategorien vorliegen, wie bei direkten Nutzen.

Bei der vierten Kategorie ist eine Unterscheidung zwischen direkten und indirekten Nutzen nicht sinnvoll. Diese beinhaltet Nebeneffekte[47], die Nutzen für Naturschutz darstellen, der ‚nebenbei' anfällt, obwohl das eigentliche Ziel ein anderes ist (z.B. bei Tourismusförderung und Regionalentwicklung). Die Verbindung zu Gesundheitsinterventionen besteht darin, dass Gesundheitsleistungen geschaffen

[45] Als Ergebnis des Marketingmanagements wird die Ausgestaltung der Instrumente des Marketing-Mix (Produkt-, Preis-, Kommunikations-, Vertriebspolitik) angesehen (HOMBURG 2017). Nutzen in diesem Sinne sind Verbesserung der Erreichbarkeit von Schutzgebieten und der Zugänglichkeit zu deren Angeboten (Vertrieb), Erweiterung der Angebotspalette und Verbesserung der Qualität und Verfügbarkeit der Leistungen (Produkt), Image-Effekte zur Vermarktung des Schutzgebietes und seiner Leistungen (Kommunikation), Schutz der Biodiversität durch kombinierte Landschaftspflege-Programme (Produkt)

[46] Dieser kann entweder ein weiterer Nutzen sein, wie z.B. bei finanziellen Mitteln über Fundraising durch mehr Freiwillige (direkter Effekt: mehr Freiwillige, Folgeeffekt: mehr Ressourcen) oder aus einem Effekt resultieren, der direkt keinen Nutzen bringt, wie dies z.B. bei „Legitimation und mehr sowie zufriedenere Besucher durch kundenspezifische Angebote" der Fall ist (neutraler direkter Effekt: kundenspezifische Angebote, Folgeeffekt: Legitimation und mehr sowie zufriedenere Besucher)

[47] Engl.: Co-Benefits, vgl. IEEP 2016, S. 174 ff.

werden, um in dem jeweiligen Handlungsfeld entsprechende Ziele (Tourismusförderung, Regionalentwicklung) zu erreichen, dabei aber als Nebeneffekt ein Beitrag zum Naturschutz geleistet wird. Da diese Nebeneffekte dem Naturschutz allgemein sowie Schutzgebieten direkt zugutekommen können, wird die Art des Nutzens nicht weiter unterschieden.

Insgesamt überwiegen Angaben zu direktem gegenüber indirektem Nutzen (18 zu 13) sowie Angaben zum Nutzen für das Management gegenüber Nutzen in den anderen Kategorien.

Kritisch anzumerken ist, dass in nur zwei der recherchierten Arbeiten überhaupt eine Kategorisierung vorgenommen wird (vgl. CLAßEN et al. 2005, IEEP 2016). Ebenfalls ist zu kritisieren, dass negative Effekte, die von Gesundheitsinterventionen für den Naturschutz und für Großschutzgebiete ausgehen können, nur bei CLAßEN et al. (2005) systematisch untersucht wurden. In den übrigen Arbeiten finden nur Einzelaspekte Erwähnung. CLAßEN et al. haben potentielle „Störungen (Schwächen)“ (S. 132) in den gemeinsamen Handlungsfeldern von Natur(schutz) und Gesundheit(sschutz) identifiziert, die als negative Effekte zu verstehen sind[48]. Es werden folgende negative Effekte genannt:

- Biodiversitätsverlust durch Übernutzung (Störungen und Entnahme)
- Schäden durch Eingriffe in den Naturhaushalt (z.B. beim Trinkwasserschutz)
- Mehrbelastungen für Natur und Landschaft (z.B. durch Umfahrungsverkehr)
- Schäden durch bestimmte Sportarten
- Negative Auswirkungen von Naturschutz auf die menschliche Gesundheit (s.u.) können negative motivationale und ethische Effekte sowie negative Folgen für das Marketing-Management zur Folge haben

Für den indirekten und allgemeinen Nutzen sowie für den Nutzen durch Nebeneffekte gilt, dass diese ebenfalls negative Auswirkungen haben können. So kann erhöhter oder neuartiger Arbeitsaufwand durch Gesundheitsleistungen zwar zur Personalerweiterung führen, aber ebenso zu einer Mehrbelastung der Stammbelegschaft mit resultierender Vernachlässigung der Kernaufgaben führen, falls

[48] CLAßEN et al. unterscheiden analog dazu Nutzen als „Synergien (Stärken)“ (2005, S. 132)

eine Neuanstellung erfolgt. Ein weiteres Beispiel ist Naturverbundenheit, die, medial vermittelt, auch in selteneren Besuchen von Großschutzgebieten resultieren kann[49].

Andererseits können auch Naturschutzmaßnahmen unbeabsichtigte negative Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit haben. CLAßEN et al. (2005) und WHO und SCBD (2015) haben folgende negativen Auswirkungen identifiziert:

- Ausbreitung von Krankheitserregern (z.B. durch Prozessschutz und naturnahe Gewässer)
- Eingeschränkter Zugang zu Nahrung und Naturmedizin durch Naturschutz[50] (z.B. durch Jagdverbote)
- Substitution von Naturprodukten zulasten der weltweiten Ernährungssicherung
- Erhöhtes Risiko von Naturgefahren (z.B. unsichere Wege durch Prozessschutz)
- Mehrbelastungen für den Menschen (z.B. durch Umfahrungsverkehr)
- Gegenteilige Gesundheitswirkung von Natur und Landschaft bei Biophobie und durch bestimmte Risiko-Sportarten

Die positiven Bedeutungen können auch zu Synergieeffekten führen, wenn eine gemeinsame Aktivität im Bereich Gesundheit und Naturschutz einen größeren Effekt hat, als die gleiche Maßnahme bezogen auf nur einen der Aktivitätsbereiche (vgl. CLAßEN et al. 2005).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass von Gesundheitsleistungen neben dem gesundheitlichen Nutzen auch andere, nicht auf die Gesundheitswirkung bezogene Nutzen ausgehen können. Dies kann ein zusätzlicher Grund sein, diese anzubieten. Zudem kann es zu nutzungsbedingten negativen Effekten durch eben jene kommen. Neben den in Kapitel 2.1 dargestellten rechtliche Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programme gibt es also auch andere Gründe, um Gesundheitsleistungen anzubieten. Umgekehrt bedeutet das Vorhandensein von durch Großschutzgebiete angebotenen Gesundheitsleistungen also nicht automatisch, dass diese Bestimmungen, Verpflichtungen und Programmen auch eine diesbezügliche Handlungsrelevanz haben.

[49] LUDE et al. (2013) geben in einem Leitfaden für den Einsatz von Smartphones in der Umweltbildung zu bedenken, dass es dadurch zu einem „partiellen Verlust eines ganzheitlichen Erlebnischarakters“ kommen kann, da die Geräte „den Fokus auf sich und somit weg von den eigentlichen Bildungsinhalten ziehen“ (S. 69) können. Ein seltenerer Besuch von Großschutzgebieten wäre eine mögliche Folge und somit ein Beispiel für eine negative Auswirkung.

[50] Spielt in Deutschland keine Rolle und hat hauptsächlich für Ureinwohner eine Bedeutung

2.4 Maßnahmen zur Gesundheitsintervention durch Schutzgebiete

Im Folgenden erfolgt die Zusammenführung der zwei vorangegangenen Kapitel in Form einer Übersicht über die Maßnahmen, die Großschutzgebiete zum Zwecke von Gesundheitsinterventionen durchführen können. Dazu werden Leitfäden, Instrumente und Managementempfehlungen zur Bewertung und Implementierung von Gesundheitsleistungen auf öffentlichen Grünflächen im Allgemeinen und in Großschutzgebieten im Besonderen analysiert. Die Ergebnisse werden in Handlungsfelder eingeteilt, in denen Großschutzgebiete aktiv werden können.

Die nationalen und internationalen Veranstaltungen, Programme und Initiativen (vgl. Kap. 2.1; Tab. II im Anhang) haben dazu beigetragen, dass von bzw. in Großschutzgebieten eine steigende Anzahl an gesundheitsbezogenen Aktivitäten stattfindet und diese zunehmend als Gesundheitszentren anerkannt werden (IEEP 2016). Eine Übersicht über aktuelle Leitfäden und Instrumente zur Implementierung von Gesundheitsinterventionen in Schutzgebieten findet sich bei ODENIGBO (2017). Da die dort vorgestellten Arbeiten sich nur auf Kanada, die USA und auf Australien beziehen, wurde zusätzlich auf dem Internet-Portal OPPLA[51] nach diesbezüglichen Arbeiten mit Bezug auf Europa gesucht. Die Suche ergab vier weitere Studien, die in der Übersicht mit berücksichtigt wurden[52]. Ergänzend wurde noch der Leitfaden von PARKS VICTORIA (2017), von denen die HPHP-Initiative ursprünglich ausging, mit aufgenommen (vgl. Tab. II, Anhang 3 auf der Daten-CD).

Die recherchierten Leitfäden und Instrumente wurden hinsichtlich der verwendeten Methodik sowie hinsichtlich ihres Gesundheits- und Raumbezuges auf ihre Eignung als systematischer Leitfaden zur Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsinterventionen durch Schutzgebiete bewertet. Als geeignet wurden jene Leitfäden und Instrumente bewertet, die kein reines Audit-Instrument sind, keine allgemeinen Hinweise geben, sondern konkrete Maßnahmen in unterschiedlichen Handlungsfeldern benennen, die im Tätigkeits- und Wirksamkeitsbereich von Großschutzgebieten liegen („spezifisch für Großschutzgebiete“ sind) und explizit und unmittelbar darauf abzielen, eine Gesundheitsintervention herbeizuführen. Anhand

[51] OPPLA ist ein Marktplatz für Know-how zum Stand des Wissens zu Ökosystemleistungen, Naturkapital und naturbasierten Lösungen, zu dem über 60 Universitäten, Forschungsinstitute, Agenturen und Unternehmen als Teil der gemeinsamen Aktivitäten der Projekte OPERA und OpenNESS beitragen und wird von der Europäischen Kommission finanziert (Programm FP7). Dort finden sich zahlreiche Fallbeispiele und Instrumente (OPPLA 2017)

[52] Diese sind TCPA und WT 2012, URBES-PROJECT 2012, IEEP 2016 und GPMEA 2017

dieser Kriterien wurden folgende drei Leitfäden als geeignet bewertet: „Healthy Parks Healthy People Vital Signs" (NPS 2014), "Parks, Trails and Health Workbook" (CDCP und NPS 2015) und "Guide to Healthy Parks Healthy People" (PARKS VICTORIA 2017) (s. Tab. II, Anhang 3 auf der Daten-CD). In Tab. 7 werden die Zielfelder und Maßnahmen aus diesen Leitfäden zusammenfassend dargestellt.

Tab. 7: Zielfelder und Maßnahmen zur Gesundheitsinterventionen durch Schutzgebiete (Eigene Darstellung nach NPS 2014, CDCP und NPS 2015, PARKS VICTORIA 2017)

Zielfelder	Maßnahmen
Handlungsfeld 1: Programme und Veranstaltungen	
Förderung der physischen Betätigung (Programme)	-Angebote des Schutzgebietes zur physischen Betätigung innerhalb des Schutzgebietes (Kurse, Veranstaltungen, Betätigung an Einrichtungen wie z.B. Trimm-dich-Pfade) -Gemeinsame Angebote von Schutzgebieten und institutionellen Akteuren der Gesundheitswirtschaft (Krankenhäuser, Krankenversicherungen, Praktizierendende der Heilberufe) -Gemeinsame Angebote von Schutzgebieten und den umliegenden Städten und Gemeinden -Gemeinsame Angebote mit Akteuren der Wellness-Branche (Bäder, Thermen, Vereine) -Gemeinsame Angebote mit anderen Akteuren (Bildungseinrichtungen, Tourismusbranche, u.a.)
Förderung einer gesunden Lebensweise	-Bildungsangebote und Infomaterialien zur gesunden Lebensführung im Schutzgebiet und im Alltag
Angebote für besondere Bevölkerungsgruppen	-Angebot speziell für spezifische Zielgruppen (gefährdete und benachteiligte Kinder und Jugendliche, Senioren, Behinderte, sozial und/oder wirtschaftlich Benachteiligte, Frauen)
Förderung der MitarbeiterInnen-gesundheit	-Angebote zur Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen außerhalb der Arbeitszeiten
Handlungsfeld 2: Infrastruktur und Einrichtungen	
Verbesserung der Zugänglichkeit	-Zugänglichkeit zu den gesundheitsbezogenen Angeboten über die Verkehrsinfrastruktur und den öffentlichen Personennahverkehr -Erreichbarkeit des Schutzgebietes mit und Förderung von alternativen Beförderungsmöglichkeiten, die eine gesunde Lebensführung unterstützen (Förderung des Gehens, Fahrrad- und Kanuverleih, Wege, die außerhalb des Schutzgebietes führen)
Bereitstellung gesunder Lebensmittel / Förderung einer gesunden Ernährungsweise	-Unterstützung der Ausrichtung der Ausrichtung eines Bauernmarktes innerhalb oder in der Nähe des Schutzgebietes -Angebot von regionalen Lebensmitteln zum Kauf und Verzehr innerhalb des Schutzgebietes

	-Angebot von gesunden Nahrungsmitteln (Früchte, Gemüse, Vollkornprodukte, fettarm, variable Portionsgrößen) in Einrichtungen des Schutzgebietes -Angabe von Nährwerten beim Nahrungsangebot innerhalb von Einrichtungen des Schutzgebietes -Sonstige: Kochveranstaltungen, Partnerschaften mit Gastronomie vor Ort, Förderung von Gemeinschaftsgärten
Förderung der physische Betätigung (Einrichtungen)	-Schaffung von Einrichtungen (Zugang zu Trinkwasser, Sitzgelegenheiten, Beschattung, Trimm-dich-Pfade) -Bereitstellung von Ausstattungen zur Messung der physischen Aktivität der Besucher (Schrittzähler, Apps, Wettbewerbe, etc.) -Partizipative Gestaltung des Planungsprozesses zur Schaffung der Einrichtungen
Förderung des sozialen Wohlergehens	-Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten durch entsprechende Ausstattung mit Sitzgelegenheiten, Pavillons, etc.) -Zur Verfügung stellen von Einrichtungen für gemeinschaftliche Veranstaltungen (auch von Externen) -Möglichkeit zur Reservierung von Wegen und Abschnitten des Schutzgebietes für Gruppenaktivitäten
Handlungsfeld 3: Umwelt und Verantwortung	
Förderung eines gefahrlosen Aufenthalts	-Veröffentlichung von Informationen zur Qualität der Gewässer innerhalb des Schutzgebietes -Veröffentlichung von Informationen zu physischen Herausforderungen und täglichen Umweltbedingungen für Aktivitäten im Freien (Wegezustand, Unwetterwarnungen, Schwierigkeitsgrad von Wanderungen, Luftqualität, Hitzewarnungen)
Förderung des Engagements der Besucher	-Möglichkeit zur Teilnahme an Freiwilligen-Programmen und zum Engagement in informellen Gruppen („Freunde des Parks“, etc.) zur Unterstützung der Ziele des Schutzgebietes -Hinweise an Besucher, wie sie sich während ihres Aufenthaltes umweltgerecht verhalten können (Kein Müll, keine Pflanzen pflücken, auf den Wegen bleiben, etc.) -Partizipative Gestaltung der Entwicklungsstrategie, um die Ortsbindung zu fördern („sense of place“)
Handlungsfeld 4: Wissensmanagement	
Förderung des Wissens	-Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern und Praktizierenden um die Evidenzbasis zum gesundheitlichen Nutzen von Natur und Landschaft zu stärken -Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit, um die gesundheitlichen Nutzen von Natur und Landschaft bekannt zu machen und das universelle Recht auf Zugang zur Natur zu bewerben

Das IEEP stellt in seinen Schlussfolgerungen fest, dass die Kenntnis der zugrunde liegenden Kausalitäten zwischen Natur und menschlichem Wohlergehen eine Schlüsselrolle dabei spielt, die sozialen und gesundheitlichen Nutzen von Natur und

Landschaft zu erhöhen[53] (IEEP 2016). Im Vergleich zum ökosystemaren Ansatz fällt auf, dass die einzelnen Leistungsarten nicht systematisch einbezogen, sondern nur als Inhalte der Zielfelder enthalten sein können (vgl. Abb. 1). Im Vergleich zur Typologie der Interaktionen zwischen Gesundheit und Natur und Landschaft wird zudem deutlich, dass die unterschiedlichen Typen ebenfalls nicht systematisch in Handlungs- bzw. Zielfelder überführt wurden (vgl. Abb. 5). Es ist momentan nicht bekannt, ob die bestehenden Leitfäden alle gesundheitsbezogenen Aktivitäten von Großschutzgebieten handlungsbezogen mit Zielfeldern abdecken.

Über die o.g. Maßnahmen hinaus können Großschutzgebiete im Rahmen des Schutzgebietsmanagements durch die Implementierung der Gesundheitsagenda in ihr bestehendes Managementsystem zur Förderung der Gesundheit beitragen. So kann die Aufnahme von gesundheitsbezogenen Zielen in das Leitbild, in übergeordnete Strategien und Konzepte oder allgemein als ein Ziel des Schutzgebietes jenen förderlich sein. Um diese Ziele zu verwirklichen, kann auch ein aktives Stakeholder-Management mit unterschiedlichen Graden an Kooperation betrieben werden (s.a. IEEP 2016, S. 242 f.).

[53] Im Orig.: „The review of all different health and social benefits points to the same direction: planning with due understanding of the underlying causal links between nature and human wellbeing play a key role in increasing the delivery of health and social benefits.” (IEEP 2106, S. 177)

2.5 Naturschutzfachlicher Wert und Besucherlenkungskonzepte

In Kapitel 2.3.1 wurde auf die Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit eingegangen und ein Überblick über die evidenzbasierten Gesundheitswirkungen in drei Dimensionen gegeben. Als Zwischenschritt zur Erarbeitung dieser Übersicht wurden zunächst alle Gesundheitswirkungen von Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft zusammengetragen (vgl. Tab. IV im Anhang). Daraus wird ersichtlich, dass von den unterschiedlichen Charakteristika und Bestandteilen auch unterschiedliche Gesundheitswirkungen ausgehen. So mindern z.B. vegetationsreiche Landschaften das Risiko gesundheitlicher Schäden durch Hitzebelastungen, während für den Aufenthalt in Landschaften mit hoher Biodiversität eine höhere Lebenserwartung bekannt ist. Diese Beispiele weisen auf Eigenschaften von Natur und Landschaft hin, aber es gibt auch lediglich wahrgenommene Eigenschaften, die individuell unterschiedliche Wirkungen entfalten können. Ein Beispiel dafür ist die emotionale Bindung an als ästhetisch empfundene Landschaften. Aber auch vom Management abgeleitete Eigenschaften wie Zugänglichkeit und Begleitung können Einfluss auf die Gesundheitswirkung haben.

Zusammenfassend kann man also feststellen, dass es wirkungsbezogene medizinische Gründe gibt, aus denen Gesundheitsleistungen an einem bestimmten Ort angeboten werden. In den Fällen, in denen solche Angebote einen naturschutzfachlichen Wert aufweisen, naturschutzrechtlich geschützt sind oder innerhalb eines Großschutzgebietes liegen, kommen jedoch noch andere, nicht medizinische Gründe hinzu. Wenn z.B. ein Ort mit besonders heilsamen Eigenschaften nicht zugänglich ist, wird er auch keine Wirkung entfalten können, da ihn niemand aufsuchen wird. In diesem Sinne wäre Zugänglichkeit ein wirksamkeitsbezogener, aber nicht medizinischer Grund. Ein weiterer Grund für die Wahl von naturschutzfachlich besonders wertvollen Orten können die Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft, die jenen ausmachen, selbst sein (vgl. Tab. 6). Naturschutzfachlicher Wert wäre in diesem Fall eine Indikation für andere wirkungsbezogene Faktoren.

Die Wirkung des naturschutzfachlichen Wertes kann aber auch über den Schutzstatus selbst erfolgen. So weisen GESLER und KEARNS (2002) bei der Entwicklung des Konzeptes der Therapeutischen Landschaften darauf hin, dass Menschen Orten

(„places“) eine positive Bedeutung zuschreiben und durch deren Bewertung sowie durch Erlebnisse, die an ihnen stattgefunden haben, emotional an diese gebunden werden. Dadurch werden Orte mit symbolischer Bedeutung ausgestattet und binden durch die Übertragung von Wertungen Menschen an bestimmte Orte. Diese Bindung an Orte („sense of place“) beruht auf der Übertragung von ästhetisch-moralischen Wertungen auf einzelne Orte und trägt zur Gesundheit und zum Wohlbefinden bei (vgl. GEBHARD und KISTEMANN 2016). Zudem vermittelt die Ortsbindung einen positiven und signifikanten Zusammenhang zwischen wahrgenommener Erholung und dem Vorhandensein von selbst- und zeitbezogenen Erinnerungen (RATCLIFFE und KORPELA 2017). In diesem Sinne hätte die Bedeutung eines bestimmten Schutzgebietes als Ort („place“), die ihm aufgrund seines naturschutzfachlichen Wertes bzw. seines Schutzstatus zugeschrieben wird, durch die Bindung an diesen Ort („sense of place“) ein die Gesundheit und das Wohlbefinden erhaltende oder steigernde Wirkung.

Nicht zuletzt stellt der vergleichsweise hohe Anteil an naturschutzrechtlich geschützten Flächen innerhalb von Großschutzgebieten ein Alleinstellungsmerkmal selbiger dar, um diese durch Gesundheitsleistungen in Wert zu setzten. Im Folgenden wird deshalb allgemein auf den naturschutzfachlichen Wert und seine Indikation sowie auf Grundzüge von Besucherlenkungskonzepten in Großschutzgebieten eingegangen.

Naturschutzfachlicher Wert und naturschutzrechtliche Unterschutzstellung

Grundlage der naturschutzfachlichen Bewertung sind durch naturwissenschaftliche Arbeitsmethoden erhobene raumbezogene biologische Daten, die durch ein normatives Zielsystem (=Ausprägung von Kriterien) eine Bewertung erhalten (=Wertigkeit) (PLACHTER 1991, BASTIAN und SCHREIBER 1999). Beispielsweise wird auf einer extensiven Grünlandfläche in Deutschland ein Bruterfolg für Trompetendommeln nachgewiesen (=biol. Daten), das als letztes Randvorkommen im Bundesgebiet identifiziert werden kann (=Ausprägung des Kriteriums). Auf Grundlage der Merkmalsausprägung wird diesem eine landesweite Bedeutung zugewiesen (Wertigkeit). Diese Wertigkeit wird im rechtlichen Sinne als „Schutzwürdigkeit“ aufgefasst. Zur Unterschutzstellung muss jedoch noch die „Schutzbedürftigkeit“ hinzukommen, die erst bei einer Gefährdung gegeben ist (FRENZ und MÜGGENBORN 2016, S. 572 f.)

Die Unterschutzstellung ist dabei grundsätzlich abhängig von Art und Umfang des Erhebungs- und Bewertungsverfahrens (PLACHTER 1991). Die Vergleichbarkeit der Schutzstati als deren Ergebnisse wird durch fehlende bundesweit einheitliche Methodenstandards erschwert (PLACHTER 1991, PLACHTER et al. 2002). Ebenfalls verkomplizieren Wissensdefizite, die Ungleichzeitigkeit zwischen Bewertungsergebnis und Vorhandensein von Schutzwürdigem sowie die Diskrepanz zwischen schutzwürdig /-bedürftig und schutzfähig eine Gleichstellung von naturschutzfachlichem Wert und Schutzstatus. Dennoch wird der Schutzstatus allgemein als das Resultat der naturschutzfachlichen Bewertung und somit als Indikator für den naturschutzfachlichen Wert angesehen.

Für die unterschiedlichen Schutzgebietskategorien werden im BNatSchG jeweils allgemeine Schutzzwecke benannt und Möglichkeiten zur Regelung von Nutzungen und des allgemeinen Betretens bestimmt. In Tab. 8 wird die Schutzintensität von flächenbezogenen Schutzkategorien mittels dieser beiden Kategorien[54] vorgenommen. Ausschlaggebend für die Schutzintensität ist die Möglichkeit zur Durchsetzung von Nutzungsbeschränkungen und Begehungsverboten.

Tab. 8: Schutzintensität von Schutzkategorien im Naturschutz (Eigene Darstellung, verändert nach HARMS 2017 und NLWKN 2017)

Schutzkategorie	Schutzwürdigkeit und Hauptschutzzweck	Schutzintensität
Nationalpark[55] (BNatSchG § 24)	a) Kernzone: Prozessschutz b) Entwicklungszone: langfristig Prozessschutz, aber aktuell mit Managementmaßnahmen c) Nutzungszone: Nutzung (Landschaftspflege, Umweltbildung, Naturerleben)	a) Kernzone: hoch b) Entwicklungszone: mittel-hoch c) Nutzungszone: gering
Naturschutzgebiet (BNatSchG § 23)	Erhaltung, Entwicklung oder Wiederherstellung von Lebensstätten, Biotopen oder Lebensgemeinschaften bestimmter wild lebender Tier- und Pflanzenarten	hoch
Biosphärenreservat[56] (BNatSchG § 23, 25 und 26)	a) Kernzone: Prozessschutz	a) Kernzone geschützt als Naturschutzgebiet: hoch

[54] Eine solche Bewertung nimmt beispielsweise der Niedersächsischer Landesbetrieb für Wasserwirtschaft, Küsten- und Naturschutz als Fachbehörde für Naturschutz vor (HARMS 2017, NLWKN 2017)

[55] s. Fußnote 3

[56] s. Fußnote 4

	b) Puffer- /Pflegezone: Erhalt von genutzten Kulturlandschaften und Minimierung der Einwirkungen auf a) c) Entwicklungszone: Entwicklung und Erprobung einer nachhaltigen Entwicklung	b) Puffer- /Pflegezone geschützt als Landschaftsschutzgebiet: mittel c) Entwicklungszone: gering
Landschaftsschutz-gebiet (BNatSchG § 26)	Erhaltung, Entwicklung oder Wiederherstellung der Leistungs- und Funktionsfähigkeit des Naturhaushalts oder der Regenerationsfähigkeit und nachhaltigen Nutzungsfähigkeit der Naturgüter	mittel
Gesetzlich geschütztes Biotop (BNatSchG § 29)	besondere Bedeutung als Biotop (nur für die in den Naturschutzgesetzen aufgeführten Biotoptypen)	hoch
Naturpark (BNatSchG § 23, 26 und 27)	Schutz und Erhalt der Kulturlandschaften, umweltgerechte Landnutzung, Erholung und nachhaltiger Tourismus	Wo als Natur- oder Landschaftsschutzgebiet ausgewiesen entsprechender Schutz, sonst kein zusätzlicher Schutz
UNESCO-Global Geopark (NK-UGG 2016, BNatSchG § 23 und 26)	Schutz, Pflege und Management von Geotopen	Bei Ausweisung als Natur- oder Landschaftsschutzgebiet entsprechender Schutz, sonst kein zusätzlicher Schutz

Besucherlenkungskonzepte

Neben wirkungsbezogenen medizinischen Gründen und der Begründung mit Schutzzielen für bestimmte Orte eines Schutzgebietes gibt es noch andere Gründe für die Wahl des Ortes, an dem eine Leistung angeboten wird. Diese sind nicht spezifisch für Gesundheitsleistungen und werden in der Regel in Besucherlenkungskonzepten festgehalten. Darin werden die Aspekte benannt, die bei jeglichen Nutzungen zu berücksichtigen sind bzw. wann eine Nutzung möglich oder einzuschränken ist (BRÜGGEMANN 2010). Grundsätzlich soll mit einem Besucherlenkungskonzept wie mit jedem Managementkonzept zur Nutzung von Natur zu Erholungszwecken die Verfolgung zweier unterschiedlicher Ziele miteinander vereinbar gemacht werden. Diese sind der Erhalt der natürlichen Bedingungen bzw. die Erreichung der naturbezogenen Schutzziele und die Schaffung von Möglichkeiten, Orte in der Natur zu Erholungs- und anderen Zwecken zur Beförderung des Wohlbefindens nutzen zu können. Eine zunehmende Notwendigkeit, dies mit eigenen Konzepten in Schutzgebieten zu leisten, ergibt sich aus der Zunahme an Nutzungen von Naturorten

sowie durch die neuartigen Anforderungen an Leistungen, die Schutzgebiete erbringen sollen (VUORIO et al. 2003; s.a. Kap. 2.1).

Obwohl ein Management von Schutzgebieten zum Teil fehlt (HELLMANN 2005), sind die folgenden Gründe für die Ortswahl von Angeboten bzw. für die Nutzungseinschränkung an einem bestimmten Ort auch für Schutzgebiete anzunehmen, in denen ein Besucherlenkungskonzept nicht schriftlich fixiert ist (JOB 1996, RIEKENS 1996, COCH und HIRNSCHAL 1998, DICKHUT 2015):

- Erreichbarkeit für Besucher und Angestellte des Schutzgebietes
- Qualität und Kapazität der Infrastruktur
- Anbindung an touristische Wege an Eingangsbereichen bzw. Informationspunkten
- Konkurrenz zu anderen Nutzungen
- Naturschutzfachlicher Wert
- Empfindlichkeit für Störungen

Ob bestimmte Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft auf Grund ihrer gesundheitlichen Wirkung bei der Wahl des Ortes durch die Großschutzgebiete berücksichtigt werden, ist im deutschsprachigen Raum bisher noch unerforscht.

3 Vorgehensweise und Methodik

In diesem Kapitel wird im Forschungsdesign ein Überblick über die einzelnen Schritte des wissenschaftlichen Vorgehens in dieser Arbeit gegeben. Im ersten Unterkapitel wird das Vorgehen zur Formulierung der Hypothesen erläutert und jeweils dargelegt, wie sich diese aus dem im thematischen Hintergrund erarbeiteten Stand der Forschung ableiten lassen. Anschließend werden die Forschungsfragen formuliert, anhand derer die Hypothesenprüfung erfolgen soll und aufgezeigt, welche Ziele dieser Arbeit damit jeweils erreicht werden sollen. Im Unterkapitel 3.2 wird die Wahl der untersuchten Großschutzgebiete aus den für die Bearbeitung zur Verfügung stehenden Ressourcen und aus dem thematischen Hintergrund heraus begründet. Am Ende wird auf die unterschiedlichen Grundgesamtheiten der mit den drei Methoden untersuchten Großschutzgebiete eingegangen. Im Unterkapitel 3.3 wird die Wahl der drei Untersuchungsmethoden begründet und jede Methode mit dem geplanten Vorgehen in dieser Arbeit vorgestellt. Den Abschluss des Kapitels bildet eine Übersicht über den Forschungsverlauf in tabellarischer Form (s. Kap. 3.4).

Aufgrund der unzureichenden Datenlage zu den in der Zielstellung erfassten Themenfeldern wurde eine empirische Erhebung durchgeführt. Dazu wurden mehrere Forschungsmethoden zur Beantwortung der Forschungsfragen und Prüfung der Hypothesen eingesetzt. Auf Grundlage einer umfangreichen Literaturrecherche wurden zunächst vier Themenfelder identifiziert, in denen 14 Hypothesen formuliert wurden. Zur Prüfung der Hypothesen wurden Forschungsfragen formuliert, zu deren Beantwortung geeignete Methoden gewählt und im Falle des Online-Survey vorab getestet wurden. Im Verlauf der Formulierung der Forschungsfragen wurden weitere Aspekte identifiziert, für welche die Kenntnis des Wissensstandes notwendig ist, um die Hypothesen prüfen zu können. Auf Grund dessen wurde eine 2. Literaturrecherche durchgeführt, deren Ergebnis die Kapitel 2.4 und 2.5 und die daraus abgeleiteten Forschungsfragen sind (s. Kap. 3.1).

In den folgenden Unterkapiteln wird zuerst auf die einzelnen Schritte zur Erarbeitung des thematischen Hintergrunds und der Ableitung der Hypothesen und Forschungsfragen (Kap. 3.1) eingegangen und eine kurze Beschreibung der für die Untersuchung relevanten Besonderheiten der Großschutzgebiete mit Begründung für die Abgrenzung des Forschungsgegenstandes gegeben (Kap. 3.2). Danach wird die Wahl der Methodik begründet und auf die einzelnen Methoden eingegangen (Kap.

3.3). In Kapitel 3.4 wird der Forschungsverlauf dargestellt. Zum Schluss folgt wird in Kapitel 3.4 der Forschungsverlauf dargestellt.

Abb. 8 zeigt schematisch die einzelnen Schritte zur Erarbeitung der Hypothesen und Forschungsfragen sowie zu deren Beantwortung bzw. Prüfung. So wird der Forschungsgegenstand mittels Hypothesen und Forschungsfragen auf Grundlage des Wissensstandes erforscht. Dazu werden Webinhalte mit Expertenwissen und GIS-Daten in einem Methodenmix miteinander kombiniert. Abschließend werden die Ergebnisse und angewandten Methoden vor dem Hintergrund des Wissensstandes diskutiert.

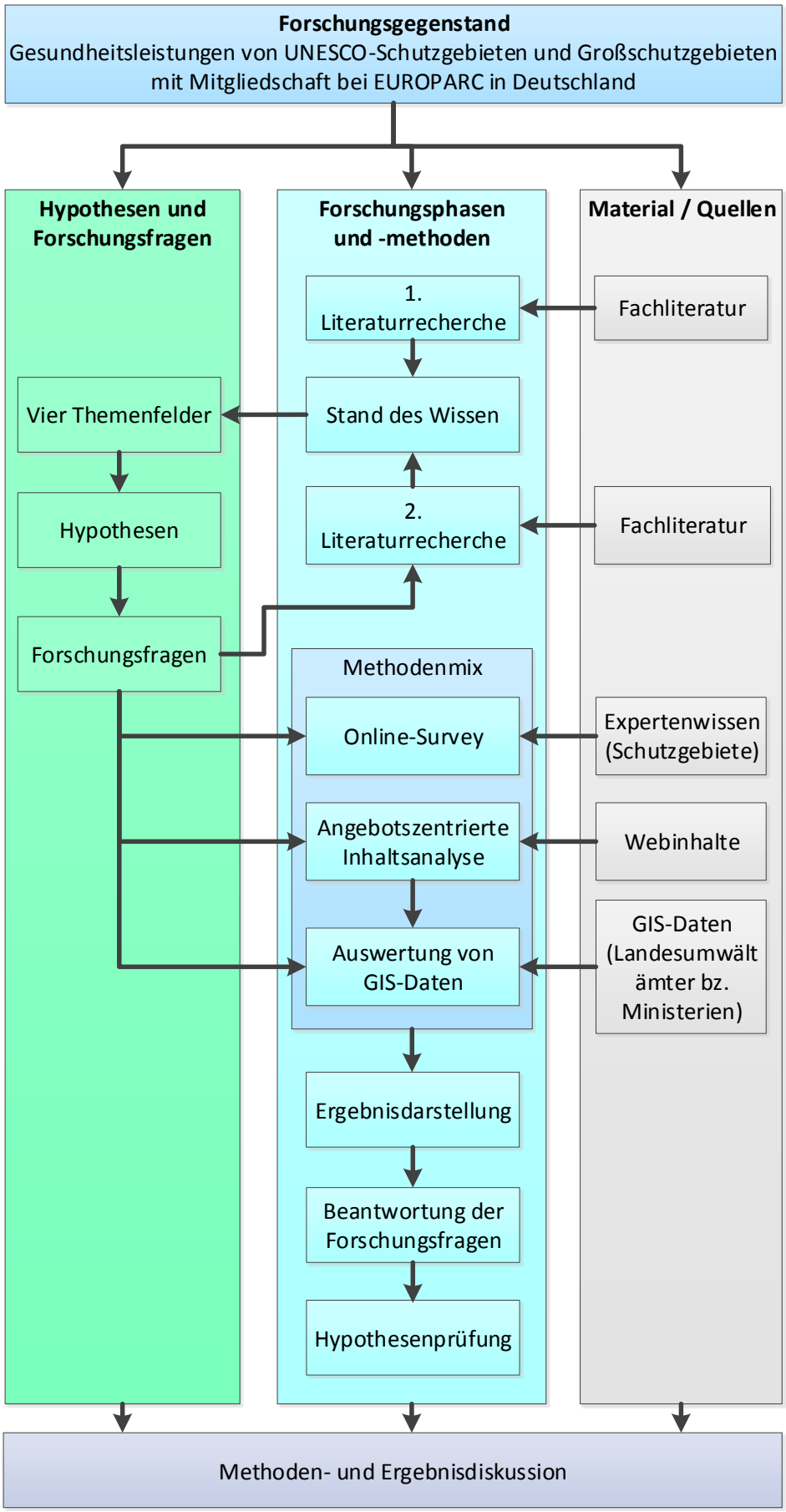


Abb. 8: Forschungsdesign der Masterarbeit (Eigene Darstellung)

3.1 Hypothesen und Forschungsfragen

Zu Beginn der Arbeit erfolgte eine Literaturrecherche zu den Unterthemen Gesundheit, Bedeutung von Natur für die Gesundheit und Bedeutung von Gesundheitsangeboten für Großschutzgebiete. Die Suche nach relevanten Quellen erfolgte in den Bibliotheken der Bundesländer über den OPAC-Katalog und mit der Suchmaschine https://www.startpage.com im Internet. Dabei wurden auf Grund der Sprachkenntnisse des Autors nur englisch- und deutschsprachige Quellen berücksichtigt. Auf Grund der Aktualität des Themas wurde auf die zeitliche Dimension der einzelnen Veröffentlichungen geachtet. Relevante Quellen wurden in ein thematisches Inhaltsverzeichnis eingepflegt und deren Literaturverzeichnis nach weiteren relevanten Quellen durchsucht.

Bei dieser Vorgehensweise wurde schnell deutlich, dass bestimmten Quellen, Autoren und Institutionen eine zentrale Bedeutung in dem Diskurs zum Thema zukommt, da sich häufig auf sie bezogen wird. In Fällen, in denen mehrere Arbeiten sehr umfangreiche Angaben zu einem Thema treffen, wurden zur besseren Einordnung und Übersicht als Zwischenschritt Zusammenfassungen in tabellarischer Form erstellt und die Angaben gemeinsamen Kategorien zugeordnet (vgl. Tab. IV im Anhang und Tab. I und II, Anhang 3 auf der Daten-CD). Im thematischen Hintergrund wurde dann nur das zentrale Ergebnis dargestellt und auf den entsprechenden Anhang verwiesen. Zu einzelnen Aspekten wurden Experten konsultiert, falls zu besonders relevanten Punkten keine veröffentlichten Angaben zu finden waren (vgl. HARMS 2017, SCHRÖTER-SCHLAACK 2017).

Auf Grundlage der Literaturrecherchen wurde der aktuelle Stand des Wissens erarbeitet und im thematischen Hintergrund dargestellt. Zur systematischen Erfassung der Wirklichkeit, wie sie durch die Methoden der empirischen Sozialforschung beabsichtigt wird, ist eine Gegenstandsbenennung notwendig (ATTESLANDER 2010). Dazu wurde der zentrale Begriff und Untersuchungsgegenstand „Gesundheitsleistungen“ hergeleitet, definiert und von anderen Deutungsmöglichkeiten abgegrenzt. Weitere Begriffe, die im Zuge der Operationalisierung definiert und klassifiziert wurden, sind „Gesundheit“, „Wohlergehen“, „Gesundheitsintervention“ und „naturschutzfachlicher Wert“.

Bei den Klassifizierungen wurde darauf geachtet, dass diese den folgenden Anforderungen genügen (ATTESLANDER 2010, S. 40):

- Eindeutigkeit
- Vollständigkeit
- Ausschließlichkeit

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte zur Bildung der Hypothesen und zur Formulierung der Forschungsfragen beschrieben. Die einzelnen Hypothesen, ihre Verortung im Stand des Wissens, die Forschungsfragen zur ihrer Prüfung sowie die Verknüpfung mit den Zielen der Arbeit, die mit ihnen erreicht werden sollen, finden sich in Tab. 9 am Ende dieses Kapitels.

Hypothesenbildung

Die zu Beginn dieses Kapitels genannten Schritte waren Vorarbeiten für die Formulierung von Hypothesen. Unter Hypothesen wird „ein mit Begriffen formulierter Satz, der empirisch falsifizierbar ist“ (ATTESLANDER 2010, S. 41, im Original kursiv) verstanden. Die Formulierung der Hypothesen erfolgte anhand folgender Kriterien (ATTESLANDER 2010, S. 42):

- Eine Hypothese ist eine Aussage und keine Frage oder Befehl
- Die Aussage enthält mindestens zwei semantisch gehaltvolle Begriffe
- Die Begriffe sind durch den logischen Operator (z.B. wenn – dann) verbunden
- Die Aussage ist nicht tautologisch
- Die Aussage ist widerspruchsfrei
- Die empirischen Geltungsbedingungen sind im Einzelnen aufgezählt
- Die Begriffe sind auf Wirklichkeitsphänomene hin operationalisierbar
- Die Aussage ist falsifizierbar (d.h. der Forschungsgegenstand ist hinreichend eingegrenzt und es gibt Informationen, die erhoben bzw. ausgewertet werden können, um die Aussage ggf. falsifizieren zu können)

Die Hypothesen wurden in den folgenden vier Themenfeldern aus dem Stand des Wissens abgeleitet:

- Themengebiet 1: Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit in Großschutzgebieten (Hypothesen 1-6)
- Themengebiet 2: Bedeutung von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete (Hypothesen 7-9)

- Themengebiet 3: Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten (Hypothesen 10-12)
- Themengebiet 4: Verortung und Ortswahl von Gesundheitsleistungen (Hypothesen 13-14)

Im Verlauf der Entwicklung der Themenfelder stellte sich heraus, dass „Maßnahmen zur Gesundheitsintervention von Großschutzgebieten“, „naturschutzfachlicher Wert“ und „Besucherlenkungskonzepte“ weitere Themen sind, die zur Prüfung der Hypothesen recherchiert werden sollten. Daraufhin wurde eine 2. Recherche durchgeführt, deren Ergebnis die Kapitel 2.4 und 2.5 bilden.

Die Gesamtdarstellung der einzelnen Schritte vom Stand des Wissens über die Ableitung von Hypothesen und Formulierung von Forschungsfragen bis zur Verknüpfung mit den Zielen der Arbeit findet sich am Ende dieses Kapitels.

Forschungsfragen und Ziele

Um die zuvor gebildeten Hypothesen auf die Wirklichkeitsphänomene hin zu operationalisieren und überprüfbar zu machen (s.o.) wurden im nächsten Schritt Forschungsfragen formuliert. Als Wirklichkeitsphänomene werden hierbei Phänomene verstanden, nach denen gefragt und die mit wissenschaftlichen Methoden untersucht werden können. Dabei stellte sich heraus, dass die Formulierung weiterer sechs Forschungsfragen zur Prüfung der Hypothesen und zur Durchführung des Online-Surveys notwendig war. Die Gründe für diese Fragen sind Vorarbeiten im Sinne von Operationalisierungsschritten, um eine zur Beantwortung einer Hypothese notwendige Forschungsfrage beantworten zu können (Forschungsfragen 4.1.1-4.1.3), Auskünfte zur Aussagefähigkeit der antwortenden Person und der Validität ihrer Aussagen (Forschungsfragen 0.2.3, 4.2.1) und die Verhinderung von Mehrfachteilnahmen und Identifikation der antwortenden Person bei möglichen Nachfragen (Forschungsfrage 0.2.2). Die Forschungsfragen sind also spezifisch für die empirische Erhebung und bestimmen die Darstellung der Ergebnisse. Durch ihre Beantwortung soll eine Prüfung der Hypothesen stattfinden und sie sollen zur Erreichung der Ziele der Arbeit (vgl. Kap. 1.2 und Tab. 9) beitragen.

In Tab. 9 wird die Ableitung der Forschungsfragen aus den Hypothesen erläutert und der Beitrag der Beantwortung der Fragen zur Erreichung der Ziele der Arbeit dargestellt.

Tab. 9: Hypothesenbildung, Ableitung der Forschungsfragen und Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit (Eigene Darstellung)

Hypothesen-Nr.	Stand des Wissens, Hypothese, Forschungsfrage(n), Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit
Themengebiet 1: Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit in Großschutzgebieten	
1	Stand des Wissens: Großschutzgebiete können unterschiedliche Maßnahmen zur Gesundheitsintervention durchführen (Kap. 2.4). Diese Maßnahmen können als Gesundheitsleistungen untersucht und eine intendierte Wirkung in drei unterschiedlichen Dimensionen unterschieden werden. Des Weiteren können fünf Arten von Gesundheitsintervention unterschieden werden (Kap. 2.2). Die Zielfelder der Leitfäden, Instrumente und Managementempfehlungen zur Bewertung und Implementierung von Gesundheitsleistungen auf öffentlichen Grünflächen im Allgemeinen und in Großschutzgebieten im Besonderen berücksichtigen die Ökosystemleistungen und Typen der Interaktionen zwischen Gesundheit und Natur und Landschaft nicht systematisch und könnten lückenhaft sein (Kap. 2.5). Hypothese: Die untersuchten Großschutzgebiete bieten unterschiedliche Gesundheitsleistungen an, die sich hinsichtlich ihrer Zielfelder bzw. Art, dem Angebotszeitraum, der intendierten Gesundheitswirkung, der Gesundheitsdimension, der Art der Gesundheitsintervention und ihrer Zielgruppe unterscheiden lassen. Forschungsfragen: 1.1.1 Welchen Zielfeldern von Gesundheitsinterventionen können die Gesundheitsleistungen zugeordnet werden? 1.1.1.Alt Welche Art von Gesundheitsleistung wird angeboten? 1.1.2 Bieten Großschutzgebiete Programme oder Unterstützungsleistungen an, welche die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen außerhalb der Arbeitszeiten fördern? 1.1.3 Ist die Gesundheitsleistung ein- bis zweimalig, saisonal, ganzjährig? 1.1.4 Welche Gesundheitswirkung ist intendiert? 1.1.5 In welcher Dimension ist eine Gesundheitswirkung intendiert? 1.1.6 Welcher Art der Gesundheitsintervention lassen sich die Gesundheitsleistungen zuordnen? 1.1.8 Ist das Angebot zielgruppenspezifisch und wenn ja, für welche Zielgruppen?

	Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit: -Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten in Deutschland -Bestandsaufnahme zum intendierten Beitrag durch Gesundheitsleistungen von Großschutzgebiete zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlergehen -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Eine Bestandsaufnahme kann Handlungsbedarfe bei Umsetzungsdefiziten aufzeigen -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Fragen nach dem zugrundeliegenden Verständnis von Gesundheit und nach den Gründen für die Arten der Umsetzung und der Maßnahmen. Ergänzung der Zielfelder zur Bewertung und Implementierung von Gesundheitsleistungen.
2	Stand des Wissens: Gesundheit und Wohlbefinden werden als ein mehrdimensionales und dynamisches Konstrukt verstanden, zu deren Förderung, Wiedererlangung und Erhaltung Interventionen in allen drei Dimensionen notwendig sind (Kap. 2.2). Hypothese: Großschutzgebiete bieten Gesundheitsleistungen in allen drei Gesundheitsdimensionen an, ohne dass eine der Dimensionen deutlich unterrepräsentiert ist. Forschungsfrage 1.1.5 In welcher Dimension ist eine Gesundheitswirkung intendiert? Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit: -Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten in Deutschland -Bestandsaufnahme zum intendierten Beitrag durch Gesundheitsleistungen von Großschutzgebiete zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlergehen -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Bei Ablehnung der Hypothese zeigt die Bestandsaufnahme einen Handlungsbedarf zur besseren Förderung, Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden auf -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Fragen nach dem zugrundeliegenden Verständnis von Gesundheit und nach den Gründen für die Arten der Umsetzung und der Maßnahmen (qualitatives Design)

3	Stand des Wissens Es werden fünf Arten von Gesundheitsinterventionen unterschieden (Kap. 2.2). In den ausgewerteten Übersichtsarbeiten zur Bedeutung von Natur und Landschaft für Gesundheit und Wohlergehen werden fast ausschließlich Wirkungen für die Interventionsarten Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie Therapie und Kuration Gesundheitswirkungen genannt (Kap. 2.3.1). Hypothese: Die Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten lassen sich überwiegend den Interventionsarten Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie Therapie und Kuration zuordnen, die Interventionsarten Rehabilitation und Pflege spielen kaum eine Rolle. Forschungsfrage: 1.1.6 Welcher Art der Gesundheitsintervention lassen sich die Gesundheitsleistungen zuordnen? Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit -Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten in Deutschland -Bestandsaufnahme zum intendierten Beitrag durch Gesundheitsleistungen von Großschutzgebiete zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlergehen -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Bei Ablehnung der Hypothese zeigt die Bestandsaufnahme einen Handlungsbedarf zur besseren Förderung, Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden auf. -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Fragen nach dem zugrunde liegenden Verständnis von Gesundheit und nach den Gründen für die Arten der Umsetzung und der Maßnahmen (qualitatives Design)
4	Stand des Wissens In den ausgewerteten Übersichtsarbeiten zur Bedeutung von Natur und Landschaft für Gesundheit und Wohlergehen werden für unterschiedliche Landschaftselemente und -charakteristika auch unterschiedliche gesundheitsrelevante Wirkungen genannt (Kap. 2.3.1). In den Besucherlenkungskonzepten werden auch andere, nicht wirkungsbezogene Gründe benannt, aus denen der ein Ort für das Angebot von Gesundheitsleistungen ausgewählt werden kann (Kap. 2.5). Hypothese: Unterschiedliche Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft haben auch eine unterschiedliche intendierte Gesundheitswirkung von Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten.

	Forschungsfragen: 1.1.4 Welche Gesundheitswirkung ist intendiert? 1.1.9 Werden Landschaftsattribute, die eine gesundheitliche Wirkung haben, im Angebot der Gesundheitsleistung genannt und wenn ja, welche? 1.1.10 Unterscheiden sich die Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft in ihrer intendierten Gesundheitswirkung? Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit -Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten in Deutschland -Bestandsaufnahme zu Gründen für die Wahl und Qualität des Ortes, an dem Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten erbracht werden -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Bei Ablehnung der Hypothese zeigt die Bestandsaufnahme einen Handlungsbedarf zur besseren Förderung, Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden auf. -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Fragen nach den Kriterien zur Wahl des Ortes, an dem Gesundheitsleistungen angeboten werden und nach der Effektivität und Wirksamkeit von Gesundheitsleistungen
5	Stand des Wissens: Großschutzgebiete können unterschiedliche Maßnahmen zur Gesundheitsintervention durchführen (Kap. 2.4). Die Durchführung solcher Maßnahmen kann in Form von Gesundheitsleistungen erfolgen (Kap. 2.2), welche die Schutzgebiete alleine oder in Kooperation mit anderen Akteuren erbringen (Kap. 2.4). Hypothese: Zur Erbringung von Gesundheitsleistungen arbeiten Großschutzgebiete mit unterschiedlichen Stakeholdern auch unterschiedlich stark zusammen. Forschungsfrage: 1.1.11 Welche Stakeholder sind an der Erbringung der Gesundheitsleistungen beteiligt? 1.1.12 Wird die Gesundheitsleistung vom Großschutzgebiet, vom Stakeholder oder in Kooperation erbracht? Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit -Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten in Deutschland -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Bei Annahme der Hypothese wird ein Handlungsbedarf zur Zusammenarbeit in gemeinsamen Handlungsfeldern zur Nutzung von Synergiepotentialen aufgezeigt.

	-Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Themenbezogene Umfeldanalysen und Forschung zum Stakeholder-Management.
6	<u>Stand des Wissens</u> Gesundheitsleistungen werden als Waren und Dienstleistungen definiert, die auf einem Markt angeboten werden, um die Gesundheit einer Person oder der Allgemeinheit positiv zu beeinflussen (Kap. 2.2). Auf Grund der hohen Bedeutung des Online-Marketings für Großschutzgebiete ist anzunehmen, dass alle Angebote des Schutzgebietes auch auf der entsprechenden Website vermarktet werden. Die angebotszentrierte Inhaltsanalyse ist eine standardisierte Methode zur quantitativen Erhebung von Messdaten, die in Textform vorliegen und eignet sich zur Identifikation von textbasierten Webinhalten zur weiteren Auswertung (Kap. 3.2). <u>Hypothese</u>: Mit der angebotszentrierten Inhaltsanalyse können alle Gesundheitsleistungen eines Großschutzgebietes erfasst werden. <u>Forschungsfragen:</u> 1.2.1 Gibt es Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten, die nicht auf deren Website veröffentlicht werden? 1.2.2 Gibt es Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten, die nicht als solche vermarktet werden? <u>Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit</u> -Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten in Deutschland: Hinweise zur Validität der Bestandsaufnahme -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Hinweise zu weiteren Bestandsaufnahmen, zum Monitoring und zur Evaluierung von Programmen zur Förderung gesundheitsbezogener Programme in Großschutzgebieten. -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Methodendiskussion und Hinweise für Folgeerhebungen, falls Hypothese abgelehnt wurde oder Hinweise zur Erfassung von mit der Methode nicht erfassten Gesundheitsleistungen.

Themengebiet 2: Bedeutung von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete	
7	Stand des Wissens Es gibt unterschiedliche Gründe für Naturschutz-Akteure, um Gesundheitsleistungen anzubieten (Kap. 2.1, 2.3.2). Einige dieser Gründe sind der Nutzen für das Schutzgebiet selbst. Die recherchierten Nutzenarten lassen sich unterschiedlichen Kategorien zuordnen (Kap. 2.3.2). Hypothese: Der Nutzen von Gesundheitsleistungen von und für Großschutzgebiete(n) ist bekannt und lässt sich den recherchierten Kategorien zuordnen. Forschungsfragen: 1.1.7 Ist die Gesundheitsleistung für die InanspruchnehmerInnen kostenpflichtig? 2.1.1 Welchen Nutzen bringen Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete? 3.1 Warum bieten Großschutzgebiete Gesundheitsleistungen an? Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit -Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten in Deutschland -Bestandsaufnahme zum intendierten Beitrag durch Gesundheitsleistungen von Großschutzgebiete zum Naturschutz -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Bei Annahme der Hypothese: Kenntnis der Nutzen als Grundlage zur Entwicklung eines Ziel- und Anreizsystems in Programmen zur Förderung gesundheitsbezogener Aktivitäten in Großschutzgebieten. -Diskussion der Ergebnisse im Kontext rechtlicher Bestimmungen, internationaler und nationaler Verpflichtungen und Programme: Abgleich der Ziele dieser Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme mit den Gründen und Motiven von Großschutzgebieten, diese umzusetzen -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Fragen zum tieferen Verständnis der Motive und Handlungslogiken der beteiligten Akteure durch qualitatives Forschungsdesign. Bei Ablehnung der Hypothese: Diskussion der gebildeten Nutzenkategorien.

8	Stand des Wissens In der recherchierten Literatur werden sehr wenige negative Auswirkungen von gesundheitsbezogenen Aktivitäten auf Naturschutzgebiete beschrieben (Kap. 2.3.2) Hypothese: Negative Auswirkungen von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten treten in den meisten Schutzgebieten nie oder selten und höchstens in wenigen Schutzgebieten gelegentlich, jedoch nie oft oder immer auf. Forschungsfragen: 2.1.2 Wie häufig kommt es zu negativen Auswirkungen für Großschutzgebiete durch Gesundheitsleistungen? 2.1.3 Zu welchen negativen Auswirkungen von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete kommt es gelegentlich, oft und immer? Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit -Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten in Deutschland -Bestandsaufnahme zum intendierten Beitrag durch Gesundheitsleistungen von Großschutzgebiete zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlergehen: Erfassung auch der negativen nicht intendierten Effekte -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Bei Ablehnung der Hypothese und gelegentlichen bis häufigen Auftreten von negativen Auswirkungen hohe Priorität zur weiteren Erforschung der Arten der Auswirkungen, um diese bei zukünftigen Planungen zu minimieren. Diese werden nur nominell abgefragt, um Fragen für die Folgeforschung gezielter formulieren und die negativen Effekte gezielt in Planungen berücksichtigen zu können -Diskussion der Ergebnisse im Kontext rechtlicher Bestimmungen, internationaler und nationaler Verpflichtungen und Programme: Bei Ablehnung der Hypothese Anlass zur stärkeren Berücksichtigung potentieller negativer Auswirkungen von Gesundheitsinterventionen bei zukünftigen Planungen -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Falls Hypothese abgelehnt wird: Hohe Priorität zur weiteren Erforschung der Arten potentieller negativer Auswirkungen von Gesundheitsinterventionen. Prüfung der Hypothese gibt Auskunft darüber, ob wirklich wenige negative Auswirkungen existieren bzw. bekannt sind oder ob lediglich ein Wissensdefizit bestanden hat.

9	Stand des Wissens In den Leitfäden, Instrumente und Managementempfehlungen zur Bewertung und Implementierung von Gesundheitsleistungen auf öffentlichen Grünflächen im Allgemeinen und in Großschutzgebieten im Besonderen werden Maßnahmen genannt, die Handlungsfeldern zugeordnet werden können. Die Umsetzung dieser Maßnahmen kann unterschiedlich stark im Schutzgebietsmanagement verankert sein (Kap. 2.4). Die rechtlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programme sind nicht für jede Schutzgebietskategorie gültig und haben für die unterschiedlichen Kategorien unterschiedliche Verbindlichkeiten (Kap. 2.1, s. Tab. III im Anhang). Hypothese: Die Erbringung von Gesundheitsleistungen ist im Schutzgebietsmanagement der unterschiedlichen Schutzgebietskategorien auch unterschiedlich stark verankert. Forschungsfragen: 0.2.1 In welchem Großschutzgebiet arbeitet die antwortende Person? 2.2.1 Sind Gesundheitsleistungen im Leitbild der Großschutzgebiete verankert? 2.2.2 Sind Gesundheitsleistungen Teil einer Strategie oder eines übergeordneten Konzeptes von Großschutzgebieten? 2.2.3 Ist es ein Ziel von Großschutzgebieten, Gesundheitsleistungen zu erbringen? 2.2.4 Gibt es in Großschutzgebieten ein Monitoring oder eine Evaluierung der Gesundheitsleistungen? Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit -Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten in Deutschland -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Bei Annahme der Hypothese oder bei Ablehnung der Hypothese bei gleichzeitig gleich starker Verankerung der Erbringung von Gesundheitsleistungen im Schutzgebietsmanagement: Bestandsaufnahme gibt Hinweise zum Umsetzungsstand und gibt Auskunft zum Stand der Implementierung von Gesundheitsleistungen. Daraus können Handlungsbedarfe für zukünftige Programme zur besseren Umsetzung der Gesundheitsagenda abgeleitet werden. -Diskussion der Ergebnisse im Kontext rechtlicher Bestimmungen, internationaler und nationaler Verpflichtungen und Programme: Abgleich der Instrumente zur Umsetzung dieser Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme mit dem Stand der Umsetzung ihrer Ziele und Hinweise zur Bedeutung der Gesundheitsagenda für Großschutzgebiete

	-Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Fragen zum Managementsystem von Großschutzgebieten mit Methoden der Organisationsanalyse. Falls die Hypothese mit den operationalisierten Forschungsfragen nicht geprüft werden kann: Diskussion der abgefragten Managementbegriffe.
Themengebiet 3: Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten	
10	Stand des Wissens In den rechtlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programmen werden Großschutzgebiete als Zielgruppe zur Umsetzung der Gesundheitsagenda benannt (Kap. 2.1). Hypothese: Die recherchierten gesetzlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programme sind für die meisten Großschutzgebiete ein Grund, um Gesundheitsleistungen anzubieten. Forschungsfrage: 3.2 Wie handlungsrelevant sind Programme und Bestimmungen für Großchutzgebiete, um Gesundheitsleistungen anzubieten? Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Bestandsaufnahme gibt Hinweise zum Monitoring und zur Evaluierung der Umsetzung der Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme. Daraus können Handlungsbedarfe zur besseren Umsetzung der Gesundheitsagenda abgeleitet werden. -Diskussion der Ergebnisse im Kontext rechtlicher Bestimmungen, internationaler und nationalen Verpflichtungen und Programme: Bestandsaufnahme zu ihrer Bekanntheit und Relevanz zur Umsetzung der Gesundheitsagenda durch und in Großschutzgebiete(n) und Hinweise für das Monitoring und für die Evaluation -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Fragen zum Thema Wirksamkeit rechtlicher Bestimmungen, nationaler und internationaler Verpflichtungen und Programme und Transfer vom Wissen zum Handeln. Fragen zum tieferen Verständnis der Motive und Handlungslogiken der beteiligten Akteure durch qualitatives Forschungsdesign.

11	Stand des Wissens In den rechtlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programmen werden Großschutzgebiete als Zielgruppe zur Umsetzung der Gesundheitsagenda benannt (Kap. 2.1). Denkbar sind jedoch auch andere Gründe, um Gesundheitsleistungen anzubieten (Kap. 2.3.2), sodass das Angebot solcher Leistungen nicht unbedingt bedeuten muss, dass die rechtlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programme auch wirksam im Sinne einer Handlungsrelevanz sind. Hypothese: Außer gesetzlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programmen und dem Zweck der Förderung, Wiedererlangung und Erhaltung der Gesundheit und des Wohlergehens gibt es noch andere Gründe für Großschutzgebiete, um Gesundheitsleistungen anzubieten. Forschungsfrage: 3.1 Warum bieten Großschutzgebiete Gesundheitsleistungen an? Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit -Bestandsaufnahme zum intendierten Beitrag durch Gesundheitsleistungen von Großschutzgebiete zum Naturschutz: Erfassung der Gründe kann Hinweise zum intendierten Beitrag geben. Nennung von gesetzlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programmen bei freier Antwortmöglichkeit erhöht die Validität der Ergebnisse der Forschungsfrage 3.2 (s. Hypothesen 11 und 13). -Bestandsaufnahme zum intendierten Beitrag durch Gesundheitsleistungen von Großschutzgebiete zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlergehen: Erfassung der Gründe kann Hinweise zum intendierten Beitrag geben -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Bei Annahme der Hypothese: Kenntnis der Gründe als Grundlage zur Entwicklung eines Ziel- und Anreizsystems in Programmen zur Förderung gesundheitsbezogener Aktivitäten in Großschutzgebieten -Diskussion der Ergebnisse im Kontext rechtlicher Bestimmungen, internationaler und nationaler Verpflichtungen und Programme: Abgleich der Ziele dieser Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme mit den Gründen von Großschutzgebieten, Gesundheitsleistungen anzubieten -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Fragen zum Thema Wirksamkeit rechtlicher Bestimmungen, nationaler und internationaler Verpflichtungen und Programme und Transfer vom Wissen zum Handeln. Fragen zum tieferen Verständnis der Motive und Handlungslogiken der beteiligten Akteure durch qualitatives Forschungsdesign.

12	Stand des Wissens In den rechtlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programmen werden Großschutzgebiete als Zielgruppe zur Umsetzung der Gesundheitsagenda benannt. Diese sind jedoch nicht für alle Schutzgebietskategorien gültig und haben für die unterschiedlichen Kategorien unterschiedliche Verbindlichkeiten (Kap. 2.1, s. Tab. III im Anhang). Hypothese: Die gesetzlichen Bestimmungen sowie internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programme haben für Großschutzgebiete unterschiedlicher Schutzgebietskategorie auch eine unterschiedliche Handlungsrelevanz. Forschungsfragen: 0.2.1 In welchem Großschutzgebiet arbeitet die antwortende Person? 3.2 Wie handlungsrelevant sind Programme und Bestimmungen für Großschutzgebiete, um Gesundheitsleistungen anzubieten? Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Bestandsaufnahme gibt Hinweise zum Monitoring und zur Evaluierung der Umsetzung der Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme. Daraus können Handlungsbedarfe zur besseren Umsetzung der Gesundheitsagenda abgeleitet werden. -Diskussion der Ergebnisse im Kontext rechtlicher Bestimmungen, internationaler und nationalen Verpflichtungen und Programme: Bestandsaufnahme zu ihrer Bekanntheit und Relevanz zur Umsetzung der Gesundheitsagenda durch und in Großschutzgebiete(n) und Hinweise für das Monitoring und für die Evaluation -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Fragen zum Thema Wirksamkeit rechtlicher Bestimmungen, nationaler und internationaler Verpflichtungen und Programme und Transfer vom Wissen zum Handeln. Fragen zum tieferen Verständnis der Motive und Handlungslogiken der beteiligten Akteure durch qualitatives Forschungsdesign.

Themengebiet 4: Verortung und Ortswahl von Gesundheitsleistungen	
13	Stand des Wissens In den ausgewerteten Übersichtsarbeiten zur Bedeutung von Natur und Landschaft für Gesundheit und Wohlergehen werden für unterschiedliche Landschaftselemente und -charakteristika auch unterschiedliche gesundheitsrelevante Wirkungen genannt (Kap. 2.3.1). In den Besucherlenkungskonzepten werden auch andere, nicht wirkungsbezogene Gründe benannt, aus denen ein Ort für das Angebot von Gesundheitsleistungen ausgewählt werden kann (Kap. 2.5). Es besteht ein Forschungsdefizit bezüglich des Schutzstatus der Orte, an denen Gesundheitsleistungen angeboten werden (Kap. 2.3.1). Der naturschutzrechtliche Schutzstatus ist das Resultat der naturschutzfachlichen Bewertung und kann als Indikator für den naturschutzfachlichen Wert dienen (Kap. 2.5). Es gibt wenige Hinweise darauf, dass Orte mit einem hohen naturschutzfachlichen Wert eine besondere Wirkung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben (Kap. 2.5). Durch das Konzept „sense of place“ kann die die Gesundheit und das Wohlbefinden erhaltende oder steigernde Wirkung von Schutzgebieten durch die Bindung an selbige erklärt werden. Diese Bindung wird u.a. durch die Bedeutung als Ort („place“), die ihm aufgrund seines naturschutzfachlichen Wertes bzw. seines Schutzstatus zugeschrieben wird, erzeugt (Kap. 2.5). Hypothese: An Orten mit unterschiedlichem naturschutzfachlichen Wert, an denen Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten angeboten werden, können auch unterschiedliche intendierte Gesundheitswirkungen differenziert werden. Forschungsfrage: 4.1.4 Unterscheiden sich Orte mit unterschiedlichem Naturschutzwert in ihrer intendierten Gesundheitswirkung? Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit -Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten in Deutschland -Bestandsaufnahme zu Gründen für die Wahl und Qualität des Ortes, an dem Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten erbracht werden -Bestandsaufnahme zum intendierten Beitrag durch Gesundheitsleistungen von Großschutzgebiete zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlergehen -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Bei Ablehnung der Hypothese zeigt die Bestandsaufnahme einen Handlungsbedarf zur besseren Förderung, Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden auf.

	-Diskussion der Ergebnisse im Kontext wissenschaftlicher Forschung, internationaler und nationaler Verpflichtungen sowie rechtlicher Bestimmungen -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Fragen nach den Kriterien zur Wahl des Ortes, an dem Gesundheitsleistungen angeboten werden und nach der Effektivität und Wirksamkeit von Gesundheitsleistungen. Fragen zur besonderen Eignung von naturschutzrechtlich besonders wertvollen Orten für das Angebot von Gesundheitsleistungen sowie zu den damit möglicherweise einhergehenden negativen Effekten (s. Forschungsfrage 2.3.1)
14	<u>Stand des Wissens</u> In den ausgewerteten Übersichtsarbeiten zur Bedeutung von Natur und Landschaft für Gesundheit und Wohlergehen werden für unterschiedliche Landschaftselemente und -charakteristika auch unterschiedliche gesundheitsrelevante Wirkungen genannt (Kap. 2.3.1). In den Besucherlenkungskonzepten werden auch andere, nicht wirkungsbezogene Gründe benannt, aus denen ein Ort für das Angebot von Gesundheitsleistungen ausgewählt werden kann (Kap. 2.5). Es besteht ein Forschungsdefizit bezüglich der Bedeutung der Gesundheitswirkung von unterschiedlichen Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft bei der Wahl des Ortes, an dem Gesundheitsleistungen angeboten werden (Kap. 2.5). <u>Hypothese</u>: Für die Wahl des Ortes, an dem Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten angeboten werden, spielen neben praktischen und naturschutzfachlichen Gründen auch die unterschiedliche Gesundheitswirkung von unterschiedlichen Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft eine Rolle. <u>Forschungsfragen:</u> 1.1.9 Werden Landschaftsattribute, die eine gesundheitliche Wirkung haben, im Angebot der Gesundheitsleistung genannt und wenn ja, welche? 4.2.2 Welche Kriterien sind für die Wahl des Ortes, an dem eine Gesundheitsleistung von Großschutzgebieten angeboten wird, von Bedeutung? 4.2.3 Welche Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft haben für die Wahl des Ortes, an dem eine Gesundheitsleistung von Großschutzgebieten angeboten wird, eine mittelmäßige, ziemliche oder außerordentliche Bedeutung?

	<u>Beitrag zur Erreichung der Ziele der Arbeit</u> -Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten in Deutschland -Bestandsaufnahme zu Gründen für die Wahl und Qualität des Ortes, an dem Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten erbracht werden -Bestandsaufnahme zum intendierten Beitrag durch Gesundheitsleistungen von Großschutzgebiete zum Naturschutz: -Bestandsaufnahme zum intendierten Beitrag durch Gesundheitsleistungen von Großschutzgebiete zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlergehen -Beitrag zur Förderung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner: Eine Berücksichtigung von wirkungsbezogenen Kriterien bei der Auswahl des Ortes, an dem Gesundheitsleistungen angeboten werden, kann zu deren Effektivität und Wirksamkeit beitragen. Die Kenntnis der aktuell berücksichtigten Gründe für die Ortswahl kann eine diesbezügliche Handlungsrelevanz anzeigen. Die Nennung von Landschaftsattributen mit gesundheitlicher Wirkung bei der Vermarktung der Angebote kann für die Implementierung der Gesundheitsagenda wichtig sein, um sich von anderen Anbietern abzuheben, die durch andere Naturgegebenheiten (insbesondere an naturschutzfachlich weniger wertvollen Orte, die außerhalb eines Großschutzgebietes) im Nachteil gegenüber Großschutzgebieten sind. -Diskussion der Ergebnisse im Kontext wissenschaftlicher Forschung, internationaler und nationaler Verpflichtungen sowie rechtlicher Bestimmungen: Bisher werden keine wirkungsbezogenen Empfehlungen zu Kriterien für die Wahl des Ortes, an dem Gesundheitsleistungen angeboten werden, gegeben. Eine Kenntnis der Gründe für die Ortswahl würde Hinweise zur Erarbeitung solcher Kriterien geben. -Hinweise zur weiteren Bearbeitung des Themas: Hinweise zur Erarbeitung einer evidenzbasierten Marketingstrategie, die auf die naturräumliche Ausstattung von Großschutzgebieten als Alleinstellungsmerkmal abzielt. Hinweise für eine bezüglich der Ortswahl wirkungsbezogene Gestaltung von Gesundheitsleistungen.

3.2 Wahl der untersuchten Großschutzgebiete

Großschutzgebiete tragen wesentlich zum Schutz der biologischen Vielfalt bei und werden auf Grund ihrer besonderen naturräumlichen Ausstattung ausgewiesen. Da im Rahmen der Masterarbeit nicht alle 158 Großschutzgebiete untersucht werden können, werden nur diejenigen Großschutzgebiete ausgesucht, für die eine Umsetzung der Gesundheitsagenda auf Grund weiterer Kriterien eine besondere Relevanz hat. Diese liegt vor, wenn die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen durch die UN oder durch EUROPARC als strategisches Ziel benannt werden. Dies ist dann der Fall, wenn das Großschutzgebiet einer Kategorie der UNESCO oder der IUCN angehört oder Mitglied bei EUROPARC Deutschland ist (vgl. Tab. III im Anhang). Die Beschränkung auf Großschutzgebiete erfolgt auf Grund der relativ geringeren Anzahl an Schutzgebieten (verglichen mit Natur- und Landschaftsschutzgebieten) und wegen der zumeist vorhandenen eigenständigen Trägerorganisation, die über ein eigenes Schutzgebietsmanagement verfügt und von der angenommen wird, dass dieses die zu untersuchenden Gesundheitsleistungen erbringen kann.

Die UNESCO-Weltnaturerbe Stätten und Nationalen Naturmonumente (nach IUCN) werden nicht untersucht, da diese in Deutschland keine Großschutzgebiete sind (BfN 2016a). Sternenparks werden ebenfalls nicht betrachtet, da die drei in Deutschland existierenden Parks nicht von der IUCN anerkannt sind, nach den UNESCO-Kategorien noch keine Anerkennungen erfolgen und die Anforderungen und Kategorien der International Dark Sky Association als anerkennende Organisation keine explizit gesundheitsbezogenen Aktivitäten vorsieht. Zudem sind alle drei Parke in bestehende Großschutzgebiete integriert. Der einzige Nationalpark, der von der UNESCO anerkannt ist, wird bereits auf Grund seiner Mitgliedschaft bei EUROPARC Deutschland ausgewählt.

Für Naturparks besteht eine besondere Relevanz und Verpflichtung zur Umsetzung der Gesundheitsagenda, wenn diese Mitglied bei EUROPARC Deutschland und/oder zusätzlich ein UNESCO-Global-Geo-Park sind (vgl. Tab. III im Anhang). Die Nationalen GeoParke sind von der UNESCO nicht anerkannt und es bestehen keine eigenen Bestrebungen, Gesundheitsleistungen anzubieten (vgl. GAWS NGP 2016). Auf Grund dessen werden diese ebenfalls nicht untersucht.

Eine neue Art von Schutzgebieten stellen Wildnisgebiete dar. Diese sind keine neue Schutzgebietskategorie, sondern eine Zusatzqualifikation bzw. ein Prädikat. Sie sollen dazu beitragen, dass sich bis 2020 mindestens 2 % der Landesfläche Deutschlands zu Wildnis entwickeln können (BfN 2017c). Die Auswahl des zur Zeit der Erhebung einzigen Wildnisgebietes als zu untersuchendes Gebiet ergibt sich daraus, dass das betreffende Gebiet Mitglied bei EUORPARC Deutschland ist und über ein eigenes Schutzgebietsmanagement verfügt, das auch Angebote für Besucher erstellt (SBSF 2017). Zudem ist die Schutzgebietsfläche, ähnlich wie bei Nationalparken und Biosphärenreservaten, in drei Zonen eingeteilt und wird planmäßig in 2017 über eine eigene Schutzgebietsverordnung rechtlich verankert sein (ZGF 2017).

In folgenden Großschutzgebieten wurden Gesundheitsleistungen untersucht:

16 Nationalparke: Bayerischer Wald, Berchtesgaden, Schleswig-Holsteinisches Wattenmeer, Niedersächsisches Wattenmeer, Hamburgisches Wattenmeer, Jasmund, Vorpommersche Boddenlandschaft, Müritz, Sächsische Schweiz, Unteres Odertal, Hainich, Eifel, Kellerwald-Edersee, Harz, Schwarzwald, Hunsrück-Hochwald

20 Biosphärenreservate (davon 19 von der UNESCO anerkannt): Berchtesgadener Land, Bliesgau, Karstlandschaft Südharz (nicht von der UNESCO anerkannt), Flusslandschaft Elbe - Brandenburg, Flusslandschaft Elbe - Mecklenburg-Vorpommern, Mittelelbe, Niedersächsische Elbtalaue, Hamburgisches Wattenmeer, Niedersächsisches Wattenmeer, Schleswig-Holsteinisches Wattenmeer und Halligen, Oberlausitzer Heide- und Teichlandschaft, Pfälzerwald-Nordvogesen, Rhön, Schaalsee, Schorfheide-Chorin, Schwäbische Alb, Schwarzwald, Spreewald, Südost-Rügen, Thüringer Wald

18 Naturparke mit Mitgliedschaft bei EUROPARC Deutschland: Bayerische Rhön, Bayerischer Wald, Internationaler Naturpark Bourtanger Moor – Bargerveen, Drömling, Eichsfeld-Hainich-Werratal, Erzgebirge/Vogtland, Feldberger Seenlandschaft, Insel Usedom, Kyffhäuser, Lauenburgische Seen, Mecklenburgische Schweiz und Kummerower See, Münden, Nossentiner/Schwinzer Heide, Pfälzerwald, Südharz, TERRA.vita (auch UNESCO-Global Geopark), Thüringer Schiefergebirge/Obere Saale, Thüringer Wald

6 UNESCO-Global Geoparke: Natur- und Geopark Vulkaneifel, Natur- und Geopark TERRA.vita (auch Naturpark und EUROPARC-Mitglied), Geopark Muskauer Faltenbogen, Geo-Naturpark Bergstrasse-Odenwald, Geopark Harz – Braunschweiger Land – Ostfalen, Geopark Schwäbische Alb

1 Wildnisgebiet mit Mitgliedschaft bei EUROPARC Deutschland: Wildnisgebiet Königsbrücker Heide

Diejenigen Großschutzgebiete, die in ein anderes Schutzgebiet integriert sind oder/und über kein eigenständiges Schutzgebietsmanagement bzw. Trägerorganisation verfügen, das eigene Gesundheitsleistungen anbieten könnte, werden nicht befragt. Ebenso werden Schutzgebiete, die mehr als einer Schutzgebietskategorie angehören, nur einfach befragt und deren Angebot auch nur einfach analysiert. Bei länderübergreifenden Schutzgebieten wird jeder Landesteil separat befragt, falls er über eigene Zuständigkeiten mit einer eigenen personellen Ausstattung verfügt und auch separate Veranstaltungen anbietet. Für die Nationalparke Jasmund und Vorpommersche Boddenlandschaft gibt es eine gemeinsame Verwaltung, die für beide Schutzgebiete auskunftsfähig ist und für beide Schutzgebiete zusammen befragt wird. Die methodischen Besonderheiten, die sich hieraus für die einzelnen Schutzgebiete ergeben, finden sich in Tab. VIII im Anhang.

Insgesamt werden also 61 Schutzgebiete im rechtlichen Sinne befragt. Die Grundgesamtheit für das Online-Survey ist jedoch davon abweichend 58. In der angebotszentrierten Inhaltsanalyse und bei der Auswertung der GIS-Daten ist die Grundgesamtheit zwar 61. Jedoch ist diese nicht identisch mit den 61 Schutzgebieten im rechtlichen Sinne, da das BSR Rhön in allen drei Bundesländern eigene Angebote erstellt, der NLP und das BSR Hamburgisches Wattenmeer sowie der Geo- und Naturpark TERRA.vita jeweils ein gemeinsames Angebot haben.

3.3 Methodik

Um die Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten zu erforschen, bestehen grundsätzlich drei Möglichkeiten zur Gewinnung von Daten. Im Folgenden werden diese für die Wahl der Methoden abgewogen:

1. Erhebung und Auswertung von Daten vor Ort: Begehung, Mitnahme von Print-Materialien, Anwendung von Assessment-Tools (vgl. Tab. II, Anhang 3 auf der Daten-CD) >Im Rahmen einer Masterarbeit nicht möglich, da über 60 Schutzgebiete in ganz Deutschland und sehr zeitaufwändig.
2. Erhebung und Auswertung von Daten, die überall verfügbar sind
   >Daten auf den Websites der Großschutzgebiete und GIS-Daten. Besonders geeignet, aber nicht alle Fragen können so beantwortet werden. Aufgrund dessen ergänzende Befragung von Angestellten der Schutzgebiete.
   (Daten aus Websites: Forschungsfragen 0.1.1-0.1.3, 1.1.1, 1.1.3-1.1.11, 4.1.1; GIS-Daten und ihre Analyse: Forschungsfragen 4.1.2-4.1.4)
3. Befragung von Angestellten des Schutzgebietes
   >Besonders geeignet, aber nicht alle Fragen können von den Angestellten mit einem vertretbaren Aufwand[57] beantwortet werden. Aufgrund dessen nur zu verwenden, wenn die Informationen nicht anders gewonnen werden können.
   (Alle übrigen Forschungsfragen: 0.2.1-0.2.3, 1.1.2, 1.2.1-1.2.2, 2.1.1, 2.1.2-2.1.3, 2.2.1-2.2.4, 3.1-3.2, 4.2.1-4.2.3)

Um die Forschungsfragen zu beantworten, die Hypothesen zu prüfen und die Ziele der Arbeit zu erreichen, wurden drei unterschiedliche Methoden miteinander kombiniert. Als Methoden kommen die Auswertung von GIS-Daten, eine Befragung mittels Online-Survey und eine angebotszentrierte Inhaltsanalyse im World Wide Web zum Einsatz. Dabei wird besonders darauf geachtet, dass nur diejenigen Fragen mittels Online-Survey beantwortet werden sollten, die nicht anders zu beantworten wären. Ziel ist es,

[57] Der Aufwand zur Beantwortung der Fragen sollte möglichst gering sein. Die laut Pretest benötigten durchschnittlichen 6 Minuten sind nach Einschätzung von Dr. Neele Larondelle und Stephanie Schubert, Projektkoordinatorinnen bei EUROPARC Deutschland, auf Grund der Erfahrung von eigenen im Rahmen dessen, was noch vertretbar ist (LARONDELLE 2017b, SCHUBERT 2017). Zudem sind zur Beantwortung einiger Fragen Fachkenntnisse erforderlich (z.B. Zuordnung zu Kategorien (z.B. Dimensionen von Gesundheit), die im thematischen Hintergrund erarbeitet wurden. Eine Erklärung vieler Begriffe im Vorfeld stellt einen nicht vertretbaren Aufwand dar. Bei Frage der geographischen Verortung stellt das Nachschlagen der abgefragten Items einen solchen Aufwand dar.

den zeitlichen Aufwand für die Befragten möglichst gering zu halten, um einen möglichst großen Rücklauf zu erhalten (s.u.).

Im Folgenden Kapitel wird die Wahl der jeweiligen Methoden begründet, die durchgeführten Schritte zu ihrer Anwendung beschrieben und die Ableitung der Antwortskalen aufgezeigt.

Die Wahl der Antwortskalen ergibt sich aus ihrer Fundierung im thematischen Hintergrund und aus den zu erreichenden Zielen. Zusammen mit den zu erreichenden Zielen der Arbeit und mit dem Ziel der Hypothesenprüfung gibt diese auch das Auswertungsschema für die Ergebnisdarstellung vor (s. Kap. 4). Zudem wurde darauf geachtet, dass die Beantwortung der Fragen mit den gewählten Antwortmöglichkeiten mit der jeweils gewählten Methode möglich ist.

3.3.1 Angebotszentrierte Inhaltsanalyse im World Wide Web

Die Beantwortung der Forschungsfragen 0.1.1-0.1.3, 1.1.1 und 1.1.3-1.1.12 und stellt einen zu hohen Aufwand für die Angestellten der Großschutzgebiete dar (s. Fußnote 57). Aufgrund dessen wurden zu ihrer Beantwortung Daten, die über das Internet verfügbar sind, erhoben und ausgewertet. Da dazu die gesuchten Informationen a priori auch auf den Websites vorhanden sein müssen, wird im Folgenden kurz auf die Bedeutung des Online-Marketings für Großschutzgebiete eingegangen.

Die Veränderungen des Konsumverhaltens durch die digitale Revolution ab Ende der 1990er Jahre haben weitreichende Auswirkungen auf die Vermarktung von Waren und Dienstleistungen gehabt (CHARLESWORTH 2010). Mittlerweile hat das Online-Marketing klassische Werbemittel wie Zeitungen und Plakate als wichtigstes Marketinginstrument im Konsumenten-Marketing abgelöst. HOLZAPFEL et al. (2015) betonen dies im Untertitel ihrer Arbeit mit „Wer klassisch wirbt, stirbt“ und unterstreichen die hohe Bedeutung, die Online-Marketing im digitalen Zeitalter einnimmt. Zwar gilt diese Feststellung hauptsächlich für Unternehmen und für Anbieter, die ihre Waren und Dienstleistungen an Endkonsumenten vermarkten. Die Vermarktung von Waren und Dienstleistungen über das Internet hat im Jahr 2017 jedoch nicht nur für Unternehmen eine wesentliche Bedeutung. SCHMÜCKLER und MÖHLER (2005) haben bei der Entwicklung von Leitfäden für die Online-Vermarktung von Destinationen bereits vor 12 Jahren festgestellt, dass das Internet für reisende eine der wichtigsten Informationsquellen ist, die Websites der Destinationen dabei eine

wichtige Rolle spielen und Online-Marketing fester Bestandteil des Marketings von Tourismusanbietern ist. Es ist zu erwarten, dass die Bedeutung nach der Massenverbreitung von Geräten mit mobilem Internetzugang und nach dem massiven Rückgang von Printmedien in den letzten 10 Jahren noch weiter gestiegen ist.

Die Bedeutung von Online-Marketing für Destinationen ist auf Großschutzgebiete übertragbar. Diese sind zwar nicht nur Destinationen, bieten ihre Waren und Dienstleistungen jedoch überwiegend lokal beschränkt auf das Schutzgebiet selbst an. Eine Vorabrecherche zu den untersuchten Großschutzgebieten hat ergeben, dass alle Großschutzgebiete über eine eigene Website verfügen, die fast immer einen eigenen Bereich mit Veranstaltungshinweisen und anderen Angeboten beinhaltet. Auf Grund der hohen Bedeutung des Online-Marketings für Großschutzgebiete ist anzunehmen, dass alle Angebote des Schutzgebietes auch auf der entsprechenden Website vermarktet werden. Diese Annahme wird mit den Forschungsfragen 1.2.1 und 1.2.2 geprüft (vgl. Fragen Nr. 10 und 11 im Online Survey unten).

Die angebotszentrierte Inhaltsanalyse ist eine standardisierte Methode zur quantitativen Erfassung von Messdaten, die in Textform vorliegen (RÖSSLER 2017). Ziel ist es, die große Anzahl, Heterogenität und Komplexität an Informationen, die im Internet verfügbar sind, „nach intersubjektiv nachvollziehbaren Kriterien formal und inhaltlich zu erschließen“ (MEIER et al. 2010, S. 108). Dadurch ist sie in besonderem Maße dazu geeignet, Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten, die als textbasierte Webinhalte auf den Websites selbiger vorliegen, zu identifizieren und entsprechend der Forschungsfragen zu analysieren. Anders als die nutzerzentrierte Inhaltsanalyse orientiert sich diese an Darstellungen, die generalisiert sind und nicht von den Spezifika des Nutzers abhängen (RÖSSLER und WIRTH 2001).

Da die Inhalte im Internet über die Zeit variieren, spielt bei der Analyse von Online-Inhalten die Archivierung eine wichtige Rolle. Um die Grundgesamtheit zu bestimmen und die Auswahl und Analyseeinheiten festzuhalten, wurden die untersuchten Websites deshalb mit dem Programm wget::gui archiviert. Bei Websites, deren Archivierung aus technischen Gründen nicht möglich sein sollte, werden Screenshots der Suchergebnisse sowie gegebenenfalls die Veranstaltungsprogramme archiviert. Vor der Auswertung der Daten erfolgt eine Prüfung und Eliminierung zufälliger Fehler durch die Identifikation von Werten, die nicht definiert sind oder fehlen.

Das Codebuch

Um den Forschungsprozess transparent zu gestalten, erfolgt die Konzeption der Inhaltsanalyse mittels eines Codebuchs. Dieses gibt das Vorgehen des Codierens sowie die Kriterien vor, anhand derer das Material untersucht wird. Durch diese Standardisierung wird das Ergebnis reproduzierbar (RÖSSLER 2017). In Abb. 9 wird der Aufbau des Codebuchs dargestellt.

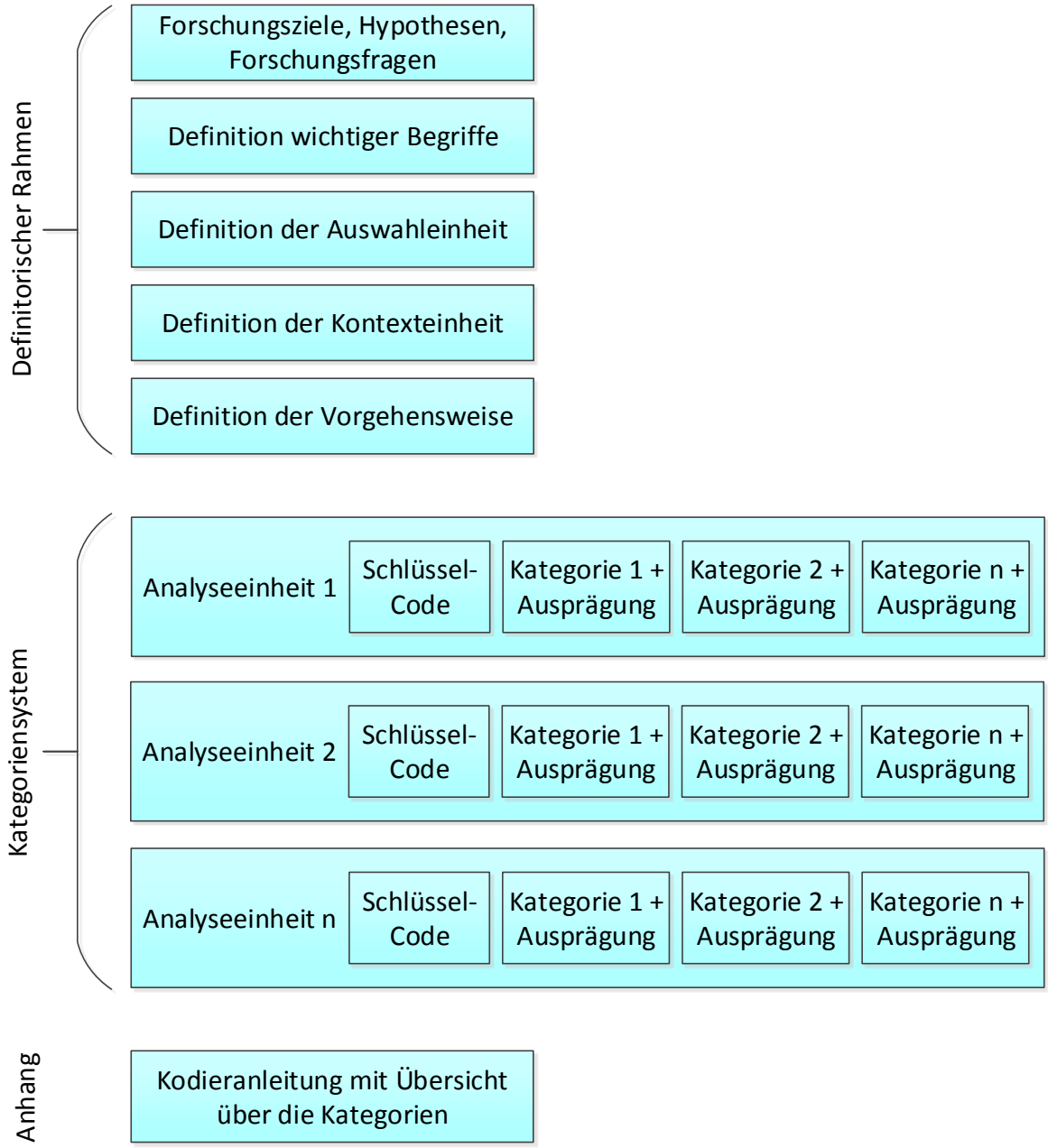


Abb. 9: Aufbau des Codebuchs (Eigene Darstellung, verändert nach RÖSSLER 2017, Abb. 6.1, S. 96)

Das Codebuch besteht aus drei Teilen: Der Einleitung, in welcher der definitorische Rahmen festgelegt wird, dem Kategoriensystem, in dem die Kriterien spezifiziert werden, anhand derer die Codiereinheiten gemessen werden und dem Anhang, der die Codiertabelle enthält, in der die Erfassung stattfindet (s. Anhang 1, Anhang 2, Anhang 3, Anhang 4, Anhang 5, und Anhang 6 im Anhang sowie Anhang 1, Datei Anhang 3 auf der Daten-CD).
Die Aufnahme der Grunddaten zur Auswahleinheit der Inhaltsanalyse (i.e. Name des Schutzgebietes, Schutzkategorie, Website-Adresse, Aufnahmedatum, Fallbezeichnung) ist im Zuge der Bestimmung der Auswahleinheit erfolgt. Deshalb ist zur Beantwortung der Forschungsfragen 0.1.1-0.1.3 kein Vorgehen nach einem Codebuch notwendig[58]. Der Zusammenhang der Forschungsfragen zu den Hypothesen und zu den Zielen der Arbeit ist bereits in Kapitel 3.1 erfolgt.

Im Folgenden wird der definitorische Rahmen der Schritte „Definition der Auswahleinheit“, „Definition der Analyseeinheit(en)“ und die „Definition der Kontexteinheit“ erläutert. Dieser ist für alle Forschungsfragen gleich. Die Beschreibung der Vorgehensweise erfolgt, sofern vorhanden, für jede Forschungsfrage einzeln (s.u.).

Definition der Auswahleinheit

Vor der Bestimmung der Auswahleinheiten im Sinne einer Inhaltsanalyse ist bereits eine inhaltliche begründete und den zeitlichen Restriktionen, in deren Rahmen die Arbeit durchgeführt wird, Rechnung tragende Auswahl der zu untersuchenden Großschutzgebiete erfolgt (vgl. Kap. 3.2). Die inhaltliche Spezifikation der Auswahleinheit ist also für alle Methoden, die in dieser Arbeit zum Einsatz kommen, erfolgt. Da diese ein „strukturgleiches, verkleinertes Abbild der Grundgesamtheit“ (RÖSSLER 2017, S. 58) darstellen, sind die Aussagen über die Auswahleinheiten für die untersuchten Großschutzgebiete repräsentativ und können verallgemeinert werden. Die Definition der Auswahleinheit wurde in folgenden sechs Schritten durchgeführt (RÖSSLER 2017, S. 53 ff.):

[58] Die Forschungsfragen 0.1.1-0.1.3 werden im engeren Sinne nicht mit einer angebotszentrierten Inhaltsanalyse im World Wide Web beantwortet. In der Gesamt-Vorgehensweise der Arbeit sind diese Fragen Forschungsfragen, in der Logik der Inhaltsanalyse jedoch keine Forschungsfragen, sondern nur die Definition der Auswahleinheit. Da diese Informationen jedoch im Zuge der Definition der Auswahleinheit bei der Durchführung der Inhaltsanalyse erhoben werden, wird die Beantwortung der Forschungsfragen in der Gesamt-Vorgehensweise als mit der Inhaltsanalyse beantwortet angesehen.

1. Zeitraum: Die Analyse erfolgt vom 29.09.-17.10.2017. Die Gesundheitsleistungen werden als Fall angenommen, wenn sie innerhalb des Jahres 2017 in Anspruch genommen werden konnten bzw. können. Falls kein Programm für in der Zukunft liegende Veranstaltungen vorhanden ist, werden auch Gesundheitsleistungen analysiert, die innerhalb der letzten 265 Tage angeboten wurden, um einen vergleichbar langen Zeitraum für jedes Schutzgebiet untersuchen zu können. Die untersuchten Websites wurden zwecks Reproduzierbarkeit der Ergebnisse möglichst komplett runtergeladen und können bei Bedarf vom Autor bezogen werden. Die Archivierung erfolgt mit den Programmen „wget“ und „wget::gui“[59] unter Linux und kann mit dem Programm „regain“[60] durchsucht werden (s. Datei Angebotsanalyse im World Wide Web - Untersuchungsgegenstand und Ergebnisse auf der Daten-CD).
2. Räumliche Geltung: Der Serverstandort ist für die Fragestellung irrelevant. Um doppelte Erhebungen zu vermeiden werden nur deutschsprachige Medien ausgewählt.
3. Mediengattung: Online-Medien (Internet)
4. Medienangebote: Aufgrund der Fallzahl und der großen Datenmenge, die auf über 60 Websites vorliegt, werden nur die Angebote der offiziellen Websites der Großschutzgebiete sowie, falls vorhanden, ihrer Zentren, betrachtet. Ob Informationen, die für die Forschungsfragen relevant sein könnten, aber durch die gewählte Mediengattung nicht erfasst werden, vorliegen, soll über die Forschungsfragen 1.2.1 und 1.2.2 / Fragen Nr. 10 und 11 im Online-Survey erhoben werden. Um die Daten nach bestimmten Suchbegriffen durchsuchen zu können, werden nur Informationen, die in Textform vorliegen, erfasst.
5. Ressorts/Formate: keine Einschränkungen

[59] „wget“ ist ein Webgrabber-Programm, das komplette Websites, (je nach Einstellung) inklusive Bild-, Ton, und Videoinhalten, aus dem Internet auf ein Harddesk runterlädt (ROESNER o.J.). „wget::gui“ ist die graphische Oberfläche des Programms wget. Durch die graphische Oberfläche kann das Programm auch ohne Programmierkenntnisse benutzt werden. Die Archivierung erfolgte nach Anleitung von TIJINK 2000 und MÜCKE 2016 mit folgenden Einstellungen (Befehlstrennung mit Simikolon): -i.wget-list; -nc; -x; -r; -l2; -k; -Rjpg,gif,exe,mpg, wmv, mp4, avi, mov. Falls mit -r nur die Index-Datei archiviert werden konnte, wurde eine alternative Archivierung mit -m versucht. Das Programm steht als kostenloser Download für das Betreibssystem Linux auf der Website http://www.jensroesner.de/wgetgui/ zur Verfügung. Eine Version dieses Programms für Windows ist WinWGet und steht auf der Website https://sourceforge.net/projects/winwget/ als kostenloser Download zur Verfügung.

[60] „regain“ ist eine Suchmaschine, mit der große Datenmengen in Dateien und Dokumenten über eine Indexdatei durchsucht werden können und eignet sich besonders für die Durchsuchung archivierter Websites (SCHNEIDER und TESCHE o.J.). Das Programm steht als kostenloser Download auf der Website http://regain.sourceforge.net/download.php zur Verfügung.

6. Inhaltliche Spezifikation: Die durch das o.g. Vorgehen bestimmten Auswahleinheiten werden inhaltlich wie folgt spezifiziert: Alle Seiten von offiziellen Websites von Großschutzgebieten, für die eine besondere Relevanz der Gesundheitsagenda festgestellt wurde (vgl. Kap. 2.1 und 3.2)

Definition der Analyseeinheit

Die Analyseeinheiten sind jene Bestandteile der Auswahleinheit, für die im Rahmen der Kodierung eine Klassifizierung vorgenommen wird. Da die Analyseeinheiten die Seiten einer Website sind, die auf dieselbe Auswahleinheit angewendet werden und als unabhängig voneinander betrachtet werden, erfolgt die Festlegung der Analyseeinheiten durch eine parallele Zerlegung (RÖSSLER 2017, S. 76 f.). Dazu werden die Analyseeinheiten mit einer Suche nach bestimmten Begriffen auf startpage.com[61] mit bestimmten Einstellungen[62] bestimmt. Das Vorhandensein eines dieser Begriffe gilt als Aufgreifkriterium der Seite, auf der dieser Begriff gefunden wurde.

Die so identifizierten Seiten können über eine eigene Internet-Adresse aufgerufen werden und wurden im Archiv der Auswahleinheiten zwecks Reproduzierbarkeit der Ergebnisse festgehalten. Die zu untersuchenden Analyseeinheiten werden wie folgt festgelegt:

Bestimmung von Begriffen, die als Aufgreifkriterium gelten

Es sollen Begriffe gefunden werden, mit denen Gesundheitsleistungen, die auf den Websites der untersuchten Großschutzgebiete angeboten werden, beschrieben bzw. vermarktet werden. Es werden in folgenden Begriffsgruppen Begriffe als Aufgreifkriterien bestimmt (vgl. Tab. IV im Anhang):

- Alle Synonyme für Gesundheit, Wohlbefinden oder Krankheit. Begründung: Gesundheitsleistungen intendieren eine Wirkung auf die Gesundheit bzw. Krankheit (vgl. Abb. 2). Zudem liegt ein multidimensionales und dynamisches Verständnis von Gesundheit zugrunde, welches das Wohlbefinden mit einschließt (vgl. Kap. 2.2).

[61] Die Entscheidung zur Nutzung der Suchmaschine startpage.com wurde auf Grund der Beschränkung der Suche mit google.com auf 32 Begriffe getroffen, da nach 97 Suchbegriffen gesucht werden soll. Startpage.com stellt die google-Ergebnisse ohne diese Beschränkung dar.

[62] Diese sind: Sprache: deutsch, Ergebnisse nicht filtern, Website = Auswahleinheit (Suche nur auf der jew. Website), Dateiformat: beliebig, Land: beliebig, Datum: beliebig und Ergebnis, falls nur einer der Suchbegriffe gefunden wird (Wortverbindung mittels „OR“)

- Alle Arten von Gesundheitsinterventionen und ihre Synonyme (vgl. Abb. 3). Begründung: Gesundheitsleistungen sind im medizinischen Sinne Gesundheitsinterventionen (vgl. Kap. 2.2).
- Alle Arten von Gesundheitswirkungen von Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft, die in der recherchierten Fachliteratur beschrieben werden (s. Tab. IV im Anhang). Begründung: Die Definition von Gesundheitsleistungen beinhaltet eine intendierte Gesundheitswirkung (s. Kap. 2.2).

Als Ergebnis wurden folgende **Suchbegriffe** erarbeitet:

gesund wohl Salubrität Heil Wellness Eudämonie Krank Leiden Schmerz Übelbef Unpässlich Unwohl Verletz Gebrechen Siechtum Indisposition Wehwehchen Zipperlein Infekt Prävent Prophyla Kur Therap Reha Gewaltkur Rosskur Fit vital Immun Herzkreislauf Kreislauf Atemweg Lärm Stress Genes Blutdruck Puls Erschöpf Konzentr „Positive Emotionen“ Spirituel Identifi „gute Stimmung“ „Kognitive Entwicklung“ „emotionale Entwicklung“ „emotionaler Entwicklung“ „emotionalen Entwicklung“ „positive Lebensauffassung“ „positiver Lebensauffassung“ „positiven Lebensauffassung“ „Lebenszufriedenheit“ „kulturelle Bereicherung“ „symbolische Bereicherung“ Suchterkrankung „soziale Zusammenhalt“ „sozialer Zusammenhalt“ „sozialen Zusammenhalt“ Gemeinschaftsbildung „soziale Integration“ „sozialer Integration“ „sozialen Integration“ „soziale Isolation“ „sozialer Isolation“ „sozialen Isolation“ „räumliche Bindung“ „Gewaltprävention“ „Gefängnis“ Häftling Haft „naturbasierte Therapie“ „naturbasierter Therapie“ „naturbasierten Therapie“ Naturtherapie

Ergänzend wurden die jeweils aktuellsten Veranstaltungsprogramme bzw. -kalender der Schutzgebiete als Analyseeinheit bestimmt, da darin i.d.R. alle Angebote zusammengefasst werden.

Dazu wird zunächst die Anzahl der Suchergebnisse pro Großschutzgebiet erfasst. Da die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bearbeitung des Themas begrenzt und die Sensitivität der Suche mit den gewählten Begriffen unbekannt ist, sollten für die Kodierung der Ergebnisse nicht mehr als 60 Stunden insgesamt aufgewendet werden. Bei mehr als 100 Suchergebnissen pro Website wird die Suche mit eingeschränkten Suchbegriffen durchgeführt (vgl. Anhang 7 im Anhang). Ergänzend wird manuell, also ohne Rückgriff auf eine Suchmaschine, in den Rubriken „Veranstaltungen“,

„Schutzgebiet XY erleben“ u.ä. gesucht (vgl. Datei „Angebotsanalyse im World Wide Web: Untersuchungsgegenstand und Ergebnisse“ auf der Daten-CD).

Definition der Kontexteinheiten:

Um die Analyseeinheiten korrekt zu erfassen, werden in nicht eindeutigen Fällen weitere Informationen zu den Gesundheitsleistungen eingeholt (RÖSSLER 2017). Dazu wird nach dem Titel, der durchführenden Person oder Einrichtung mit einer Suchmaschine nach klärenden Inhalten gesucht. Diese Fälle werden mit einem entsprechenden Kommentar versehen.

Beschreibung der Vorgehensweise und Kategoriensystem

Nach Aufnahme der Grunddaten erfolgt zunächst die Fallprüfung mittels Forschungsfrage 1.1.4. Falls eine intendierte Wirkung geäußert wird oder klar erkennbar ist, erfolgt die Fallannahme und Erhebung weiterer Daten zur Bearbeitung der Forschungsfragen. Bei Ablehnung des Falles werden nur die Grunddaten erhoben.

Die interessierenden Kategorien ergeben sich aus der jeweiligen Forschungsfrage und dem thematischen Hintergrund (s. Tab. VIII im Anhang). Zur Bearbeitung der Forschungsfragen 1.1.4, 1.1.9 und 1.1.10 erfolgt die Kategorienbildung und -zuordnung abweichend zu diesem Vorgehen anhand der im jeweiligen Angebot genannten Intention(en) bzw. Attribute (ebd.).

Die Zuweisung eines Schlüssel-Codes zu jeder Ausprägung innerhalb einer Kategorie erfolgt innerhalb der Kodieranleitung (s. Anhang 6).

Aufnahme einer neuen Forschungsfrage im Forschungsverlauf

Zu einem frühen Zeitpunkt während der Angebotsanalyse hat sich herausgestellt, dass die Zuordnung der Gesundheitsleistung zu einem Zielfeld in ca. 50 % der Fälle nicht möglich ist (vgl. Kap. 4). Daraufhin wurde eine neue Forschungsfrage zur Erhebung der Art der Gesundheitsleistung formuliert (Forschungsfrage 1.1.1.Alt, s. Variable GL_Art_FF_1.1.1.Alt auf der Daten-CD und in Kap. 4). Bei den bereits untersuchten Ergebnissen wurde diese Variable nacherhoben.

3.3.2 Auswertung von GIS-Daten

Da die Beantwortung der Forschungsfragen 4.1.2-4.1.4 einen zu hohen Aufwand für die Angestellten der Großschutzgebiete darstellt (s. Fußnote 57), wurden zu ihrer Beantwortung Daten, die über das Internet verfügbar sind, erhoben und ausgewertet. Wie in Kapitel 2.5 dargestellt, ergibt sich der naturschutzrechtliche Schutzstatus prozessual betrachtet aus dem naturschutzfachlichen Wert. Bei der Auswertung der GIS-Daten wird aus praktischen Gründen umgekehrt vorgegangen, da der naturschutzfachliche Wert von Interesse ist (vgl. Hypothese 14, Kap. 3.1), jedoch im Rahmen der Bearbeitung keine eigenen Erhebungen dazu gemacht werden können. Auf Grund dessen wird von den Daten, die zum Schutzstatus über die Kartendienste der Landesumweltämter und Länder zu Schutzgebieten verfügbar sind, auf den Wert rückgeschlossen.

Die interessierenden Kategorien ergeben sich aus der jeweiligen Forschungsfrage und dem thematischen Hintergrund (s. Tab. IX im Anhang). Zur Bearbeitung der Forschungsfrage 4.1.4 erfolgt die Kategorienbildung und -zuordnung abweichend zu diesem Vorgehen anhand der in der freien Texteingabe genannten Attribute (ebd.).

Falls bei der Ortssuche des WMS-Kartendienstes des entsprechenden Landesumweltamtes oder Bundeslandes (s. Variable GIS_Datenquelle_mit_Link auf der Daten-CD) kein Ort in der Karte gefunden wird, erfolgt keine weitere Recherche zur Ermittlung weiterer Daten. Stattdessen wird die Gesundheitsleistung als „nicht ermittelbar, da kein Kartenfund“ kodiert.

3.3.3 Online-Survey

Der Online-Survey ist eine Methode der empirischen Sozialforschung. Diese wurde zur Beantwortung gewählt, um diejenigen Forschungsfragen zu beantworten, die nur durch Angestellte der untersuchten Großschutzgebiete und nicht über eine Inhaltsanalyse oder die Auswertung von GIS-Daten beantwortet werden können. Dies sind die Forschungsfragen 1.1.1, 1.1.3-1.1.12 und 4.1.1. Dabei sollen mittels eines teilstandardisierten Fragebogens quantitative Daten erhoben werden.

Die zu befragenden Personen sind Angestellte in Großschutzgebieten und überwiegend Mitglied bei EUROPARC Deutschland (vgl. Kap. 3.2). Nach Auskunft von EUROPARC Deutschland ist es schwierig, an umfangreiche Informationen über dessen Mitglieder zu einem bestimmten Thema zu bekommen. Dies liegt an den

knappen zeitlichen Ressourcen, die dessen Mitgliedern für die Beschäftigung mit Themen, die von Dritten an sie herangetragen werden, zur Verfügung stehen (LARONDELLE 2017a). Aufgrund dessen soll die Befragungsmethode einen besonders geringen Aufwand für die Befragten verursachen und im Rahmen einer Masterarbeit mit geringem Aufwand zur Ergänzung der anderen Methoden durchgeführt und ausgewertet werden können. Eine Face-to-Face-Befragung kann auf Grund der Vielzahl an Großschutzgebieten im Rahmen einer Masterarbeit nicht geleistet werden. Ebenso ist eine Bewertung von Kriterien, wie sie zum Teil zur Beantwortung der Forschungsfrage benötigt wird, nicht auf Grundlage des Hörverständnisses möglich. Aufgrund dessen wurden diese beiden Methoden nicht berücksichtigt.

Zur Auswahl der Befragungsmethode wurden die Stärken von postalischen und E-Mail-Fragebogen sowie von Online-Surveys in den Kategorien Ressourcen, Sampling, Fragebogengestaltung und Antwortkontext miteinander verglichen (BRYMAN 2016). Auf Grund der zu beantwortenden Forschungsfragen sollte die Methode für Filterfragen (vgl. Fragen 2.3 und 4.2.2) und für offene Fragen (vgl. Frage 3.1) geeignet sein. Zudem sollten der zeitliche und finanzielle Aufwand zur Durchführung sowie der Aufwand der Befragten, daran teilzunehmen, besonders gering sein. Auf Grund des besseren Abschneidens in diesen Kriterien wurde die Methode des Online-Surveys statt einer Befragung per Fragebogen oder per E-Mail gewählt (s. (s. Tab. X und Tab. XI im Anhang und Tab. III, Anhang 3 auf der Daten-CD). Weitere Vorteile dieser Methode bestehen in der geringen Wahrscheinlichkeit von Eintragungsfehlern bei der Dateneingabe (da Ausgabe der Daten automatisiert in SPSS), im geringen Einflusses der Persönlichkeit des Befragenden sowie im geringen Einfluss des Faktors „soziale Erwünschtheit“ auf die Beantwortung der Fragen.

Ausschlaggebend für die Wahl des Anbieters LamaPoll waren die geringen Kosten, die einfache Bedienbarkeit, die Ausgabe der Ergebnisse in SPSS, die Möglichkeit zur Verzweigungslogik (Filterfragen) sowie ein guter und schneller Support bei Rückfragen (s. Tab. V, Anhang 3 auf der Daten-CD).

Erhöhung der Rücklaufquote

Ein Nachteil des Online-Survey ist die vergleichsweise geringe Rücklaufquote. Um diese zu erhöhen wurden bei der Entwicklung und Implementierung des Online-Surveys die drei Leitfäden der Tailored Design Method für webbasierte Umfragen

befolgt (DILLMAN et al. 2014). Diese Leitfäden geben Hinweise zur Gestaltung, Implementierung und zur Qualitätskontrolle von mobilen und von webbasierten Umfragen (s. Tab. X im Anhang). Für die Erhöhung der Rücklaufquote ist eine enge Prozessbegleitung mit mehrfachem und möglichst personalisiertem Kontakt notwendig (s. Durchführung und Prozessbegleitung u.)

Eine weitere Maßnahme zur Erhöhung der Rücklaufquote ist die Unterstützung durch EUROPARC Deutschland bei der Begleitung und Durchführung der Umfrage. Diese erfolgte nach Absprache vom 30.08.2017 in folgenden Punkten:

- Bezugnahme auf EUROPARC Deutschland im Anschreiben („zur besseren Verwertbarkeit der Ergebnisse mit EUROPARC Deutschland gemeinsam abgestimmt", s. Anhang 4, Datei Anhang 3 auf der Daten-CD)
- Bezugnahme auf EUROPARC Deutschland im Online-Survey („Eine Umfrage in Kooperation mit EUROPARC Deutschland im Rahmen der Masterarbeit von Michael Rollnik, HNE Eberswalde", s. Kopfzeile im Online-Survey, Anhang 1).
- Bezugnahme auf EUROPARC Deutschland beim telefonischen Erstkontakt zur Identifikation der aussagefähigen Personen der Schutzgebiete („in Kooperation mit EUROPARC“ s. Anhang 3, Datei Anhang 3 auf der Daten-CD)
- Abstimmung zur Begleitung der Umfrage (vgl. Datei Prozessbegleitung zur Umfrage, nur zugänglich für die Gutachterin / den Gutachter der Arbeit auf der Daten-CD)
- Hinweise zur Identifikation von aussagefähigen Personen per Telefonat. Es wurde eine entsprechende Kontaktliste übergeben und darauf verwiesen, dass darin in der Regel Personen mit einer koordinierenden Funktion oder gleich die SchutzgebietsleiterInnen verzeichnet sind
- Positive Rückmeldung zum zeitlichen Aufwand, um das Survey zu beantworten.

<u>Formulierung der Fragen und Gestaltung der Umfrage</u>

Die Forschungsfragen, die zur Prüfung der Hypothesen formuliert wurden und für die ein Online-Survey als Forschungsmethode gewählt wurde, wurden nach den „10 Gebote der Fragebogenformulierung“ nach PORST (2000) umformuliert. Diese Kriterien lauten:

1. Verwendung einfacher und unzweideutiger Begriffe, die von allen Befragten in gleicher Weise verstanden werden
2. Vermeidung langer und komplexer Fragen
3. Vermeidung hypothetischer Fragen
4. Vermeidung doppelter Stimuli und Verneinungen
5. Vermeidung von Unterstellungen und suggestiven Fragen
6. Vermeidung von Fragen, auf die die Befragten mutmaßlich nicht antworten können
7. Fragen mit eindeutigem zeitlichen Bezug verwenden
8. Fragen mit Antwortkategorien verwenden, die erschöpfend und disjunktiv sind
9. Der Kontext der Frage soll sich nicht unkontrolliert auf deren Beantwortung auswirken
10. Unklare Begriffe sollen definiert werden (Anm. d. Verf.: Aus diesem Grund werden der Begriff „Gesundheitsleistung“ und das zugrundeliegende Verständnis von Gesundheit auf der Willkommensseite erläutert. Der Begriff „Gesundheitsleistung“ ist auch über einen Info-Button bei den entsprechenden Fragen einblendbar (s. Anhang 2)

Von besonderer Bedeutung für die Durchführung der Befragung und für die Bindung der Befragten an den Online-Survey, damit dieses weiter beantwortet wird, ist die Gestaltung der Einstiegsfragen. Da die gewählte Methode vergleichsweise schlecht dazu geeignet ist, dass alle Fragen beantwortet werden (vgl. Tab. VIII und Tab. IX im Anhang und Tab. III, Anhang 3 auf der Daten-CD) wurden folgende Kriterien nach PORST (2014, S. 142) beachtet: Die Einstiegsfrage sollte…

- spannend sein
- themenbezogen (inhaltlich) sein
- die Befragungsperson persönlich betreffen, aber nicht betroffen machen
- technisch einfach sein
- von allen Befragten zu beantworten sein

Auf Grund des beruflichen Kontextes, in dem die Befragung aus Sicht der Befragten stattfindet und auf Grund der kenntlich gemachten Kooperation des Befragenden mit dem Dachverband des Befragten wurde bei der Formulierung der Einstiegsfragen allerdings zugunsten der Kriterien Neutralität und Seriosität im professionellen Umfeld auf die Berücksichtigung des Kriteriums „spannend sein“ verzichtet (vgl.

Forschungsfragen 0.2.1-0.2.3 bzw. Fragen Nr. 1 bis 3 im Online-Survey). Zur Operationalisierung der Leitfragen werden z.T. theoriegeleitet weitere Forschungsfragen formuliert (s. Abschnitt Forschungsfragen und Ziele, Kap. 3.1). Die Umformulierung der Forschungsfragen in Fragen, wie sie gem. des o.g. Vorgehens gestellt werden, findet sich in Tab. VI, Anhang 3 auf der Daten-CD. In Tab. XI im Anhang wird die Ableitung der Antwortskalen für die Fragen des Online-Surveys in der Reihenfolge, in der diese gestellt werden, dargestellt.

Die o.g. Kriterien von PORST beziehen sich nur auf die Formulierung der Fragen. Die Wahl der Antwortskalen und Formulierung und Wahl der Antwortformate erfolgt nach den Hinweisen von BORTZ und DÖRING (2006, S. 254 f.), wie sie in der Richtlinie von RAAB-STEINER und BENESCH (2015, S. 55 f.) enthalten sind. Diese lauten im Einzelnen:

- Items mit Antwortkategorien sind bei schriftlichen Befragungen der offenen Frageform vorzuziehen. Dadurch wird die Auswertung erleichtert und die Objektivität erhöht
- Die Zielgruppe der Befragung ist bei der Formulierung stets zu berücksichtigen und die gewählte Sprache auf diese abzustimmen
- Formale Bedingungen sind zu beachten. Der Fragebogen soll ein ansprechendes und aufgelockertes Layout haben, die Abstände zwischen den Zeilen sollen ansprechend gestaltet werden, es soll nicht zu viel Text auf einer Seite stehen.
- Der erste Blick soll zum Bearbeiten einladen und nicht durch zu viel Text abschrecken
- Die Gesamtlänge muss zumutbar sein. Diese kann je nach Zielgruppe, Relevanz der Fragestellung für die Antwortenden und Motivation der Antwortenden unterschiedlich hoch sein
- Die Motivation zur Bearbeitung steigt bei Erwartung einer positiven Veränderung durch die Abgabe der Antworten
- Die vorgegebenen Items sollten kurz und prägnant sein, jedoch nicht auf Kosten der Qualität
- Die Abfolge sollte sinnvoll und mit einem roten Faden sein

- Zu Beginn sind Aufwärmfragen empfehlenswert, die in das Thema einleiten und Interesse wecken (zur Umsetzung in der vorliegenden Arbeit s. Umgang mit den Hinweisen zur Einstiegsfrage von PORST oben)
- Suggestive, stereotype und stigmatisierende Formulierungen sind zu vermeiden
- Auf den Bedeutungsgehalt von Begriffen ist generell zu achten.
- Items, die von allen Antwortenden bejaht oder verneint werden, sind ungeeignet und tragen wenig zur Differenzierung bei.
- Formulierungen wie „immer“, „alle“, „keiner“, „niemals“ sollten vermieden werden, da sie von den Antwortenden als unrealistisch angesehen und unterschiedlich interpretiert werden.
- Quantifizierende Umschreibungen von Begriffen wie „fast“, „kaum“ sind im Besonderen in der Kombination mit Rangordnungen problematisch. Sie sind für eine konkrete Quantifizierung, die sie vortäuschen, zu unpräzise (Anm. d. Verf.: Bei Forschungsfrage 4.2.1 / Frage Nr. 15 im Online Survey wurde der Hinweis aus strategischen Gründen nicht befolgt. Da diese Frage nicht in Verbindung mit einer Rangordnung gestellt wird und das Ergebnis keine Quantifizierung beinhaltet, spielt die Präzision der Quantifizierung auch eine unwesentliche Rolle; s.a. Tab. XI im Anhang und Tab. VII, Anhang 3 auf der Daten-CD)
- Items, die ein gutes Erinnerungsvermögen des Antwortenden voraussetzen, sind problematisch. Dies könnte einige Personen irritieren, die sich abgeprüft vorkommen könnten (Anm. d. Verf.: Das Problem wird bei der Zielgruppe durch Anonymisierung der Ergebnisdarstellung und durch den Befragungskontext minimiert.).
- Es muss vermieden werde, mehrere Sachverhalte in einer Frage abzufragen. Eine eindeutige Zuordnung der gegebenen Antworten wäre so nicht mehr möglich.
- Für die Ermittlung von Einstellungen und Formulierungen von Items ungeeignet, mit denen wahre Sachverhalte dargestellt werden, z.B.: „Die Wahl des Ortes, an dem Gesundheitsleistungen angeboten werden, hat Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Leistungen.“ Die Zustimmung zu diesem Item würde keine Meinung, sondern Fachwissen über die Zusammenhänge signalisieren.

Die interessierenden Kategorien ergeben sich aus der jeweiligen Forschungsfrage und dem thematischen Hintergrund (s. Tab. XI im Anhang). Bei allen Fragen wird die Wahl der Antwortskalen begründet. Bei der Wahl bzw. Formulierung der Antwortskalen wurde, wie bereits bei der Formulierung der Fragen, auf die schnelle und einfache Beantwortbarkeit geachtet (s. a. „10 Gebote der Fragebogenformulierung“ nach PORST (2000) weiter oben). Als Antwortskala eignen sich in besonderem Maße dichotome und, wo nicht möglich, gebundene Antwortformate. So konnte für 6 der 18 Fragen eine dichotome und für weitere 7 der 18 Fragen eine gebundene Antwortskala gewählt werden.

Falls es den Antwortenden durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nicht möglich sein sollte, sich für eine der Antworten zu entscheiden, wurde bei 11 von 12 Fragen dieses Typs die Möglichkeit gegeben, über die Antwortoptionen „kenne ich nicht“ oder „Dazu kann ich keine Angaben machen“ eine Ausweichposition anzukreuzen (vgl. RAAB-STEINER-BENESCH 2015, S. 58). Lediglich bei Frage 3 wurde eine solche Möglichkeit nicht geschaffen, da der Survey ausschließlich an Personen mit beruflicher Tätigkeit im Großschutzgebiet verschickt wurde und diese somit als diesbezüglich aussagefähig angenommen werden. Zudem wurde für bei fast allen gebundenen Fragen die Option zur freien Antwort gegeben, falls die vorgegebenen Kategorien auf Grund von nicht vollständigen Recherchen oder auf Grund von Beschränkungen der Auswahlmöglichkeiten nicht ausreichend sein sollten. Nur bei Frage 14 wurde auf diese Option verzichtet, da dies durch die Formulierung der Frage bereits semantisch ausgeschlossen wurde. Aufgrund der freien Antwortmöglichkeit werden diese gebundenen Frageformate als teil-gebunden bezeichnet.

Bei teil-gebundenen Antwortformaten, bei denen eine Ratingskala gewählt wurde, wurde darauf geachtet, dass die gewählten Bezeichnungen äquidistant sind und eine Mittelposition erlauben (vgl. RAAB-STEINER und BENESCH 2015, S. 58ff). Für Fragen, die nicht der direkten Beantwortung einer Hypothese dienen (i.e. Fragen Nr. 2, 3, 15, vgl. Tab. 9), wird zusätzlich auch ihre Aufnahme in das Online-Survey begründet. Bei Fragen, deren Antwortskala eine Matrix ist, wurde die Kopfzeile mit der Abfrage der Häufigkeit bzw. Intensität zwecks einheitlicher Darstellung innerhalb der Klammer anschließend an die Art der Antwortmöglichkeit geschrieben. Die Spalte mit

den Items wurde wie bei den übrigen Antwortskalen hinter „Antwortskala“ gesetzt (vgl. Fragen Nr. 5, 13, 16, Tab. XI im Anhang).

Die Zuweisung eines Schlüssel-Codes zu jeder Ausprägung innerhalb einer Kategorie erfolgt innerhalb der Kodieranleitung (s. Datei Codebuch_Online Survey auf der Daten-CD).

Änderung einer Forschungsfrage im Forschungsverlauf

Im Verlauf der Befragung hat sich herausgestellt, dass Schutzgebiete, die keine Gesundheitsleistungen anbieten, den Fragebogen z.T. nicht bearbeiten. Daraufhin wurde folgende Antwortmöglichkeit per Einfach-Auswahlfrage zum Anklicken ergänzt „Mein Schutzgebiet bietet keine Gesundheitsleistungen an“ und mit einem entsprechenden Informationstext versehen (s. Kap. 3.4).

Pretest

Um die Eignung und Qualität des Online-Surveys im Vorfeld der Erhebung zu testen wurde ein Pretest durchgeführt (s.a. Tab. X im Anhang, Punkt 27). Zu diesem Zwecke wurden folgende Aspekte getestet (PORST 2014, S. 191 und RAAB-STEINER und BENESCH 2015, S. 64):

- Verständlichkeit der Fragen
- Reihenfolge der Fragen
- Probleme der Befragten mit ihrer Aufgabe
- Technische Probleme
- Zeitdauer der Befragung
- Übersichtliches und ansprechendes Layout
- Länge und Ermüdungspotential des Surveys insgesamt
- Sprachliche Abstimmung auf die Zielgruppe
- Entsprechung der Antwortformate hinsichtlich der Anforderungen an die Auswertung
- Genügend Platz zum Antworten bei offenen Fragen

Der Pretest wurde am 26. Juli 2017 zur Bearbeitung bis zum 31. Juli 2017 per E-Mail an 6 Personen verschickt. Vier Personen waren Studierende im 4. Semester des Studiengangs M.Sc. Regionalentwicklung und Naturschutz und verfügten über allgemeine Kenntnisse des Naturschutzes sowie Kenntnisse der

Fragebogenerstellung. Zwei weitere Personen waren Experten aus dem Gesundheitssektor (Fachärztin für Allgemeinmedizin und regionaler Gesundheitsmanager). Zur besseren Verständlichkeit wurde allen Personen alle Forschungsfragen in der Version vom 26.06.2017 mit dem Hinweis zugeschickt, dass nur die blau markierten Fragen bzw. Fragen mit einem „X“ in Spalte C im Online-Survey gestellt werden. Somit konnten die Ziele des Pretests alle erfüllt werden.

Insgesamt wurden 43 Anmerkungen zu 14 der 16 Fragen eingereicht (s. Tab. XI im Anhang und Tab. VII, Anhang 3 auf der Daten-CD). Diese wurden kritisch geprüft und abgewogen. Im Ergebnis führte dies zu 21 Änderungen bei 10 der 14 Fragen. Die restlichen 22 Anmerkungen führten zu keiner Veränderung. Dadurch wurde die Befragung weiter auf die Beantwortung der Leitfragen und Prüfung der Hypothesen hin reflektiert und entsprechend fokussiert. Des Weiteren konnte die Verständlichkeit der Fragen sowie der Antwortmöglichkeiten erhöht und der Zeitaufwand zur Beantwortung des Surveys in geringem Umfang verkürzt werden. Die Dauer zur Beantwortung der Fragen betrug im Durchschnitt 6 Minuten (Min. 5 Min, Max. 7 Min.). Obwohl der Pretest zeitlich vor der endgültigen Formulierung der Fragen erfolgt ist, wurde er hier erst danach abgehandelt. In den Fragen in Tab. VI, Anhang 3 auf der Daten-CD und in Tab. 9 sind die Ergebnisse des Pretests bereits enthalten.

Durchführung und Prozessbegleitung

Die Versendung des Links, der zum Online-Survey führt, wurde nach telefonischer Ankündigung mit einem kurzen Anschreiben per E-Mail verschickt (s. Anhang 3 und 4, Datei Anhang 3 auf der Daten-CD). Bei der Formulierung des Anschreibens sowie bei der Gestaltung der Willkommensseite wurde darauf geachtet, dass diese einerseits interessant und informativ, andererseits der Kontakt per E-Mail aber kurz und auf das Wesentliche beschränkt bleibt (vgl. Tailored Design Method, Hinweise 6 und 21 und Tab. II, Anhang 3 auf der Daten-CD). Zudem wurde die Darstellung folgender Inhalte abgewogen (RAAB-STEINER und BENESCH 2015, S. 54):

- Klare und kurze Darstellung der Person und eventuell der Einrichtung, für die die Erhebung durchgeführt wird. >Erfolgt im Ersttelefonat, im Anschreiben und ist in der Kopfzeile des Online-Survey sichtbar. Es wird Bezug auf die Hochschule, an der die Masterarbeit durchgeführt wird und auf EUROPARC Deutschland als Verwerter der Ergebnisse genommen.
- Grobe Darstellung der Fragestellung und eine Erklärung über die Weiterverwertung der gewonnenen Daten. >Erfolgt im Ersttelefonat und im

Anschreiben und auf der Willkommensseite in der Datenschutzerklärung. Auf der Abschlussseite des Online-Survey wird das Angebot gemacht, mehr Informationen zu dem Endergebnis zu erhalten (s. Anhang 5).

- Bitte um vollständiges Ausfüllen der Fragen und der Hinweis, dass jede Beantwortung sehr wichtig ist. >Erfolgt im Anschreiben und auf der Willkommensseite (s. Anhang 1).
- Bitte um eine aufrichtige und rasche Beantwortung der Fragen mit dem Hinweis, dass es weder falsche noch richtige Antworten gibt. >Dieser Hinweis ist nach Abwägung zugunsten der Kürze und Prägnanz weggefallen. Eine rasche Beantwortung ist zudem nicht notwendig, die Forderung einer aufrichtigen Beantwortung und der Hinweis, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt können bei der Zielgruppe auch eine negative Konnotation[63] haben.
- Eine Zusicherung der Anonymität, falls diese auch wirklich gewährleistet wird. >Erfolgt in der Datenschutzerklärung auf der Willkommensseite des Online-Surveys.
- Ein Dank für die Bearbeitung des Fragebogens. >Erfolgt im Anschreiben und auf der Abschlussseite des Online-Surveys.

Ergänzend wurde der Hinweis von BORTZ und DÖRING (2006) zur Formulierung der Items, die Motivation zur Bearbeitung dadurch zu steigern, dass durch die Abgabe der Antworten die Erwartung einer positiven Veränderung entsteht, befolgt (vgl. o.). So wurde der Verweis auf die Verwertung der Ergebnisse durch EUROPARC Deutschland und die Formulierung „Die Ergebnisse sollen zur Förderung gesundheitsbezogener Aktivitäten beitragen und Hinweise für ein integriertes Management von Großschutzgebieten liefern.“ u.a. aus diesem Grund in das Anschreiben mit aufgenommen[64].

Der Umfrageprozess wird intensiv begleitet. Dazu wird jede Kontaktaufnahme sowie deren Ergebnis dokumentiert (vgl. Datei Prozessbegleitung zur Umfrage[65]). Um die

[63] Die Bitte um aufrichtige Beantwortung kann auch so verstanden werden, dass diese Selbstverständlichkeit überhaupt für erwähnenswert gehalten wird, weil von einer gegenteilig unaufrichtigen Beantwortung ausgegangen wird. Der Hinweis, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt kann von Antwortenden mit einem hohen Bildungsabschluss in einem professionellen Kontext als Bevormundung empfunden werden. Die Abgrenzung zur Prüfungssituation, mit der RAAB-STEINER und BENESCH (2015) diesen Hinweis begründen, ist auf Grund des Befragungskontextes und der Zielgruppe nicht notwendig.

[64] RAAB-STEINER und BENESCH (2015) geben auch den Hinweis für die Formulierung des Anschreibens, eine Erklärung über die Weiterverwertung der gewonnenen Daten zu geben (s.o.). Dies ist ein weiterer Grund für die Aufnahme der zuvor genannten Formulierungen in das Anschreiben.

[65] Die Darstellung der Prozessbegleitung auf der Daten-CD erfolgt aus datenschutzgründen anonymisiert. Die nicht anonymisierte Fassung wird ausschließlich zum Zweck der Begutachtung an die beiden Gutachter dieser Arbeit weitergegeben.

Rücklaufquote zur erhöhen werden die auskunftsfähigen Personen mehrfach und zu strategisch wichtigen Zeitpunkten kontaktiert, falls noch keine Teilnahme an der Umfrage festgestellt wird (s. Anhänge 5 und 6, Datei Anhang 3 auf der Daten-CD und vgl. Tailored Design Method, Hinweise 19-22, Tab. II, Anhang 3 auf der Daten-CD)

3.4 Forschungsverlauf

In Tab. 10 werden die einzelnen Arbeitsschritte im zeitlichen Verlauf aufgeführt.

Tab. 10: Forschungsverlauf mit Arbeitsschritten

Arbeitsschritt des Forschungsvorhabens	Zeitraum
Erstellung eines Exposés	04.-06.2017
Anmeldung der Arbeit	13.06.2017
Literatur- und Internetrecherche, Verfassen des thematischen Hintergrunds und Abgrenzung des Forschungsgegenstandes	13.06.-21.07.2017
Kontaktaufnahme zu Dachorganisationen	05.2017
Formulierung der Hypothesen und Forschungsfragen	19.07.-02.08.2017
Operationalisierung der Forschungsfragen in einer Konzeption der Online-Umfrage	03.-28.08.2017
Operationalisierung der Forschungsfragen in einer Konzeption der Angebotsanalyse und Auswertung von GIS-Daten	03.08.-08.09.2017
Durchführung der Online-Umfrage	12.-29.09.2017
Durchführung der Angebotsanalyse	26.09.-17.10.2017
Auswertung der GIS-Daten	18.-25.10.2017
Auswertung der Daten in SPSS und Excel	17.10.-17.11.2017
Darstellung der Ergebnisse	02.11.-21.11.2017
Diskussion der Ergebnisse	22.11.-14.12.2017

4 Ergebnisse der Untersuchung

Im ersten Unterkapitel werden die erhobenen Grunddaten und allgemeinen Ergebnisse dargestellt. Danach erfolgt die Darstellung der inhaltlichen Ergebnisse in Kapitel 4.2. Dieses gliedert sich in vier Unterkapitel entsprechend der vier Themengebiete und orientiert sich an den Hypothesen, zu deren Prüfung Forschungsfragen gebildet wurden (vgl. Kap. 3.1). Die Hypothesenprüfung erfolgt über die Beantwortung der Forschungsfragen jeweils am Ende des Unterkapitels bzw. Themengebietes. Der Beitrag der Ergebnisse und der Hypothesenprüfung zur Erreichung der Ziele der Arbeit erfolgt dann in der Ergebnisdiskussion in Kapitel 5.

4.1 Allgemeine Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die allgemeinen Ergebnisse und die mit den eingesetzten Methoden erhobenen Grunddaten dargestellt. Die Darstellung erfolgt separat für jede Methode.

Angebotszentrierte Inhaltsanalyse im World Wide Web

Zur Durchführung der angebotszentrierten Inhaltsanalyse wurden insgesamt 74 Websites von 61 Schutzgebietseinheiten untersucht (vgl. Kap. 3.2 u. Datei Auswertung der Angebotsanalyse auf der Daten-CD). Falls die Großschutzgebiete über Infozentren mit eigenem Webauftritt und eigenen Leistungen verfügen, wurden diese in die Analyse mit aufgenommen. Die Suche mit den zuvor recherchierten Suchbegriffen (s Tab. VII im Anhang) ergab insgesamt 1.015 Ergebnisse.

In drei Fällen wurde von der geplanten Vorgehensweise auf Grund von praktischen und technischen Problemen bei deren Durchführung abgewichen. Für die Suche auf der Website des Geo-Naturparks Bergstraße-Odenwald wurde auf Grund der mit 526 und 482 Ergebnissen zu hohen Trefferzahl nur nach Synonymen für Gesundheit, Wohlbefinden oder Krankheit gesucht (vgl. „Suchwörter 3 reduziert“, Anhang 7). Ergänzend wurde manuell in relevanten Rubriken der Website gesucht (durchsuchte Rubriken s. Datei Angebotsanalyse im World Wide Web - Untersuchungsgegenstand und Ergebnisse auf der Daten-CD). Die Fallsuche auf der Website des Naturparkzentrums Uhlenkolk des Naturparks Lauenburgische Seen erfolgte ebenfalls über eine manuelle Rubrikensuche (ebd.), da das durchsuchbare Verzeichnis in

diesem Fall das Stammverzeichnis[66] „http://www.moelln-tourismus.de“ ist, welches das Marketing der Stadt Mölln miterfasst (378 Ergebnisse) und technisch nicht von diesem unterschieden werden kann. Auch die Website des Geoparkes Harz – Braunschweiger Land – Ostfalen konnte nicht mit der gewählten Suchmaschine durchsucht werden. In diesem Fall ist ein fehlendes Sicherheitszertifikat der Grund dafür, dass nur eine manuelle Suche durchgeführt werden konnte.

Bei 51 dieser Schutzgebiete war ein Veranstaltungsverzeichnis für das ganze Jahr und bei weiteren 9 Schutzgebieten für zwei bis sieben Monate vorhanden bzw. verfügbar. Die Analyse dieser Verzeichnisse ergab weitere 254 Fälle.

In der Summe aus Ergebnissen der Suchmaschinen-Suche und angenommenen Fällen aus den Veranstaltungsverzeichnissen wurden **1.269 Fälle geprüft** (s. Datei Angebotsanalyse Rohdaten auf der Daten-CD). Davon wurden **347 Fälle** auf Grund einer erkennbaren intendierten Gesundheitswirkung **angenommen.** In 28 Fällen wurden weitere Informationen zwecks Fallprüfung nachrecherchiert (s. Variablen Kommentar 1 und 2 in Datei Angebotsanalyse angenommene Fälle auf der Daten-CD).

Zu Zwecken der Reproduzierbarkeit wurden 50 Websites von 44 Schutzgebieten inklusive deren Veranstaltungsverzeichnisse mit insgesamt 9,6 GB archiviert. Bei 18 Websites war eine Archivierung aus technischen Gründen nicht möglich. Um zumindest die Fallprüfung überprüfbar zu machen, wurden bei diesen Websites Screenshots der Ergebnisse gemacht. Diese 94 Screenshots haben ein Datenvolumen von 296 MB, sodass die **Gesamtmenge der archivierten Daten 9,9 GB** (gerundet) beträgt.

In 28 Fällen wurden zusätzliche Quellen konsultiert, um die Fallprüfung durchführen zu können (s. Variable Kommentar in Datei Angebotsanalyse angenommene Fälle auf der Daten-CD).

[66] Das Stammverzeichnis (a. Root directory) ist das Verzeichnis, das in einem hierarchischen Dateiensystem an erster Stelle steht. Da von diesem Verzeichnis aus alle Unterverzeichnisse abzweigen, werden diese bei einer entsprechenden Suche mit erfasst (XOVI GMBH 2017). Da das interessierende Schutzgebiet im o.g. Fall kein eigenes Unterverzeichnis hat, ist nur eine Suche im Stammverzeichnis möglich, in dem sich überwiegend nicht relevante Daten des Stadtmarketings befinden.

Die erhobenen Daten wurden vor der Auswertung auf falsche oder ungewollt fehlende Angaben mittels Analyse der Minima, Maxima sowie ungültiger Eingaben geprüft und gegebenenfalls korrigiert.

Die in Abb. 10 dargestellten angenommenen Fälle sind mit den mit der Inhaltsanalyse identifizierten und untersuchten Gesundheitsleistungen der Großschutzgebiete identisch. Insgesamt werden Gesundheitsleistungen von 45 der 61 analysierten Großschutzgebiete angeboten. Jeweils über ein Viertel dieser Leistungen werden von Schutzgebieten der Kategorien „Nationalpark“, „UNESCO-BSR“ sowie „Naturpark, Wildnisgebiet und nicht-UNESCO-BSR“ erbracht[67]. Von Schutzgebieten der Kategorie „UNESCO-Global Geopark“ werden mit 47 fast ein Achtel der untersuchten Gesundheitsleistungen erbracht.

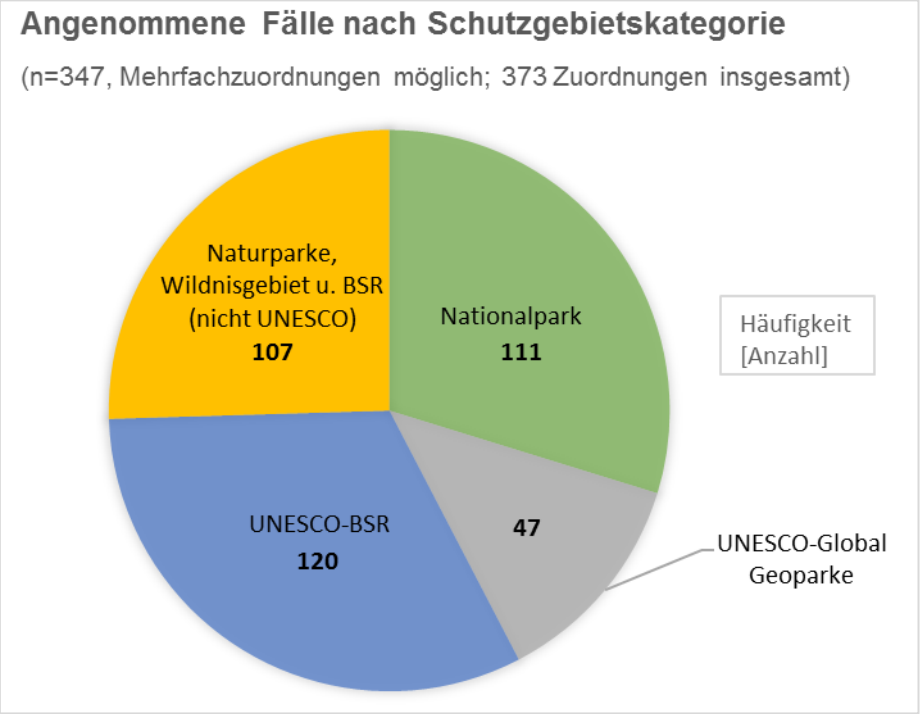


Abb. 10: Gesundheitsleistungen nach Schutzgebietskategorie (Eigene Erhebung)

Eine Übersicht über die relativen Häufigkeiten von Gesundheitsleistungen in unterschiedlichen Gebietskategorien gibt Abb. 11. Es wird deutlich, dass in über 80 % der Schutzgebiete der Kategorien „Nationalpark“ und „UNESCO-Global Geopark“ Gesundheitsleistungen identifiziert werden konnten. Schutzgebiete der übrigen Kategorien bieten solche Leistungen mit ca. 70 % anteilsmäßig nur geringfügig

[67] Auf Grund ähnlicher Verpflichtungen und Handlungsrelevanz zur Umsetzung der Gesundheitsagenda wurden die Schutzgebietskategorien Naturpark, Wildnisgebiet und nicht-UNESCO-BSR zusammengefasst (vgl. Tab. 4).

seltener an. Ein größerer Unterschied zeigt sich jedoch beim Vergleich der Anzahl an identifizierten Gesundheitsleistungen pro Schutzgebiet. Im Vergleich von Schutzgebieten mit Gesundheitsleistungen bieten Schutzgebiete der Kategorie „Naturpark, Wildnisgebiet und BSR (ohne UNESCO)“ mit 6,8 im Durchschnitt deutlich weniger solcher Leistungen an als alle übrigen Schutzgebietskategorien mit 8,5 bis 9,2.

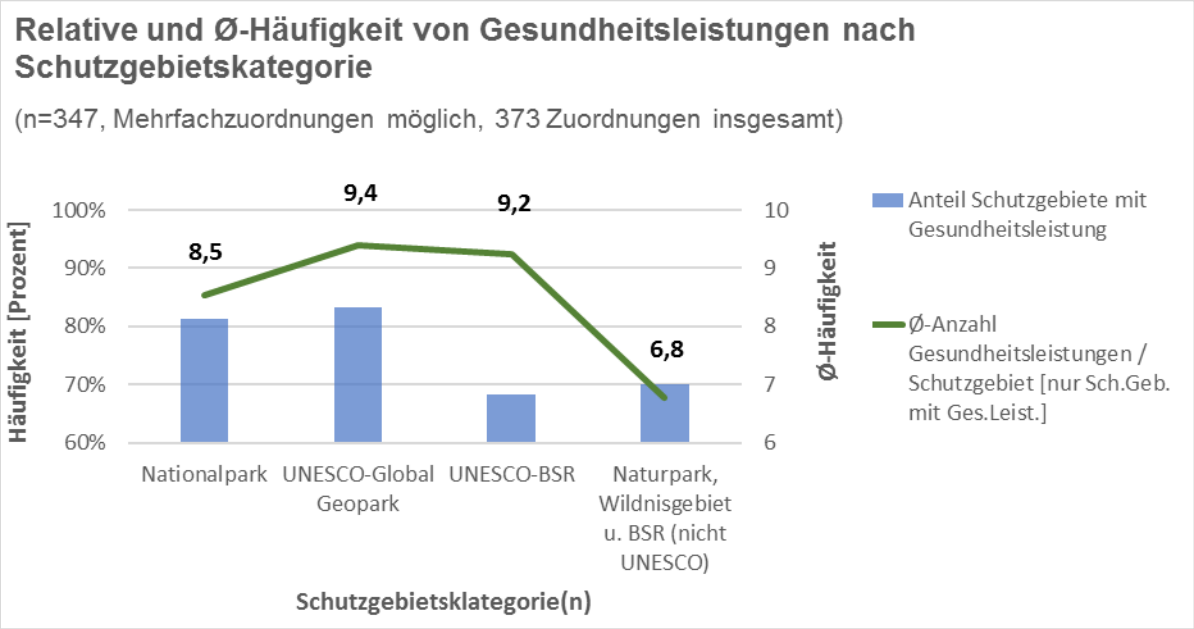


Abb. 11: Häufigkeiten von Gesundheitsleistungen (Eigene Erhebung)

In 16 der 61 analysierten Schutzgebiete konnten gar keine, in weiteren 25 Schutzgebieten jeweils weniger als 5 und in 20 Schutzgebieten jeweils mehr als 10 Gesundheitsleistung identifiziert werden (s. Datei Anzahl Gesundheitsleistungen je Großschutzgebiet auf der Daten-CD).

<u>Auswertung von GIS-Daten</u>

In Abb. 12 wird dargestellt, bei wie vielen der Gesundheitsleistungen GIS-Daten ausgewertet werden konnten und wie sich die Leistungen ohne eine solche Auswertung weiter spezifizieren lassen (vgl. Datei Übersicht GS-Auswertung auf der Daten-CD).

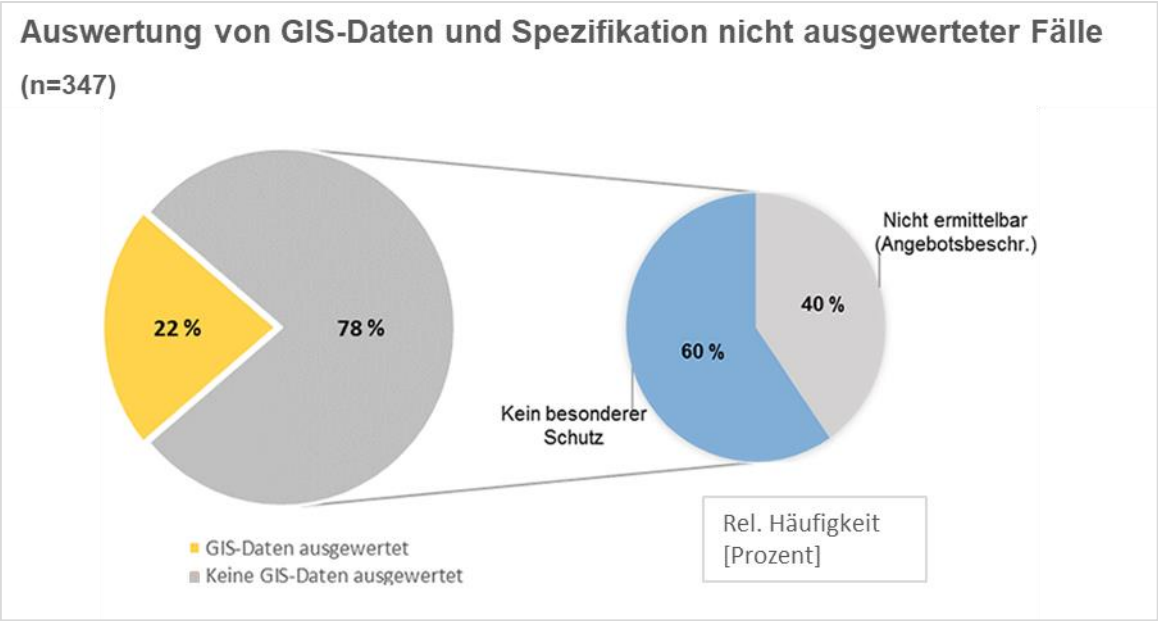


Abb. 12: Auswertung von GIS-Daten (Eigene Erhebung)

Bei 78 % der identifizierten Gesundheitsleistungen wurden keine GIS-Daten ausgewertet. Dies liegt in 60 % dieser Fälle[68] daran, dass der Ort nicht besonders geschützt war, wie dies v.a. bei Angeboten in Innenräumen der Fall ist. Bei den restlichen 40 % dieser Leistungen war der genaue Ort auf Grund der in der Angebotsbeschreibung gemachten Angaben nicht zu ermitteln.

Online-Survey

Im Zeitraum vom 11. – 29.09.2017 wurde die Website mit der Online-Umfrage von 88 Personen besucht, von denen 66 Personen am Online-Survey teilgenommen haben. Da der Link zum Online-Survey häufig an zentrale Ansprechpartner mit Koordinierungsfunktion verschickt wurde, wurde die Umfrage häufiger vorab besucht, um im Anschluss an die aussagefähige Person weitergeleitet zu werden. Dadurch ist die Besucherzahl höher als die Teilnehmerzahl.

Nach Abschluss des Online-Surveys wurden die Daten von der LamaPoll-Website im SPSS-Format exportiert und zur weiteren Darstellung aufbereitet. Dazu wurden die Variablen umbenannt, da dies nicht vollständig vor dem Datenexport möglich war. Als nächstes wurden die Namen der Schutzgebiete den in dieser Arbeit verwendeten Schreibweisen angepasst.

[68] Bezogen auf alle Gesundheitsleistungen entspricht dies 31% (s. Datei Auswertung von GIS-Daten auf der Daten-CD).

51 der 66 Teilnahmen konnten einem Schutzgebiet der Grundgesamtheit zugeordnet werden. Die 15 überzähligen Teilnahmen setzen sich aus 12 Teilnahmen ohne Dateneingabe und der Mehrfachteilnahme zweier Schutzgebiete zusammen. Bei den Mehrfachteilnahmen wurde jeweils diejenige Teilnahme angenommen, bei der die meisten Angaben gemacht wurden[69]. Von diesen 51 Teilnahmen wurden 4 Fälle nicht angenommen, da außer Angaben zur Person und zum Schutzgebiet selbst keine inhaltlichen Fragen beantwortet wurden (s. Datei Übersicht Online-Survey auf der Daten-CD). Es wurden also **47 Fälle angenommen** und eine **Rücklaufquote von 81 %** erreicht.

Schutzgebiete, aus denen keine Teilnahme erfolgt ist oder deren Teilnahme als Fall nicht angenommen wurde, sind als Fälle mit fehlenden Angaben eingetragen. Zu Auswertungszwecken wurde jedem Fall eine Fallnummer zugewiesen und einer Schutzgebietskategorie zugeordnet. Auf Grund ähnlicher Verpflichtungen und Handlungsrelevanz zur Umsetzung der Gesundheitsagenda wurden die Schutzgebietskategorien Naturpark, Wildnisgebiet und nicht-UNESCO-BSR zusammengefasst (vgl. Tab. 4). Ein weiterer Grund für eine zusammenfassende Darstellung dieser Schutzgebietskategorien ergibt sich aus der Zusicherung der Anonymität für die Teilnehmenden der Umfrage (s. Datenschutzerklärung in Anhang 1). Diese wäre bei der Auswertung von Schutzgebietskategorien mit nur einem Schutzgebiet nicht gewährleistet.

In Abb. 13 werden die angenommenen Fälle nach Schutzgebietskategorie dargestellt. Die höchsten Rücklaufquoten liegen bei den Nationalparken und bei der Kategorie „Naturparke, Wildnisgebiete und nicht-UNESCO-BSR“ mit 93% bzw. 83% leicht über dem Durchschnitt. Leicht unter dem Durchschnitt liegt die Rücklaufquote bei den UNESCO-BSR mit 75%. Am niedrigsten liegt die Rücklaufquote bei den UNESCO-Global Geoparken mit 67 %. Jedoch liegt dies auch an der geringen Anzahl an Schutzgebieten in dieser Kategorie, sodass diese Quote aus bereits zwei Nichtteilnahmen resultiert.

[69] Im Fall der Dreifachteilnahme wurde diejenige Teilnahme angenommen, bei der 68% der Fragen beantwortet wurden und die Teilnahmen mit 20% und 28% wurden verworfen. Im Fall der Zweifachteilnahme liegen dieser Wert bei 80% und 16% (vgl. Datei Rohdaten auf der Daten-CD mit Zugriff nur für die Betreuer).

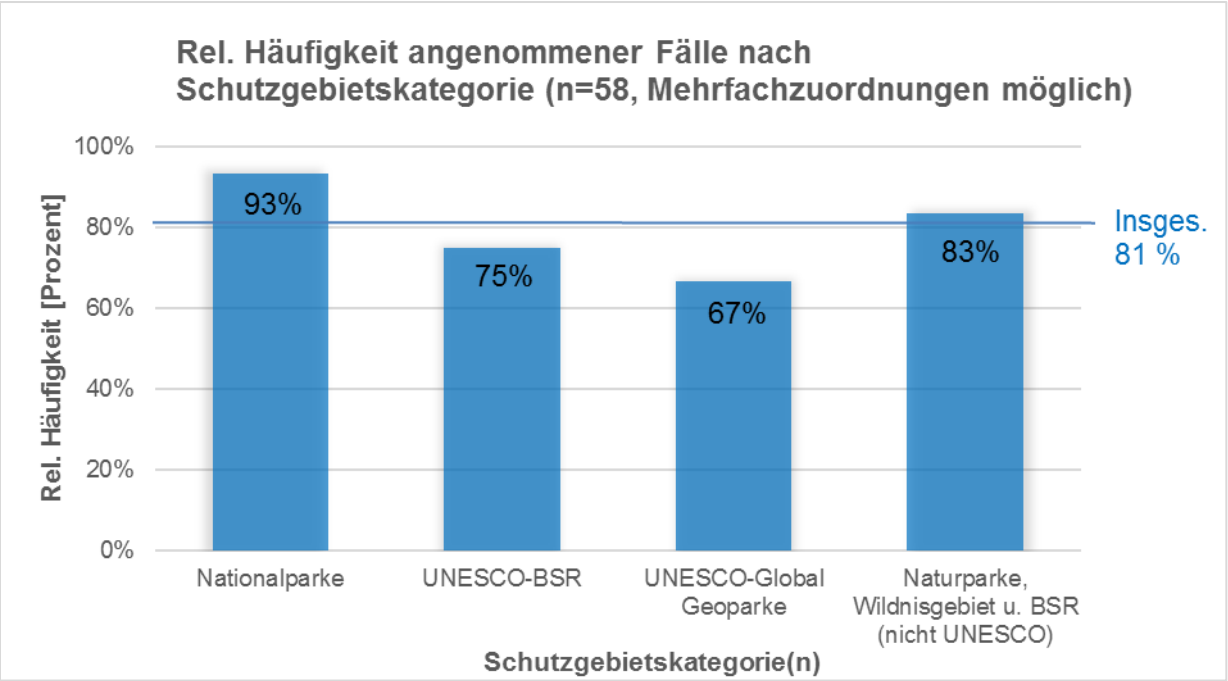


Abb. 13: Rücklaufquoten des Online-Surveys nach Schutzgebietskategorie (Eigene Erhebung)

In Abb. 14 werden die Teilnahmen im Zeitverlauf und mit den prozessbegleitenden Interventionen veranschaulicht. Nach Versand der Umfrage hatten bereits 32 Schutzgebiete teilgenommen. Nach der 1. Erinnerung per E-Mail (s. Anhang 5, Datei Anhang 3 auf der Daten-CD) haben weitere 12 Schutzgebiete teilgenommen. Nach der 2. Erinnerung per E-Mail (s. Anhang 6, Datei Anhang 3 auf der Daten-CD**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) kurz vor Ende der Umfrage haben nochmals 7 Schutzgebiete teilgenommen.

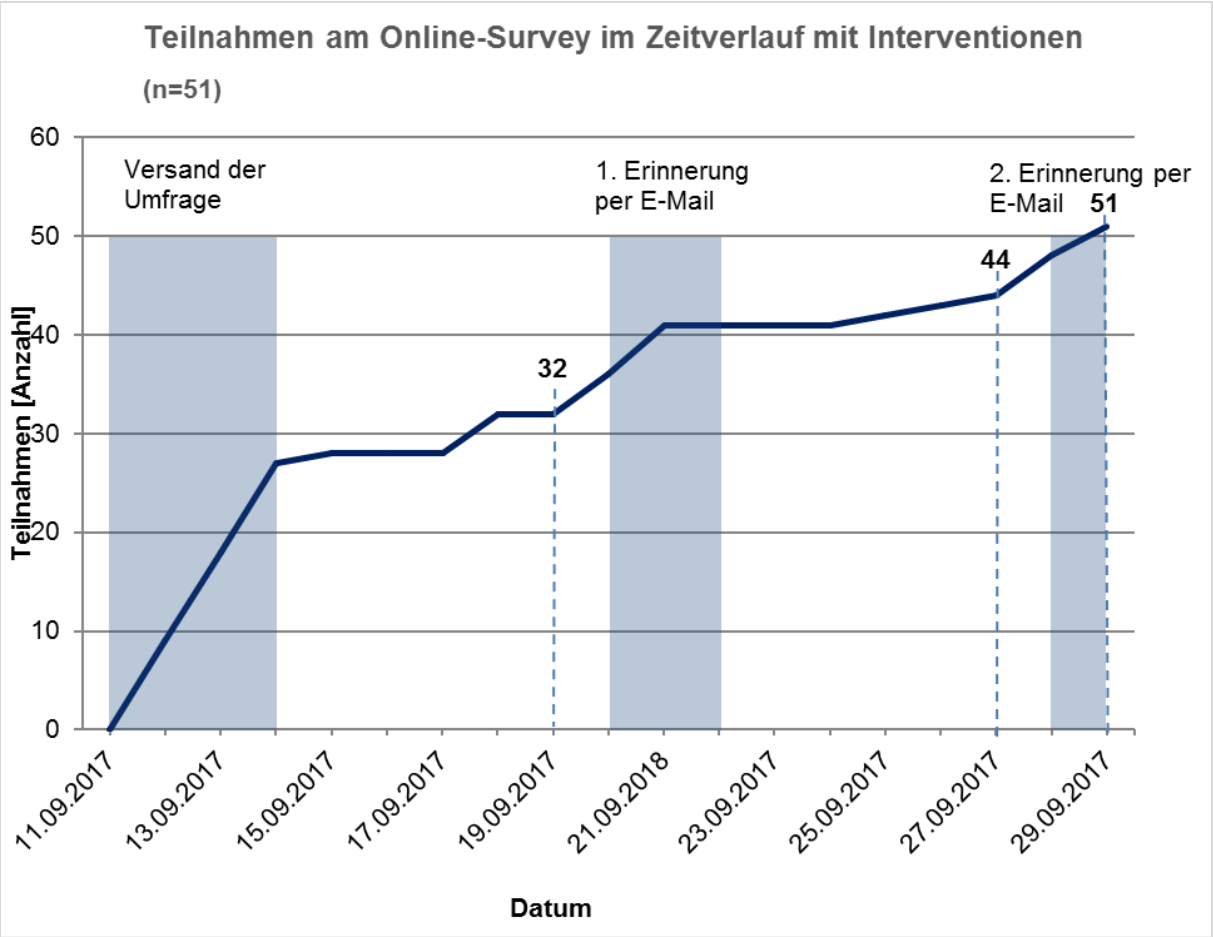


Abb. 14: Teilnahmen am Online-Survey im Zeitverlauf (Eigene Erhebung)

Die Tätigkeitsbereiche der Teilnehmer liegen überwiegend im Bereich des planerischen / nicht-biologisch-naturwissenschaftlichen Managements. So sind über 40% der Teilnehmer mit der Leitung / Managementplanung betraut oder sind in den Bereichen Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, Regionalentwicklung, Tourismus oder Umweltbildung beschäftigt (s. Abb. 15). Aggregiert arbeiten 36 Teilnehmer in einem der Querschnittsbereiche Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, Regionalentwicklung oder Tourismus (s. Datei „Tätigkeitsbereiche aggregiert“ auf der Daten-CD). Unter 30 % der Teilnehmer sind mit dem Besucherlenkungskonzept, Arten- und Biotopschutz oder mit anderen Aufgaben beschäftigt.

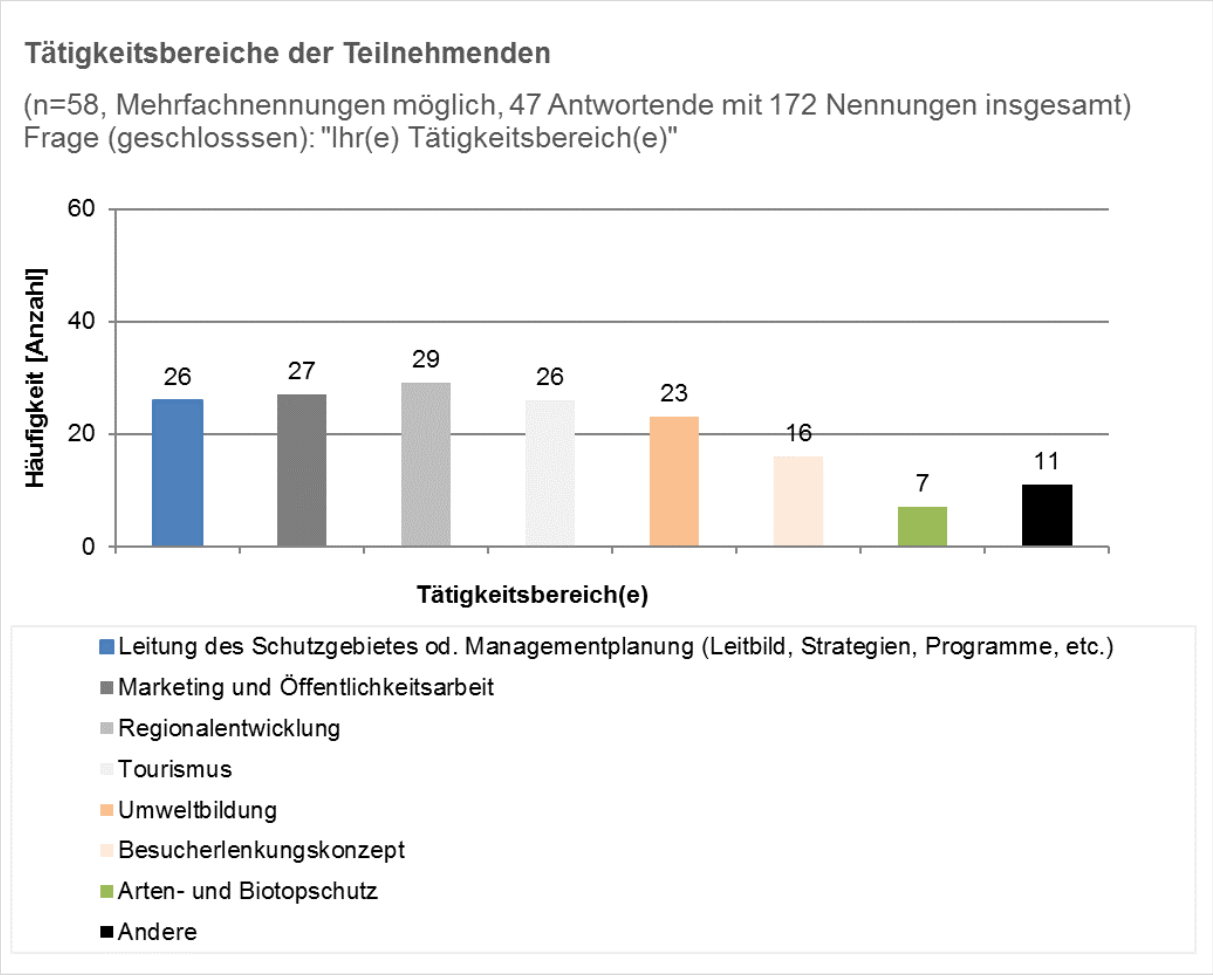


Abb. 15: Tätigkeitsbereiche der Teilnehmenden (Eigene Erhebung)

Zehn der Großschutzgebiete gaben per Klick-Option an, dass sie keine Gesundheitsleistungen anbieten. Die Möglichkeit, diese Angabe auf diese Weise zu machen, bestand ab dem 20.09.2017, also als bereits über die Hälfte der Teilnahmen getätigt worden waren (vgl. Abb. 14). 14 Schutzgebiete haben die freie Texteingabe bei der Frage nach Gründen für das Angebot von Gesundheitsleistungen dazu genutzt, mitzuteilen, dass sie keine anbieten (s. Blatt FF 3.X in Datei Auswertung der Umfrage auf der Daten-CD). Aus 3 weiteren Schutzgebieten kam eine solche Mitteilung per E-Mail (s. Mitt. per E-Mail auf der Daten-CD mit Zugriff nur für die Gutachterin / den Gutachter der Arbeit). Insgesamt geben also 25 der 58 oder 43% der befragten Großschutzgebiete an, keine Gesundheitsleistungen anzubieten (exkl. Dopplungen). Insgesamt wurde von den Antwortenden[70] zu 71 % mit gültigen Angaben geantwortet (außer 2 Filterfragen u. exkl. Angabe „Dazu kann ich keine Angaben machen“). Bei

[70] Nur angenommene Fälle (n=47, s.o.)

durchschnittlich 19% der Fragen wurde die Option „Dazu kann ich keine Angaben machen“ gewählt, falls dies möglich war. Bezogen auf alle befragten Großschutzgebiete (n=58) liegen durchschnittlich aus 57% der Schutzgebiete gültige Angaben zu den Fragen vor (außer 2 Filterfragen u. exkl. Angabe „Dazu kann ich keine Angaben machen“). Bei 4 der 13 Fragen liegen von weniger als 50% der befragten Großschutzgebiete gültige Angaben vor. Bei den übrigen Fragen liegt dieser Wert zwischen 26 und 40%.

Von den beiden Filterfragen wurde die Forschungsfrage 2.1.3 von 6 der max. 6 Antwortenden (nur gültige Antworten) und die Forschungsfrage 4.2.3 von 16 der max. 28 Antwortenden (nur gültige Antworten[71]) beantwortet.

[71] 6 weitere Antworten waren ungültig, da von der Fragestellung abweichende Antworten gegeben wurden.

4.2 Inhaltliche Ergebnisse und Hypothesenprüfung

In den folgenden Unterkapiteln werden die inhaltlichen Ergebnisse in den vier Themengebieten dieser Arbeit dargestellt. Die Prüfung der Hypothesen erfolgt jeweils am Ende des Unterkapitels und nimmt nochmals Bezug auf die wesentlichen Ergebnisse.

Sofern Einzelergebnisse im Text erwähnt werden, jedoch nicht in den Abbildungen oder Tabellen enthalten sind, finden sich diese auf dem Datenblatt mit der entsprechenden Nummer der Forschungsfrage in der mit der jeweiligen Methode erhobenen Excel-Datei auf der Daten-CD. Dies sind die Dateien „Auswertung der Umfrage“, „Auswertung der Angebotsanalyse“ und „Auswertung von GIS-Daten“.

4.2.1 Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit

In diesem Kapitel erfolgt die Bestandsaufnahme der Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit in Großschutzgebieten (=Themengebiet 1) orientiert an den Hypothesen 1 bis 6 und anhand der Beantwortung der dazu formulierten Forschungsfragen.

<u>Zielfelder von Gesundheitsinterventionen (FF 1.1.1)</u>

Die Gesundheitsleistungen können in 64 % der Fälle keinem der in den Leitfäden beschriebenen Zielfelder zugeordnet werden. In 8 der 11 Zielfelder sind jeweils weniger als 5 % der Leistungen (od. <16 Zuordnungen) zuzuordnen. Den Zielfeldern „Förderung der physischen Betätigung“ und „Bereitstellung gesunder Lebensmittel / Förderung einer gesunden Ernährung“ konnten mit 28 % bzw. 26% über die Hälfte der Gesundheitsleistungen zugeordnet werden (s. Abb. 16).

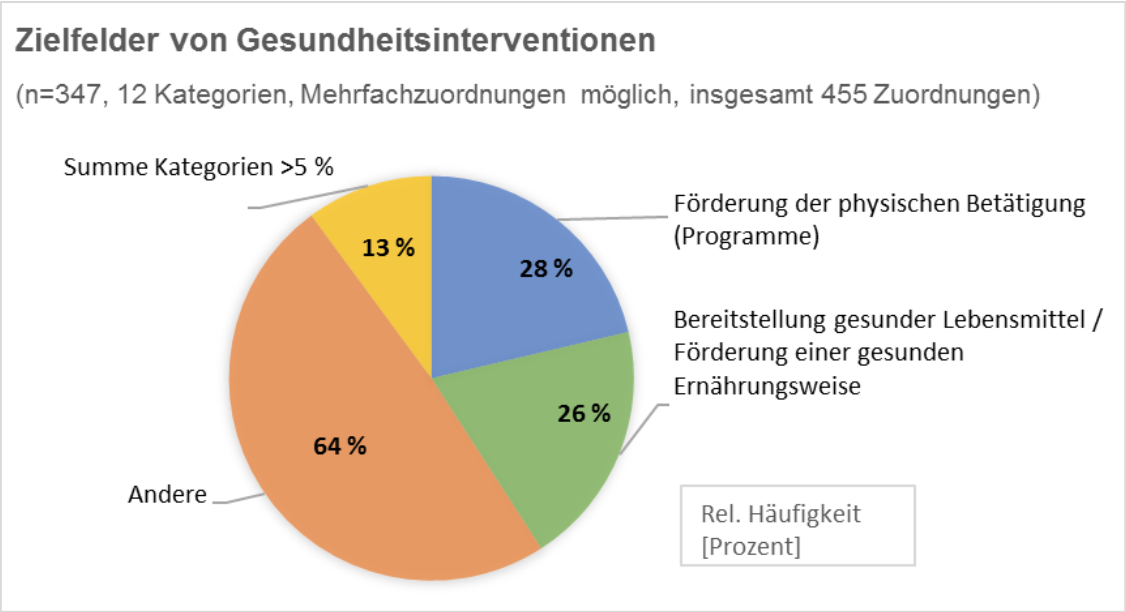


Abb. 16: Zielfelder von Gesundheitsinterventionen (Eigene Erhebung)

Arten von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.1Alt)

Da die Ergebnisse der Zuordnungen zu den Zielfeldern sich bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Analyse abgezeichnet haben, wurde ergänzend in einer neu hinzugenommenen Forschungsfrage die Art der Gesundheitsleistung erhoben. Durch die Erhebung der Art sollten die Gesundheitsleistungen alternativ zu den recherchierten Zielfeldern kategorisiert werden.

In Abb. 17 werden die Arten der Gesundheitsleistungen in aggregierter Form dargestellt. So lassen sich 41% der Gesundheitsleistungen der Kategorie „Geführte Wanderung mit oder ohne zusätzliche Gesundheitsintervention“ (z.B. Achtsamkeitsübungen, Kneippen, Waldbaden, etc.) zuordnen. Bei 31% wird die Leistung über die Verbreitung, Vermittlung oder Erstellung von Information im weitesten Sinne erbracht. 21% der Gesundheitsleistungen werden im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Wirkung von Kräutern in Form von Workshops, Seminaren und entsprechenden Wanderungen angeboten. Weitere 7% können der aggregierten Kategorie „Qigong, Yoga, Reiki, Meditation, Klangbehandlung“ zugeordnet werden. Darin sind alle Leistungen zusammengefasst, die einen ganzheitlichen oder alternativen Ansatz zur Gesundheitsförderung oder Krankheitsbehandlung verfolgen.

Insgesamt lassen sich 90% der Gesundheitsleistungen einer dieser vier aggregierten Gruppen zuordnen[72].

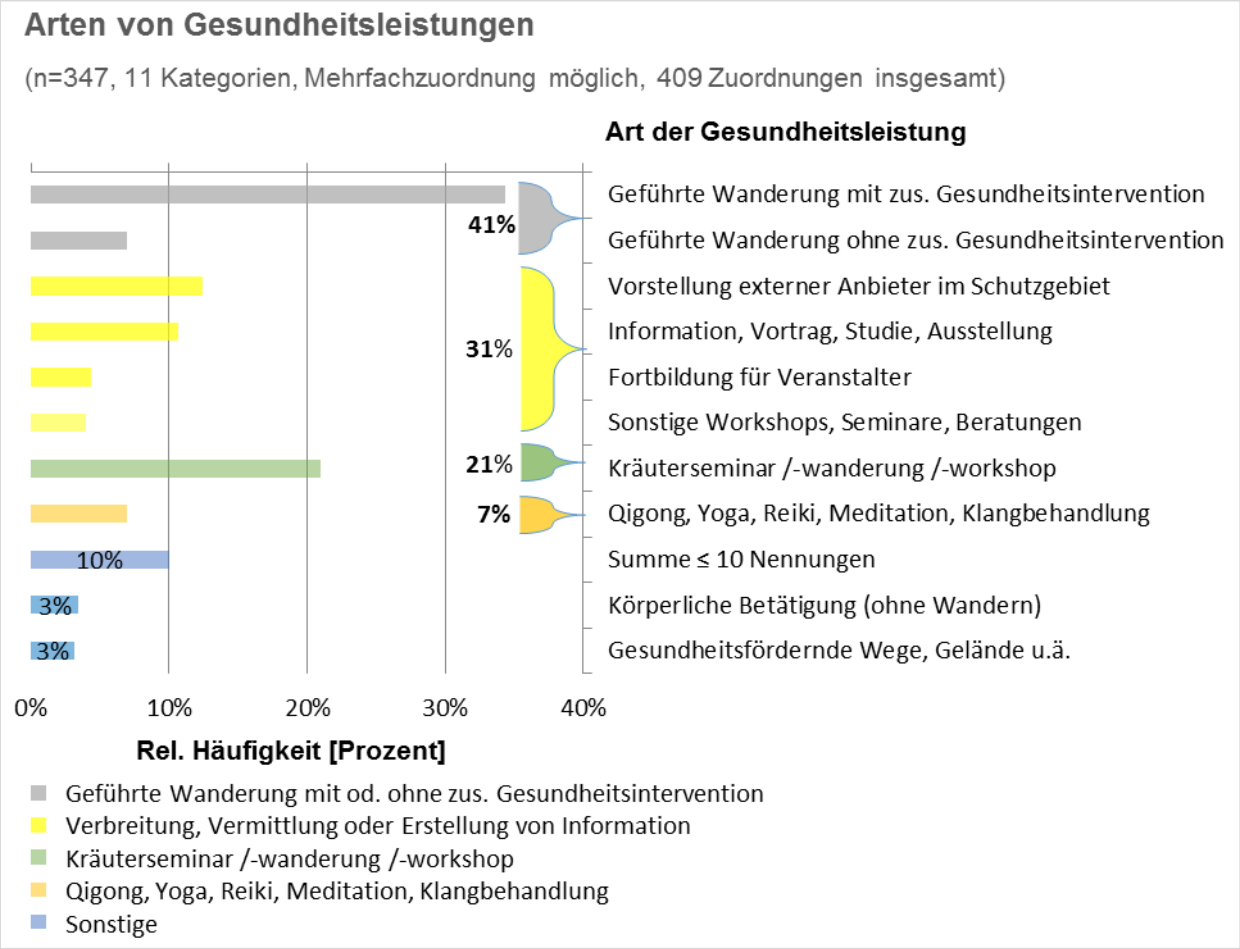


Abb. 17: Arten von Gesundheitsleistungen (Eigene Erhebung)

Förderung der Mitarbeitergesundheit außerhalb der Arbeitszeiten (FF 1.1.2)

In einem Fünftel der befragten Schutzgebiete (=11) werden Programme oder Unterstützungsleistungen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit außerhalb der Arbeitszeiten angeboten. In über der Hälfte aller Großschutzgebiete (30) gibt es keine solchen Leistungen und von fast einem Drittel (17) wurden dazu keine Angaben gemacht (zusammen 47 od. 81%).

Häufigkeit / jahreszeitliche Beschränkung von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.3)

Über die Hälfte der Gesundheitsleistungen wird ein- bis zweimalig im Jahr angeboten (s. Abb. 18). Fast ein Fünftel der Leistungen wird saisonal (min. 3-mal / Jahr) angeboten. Damit finden zusammengenommen fast drei Viertel aller

[72] Bezogen auf 372 von 409 Zuordnungen (s. Blatt FF 1.1.1.Alt in der Datei „Angebotsanalyse angenommene Fälle“ auf der Daten-CD)

Gesundheitsleistungen nur zu einer bestimmten Jahreszeit statt. Die restlichen 26% der Gesundheitsleistungen bestehen das ganze Jahr über (min. 1-mal / Monat).

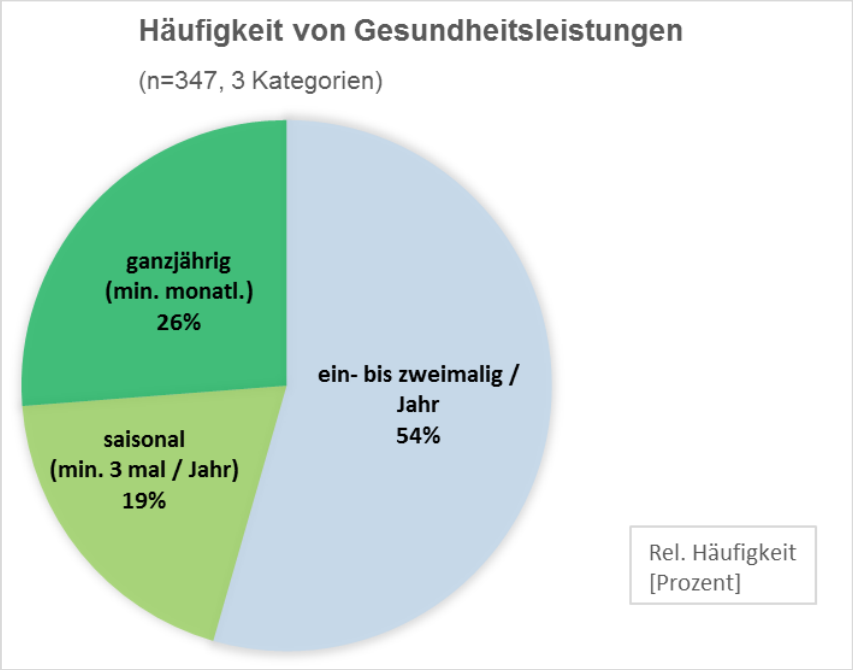


Abb. 18: Häufigkeit / jahreszeitliche Beschränkung von Gesundheitsleistungen (Eigene Erhebung)

Intendierte Wirkung von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.4)

Die in den Gesundheitsleistungen intendierten Gesundheitswirkungen können zehn Kategorien zugeordnet werden, die durch Clusterbildung entstanden sind (s. Abb. 19).

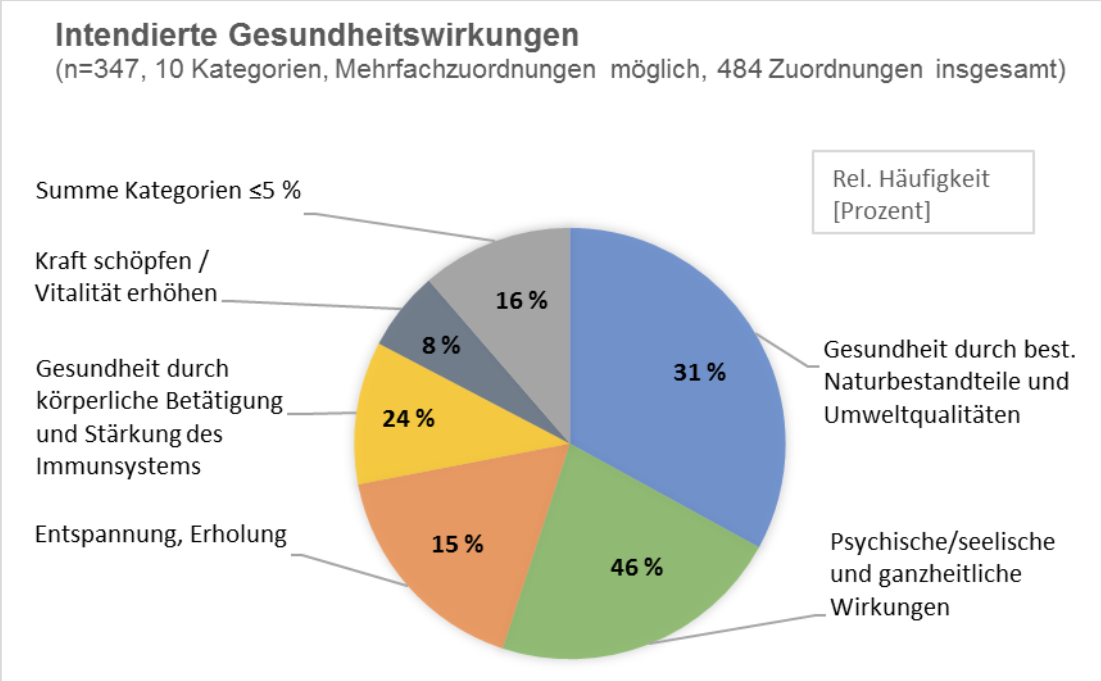


Abb. 19: Intendierte Gesundheitswirkungen von Gesundheitsleistungen (Eigene Erhebung)

Mit 46% wird bei fast der Hälfte der Gesundheitsleistungen eine psychische/seelische oder ganzheitliche Wirkung beabsichtigt. 31% der intendierten Wirkungen gehen von Naturbestandteilen (z.B. Heil- und Wildpflanzen) und bestimmten Umweltqualitäten (z.B. Heilklima, saubere Luft) aus. Bei fast einem Viertel der Leistungen soll eine gesundheitliche Wirkung durch körperliche Betätigung oder Stärkung des Immunsystems primär körperbezogen erfolgen[73]. Die Wirkungen „Entspannung, Erholung“ sind bei 15% und „Kraft schöpfen / Vitalität erhöhen“ bei 8% der Gesundheitsleistungen beabsichtigt. In fünf der zehn Kategorien (5) sind jeweils ≤ 5% der Gesundheitsleistungen zuzuordnen[74]. Dies macht in der Summe 16% aller Gesundheitsleistungen aus.

Dimensionen der intendierten Wirkung von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.5)

Den beiden Dimensionen „psychisches Wohlergehen“ mit 30% und „“physisches Wohlergehen“ mit 41 % können fast drei Viertel aller intendierten Wirkungen von Gesundheitsleistungen zugeordnet werden (s. Abb. 20). Bei der Dimension „soziales Wohlergehen“ sind es 2 %. Mit 27% können viele intendierte Wirkungen keiner oder keiner einzelnen der drei Dimensionen zugeordnet werden.

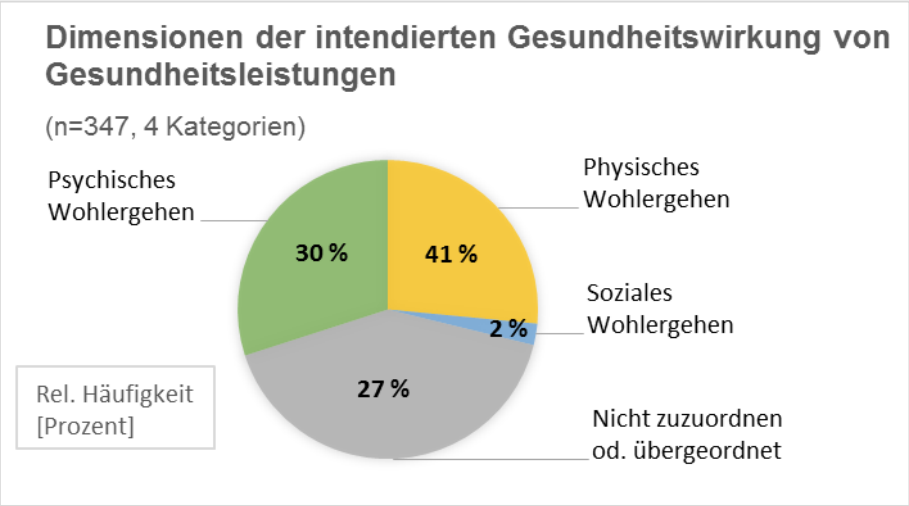


Abb. 20: Dimensionen der intendierten Gesundheitswirkung (Eigene Erhebung)

[73] Darin enthalten sind nur Gesundheitsleistungen mit körperlicher Betätigung, bei der eine intendierte Wirkung klar erkennbar über eben jene erfolgen soll. Nicht enthalten sind darin Gesundheitsleistungen, bei denen zwar auch eine körperliche Betätigung erfolgt, aber damit keine gesundheitliche Wirkung beabsichtigt wird. In diesen Fällen ist eine andere Wirkung intendiert (s.a. Kap. 2.2).

[74] Dies sind „Krankheitszentrierte Intentionen“, „Allgem. Gesundheit und Wohlbefinden“, „Soziales Wohlbefinden“, „Gefahrenabwehr, Erste Hilfe“ und „Sonstige (<5 Nennungen)“ (s. Blatt FF 1.1.4 auf Datei Auswertung der Angebotsanalyse auf der Daten-CD).

Art der Gesundheitsintervention von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.6)

Mit 73% können die meisten Gesundheitsleistungen der „Gesundheitsförderung“ als Art der Gesundheitsintervention zugeschrieben werden (s. Abb. 21). Weitere 20% der Interventionen erfolgt in der Art „Kuration / Therapie“. Auf die anderen drei Interventionsarten entfallen jeweils <5% der Gesundheitsleistungen. Bei 2 % der Leistungen ist eine Zuordnung nicht möglich.

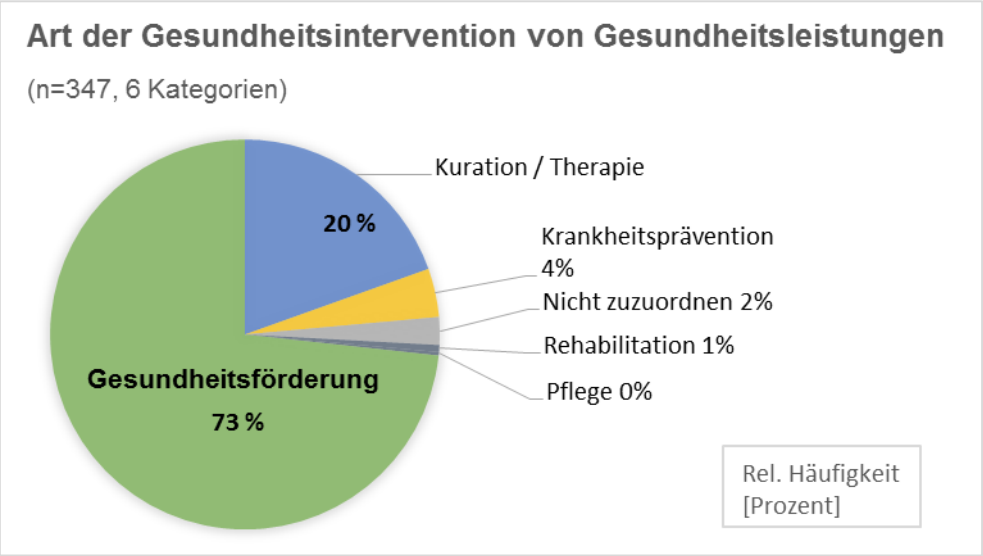


Abb. 21: Art der Gesundheitsintervention (Eigene Erhebung)

Kostenpflichtigkeit von Gesundheitsleistungen für InanspruchnehmerInnen (FF 1.1.7)

Deutlich über die Hälfte der Gesundheitsleistungen (67%) sind für die InanspruchnehmerInnen mit Kosten verbunden. Mit 31% ist hingegen fast ein Drittel der Leistungen kostenfrei.

Zielgruppenspezifizität von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.8)

Der überwiegende Teil der Gesundheitsleistungen ist nicht spezifisch für eine bestimmte Zielgruppe[75] (s. Abb. 22.). Die in der Literatur recherchierten Bevölkerungsgruppen mit Bedarf an spezifischen Gesundheitsleistungen[76] werden nur von jeweils ≤1% der Leistungen angesprochen. 17% der Gesundheitsleistungen sind jedoch für andere als die zuvor recherchierten Gruppen spezifisch. Dies sind zu 8% Kinder und Jugendliche, die restlichen Prozentpunkte entfallen auf Erwachsene,

[75] Ziel der Erhebung dieser Größe ist aufzuzeigen, ob und ggfls. für welche Gruppen mit Bedürfnissen nach spezifischen Gesundheitsleistungen entsprechende Angebote existieren. Angebote, die z.B. für Behinderte zugänglich sind, wurden als unspezifisch bewertet, falls die Gesundheitsleistung eigentlich allen offensteht und lediglich barrierefrei gestaltet wurde.

[76] Dies sind Behinderte, Frauen sowie gefährdete und benachteiligte Kinder und Jugendliche.

Christen, die Gruppe Lehrkräfte, Pädagogen, Wanderführer u.ä. sowie auf sonstige Gruppen (<5 Nennungen).

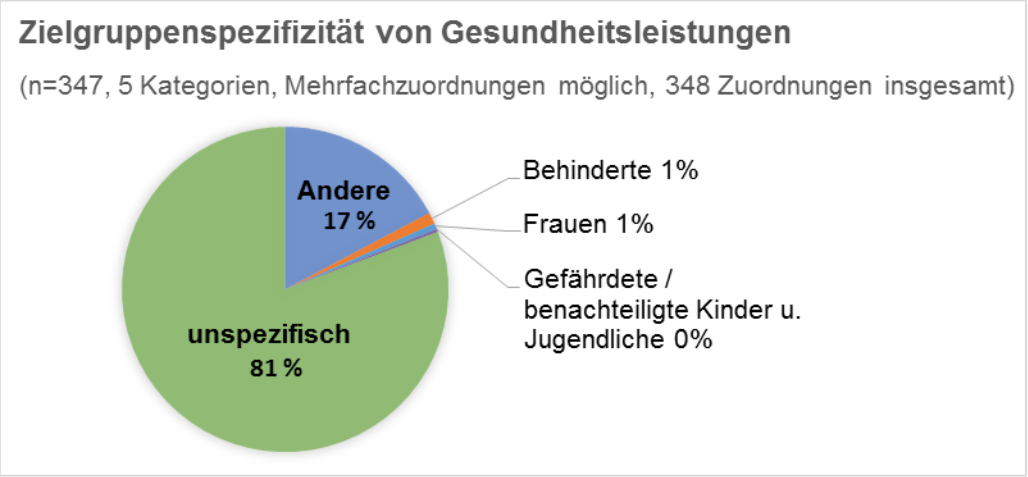


Abb. 22: Zielgruppenspezifizität (Eigene Erhebung)

Landschaftsattribute mit intendierter gesundheitlicher Wirkung (FF 1.1.9)

In 58% der Angebotsbeschreibungen von Gesundheitsleistungen wird ein Landschaftsattribut bzw. Bestandteil oder Charakteristikum von Natur und Landschaft genannt, mit dem eine Gesundheitswirkung beabsichtigt ist. Bei 42% der Leistungen ist dies nicht der Fall.

Die am häufigsten genannten Landschaftsattribute mit gesundheitlicher Wirkung sind gesunde Nahrung und Heilmittel wie Quellwasser und Pflanzen (>50 % der Nennungen, s. Abb. 23). Weitere Attribute mit nennenswerter Häufigkeit sind „Heilklima / gesunde Luft“, „Wildheit, Ursprünglichkeit, Alter“, „Ästhetische Attribute“ wie Schönheit und Harmonie und „Sinnesqualitäten der Natur“ (z.B. bestimmte Bodenbeschaffenheit zur taktilen Stimulation der Füße oder bestimmte Farben, Töne, etc., die über die Sinneswahrnehmung wirken sollen).

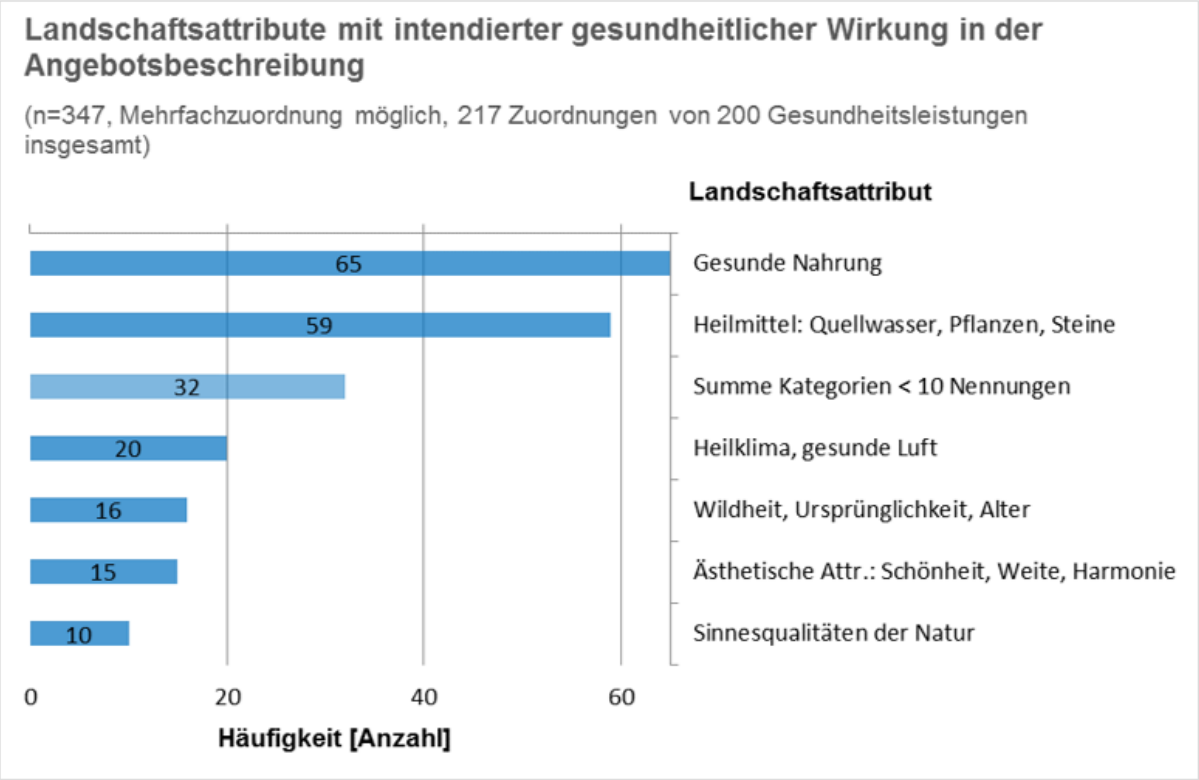


Abb. 23: Landschaftsattribute mit gesundheitlicher Wirkung (Eigene Erhebung)

<u>Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft und ihre intendierte Wirkung (FF 1.1.10)</u>

Bei 180 od. 52% (gerundet) der Gesundheitsleistungen gibt es einen Zusammenhang zwischen einem Bestandteil oder Charakteristika von Natur und Landschaft bzw. einem Landschaftsattribut und der intendierten Wirkung. Bei diesen 180 Leistungen gibt es auf Grund von Mehrfachzuordnungen insgesamt 238 Zusammenhänge in 31 Korrelationen. Davon sind 143 Zusammenhänge in 11 Korrelationen signifikant[77] (s. Tab. XII im Anhang). 6 dieser Korrelationen sind sehr schwach, 3 schwach und 2 mittel[78]. Die beiden mittleren Korrelationen bestehen jeweils zwischen der intendierten Wirkung der „Naturbestandteile und Umweltqualitäten“ und den Bestandteilen „Gesunde Nahrung“ und „Heilmittel“ und stehen für 79 % der signifikant korrelierten Gesundheitsleistungen. Damit liegt bei 113 od. 33% der Gesundheitsleistungen eine signifikante Korrelation mittlerer Stärke vor. Bei den übrigen 67% gibt es keine

[77] Näherungsweise Signifikanz <0,05, berechnet für Cramer-V mit paarweisem Fallausschluss und Berechnungen für die Ja-Ausprägung (=1)

[78] Korrelationsstärken für Cramer-V: 0 = keine Kor.; >0 bis 0,2 = sehr schwache Kor.; >0,2 bis 0,4 = schwache Kor.; <0,4 bis 0,6 = mittlere Kor. (BROSIUS 2013, S. 523)

signifikante Korrelation oder diese ist schwach bis sehr schwach (s. Blatt FF 1.1.10 in Datei Auswertung der Angebotsanalyse auf Daten-CD).

Stakeholder-Beteiligung an der Erbringung von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.11)

Bei der Erbringung von 86% der Gesundheitsleistungen sind außer dem Großschutzgebiet selbst weitere Stakeholder beteiligt. Die Stakeholder-Gruppen sind insgesamt sehr heterogen (s. Abb. 24). So beteiligen sich 9 verschiedene Stakeholder-Gruppen an jeweils min. 5% der Gesundheitsleistungen und Gruppen mit einem Anteil <5% sind die Stakeholder-Gruppe (aggregiert) mit den meisten zugeordneten Leistungen. Als zivilgesellschaftliche Akteure werden Vereine und Stiftungen 5% (=19 absolut) und Stiftungen einer einzigen Gesundheitsleistung zugeordnet. Akteure der Regionalentwicklung sind an 2 % der Gesundheitsleistungen beteiligt.

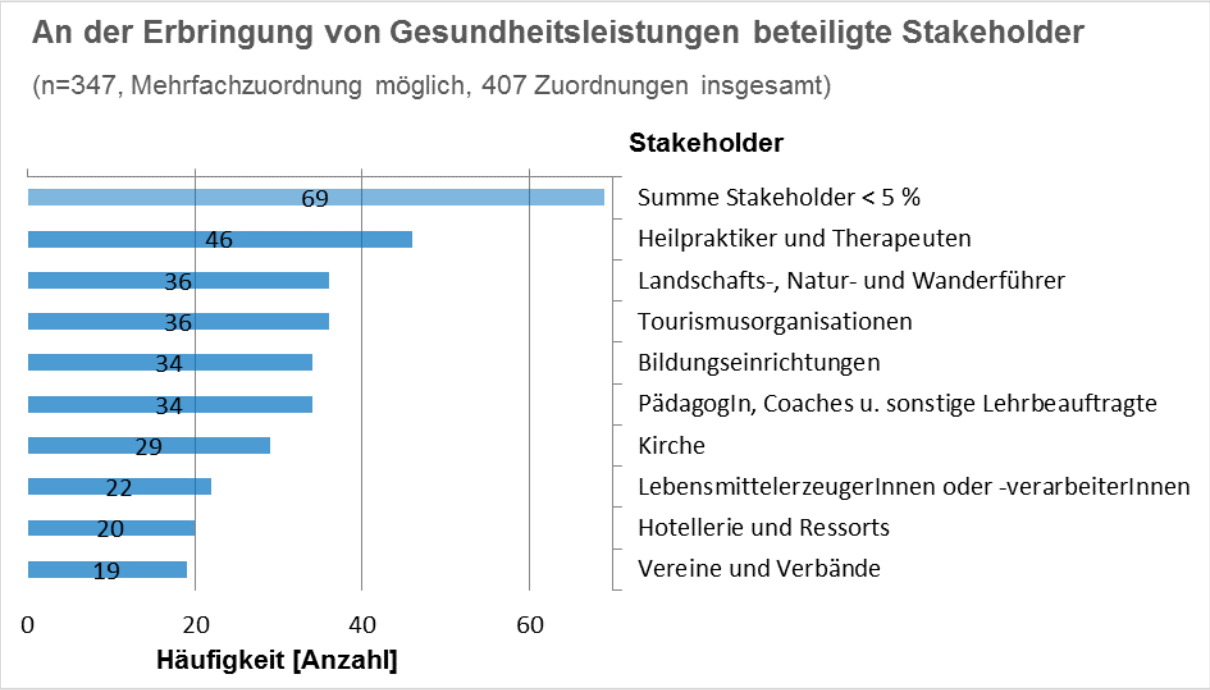


Abb. 24: Beteiligte Stakeholder bei Gesundheitsleistungen (Eigene Erhebung)

Erbringer von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.12)

Nur 13% der Gesundheitsleistungen werden von den Großschutzgebieten selbst erbracht (s. Abb. 1). Bei fast Dreiviertel der Gesundheitsleistungen erfolgt die Erbringung der Leistung in Kooperation mit einem externen Stakeholder. Die Arten der Kooperationen umfassen offizielle Partnerschaften, die Ausrichtung gemeinsamer Veranstaltungen, die Beauftragung externer Stakeholder zur Durchführung von Veranstaltungen des Schutzgebietes, der Zurverfügungstellung von Ressourcen, um Leistungen im Namen des Schutzgebietes zu erbringen, u.v.m. Bei 12 % erbringt der

Stakeholder die Leistung selbst, ohne dass ein Schutzgebiet daran beteiligt ist. In diesen Fällen wird nur auf die Leistungen Dritter verwiesen, ohne dass es zu einer weiteren Zusammenarbeit kommt.

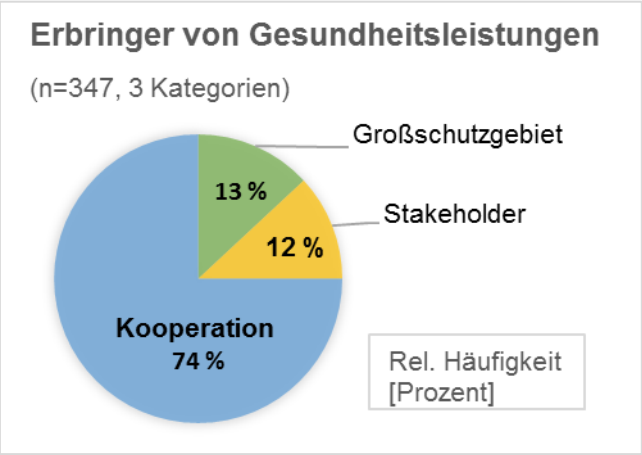


Abb. 25: Erbringer von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten (Eigene Erhebung)

Gesundheitsleistungen, die nicht auf der Website veröffentlicht werden (FF 1.2.1)

16 der 58 Großschutzgebiete geben an, dass es Gesundheitsleistungen gibt, die nicht über ihre Website vermarktet werden. In 21 Schutzgebieten oder bei 45% der Antwortenden werden alle diese Leistungen auch darüber veröffentlicht (21 Schutzgebiete ohne Angaben).

Gesundheitsleistungen, die nicht als solche vermarktet werden (FF 1.2.2)

In 27 der 58 Großschutzgebiete gibt es Gesundheitsleistungen, die nicht als solche vermarktet werden. In 13 Schutzgebieten werden alle Gesundheitsleistungen auch als solche vermarktet (18 Schutzgebiete ohne Angaben).

Hypothesenprüfung

Hypothese 1: Die untersuchten Großschutzgebiete bieten unterschiedliche Gesundheitsleistungen an, die sich hinsichtlich Angebotszeitraum, Zielgruppe, Gesundheitsdimension, intendierter Gesundheitswirkung und Art der Gesundheitsintervention unterscheiden lassen.

Obwohl eine Zuordnung der Gesundheitsleistungen zu den recherchierten Zielfeldern von Gesundheitsinterventionen in 64% der Fälle nicht möglich ist (FF 1.1.1), können diesen mit der angebotszentrierten Inhaltsanalyse unterschiedliche Arten von Gesundheitsleistungen zugewiesen werden (FF 1.1.Alt, u. 1.1.2). Diese unterscheiden

sich hinsichtlich Angebotszeitraum (FF 1.1.3), Zielgruppe (FF 1.1.8), Gesundheitsdimension (FF 1.1.5), intendierter Gesundheitswirkung (FF 1.1.4) und Art der Gesundheitsintervention (FF. 1.1.6). Aus diesen Gründen wird die Hypothese angenommen.

Hypothese 2: Großschutzgebiete bieten Gesundheitsleistungen in allen drei Gesundheitsdimensionen an, ohne dass eine der Dimensionen deutlich unterrepräsentiert ist.
Die untersuchten Großschutzgebiete bieten zwar in allen drei Gesundheitsdimensionen Gesundheitsleistungen an, jedoch ist die Dimension „Soziales Wohlergehen“ mit 2% der Zuordnungen deutlich unterrepräsentiert (FF 1.1.5). Allerdings konnten Leistungen in dieser Dimension auf Grund eines systematischen Erfassungsfehlers wahrscheinlich nicht ausreichend erfasst werden, sodass der Befund als nicht hinreichend valide bewertet wird (s. Abschnitt Angebotszentrierte Inhaltsanalyse im World Wide Web in Kap. 5.3). Deshalb kann die Hypothese nicht geprüft werden.

Hypothese 3: Die Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten lassen sich überwiegend den Interventionsarten Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie Therapie und Kuration zuordnen, die Interventionsarten Rehabilitation und Pflege spielen kaum eine Rolle.
97% der Gesundheitsleistungen der untersuchten Großschutzgebiete lassen sich den Interventionsarten Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie Therapie und Kuration zuordnen, die Interventionsarten Rehabilitation und Pflege spielen mit zusammen 1% fast keine Rolle (FF 1.1.6). Obwohl Gesundheitsleitungen in der Interventionsart „Pflege“ auf Grund eines systematischen Fehlers unterrepräsentiert sind, ist von einer ähnlichen Gesamtrelation der einzelnen Arten auszugehen und das Gesamtergebnis als hinreichend valide für die Hypothesenprüfung zu bewerten. Die Hypothese wird deshalb angenommen.

Hypothese 4: Unterschiedliche Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft haben auch eine unterschiedliche intendierte Gesundheitswirkung von Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten.
Bei 67% der Gesundheitsleistungen gibt es keine oder eine schwache bis sehr schwache Korrelation zwischen einem Bestandteil oder Charakteristika von Natur und

Landschaft mit Gesundheitswirkung und der intendierten Gesundheitswirkung. Damit haben unterschiedliche Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft im überwiegenden Teil der Fälle keine unterschiedliche intendierte Gesundheitswirkung (FF 1.1.10). Die Hypothese in ihrer allgemeingültigen Formulierung wird deshalb abgelehnt.

Hypothese 5: Zur Erbringung von Gesundheitsleistungen arbeiten Großschutzgebiete mit unterschiedlichen Stakeholdern auch unterschiedlich stark zusammen.
An der Erbringung von Gesundheitsleistungen sind in 86% der Fälle außer dem Schutzgebiet noch weitere Stakeholder beteiligt (FF 1.1.11). Diese Beteiligung besteht mit einer Vielzahl unterschiedlicher Stakeholder (FF 1.1.11) und besteht in der Erbringung dieser Leistungen durch den Stakeholder alleine oder in Kooperation mit dem Schutzgebiet (FF 1.1.12). Die Hypothese wird deshalb angenommen.

Hypothese 6: Mit der angebotszentrierten Inhaltsanalyse können alle Gesundheitsleistungen eines Großschutzgebietes erfasst werden.
In fast einem Drittel der befragten Schutzgebiete gibt es Gesundheitsleistungen, die mit der angebotsorientierten Analyse nicht erfasst werden können, da diese nicht alle auf den untersuchten Websites veröffentlicht werden (FF 1.2.1). In beinahe der Hälfte der befragten Schutzgebiete werden nicht alle Gesundheitsleistungen auch als solche vermarktet (FF 1.2.2). Diese Leistungen können ebenfalls nicht mit der gewählten Methode erfasst werden. Aus diesen Gründen wird die Hypothese abgelehnt.

4.2.2 Bedeutung von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete

Im Folgenden werden die Bedeutung von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete (=Themengebiet 2) anhand der Beantwortung der Forschungsfragen dargestellt und die Hypothesen 7 bis 9 geprüft.

Nutzen von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete (FF 2.1.1)

Insgesamt kommt es in den abgefragten Nutzenkategorien überwiegend selten bis gelegentlich zu Nutzen durch Gesundheitsleistungen (für Großschutzgebiete), die über den reinen Gesundheitsnutzen hinausgehen (s. Abb. 26). Nur für die Nutzenarten „Erweiterung der Angebotspalette und höhere Qualität der Angebote“ (9 Angaben), „Neue Zielgruppen und neue Motivation für den Besuch des Schutzgebietes“ (13 Angaben) und „Gesundheitsleistungen werden angeboten, um andere Ziele zu

verfolgen (…)“ (17 Angaben) wird der Nutzen von mehr als 7% (>4 Angaben) der befragten Großschutzgebiete als oft oder immer auftretend angegeben.

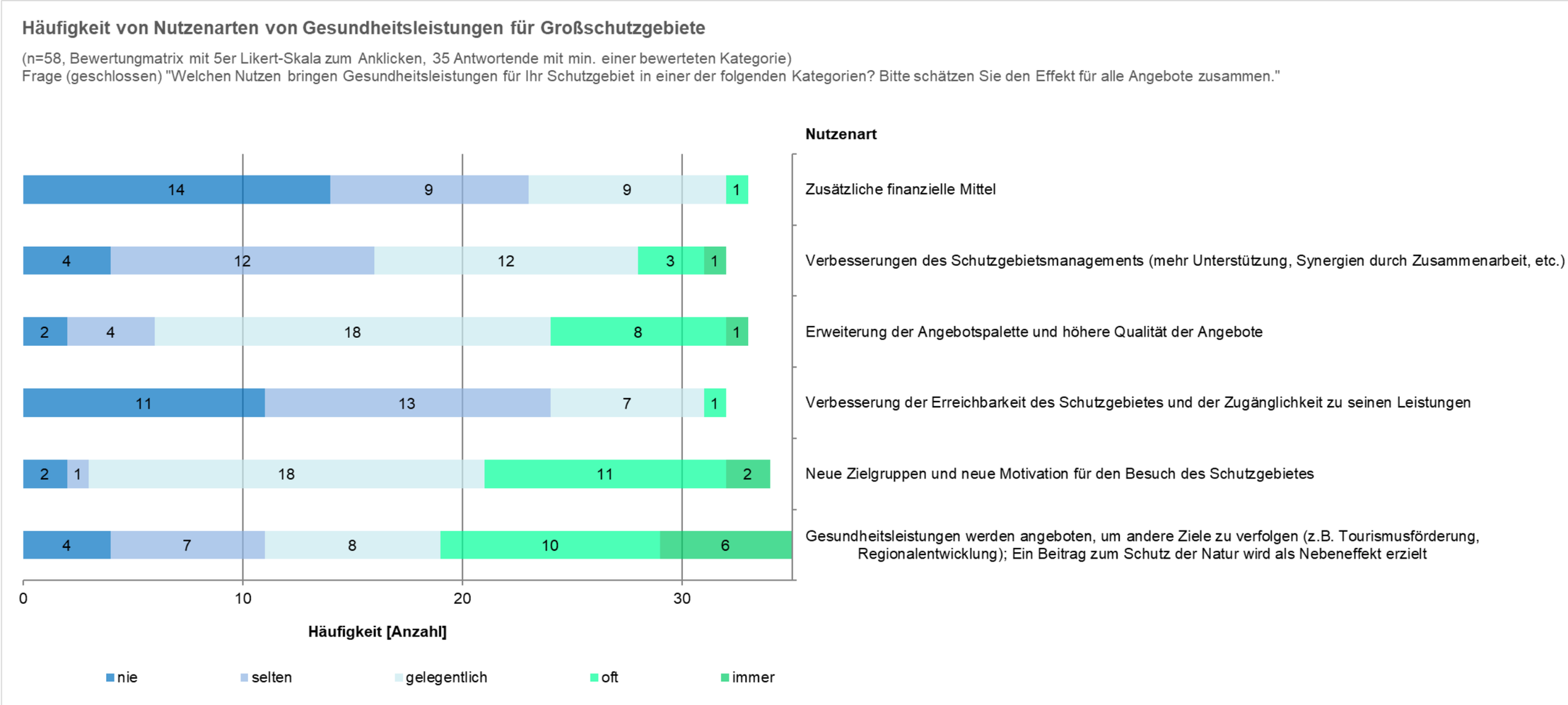


Abb. 26: Nutzen von Gesundheitsleistungen (Eigene Erhebung)

Als „Andere“ Nutzenarten wurden jeweils einmal „Haltung/ Einstellung gegenüber Natur und Park“, „Neue Partnerschaften für die nachhaltige Regionalentwicklung – immer“ und „Verbesserung des Images des Schutzgebietes“ genannt.

Die Abfrage der zuvor recherchierten Nutzenarten erfolgte auf Grund eines Übertragungsfehlers unvollständig. So wurden die Arten „Image-Effekte zur Vermarktung des Schutzgebietes“ und „Höhere Akzeptanz für Schutzmaßnahmen“ nicht zur Auswahl gestellt.

Häufigkeit negativer Auswirkungen durch Gesundheitsleistungen (FF 2.1.2)

In 12 der 58 Großschutzgebiete wird angegeben, dass es nie zu negativen Auswirkungen von Gesundheitsleistungen kommt. In 9 Schutzgebieten kommt es selten und in 6 gelegentlich zu diesen Auswirkungen. 31 der befragten Schutzgebiete haben dazu keine Angaben gemacht.

Arten negativer Auswirkungen durch Gesundheitsleistungen (FF 2.1.3)

6 der 15 Schutzgebiete, die angeben, dass es zu negativen Auswirkungen durch Gesundheitsleistungen kommt, geben auch konkrete Arten von Auswirkungen an. Dabei werden zwei Mal allgemeine Nutzungsschäden durch die Missachtung von Ver- und Geboten oder durch Überbelastung sowie fünf Mal Störungen sensibler Naturbestandteile genannt (eine Zweifachnennung).

Verankerung von Gesundheitsleistungen im Schutzgebietsmanagement (FF 2.2.1-4)

Insgesamt sind Gesundheitsleistungen meistens nicht im Managementsystem von Großschutzgebieten verankert (s. Abb. 27). Zudem lässt sich eine Abnahme der Verankerung bei steigender Verankerungsebene von insgesamt 34% bei „Ziel des Schutzgebietes“ über 32% bei „Teil einer Strategie / eines übergeordneten Konzeptes“ bis 20% bei „Teil des Leitbildes“ feststellen. Ein Monitoring oder eine Evaluierung von Gesundheitsleistungen findet nur in 3% aller befragten Großschutzgebiete statt.

Bei den vier Fragen nach Kategorien der Verankerung von Gesundheitsleistungen im Schutzgebietsmanagement wurden von Schutzgebieten der Kategorie UNESCO-Global Geoparke im Durchschnitt zu 77% keine Angaben gemacht. Bei Schutzgebieten aller anderen Kategorien zusammen beträgt dieser Wert 17%. Von den 28 Schutzgebieten, in denen Gesundheitsleistungen nicht im Leitbild verankert sind, geben 5 an, dass ihr Schutzgebiet (noch) kein Leitbild hat.

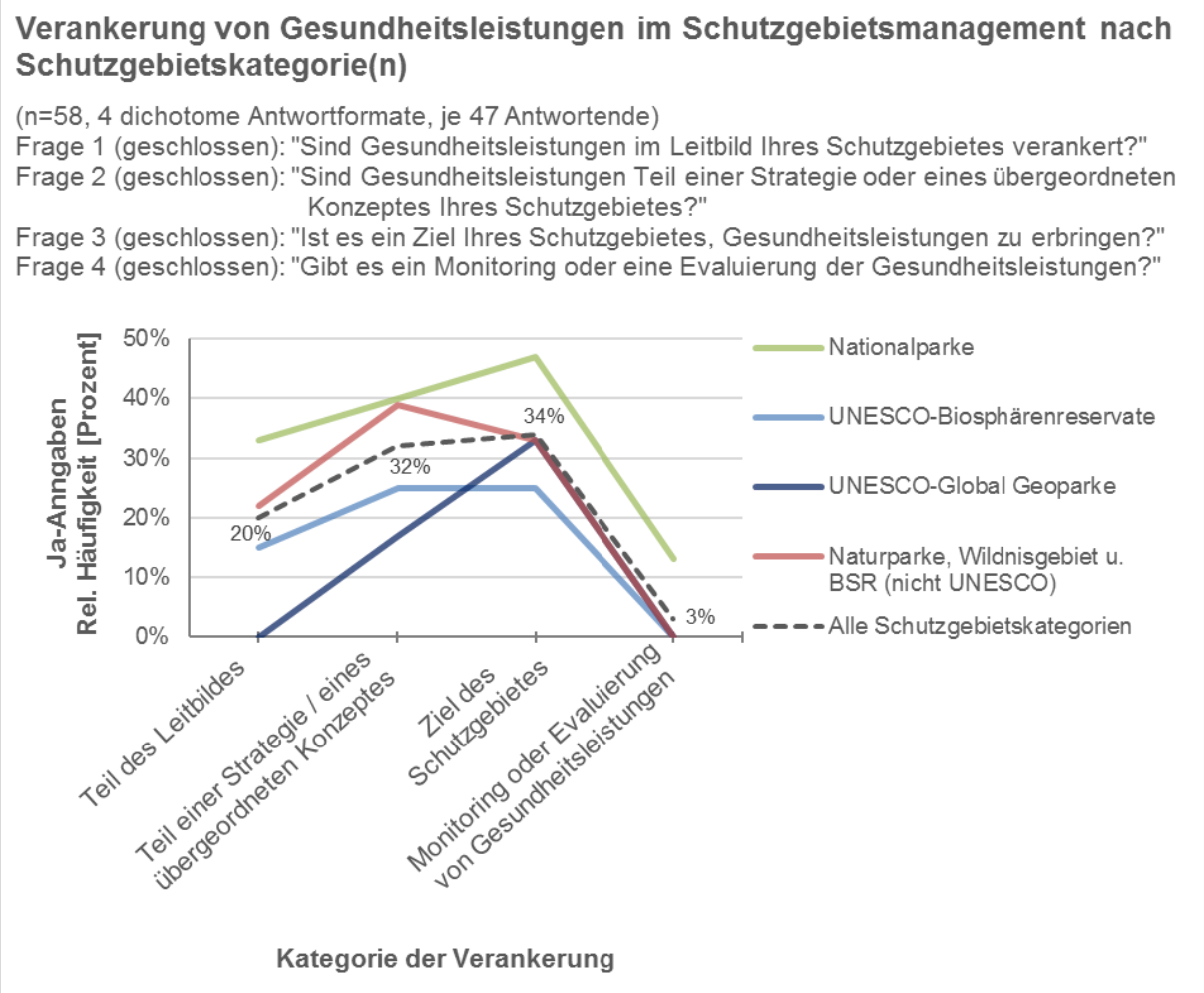


Abb. 27: Verankerung von Gesundheitsleistungen im Schutzgebietsmanagement nach Schutzgebietskategorie(n) (Eigene Erhebung)

Die Abnahme der Verankerung im Zielsystem bei steigender Verankerungsebene[79] liegt nicht nur insgesamt, sondern auch in allen einzelnen Schutzgebietskategorien vor. In Nationalparken sind Gesundheitsleistungen in allen vier Kategorien mit durchschnittlich 40% überdurchschnittlich hoch im Zielsystem verankert. Dies ist auch die einzige Schutzgebietskategorie, in der in 13% der Parke überhaupt ein Monitoring oder eine Evaluierung von Gesundheitsleistungen durchgeführt wird. In den Schutzgebietskategorien „Naturparke, Wildnisgebiete und BSR (nicht UNESCO)“ sind diese Leistungen auch überdurchschnittlich oft Teil des Leitbildes, einer Strategie oder eines übergeordneten Konzeptes. Bei den beiden anderen Kategorien hingegen liegt der Wert leicht unter dem Durchschnitt. In UNESCO-Biosphärenreservaten sind alle Kategorien der Verankerung leicht unterdurchschnittlich oft vertreten. Bei UNESCO-

[79] Diese ist in aufsteigender Reihenfolge: Ziel < Strategie / übergeordnetes Konzeptes < Leitbild; Monitoring und Evaluierung sind keine Ebene des Zielsystems, sondern Instrumente, die auf jeder Ebene zur Umsetzung von Zielen bzw. zur Messung der Zielerreichung eingesetzt werden können.

Global Geoparken wurden nicht genügend Antworten für eine Darstellung gegeben. Im Durchschnitt wurden bei 77% der hier relevanten Fragen von Schutzgebieten dieser Kategorie keine Angaben gemacht. Dieser Wert beträgt für alle übrigen Kategorien zusammen 17%.

Hypothesenprüfung

Hypothese 7: Der Nutzen von Gesundheitsleistungen von und für Großschutzgebiete(n) ist bekannt und lässt sich den recherchierten Kategorien zuordnen.

Ein Nutzen der Gesundheitsleistungen für die Gesundheit wurde als angenommen nicht untersucht. Bei 67% der Gesundheitsleistungen entsteht ein Nutzen durch die Einnahme von Teilnahmegebühren (FF 1.1.7). Die im Durchschnitt sehr niedrige Bewertung der Nutzenart „Zusätzliche Mittel“ spricht jedoch dafür, dass diese Einnahmen selten die Kosten übersteigen oder zu Gunsten des Stakeholders und nicht des Schutzgebietes gehen (FF 2.1.1). Unterschiedliche Nutzenarten sind von den Schutzgebieten auch unterschiedlich bewertet worden. Ergänzend zu den vorgegebenen Nutzenarten sind noch weitere Nutzenarten genannt worden (FF 2.1.1). 2 der recherchierten Kategorien wurden auf Grund eines Übertragungsfehlers nicht zur Bewertung abgefragt. Eben jenen zwei Arten lassen sich 2 der 3 freien Nennungen weiterer Nutzenarten zuordnen. Bei der freien Angabe von Gründen für das Angebot von Gesundheitsleistungen werden 24-mal Nutzen in fünf Kategorien von Nutzenarten genannt (FF 3.1). Vier dieser Kategorien lassen sich wiederum den zuvor recherchierten Nutzenarten zuordnen. Insgesamt wird die Hypothese deshalb angenommen.

Hypothese 8: Negative Auswirkungen von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten treten in den meisten Schutzgebieten nie oder selten und höchstens in wenigen Schutzgebieten gelegentlich, jedoch nie oft oder immer auf.

Von dem meisten Großschutzgebieten wurden keine Angaben zur Häufigkeit negativer Auswirkungen gemacht. In den 27 Schutzgebieten, aus denen Angaben dazu vorliegen, kommt es nie oder selten zu solchen Auswirkungen. In wenigen Schutzgebieten (6 von 58) kommt es gelegentlich zu diesen Auswirkungen, jedoch nie oft oder immer (FF 2.1.2). Die negativen Auswirkungen, zu denen es gelegentlich kommt, können von den Befragten auch benannt werden, sodass eine Kenntnis dieser

Art von Auswirkungen, die häufiger als selten auftreten, als bekannt angenommen werden kann (FF 2.1.3). Auf Grund der wenigen Angaben kann die Hypothese nicht geprüft werden.

Hypothese 9: Die Erbringung von Gesundheitsleistungen ist im Schutzgebietsmanagement der unterschiedlichen Schutzgebietskategorien auch unterschiedlich stark verankert.
Die Erbringung von Gesundheitsleistungen ist im Schutzgebietsmanagement der Schutzgebietskategorien Nationalparke, UNESCO-Biosphärenreservate und der Sammelkategorie „Naturparke, Wildnisgebiet und BSR (nicht UNESCO)“ in den untersuchten Kategorien unterschiedlich stark verankert (FF 2.2.1-2.2.4). In der Schutzkategorie UNESCO-Global Geopark liegen nicht genügen Angaben vor, um für diese Kategorie gültige Aussagen machen zu können. Aus diesem Grund kann die Hypothese nicht geprüft werden.

4.2.3 Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten aus Sicht der Großschutzgebiete selbst =Themengebiet 3). Die Prüfung der Hypothesen 10 bis 12 wird anhand der dazu formulierten Forschungsfragen durchgeführt.

Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen (FF 3.1)

Von 22 der 58 befragten Großschutzgebiete wurden insgesamt 10 unterschiedliche Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen genannt (s. Abb. 28).

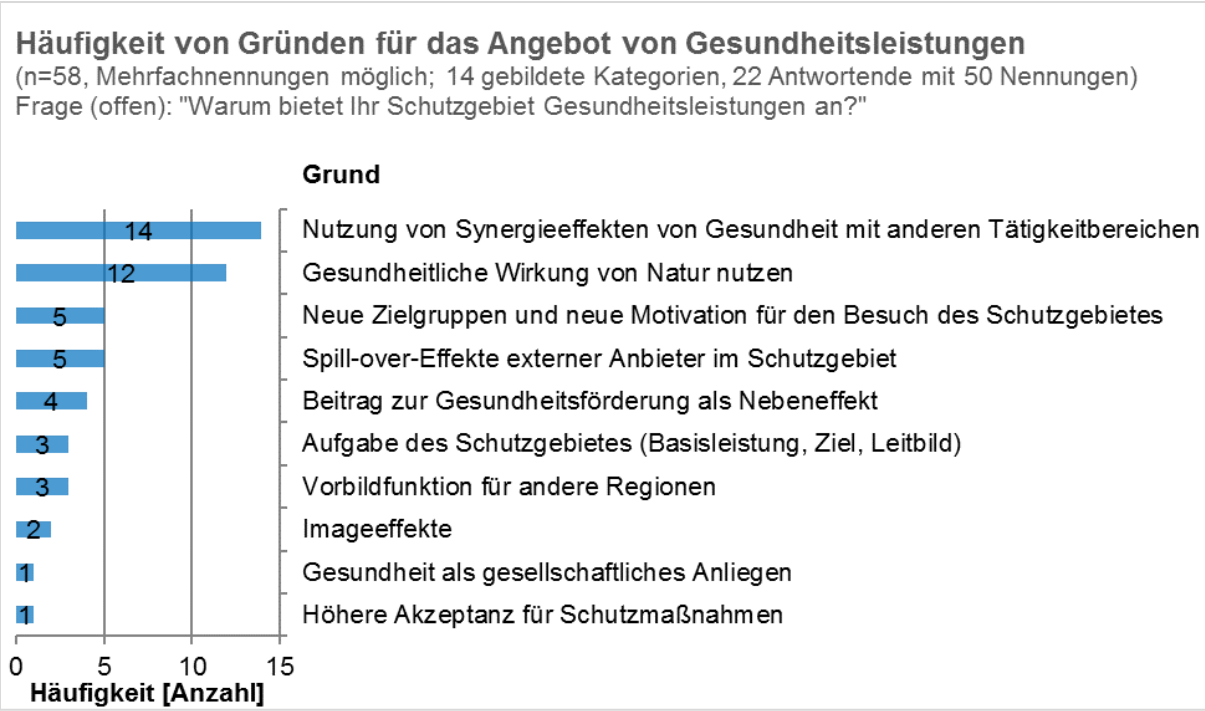


Abb. 28: Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen (Eigene Erhebung)

Am häufigsten lassen sich die genannten Gründe den Kategorien „Nutzung von Synergieeffekten von Gesundheit mit anderen Tätigkeitsbereichen“ (14 Nennungen) und „Gesundheitliche Wirkung von Natur nutzen“ (12 Nennungen) zuordnen. Der Beitrag zur Gesundheitsförderung als Nebeneffekt ist ähnlich wie die Nutzung von Synergieeffekten und wird von weiteren fünf Schutzgebieten als Grund genannt. In den übrigen Kategorien gibt es jeweils 1 bis 5 Nennungen.

<u>Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen (FF 3.2)</u>

Insgesamt geben die Großschutzgebiete die Relevanz der Programme und Bestimmungen, um Gesundheitsleistungen anzubieten, überwiegend als gering bis mittelmäßig an. So sind 10 der 11 Programme und Bestimmungen für mehr als die Hälfte der Antwortenden gar nicht bis mittelmäßig relevant (s. Abb. 29). Im Durchschnitt wird bei 4 der 11 Programme und Bestimmungen die Relevanz mit maximal „mittelmäßig“ angegeben (s. Abb. 30). Die übrigen Durchschnittswerte lassen sich einer geringen Relevanz zuordnen.

Eine hohe Relevanz[80] wird von einem Viertel bis einem Drittel der befragten Schutzgebiete vor allem bei denjenigen Programmen und Bestimmungen gesehen, die eine allgemeine oder übergeordnete Gültigkeit bezüglich Naturschutz und

[80] = „ziemlich“ bis „außerordentlich“

nachhaltiger Entwicklung haben[81] (s. Abb. 29). Bei Programmen mit allgemeiner oder übergeordneter Gültigkeit bezüglich Gesundheit wird die Relevanz hingegen überwiegend als gar nicht bis gering bewertet[82]. Ebenfalls eine überwiegend geringe Relevanz wird dem TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“ zugewiesen. Der Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2012 wiederum wird von den meisten Antwortenden eine mittelmäßige bis hohe Relevanz bescheinigt.

Insgesamt zeigen nur Mittelwerte der UNESCO-Global Geoparke und der Sammelkategorie „Naturparke, Wildnisgebiete und BSR (ohne UNESCO)“ deutliche Unterschiede zur durchschnittlichen Handlungsrelevanz auf (s. Abb. 30). So ist in der Kategorie „Naturparke, Wildnisgebiete und BSR (ohne UNESCO)“ in 6 der 11 Programme und Bestimmungen die mittlere Intensität überdurchschnittlich und in 2 Programmen genauso hoch. Die Mittelwertabweichung ist in drei dieser Fälle mit 0,4 oder 0,6 vergleichsweise hoch (s. Tab. VIII, Anhang 3 auf der Daten-CD). Bei UNESCO-Global Geoparken liegt die mittlere Intensität bei den Programmen und Bestimmungen, in denen die Handlungsrelevanz im Durchschnitt mindestens als gering (= „kaum“) bewertet wird, in 7 der 8 Fälle deutlich unter dem Durchschnittswert.

Bei Nationalparken beträgt die Abweichung vom Mittelwert bei Handlungsrelevanzen, die mindestens als gering bewertet wurden, nur in einem Fall mehr als 0,2 (s. Tab. IX im Anhang). Bei den UNESCO-Biosphärenreservaten liegt der Mittelwert zwar in 9 der 11 Programme und Bestimmungen über dem Mittelwert. Jedoch ist die Abweichung nie größer als 0,3.

Differenziert nach Schutzkategorie haben durchschnittlich 53% der befragten Gebiete der Kategorie „Naturparke, Wildnisgebiete und BSR (ohne UNESCO)“ keine Angaben zur Handlungsrelevanz gemacht. In den übrigen Schutzgebieten beträgt dieser Wert knapp 30% (s. Blatt FF 3.2 in der Datei Auswertung der Umfrage auf der Daten-CD).

Die Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen kann weiterhin nach der Spezifizität der Verbindlichkeiten und Anreize der Programme und Bestimmungen selbst differenziert werden (s. Abb. 31). Beim Vergleich der Mittelwerte wird deutlich,

[81] Dies sind: Bundesnaturschutzgesetz, UN-Agenda für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals), Nationale Nachhaltigkeitsstrategie, UN-Übereinkommen über die biologische Vielfalt (Biodiversitätskonvention), Biodiversitätsstrategie der EU für das Jahr 2020, Biodiversitätsstrategie der EU für das Jahr 2020, Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt und UN-Dekade Biologische Vielfalt 2011 - 2020

[82] = „kenne ich nicht“, „gar nicht“ und „kaum“; Dies sind das Rahmenkonzept der WHO „Gesundheit 2020“ und die „Healthy Parks and Healthy People“-Initiative

dass von allen Schutzgebietskategorien denjenigen Programmen und Bestimmungen im Durchschnitt eine leicht niedrigere Handlungsrelevanz beigemessen wird, die eine spezifischere Verbindlichkeit bzw. einen für die jeweilige Kategorie spezifischeren Anreiz darstellen (vgl. Tab. 8). Die Handlungsrelevanz der für die jeweilige Schutzkategorie spezifischen Programme und Bestimmungen wird zudem im Durchschnitt auch immer leicht niedriger bewertet, als alle Programme insgesamt.

Von den UNESCO-Global Geoparken und von den Schutzgebieten der Kategorien Naturparke, Wildnisgebiete und BSR (nicht UNESCO) wird die Relevanz der Programme und Bestimmungen, die für diese weder spezifische noch unspezifische Verbindlichkeiten und Anreize darstellen, überdies durchschnittlich höher bewertet als von Programmen und Bestimmungen, deren Verbindlichkeiten und Bestimmungen für diese spezifisch sind. Bei der letztgenannten Sammelkategorie von Schutzgebieten beträgt diese Differenz mit 0,72 fast eine ganze Bewertungskategorie[83], was in diesem Fall die unterschiedliche Bedeutung der Handlungsrelevanz zwischen „kaum“ und „mittelmäßig“ ausmacht.

[83] Der Mittelwerte für „Alle ohne spezif. u. unspezif. Verbindlichkeiten u. Anreize“ ist 2,22, was „mittelmäßig“ entspricht. Der Mittelwert für nur „Spezif. Verbindlichkeiten u. Anreize“ ist 1,51 und entspricht der Kategorie „kaum“ (s. Blatt FF 3.2 in Datei Auswertung der Online-Umfrage auf der Daten-CD)

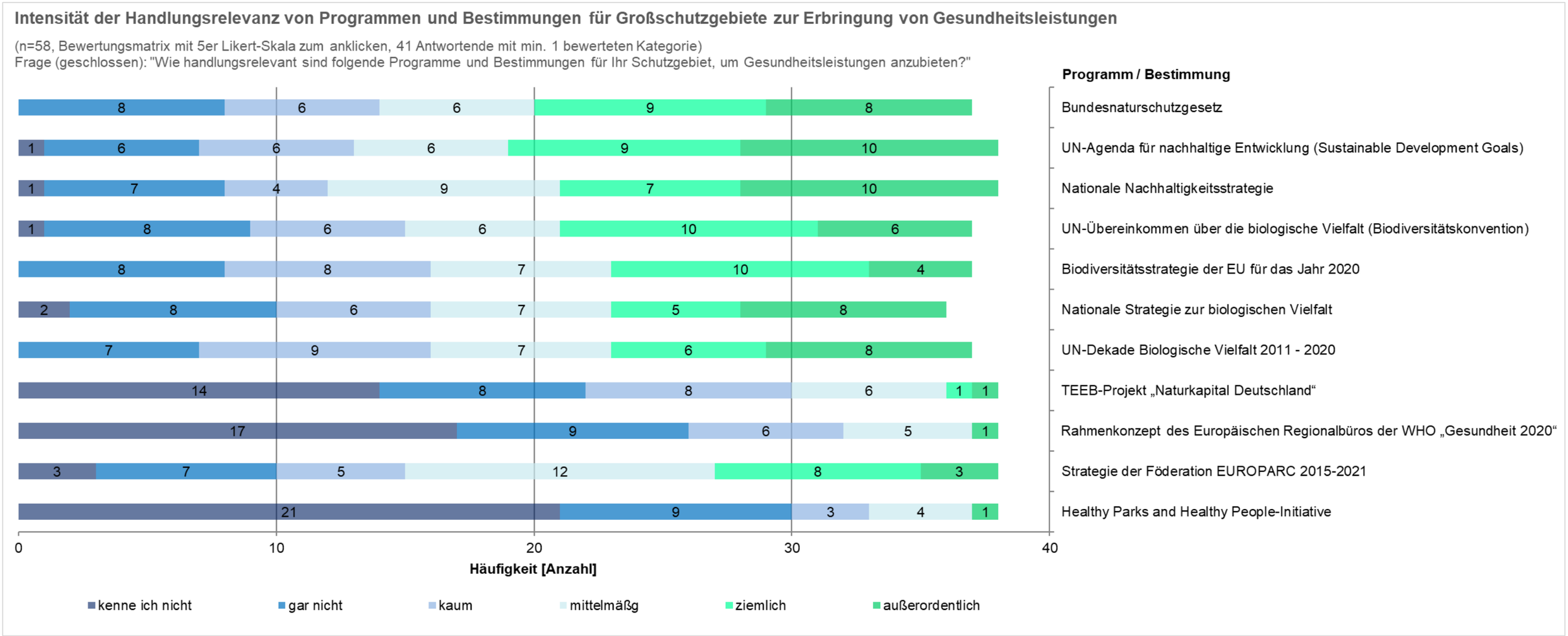


Abb. 29: Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen für Großschutzgebiete, um Gesundheitsleistungen anzubieten (Eigene Erhebung)

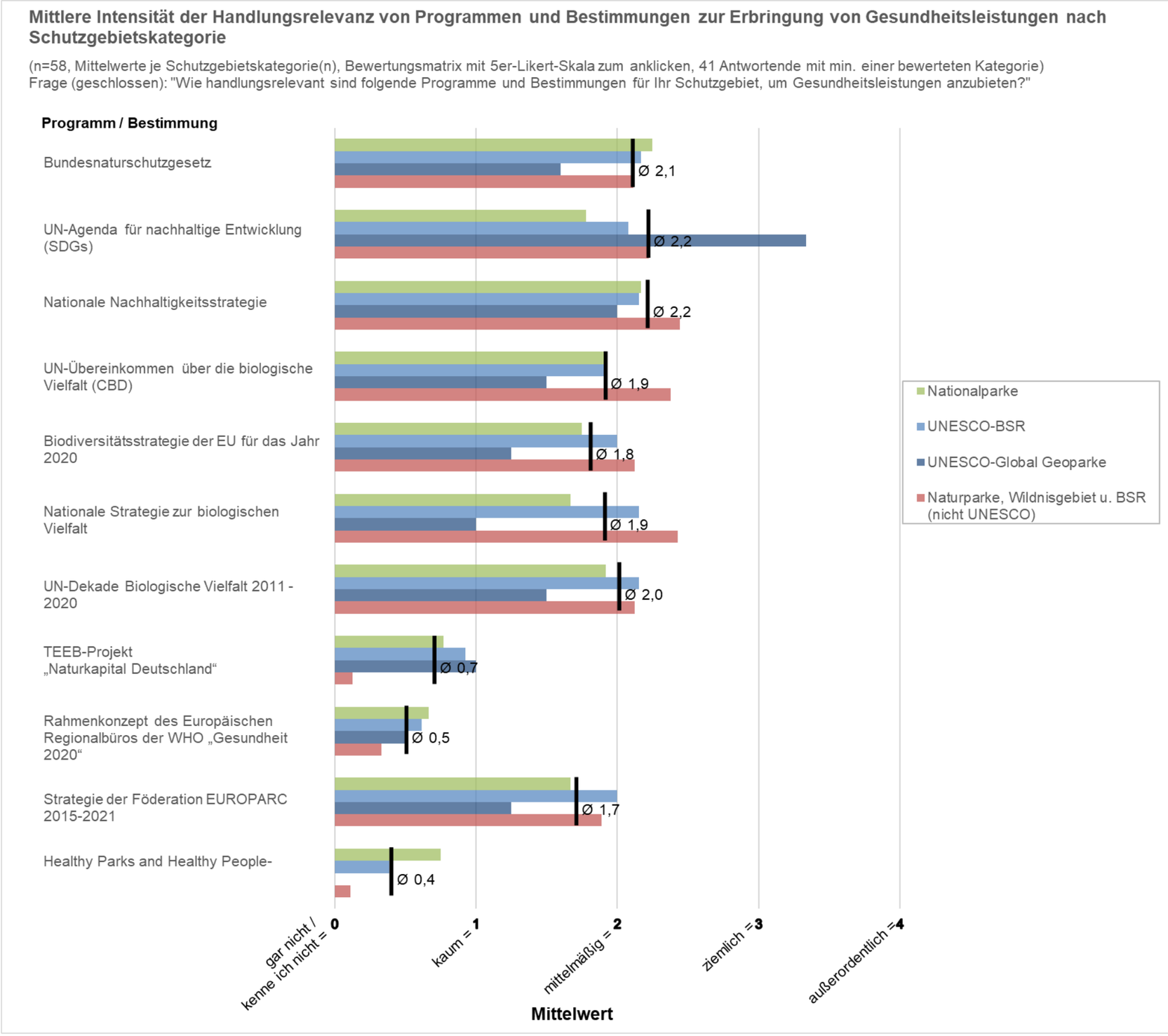


Abb. 30: Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen nach Schutzgebietskategorie (Eigene Erhebung)

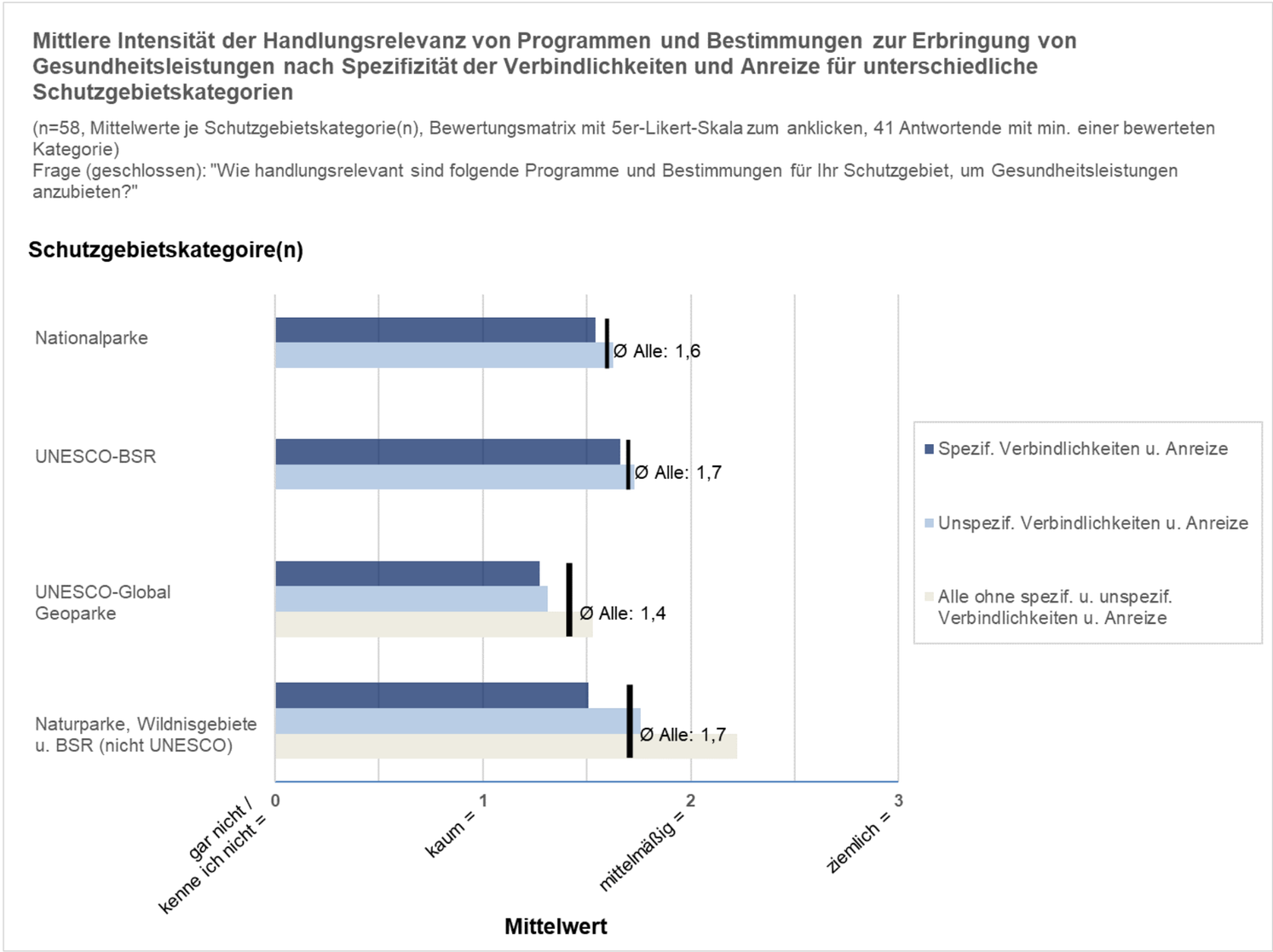


Abb. 31: Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen nach Spezifizität und Schutzgebietskategorie (Eigene Erhebung)

Hypothesenprüfung

Hypothese 10: Die recherchierten gesetzlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programme sind für die meisten Großschutzgebiete ein Grund, um Gesundheitsleistungen anzubieten.

Die Handlungsrelevanz der gesetzlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programme wird von den befragten Großschutzgebieten unterschiedlich bewertet. Die Programme „TEEB-Projekt Naturkapital Deutschland“, das Rahmenkonzept der WHO „Gesundheit 2020“ und die „Healthy Parks and Healthy People“-Initiative sind in den meisten Schutzgebieten unbekannt oder nicht handlungsrelevant. Die übrigen Programme und Bestimmungen werden überwiegend als kaum bis mittelmäßig relevant bewertet (FF 3.2). Aus diesen Gründen wird die Hypothese in ihrer allgemeinen Formulierung abgelehnt.

Hypothese 11: Außer gesetzlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programmen und dem Zweck der Förderung, Wiedererlangung und Erhaltung der Gesundheit und des Wohlergehens gibt es noch andere Gründe für Großschutzgebiete, um Gesundheitsleistungen anzubieten.
Von den befragten Großschutzgebieten werden außer gesetzlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programmen und dem Zweck der Förderung, Wiedererlangung und Erhaltung der Gesundheit und des Wohlergehens zehn Gründe genannt, um Gesundheitsleistungen anzubieten (FF 3.1). Die Hypothese wird deshalb angenommen.

Hypothese 12: Die gesetzlichen Bestimmungen sowie internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programme haben für Großschutzgebiete unterschiedlicher Schutzgebietskategorien auch eine unterschiedliche Handlungsrelevanz.
Die gesetzlichen Bestimmungen sowie internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programme haben für die drei Gruppen von Schutzgebietskategorien „UNESCO-Global Geoparke“, „Naturparke, Wildnisgebiete und BSR (ohne UNESCO)“ und „Nationalparke und UNESCO-Biosphärenreservate“ eine unterschiedliche Handlungsrelevanz (FF 3.2). Aus diesem Grund wird die Hypothese angenommen.

4.2.4 Verortung und Ortswahl von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten

Im Folgenden werden die Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten geographisch verortet und Aussagen über die Qualität dieser Orte und die Gründe für ihre Wahl gemacht (=Themengebiet 4). Zum Schluss erfolgt die Prüfung der Hypothesen 13 und 14 anhand der Beantwortung der entsprechenden Forschungsfragen.

Geographische Orte, an denen Gesundheitsleistungen angeboten werden (FF 4.1.1)

Bei 78% der gefundenen Gesundheitsleistungen ist die Angabe zum geographischen Ort entweder nicht ausreichend, um eine Auswertung der GIS-Daten ohne weitere Aufbereitung der Ortsangaben vorzunehmen oder nicht zielführend in dem Sinne, dass eine Ermittlung des naturschutzrechtlichen Status ohne eine GIS-Auswertung erfolgen kann (s. Abb. 12). Bei den übrigen 22% wurde der geographische Ort zwecks Beantwortung der Forschungsfragen 4.1.2-4.1.4 ermittelt.

Naturschutzrechtlicher Status von Orten, an denen Gesundheitsleistungen angeboten werden (FF 4.1.2)

Fast die Hälfte der Orte, an denen Gesundheitsleistungen angeboten werden, sind naturschutzrechtlich nicht nach einer der untersuchten Kategorien[84] geschützt (s. Abb. 32). Für 43% der Leistungen war der Status nicht ermittelbar. Die Gründe dafür sind eine unzureichende Angebotsbeschreibung und ein negatives Ergebnis bei der Suche nach den im Angebot gemachten geographischen Angaben im jeweiligen Landesportal. Der einzige naturschutzrechtliche Schutz, dem mit der angewendeten Methode mehr als 2% der Leistungen zugeordnet werden konnten, ist das Landschaftsschutzgebiet (6%).

[84] Als naturschutzrechtlicher Schutz wurden die flächenhaften Schutzkategorien Nationalpark-Kernzone, Biosphärenreservat-Pflege-/Pufferzone, Biosphärenreservat-Entwicklungszone Naturpark, Nationalpark-Entwicklungszone, Nationalpark-Nutzungszone, Naturschutzgebiet, Landschaftsschutzgebiet, Biosphärenreservat-Kernzone, gesetzlich geschütztes Biotop und UNESCO-Global Geopark; Andere naturschutzrechtliche Stati, landesspezifische Schutzkategorien und punktuelle Schutzbegriffe wie Naturdenkmale wurden nicht untersucht.

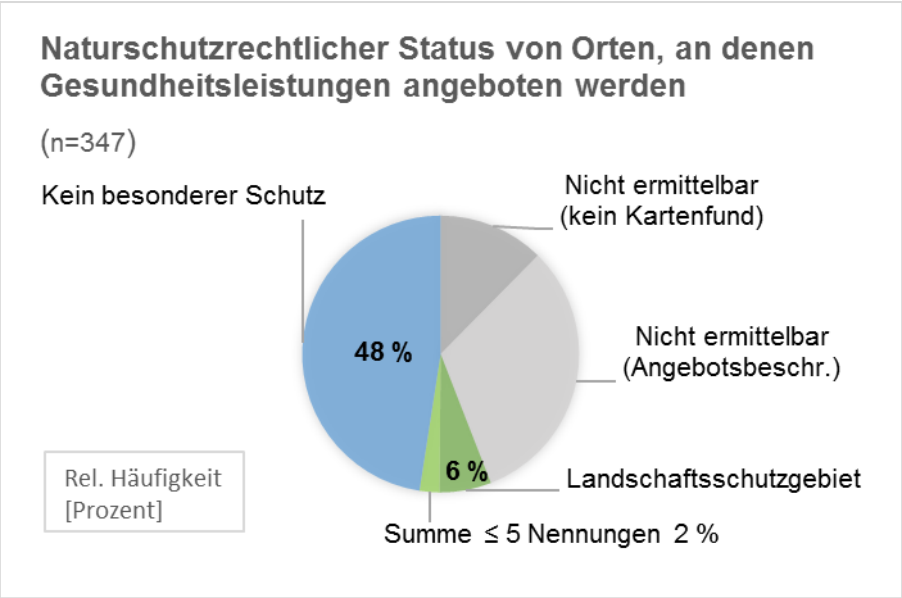


Abb. 32: Naturschutzrechtlicher Status von Orten, an denen Gesundheitsleistungen angeboten werden (Eigene Erhebung)

Naturschutzfachlicher Wert von Orten, an denen Gesundheitsleistung angeboten werden (FF 4.1.3)

Entsprechend dem naturschutzrechtlichen Status (s.o.) hat der Ort, an dem 48% der Gesundheitsleistungen angeboten werden, keinen besonderen naturschutzfachlichen Wert (Abb. 33). Bei 43% der Leistungen konnte der Wert aus den gleichen Gründen wie beim naturschutzrechtlichen Status nicht ermittelt werden. Insgesamt 8% der Gesundheitsleistungen finden an einem Ort statt, der einen mittleren bis hohen naturschutzfachlichen Wert aufweist.

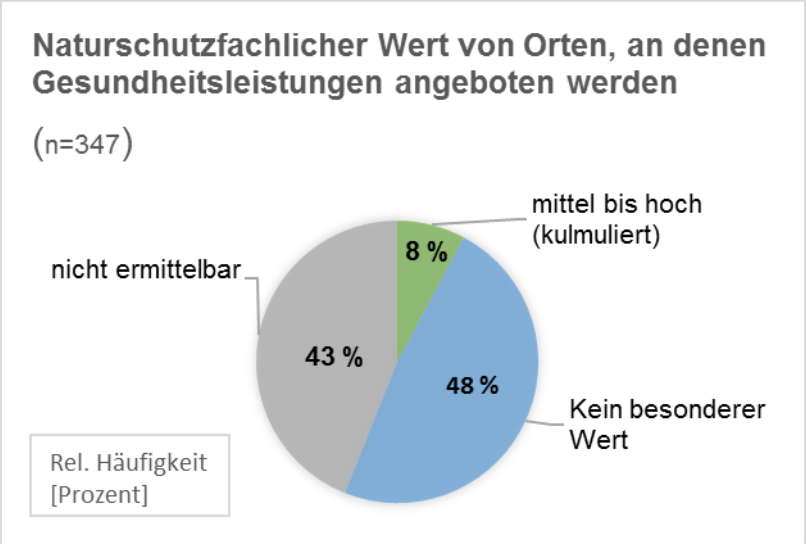


Abb. 33: Naturschutzfachlicher Wert von Orten, an denen Gesundheitsleistungen angeboten werden (Eigene Erhebung)

Naturschutzwert von Orten, an denen Gesundheitsleistungen angeboten werden und intendierte Gesundheitswirkung dieser Leistungen (FF 4.1.4)

Bei 60 der Gesundheitsleistungen (=17%) gibt es einen Zusammenhang zwischen dem naturschutzfachlichen Wert des Ortes, an dem eine Gesundheitsleistung angeboten wird und der mit dieser Leistung intendierten Wirkung. Auf Grund von Mehrfachzuordnungen von Intentionen gibt es bei diesen 60 Leistungen insgesamt 248 Zusammenhänge in 17 Korrelationen. Davon sind 72 Zusammenhänge in 7 Korrelationen signifikant[85] (s. Tab. XIII im Anhang). Davon wiederum sind 2 Korrelationen sehr schwach und 5 schwach[86] (s. Datei „Korrelation_Intendierte Wirkung vs. Naturschutzwert“ u. Blatt FF 1.1.10 in Datei Auswertung der Angebotsanalyse auf Daten-CD).

Ortswählende Personengruppe(n) bei Gesundheitsleistungen (FF 4.2.1)

Die meisten Antwortenden geben an, dass ein(e) Angstellte(r) des Schutzgebietes den Ort von Gesundheitsleistungen alleine auswählt, falls es sich dabei um ein eigenes Angebot des Schutzgebietes handelt (s. Abb. 34). Bei externen Angeboten wird von den Antwortenden angegeben, dass die Wahl überwiegend ohne Beteiligung eines/einer Angestellten des Schutzgebietes erfolgt.

[85] Näherungsweise Signifikanz <0,05, berechnet für Phi mit paarweisem Fallausschluss und Berechnungen für die Ja-Ausprägung (=1)

[86] Korrelationsstärken für Phi: 0 = keine Kor.; >0 bis 0,2 = sehr schwache Kor.; >0,2 bis 0,4 = schwache Kor. (BROSIUS 2013, S. 523)

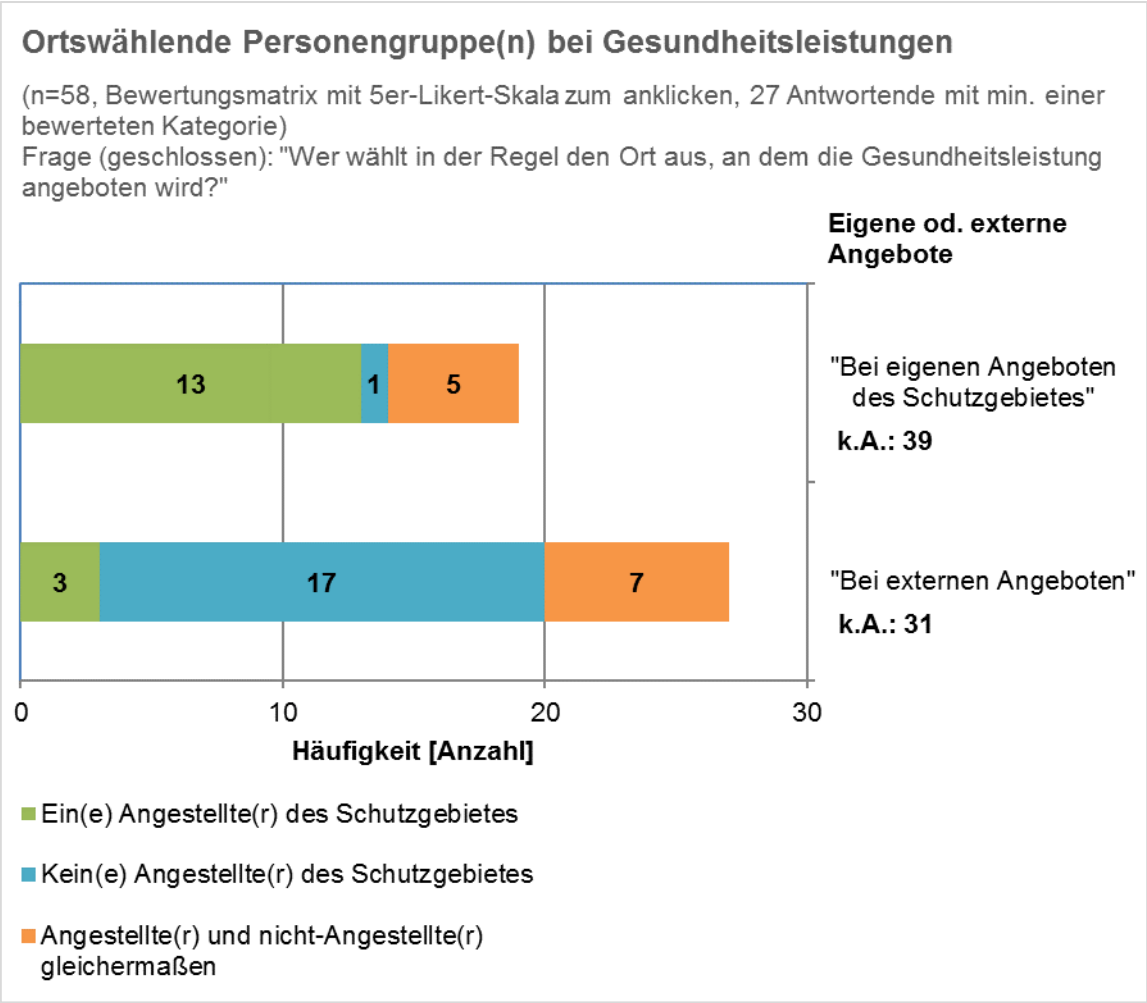


Abb. 34: Auswahl des Ortes von Gesundheitsleistungen nach Personengruppe(n) (Eigene Erhebung)

Kriterien für die Ortswahl bei Gesundheitsleistungen und ihre Bedeutung (FF 4.2.2)

31 der 58 befragten Großschutzgebiete haben mindestens eines der abgefragten Kriterien als mindestens „kaum“ bedeutsam bewertet (s. Abb. 35). Bei 5 der 7 abgefragten Kriterien wurde die Bedeutung für die Ortswahl bei Gesundheitsleistungen überwiegend als hoch angegeben[87]. Das Kriterium „Naturschutzfachlicher Wert“ wurde zu gleichen Teilen als ziemlich bis außerordentlich und als gar nicht bis mittelmäßig bedeutsam bewertet. Als weiteres Kriterien für die Ortswahl wurde „Zeit“ genannt.

[87] =“ziemlich“ und „außerordentlich“

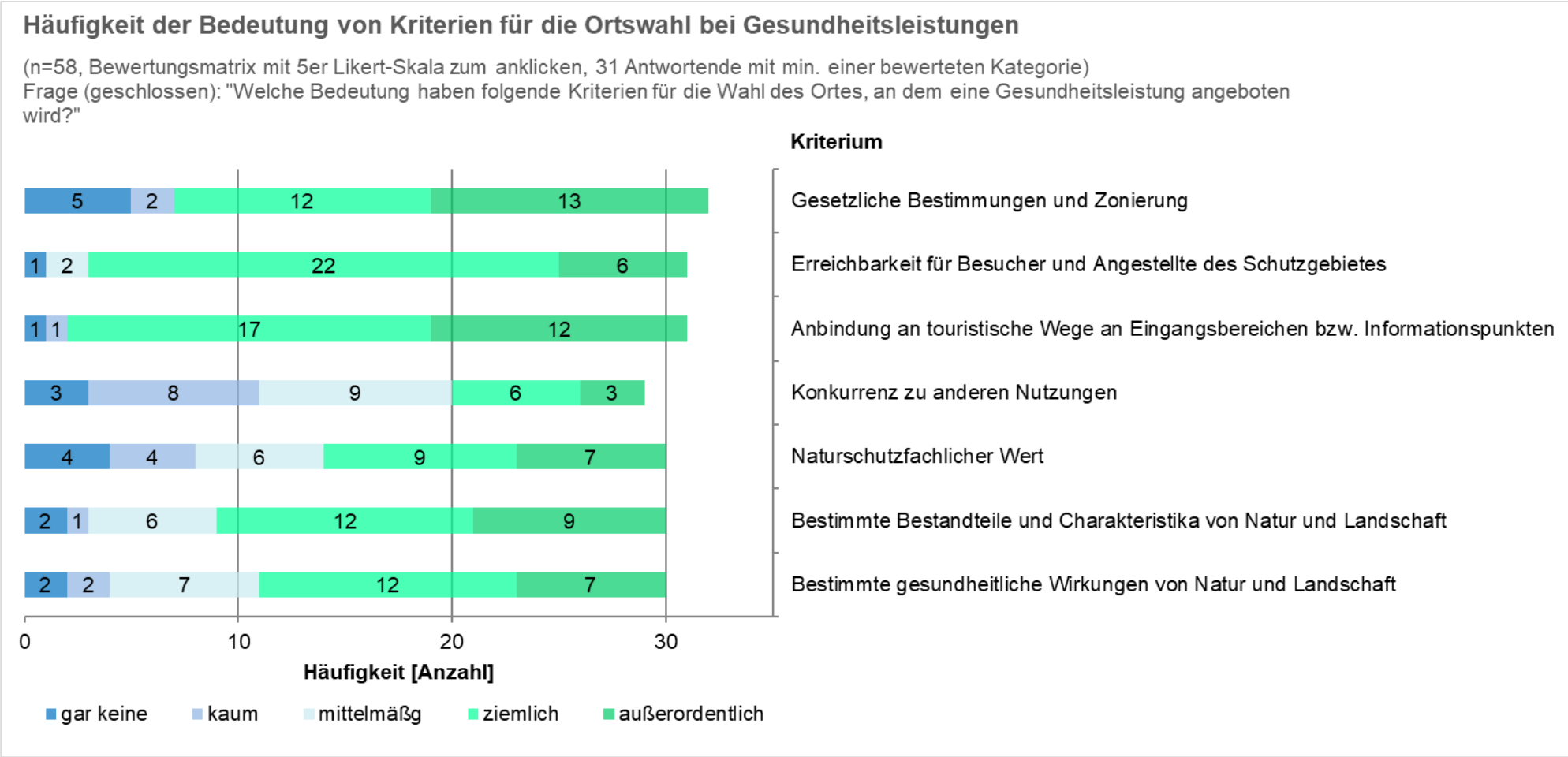


Abb. 35: Kriterien für die Ortswahl von Gesundheitsleistungen (Eigene Erhebung)

Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft an Orten von Gesundheitsleistungen und ihre Bedeutung (FF 4.2.2 u.4.2.3)

„Bestimmte Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft“ wurden überwiegend als ziemlich bis außerordentlich bedeutsam für die Ortswahl bei Gesundheitsleistungen genannt (s. Abb. 35). Die 26 der 30 Antwortenden, die dieses Kriterium mindestens als mittelmäßig bedeutsam bewertet haben, wurden um die Nennung solcher Charakteristika und Bestandteile und um eine Begründung gebeten. Dazu haben 22 der Antwortenden Angaben gemacht, von denen jedoch 6 ungültig sind. Insgesamt wurden von 9 Personen Bestandteile und von 14 Personen Charakteristika von Natur und Landschaft benannt, die bei der Ortswahl von Gesundheitsleistungen eine mindestens mittelmäßige Bedeutung haben. 9 Personen haben dies auch begründet.

27 der 30 genannten Charakteristika lassen sich 8 Kategorien zuordnen, die bei der Auswertung der Landschaftsattribute mit gesundheitlicher Wirkung in der Angebotsanalyse gebildet wurden (s. Abb. 36, vgl. FF 1.1.9). Am Häufigsten lassen sich die genannten Charakteristika der Kategorie „Ästhetische Attribute“ wie Schönheit, Weitblick und Harmonie zuordnen. In den übrigen Kategorien gibt es jeweils 1 bis 4 Nennungen. Weitere Charakteristika, die sich keiner der zuvor gebildeten Kategorien zuordnen lassen, sind „Gesundheitsfördernde Atmosphäre der Landschaft“, „Physische Herausforderung“ und „symbolische Bedeutung: Geheimtipp“.

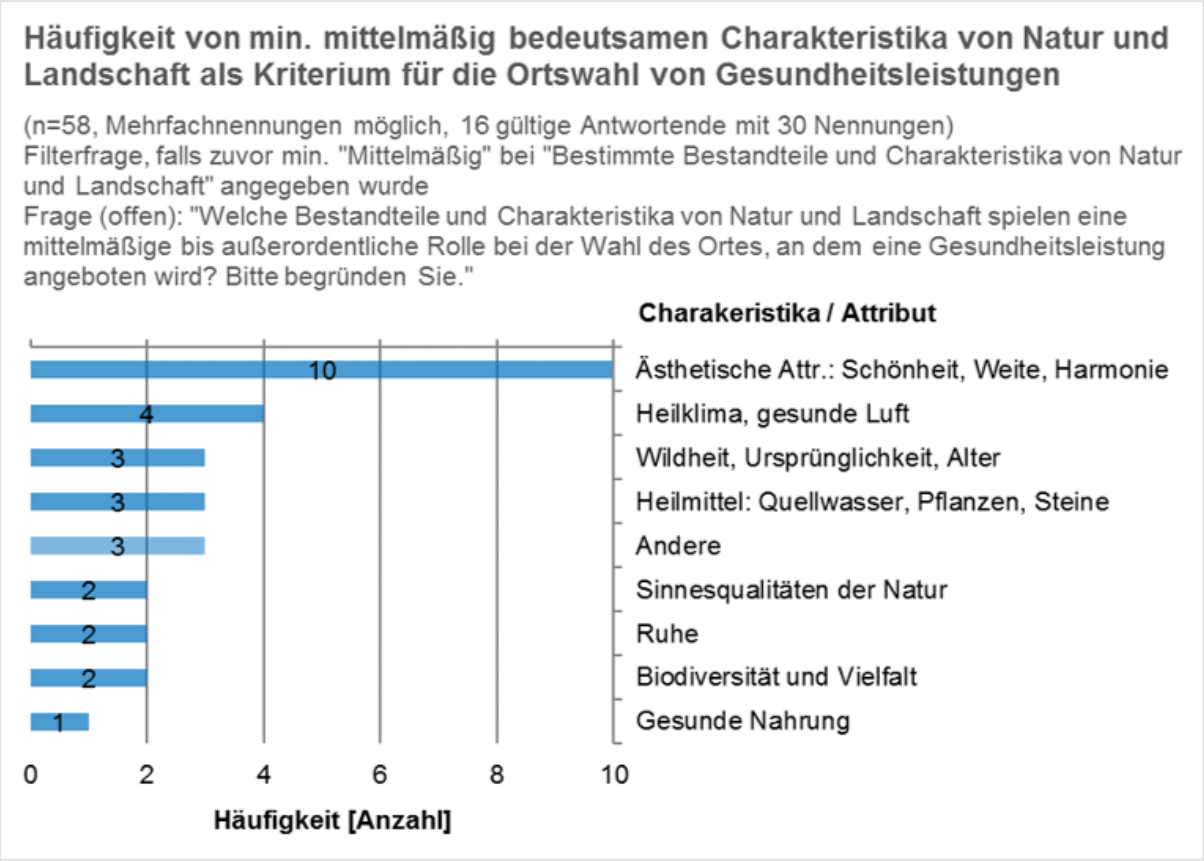


Abb. 36: Charakteristika von Natur und Landschaft als Kriterium für die Ortswahl von Gesundheitsleistungen

Hypothesenprüfung

Hypothese 13: An Orten mit unterschiedlichem naturschutzfachlichen Wert, an denen Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten angeboten werden, können auch unterschiedliche intendierte Gesundheitswirkungen differenziert werden.

Insgesamt kann für weniger als ein Fünftel der Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten ein sehr schwacher bis schwacher Zusammenhang zwischen dem naturschutzfachlichen Wert von Orten, an denen diese angeboten werden und der intendierten Gesundheitswirkungen nachgewiesen werden. Für die übrigen Leistungen besteht kein solcher Zusammenhang (FF 4.1.4). Aus diesem Grund wird die Hypothese abgelehnt.

Hypothese 14: Für die Wahl des Ortes, an dem Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten angeboten werden, spielen neben praktischen und naturschutzfachlichen Gründen auch die unterschiedliche Gesundheitswirkung von unterschiedlichen Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft eine Rolle.

Neben praktischen und naturschutzfachlichen Gründen für die Wahl des Ortes (FF 4.2.2), an dem Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten angeboten werden, spielen in fast der Hälfte der befragten Großschutzgebiete auch die unterschiedliche Gesundheitswirkung von unterschiedlichen Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft eine Rolle (FF 4.2.2). Jedoch werden nur von knapp einem Viertel der Großschutzgebiete auch Bestandteile oder Charakteristika benannt (FF 4.2.3). Andererseits wird in über der Hälfte der Angebotsbeschreibungen von Gesundheitsleistungen ein entsprechendes Landschaftsattribut mit intendierter Gesundheitswirkung genannt (FF 1.1.9). Aus diesem Grund wird die Hypothese abgelehnt.

5 Diskussion

Im ersten Unterkapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung diskutiert. Die Argumentation orientiert sich dabei an dem Forschungsstand, den Ergebnissen der Erhebung und Zielen der Arbeit. In Kapitel 5.2 wird der Status quo in den zentralen vier Themenbereichen dieser Arbeit in ausgewählten anderen Ländern betrachtet.

5.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Dieses Kapitel behandelt die die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen und setzt diese in Bezug zu den Zielen der Arbeit. Im ersten Abschnitt werden zunächst die Unterschiede in der Abgrenzung des Untersuchungsbegriffes und des Erfassungsrahmens der eingesetzten Methoden erläutert und im Zusammenhang mit den recherchierten Maßnahmen von Gesundheitsinterventionen erörtert. Obwohl darin einige Ergebnisse der Diskussion vorweg genommen werden ist es notwendig, dass diese Unterschiede und deren Bedeutung bekannt sind, bevor auf die einzelnen inhaltlichen Ergebnisse eingegangen wird. Bei der Bezugnahme auf vorweggenommene Ergebnisse wird per Kurzbeleg auf die weiter unten diskutierte Forschungsfrage verwiesen. Die darauffolgende Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Angeboten von Großschutzgebieten erfolgt in den vier Unterkapiteln und orientiert sich an den vier Themengebieten und den darin geprüften Hypothesen. Handlungsempfehlungen und Hinweise zur weiteren Bearbeitung der Forschungsfragen erfolgen im ersten Abschnitt an geeigneter Stelle, jeweils am Ende jedes Unterkapitels sowie in den Kapiteln 5.2 und 5.3.

<u>Abgrenzung des Untersuchungsbegriffes und des Erfassungsrahmens</u>

Gesundheitsleistungen als zentraler Untersuchungsbegriff sind von Maßnahmen von Großschutzgebieten zur Gesundheitsintervention abzugrenzen. Dies wird besonders an den Ergebnissen der Zuordnung der Gesundheitsleistungen zu den Zielfeldern dieser Maßnahmen deutlich (FF 1.1.1). So können die meisten Gesundheitsleistungen keinem Zielfeld zugeordnet werden, weil die Aufgreifkriterien für diese Leistungen nicht die Maßnahmen, sondern die in der Fachliteratur recherchierten Begriffe, Synonyme und Antonyme für Gesundheitswirkungen, Gesundheitsintentionen und -

interventionen sind. Beispielsweise können Maßnahmen zur Gefahrenabwehr[88] überwiegend nicht identifiziert werden, da diese meistens nicht im sprachlichen Zusammenhang mit den Aufgreifkriterien dargestellt werden. Dadurch entsteht eine systematische Erfassungslücke, die auch die Grenzen der Methode aufzeigt (s.a. Kap.5.3). Obwohl die Zielfelder und Maßnahmen von Gesundheits*interventionen* also in den recherchierten Leitfäden genannt werden, sind diese auf den untersuchten Websites zumindest auf sprachlicher Ebene nicht identisch mit dem in dieser Arbeit verwendeten Begriff der Gesundheits*leistungen*.

Insbesondere ist fraglich, ob die beschriebenen Maßnahmen von den Großschutzgebieten als Gesundheitsleistungen gesehen bzw. ob sie diese Zielfelder an sich als Zielfelder zur Gesundheitsintervention verstehen. Dagegen spricht die bereits erwähnte sprachliche Verschiedenheit, aber auch die Tatsache, dass diese Maßnahmen auch ohne eine entsprechende Intention in einer Leistungserbringung resultieren können, welche die gleiche Gesundheitswirkung wie eine entsprechende Gesundheitsleistung haben kann. An dieser Stelle sei deshalb nochmals darauf hingewiesen, dass bei der bundesweiten Bestandsaufnahme im Rahmen dieser Arbeit keine Gesundheitswirkungen, sondern nur intendierte Wirkungen untersucht werden konnten. Inwiefern die beschriebenen Maßnahmen zur Gesundheitsintervention von den Großschutzgebieten als Gesundheitsleistungen gesehen werden und warum dies so ist, sollte ein zentraler Aspekt von Folgeforschungen sein, um die Handlungs- und Zielfelder bekannt zu machen und eine möglichst hohe Wirksamkeit bei der Umsetzung der Gesundheitsagenda zu erreichen.

Ein weiterer Grund dafür, dass Gesundheitsleistungen ohne entsprechende Absicht erbracht werden, ist die Verfolgung anderer Ziele. So geben 31 der befragten Großschutzgebiete an, mit Gesundheitsleistungen andere Ziele zu verfolgen (FF 2.1.1). In diesen Fällen ist aus Sicht der Schutzgebiete auch kein zwingender Grund gegeben, diese als Gesundheitsleistungen anzusehen und entsprechend zu vermarkten. Beispielsweise sind Maßnahmen zur Verbesserung der Zugänglichkeit zu Angebotsorten der Schutzgebiete allgemein und ohne Gesundheitsintention möglich, obwohl dadurch auch die Zugänglichkeit zu den gesundheitsbezogenen Angeboten verbessert wird. Ein weiteres Beispiel ist die Förderung eines gefahrlosen Aufenthalts

[88] Z.B. Veröffentlichung von Informationen zu täglichen Umweltbedingungen für Aktivitäten im Freien (Wegezustand, Unwetterwarnungen, Schwierigkeitsgrad von Wanderungen, Luftqualität, Hitzewarnungen, Vgl. Tab. 7).

durch Veröffentlichung von Wegezuständen als reine Serviceleistung, ohne dass explizit Gesundheitswirkungen intendiert sein müssen. Dieser Befund geht mit der Angabe konform, dass in 27 Großschutzgebieten auch Gesundheitsleistungen erbracht werden, die nicht als solche vermarktet werden (FF 1.2.2). Bei diesen Leistungen handelt es sich nur zum Teil um die Förderung der Mitarbeitergesundheit außerhalb der Arbeitszeit (FF 1.1.2), die auf Grund der internen Zielgruppe keiner Vermarktung über die Website bedarf. Die allgemeinen Gründe für die Nichtvermarktung sind nicht bekannt und verweisen auf ein Forschungsdefizit, um Hindernisse zur Erbringung von Gesundheitsleistungen durch Großschutzgebiete abbauen zu können.

Neben der begrenzten Anzahl an Aufgreifkriterien, der sprachlichen Verschiedenheit von Gesundheitsleistungen und Maßnahmen zur Gesundheitsintervention sowie der nicht als solche vermarkteten Gesundheitsleistungen konnten mit der Angebotsanalyse auch diejenigen Leistungen nicht erfasst werden, die nicht auf einer Website angegeben wurden. Dies war in 16 der befragten Schutzgebiete der Fall (FF. 1.2.1). In Tab. 11 werden die wesentlichen Unterschiede zwischen den mit den unterschiedlichen Methoden erfassten Gesundheitsleistungen und den Maßnahmen zur Gesundheitsintervention zusammengefasst.

Tab. 11: Unterschiedliche Erfassungsrahmen des Begriffs „Gesundheitsleistungen“ und von Maßnahmen zur Gesundheitsintervention (Eigene Darstellung)

Gesundheitsleistungen per Angebotsanalyse	Gesundheitsleistungen per Online-Survey	Maßnahmen zur Gesundheitsintervention
Intentionszentrierter Ansatz	Intentionszentrierter Ansatz	Interventionistischer Ansatz
Intentionszuschreibung direkt und automatisiert über sprachliche Auffangkriterien von Online-Angeboten	Intentionszuschreibung direkt, individuell und abhängig von Auskunftsfähigkeit der Antwortenden	Ohne direkte Intentionszuschreibung; Intentionszuschreibung nur indirekt über die Zielfelder
Gesundheitsinterventionen im engeren Sinne	Gesundheitsinterventionen im engeren Sinne	Gesundheitsinterventionen im umfassenden Sinne
Auskunft über Gesundheits-leistungen, die von Schutz-gebieten alleine, in Kooperation oder von Stakeholdern alleine angeboten werden	Erfasst Gesundheitsleistungen, die fast ausschließlich von Schutzgebieten alleine angeboten werden	Erfasst Maßnahmen von Schutzgebieten zur Gesundheitsintervention, zu deren Erbringung auch Stakeholder mit einbezogen werden können

Systematischer Gesundheits-begriff abgeleitet aus der Fachliteratur; Gesundheits-begriff im (sprachlich) engeren Sinne	Gesundheitsbegriff unklar; Gesundheitsbegriff im (fachlich) engeren Sinne	Systematischer Gesundheitsbegriff abgeleitet aus der Fachliteratur, Gesundheitsbegriff im weiteren Sinne
Trennung von Intention und Wirkung auf sprachlicher und begrifflicher Ebene bei der Erfassung der Leistungen	Trennung von Intention und Wirkung auf sprachlicher und begrifflicher Ebene nicht immer systematisch	Keine Trennung von Intention und Wirkung

Im Vergleich zum Handlungsrahmen der Maßnahmen von Gesundheitsinterventionen fällt auf, dass die Gesundheitsleistungen auf Grund des intentionszentrierten Ansatzes der angewandten Untersuchungsmethoden nur eine Teilmenge möglicher Gesundheitsinterventionen umfassen. Der diesen Leistungen zu Grunde liegende Gesundheitsbegriff ist beim Online-Survey unklar[er] und enger als bei der Angebotsanalyse und den Maßnahmen gefasst. Ein wichtiger Unterschied liegt auch in der Trennung von intendierter Wirkung und Gesundheitswirkung, die bei den Untersuchungsmethoden vorliegt, bei den Maßnahmen zur Gesundheitsinterventionen auf Erfassungsebene jedoch keine Bedeutung hat.

In diesem Zusammenhang sind auch die Aussagen von 25 der 58 befragten Schutzgebiete zu betrachten, dass von ihrem Schutzgebiet keine Gesundheitsleistungen angeboten werden. Mit der angebotszentrierten Inhaltsanalyse konnten jedoch in 16 dieser Gebiete[89] 130 Gesundheitsleistungen identifiziert werden. Allerdings wurde der überwiegende Teil dieser Leistungen nicht von den Schutzgebieten selbst, sondern in Kooperation mit einem Stakeholder (102) oder von dem Stakeholder alleine (14) angeboten (FF 1.1.11).

Offenbar beziehen sich die im Online-Survey gemachten Aussagen nicht auf den gleichen Begriff wie die mit der angebotszentrierten Inhaltsanalyse identifizierten Leistungen. Dies liegt mitunter daran, dass die Angebotsanalyse auf Grund bestimmter Aufgreifkriterien Gesundheitsleistungen identifiziert, die von den Antwortenden selbst als nicht intendiert verstanden werden. Darin besteht ein Abgrenzungsproblem, bei dem auf Grund des o.g. widersprüchlichen Befundes vermutet werden kann, dass bei den Antwortenden die Tendenz besteht, Intentionen eher nicht zuzuschreiben.

[89] Da die hier verglichenen Ergebnisse sich auf eine unterschiedliche Grundgesamtheit beziehen, entsprechen diese 16 Schutzgebiete im Online-Surveys 14 Schutzgebieten in der angebotszentrierten Inhaltsanalyse (s. Kap. 3.2).

Gleichzeitig besteht durch die Angebotsanalyse systematisch die gegenläufige Tendenz, da von einer sprachlich identifizierbaren Intention automatisch auf die Intention des Angebots geschlossen wird. Ein solcher Automatismus ist zwar bei einer systematischen Datenverarbeitung gegeben. Jedoch ist bei von Menschen gemachten Angaben mitnichten von einem solchen auszugehen. Dieser Umstand kann jedoch teilweise auch an der beschränkten Detailkenntnis des Angebots der Befragten liegen, deren Jahresprogramme z.T. über 200 Seiten umfassen.

Mit den Untersuchungsmethoden können über den operationalisierten Begriff „Gesundheitsleistungen“ also jeweils nur Informationen über Teilmengen dessen erforscht werden, was an Maßnahmen zur Gesundheitsintervention möglich ist. Diese Teilmengen sind teilidentisch, sodass beim in Bezug setzen beider deren Auswirkung auf die Validität der Ergebnisse beachtet werden muss. Sofern diese Unterschiede bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden, wird der gewählte Untersuchungsbegriff dennoch als passend bewertet, um eine Bestandsaufnahme von Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten der gewählten Kategorien in Deutschland durchzuführen und um diese darauf basierend weiter zu spezifizieren.

5.1.1 Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit

Aus der Fachliteratur sind zahlreiche Belege für die vielfältige Arte und Weise bekannt, wie Natur und Landschaft auf die menschliche Gesundheit wirken und wirken können (vgl. Kap. 2.3.1). Im folgenden Abschnitt diese Gesundheitswirkungen und Leistungen beschrieben und spezifiziert, die von Großschutzgebieten zu diesem Zwecke erbracht werden können. Dies erfolgt anhand der im Diskurs identifizierten Kategorien und anhand der Unterscheidungsmerkmale, die zwecks Prüfung der Hypothesen zur Beantwortung der Forschungsfragen gewählt worden waren (vgl. Tab. 9).

Die untersuchten Großschutzgebiete bieten unterschiedliche Gesundheitsleistungen an, die sich hinsichtlich ihrer Zielfelder oder Art, dem Angebotszeitraum, der intendierten Gesundheitswirkung, der Gesundheitsdimension, der Art der Gesundheitsintervention und ihrer Zielgruppe unterscheiden (vgl. Hypothese 1).

<u>Zielfelder von Gesundheitsinterventionen und Arten von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.1 und 1.1.1Alt)</u>

Die mit der Angebotsanalyse identifizierten Zielfelder können größtenteils keinem der recherchierten Zielfelder zugeordnet werden (Abb. 16). Die Gründe dafür liegen im

unterschiedlichen Erfassungsrahmen von Gesundheitsleistungen und der Maßnahmen zur Gesundheitsintervention, die diesen Zielfelder zugerechnet werden und wurden weiter oben bereits ausgiebig diskutiert (vgl. Tab. 11).

Alternativ wurden die Leistungen stattdessen zu Arten aggregiert, um sie generalisiert kategorisieren zu können (vgl. Abb. 17). Erwartungsgemäß sind die meisten Gesundheitsleistungen geführte Wanderungen mit und ohne zusätzliche Gesundheitsintervention oder die Verbreitung, Vermittlung oder Erstellung von Informationen (zusammen 72%). Dies entspricht schätzungsweise dem allgemeinen Leistungsangebot von Großschutzgebieten und ist nicht spezifisch für Gesundheitsleistungen. Bei geführten Wanderungen kann daraus auf ein bisher nicht genutztes Wirkungspotenzial geschlossen werden. So ist zu vermuten, dass die Gesundheitswirkung von geführten Wanderungen, die bisher ohne zusätzliche Gesundheitsinterventionen angeboten wurden, durch zusätzliche Interventionen erhöht werden könnte. Dies könnte durch eine Weiterentwicklung der Angebote und durch eine entsprechende Fortbildung der Wanderführer erfolgen.

Zwei weitere Arten mit einem nennenswerten Anteil an Zuordnungen fallen bei der Aggregierung jedoch auf und sind als spezifisch für Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten einzustufen. Dies sind zum einen Seminare, Wanderungen, Workshops u.ä., welche die Gesundheit durch die Verwendung von Kräutern und sonstiger pflanzlicher Nahrungs- und Heilmittel befördern wollen (21%). Zum anderen sind dies Leistungen mit einem zur konventionellen „westlichen Medizin“ alternativen Ansatz zur positiven Beeinflussung der Gesundheit (Qigong, Yoga, Reiki, u.a.; 7%).

Bei Kräuterseminaren u.ä. ist kritisch anzumerken, dass in einigen Schutzgebieten alle Veranstaltungen solcher Art über den Gesundheitsaspekt, in anderen jedoch komplett ohne Gesundheitsbezug vermarktet werden, der über den reinen Nahrungsaspekt nicht hinausgeht. Im letztgenannten Fall wurden die entsprechenden Angebote auch nicht als Fall angenommen, da keine Intention erkennbar ist. Daraus kann gefolgert werden, dass bei dieser Art von Veranstaltungen ein hohes Potenzial besteht, diese zu Gesundheitsleistungen weiterzuentwickeln. Es besteht ebenfalls die Gefahr, dass diese Veranstaltungen nur anders vermarktet werden, ohne dass eine tatsächliche Gesundheitsleistung dahintersteckt.

Bei Leistungen mit einem alternativen medizinischen Ansatz ist der zuvor unbekannte hohe Anteil am Gesamtangebot der Gesundheitsleistungen erstaunlich. Diese Art von

Gesundheitsleistung wird in ihrer Spezifität auch nicht von den aus den Leitfäden bekannten Maßnahmen zur Gesundheitsintervention berücksichtigt. Deshalb wird gefolgert, dass hier ein hohes Potenzial besteht, neue Angebote in Kooperation mit in einigen Schutzgebieten bisher nicht berücksichtigten Stakeholdern zu schaffen.

Vergleicht man das Ergebnis der Aggregierung zu Arten-Gruppen mit den Maßnahmen zur Gesundheitsintervention, so fällt auf, dass einige von ihnen in den bestehenden Leitfäden bisher nicht beachtet werden, obwohl sie in der Realität bereits eine relativ große Verbreitung gefunden haben. Damit diese auch von anderen Großschutzgebieten als handlungsrelevant erkannt werden, sollten die Leitfäden deshalb um die in Tab. 12 aufgeführten Zielfelder und Maßnahmen ergänzt werden.

Tab. 12: Ergänzungen zu Zielfeldern und Maßnahmen zur Gesundheitsinterventionen durch Schutzgebiete (Eigene Erhebung)

Zielfelder	Maßnahmen
Handlungsfeld 1: Programme und Veranstaltungen	
Förderung von Angeboten mit einem ganzheitlichen und alternativen medizinischen Ansatz (Programme)	-Gemeinsame Angebote von Schutzgebieten und Praktizierenden mit einem ganzheitliche und alternativen medizinischen Ansatz (Yoga, Qigong, Reiki, Klangbehandlung, u.a. ganzheitlicher Gesundheitsangebote und der Gesundheitswirtschaft (Krankenhäuser, Krankenversicherungen, Praktizierendende der Heilberufe)
Förderung einer gesunden Ernährungsweise (Programme)	(bisher nur in Handlungsfeld 2: Infrastruktur und Einrichtungen) -Seminare, Workshops, u.ä., welche die Verwendung von Kräutern und sonstiger pflanzlicher Nahrungs- und Heilmittel mit positiver Gesundheitswirkung befördern
Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit (Programme)	-Angebote des Schutzgebietes oder gemeinsame Angebote von Schutzgebieten und Praktizierenden zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit (s. Erläuterungen zur intendierten Gesundheitswirkung u.)
Handlungsfeld 4: Wissensmanagement	
Förderung des Wissens	-Vorstellung externer Anbieter, die Gesundheitsleistungen im Schutzgebiet erbringen -Zusammenarbeit mit Veranstaltern, um diese bezüglich einer evidenzbasierten Erbringung von Gesundheitsleistungen mit Bezug zu Natur und Landschaft zu schulen

Die oben diskutierten Arten von Gesundheitsleistungen beziehen sich auf Angebote für Besucher von Großschutzgebieten. Bei einem hohen Umsetzungsstand der Gesundheitsagenda und einem hohen Bewusstsein über die Verantwortung zu ihrer Umsetzung ist davon auszugehen, dass es auch eine Förderung der

Mitarbeitergesundheit außerhalb der Arbeitszeiten gibt. Dies ist jedoch in nur ca. 20% der Großschutzgebiete der Fall, sodass dies ein weiteres Indiz für den insgesamt geringen Umsetzungsstand ist (vgl. FF 1.1.2 in Kap. 4.2.1).

Häufigkeit / jahreszeitliche Beschränkung von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.3)

Obwohl in dieser Arbeit keine Wirkungen, sondern nur intendierte Wirkungen untersucht werden können, lassen sich aus jahreszeitbezogenen Aussagen gleichfalls Aussagen zu deren Wirkung machen. So werden fast drei Viertel der Gesundheitsleistungen nur zu einer bestimmten Jahreszeit angeboten (vgl. Abb. 18). Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass in einigen Schutzgebieten nur in einem kurzen Zeitraum des Jahres Gesundheitsleistungen erbracht werden. Da viele Gebiete weniger als fünf Gesundheitsleistungen anbieten (vgl. Kap. 4.1), ist die Wahrscheinlichkeit dafür sehr groß. Allerdings wurde die konkrete Jahreszeit in der Angebotsanalyse nicht erhoben, sodass das genaue Ausmaß nicht bekannt ist.

Intendierte Wirkung von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.4)

Mit der Angebotsanalyse wurden nur Gesundheitsleistungen mit einer intendierten Gesundheitswirkung analysiert. Bei fast der Hälfte der Leistungen ist eine psychisch/seelische oder ganzheitliche Wirkung beabsichtigt (vgl. Abb. 19). Das ist erstaunlich, da aus den Leitfäden zwar die Förderung der physischen Betätigung als Zielfeld bekannt ist, jedoch keine Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit benannt werden (vgl. Tab. 7). Die bestehenden Leitfäden sollten deshalb um ein solches Zielfeld ergänzt werden (s. Tab. 12).

Erwartungsgemäß spielen auch die allgemein weit verbreiteten allgemeinen Gesundheitsintentionen Entspannung, Erholung sowie Gesundheit durch körperliche Betätigung und die Stärkung des Immunsystems bei vielen Gesundheitsleistungen eine Rolle. Mit Bezug zu Natur und Landschaft war auch Gesundheit durch bestimmte Naturbestandteile und Umweltqualitäten als eine häufige Intention zu erwarten. Auch der mit 16% vergleichsweise hohe Anteil an Zuordnungen zu seltenen Kategorien war auf Grund der aus der Literatur bekannten hohen Vielfalt an Gesundheitsintentionen zu erwarten (vgl. Tab. IV im Anhang). Die aggregierte Intention „Kraft schöpfen / Vitalität erhöhen“ (s. Abb. 19) hingegen ist vergleichsweise spezifisch, dabei dennoch relativ unkonkret und mehrere Gesundheitsdimensionen umfassend und war in ihrer Häufigkeit nicht zu erwarten.

Dimensionen der intendierten Wirkung von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.5)

In dieser Arbeit werden Gesundheit und Wohlbefinden als ein mehrdimensionales und dynamisches Konstrukt verstanden, zu deren Förderung, Wiedererlangung und Erhaltung Interventionen in allen drei Dimensionen notwendig sind (Kap. 2.2). Mit der Angebotsanalyse wurde aufgezeigt, dass die intendierten Gesundheitsleistungen in der Dimension „soziales Wohlergehen“ deutlich unterrepräsentiert sind (vgl. Abb. 20 und Hypothese 2). Allerdings ist das Ergebnis auf Grund eines systematischen Fehlers nicht hinreichend valide (s. Abschnitt Angebotszentrierte Inhaltsanalyse im World Wide Web in Kap. 5.3). Deshalb ist unklar, ob dieser Befund auch nach Umgehung dieses Fehlers bei einer zweiten Erhebung weiter Bestand haben würde.

Art der Gesundheitsintervention von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.6)

Von den fünf Arten von Gesundheitsinterventionen, die in der Medizin unterschieden werden (vgl. Kap. 2.2), spielen in den ausgewerteten Übersichtsarbeiten zur Bedeutung von Natur und Landschaft für Gesundheit und Wohlergehen fast nur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie Therapie und Kuration eine Rolle (Kap. 2.3.1). Rehabilitation und Pflege haben hingegen eine geringe Bedeutung. Dieser Befund spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Angebotsanalyse wieder (vgl. Abb. 21 und Hypothese 3).

Allerdings sind Leistungen der Interventionsart „Pflege“ auf Grund eines systematischen Erfassungsfehlers in diesem Ergebnis unterrepräsentiert (s. Abschnitt Angebotszentrierte Inhaltsanalyse im World Wide Web in Kap. 5.3). Inwiefern die Gesamtrelation der einzelnen Arten dadurch beeinflusst wird, ist nicht bekannt. Für Leistungen in der Interventionsart „Pflege“ sind jedoch besondere Fachkenntnisse notwendig, welche die Einbindung eines entsprechend geschulten Personals notwendig macht. Eine Beteiligung solcher Stakeholder ist aus den untersuchten Schutzgebieten allerdings nicht bekannt, sodass vermutet wird, dass die Anzahl der nicht erfassten Pflegeleistungen gering ist (vgl. FF 1.1.11 in Kap. 4.2.1 und 5.1.1). Auf Grund dessen wird das Gesamtergebnis als hinreichend valide bewertet.

Da sich drei Viertel der Gesundheitsleistungen der Interventionsart Gesundheitsförderung zuordnen lassen, liegt hier ein hohes Potenzial, zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung beizutragen. So haben HURRELMANN et al. (2014) festgestellt, dass auf Grund der aktuellen Gewichtung der einzelnen

Versorgungssegmente des Gesundheitssystems der Schwerpunkt auf Kuration / Therapie liegt und folgern daraus, dass präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen deshalb an Bedeutung gewinnen sollten (vgl. Abb. 3).

Zielgruppenspezifizität von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.8)

Ein Zielfeld der Maßnahmen zur Gesundheitsintervention durch Schutzgebiete, das in den recherchierten Leitfäden genannt wird, sind Angebote für besondere Bevölkerungsgruppen (vgl. Tab. 7). Die Angebotsanalyse hat deutlich ergeben, dass nur sehr wenige Gesundheitsleistungen eine der in den Leitfäden genannten Gruppen, die besondere Anforderungen oder Ansprüche an Gesundheit bzw. Gesundheitsleistungen stellen, als Zielgruppe ansprechen und der überwiegende Teil der Leistungen gänzlich zielgruppenunspezifisch ist (vgl. Abb. 22). Allerdings sind hier nur Leistungen erfasst, die auf die besonderen Ansprüche bestimmter Zielgruppen eingehen. Das heißt, dass Leistungen, deren intendierte Wirkung unabhängig vom Typ der Teilnehmenden ist, jedoch barrierefrei gestaltet sind, nicht als spezifisch für die Zielgruppe der Behinderten kodiert wurden. In diesem Zusammenhang ist Zugänglichkeit auch nicht von Interesse und kann mit den gewählten Methoden auch nicht analysiert werden. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Immobilität von Pflegebedürftigen und die besonderen medizinischen und sozialpädagogischen Kenntnisse eine Hürde für Schutzgebiete darstellen, solche Angebote zu schaffen.

Dadurch werden bestimmte Bevölkerungsgruppen zwar nicht systematisch von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen, jedoch weist der Befund darauf hin, dass die meisten dieser Leistungen für die Durchschnittbevölkerung erbracht werden und besondere Ansprüche bestimmter Bevölkerungsgruppen bisher kaum adressiert werden. Mit der zielgruppenspezifischen Ansprache wird auch ein grundlegendes Element des Marketings bisher nur von wenigen Großschutzgebieten für die Vermarktung von Gesundheitsleistungen genutzt.

Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft und ihre intendierte Wirkung (FF 1.1.10)

Für unterschiedliche Landschaftselemente und -charakteristika werden in der Fachliteratur unterschiedliche gesundheitsrelevante Wirkungen genannt (vgl. Kap. 2.3.1). Durch die Korrelationsanalysen konnte für die meisten Gesundheitsleistungen kein solcher Zusammenhang aufgezeigt werden (vgl. Abschnitt Bestandteile und

Charakteristika von Natur und Landschaft und ihre intendierte Wirkung in Kap. 4.2.1 und Hypothese 4). In den Fällen, wo es einen solchen Zusammenhang gibt, ist die Korrelation meistens auch schwach. Dies spricht dafür, dass der kausale Zusammenhang zwischen Landschaftselementen bzw. -charakteristika und deren spezifischen Gesundheitswirkungen in der Konzeption und Erbringung von Gesundheitsleistungen meist nicht berücksichtigt wird. Dadurch würde das spezifische Wirkungspotenzial nicht optimal ausgeschöpft werden. Das heißt, dass die Orte, an denen Gesundheitsleistungen stattfinden, eventuell nicht evidenzbasiert auf Grund bestimmter Wirkungen von Natur und Landschaft ausgewählt worden wären. Ein weiteres Indiz dafür ist, dass bei der Befragung der Schutzgebiete praktische Kriterien und rechtliche Bestimmungen im Durchschnitt als leicht häufiger bedeutsam für die Ortswahl genannt wurden und insgesamt vier nicht wirkungsbezogene Kriterien häufig eine Rolle bei der Ortswahl spielen (vgl. Abb. 35).

Allerdings könnte das Gegenteil des o.g. zutreffen, da nur die sprachliche Ausgestaltung der Leistung gemäß Angebotsbeschreibung und nicht die Leistung und der Prozess ihrer Konzeption analysiert wurden. Auch wurden mit der Korrelationsanalyse Zusammenhänge und keine Kausalitäten gemessen. Zudem ist bei der Vielzahl an unterschiedlichen zu korrelierenden Einheiten auf Grund der wenigen Fälle je Paarung nur von einem statistisch schwachen Zusammenhang auszugehen, der die Realität nur unzureichend wiedergeben kann. Deshalb ist der Befund insgesamt als ein Indiz und nicht als Fakt zu verstehen.

Stakeholder-Beteiligung an der Erbringung von Gesundheitsleistungen (FF 1.1.11 und 1.1.12)

Zur Erbringung von Gesundheitsleistungen arbeiten Großschutzgebiete im überwiegenden Teil der Fälle mit anderen Akteuren zusammen und gehen dazu unterschiedlich starke Kooperationen ein (vgl. Abb. 25 und Hypothese 5). Obwohl die Gruppe der beteiligten Stakeholder insgesamt sehr heterogen ist (vgl. Abb. 24), ist die seltene Beteiligung bestimmter Stakeholder-Gruppen auffällig und unerwartet. So fällt auf, dass Akteure der Regionalentwicklung und der Zivilgesellschaft sehr selten an der Erbringung der Leistungen beteiligt sind. Dies ist überraschend, da Großschutzgebiete allgemein als raumbezogene Managementeinheiten und speziell über eine mehr (bei BSR) oder weniger (alle anderen) starke Verpflichtung zur Förderung, resp. Umsetzung einer nachhaltigen Entwicklung selbst aktiv in der Regionalentwicklung

sind. Deshalb ist zu erwarten, dass zu diesem Zweck auch bei Gesundheitsleistungen alle gesellschaftlichen Anspruchsgruppen einbezogen werden. Dies kann jedoch ebenso daran liegen, dass Gesundheit kein prioritäres Aktionsfeld zivilgesellschaftlicher Akteure ist und diese deshalb nicht als Stakeholder in Betracht kommen. Dies erklärt jedoch nicht die seltene Kooperation mit Natur- und Umweltschutzvereinen und mit Stiftungen, die sich für die Umwelt engagieren.

So agieren insbesondere die großen Natur- und Umweltschutzvereine in Deutschland, die z.T. über 400.000 Mitglieder haben, im Kontext der internationalen Verpflichtungen und Programme, in denen Gesundheit als ein Tätigkeitsfeld von Naturschutz gefordert wird (vgl. Kap. 2.1). Es ist deshalb überraschend, dass diese bisher nicht häufiger an der Erbringung von Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten beteiligt sind. Die sehr seltene Beteiligung der über 1.800 Stiftungen, die sich laut dem Bundesverband Deutscher Stiftungen mit dem Schwerpunkt „Umwelt“ befassen, entspricht ebenfalls nicht dem zu Erwartenden (BDS 2013)[90]. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Gesundheit von Stiftungen (noch) nicht als Handlungsfeld angesehen wird, da sich diese in weit geringerem Maß im Kontext internationaler Verpflichtungen und Programme bewegen, als dies Großschutzgebiete oder die großen Natur- und Umweltschutzvereine tun.

Besonders auffällig ist, dass institutionelle Akteure der Gesundheitswirtschaft[91] wie Krankenhäuser, Krankenversicherungen und Praktizierende der Heilberufe fast gar nicht an der Erbringung von Gesundheitsleistungen beteiligt sind, obwohl bei ihnen von einem intrinsischen Interesse an einer Kooperation auszugehen ist und diese über ein großes Wissen und viele Fähigkeiten sowie über die infrastrukturellen Voraussetzungen zur Gesundheitsintervention verfügen. Das trifft auf die ebenfalls kaum beteiligten Akteure der Wellnessbranche ebenfalls zu.

[90] Die Gesamtanzahl der Stiftungen, die sich im Bereich Umwelt engagieren, wird sogar auf 2.400 geschätzt (BDS 2013, S. 6).

[91] Mit institutionellen Akteure sind jene Akteure gemeint, welche besondere staatliche Pflichten und Aufgaben übernehmen, die auch besonders gesetzlich geregelt sind. Dies sind vor allem Krankenhäuser und ähnliche Einrichtung, die den Auftrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung haben, Krankenversicherungen, zu deren Mitgliedschaft man in Deutschland gesetzlich verpflichtet ist und deren Finanzierung z.T. staatlich gesteuert wird, Praktizierende der Heilberufe, die zur Ausübung ihres Berufes ein Staatsexamen ablegen müssen und eine staatliche Approbation benötigen sowie Psychologen und Psychotherapeuten, die zur Ausübung ihres Berufes ein Diplom benötigen. Die an relativ vielen Gesundheitsleistungen beteiligten Stakeholder „Heilpraktiker und Therapeuten“ sind keine institutionellen Akteure in diesem Sinne.

Seitens der institutionellen Gesundheitswirtschaft gibt es sogar bereits raumbezogene Ansätze, um Synergien mit einer integrierten Regionalentwicklung zu nutzen (NUSSER 2009; PFANNSTIEL et al. 2016). Die Gesundheitswirtschaft insgesamt ist ein potenter Kooperationspartner, der über erhebliche personelle, finanzielle und infrastrukturelle Ressourcen verfügt[92]. Seitens des institutionellen Teils dieser Branche besteht zudem ein hoher Professionalisierungsgrad des Managementsystems und es gibt bereits weitreichende Marketingaktivitäten, um über die Gründung von Gesundheitsregionen ein Destinationsmanagement mit touristischen Effekten zu betreiben (PREIßLER 2012 und ILLING 2000). Auch wird von Teilen der Gesundheitswirtschaft die Notwendigkeit gesehen, den sog. Zweiten Gesundheitsmarkt, der alle privaten, nicht über das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem getätigten Gesundheitsausgaben umfasst, zu bedienen (KARTTE und NEUMANN 2009).

Zusammenfassend lassen sich die Gesundheitsleistungen der untersuchten Schutzgebiete allgemein wie folgt spezifizieren: Die mit der Angebotsanalyse identifizierten Gesundheitsleistungen sind überwiegend geführte Wanderungen mit und ohne zusätzliche Gesundheitsintervention oder Leistungen der Verbreitung, Vermittlung oder Erstellung von Informationen. Die einzelnen Leistungen werden meist nur zu einer bestimmten Jahreszeit angeboten. Bei der Hälfte der Leistungen ist eine psychisch/seelische oder ganzheitliche Wirkung beabsichtigt. Darüber hinaus besteht aber auch eine Vielzahl anderer intendierter Wirkungen. Diese finden gleichermaßen in den Dimensionen psychisches sowie physisches Wohlergehen statt, wobei Leistungen in der Dimension soziales Wohlbefinden nicht systematisch erfasst werden konnten. Die meisten Gesundheitsinterventionen finden zur Gesundheitsförderung statt, aber auch Krankheitsprävention und Therapie/Kuration spielen eine Rolle. Insgesamt sind nur wenige der Leistungen zielgruppenspezifisch im Sinne dessen, dass sie eine auf die besonderen gesundheitsbezogenen Ansprüche bestimmter Zielgruppen eingehen.

[92] 2005 wurden 11,1% des Bruttoinlandsprodukts in Deutschland von der Gesundheitswirtschaft erwirtschaftet, in der im gleichen Jahr 12,2% der Erwerbstätigen beschäftigt waren (OSTWALD 2009, S. 194).

Forschungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Die Spezifizierung der Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten anhand der im Diskurs identifizierten Kategorien sowie weiterer, für das methodische Vorgehen relevanter Unterscheidungsmerkmale hat einige Defizite bezüglich einer breiten und effektiven Gesundheitsversorgung sowie der Grundlage zur Schaffung von Nutzen für die Schutzgebiete aufgezeigt. Im Folgenden werden die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen abgeleitet und der weitere Forschungsbedarf in diesem Themengebiet benannt.

Der Abgleich der Ergebnisse der Angebotsanalyse mit den bestehenden Leitfäden zur Gesundheitsintervention durch Schutzgebiete hat ergeben, dass diese um mehrere Maßnahmen in den (z.T. zu ergänzenden neuen) Zielfeldern „Förderung von Angeboten mit einem ganzheitlichen und alternativen medizinischen Ansatz (Programme)“, „Förderung einer gesunden Ernährungsweise (Programme)“, „Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit (Programme)“ und „Förderung des Wissens“ erweitert werden sollten (vgl. Tab. 12). Dadurch kann bei zukünftigen Erhebungen eine Zuordnung von Gesundheitsleistungen zu Zielfeldern ohne die alternative Zuordnung zur Art der Leistung erfolgen sowie das bekannte Maßnahmenspektrum auf Ebene der Planungsinstrumente um Maßnahmen erweitert werden, die bereits in der Praxis für einige Schutzgebiete eine hohe Bedeutung haben.

Bei einer systematischen Umsetzung der Gesundheitsagenda sollte von den Schutzgebieten beachtet werden, dass wirkungsbezogene Kriterien zukünftig allgemein mehr beachtet werden. Dies ließe sich durch eine stärkere Berücksichtigung der Faktoren Jahreszeit, (interne und externe) Zielgruppen, Monitoring und Evaluierung der Wirkungen und evidenzbasiertes Vorgehen bei der Ortswahl sicherstellen. Im Folgenden wird abschnittsweise auf die einzelnen Punkte eingegangen.

Bei der Erbringung der Gesundheitsleistungen sollte darauf geachtet werden, dass diese sich möglichst nicht zu einer bestimmten Jahreszeit konzentrieren, sondern über das Jahr verteilt sind. Dadurch sollte die Voraussetzung für eine auf das Jahr bezogen optimale Wirkung geschaffen werden.

Für die Umsetzung der Gesundheitsagenda ist nicht nur das Angebot bzw. die Erbringung von Gesundheitsleistungen wesentlich, sondern auch die Wirkung, die

damit erzielt wird. Diese sollte deshalb auch Gegenstand des Monitorings und der Evaluierung von Gesundheitsleistungen sein.

Obwohl unklar geblieben ist, ob „soziales Wohlergehen“ als Dimension von Gesundheit und Wohlergehen durch Gesundheitsleistungen zu selten adressiert wird, sollte bei der Gestaltung eines gesundheitsbezogenen Gesamtangebots darauf geachtet werden, dass die Leistungen nicht in einer der drei Dimensionen unterrepräsentiert sind. Dadurch würde eine umfassende Grundlage für eine optimale Gesundheitswirkung geschaffen werden. Bei Folgeforschungen sollte ausgehend von einer validen Erhebung von Gesundheitsleistungen in allen drei Dimensionen auch das zugrundeliegende Verständnis von Gesundheit sowie dessen Rolle bei der Umsetzung der Gesundheitsagenda mit qualitativen Methoden erforscht werden. Diese Erkenntnisse könnten Aufschluss über eventuelle motivationale und auf Verständnisunterschieden beruhende Umsetzungshindernisse geben. Da sich die meisten Gesundheitsarten der Interventionsart Gesundheitsförderung zuordnen lassen, wäre es zum Zweck einer umfassenden Gesundheitsversorgung sinnvoll, das momentan schwerpunktmäßig auf Kuration und Therapie ausgerichtete Gesundheitssystem entsprechend zu bereichern.

Bisher berücksichtigen nur sehr wenige Gesundheitsleistungen die besonderen Ansprüche von bestimmten Bevölkerungsgruppen und sie sind insgesamt auch selten zielgruppenspezifisch. Für einen Beitrag zur breiten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und zur effektiveren Vermarktung solcher Leistungen sollte das Angebot zukünftig entsprechend diversifiziert und vermarktet werden.

Momentan fördern nur sehr wenige Großschutzgebiete die Gesundheit ihrer Angestellten außerhalb der Arbeitszeit. Bei einer zukünftigen Implementierung der Gesundheitsagenda sollte darauf geachtet werden, entsprechende Angebote auch für die eigenen Mitarbeiter zu schaffen.

Es ist ungewiss, ob die spezifischen Gesundheitswirkungen der unterschiedlichen Naturbestandteile und Landschaftscharakteristika bei der Konzeption und Erbringung von Gesundheitsleistungen ausreichend berücksichtigt werden. Weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Kausalzusammenhänge zu diesem Punkt. Da die Vielfalt der zu korrelierenden Einheiten eine statistische Analyse erschwert und die Aussagekraft auf die Angebotsbeschreibungen beschränkt ist, wird ein qualitatives Vorgehen mit ausgewählten Großschutzgebieten empfohlen.

Bei der zukünftigen Planung sollte der Ort, an dem solche Leistungen erbracht werden, die Evidenzbasis zu den Kausalzusammenhängen berücksichtigen. Dadurch würde die Grundlage für eine optimale Gesundheitswirkung geschaffen und die spezifische Naturausstattung der Großschutzgebiete in Wert gesetzt werden. Dies ist bisher nur in geringem Umfang geschehen und wurde nicht systematisch geplant. Allerdings könnte partiell auch das Gegenteil der Fall sein, da in dieser Arbeit nur die sprachliche Ausgestaltung der Leistung gemäß Angebotsbeschreibung und nicht die Leistung und der Prozess ihrer Konzeption analysiert wurden. Auch wurden mit der Korrelationsanalyse Zusammenhänge und keine Kausalitäten gemessen. Deshalb ist der Befund als ein Indiz und nicht als Fakt zu verstehen. Dennoch wird darauf hingewiesen, dass die Evidenzbasis für die gesundheitliche Wirkung bestimmter Naturbestandteile und -charakteristika ein wichtiges Kriterium bei der Ortswahl sein sollte und ein geeigneter Indikator zur Evaluierung und zum Monitoring der Wirksamkeit und Effektivität von Gesundheitsleistungen sein kann.

Bisher sind die Voraussetzungen dafür, dass von den Gesundheitsleistungen Nutzen für die Schutzgebiete ausgehen, in den meisten der untersuchten Großschutzgebiete noch nicht Teil der Managementplanung. Dies betrifft insbesondere die effiziente Gestaltung der Ressourcennutzung, um solche Leistungen zu erbringen und die Schaffung von Synergieeffekten in anderen Tätigkeitsbereichen. Aus der Angebotsanalyse konnten die in den folgenden Abschnitten erläuterten Voraussetzungen abgeleitet werden, durch die mehr Nutzen geschaffen werden kann. Dabei wird auch auf bisher ungenutzte Potenziale verwiesen und weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt.

Bei der Kommunikation der intendierten Gesundheitswirkung der Leistungen sollte darauf geachtet werden, dass diese nicht zu allgemein beschrieben wird, da dies auch als nichtssagend und beliebig wahrgenommen werden kann. Die Analyse hat aufgezeigt, dass die Intention „Kraft schöpfen / Vitalität erhöhen“ als halb abstrakte / halb konkrete Kategorie bereits relativ häufig kommuniziert wird. Weitere Forschungen sollten die Zweckhaftigkeit dieser Kategorie zur Vermarktungszwecken erhärten, damit die Großschutzgebiete daran anknüpfen können.

Zur besseren Einbeziehung von Stakeholdern wird empfohlen, zukünftig zivilgesellschaftliche Akteure gezielt mit einzubeziehen. Insbesondere bei den großen Natur- und Umweltschutzverbänden kann bereits von einem Bewusstsein zur

Relevanz des Themas ausgegangen werden. Bei Stiftungen mit „Umwelt“ als Tätigkeitsschwerpunkt ist ein weiterer Akteur mit hohem Synergiepotenzial bisher kaum einbezogen worden. Bei einer Kontaktaufnahme wäre es ratsam zu berücksichtigen, dass diesem die Relevanz des Themas eventuell noch nicht besonders präsent sein könnte.

Bisher sind Stakeholder aus der institutionellen Gesundheitswirtschaft und der Wellnessbranche nur selten an der Erbringung der Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten beteiligt. Da diese ein gemeinsames Interesse an solchen Leistungen mitbringen und über vielfältige Ressourcen verfügen, empfiehlt es sich, diese prioritär in ein Stakeholder-Management einzubinden, um bisher ungenutzte Synergieeffekte zu schaffen.

Die Tendenz der Großschutzgebiete anzunehmen, dass nur ohne Stakeholder-Beteiligung erbrachte Leistungen auch Leistungen des Schutzgebietes sind, kann ein Hindernis für die Schaffung und das Management der Leistungen sein (vgl. Kap. 5.1). Die Gesundheitsleistungen, die von den Schutzgebieten bisher nicht als ihre eigenen wahrgenommenen werden, machen bereits fast ein Drittel aller dieser Leistungen aus. Das heißt in der Praxis, dass sie von ihnen vermarktet werden (da per Angebotsanalyse erfasst), ohne jedoch Teil eines integrierten Managements zu sein (da Auskunft, dass sie keine anbieten). Es kann angenommen werden, dass diese Angebote von den Teilnehmenden auf Grund des Vermarktungsweges als Angebot des Schutzgebietes angesehen werden. In einer diesbezüglich erweiterten Perspektive bzw. neuen Sichtweise liegt ein hohes Potenzial, um Gesundheitsleistungen zum vielfachen Nutzen der Schutzgebiete einzusetzen. Die Schutzgebiete haben durchaus Gestaltungsräume in Kooperationsprojekten und bei der Erbringung von Leistungen durch externe Akteure, die sich zum Nutzen für andere Tätigkeitsbereiche ausschöpfen lassen. Dieses Potenzial wird bisher nicht von allen der untersuchten Großschutzgebiete systematisch genutzt. Dadurch werden auch wirkungsbezogene Kriterien bei der Konzeption und Erbringung dieser Leistungen bisher nicht optimal genutzt (s.o.).

5.1.2 Bedeutung von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete

In der Literatur werden unterschiedliche Gründe genannt, die für Akteure des Naturschutzes relevant sind, um Gesundheitsleistungen anzubieten (s. Kap. 2.1,

2.3.2). Außer den an anderer Stelle diskutierten diesbezüglichen Verpflichtungen und Programmen (s. Themengebiet 3 u.) und den Gesundheitsleistungen selbst sind verschiedene Nutzenarten bekannt (s. Kap. 2.3.2). Die Befragung der Großschutzgebiete hat hingegen ergeben, dass die Nutzen der Leistungen, die über den reinen Gesundheitsnutzen hinausgehen, insgesamt überwiegend selten bis gelegentlich auftreten (vgl. Abb. 26). Allerdings wurden zwei wichtige Nutzenarten auf Grund eines Übertragungsfehlers nicht zur Bewertung gegeben. So werden Imageeffekte und eine höhere Akzeptanz für Großschutzgebiete in der Fachliteratur als weitere Gründe genannt, wurden aber im Online-Survey nicht bewertet (s. Abschnitt Online-Survey in Kap. 5.3). Diese beiden Nutzenarten werden jedoch bei freier Angabe von Gründen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen auch genannt, sodass ein zumindest gelegentliches Auftreten dieser Nutzenarten vermutet werden kann (vgl. FF 3.1 in Kap. 4.2.3).

Nutzen von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete (FF 2.1.1)

Der überwiegend nie bis selten auftretende Nutzen von Gesundheitsleistungen in Form von zusätzlichen finanziellen Mitteln steht im Widerspruch zu zwei anderen Ergebnissen dieser Arbeit (vgl. Abb. 26). Zum einen sind Gesundheitsleistungen für die InanspruchnehmerInnen meistens kostenpflichtig (s. FF 1.1.7 in Kap. 4.2.2). Dies könnte daran liegen, dass das eingenommene Geld entweder nicht ausreicht, die dadurch entstehenden Kosten zu übersteigen. Denkbar ist auch, dass die Einnahmen nicht dem Schutzgebiet selbst zugutekommen, da die Leistungen im überwiegenden Teil in Kooperation mit oder gänzlich von Stakeholdern erbracht werden (vgl. Abb. 25). Es ist nämlich davon auszugehen, dass diese auch dafür entlohnt werden.

Zum anderen wird mit den Gesundheitsleistungen am Häufigsten die Verfolgung anderer Ziele als Nutzen genannt (vgl. Abb. 26) und die Nutzung von Synergieeffekten mit anderen Bereichen werden am Häufigsten als Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen angegeben (vgl. Abb. 28). Auch wird der Beitrag zur Gesundheitsförderung z.T. nur als Nebeneffekt erbracht, wobei der Haupteffekt ebenfalls in anderen Bereichen wirksam wird. In diesem Zusammenhang ist diskussionswürdig, ob sich die Angaben zum zusätzlichen finanziellen Nutzen nur auf den direkten monetären Effekt der Gesundheitsleistungen selbst beziehen. Denkbar ist, dass die zusätzlichen finanziellen Mittel, die sich aus den Synergieeffekten ergeben, nicht monetär bewertet und / oder als Nutzen nicht den

Gesundheitsleistungen zugeschrieben werden. Für die Unwissenheit über die monetären Effekte spricht außer der Komplexität einer solchen indirekten Messung und dem damit verbundenen Aufwand auch, dass es in fast gar keinem der befragten Großschutzgebiete ein Monitoring oder eine Evaluierung von Gesundheitsleistungen gibt (vgl. Abb. 27).

Die obigen Ergebnisse, die mit unterschiedlichen Methoden erhoben wurden, lassen sich zwar nur bedingt miteinander in Bezug setzen (vgl. Tab. 11 u. Kap. 3.2). Jedoch sind die Grundgesamtheiten überwiegend identisch und die Ergebnisse zur Kostenpflichtigkeit (Angebotsanalyse) und zu Gründen und Nutzen (Online-Survey) in diesem Fall sehr deutlich, sodass das Ergebnis einer Inbezugsetzung in der hier allgemein erfolgten Form als hinreichend valide bewertet wird.

Als einzige nicht in der Recherche ermittelte Nutzenart wurde „Neue Partnerschaften für die nachhaltige Regionalentwicklung – immer“ genannt[93]. Insgesamt ist der Nutzen von Gesundheitsleistungen von und für Großschutzgebiete(n) also bekannt und lässt sich den recherchierten Kategorien zuordnen (vgl. Hypothese 7). Wie häufig diese jedoch im Allgemeinen durch die Erbringung von Gesundheitsleistungen erzeugt werden, konnte in der Untersuchung nicht für alle Nutzenarten geklärt werden.

Negative Auswirkungen durch Gesundheitsleistungen (FF 2.1.2 und 2.1.3)

Negative Auswirkungen von Gesundheitsleistungen werden in der recherchierten Fachliteratur selten und auch als selten auftretend beschrieben (s. Kap. 2.3.2). Die von den befragten Großschutzgebieten gemachten Angaben bestätigen zwar diese Aussagen (vgl. FF 2.1.2 in Kap. 4.2.2). Die Validität des Ergebnisses ist jedoch eingeschränkt, da 31 der befragten Schutzgebiete hierzu keine Angaben gemacht haben (vgl. Hypothese 7). Ob und inwiefern die von den antwortenden Schutzgebieten gemachten Angaben übertragbar sind, ist nicht bekannt. Die Seltenheit und geringe Bekanntheit von negativen Auswirkungen von Gesundheitsleistungen in der Fachliteratur könnte auch darin liegen, dass es auf Grund einer negativen sozialen Erwünschtheit generell schwierig ist, hierzu systematische Informationen zu erhalten. Dies würde auch die vom Durchschnitt der Befragung abweichend niedrige

[93] Die beiden anderen genannten Nutzenarten sind „Haltung/ Einstellung gegenüber Natur und Park“ und „Verbesserung des Images des Schutzgebietes“. Diese lassen sich jedoch den recherchierten Kategorien „Imageeffekt“ und „Höhere Akzeptanz für Maßnahmen des Schutzgebietes“ zuordnen (s.a. Abschnitt Themengebiet 3 in Kap. 5.1).

Antwortquote erklären. Eine Erklärung dafür könnte eine geringe Bereitschaft von Schutzgebieten sein, darüber Auskunft zu geben, inwiefern durch eigene Leistungen die Natur negativ beeinträchtigt wird, deren Schutz eines ihrer Leitziele ist.

Verankerung von Gesundheitsleistungen im Schutzgebietsmanagement (FF 2.2.1-4)

Bei einer hohen Bedeutung und einem hohen Umsetzungsstand ist davon auszugehen, dass die Erbringung von Gesundheitsleistungen auch ins Schutzgebietsmanagement implementiert ist (Kap. 2.4). Aus diesem Grund sollte von der Verankerung dieser Leistungen auf den Umsetzungsstand selbst sowie auf die Bedeutung von Gesundheitsleistungen für die untersuchten Schutzgebiete geschlossen werden können. Die Befragung der Großschutzgebiete hat ergeben, dass Gesundheitsleistungen in den meisten Großschutzgebieten weder Teil des Leitbildes, noch einer übergeordneten Strategie oder eines übergeordneten Konzeptes und auch kein Ziel des Schutzgebietes sind (vgl. Abb. 27). Zudem nimmt die Verankerung bei steigender Verankerungsebene im Zielsystem ab. Da man weiter annehmen kann, dass bei höherer Bedeutung auch eine Verankerung auf einer höheren Ebene vorhanden ist, bekräftigt dieser Befund die Aussagefähigkeit der dazu erhobenen Daten insgesamt. Dies wird auch nicht dadurch aufgehoben, dass einige Schutzgebiete (noch) über kein Leitbild verfügen, da dies nur auf fünf Gebiete zutrifft.

Ein Monitoring oder eine Evaluierung von Gesundheitsleistungen, die, anders als die zuvor genannten Zielebenen, ein Instrument zur konkreten Umsetzung bzw. Messung der Zielerreichung ist, findet in Großschutzgebieten fast gar nicht statt.

In diesem Zusammenhang ist auch die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu diskutieren. So wird von 25 der 58 Schutzgebiete angegeben, dass diese keine solchen Leistungen anbieten und in 41 der 61 analysierten Schutzgebiete konnten keine oder nur sehr wenige Leistungen dieser Art (<5) identifiziert werden (vgl. Abschnitt Fachgebiet 1 in Kap. 5.1 und Datei Anzahl Gesundheitsleistungen je Großschutzgebiet auf der Daten-CD). Somit deckt sich der aus der überwiegend geringen Verankerung im Schutzgebietsmanagement geschlossene geringe Umsetzungsstand der Gesundheitsagenda mit den Ergebnissen der Angebotsanalyse und des Online-Surveys. Aus diesem Grund wird die Bedeutung von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete zum Zeitpunkt der Erhebung als überwiegend gering bewertet. Allerdings ist der Umsetzungsstand in etwa einem Drittel der Schutzgebiete als hoch zu bewerten. So werden von diesen mehr als 10

Gesundheitsleistungen im Jahr angeboten und deren Erbringung ist auch in ihrem Zielsystem verankert (vgl. Abschnitt Fachgebiet 1 in Kap. 5.1 und Abb. 27).

Die Verankerung im Schutzgebietsmanagement sollte in den unterschiedlichen Schutzgebietskategorien auf Grund der unterschiedlichen Gültigkeit und Verbindlichkeiten der rechtlichen Bestimmungen sowie internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programme auch unterschiedlich stark sein (Kap. 2.1, s. Tab. III im Anhang). Dies konnte für drei der vier verglichenen Schutzgebietskategorien durch die Auswertung des Online-Surveys bestätigt werden. Für eine der Kategorien lagen dazu nicht genügend Angaben vor (vgl. Hypothese 9).

Die unterschiedlich starken Verankerungen spiegeln nur zum Teil die Spezifizität der Bestimmungen und Programme und deren für die Schutzgebiete unterschiedliche Verbindlichkeiten bzw. Anreize wieder. So bestehen für Nationalparke zwar die meisten Verbindlichkeiten zur Umsetzung der Gesundheitsagenda und in diesen sind Gesundheitsleistungen insgesamt am besten im Schutzgebietsmanagement verankert. Jedoch wäre zu erwarten, dass die Verankerung in der Sammelkategorie „Naturparke, Wildnisgebiete und Biosphärenreservate (nicht UNESCO)“ am geringsten ist, da für diese die wenigsten Verbindlichkeiten bestehen und im Durchschnitt auch die wenigsten Gesundheitsleistungen in diesen Kategorien identifiziert werden konnten (vgl. Tab. 4 und Abb. 10). Die Verankerung ist dort jedoch im Durchschnitt leicht niedriger als in Nationalparken. Am geringsten und deutlich niedriger (ca. 10 Prozentpunkte) ist die Verankerung jedoch in UNESCO-Biosphärenreservaten, was auf Grund der Anzahl der Verbindlichkeiten und der identifizierten Leistungen überraschend ist.

Für die Abweichungen vom Erwartbaren kann es mehrere Erklärungen geben. Zum einen sind nicht alle formalen Verbindlichkeiten zugleich auch handlungsrelevant. So hat die Auswertung des Online-Survey ergeben, dass nur in der Sammelkategorie und bei UNESCO-Global Geoparken eine überdurchschnittlich hohe Handlungsrelevanz der Bestimmungen und Programme besteht (vgl. Abb. 30 und Abb. 31). Diese spiegelt sich zwar in der Verankerung im Schutzgebietsmanagement wieder, jedoch (noch) nicht in der durchschnittlichen Anzahl an erbrachten Gesundheitsleistungen (vgl. Abb. 11). Dies könnte an der zeitlichen Verzögerung zwischen Implementierung in Management und einer tatsächlichen Umsetzung liegen.

Eine weitere Erklärung könnte darin liegen, dass nicht die Anzahl der Verbindlichkeiten bzw. der handlungsrelevanten Verbindlichkeiten für einen hohen Umsetzungsstand entscheidend ist, sondern nur deren Stärke. So könnte bereits die hohe Handlungsrelevanz von nur einem Programm einen höheren Effekt haben, als die hohe Verbindlichkeit mehrerer Programme. Denkbar ist auch ein hoher Umsetzungsstand auf Grund von unterschiedlichen Nutzenarten (vgl. Abb. 26).

Forschungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Die insgesamt geringe Bedeutung von Gesundheitsleistungen in bzw. für Großschutzgebiete(n) zeigt ein Handlungsdefizit zur besseren Umsetzung der gesundheitsbezogenen Verpflichtungen, die sich aus den gesetzlichen Bestimmungen und Programmen ergeben.

Auf Grund des geringen Umsetzungsstandes der Gesundheitsagenda sollten zukünftige Maßnahmen und Instrumente zu deren Umsetzung nicht nur eine Implementierung ins Zielsystem der Schutzgebiete fördern, sondern auch den damit einhergehenden Nutzen für andere Tätigkeitsbereiche herausstellen und entsprechende Anreize geben.

Handlungsbedarf besteht auch hinsichtlich des Monitorings und der Evaluierung von Gesundheitsleistungen. So wäre das für die Angebote von Schutzgebieten bestehende System um die Erfassung von Spezifika von Gesundheitsleistungen zu ergänzen. Als wichtigste Aspekte sollte hier die evidenzbasierte Gestaltung des Gesamtangebots, die Erfassung der intendierten Wirkungen sowie des direkten und indirekten Nutzens und die Erhebung eventueller negativer Auswirkungen dieser Angebote besonders berücksichtigt werden. Wünschenswert wäre die Erarbeitung eines entsprechenden Leitfadens, der kompatibel mit den bestehenden Systemen und von allen Schutzgebietstypen mit geringem Aufwand anwendbar wäre. Dadurch könnte eine Grundlage dafür gelegt werden, dass Gesundheitsleistungen nicht als bloßer Mehraufwand gesehen werden, indem der konkrete Nutzen für die Großschutzgebiete aufgezeigt wird.

Die unterschiedliche Bedeutung von Gesundheitsleistungen für die unterschiedlichen Schutzgebietskategorien kann mit dem quantitativen Forschungsansatz dieser Arbeit allein aus den unterschiedlichen Verbindlichkeiten und Handlungsrelevanzen der Bestimmungen und Programme sowie der Nutzenarten erklärt werden. Bei zukünftigen

Forschungen sollten diese Unterschiede mit einem qualitativen Ansatz beforscht werden. Von besonderem Interesse wären Forschungsfragen, welche die Handlungslogiken und Motive der beteiligten Akteure untersuchen und deren Anteil am geringen Umsetzungsstand klären. Ebenso konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht detailliert nach den Maßnahmen und Instrumenten der einzelnen Bestimmungen und Programme eingegangen werden. Es wäre aber von besonderem Interesse, diese in Bezug zu dem insgesamt geringen Umsetzungsstand zu setzten.

Die Bedeutung der wenigen bekannten und laut Fachliteratur seltenen negativen Auswirkungen von Gesundheitsleistungen konnten auf Grund zu weniger Angaben nicht hinreichend geklärt werden. In zukünftigen Forschungen sollte mit einem qualitativen Ansatz ermittelt werden, ob eine negative soziale Erwünschtheit deren systematische Erfassung mit quantitativen Forschungsmethoden bisher behindert hat. Ein weiterer Ansatzpunkt für Folgeforschungen sind negative Auswirkungen geeignet, die als mindestens gelegentlich auftretend bewertet wurden (s. FF 2.1.3 in Kap. 4.2.2). So sind die genannten Auswirkungen zusammen mit den Angaben aus der Literatur zur Bewertung ihrer Häufigkeit in einem quantitativen Forschungsdesign geeignet, um diesen Aspekt auf Grundlage einer breiteren Datenbasis bewerten zu können.

Bei Folgeerhebungen sollte vorab recherchiert werden, ob die einzige nicht in der Literaturrecherche ermittelte Nutzenart „Neue Partnerschaften für die nachhaltige Regionalentwicklung“ zu den Synergieeffekten gezählt werden soll. Dadurch sollte die Schaffung von Artefakten durch die doppelte Abfrage von Teilmengen vermieden oder gegebenenfalls die Auswahl ergänzt werden. Auch sollte die Häufigkeit, mit der Imageeffekte und eine höhere Akzeptanz für Maßnahmen des Schutzgebietes als Nutzen von Gesundheitsleistungen auftreten, abgefragt werden. Dies wird auf Grund der freien Nennung als mindestens gelegentlich auftretender Nutzen vermutet.

5.1.3 Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten

Natur und Landschaft wird durch die Bevölkerung ein hohe Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlergehen beigemessen und Gesundheit selbst wird als höchstes Gut bewertet (vgl. Kap. 2.3.1und Abb. 6). Diese Sichtweise wird durch eine breite und stetig wachsende Evidenzbasis aus unterschiedlichen Fachdisziplinen bestätigt (vgl. Tab. 6). Auf Grund der besonderen Bedeutung von Natur für die

menschliche Gesundheit werden in rechtlichen Bestimmungen sowie internationalen und nationalen Programmen Großschutzgebiete als Zielgruppe zur Umsetzung einer Gesundheitsagenda genannt (vgl. Tab. III im Anhang). Ziel der empirischen Untersuchung war es, die Handlungsrelevanz dieser Bestimmungen und Programme für die untersuchten Großschutzgebiete zu ermitteln und herauszufinden, wie hoch die Bedeutung weiterer Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen ist.

Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen (FF 3.2)

Die Befragung hat ergeben, dass die Handlungsrelevanz überwiegend gering bis mittelmäßig ist (vgl. Abb. 30Abb. 31). Auch sind nicht alle der recherchierten gesetzlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programme für alle Großschutzgebiete ein Grund, um Gesundheitsleistungen anzubieten (vgl. Kap. 4.2.3 und Hypothese 10). Eine vergleichsweise hohe (hier: mittelmäßige) Relevanz wird vor allem bei denjenigen Programmen und Bestimmungen gesehen, die eine allgemeine oder übergeordnete Gültigkeit bezüglich Naturschutz und nachhaltiger Entwicklung haben (s. Abb. 29 und Fußnote 81). Dies könnte dadurch erklärt werden, dass die befragten Personen eine allgemeine Handlungsrelevanz dieser Programme und Bestimmungen für ihre Schutzgebiete sehen. Die Relevanz, Gesundheitsleistungen anzubieten, kann nämlich auch indirekt und mittelbar daraus abgeleitet werden, ohne dass die konkreten, direkten und explizit darin genannten Verpflichtungen bekannt sein müssen (vgl. Tab. III im Anhang). Inwiefern dies der Fall ist bedarf weiterer Forschung mit einem qualitativen Ansatz.

In diesem Zusammenhang ist die überwiegend als gar nicht bis gering bewertete niedrige Relevanz von Programmen mit allgemeiner oder übergeordneter Gültigkeit bezüglich Gesundheit als weiteres Indiz für die Bewertung einer allgemeinen und nicht konkreten Relevanz zu deuten (s. Abb. 29 und Fußnote 82). Eine weitere Erklärung könnte in der sozialen Erwünschtheit der Antworten liegen (s. Abschnitt Online-Survey in Kap. 5.3). Für die zu hohe Bewertung der Handlungsrelevanz durch die Antwortenden sprechen noch weitere Befunde, auf die im Folgenden eingegangen wird.

Bei freier Antwortmöglichkeit wird von keinem einzigen Großschutzgebiet eines der an anderer Stelle bewerteten Programme genannt (vgl. Abb. 28). Eine Erklärung hierfür könnte in der psychologischen Befragungssituation liegen (s. Abschnitt Online-Survey in Kap. 5.3).

Fast die Hälfte der befragten Schutzgebiete geben zudem an, gar keine Gesundheitsleistungen anzubieten (vgl. Abschnitt Online-Survey in Kap. 4.1) und in 41 der 61 untersuchten Großschutzgebieten konnten keine oder nur sehr wenige solcher Leistungen identifiziert werden (vgl. Abschnitt Angebotszentrierte Inhaltsanalyse im World Wide Web in Kap. 4.1). Ob und in welchem Maß eine zeitliche Divergenz zwischen der Entstehung bzw. dem Vorhandensein einer Handlungsrelevanz und der tatsächlichen Leistungserbringung eine Rolle spielt, kann nur durch eine Folgeerhebung geklärt werden. Angesichts der Aktualität des Thema ist dies jedoch denkbar und könnte eine weitere Erklärung für den Unterschied zwischen z.T. mittelmäßiger Handlungsrelevanz bei durchschnittlich geringem Umsetzungsstand sein (vgl. a. Tab. I und Tab. II im Anhang).

Die Angaben zur Handlungsrelevanz bei vorgegebener Auswahlmöglichkeit sind bezüglich ihrer Validität kritisch zu hinterfragen. So kann auf Grund der sozialen Erwünschtheit eine tendenziell zu hohe Relevanz erhoben werden, wenn beispielsweise Mitglieder von EUROPARC in einer Befragung in Kooperation mit EUROPARC nach der Bedeutung der Strategie der Dachorganisation befragt werden. Betrachtet man ergänzend die Gründe, die auf die offene Frage nach den Gründen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen genannt werden, zeichnet sich nämlich ein anderes Bild; Dort wurden die später abgefragten Bestimmungen und Programme nämlich kein einziges Mal als Grund genannt. Die ausbleibende Nennung kann aber auch durch die psychologische Befragungssituation erklärt werden. Befragt nach Gründen wird i.d.R. das eingegeben, was einem als erstes einfällt und die Eingabe wird möglicherweise dann beendet, sobald das Gefühl entsteht, genügend Angaben gemacht zu haben. Dafür spricht auch der an den freien und assoziativen Gedankenfluss erinnernde Sprachstil, in dem die Antworten oft verfasst sind (s. Datei Auswertung der Umfrage auf der Daten-CD). Dabei können systematisch bestimmte Angaben untergehen. Insgesamt werden die Angaben zur Handlungsrelevanz jedoch als valide bewertet.

Da die unterschiedlichen Programme und Bestimmungen für die unterschiedlichen Schutzgebietskategorien auch unterschiedlich spezifische Verbindlichkeiten haben (vgl. Tab. 4), sollten sich dies auch in ihrer für unterschiedliche Schutzkategorien unterschiedlichen Handlungsrelevanz widerspiegeln. Durch den Vergleich der Mittelwerte konnte jedoch nur für UNESCO-Global Geoparke und für die

Sammelkategorie „Naturparke, Wildnisgebiete und BSR (ohne UNESCO)“ eine durchschnittlich hohe Handlungsrelevanz aus einer deutlichen Mittelwertabweichung abgeleitet werden auf (s. Abb. 30). Eine mögliche Erklärung für die hohe Bedeutung für die Sammelkategorie könnte sein, dass Naturparke gem. BNatSchG § 27 (2009) besonders für die Erholung geeignet, überwiegend Landschafts- oder Naturschutzgebiet und „nach den Erfordernissen der Raumordnung für Erholung vorgesehen“ sind. Für die Korrektheit und Umsetzung dieser Vorgabe und Bewertung von Landschaftsschutzgebieten spricht auch der Befund, dass dies der einzige naturschutzrechtliche Status von Orten mit einem besonderen Schutz ist, der in nennenswerter Häufigkeit in der Angebotsanalyse identifiziert werden konnte (s. Abb. 32). Allerdings ist die Unsicherheit über die Verallgemeinerbarkeit bei den Angaben der Sammelkategorie besonders hoch, da durchschnittlich aus knapp über der Hälfte der befragten Schutzgebiete dazu keine Angaben gemacht wurden.

Bei den UNESCO-Global Geoparken wurden zwar von nur 33% der Befragten keine Angaben gemacht, indessen hätte bereits die Angabe durch ein weiteres Schutzgebiet dieser Kategorie auf Grund ihrer geringen Anzahl von nur sechs Gebieten eine wesentliche Änderung des Mittelwertes zur Folge und ist ebenfalls als relativ unsicher zu bewerten (vgl. Kap. 4.2.3).

Da jedoch nicht alle Programme und Bestimmungen für jede Schutzgebietskategorie gleich (stark) verbindlich sind, könnte die obige Betrachtungsebene zu einer Nivellierung der Unterschiede führen. Differenziert man die Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen also weiter nach der Spezifität ihrer Verbindlichkeiten, so zeigt sich ein widersprüchlicher Sachverhalt. So wird denjenigen Programmen und Bestimmungen im Durchschnitt eine niedrigere Handlungsrelevanz beigemessen, die eine spezifischere Verbindlichkeit bzw. einen für die jeweilige Kategorie spezifischeren Anreiz darstellen (s. Abb. 31). Überdies haben auch diejenigen Programme und Bestimmungen durchschnittlich die höchste Handlungsrelevanz, die für die jeweiligen Schutzgebietskategorien gar nicht verbindlich sind[94]. Zu erwarten wäre jeweils das Gegenteil.

Eine Erklärung dafür könnte ebenfalls in der oben beschriebenen Bewertung einer allgemeinen und unkonkreten Handlungsrelevanz durch die befragten

[94] Nicht anwendbar für Nationalparke und UNESCO-BSR, da alle recherchierten Programme und Bestimmungen für diese spezifisch oder unspezifisch verbindlich sind (s. Tab. 4).

Großschutzgebiete liegen. Zwar zeigen sich die beiden Sachverhalte bei allen der gewählten Schutzgebietskategorien. Gleichwohl ist der Unterschied nur in der Sammelkategorie „Naturparke, Wildnisgebiete und BSR (nicht UNESCO)“ im Durchschnitt und nur beim Vergleich der spezifischen verbindlichen Programme und Bestimmungen mit jenen, die überhaupt nicht für diese Kategorie verbindlich sind, deutlich ausgeprägt. Dort ist der Unterschied hoch genug, um eine Auswirkung auf die durchschnittliche Kategorie der Bewertung zu haben. Bei den anderen Vergleichen ist der Unterschied dafür zu gering. Dass der einzige deutliche Unterschied in dieser Kategorie auftritt, könnte daran liegen, dass hier drei unterschiedliche Schutzgebietskategorien auf Grund der fast identischen Spezifität der verbindlichen Bestimmungen und Programme zusammengefasst wurden, die sich jedoch in ihren Hauptschutzzwecken unterschieden. Das ist ein Indiz dafür, dass die Daten nicht aussagekräftig sind, um eine solche Kategorienbildung durchzuführen.

Für andere Fragestellungen bleibt die Validität auf Grund dieser Kategorienbildung jedoch unberührt, sofern keine weiteren Gründe dagegensprechen. Allerdings kann keine separate Auswertung der darin enthaltenen Schutzkategorien durchgeführt werden, da dadurch eine Identifizierung einzelner von bestimmten Schutzgebieten gemachten Angaben möglich wäre. Dies ist auf Grund der anderslautenden Zusicherung in der Datenschutzerklärung nicht möglich. Bei der Erwägung einer schwächeren Datenschutzerklärung ist bei zukünftigen Forschungen abzuwägen, dass dies zu einer geringeren Rücklauf- und Antwortquote, einer geringeren Qualität der Antworten sowie zu Missmut[95] bei den Befragten führen kann.

Auch beim Vergleich der durchschnittlichen Handlungsrelevanz der spezifischen Verbindlichkeiten und Anreize zwischen den Schutzgebietskategorien sind die Unterschiede zwischen den Mittelwerten mit 0,1 bis 0,3 gering (s. Abb. 31).

Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen (FF 3.1)

Außer den gesetzlichen Bestimmungen, internationalen und nationalen Verpflichtungen und Programmen gibt es noch andere Gründe für Großschutzgebiete, um Gesundheitsleistungen anzubieten (s. Hypothese 11). Erwartungsgemäß wurde der Hauptzweck von Gesundheitsleistungen, nämlich die Förderung der Gesundheit

[95] Missmut, falls vor der Teilnahme nur darauf geachtet wird, dass es eine Datenschutzerklärung gibt und nicht, was im Detail drinsteht. Der Missmut entsteht dann, wenn nicht zur Veröffentlichung gedachte Aussagen mit Namensnennung an die Öffentlichkeit gelangen.

und des Wohlergehens, von den befragten Schutzgebieten sehr oft genannt (vgl. Abb. 28). Am Häufigsten jedoch wurde bei freier Nennung die Nutzung von Synergieeffekten von Gesundheit mit anderen Tätigkeitsbereichen als Grund angegeben. Diese wurden v.a. in den Bereichen Tourismus, Umweltbildung und nachhaltige Entwicklung / nachhaltiger Konsum gesehen. Der Beitrag zur Gesundheitsförderung als Nebeneffekt ist ein ähnlicher Grund, der bei freier Nennung immerhin noch von einem knappen Fünftel der Antwortenden genannt wurde. Dieser Befund deckt sich auch mit der Nutzenart, die als am Häufigsten auftretend bewertet wurde (vgl. „Gesundheitsleistungen werden angeboten, um andere Ziele zu verfolgen“ in Abb. 26).

Zwar haben nur 22 der 58 befragten Großschutzgebiete überhaupt Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen genannt (s. Abb. 30). Da zugleich aber von fast der Hälfte der Schutzgebiete die Aussage gemacht wird, dass sie gar keine solchen Leistungen anbieten, sind die Ergebnisse trotzdem hinreichend valide bezogen auf Angaben zu Gründen der befragten Großschutzgebiete (da diejenigen, die welche anbieten, auch fast alle geantwortet haben).

Der Nutzen von Synergieeffekten, insbesondere bei Verfolgung anderen Ziele und die Verknüpfbarkeit von Gesundheitsleistungen mit anderen Angebotsbereichen sind also, außer der Gesundheitswirkung selbst, die häufigsten Gründe und Anreize für Großschutzgebiete, um diese anzubieten. Weitere wichtige Nutzenarten sind Imageeffekte und eine höhere Akzeptanz für Großschutzgebiete. Diese sind zuvor in der Fachliteratur recherchiert worden und sind weitere Nutzen, die auch bei freier Angabe von Gründen genannt wurden. Da jedoch auf Grund eines Übertragungsfehlers keine Bewertung der Häufigkeit dieser beiden Nutzenarten erfolgt ist, ist nur die relative allgemeine Bedeutung bekannt.

Forschungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Insgesamt ist die Handlungsrelevanz der recherchierten Programme und Bestimmungen für Großschutzgebiete, um Gesundheitsleistungen anzubieten, als gering zu bewerten. Es konnten zwar unterschiedliche Handlungsrelevanzen der unterschiedlichen Programme und Bestimmungen für die unterschiedlichen Schutzgebietskategorien festgestellt werden (s. Hypothese 12). Jedoch sind diese bis

auf eine Ausnahme sehr gering und entsprechen nicht der Spezifität der Programme und Bestimmungen bezüglich der jeweiligen Schutzgebietskategorie.

Daraus wird gefolgert, dass das gegenwärtige Ziel- bzw. Anreizsystem dieser Bestimmungen und Programme nicht zielführend ist, um gesundheitsfördernde Aktivitäten von Großschutzgebieten zu befördern. Zu einem tieferen Verständnis der Motive und Handlungslogiken der beteiligten Akteure wird die weitere Erforschung der Wirksamkeit der Bestimmungen und Programmen sowie des Transfers vom Wissen zum Handeln mit einem qualitativen Forschungsdesign empfohlen. Bisher sind auch kein Monitoring und keine Evaluation zur Umsetzung der Gesundheitsagenda speziell für die recherchierten Bestimmungen und Programme bekannt. Die mit dieser Arbeit erbrachte erste Bestandsaufnahme könnte hierzu ein erster Bezugspunkt sein, um die (weitere) Zielerreichung und Wirksamkeit zusätzlicher Maßnahmen erheben zu können.

Wichtiger als die Verpflichtungen übergeordneter Programme und abstrakter allgemeiner Bestimmungen sind für die befragten Großschutzgebiete aktuell andere Gründe, um Gesundheitsleistungen anzubieten.

Die Maßnahmen, die auf die Implementierung der aus den Bestimmungen und Programmen resultierenden Gesundheitsagenda abzielen, sollten die bereits heute bedeutsamen Gründe in ihrem eigenen Ziel- und Anreizsystem berücksichtigen. Da diese bereits eine vergleichsweise hohe Rolle dabei spielen, dass Gesundheitsleistungen überhaupt angeboten werden, ist dies ein wichtiger Anknüpfungspunkt zur Popularisierung der Gesundheitsagenda in Großschutzgebieten. So sollte insbesondere auf die Verknüpfbarkeit von Gesundheitsleistungen mit anderen Angebotsbereichen und die Nutzung von Synergieeffekten abgezielt werden, um die Umsetzung innerhalb der Handlungslogik der Großschutzgebiete zu gewährleisten. Auch Marketingeffekte wie Image, neue Zielgruppen und Besuchermotivation sowie eine höhere Akzeptanz für Großschutzgebiete sollten als wichtiger Nutzen solcher Leistungen kommuniziert werden.

Trotz der Unsicherheit über die Validität der durchschnittlich hohen Handlungsrelevanz der Programme und Bestimmungen für die Sammelkategorie „Naturparke, Wildnisgebiete und BSR (ohne UNESCO)“ ist der Befund an sich überraschend, da für diese Kategorien vergleichsweise die wenigsten spezifischen Verbindlichkeiten

bestehen (vgl. Tab. 4). Da im Rahmen dieser Arbeit nur die 18 Naturparke, die Mitglied bei EUROPARC sind, befragt werden konnten, wäre eine Anschlussbefragung der 85 anderen Naturparke von Interesse (vgl. Kap. 3.2). In diesem Zusammenhang interessiert auch, ob die nur für diese Schutzkategorie bestehende Verbindlichkeit des § 27 BNatSchG (2009) für den aktuellen Umsetzungsstand der Gesundheitsagenda verantwortlich ist, ohne dass weitere Programme und Bestimmungen wesentlich zusätzlich dazu betragen.

Bei künftigen Forschungen sollte auch darauf geachtet werden, nur homogene Gruppen zu bilden und gegebenenfalls auf Angaben von Wildnisgebieten und nicht-UNESCO-Biosphärenreservaten zugunsten der Aussagefähigkeit der Vergleiche von Schutzkategorien zu verzichten. Dabei sollte abgewogen werden, ob ein entsprechender Vergleich für die Fragestellung wirklich notwendig ist, da dadurch übergeordnete Fragestellungen auf einer geringeren Datengrundlage bearbeitet werden könnten.

5.1.4 Verortung und Ortswahl von Gesundheitsleistungen

Für unterschiedliche Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft werden in der Fachliteratur auch unterschiedliche gesundheitsrelevante Wirkungen benannt (s. Kap. 2.5). Als Grund für die Ortswahl eines Gesundheitsangebotes kommen jedoch auch andere, nicht wirkungsbezogene Gründe in Frage (s. Kap. 2.5). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Orte mit einem naturschutzfachlich hohen Wert eine besondere Bedeutung für die Gesundheit haben (können). Eine Erklärung dafür wird in dem Konzept des „sense of place“ gegeben, laut dem durch das Prädikat Naturschutzwert bzw. Großschutzgebiet eine verstärkte Bindung an das Gebiet aufgebaut werden kann (s. Kap. 2.5). Da der insgesamt hohe Naturschutzwert von Großschutzgebieten ihr Alleinstellungsmerkmal gegenüber anderen Anbietern von naturbezogenen Gesundheitsleistungen ist, sollte mit einer Korrelationsanalyse auf Basis der mit der Angebotsanalyse erhobenen Daten (vgl. FF 4.1.4) die Forschungslücke zum Naturschutzwert dieser Orte geschlossen werden. Dieser Wert wurde vom Schutzstatus abgeleitet, weil keine eigene naturschutzfachliche Bewertung im Rahmen dieser Arbeit möglich war. Somit wurde der Naturschutzwert über die Schutzintensität als Äquivalent zu Nutzungseinschränkungen und über die Schutzziele operationalisiert.

Naturschutzfachlicher Wert von Orten, an denen Gesundheitsleistung werden (FF 4.1.3)

Das Ergebnis bezüglich des Naturschutzwertes der Orte lässt sich nicht verallgemeinern, da dieser für fast ein Drittel der Angebote nicht ermittelt werden konnte. Jedoch finden ebenfalls fast die Hälfte der Gesundheitsleistungen an Orten ohne besonderen naturschutzfachlichen Wert statt (s. Abb. 33). Selbst wenn die nicht ermittelbaren Werte alle so hoch sein sollten, könnte dies nur bei ca. der Hälfte der Leistungen der Fall sein. Diese Ergebnisse sprechen jedoch nicht dafür, dass Gesundheitsleistungen eine höhere Wirkung erzielen könnten, falls der Naturschutzwert der Orte zukünftig mehr bei ihrer Wahl berücksichtigt werden würde. Bei den Orten ohne besonderen Wert handelt es sich nämlich überwiegend um Veranstaltungen in Innenräumen oder auf Nutzflächen, deren Nutzung einerseits die Gesundheitsleistung erst ermöglicht, andererseits eine höhere Unterschutzstellung verhindert bzw. nicht schutzwürdig ist (z.B. private Kräutergärten).

Naturschutzwert von Orten, an denen Gesundheitsleistungen angeboten werden und intendierte Gesundheitswirkung dieser Leistungen (FF 4.1.4)

Der Zusammenhang von intendierten Wirkungen der Leistungen und Naturschutzwert ihrer Orte soll aufzeigen, welche Gründe für das Angebot von Gesundheitsleistungen an besonders wertvollen Orten vorliegen. Auf Grund der wenigen Angaben zum Naturschutzwert der Orte kann nur ein schwacher bis sehr schwacher Zusammenhang für nur wenige der Leistungen festgestellt werden (s. FF. 4.1.4). Ein Handlungsbedarf zur besseren Wirkung der Leistungen durch die Wahl von besonders wertvollen Flächen kann hieraus nicht abgeleitet werden. An Orten mit unterschiedlichem naturschutzfachlichen Wert, an denen Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten angeboten werden, können also meistens keine unterschiedlichen intendierten Gesundheitswirkungen differenziert werden (vgl. Hypothese 13).

Dennoch wird durch die Angebotsanalyse deutlich, dass der Naturschutzwert bei fast allen Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten in der Angebotsbeschreibung nicht besonders betont wird. Ob dies daran liegt, dass die in der Literatur beschriebene besondere Eignung nicht bekannt ist oder andere Merkmale in den oft knappen Beschreibungen im Vordergrund stehen, ist nicht bekannt und verweist auf ein Forschungsdefizit. Ebenfalls ist denkbar, dass für die breite Zielgruppe Angebote von

bzw. in Großschutzgebieten bereits per se als an naturschutzfachlich besonders wertvollen Orten stattfindend wahrgenommen werden.

Kriterien für die Ortswahl bei Gesundheitsleistungen und ihre Bedeutung (FF 4.2.2)

Bei der Frage nach der Bedeutung des naturschutzfachlichen Wertes bei der Ortswahl werden im Durchschnitt fünf andere Kriterien höher bewertet und nur ein Kriterium niedriger (vgl. Abb. 35). Allerdings kann sich diese Bedeutung auch aus nicht wirkungsbezogenen Gründen, wie z.B. des resultierenden Bedarfs an besonderen Ge- und Verboten, ergeben.

In diesem Zusammenhang ist von Interesse, welche Kriterien im Allgemeinen und welche Rolle die Gesundheitswirkungen von unterschiedlichen Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft bei der Ortswahl im Besonderen spielen. So zeigt die Befragung zu den Kriterien, dass praktische Gründe meistens eine sehr hohe und naturschutzfachliche Gründe oft eine hohe Bedeutung bei der Ortswahl haben. Eine im Durchschnitt ebenfalls hohe Bedeutung haben auch unterschiedliche Gesundheitswirkungen von unterschiedlichen Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft (vgl. Abb. 35 u. Hypothese 14). Dieser Befund wird auch dadurch bekräftigt, dass fast alle Befragten, welche die Bedeutung bestimmter Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft als mindestens mittelmäßig bewertet haben, auch bei offener Nachfrage welche benennen (können). Über die Hälfte dieser Personengruppe nennt überdies Charakteristika bzw. Attribute, für die eine Gesundheitswirkung aus der Literatur bekannt ist (vgl. Kap. 2.3.1 u. Abb. 36).

Ortswählende Personengruppe(n) bei Gesundheitsleistungen (FF 4.2.1)

Insgesamt haben bestimmte Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft also eine meistens hohe Bedeutung bei der Ortswahl von Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten. Die Ergebnisse können jedoch so interpretiert werden, dass diese Bedeutung nur zum Teil im Zusammenhang mit den gesundheitsbezogenen Wirkungen dieser Attribute steht. Allerdings sind diese Aussagen vor dem Hintergrund dessen zu bewerten, dass die Angestellten des Schutzgebietes in unterschiedlichem Maße an der Wahl des Ortes beteiligt sind. So geben die meisten Antwortenden zwar an, die Ortswahl bei eigenen Angeboten alleine oder in Zusammenarbeit mit einem Stakeholder zu treffen (vgl. Abb. 34). Jedoch ist dies bei externen Angeboten, die anteilsmäßig fast genauso viele wie eigene Angebote

ausmachen, in über 60 % der Schutzgebiete nicht der Fall (vgl. Abb. 25). Allerdings sind diese Befunde nicht sehr aussagekräftig, da unklar ist, wie mit in Kooperation erbrachten Leistungen, die fast drei Viertel aller Leistungen ausmachen, verfahren wird. Zudem haben die meisten der befragten Personen dazu keine Angaben gemacht (vgl. Abb. 34). So weist der obige Befund allenfalls auf einen solchen Sachverhalt hin, bedarf jedoch weiterer Forschung zu seiner Erhärtung.

Forschungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es gute Gründe gibt, Gesundheitsleistungen an Orten mit einem hohen Naturschutzwert stattfinden zu lassen. Allerdings ist unklar, in welchem Umfang dies bereits von den Großschutzgebieten umgesetzt wird, welche Gründe dafür vorliegen, dass dies nicht der Fall ist und ob die naturschutzfachliche Bedeutung einen wirkungsbezogenen Hintergrund hat. Im Einzelfall sollte von den Großschutzgebieten jedoch sichergestellt werden, dass die Personen, die an der Ortswahl beteiligt sind, entsprechend geschult sind. Die Ortswahl sollte also nicht nur aus praktischen und naturschutzfachlichen Erwägungen erfolgen, sondern sich auch an der breiten Evidenzbasis zu den unterschiedlichen Wirkungen der unterschiedlichen Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft orientieren. Dadurch wäre zum einen eine bessere Wirkung der Leistungen gewährleistet. Zum anderen könnte dies auf Grund der naturräumlichen Ausstattung von Großschutzgebieten als Alleinstellungsmerkmal Teil einer evidenzbasierten Marketingstrategie werden, mit der sich Schutzgebiete von anderen Anbietern solcher Leistungen abheben können.

ODE et al. (2008) haben Indikatoren für den visuellen Landschaftscharakter identifiziert, die für die Bestimmung von Landschaftspräferenzen und -wahrnehmung geeignet sind. Dadurch soll ermöglicht werden, ein abstraktes visuelles Konzept in messbare Indikatoren zu überführen. Dabei wird davon ausgegangen, dass unterschiedliche Landschaftselemente und -charakteristika auch unterschiedliche Effekte erzielen können. Einer Systematik, die analog die spezifischen salutogenen und therapeutischen Attribute von Natur und Landschaft mit gezielten Maßnahmen zur Schaffung von Gesundheitsleistungen verbindet, liegt bisher noch nicht vor. In den bestehenden Management-Instrumenten von Großschutzgebieten und anderen rel. Akteuren findet eine solche Verknüpfung beider Aspekte bislang nur ansatzweise Beachtung. Dies wäre für die Effektivität solcher Leistungen jedoch wünschenswert.

Eine entsprechende Schulung der ortswählenden Personen sollte auch die an der Erbringung der Leistungen beteiligten Stakeholder umfassen. Diese sind nicht nur an den meisten Gesundheitsleistungen beteiligt (vgl. Abb. 25), sondern bringen selbst auf Grund ihrer sehr breit gefächerten Qualifikationen in Gesundheitsberufen im weitesten Sinne (Abb. 24) und ihrer Ortskenntnis eine hohe Eigenexpertise mit, die von den Schutzgebieten zur Leistungserbringung genutzt werden kann. Auch eine Vorgabe durch die Schutzgebiete, welche Orte auf Grund ihrer Wirkung und auf Grund ihrer Besonderheit für das jeweilige Schutzgebiet besonders geeignet sind, wäre zur Implementierung der Gesundheitsagenda ins Schutzgebietsmanagement sowie aus Marketinggründen sinnvoll.

5.2 Status quo in anderen Ländern

In diesem Kapitel wird der Status quo in anderen Ländern mit besonderer Beachtung der vier Themenbereiche dargestellt. Da aus Ressourcengründen im Rahmen dieser Arbeit keine Diskussion von Gesundheitsleistungen deutscher Großschutzgebiete im internationalen Vergleich erfolgen kann, wurden Länder als Best-Practice-Beispiele herangezogen, die bereits seit längerem systematisch an einer Umsetzung der Gesundheitsagenda arbeiten und bei denen aus der recherchierten Literatur ein hoher Umsetzungsstand und -willen bekannt sind. Dazu wird jeweils zu Beginn erst die Auswahl begründet, um dann auf die jeweiligen Schutzgebiete bzw. Organisationen in den einzelnen Ländern einzugehen.

Parks Victoria (Australien) und National Park Service (USA)

Die “Healthy Parks and Healthy People”-Initiative (HPHP) ist ein umfassender Ansatz, um Gesundheitsleistungen im Management von Großschutzgebieten zu implementieren. Die Initiative wird mittlerweile von der IUCN koordiniert und hat somit auch eine hohe Bedeutung für deutsche Nationalparke (vgl. Kap. 2.1.2 und IUCN-WPCA 2017c). Die Initiative geht auf Parks Victoria aus Australien zurück, das im gleichnamigen Bundesstaat für das Management von Großschutzgebieten zuständig ist.

Die Bewertung von Leitfäden und Instrumenten zur Implementierung von Gesundheitsinterventionen in Schutzgebieten hat ergeben, dass drei von ihnen besonders geeignet sind (vgl. Tab. II, Anhang 3 auf der Daten-CD und Kap. 2.4). Zwei davon sind Teil der HPHP-Initiative und der dritte Leitfaden wird vom National Parks Service, der in den USA für die Nationalparks und für weitere Großschutzgebiete zuständigen Behörde, herausgegeben (CDCP und NPS 2015). Auf Grund dessen werden Parks Victoria als Begründer der HPHP-Initiative und der National Parks Service als Pioniere der Umsetzung der Gesundheitsagenda durch Großschutzgebiete als Best-Practice-Beispiele ausgewählt.

Parks Victoria ist im australischen Bundesstaat Victoria für das Management von Großschutzgebieten zuständig und ist der Initiator der „Healthy Parks and Healthy People“-Initiative, die auf eine Idee aus dem Jahr 2000 zurückgeht. Diese wird zwar mittlerweile weltweit von der IUCN koordiniert, besteht aber weiterhin regional unter demselben Namen fort und ist bis heute das Programm, unter dem die

Gesundheitsagenda dort von und in Großschutzgebieten umgesetzt wird. Bei der Implementierung geht Parks Victoria stringent von der Evidenzbasis für die gesundheitliche Wirkung von Natur auf die menschliche Gesundheit aus. Dazu wurde ein eigener Review erstellt, in dem die gesundheitliche Bedeutung von Parks in vier Gesundheitsdimensionen und für drei Zielgruppen dargestellt wird (PARKS VICTORIA 2015b). Aus dieser Analyse wurde ein systematisches Vorgehen abgeleitet, das bei der Erstellung von Gesundheitsleistungen zielgruppenspezifisch und wirkungsbasiert vorgeht. Besondere Beachtung wird dabei der Zugänglichkeit der Leistungen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen gewidmet.

Die Zusammenarbeit mit der Gesundheitswirtschaft und mit Praktizierenden der Heil- und Gesundheitsberufe wird von Parks Victoria als wesentlich erachtet, um auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Zielgruppen eingehen zu können. Dadurch konnten auch Angebote entwickelt werden, die auf die speziellen Bedürfnisse von Behinderten eingehen. Das soziale Wohlbefinden wird insbesondere durch das Engagement von Freiwilligen, wie z.B. durch das „Parks Champions“-Programm und durch die Kooperation mit lokalen Naturschutzgruppen, befördert. Dadurch soll auch die Bindung der Anwohner an den Ort, an dem sie leben, gefördert werden. Die Vermittlung von Kontakt zur Natur, aber auch zur Kultur ist ein weiteres Handlungsfeld, in dem eine solche Bindung gefördert wird. (PARKS VICTORIA 2015a).

Außer der Förderung des Engagements in den Schutzgebieten und der Förderung der Evidenzbasis sind die Bewusstseinsbildung über die gesundheitliche Bedeutung der Natur von Schutzgebieten, die Bildung von branchenübergreifenden Kooperationen und der Ausbau der Infrastruktur die zentralen fünf Handlungsfelder zur Verwirklichung der Gesundheitsagenda. Die so erzielten Gesundheitseffekte werden auch in einer Evaluierung monetär bewertet und diese Ergebnisse werden genutzt, um weitere Ressourcen für dieses Anliegen zu mobilisieren (PARKS VICTORIA 2017).

Der National Park Service ist für das Management aller Nationalparks und anderer Großschutzgebiete in den USA zuständig. Dieser hat bereits 2010 die HPHP-Initiative von Parks Victoria aufgegriffen und kurz darauf einen strategischen Aktionsplan erarbeitet, um seinen Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlergehen zu bestimmen und um die Gesundheitsagenda mit einer eigenen Strategie zu institutionalisieren. Dazu wurde zunächst der Schwerpunkt auf die Entwicklung von Leuchtturm-Projekten zur Förderung von innovativen Ansätzen, die Förderung der Evidenzbasis und

Evaluierung der Leistungen, die Vermarktung, die Schulung der Leistungserbringer sowie auf die Abstimmung mit Partnern zur Schaffung von Synergieeffekten gelegt (NPS 2011).

Nach dieser Initialphase ist der National Park Service heute sehr stark auf ein Stakeholder-Management fokussiert, um seine gesundheitsbezogenen Ziele sowie auch naturschutzbezogene Ziele über die Verfolgung von Gesundheitszielen zu erreichen. So wurde gemeinsam mit einem Akteur aus der Gesundheitswirtschaft ein Leitfaden erarbeitet, der es Großschutzgebieten und Stakeholdern der Gesundheitsbranche im weitesten Sinne ermöglicht, die Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu befördern. Die Arbeitsbereiche, die darin abgedeckt werden, umfassen die Erhebung des Gesundheitsprofils der Anwohner und Besucher sowie des gesundheitsbezogenen Profils der Schutzgebiete (s.a. NPS 2014), um auf dieser Basis umfassende Gesundheitsinterventionen planen zu können. Als wichtige Instrumente sind zudem ein Monitoring und eine Evaluierung der umgesetzten Maßnahmen vorgesehen, für das auch entsprechende Indikatoren vorgeschlagen werden. Sowohl die Planung als auch die Umsetzung haben dabei einen starken partizipativen Charakter und beinhalten Instrumente für ein Stakeholder-Management, eine zielgruppenspezifische und saisonal diversifizierte Programmplanung sowie konkrete Maßnahmenvorschläge für Interventionen in allen Gesundheitsdimensionen (CDCP und NPS 2015).

Ein weiterer Leitfaden soll das Engagement der Anwohner und Besucher von Großschutzgebieten aktivieren. Durch dieses Engagement sollen beide, die Großschutzgebiete und die Gesundheit der Menschen, profitieren. Als Zielgruppe dieser Bemühungen sind dezidiert alle Stakeholder gemeint, die sich permanent oder zeitweise in oder in der Nähe der Schutzgebiete aufhalten, also Zivilpersonen ebenso wie Wissenschaftler, Ärzte, Parkangestellte, etc. Ziel eines solchen umfassenden Stakeholder-Managements ist die Förderung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung unter besonderer Beachtung der Gesundheitsdisparitäten bestimmter Bevölkerungsgruppen (NPS und NPCA-CPM 2014).

Mitglieder der Health and Protected Areas Commission der EUROPARC Federation.

In der Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2021 ist die Anwendung der oben erwähnten Leitfäden der IUCN und der HPHP-Initiative eine Maßnahme im Prioritätsfeld „Natur und Gesundheit“ (EPF 2014, Maßnahme 3.3.c). Für die

Umsetzung der Gesundheitsagenda wurde eine eigene Kommission[96] gegründet, die ihre Arbeit an diesem strategischen Ziel ausrichtet (EPF 2015b). Es wird angenommen, dass die Schutzgebiete bzw. deren Dachorganisationen, die Mitglieder in diese Kommission entsendet haben, auch einen entsprechend hohen Umsetzungsstand und -willen aufweisen. Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht, dass diese auch in den zwei Fallstudien benannt werden, die den Einsatz von Schutzgebieten für die Gesundheit in Europa aufzeigen (EPF 2015d und IEEP 2016). Aus diesen Gründen werden auch die Großschutzgebiete und nationalen Dachorganisationen, die Mitglied dieser Kommission sind, als Best-Practice-Beispiele betrachtet[97].

In Frankreich kooperieren drei Regionale Naturparke mit regionalen Verwaltungen, um Angebote zu schaffen, bei denen Natur und Biodiversität durch physische Aktivitäten in der Natur entdeckt werden, während zugleich die Gesundheit der Teilnehmer gefördert wird. Die Finanzierung erfolgt durch die Regionalverwaltung, und die Leistungen werden von speziell geschultem Personal durch Externe und durch Angestellte der Schutzgebiete erbracht. Durch die Zusammenarbeit mit Gesundheitsexperten aus der Versicherungswirtschaft und der universitären Forschung soll den Bezug zur Evidenzbasis sichergestellt werden (EPF 2015d und IEEP 2016). Zur Erbringung der Gesundheitsleistungen werden auch externe Stakeholder speziell zu sog. Botschaftern geschult, die den Besonderheiten der Schutzgebiete besondere Rechnung tragen sollen. Die Kosten der Schulungen werden vom Sportministerium übernommen. Besonders Personen, die bisher keinen Sport treiben, werden zur Teilnahme animiert (DESBOIS 2017).

Um die Gesundheitsagenda im Schwerpunkt Sport zu implementieren, besteht ein aktives Stakeholder-Management, bei dem besonders die fachliche Diversität der Partner und Netzwerkbildung im Fokus sind. Die Gesundheitsagenda wird auch in eigenen Publikationen vermarktet sowie auf Messen und Ausstellungen präsentiert. Durch eine Kooperation mit Gîtes de France, dem französischen Marktführer für die

[96] Die „Health and Protected Areas Commission“

[97] Dies sind: Scottish Natural Heritage (UK), Metsähallitus Parks & Wildlife Finland (FI), Espaces Naturels Regionaux (FR), Diputació de Barcelona (ES), Estonian Environmental Board (ES) und Northumberland National Park (UK). Da nur deutsch- und englischsprachige Quellen betrachtet wurden, konnten keine Informationen des Estonian Environmental Board und nur sehr wenige Informationen des Diputació de Barcelona (Stadtrat von barcelona) zu den interessierenden Themengebieten gefunden werden.

Vermietung von Ferienhäusern, soll das Anliegen dieses Projektes ins Bewusstsein der Gesamtbevölkerung gebracht werden. Zur Förderung der regionalen Biodiversität besteht überdies eine projektbezogene Zusammenarbeit mit dem WWF (DESBOIS 2017 und EPF 2015d).

In den drei Beispielgebieten gibt es eine Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen, durch die zusätzliche Ressourcen zur Leistungserbringung für die Großschutzgebiete verfügbar werden. Diese Ressourcen kommen auch über Synergieeffekte Naturschutzzwecken zu Gute, wobei der konkrete Nutzen für die Biodiversität (bisher) nicht gemessen wird und nur allgemein angenommen wird. Eine entsprechende Evaluierung ist aber bereits geplant. Die aktive Stakeholder-Beteiligung über die sog. „Botschafter"-Programme umfasst auch die lokale Bevölkerung. Insgesamt ist die Umsetzung also stark Stakeholder-bezogen und zielt auf die Schaffung von Synergieeffekten durch neue Partnerschaften ab (DESBOIS 2017).

In Finnland wird die Ausrichtung von Großschutzgebieten auf das Thema Gesundheit vor dem Hintergrund von massiven Mittelkürzungen vollzogen. Gerade deshalb wird verstärkt darauf gesetzt, den Nutzen von Nationalparken im Allgemeinen und speziell deren Beitrag zur öffentlichen Gesundheitsversorgung zu betonen (MPWF 2016b). Diese strategische Ausrichtung erfolgt evidenzbasiert und achtet besonders darauf, dass Gesundheitsleistungen in allen drei Gesundheitsdimensionen erbracht werden (MPWF 2016a). In themenbezogenen Einzelstudien wurden auch die konkreten Gesundheitsnutzen der Nationalparke für deren Besucher erforscht und monetär bewertet (MPWF 2016c). Die Ergebnisse dienen einem verbesserten Monitoring von Besucherströmen, aber auch dem Monitoring der Gesundheitsnutzen selbst. Überdies werden diese Nutzen als Argument für die Förderung von Nationalparken in Zeiten knapper öffentlicher Finanzmittel genutzt (EPF 2015d und IEEP 2016).

Die Implementierung der Gesundheitsagenda ist in Finnland auch ein Mittel, um neue Angebote mit effizienter, da unter Beteiligung von Stakeholdern erfolgter Ressourcennutzung zu erstellen und die Infrastruktur der Nationalparke auszubauen. Dabei werden ebenfalls die dadurch erweiterten Möglichkeiten zur Akquise weiterer Finanzmittel aus anderen Ressorts, der EU sowie anderer Quellen genutzt (MPWF 2017).

Mit dem Programm „OPEN" wird im finnischen Oulu-Park ein Modellprojekt zur Popularisierung des Wissens über den gesundheitlichen Nutzen von Natur und zur

Verbesserung der Qualität und Zugänglichkeit geeigneter Orte durchgeführt. Mit dem Folgeprojekt „AIR“ sollen dieses Wissen und diese Orte durch eine branchenübergreifende Kooperation in konkrete Leistungen überführt werden. Die Gesundheitsleistungen richten sich auch an spezielle Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen, wie z.B. die Rehabilitierung von Gefängnisinsassen. Bei diesen Programmen erfolgt die Teilfinanzierung aus unterschiedlichen Quellen, die nicht primär für Naturschutzzwecke bestimmt sind, diesen jedoch über Synergieeffekte indirekt zu Gute kommen. Die Durchführung findet in Kooperation mit einer Universität statt und unterliegt auch einem Monitoring (EPF 2015d).

Es gibt in Finnland also eine klare Strategie, um über die Umsetzung der Gesundheitsagenda die gesellschaftliche Relevanz von Großschutzgebieten zu erhöhen, an zusätzliche Ressourcen zu kommen und das Leistungsspektrum der Nationalparks in Kooperation mit neuen Partnern zu erweitern. Dadurch werden Naturschutzziele systematisch verfolgt und die Zielerreichung wird auch über ein Monitoring mess- und steuerbar gemacht.

In Schottland wird die Umsetzung der Gesundheitsagenda durch die Scottish Natural Heritage, der Dachorganisation der schottischen Großschutzgebiete, vorangetrieben. Zu diesem Zweck wurde eine enge Partnerschaft mit der schottischen Regierung eingegangen. Dadurch wurden zahlreiche Kooperationen zwischen Naturschutz-Akteuren und der Gesundheitswirtschaft befördert und die Bedeutung der Natur für die menschliche Gesundheit in der Gesamtbevölkerung bekannt gemacht. Teil dieser Partnerschaft sind auch die staatliche Gesundheitsversorgung und die staatliche Forstwirtschaft (IEEP 2016). Das Programm „Green Exercise Partership“[98] unterstützt die Zusammenarbeit dieser Akteure. Dadurch soll der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Natur weiter popularisiert und die physische Betätigung im Grünen und in der Nähe von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung befördert werden. Obwohl sich das Programm speziell auf Großschutzgebiete bezieht, ist auch eine Umsetzung in nicht geschützten Naturgebieten vorgehsehen. Die Verbindung der Menschen mit dem Ort, an dem sie leben, soll durch lokale Partnerschaften insbesondere in Großschutzgebieten gestärkt werden (EPF 2015d).

[98] Dt.: Partnerschaft zur Betätigung im Grünen

Weitere wichtige Treiber bei der Entwicklung eines Aktionsprogramms für ein naturbezogenes Gesundheitswesen[99] in Schottland sind eine evidenzbasierte Ausrichtung der staatlichen Fachpolitiken und die Bestimmung und Popularisierung einer guten fachlichen Praxis. Um die Gesundheitsagenda in der Breite umzusetzen, sollen Gesundheitsleistungen von einem noch zu gründenden Netzwerk erbracht werden. Es ist geplant, dass die daran beteiligten Akteure entsprechend geschult und diese Qualifizierungsmaßnahmen staatlich finanziert werden. Des Weiteren sind staatliche Investitionen in die Infrastruktur und in die bessere Vermarktung vorgesehen, um das Bewusstsein über die Vorteile von und die Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen in der Natur zu erhöhen (FINTON 2017).

Im Northumberland National Park in England werden Wanderungen als “Wege zum Wohlergehen”[100] angeboten. Diese Wanderungen wurden in Kooperation mit einem regionalen Stakeholder konzipiert und werden von speziell geschulten Freiwilligen durchgeführt (NHNP 2017). Durch die gezielte Stakeholder-Einbindung werden also zusätzliche Ressourcen mobilisiert und zugleich wird das soziale Engagement von Freiwilligen aktiviert.

Der Stadtrat von Barcelona hat einen Plan für Grüne Infrastruktur und Biodiversität aufgestellt, durch den die Gesundheit der Bewohner der Metropolregion durch eine Begrünung der Stadt und durch verstärkten Kontakt zur Natur gefördert werden soll. Weitere Oberziele sind der Erhalt des Naturerbes und der Schutz vor einem Verlust an Biodiversität. Da der Plan sich außer auf den urbanen Raum auch auf die Fläche eines Naturparks als Großschutzgebiet bezieht, wird dieser hier weiter betrachtet.

Zur seiner Verwirklichung wird eine große Anzahl von Stakeholdern aus allen gesellschaftlichen Anspruchsgruppen beteiligt. So gibt es Kooperationen mit Unternehmen, politischen Parteien, dem Stadtrat, Agenda 21-Gruppen und anderen Nichtregierungsorganisationen. Die Zusammenarbeit mit dem Naturpark soll vor allem dessen Zugänglichkeit für die Stadtbewohner erhöhen, indem beispielsweise öffentliche Orte leichter für Veranstaltungen und als Lernorte genutzt werden können (IEEP et al. 2016).

In den ausgewählten Best-Practice-Beispielen wird deutlich, dass folgende Faktoren und Aspekte von Großschutzgebiete bei der Konzeption und Erbringung von

[99] Engl.: Natural health service action programme
[100] Engl.: Walk to Wellbeing

Gesundheitsleistungen besonders beachtet werden, damit deren Gesundheitswirkung möglichst effektiv ist und der größtmögliche Nutzen für die prioritären Schutzziele von Großschutzgebieten als naturschutzrechtlich geschützten Managementeinheiten entsteht:

- Ein evidenzbasiertes Vorgehen, bei dem die Wirkungszusammenhänge zwischen Natur und Gesundheit berücksichtigt werden und Gesundheits-interventionen in allen Dimensionen erfolgen.
- Eine zielgruppenspezifische Ansprache und die Berücksichtigung der Bedürfnisse von besonderen Bevölkerungsgruppen.
- Ein aktives Stakeholder-Management, dass auf die Beteiligung aller gesellschaftlichen Anspruchsgruppen zielt, das Engagement der Bewohner und Besucher aktiviert und eine enge Zusammenarbeit mit der Gesundheitswirtschaft und mit Praktizierenden des Gesundheitswesens anstrebt.
- Eine wissenschaftliche Begleitung durch die Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen.
- Die Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen und öffentlichen Verwaltungen im Bereich der öffentlichen / staatlichen Gesundheitsversorgung.
- Die Akquise zusätzlicher Ressourcen und Schaffung von Synergieeffekten zu anderen Tätigkeitsbereichen des Schutzgebietes.
- Die Vermarktung von Gesundheitsleistungen und Förderung des Wissens und des Bewusstseins der Bevölkerung über die Bedeutung von Großschutzgebieten für die Gesundheit und das Wohlergehen.
- Naturschutz in Großschutzgebiete durch Schaffung und Kommunikation von Nutzen zu einem gesellschaftlichen Anliegen zu machen.
- Gezielte Maßnahmen zum Ausbau einer gesundheitsbezogenen Infrastruktur mit guter Erreichbarkeit und hoher Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsgruppen.
- Ein Monitoring und eine Evaluierung der Gesundheitswirkungen sowie der konkrete Nutzen von Gesundheitsleistungen für die Großschutzgebiete.

5.3 Methodendiskussion

In diesem Kapitel wird diskutiert, ob die Methoden dazu geeignet sind, die Ziele des Forschungsvorhabens zu erreichen. Dazu wird zunächst das allgemeine Forschungsdesign kritisch bewertet und dessen Eignung zur Prüfung der Hypothesen, Beantwortung der Forschungsfragen und zur Erreichung der Ziele der Arbeit diskutiert. Anschließend wird der Einsatz der einzelnen Methoden kritisch betrachtet und es werden Hinweise zur weiteren Verwendung der Methoden bei anderen Forschungen gegeben.

Allgemeines Vorgehen und Forschungsdesign

Die Literaturrecherche wurde umfänglich und bis auf eine Ausnahme (s.u.) in allen Themengebieten bis zu den Primärquellen zurückgehend durchgeführt. Sie stellt den Stand des Wissens in den sechs recherchierten Themenfeldern dar. Dadurch konnten zur Erreichung der Ziele der Arbeit thematisch fundierte Hypothesen aufgestellt werden, deren Operationalisierung bis hin zu den Forschungsfragen und abgefragten bzw. zugeordneten Kategorien auf Basis eines fundierten thematischen Hintergrundes erfolgt ist und diese in den Kontext des aktuellen wissenschaftlichen Diskurses stellt.

In der Literaturrecherche zur Bedeutung von Natur und Landschaft für die menschliche Gesundheit wurden nur Reviews und keine Einzelquellen betrachtet. Es wurde auch nicht geprüft, ob sich die Übersichten auf die gleichen Quellen stützen. Durch WHO und SCBD (2015) wird die Evidenzbasis grundsätzlich dafür kritisiert, dass sie sich überwiegend auf Untersuchungen im urbanen und peri-urbanen Raum in Industriestaaten bezieht und in unzureichendem Maße interdisziplinär erarbeitet wurde. Da die Reviews i.d.R. eine andere Systematik verwenden als diejenige, unter der die Ergebnisse in dieser Arbeit zusammengestellt wurden (vgl. Tab. 6), kann es bei der Darstellung der Dimensionen und Interventionsarten von Gesundheitswirkungen zu Verzerrungen kommen.

Ein Vorteil von Reviews besteht auch darin, dass die zusammengefassten Befunde aus einer dem Autor dieser Arbeit fremden Wissenschaftsdisziplin stammen, sodass den VerfasserInnnen der Reviews die größere Kompetenz zuerkannt wird. Obwohl dadurch nur ein Ausschnitt der Evidenzbasis ausgewertet wurde, werden die Untersuchungsergebnisse als hinreichend zur Erreichung der Ziele der Arbeit

bewertet, da insgesamt umfangreiches Material aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen systematisch ausgewertet wurde.

Die Wahl der untersuchten Großschutzgebiete erfolgte aus Gründen der Bearbeitbarkeit und fokussiert auf Schutzgebiete, für die eine besonders hohe Relevanz des Themas angenommen werden kann. Die Relevanz wurde durch die Angaben zur Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen zur Erbringung solcher Leistungen (s. Abb. 29) sowie durch das rege Interesse an den Ergebnissen der Arbeit bestätigt (s. a. Datei Prozessbegleitung zur Umfrage auf der Daten-CD). Ein weiterer Beweis für die Zweckmäßigkeit der Auswahl sind die Bearbeitung des Themas im Rahmen einer Masterarbeit und die Identifikation von 347 Gesundheitsleistungen in den ausgewählten Schutzgebieten (s. Datei Auswertung der Angebotsanalyse auf der Daten-CD).

Die Ableitung der Hypothesen aus dem zuvor im thematischen Hintergrund erarbeiteten Stand des Wissens war dazu geeignet, die Ziele der Arbeit zu erreichen. So sind die Hypothesen wesentlich für die Diskussion und Interpretation der Ergebnisse und verbinden über die Forschungsfragen den Wissensstand mit den Zielen der Arbeit. Dadurch konnten die richtigen Fragen gestellt werden, um objektives Wissen über die Realität in Form einer ersten Bestandsaufnahme zum Thema zu erarbeiten und im Kontext des aktuellen Diskurses Forschungsdefizite aufzuzeigen und Handlungsempfehlungen abzuleiten (vgl. Kap. 5).

Bei 9 der 12 Hypothesen konnte eine Prüfung mittels der zu diesem Zweck formulierten Forschungsfragen erfolgreich durchgeführt werden. Zwei der Hypothesen konnten nicht geprüft werden, da zu einer der befragten Schutzgebietskategorien nicht genügend Angaben gemacht wurden (vgl. Hypothesen 8 und 9 in Kap. 4.2.2). Eine Hypothese konnte auf Grund eines systematischen Erfassungsfehlers, also unabhängig von den Gütekriterien für die Bildung von Hypothesen und der Zweckmäßigkeit von Hypothesen im Forschungsdesign, nicht geprüft werden, (vgl. Hypothese 2 in Kap. 4.2.1 und Abschnitt Angebotszentrierte Inhaltsanalyse im World Wide Web in Kap. 5.3). Die Kriterien, nach denen die Hypothesenbildung erfolgt ist, haben sich also insgesamt als zweckmäßig erwiesen und erfüllen die Anforderungen der Eindeutigkeit, Vollständigkeit und Ausschließlichkeit (vgl. Kap. 3.1).

Die Hypothesen konnten in den Fällen, in denen genügend Angaben gemacht wurden und keine methodischen Erfassungsprobleme auftraten, über die Forschungsfragen

geprüft werden. Die zu ihrer Formulierung angewendeten Kriterien haben sich deshalb in allen drei Methoden als zweckdienlich erwiesen. Die zu ihrer Beantwortung z.T. gebildeten bzw. gewählten Kategorien haben sich insgesamt als passend herausgestellt (Details s.u.).

Da die mit der Angebotsanalyse erfassten Gesundheitsleistungen nicht identisch mit jenen sind, über die im Online-Survey Angaben gemacht wurden, lassen sich die mit beiden Methoden erhobenen Daten nur bedingt miteinander kombinieren (vgl. Kap. 4.2.1). Bei zukünftigen Forschungen mit einer solchen Methodenkombination sollte die Angebotsanalyse deshalb möglichst vor der Befragung ablaufen, sodass die interessierenden Angebote bereits bei Beginn der Befragung bekannt sind und den zu Befragenden zwecks gemeinsamem Verständnis des Forschungsgegenstandes vorgelegt werden können. Allerdings würde dies die Rücklaufquote auf Grund des erhöhten Aufwandes senken. Das ließe sich jedoch durch Anpassung der Methodik, wie z.B. durch einen qualitativen Ansatz mit der Beschränkung auf Fokusgruppen, antizipieren. Jedenfalls würden dadurch andere Fragestellungen ermöglicht, für die eine freie Kombination aus beiden Methoden notwendig ist. Interessant, aber auf Grund dieses Defizits hier nicht behandelbar, wären z.B. Fragen nach Zusammenhängen zwischen der Handlungsrelevanz bestimmter Programme und den unterschiedlichen Arten der Gesundheitsintervention oder nach Gründen für die Ortswahl und der Qualität dieser konkreten Orte. Aus zeitlich-organisatorischen Gründen war eine solche zeitliche Abfolge in dieser Arbeit nicht möglich.

Die mit dem unterschiedlichen Begriff der Gesundheitsleistungen verbundene Problematik (vgl. Erläuterungen zu Tab. 11) hätte durch eine Präzisierung des Begriffs Gesundheitsleistungen, wie er für die Befragten zu Beginn und auf Abruf auch während der Umfrage definiert wurde, umgangen werden können. So hätte dieser Begriff durch den Hinweis, dass es um Gesundheitsleistungen geht, die von dem jeweiligen Schutzgebiet angeboten oder aber nur vermarktet werden, zu einer größeren Schnittmenge der Begriffsauffassungen geführt. Der Bedeutungsunterschied, der bei manchen der Befragten zwischen Angeboten des Schutzgebietes und Angeboten, die vom Schutzgebiet angeboten werden, war dem Verfasser zuvor nicht bekannt und wurde im Pretest auch nicht offenbar. Bei zukünftigen Forschungen, die eine Angebotsanalyse mit einem Online-Survey kombinieren, sollte der Pretest deshalb nach Möglichkeit auch mit einer Person aus

der Zielgruppe der Untersuchung durchgeführt werden, um eventuelle begriffliche Differenzen im Vorfeld aufzudecken. Falls dies nicht möglich sein sollte, sollte auf eventuelle begriffliche Verschiebungen bereits während des Monitorings der Befragung geachtet werden, um zu einem frühen Zeitpunkt darauf reagieren zu können. In dieser Arbeit ist der Bedeutungsunterschied erst nach Beendigung der Datenerhebungen erkannt worden.

Anstatt der Erforschung von vier Themenbereichen mit drei Methoden hätte die Untersuchung auch für drei Bereiche mit zwei Methoden erfolgen können. Dadurch wären zeitliche Ressourcen frei geworden, um das Thema in diesen Themenbereichen ausführlicher bearbeiten zu können. So hätten z.B. die Kategorienbildung im Ergebnisteil anhand einer weiteren Literaturrecherche erfolgen, die technischen Probleme bezüglich der Reproduzierbarkeit der Suche im Austausch mit Fachexperten erörtert oder Expertenauskünfte für die Diskussion in anderen Ländern eingeholt werden können (s.u.). Da es sich bei dieser Arbeit jedoch um eine erste Bestandsaufnahme auf nationaler Ebene und mit quantitativem Forschungsdesign handelt, ist die Bearbeitung in der Breite statt in der Tiefe vorrangig und zur Erreichung der Ziele auch geeignet. Dadurch wurde die Grundlage für Fragestellungen geschaffen, die mit einem qualitativen Ansatz von dieser Breite aus in die Tiefe gehen können, beispielsweise in der Erforschung von Einzelfällen oder Fokusgruppen. Forschungsdefizite, die bei der Bearbeitung des Themas deutlich wurden, sind zur weiteren Bearbeitung durch andere Forschende in allen Themenbereichen und für alle Methoden aufgezeigt worden.

Voraussetzung für die Verwendung von drei Methoden im Rahmen einer Masterarbeit ist, dass der damit verbundene Aufwand gering gehalten werden kann. Dies war hier möglich, da der Verfasser bereits mit einer der Methoden (Online-Survey) vertraut war und eine weitere Methode auf Grund des aufwandreduzierten Vorgehens (i.e. keine zusätzlichen Ortsrecherchen) und einer geringen Komplexität mit einem vergleichsweise geringen Aufwand durchgeführt werden konnte. Bei anderen Voraussetzungen wird von der Verwendung von drei Methoden im Rahmen einer Masterarbeit deshalb abgeraten. Eine Hilfe, diese Voraussetzungen besser einschätzen zu können, kann auch die Planung in Arbeitspaketen mit detaillierten Zeitaufwendungen darstellen, die hier jedoch auf Grund der Ungewissheit über die Anzahl der Analyseeinheiten nicht durchgeführt werden konnte.

Auf Grund der oben dargestellten Ausführungen war die Kombination von drei Methoden insgesamt dazu geeignet, die Ziele der Arbeit zu erreichen.

Angebotszentrierte Inhaltsanalyse im World Wide Web

Mit der angebotszentrierten Inhaltsanalyse konnten nicht alle Gesundheitsleistungen der Großschutzgebiete erfasst werden (vgl. Hypothese 6). Im Folgenden wird auf die unterschiedlichen Gründe dafür eingegangen und deren Auswirkung auf die Aussagefähigkeit der erhobenen Daten bewertet.

Die Anzahl der zur Identifizierung der Gesundheitsleistungen zu wählenden Begriffe kann theoretisch maximal genauso hoch sein wie die Anzahl der gesuchten Leistungen. In der Praxis muss diese Anzahl aus Zeitgründen beschränkt werden, so dass kein Anspruch auf Totalität erhoben werden kann. Durch die Abwägung zwischen einer hinreichenden Anzahl und Spezifität der Begriffe mit einer hinreichenden Selektivität wurde sichergestellt, dass eine unter dem Gesichtspunkt der Durchführbarkeit möglichst repräsentative Bestandsaufnahme erstellt werden konnte. Mit 97 Suchbegriffen und ca. 2/3 falschen Suchergebnissen[101], die nach der Fallprüfung verworfen wurden, hat sich eine solche Abgrenzung des Untersuchungsbegriffs als zweckmäßig bewährt.

Die mit 922 hohe Anzahl an Fällen, die nicht angenommen wurden, liegt vor allem an der häufigen Verwendung von Wörtern, die auf Grund der Suchbegriffe „wohl“[102] und „Erholung“[103] gefunden wurden. Diese ließen sich aus technischen Gründen nicht aus den Suchergebnissen ausschließen, sodass diese Fälle einzeln geprüft werden mussten. Ein weiterer sehr häufiger Grund für die Fallablehnung liegt darin, dass die Suchbegriffe sehr häufig nur in den Metadaten[104] auftauchen und nicht zwingend auch einen Bezug zu den Inhalten der jeweiligen Website aufweisen müssen. Weitere Gründe für die Fallablehnung sind fremdsprachige Ergebnisse (trotz Sucheinstellung „deutsch“), Veranstaltungen, die länger als 365 Tage zurückliegen bzw. in einem nicht

[101] Das Verhältnis von angenommenen zu verworfenen Fällen beträgt 347 zu 922 (1.269 geprüfte Fälle insgesamt, vgl. Dateien Angebotsanalyse angenommene Fälle und Angebotsanalyse Rohdaten auf der Daten-CD).

[102] Z.B. „sowohl“, „wohl“, „obwohl“, „gleichwohl“, „für das leibliche Wohl ist gesorgt“

[103] Z.B „Wiederholung“; häufig ist keine intendierte Gesundheitsleistung bei diesen falschen positiven Treffern erkennbar, s.u..

[104] Metadaten sind für den Besucher einer Website nicht im normalen Browser sichtbare Informationen. Diese Daten befinden sich im HTML Dokument der Website und können Angaben wie die Beschreibung der Website, beschreibende Stichworte, Autorennamen und Anweisungen an Suchmaschinen enthalten (ONLINEMARKETING.DE GMBH 2017).

aktuellen Veranstaltungsverzeichnis vorkommen und Suchwörter, die im Zusammenhang mit der Gesundheit von Tieren und Ökosystemen statt der von Menschen gebraucht werden. Zum Teil haben die untersuchten Websites auch sehr große Datenmengen mit archivierten Textdokumenten, die bis in die 1980er Jahre zurückreichen (z.B. NLP Bayerischer Wald). Ergebnisse, in denen beispielsweise eine Partnerschaft mit einem Gesundheitsakteur erwähnt oder über die Einrichtung eines Gesundheitspfades berichtet wurde, wurden allerdings auch bei älteren Artikeln angenommen, falls die Partnerschaft oder die eingerichtete Infrastruktur bis heute Bestand haben.

Ein weiterer Grund dafür, dass nicht alle Gesundheitsleistungen erfasst werden konnten, liegt in ihrer Vermarktung durch die Schutzgebiete. So hat das Online-Survey ergeben, dass es auch Gesundheitsleistungen gibt, die nicht also solche oder nicht über die Website vermarktet werden (vgl. Kap. 4.2.2). Diese Leistungen konnten mit der Angebotsanalyse im World Wide Web nicht erfasst werden.

Ergänzend ist noch zu erwähnen, dass es auch Gesundheitsleistungen gibt, die in, aber nicht von Großschutzgebieten erbracht werden. Falls diese nicht über die Website des jeweiligen Schutzgebietes kommuniziert werden, sind diese jedoch auch außerhalb des Erfassungsrahmens dieser Arbeit.

Auch technische Gründe haben die Erfassbarkeit des Untersuchungsgegenstandes eingeschränkt. So waren die Veranstaltungen von 9 Schutzgebieten nicht für ein gesamtes Jahr, sondern nur für jeweils 2 bis 6 Monate über das Internet abrufbar. Inwiefern Gesundheitsleistungen außerhalb der zugänglichen Zeiträume nicht über die Suche auf den jeweiligen Websites identifiziert werden konnten, konnte nicht weiter ermittelt werden. Des Weiteren ist nicht auf allen Websites die volle Durchsuchbarkeit gegeben. So war die Suche auf der Website eines Schutzgebietes nicht möglich, da das Stammverzeichnis[105] das Marketing einer Stadt miterfasst (s. Datei Angebotsanalyse im World Wide Web - Untersuchungsgegenstand und Ergebnisse auf der Daten-CD). In diesem Fall wurde die Seite manuell durchsucht und die durchsuchten Rubriken sind zwecks Nachvollziehbarkeit dokumentiert worden.

Auch sind nicht alle Dokumente einer Website für die Textsuche zugänglich. Das kann zum einen an der Ausgabe von PDF- als Bild-Dateien liegen (z.B.

[105] s. Fußnote 66

Veranstaltungsverzeichnis NP Thüringer Wald). Zum anderen kann die Durchsuchbarkeit durch eine Suchmaschine aktiv von der Website geblockt werden. Die o.g. technischen Restriktionen erklären auch die Tatsache, dass mit 63 angenommenen Fällen 18% der Gesundheitsleistungen nicht über die Suchmaschine, sondern über die Auswertung der Veranstaltungsverzeichnisse gefunden wurden.

In einem Fall konnten nicht alle Suchergebnisse einer Fallprüfung unterzogen werden, da die Anzahl der Suchergebnisse mit 526 allein halb so hoch ist, wie für die aller übrigen Schutzgebiete zusammengenommen. Aus diesem Grund wurden die Suchbegriffe zwei Mal reduziert, bis die Anzahl von 51 Ergebnissen eine handhabbare Größe erreicht hatte (s. Anhang 7). Ergänzend zu diesen Ergebnissen wurde auch eine manuelle Suche auf der Website durchgeführt und die entsprechenden Rubriken wurden entsprechend dokumentiert (s. Datei Angebotsanalyse im World Wide Web - Untersuchungsgegenstand und Ergebnisse auf der Daten-CD).

Durch die manuelle Eingabe der Daten sind auch zufällige Fehler entstanden. Diese konnten nur in den Fällen eliminiert werden, die durch eine Analyse der Minima und Maxima, fehlender oder sonstiger nicht definierter Werte identifiziert werden konnten. Bezogen auf die 347 angenommenen Fälle war dies in ca. 20 Angaben der Fall. Die nicht gefundenen zufälligen Fehler können als mindestens genauso hoch angenommen werden. Mit der Angebotsanalyse wurde für die angenommenen Fälle Primärdaten in 54 Variablen (ohne 15 zu Auswertungszwecken automatisiert umkodierte Variablen (=ohne zufällige Fehler)) eingegeben. Dies entspricht 18.738 Einzeleingaben. Da die Anzahl der nicht entdeckten zufälligen Fehler wahrscheinlich um die 20 ist und 0,1 % aller Eingaben ausmacht, ist ihr alleiniger Einfluss auf die Signifikanz der Ergebnisse zu vernachlässigen. Die Reliabilität der Ergebnisse wird somit angenommen.

Die Fallprüfung wurde anhand einer erkennbaren Intention durchgeführt (s. FF 1.1.4). Das heißt, nur wenn klar erkennbar ist, dass mit der Leistung eine positive Wirkung auf die Gesundheit beabsichtigt ist, wurde der Fall angenommen. Bei der Prüfung der Fälle wurden einzelne Unterscheidungen darüber getroffen, was als „klar erkennbar“ zu bewerten ist, die bei der Konzeption des methodischen Vorgehens so nicht absehbar waren und im Folgenden diskutiert werden.

Im Allgemeinen wurde eine Intention zuerkannt, wenn diese explizit genannt wird, wie z.B. bei der Nennung von „Heilung“ als Ziel oder bei Angeboten „zur Stressreduktion“.

Ausnahmen bilden die bloße Erwähnung der Wörter „erholsam“, „Erholung“, u.ä., da diese in ihrer Bedeutung eine breite Verwendung in der Vermarktung, insbesondere von Unterkünften, erlangt haben. Auf Grund dessen ist darunter nicht automatisch eine Intention im Sinne einer Gesundheitsintervention zu verstehen, sobald von Erholung die Rede ist. In der Regel können Unterkünfte und andere Angebote mit und ohne dieses Prädikat (i.e. Gesundheitsintention) nämlich nicht voneinander unterschieden werden.

Bei einigen Arten von Gesundheitsleistungen wurde eine Intention a priori auch dann angenommen, wenn diese nicht explizit geäußert wird. Dies betrifft alle Angebote zu Yoga, Qigong und Reiki. Diese Leistungen sind Systeme und Methoden mit einem alternativen Ansatz zur positiven Beeinflussung der menschlichen Gesundheit, der von dem konventionellen Verständnis der sogenannten „westlichen Medizin“ abweicht. Diese pauschale Fallannahme wurde in Absprache mit einer Fachärztin für Allgemeinmedizin (KLAPPOTH 2017) und auf Grundlage der in einem Wörterbuch angegebenen Bedeutungen getroffen (DUDEN ONLINE 2017b, c und d). Allerdings wurden diese nur aufgenommen, wenn die Analyseeinheit auf Grund von Treffern für andere Suchbegriffe überhaupt in den Ergebnissen oder in einem Veranstaltungsverzeichnis enthalten war. Die Korrektheit dieser Annahme sollte in zukünftigen Forschungen noch mit einer Recherche in der Fachliteratur geprüft werden.

Andererseits wurde bei einigen Arten von Leistungen keine Intention a priori angenommen, obwohl diese in der Literatur als eigenes Zielfeld der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch Schutzgebiete genannt werden (vgl. „Förderung der physischen Betätigung“ in Tab. 7). An dieser Stelle sei nochmals auf den unterschiedlichen Ansatz von Gesundheitsleistungen in dem in dieser Arbeit gebrauchten Sinne (=intentionszentrierter Ansatz) und von Maßnahmen zur Gesundheitsintervention (=interventionalistischer Ansatz) verwiesen (s. Tab. 11). Dies betrifft alle Sportangebote wie Wander-, Rad-, Kanutouren und -führungen u.ä., falls eine Gesundheitsintention nicht explizit genannt wird.

Die Ausübung von Sport kann nämlich auch zum Spaß, als gemeinsame Unternehmung, als Abenteuer oder aus naturkundlichem Interesse ausgeübt werden, aber auch per se negative gesundheitliche Wirkungen haben (z.B. bei Extremsportarten). Falls hingegen Fitness, Gesundheit, u.ä. als Intention des

Angebots genannt wird, wurde das Sportangebot als Gesundheitsleistung bewertet und als Fall angenommen. Dieses Vorgehen ist allerdings nicht auf Grundlage der systematischen Auswertung der Fachliteratur erfolgt. So ist diskussionswürdig, ob bei Sportangeboten nicht ebenfalls a priori eine Intention anzunehmen ist. Dies könnte auch eine Erklärung dafür sein, dass es in 27 der 58 Großschutzgebiete Gesundheitsleistungen gibt, die nicht als solche vermarktet werden (s. FF 1.2.2 in Kap. 4.2.1). Wenn „Sport ist gesund“ ein Allgemeinplatz ist, würde in diesem Sinne auch die Notwendigkeit entfallen, jede Förderung der physischen Betätigung noch als solche zu vermarkten. Dieser Zusammenhang sollte bei zukünftigen Forschungen vorher geklärt werden, beispielsweise durch eine qualitative Befragung einer Fokusgruppe zu diesem Thema. Mit diesem Kenntnisstand wird diese Unsicherheit jedoch auf Grund des intentionszentrierten Ansatzes der Untersuchung nicht als systematischer Erfassungsfehler und das Ergebnis als valide bewertet.

Bei der Fallprüfung wurden auch Fälle angenommen, bei denen die Wirksamkeit durch klinische Studien nicht belegt ist (KLAPPOTH 2017). Diese Anerkennung folgt der Definition des Untersuchungsgegenstandes, bei dem die Intention und nicht die Wirkung selbst ausschlaggebend ist. Aus diesem Grunde wurden Angebote wie z.B. Handauflegen und Heilung durch Steine als Fälle angenommen.

Kräuterführungen hingegen wurden nur als Fall anerkannt, wenn eine Intention auch benannt wurde, wie z.B. bei der Suche nach „Heilkräutern“, „Kraft und Gesundheit durch Wildkräuter“, u.ä.. Reine Kräuterwanderungen mit dem Ziel, Vegetabilien als Nahrung zu sich zu nehmen, ohne dass eine Gesundheitswirkung intendiert ist, wurden hingegen als Fall abgelehnt.

Kirchliche Veranstaltungen wie z.B. Gottesdienste, Gebete, usw. wurden nicht als Fall angenommen, sofern nicht weitere Intentionen, wie z.B. durch Meditation, spirituelle Erfahrungen, u.ä. erwähnt wurden. Dies erfolgt auf Grund der Annahme, dass die kirchlich geprägte Religionsausübung formal institutionalisierte Leistungen i.d.R. ohne spirituelle Erfahrungen beinhaltet. Z.B. ist Weihnachten heute ebenso kein unbedingt christliches Fest, bei dem die Geburt von Jesus Christus als Erlöser gefeiert wird und dabei spirituelle Erfahrungen gemacht werden, sondern überwiegend ein säkularisiertes fest mit unterschiedlichen individualisierten Inhalten. Die Richtigkeit dieser Annahme sollte in der Fachliteratur nachrecherchiert werden.

Fälle, in denen der Gebrauch der Sinne intendiert ist, wurden nicht per se anerkannt. So gehören Beschreibungen von Reizen, die z.B. auf Wanderungen bestimmte Sinne ansprechen, mittlerweile zum Standard-Repertoire ihrer sprachlichen Vermarktung[106]. Auf Grund dessen ist darunter nicht automatisch eine Intention im Sinne einer Gesundheitsintervention zu verstehen, sobald von Sinnesreizen die Rede ist. Fälle, in denen zusätzlich auch die Achtsamkeit bzw. die bewusste Wahrnehmung, wie z.B. über die isolierte oder konzentrierte Ansprache von Sinnen, intendiert sind, wurden hingegen angenommen. In diesen Fällen erfolgte die Fallannahme auf Grund der allgemeinen Anerkennung von Achtsamkeitsübungen als Praxis des Heilens und der Gesundheitsförderung (KLAPPOTH 2017 und KABATT-ZINN 2008 u. SIEGEL 2007 zit. nach TRÖKES u. KNOTHE 2014). Inwiefern diese Unterscheidung aus wirkungspsychologischer Sicht aufrechterhalten werden kann, ist im Rahmen der Fallprüfung jedoch nicht in Primärquellen der Fachliteratur recherchiert worden und beruht auf wenigen Einzelquellen.

Die Qualität und Quantität der Analyseeinheiten sind insgesamt sehr heterogen. So wird in manchen Veranstaltungsprogrammen nur der Titel der Veranstaltung genannt (z.B. Geo-NP Bergstraße-Odenwald) oder nur mit einem Satz auf den Inhalt eingegangen (z.B. BSR Flusslandschaft Elbe – Meckl.-Vorp.). In anderen Schutzgebieten gehen die Beschreibungen der Veranstaltungen über eine halbe Seite (z.B. Geo- u. NP Vulkaneifel). In den meisten Schutzgebieten wird das Angebot jedoch in wenigen Sätzen beschrieben (z.B. Geopark Harz – Braunschweiger Land – Ostfalen). Je weniger Informationen zu einem Angebot gegeben werden, desto höher ist das Risiko, dass die intendierte Gesundheitswirkung nicht erkennbar ist. Diesem Umstand wurde damit begegnet, dass in 28 Fällen, in denen eine Intention vermutet, jedoch auf Grund der Datenqualität nicht eindeutig war, zwecks Fallprüfung zusätzliche Information recherchiert wurden (s.u.).

Insgesamt können die o.g. Detailfragen der Fallannahme zu einer Unterrepräsentation bestimmter Leistungsarten führen. Die Fallprüfung ist jedoch auch in diesen Fällen aus den o.g. nachvollziehbaren Gründen erfolgt, auch wenn diese nicht immer auf Grundlage einer umfassenden Recherche erfolgen konnte. Ob und inwiefern bestimmte Leistungen dadurch unterrepräsentiert sind, kann nur durch zukünftige

[106] Z.B. naturkundliche Wanderungen „im Herbstduft“ oder „Indian-Summer“ oder vogelkundliche Wanderungen „im besonderen Morgenlicht“

Forschungen aufgezeigt werden. Aus diesen Gründen werden die angenommenen Fälle mit dem aufgezeigten Kenntnisstand insgesamt als valide bewertet.

Wie weiter oben beschrieben, wurden die Analyseeinheiten auf Grundlage einer Auswahl von Suchbegriffen identifiziert. Auf Grund der so gewählten Aufgreifkriterien ist es zu zwei systematischen Erfassungsfehlern gekommen. So wurde nicht nach „Pflege“ und ihrer Synonyme als Art der Gesundheitsintervention und nicht allgemein nach dem Wortstamm „sozial“ zur Identifikation von Gesundheitswirkungen in der Dimension des sozialen Wohlergehens gesucht (s. Tab. VII im Anhang). Die Zuordnung von sieben Gesundheitsleistungen zu dieser Interventionsart bzw. Dimension erfolgte entweder auf Grund deren Identifikation durch andere Auffangkriterien oder durch die Auswertung der Veranstaltungsverzeichnisse. Dadurch ist die Validität der Ergebnisse bei den Forschungsfragen FF 1.1.5 und 1.1.6 hinsichtlich der Anzahl der diesen zwei Kategorien zugeordneten Gesundheitsleistungen eingeschränkt.
In der Gesundheitsdimension „soziales Wohlergehen“ sind aus der Literatur vor allem Maßnahmen zur Gesundheitsintervention im Handlungsfeld „Infrastruktur und Einrichtungen“ bekannt (s. Tab. 7). Von den insgesamt sechs in dieser Dimension identifizierten Leistungen wurden zwei über die Auswertung der Veranstaltungsverzeichnisse gefunden. Dies spricht dafür, dass der systematische Fehler bei der Dimension als geringfügig anzusehen ist. Aussagen zur Relation der einzelnen Dimensionen untereinander bleiben deshalb insgesamt valide. Die Nicht-Erfassung der o.g. Maßnahmen wirkt sich auf Grund der getroffenen Abgrenzung zu „Gesundheitsleistungen“ als Untersuchungsgegenstand nicht auf die Validität der Ergebnisse aus.

In der Interventionsart „Pflege“ wurde nur eine Gesundheitsleistung über die Begriffssuche gefunden. Über die Suche in den Veranstaltungsverzeichnissen konnte keine solche Leistung identifiziert werden. Falls weitere Pflegeleistungen von Großschutzgebieten erbracht werden, dann sind diese überwiegend keine Veranstaltungen, werden nicht über die übrigen gesundheitsrelevanten Begriffe vermarktet und können als sehr selten angenommen werden. Die Aussagen zur Relation der einzelnen Interventionsarten untereinander werden deshalb weiterhin als hinreichend valide bewertet.

Die Erhebung des überwiegenden Teils der Daten ist unabhängig von der durchführenden Person, da die zu analysierenden Primärdaten objektiv mit einer Suchmaschine und über die Suche nach Veranstaltungsverzeichnissen auf den Websites der Schutzgebiete erhoben wurden, ohne dass die Daten dadurch verändert werden konnten. Bei der Zuordnung der Analyseeinheiten zu bestimmten Kriterien sowie bei der Aggregierung von Daten zu übergeordneten Kategorien wird die Objektivität der Messung im Folgenden für die betroffenen fünf Forschungsfragen diskutiert:

FF 1.1.Alt: Die Zuordnung zu Arten von Gesundheitsintervention ist eindeutig und zweckmäßig hinsichtlich einer allgemeinen Spezifizierung des Angebots als erste Bestandsaufnahme. Da die Anzahl der Leistungen die Anzahl der Zuordnungen nicht wesentlich übersteigt, sind die Kategorien hinreichend aussagekräftig (s. Abb. 21). Allerdings ist kritisch anzumerken, dass die Zusammenfassung der Leistungen Qigong, Yoga, Reiki, Meditation und Klangbehandlung zu einer der vier übergeordneten Kategorien nach keinem explizit benannten Kriterium erfolgt ist. Deshalb wird die Zuordnung von 7% der Gesundheitsleistungen zu dieser Art-Gruppe als abhängig von der durchführenden Person bewertet. Bei zukünftigen Forschungen ist eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dieser Art von Leistungen notwendig, um eine objektive Kategorienbildung zu ermöglichen. Für die Zuordnung zu den übrigen drei aggregierten Kategorien sowie zu sonstigen Arten wird die Zuordnung als objektiv bewertet. Somit erfüllt mit 93% der überwiegende Teil dieser Zuordnungen das Kriterium der Objektivität und die o.g. 7% werden als vernachlässigenswert bezüglich der Validität des Gesamtergebnisses bewertet.

FF 1.1.4: Die Aggregierung von intendierten Gesundheitswirkungen ist eindeutig und zweckmäßig hinsichtlich einer allgemeinen Spezifizierung des Angebots als erste Bestandsaufnahme. Allerdings ist die Anzahl der Zuordnungen um ca. ein Drittel deutlich höher als die Anzahl der Leistungen selbst (s. Abb. 19). Insbesondere ist die Kategorie „Naturbestandteile und Umweltqualitäten“ bedingt aussagefähig. Zwar wurde diese auf Grundlage der erfassten Intentionen gebildet. Inhaltlich ist jedoch unklar, inwiefern diese eine intendierte Gesundheitswirkung darstellen kann. Diese kann nämlich nur von diesen Bestandteilen und Qualitäten ausgehen und müsste korrekterweise „Von Naturbestandteilen und Umweltqualitäten ausgehende intendierte Gesundheitswirkungen“ heißen. Inwiefern diese umständlich konstruierte Kategorie

passend ist bedarf weiterer Recherchen. Denkbar ist, dass die Zuordnung eines Teils dieser Leistungen zu einer der Kategorien mit ≤5% Zuordnungen mehr Sinn ergeben würde. Die dazu notwendigen zeitlichen Ressourcen sind im Rahmen dieser Arbeit nicht eingeplant worden, sodass diese Prüfung entfallen ist. Insgesamt wurden die einzelnen Leistungen jedoch auf Grund ihrer Selbstähnlichkeit nach einem klar erkennbaren Kriterium aggregiert, sodass die Objektivität der Messung und Auswertung als gegeben bewertet wird.

FF 1.1.9: Die identifizierten Landschaftsattribute mit intendierter gesundheitlicher Wirkung wurden jenen Kategorien zugeordnet, die zuvor für die von den befragten Großschutzgebieten genannten Attribute und Charakteristika gebildet worden sind (vgl. FF 4.2.3, s. Abb. 36). Diese beziehen sich zwar auf ihre Bedeutung für die Ortswahl von Gesundheitsleistungen, haben sich jedoch durch ihre Zuordbarkeit der mit der Angebotsanalyse identifizierten Leistungen bewährt (zur Objektivität der Kategorien s. FF 4.2.3 in Kap. 5.3).

FF 1.1.11: Die Aggregierung von Stakeholdern zu Gruppen erfolgte anhand nachvollziehbarer Gemeinsamkeiten und entspricht dem Kriterium der Objektivität.

FF 1.1.12: Die Zuordnung der Erbringer zu einer für die Prüfung der Hypothese 5 relevanten Kategorie ist objektiv, aber ihre Validität muss kritisch hinterfragt werden. So werden Gesundheitsleistungen von den befragten Großschutzgebieten selbst häufig nicht als Leistungen des Schutzgebietes gesehen, wenn diese nicht komplett selbst, sondern in Kooperation mit externen Stakeholdern erbracht werden (s. Abschnitt Abgrenzung des Untersuchungsbegriffs und des Erfassungsrahmens in Kap. 4.2.1). In der Angebotsanalyse wurde bei der Zuordnung zur „Kooperation“ ein schwacher Kooperationsbegriff verwendet, der bereits Angebote von offiziellen Partnern, in offiziellen Veranstaltungsverzeichnissen beworbene Leistungen und lediglich in Räumlichkeiten der Schutzgebiete stattfindende Angebote als Kooperation mit erfasst. Es wurde also alles als Kooperation gewertet, was mehr Ressourcen des Schutzgebietes in Anspruch nimmt, als bloß irgendwo und ohne erkennbaren Zusammenhang zum Schutzgebiet auf deren Website Erwähnung zu finden. Im Vergleich des Untersuchungsbegriffs beider Methoden hat sich herausgestellt, dass die Schutzgebiete den Kooperationsbegriff davon abweichend in einem viel engeren Sinne verwenden. Da die Leistungen jedoch auf Grund des schwächeren

Kooperationsbegriffes zu keinen systematischen Fehlern führen, wird die Validität abschließend als gewährleistet bewertet.

Die Konsultation zusätzlicher Quellen außerhalb der Website ist hinsichtlich der Validität der anderen nicht angenommenen Fälle, bei denen dies nicht erfolgt ist, kritisch zu hinterfragen. Bei den davon betroffenen 28 Fällen handelt es sich um Grenzfälle, in denen die Unsicherheit bezüglich einer falschen Prüfung ausgeräumt werden sollte und auch erfolgreich durchgeführt werden konnte. Bei den nicht angenommenen Fällen hingegen bestand kein solcher Zweifel, sodass keine weiteren Quellen hinzugezogen wurden und die Validität der Ergebnisse weiterhin gegeben ist.

Im Verlauf der Erhebung ist eine neue Forschungsfrage aufgenommen worden (vgl. FF 1.1.1Alt in Kap. 4.2.1 und 5.1.1). Diese Entscheidung hat sich als zielführend erwiesen, um die Gesundheitsleistungen nach ihrer Art spezifizieren zu können, nachdem dies absehbar nicht durch die Zuordnung zu Zielfeldern möglich gewesen ist (vgl. Abb. 16, Abb. 17und Kap. 5.1.1).

Bei der Definition der Analyseeinheiten wurden die Begriffe festgelegt, die als Aufgreifkriterium gelten. Die Reproduzierbarkeit der Bestimmung der Analyseeinheiten[107] konnte durch die Archivierung der Daten jedoch nicht vollumfänglich hergestellt werden. Das liegt zum einen daran, dass bei 18 Websites die Archivierung aus technischen Gründen nicht möglich war. Zum anderen sind die Logarithmen, mit denen die in dieser Arbeit verwendete Suchmaschine arbeitet, ein Geschäftsgeheimnis und somit nicht bekannt. Diese sind in unbekanntem Maße verschieden von jenen, mit denen die offline archivierten Daten durchsucht werden können. Dadurch kann die Reproduzierbarkeit der Bestimmung in unbekanntem Maß einschränkt werden. Um zumindest die Fallprüfung und Spezifizierung der Leistungen reproduzieren zu können, wurden deshalb die betroffenen Ergebnisse per Screenshot archiviert. Die Ergebnisse werden trotz eingeschränkter Reproduzierbarkeit insgesamt trotzdem als valide bewertet, da das bestmögliche Ergebnis mit einem vertretbaren Aufwand erzielt werden konnte.

Durch die Erstellung und Befolgung eines Codebuches ist in mehreren Schritten der definitorische Rahmen erarbeitet worden, auf dessen Grundlage dann ein Kategoriensystem erstellt wurde (vgl. Abb. 9). Dieses systematische Vorgehen hat sich

[107] D.h., mit den Suchbegriffen X und den gewählten Sucheinstellungen wurden auf der Website Y die Analyseeinheiten Z (=Ergebnis) bestimmt.

als zielführend zur Beantwortung der Forschungsfragen erwiesen. Solange mit den Aussagen zu Gesundheitsleistungen kein Anspruch auf Totalität erhoben und die eingeschränkte Gültigkeit auf Grund der Abgrenzung des Untersuchungsbegriffs und des Erfassungsrahmens beachtet werden (vgl. Kap. 5.1), ist die Methode geeignet, um allgemeine Erkenntnisse über Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten zu gewinnen.

Forschungsdefizit und Handlungsempfehlungen

Die Methode der angebotszentrierten Inhaltsanalyse im World Wide Web ist dazu geeignet, die meisten, aber nicht alle Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten zu identifizieren und zu spezifizieren. Auf dieser Grundlage können allgemeine Aussagen über den Untersuchungsgegenstand gemacht werden. Künftige Forschende sollten sich jedoch der Grenzen der Methode bewusst sein und deren Auswirkungen auf die Reliabilität und Validität der Erhebung kritisch diskutieren und antizipieren. Es muss besonders betont werden, dass nur diejenigen Leistungen gefunden werden können, nach denen auch gesucht wird. Das heißt, die Validität hängt wesentlich von der Definition der Analyseeinheit und der Wahl der Auffangkriterien ab.

Für die besonders wichtige Bestimmung der Analyseeinheiten werden aus der kritischen Reflektion (s.o.) praktische Hinweise abgeleitet, die im Folgenden stichpunktartig wiedergegeben werden:

- Es sollte sich nicht ausschließlich auf Suchmaschinen verlassen werden, insbesondere wenn die gesuchten Angebote Veranstaltungen sind oder wenn sie im Format PDF-Dateien kommuniziert werden.
- Falls die Analyseeinheiten Veranstaltungen sind, ist die gezielte Suche nach entsprechenden Verzeichnissen (ohne Suchmaschine) zu empfehlen.
- Falls die Suche für die Fallprüfung zu viele falsche Ergebnisse produziert, sollte unbedingt die hinreichende Selektivität der Auffangkriterien hinterfragt werden.
- Falls zu vielen falsche Suchergebnisse (s.o.) nur für einzelne Websites produziert werden, hat sich alternativ die manuelle Suche in Rubriken mit ergänzender Suche über reduzierte Suchbegriffe bewährt. Die durchsuchten Rubriken sollten zwecks Reproduzierbarkeit dokumentiert werden.

- Die technische Durchsuchbarkeit der zu untersuchenden Websites kann nicht per se angenommen werden und sollte sicherheitshalber in einem Pretest geprüft werden.

Bezüglich der Reproduzierbarkeit von Angebotsanalysen im Internet ist wünschenswert, dass die Logarithmen, wenn diese aus nachvollziehbaren Gründe schon nicht offengelegt, doch wenigstens zu Forschungszwecken so angepasst werden, dass die archivierten Daten mit der gleichen Suchmaschine und dem gleichen Logarithmus durchsuchbar sind, wie dies auch für Online-Daten der Fall ist.

Für die wissenschaftliche Forschung ist auch wünschenswert, dass die Betreiber von Websites mit Angeboten für die Öffentlichkeit, zumal wenn deren Träger öffentlich finanziert werden, die Durchsuch- und Archivierbarkeit der Websites gewährleisten oder zumindest nicht aktiv blockieren. Dazu besteht weder aus Perspektive der interessierten Öffentlichkeit, noch der Forschung ein nachvollziehbarer Grund.

In dieser Arbeit konnten Gesundheitsleistungen, die nicht von Großschutzgebieten oder in Kooperation mit diesen erbracht werden, nicht systematisch untersucht werden. Deshalb ist eine Beforschung solcher Leistungen, die ohne Beteiligung der Großschutzgebiete innerhalb des Schutzgebietes im geographischen Sinne erbracht werden, von besonderem Interesse und sollte ergänzend und möglichst zu den vier Themengebieten erfolgen. Möglicherweise liegt darin ein hohes und bisher ungenutztes Potential für die Nutzung von Synergieeffekten zur Umsetzung der Gesundheitsagenda.

Bei zukünftigen Forschungsvorhaben, bei denen die Ergebnisse in einheitlichen Kategorien zusammengefasst werden sollen, sollten auch zeitliche Ressourcen für diesbezügliche Recherchen eingeplant werden. Dadurch könnte eine höhere Objektivität und Verankerung im Diskurs sichergestellt werden.

Die Fallprüfungen haben Fragen nach der Identifizierbarkeit und nach Kriterien für die Annahme von Gesundheitsintentionen aufgeworfen, die im Detail vorher nicht abzusehen waren. Wie damit im Einzelnen umgegangen wurde, ist weiter oben zwecks Reproduzierbarkeit der Ergebnisse dargelegt worden. Bei weiteren Forschungen zum Thema ergibt sich daraus zum einen, dass die Aufgreifkriterien um die Suchbegriffe „Reiki“, Qigong“, „Yoga“, „achtsam*“, „Meditation“, „meditativ“, „meditieren“, „Wahrnehmung“, „wahrnehmen“, „Sinne*“, „Heilkräuter“, „Wildkräuter“ und „Kräuter* ergänzt werden sollten. Dadurch würden eventuelle Erfassungslücken

geschlossen werden, indem diese Angebote auch zur Fallprüfung gelangen, ohne dass sie im Kontext mit anderen Suchbegriffen stehen müssen. Zudem sollten weitere Recherchen in der Fachliteratur klären, ob die a priori-Annahmen zur Intention einiger Leistungsarten gerechtfertigt sind (s.o.).

Ebenfalls sollte bei weiteren Forschungen recherchiert werden, ob keine a priori Annahme einer Intention bei Sportangeboten gerechtfertigt ist und ob diese Veranstaltungen häufig eine Gesundheitsintention haben, die nicht als solche vermarktet wird. Des Weiteren müsste für eine wissenschaftliche Fundierung recherchiert werden, ob bei Leistungen, bei denen der Gebrauch der Sinne ohne zusätzliche Wahrnehmungspraktiken vorgesehen ist, bereits aus wirkungspsychologischer Sicht eine intendierte Gesundheitswirkung angenommen werden sollte.

Falls für das Monitoring oder für die Evaluierung von Gesundheitsleistungen in einer Vielzahl von Großschutzgebieten auf die angebotszentrierte Angebotsanalyse zurückgegriffen wird, sollten die oben dargestellten Grenzen der Methode im Allgemeinen und des Erfassungsrahmens im Besonderen beachtet werden.

Auswertung von GIS-Daten

Insgesamt konnte bei 69% der identifizierten Gesundheitsleistungen eine Auswertung von GIS-Daten durchgeführt werden (vgl. Abschnitt Auswertung von GIS-Daten in Kap. 4.1). In den übrigen 31% konnte auf Grund des gewählten Vorgehens keine solche Auswertung erfolgen. Das liegt oft daran, dass der geographische Ort mit den in der Leistungsbeschreibung gemachten Angaben nicht im jeweiligen GIS-Portal der Länder gefunden werden kann. Ein weiterer Grund sind z.T. gar keine oder nur sehr ungenaue Ortsangaben oder nur die Nennung des Treffpunktes. Teilweise umfasst der Ort, an dem das Angebot stattfindet, aber auch ein sehr großes und unspezifisches Gebiet, bei dem der Schutzwert nicht stringent ermittelt werden kann (z.B. bei längeren Wanderungen in sehr großem Terrain, vgl. Variable „Ort_FF_4.1.3“ in der Datei Auswertung der Angebotsanalyse auf der Daten-CD).

In den Fällen, in denen der naturschutzfachliche Wert ermittelt werden konnte, waren die GIS-Daten hinsichtlich der gewählten Kategorien eindeutig und vergleichsweise

aktuell[108]. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass nicht alle existierenden Naturschutzstati, die in den GIS-Karten verfügbar sind, zur Auswertung vorgesehen waren. Dadurch wurden einige Arten des Naturschutzwertes systematisch nicht erfasst. Da die meisten dieser Schutzkategorien jedoch länderspezifisch sind, hätte die Herstellung der Vergleichbarkeit ihres Schutzwertes einen erheblichen Mehraufwand bedeutet, der im Rahmen dieser Arbeit nicht zu leisten war. Auch wird der naturschutzfachliche Wert nur näherungsweise durch die Schutzintensität und die Schutzziele repräsentiert, da der Schutzstatus dem Wert naturgemäß immer hinterherhinkt (vgl. Kap. 2.5) und auch andere Faktoren, wie z.B. ein Vollzugsdefizit oder eine defizitäre Biotopkartierung, eine Rolle bei der Schutzausweisung spielen können. Weil flächenmäßig jedoch die allermeisten Schutzstati über die gewählten Kategorien erfasst werden konnten und weil die Aussagen, die auf Grundlage der Daten gemacht wurden relativ allgemeinen sind (vgl. Kap. 5.1.4), wird das Ergebnis der Messung insgesamt als valide bewertet.

Da die zwei Hypothesen, die auf Grundlage der mit dieser Methode beantworteten Forschungsfragen erfolgreich geprüft werden konnten, wird das gewählte Vorgehen zur Auswertung der GIS-Daten insgesamt als zweckmäßig zur Erreichung der Ziele dieser Arbeit bewertet.

Zur Diskussion der Aggregierung von intendierten Gesundheitswirkungen, die auch zur Beantwortung der Forschungsfrage 4.1.4 und zur Prüfung der Hypothese 13 durchgeführt wurde, gelten die Ausführungen zu FF 1.1.4 weiter oben analog.

Forschungsdefizit und Handlungsempfehlungen

Für komplexere Fragestellungen zum naturschutzfachlichen Wert und zur Qualität von Orten, an denen Gesundheitsleistungen erbracht werden, müsste die Methode entsprechend modifiziert werden. Zur Erhöhung der Datengüte und Quantität der verwertbaren GIS-Daten ist bei künftigen Forschungen zu empfehlen, mehr Ressourcen für die Ermittlung des geographischen Ortes einzuplanen. So ist zu bedenken, dass die in den Angeboten gemachten Angaben zu einem hohen Anteil nicht ausreichend zur Ermittlung des geographischen Ortes sein können. Je nach Fragestellung kann dies eine zusätzliche Internetrecherche nach spezifischeren

[108] Die Daten der Bundesländer sind immer aktueller als diejenigen, die vom BfN angeboten werden und in diesem Maßstab die aktuellste GIS-Daten, die öffentlich verfügbar sind.

Angaben notwendig machen. Insbesondere bei externen Angeboten könnte eine ergänzende Befragung einer Vielzahl von Einzelpersonen nötig sein. Aus diesen Gründen ist ein umfangreicher und hinreichend aussagekräftiger Pretest zur Ermittlung der zusätzlichen Forschungsressourcen bereits bei der Konzeption des jeweiligen Vorhabens zu empfehlen.

Generell ist eine Vereinheitlichung der vielen länderspezifischen Schutzkategorien zwecks ihrer Vergleichbarkeit (nicht nur) für Forschungszwecke wünschenswert. Bis diese erreicht ist, könnte eine vergleichende Übersicht zu deren Naturschutzwert, die deren Schutzwürdigkeit, Hauptschutzzweck und Schutzintensität berücksichtigt, den selben Zweck erfüllen.

Online-Survey

Durch den Einsatz der Tailored Design Method für webbasierte Umfragen konnte die vergleichsweise geringe Rücklaufquote von Online-Surveys antizipiert werden (DILLMAN et al. 2014, vgl. Abb. 13 und Tab. X im Anhang). Die darin konzipierte Begleitung der Umfrage war insgesamt zielführend.

Die bei der Formulierung der Fragen beachteten Kriterien (PORST 2000), die Kriterien zur Wahl der Antwortskalen sowie die Formulierung und Wahl der Antwortformate (RAAB-STEINER und BENESCH 2015 nach BORTZ und DÖRING 2006) haben eine hohe sprachliche und fachliche Qualität des Online-Surveys ermöglicht. Dadurch konnten die meisten Fragen mit einer hohen Aussagefähigkeit beantwortet werden. Die rückgemeldeten Verständnisfragen wurden als Einzelfälle bewertet und hätten durch anderslautende Kriterien nicht verhindert werden können (s.u.). Die Berücksichtigung der Kriterien zur Gestaltung der Einstiegsseite waren dazu geeignet, die Befragten an das Onliney-Survey zu binden (PORST 2014), sodass eine hohe Rücklaufquote und eine geringe Abbruchquote nach der ersten Seite erreicht werden konnten. Die beachteten Kriterien werden deshalb für die Formulierung und Gestaltung von schriftlichen Befragungen, insbesondere in Form eines Online-Survey, als geeignet bewertet.

Die beim Pretest getesteten Aspekte waren dazu geeignet, die Eignung der Umfrage vorab zu testen und haben zu vielen entsprechenden Verbesserungen geführt (vgl. Tab. VII, Anhang 3 auf der Daten-CD)

Auch die Unterstützung durch EUROPARC Deutschland bei der Begleitung und Durchführung der Umfrage hat zu der hohen Rücklaufquote beigetragen (vgl. Kap. 3.3.3). In den Telefonaten zur Identifikation der aussagefähigen Personen und zur Ankündigung der Umfrage hatte der Verfasser mehrfach den Eindruck, dass die Erwähnung der Kooperation mit EUROPARC die Bereitschaft zur Teilnahme wesentlich beeinflusst und zu einem ausgiebigen Austausch zum Thema beigetragen hat.

Die gesetzte Frist zur Teilnahme hat insgesamt ausgereicht, um einen hohen Rücklauf zu erreichen. Jedoch wäre eine Ausdehnung der Frist für UNESCO-Global Geoparke sinnvoll gewesen, da eine Hypothese auf Grund zu weniger Angaben aus dieser Schutzgebietskategorie nicht geprüft werden konnte (vgl. Hypothese 9). Dies ist jedoch erst mehrere Wochen nach Beendigung der Umfrage aufgefallen. Bei zukünftigen Umfragen sollte das Monitoring auch die Erhebung der Rücklaufquoten für unterschiedliche Fallgruppen umfassen, um gegebenenfalls durch eine selektive Verlängerung von Teilnahmefristen eine bessere Datenbasis mit einem für alle Fallgruppen validen Ergebnis sicherzustellen. Von einer Nachbefragung wurde in diesem Fall abgesehen, um keine Befragungsmüdigkeit bei der Zielgruppe zu befördern (s.u.).

Die soziale Erwünschtheit ist ein Problem, dass bei jeder Methode der empirischen Sozialforschung mehr oder minder stark auftreten kann (ATTESLANDER 2010). Diese war auch einer der Faktoren, die bei der Vorauswahl der Befragungsmethode berücksichtigt wurde (vgl. Kap. 3.3.3 und Tab. III, Anhang 3 auf der Daten-CD). Der niedrige Einfluss dieses Faktors bei Online-Umfragen wurde durch die Telefonate und E-Mails zur Begleitung der Umfrage negativ beeinflusst. Das könnte auch zu der geringen Antwortquote bei der Frage nach negativen Auswirkungen von Gesundheitsleistungen beigetragen haben (vgl. Kap. 5.1.2). Mit dem Online-Survey wurde jedoch bereits die Methode mit dem geringsten Einfluss dieses Faktors gewählt. Es muss auch berücksichtigt werden, dass der Verzicht auf eine personalisierte Prozessbegleitung auch eine geringere Rücklaufquote zur Folge gehabt hätte (vgl. Abb. 14). Auf Grund dessen wurde mit der gewählten Methode der geringstmögliche Einfluss der sozialen Erwünschtheit erreicht, der mit einer hohen Rücklaufquote kompatibel ist.

Die Wahl des Anbieters LamaPoll zur Durchführung der Umfrage hat sich insgesamt als passend erwiesen. So sind keine Kosten entstanden, die Erstellung der Umfrage war auf Grund der einfachen Bedienbarkeit sehr zeiteffektiv, die Ausgabe der Ergebnisse per Datenexport in das Auswertungsformat in SPSS hat zufällige Fehler verhindert und die Möglichkeit zur Erstellung einer Verzweigungslogik hat funktioniert (vgl. Tab. V, Anhang 3 auf der Daten-CD). Auch die Support-Anfragen wurden schnell und kompetent beantwortet. So wurde dem Verfasser ein Code zur Verfügung gestellt, durch den die Benutzung eines einblendbaren Info-Buttons auch ohne Programmierkenntnisse möglich war (vgl. Kap. 3.3.3). Auch die Rückfrage zu einer Fehlermeldung durch eine der befragten Personen konnte zeitnah geklärt werden (vgl. E-Mail LamaPoll auf der Daten-CD). Zudem war das Einfügen einer neuen Frage in die laufende Umfrage technisch möglich. Lediglich die eingeschränkte Möglichkeit zur Umbenennung der Variablen vor dem Daten-Export ist zu bemängeln. Dadurch ist zwar kein Mehraufwand bei der Bearbeitung entstanden. Jedoch wird der Vergleich der Rohdaten mit den ausgewerteten SPSS-Daten durch z.T. unterschiedliche Variablen-Namen erschwert.

Durch den Export der bei der Umfrage gemachten Angaben in eine SPSS-Datei und durch die automatisierte Umkodierung einiger Variablen zu weiteren Auswertungszwecken ist die Messung frei von zufälligen Fehlern und reliabel.

Auf Grund eines Übertragungsfehlers sind zwei wichtige Nutzenarten nicht zur Bewertung gegeben worden. Da den Testpersonen beim Pretest keine Vergleichsdaten vorgelegt wurden und hier auch keine Qualitätskontrolle durchgeführt wurde, ist dieser Fehler erst nach Ablauf und während der Auswertung der Umfrage aufgefallen.

Von einer Nacherhebung der zwei Nutzenarten wurde abgesehen, um keine allgemeine Umfragemüdigkeit zu verursachen (ATTESLANDER 2010). Da diese Umfrage in Kooperation mit EUROPARC Deutschland durchgeführt wurde, fast alle befragten Schutzgebiete dort Mitglied sind und EUROPARC bei anderen Themen auch weiter auf Angaben seiner Mitglieder angewiesen ist (LARONDELLE 2017b), wurde eine Nacherhebung ausgeschlossen. Da beide nicht zur Bewertung gegebenen Nutzenarten bei freier Angabe von Gründen für das Angebot von Gesundheitsleistungen genannt wurden, wäre eine Bewertung in Folgeforschungen von prioritärem Interesse (vgl. Kap. 5.1.2).

Es ist bekannt, dass die Antwortquote bei (zu) langen Umfragen zum Ende hin abnimmt (BORTZ und DÖRING 2006). Die relative Häufigkeit gültiger Antworten, bezogen auf die angenommenen Fälle (n=47) fällt in dieser Umfrage von 80% für die ersten zehn Fragen auf unter 50% für die letzten drei Fragen ab[109]. Allerdings kommen bei zwei dieser Fragen auch andere Gründe als Erklärungen in Frage. So kann die geringe Anzahl an Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit von negativen Auswirkungen von Gesundheitsleistungen auch durch eine Kombination aus sozialer Erwünschtheit und einer geringen Aussagefähigkeit der Befragten[110] erklärt werden (FF 2.1.2, vgl. Kap. 5.1.2). Bei einer weiteren Frage ist die Anzahl gültiger Antworten zwar von LamaPoll mit 38% berechnet worden (FF 4.2.2). Insgesamt spricht also allein die vorletzte Frage (FF 4.2.1) dafür, dass das Online-Survey zu lang war. Allerdings legt die Abbruch-Analyse das Gegenteil nahe, da keiner der Teilnehmenden die Umfrage bei den letzten Fragen abgebrochen haben.

Jedoch kann eine Ermüdung am Ende der Umfrage auch dazu führen, dass ohne zu antworten auf „Weiter“ geklickt wird, ohne dass eine Antwort gegeben wurde. Dies ist insbesondere dann zu erwarten, wenn besonders komplexe Frage am Ende nicht beantwortet werden, einfache hingegen schon. Da in diesem Online-Survey am Ende nur komplexe Frage kommen, ist eine solche Prüfung nicht möglich. Deshalb kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Länge des Surveys auf die Antwortquoten der letzten drei Fragen ausgewirkt hat.

Im Zusammenhang mit der Breite und Komplexität, in der das Thema bearbeitet wurde, ist auch die Aussagefähigkeit der befragten Personen zu diskutieren. Die Teilnehmenden am Online-Survey haben zwar auf Grund ihrer überwiegenden Tätigkeit im Bereich des planerischen Managements, oft mit Beteiligung an der Managementplanung und meistens mit Querschnittsaufgaben wie Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, Regionalentwicklung oder Tourismus, eine insgesamt hohe Aussagefähigkeit bezüglich der gestellten Fragen (s. Kap. 4.1 u. FF 0.2.3). Jedoch sind Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten selbst ein Querschnittsthema und zu den vier beforschten Themengebieten werden z.T. Kenntnisse benötigt, die nicht in einer einzigen Person verortet werden können. So ist zum Beispiel eine Person, die

[109] Eine Auswertung ist nur für die inhaltlichen Fragen und nur für Fragen, die allen Befragten angezeigt wurden, sinnvoll. Die Filterfragen sind deshalb hier ausgeschlossen (s. Blatt Übersicht in Datei Auswertung der Umfrage auf der Daten-CD).

[110] Auf diese Frage haben 20 der 42 Antwortenden die Angabe „Dazu kann ich keine Angaben machen“ gemacht.

mit der Veranstaltungsplanung betraut ist, besonders aussagefähig bezüglich der Gründen für die Verortung von Gesundheitsleistungen (FF. 4.2.1-4.2.3). Jedoch ist diese nicht immer zugleich auch aussagefähig bezüglich der Verortung von Gesundheitsleistungen im Schutzgebietsmanagement. Umgekehrt ist die Leiterin / der Leiter eines Schutzgebiets besonders aussagefähig bezüglich der Verortung, jedoch i.d.R. nicht mit der operativen Planung von Veranstaltungen betraut.

Dieser Sachverhalt spiegelt sich auch darin wieder, dass die Häufigkeit der Angabe „dazu kann ich keine Angaben machen“ zwischen 3 und 20 schwankt (s. Datei Auswertung der Umfrage auf der Daten-CD). Zudem wurde in keinem Fall eine Antwortquote von 100% erreicht. Dies hätte mit einer Fokussierung auf wenige Themen, zu der eine einzige Person komplett aussagefähig ist, erreicht werden können. Andererseits konnte nur eine von vierzehn Hypothese auf Grund zu weniger Angaben beim Online-Survey nicht geprüft werden (vgl. Hypothese 9).

Im Durchschnitt wurde von 19% der Antwortenden die Option „Dazu kann ich keine Angaben machen“ gewählt. Bei einer Fokussierung würde es jedoch wesentliche wichtige Befunde der Bestandsaufnahme nicht geben. So ist die Aussagefähigkeit insgesamt gegeben, obwohl nicht alle Antwortenden zu jeder Frage gleich aussagefähig sein können bzw. müssen. Deshalb wird das gewählte Vorgehen für eine erste Bestandsaufnahme als zielführend bewertet und eine Fokussierung erst für Anschlussforschungen empfohlen.

Die Objektivität der Zuordnung bzw. Aggregierung der bei freier Antwortmöglichkeit gemachten Angaben zu Kategorien wird an dieser Stelle für zwei Forschungsfragen diskutiert. Die Angaben, die auf die offene Frage nach den Gründen von Gesundheitsleistungen gemacht wurden, sind zunächst von ungültigen Angaben bereinigt und dann auf Stichpunkte verkürzt worden (s. Blatt FF 3.1 in der Datei Auswertung der Umfrage auf der Daten-CD). Bei der Verkürzung auf Stichpunkte wurde durch Verallgemeinerung ein höheres Abstraktionsniveau gewählt, das von dem der konkreten Aussage abweicht, ohne diese zu verfälschen. Dadurch gehen Nuancen, welche die Vielfalt der gemachten Angaben wiedergeben, verloren. Allerdings werden generalisierende Aussagen dadurch erst ermöglicht, sodass dieses Vorgehen als notwendig erachtet wird. Diese Verallgemeinerungen werden von den aggregierten Kategorien ermöglicht. Da die Anzahl der Angaben die Anzahl der Kategorien wesentlich übersteigt, werden die Kategorien als hinreichend

aussagekräftig bewertet. Die aggregierten Kategorien sind inhaltlich voneinander abgegrenzt und die Zuordnung auf Grund gemeinsamer Merkmale ist eindeutig und wiederholbar. Deshalb wird das Kriterium der Objektivität als erfüllt bewertet.

Die Angaben, die auf die offene Frage nach Charakteristika von Natur und Landschaft gemacht wurden und mindestens mittelmäßig bedeutsam als Kriterium für die Ortswahl von Gesundheitsleistungen sind, sind erst von ungültigen Angaben und Dopplungen mit Antworten auf die Forschungsfrage 4.2.2 bereinigt und dann auf Stichpunkte verkürzt worden (s. Blatt FF 4.2.2 u. 4.2.3 in der Datei Auswertung der Umfrage auf der Daten-CD). Bei der Verkürzung auf Stichpunkte wurde das Abstraktionsniveau der ursprünglichen Angaben beibehalten, sodass auf dieser Stufe keine Bedeutungsverschiebungen stattfinden. Anschließend wurden die Charakteristika von den Bestandteilen und Begründungen getrennt, die auch Teile der Antworten auf diese komplexe Frage sind. Im nächsten Schritt wurden die Charakteristika auf Grund von Ähnlichkeiten zu Kategorien aggregiert. Damit wurde ein höheres Abstraktionsniveau erreicht, wodurch Informationen zwar verlorengehen, jedoch eine generalisierende Auswertung überhaupt erst ermöglicht wird. Da auch hier die Anzahl der Nennungen die Anzahl der Kategorien deutlich übersteigt und die Zuordnungen auf Grund gemeinsamer Merkmale erfolgen, werden die Objektivität und Validität des Ergebnisses als positiv bewertet.

Die Verankerung von Gesundheitsleistungen im Schutzgebietsmanagement wurde anhand von vier Kategorien gemessen (vgl. FF 2.2.1-2.2.4 und Kap. 5.1.2). Diese Kategorien sind jedoch nicht in der Fachliteratur belegt und beruhen auf Annahmen des Verfassers. Obwohl die Auswahl plausibel ist und der Autor auf Grund seiner Berufserfahrung eine Expertise auf diesem Gebiet hat, ist die Auswahl der Kategorien dadurch nicht unabhängig von der durchführenden Person und somit nicht objektiv. Die Ergebnisse und ihre Interpretation hingegen sind frei von zufälligen Fehlern und werden insgesamt als valide bewertet. Dennoch sind andere Kategorien eventuell besser als Indikatoren geeignet und sollten bei Folgeforschungen vorab recherchiert werden.

Im Rahmen der Durchführung der Online-Umfrage erfolgte eine Qualitätskontrolle. In deren Verlauf wurde in den folgenden vier Fällen ein Handlungsbedarf abgeleitet (s. Tab. X im Anhang):

a) Rückmeldung per Telefonat vom 18.09.2017: Eine befragte Person gab an, dass es nicht möglich war, mehrere Antwortmöglichkeiten anzuklicken. Die Person wurde gebeten, die Umfrage nach Möglichkeit an einem anderen Endgerät durchzuführen, da es sich wahrscheinlich um ein technisches Problem handele, das durch selbiges oder durch die Internetverbindung verursacht wird. Eine entsprechende Anfrage beim Anbieter LamaPoll hat diese Annahme bestätigt (s. Anhang 4).

b) Rückmeldung per E-Mail vom 14.09.2017: Die befragte Person gab an, dass der Begriff „Schutzgebiet“ missverständlich sei, da ein Schutzgebiet keine Leistungen anbieten kann, da es nur eine Fläche ist. Anbieter können nur die Trägerorganisation oder deren Partner oder Dritte sein. Der Person wurde geantwortet, dass es bei der Umfrage um die Leistungen der Trägerorganisationen bzw. ihrer Partner gehe. Zudem wurde auf die Abgrenzung zu Ökosystemleistungen (= u.a. Gesundheitsleistungen) der Schutzgebietsflächen verwiesen, die in der Masterarbeit vorgenommen wurde. Die betreffende Person hat sich nochmals gemeldet und geschrieben, dass sie die Umfrage in diesem Sinne beantwortet hätte. Die Verwendung des Begriffes „Großschutzgebiete“ statt „Trägerorganisation der Großschutzgebiete und ihre Partner“ in der Umfrage erfolgte auf Grund der Kürze sowie der Annahme, dass der Begriff von der Zielgruppe in dem gewünschten Sinne verstanden wird. Der vorliegende Fall wird als Einzelfall bewertet und der bisher verwendete Begriff wurde beibehalten.

c) Rückmeldung per E-Mail vom 12.09.2017: Eine befragte Person gab an, Schwierigkeiten mit dem Begriff „Gesundheitsleistungen“ zu haben. So sei ihr unklar, ob Wanderungen und Projekte zur Förderung regionaler Kreisläufe (da die Waren frischer sind), ebenfalls dazugehören würden, da von ihnen ja per se eine gesundheitsfördernde Wirkung ausgehen würde. Der Person wurde wie folgt geantwortet: „Mit der Wanderung haben Sie schon das perfekte Beispiel genannt, an dem Gesundheitsleistungen, wie ich sie untersuche, gut erklärt werden können. Es ist zwar richtig, dass körperliche Betätigung, zumal in der Natur, per se gesundheitsfördernd ist. Ebenso sind die Gesundheitseffekte regionaler Kreisläufe wirksam. Dies in Gänze zu betrachten wäre sehr spannend, aber nur Schutzgebiet

für Schutzgebiet machbar. (Insbesondere in den USA, Kanada, Australien und UK wird dies mittlerweile sogar häufig so angewendet. Im UK gilt z.T. das Extrem, dass jedes Angebot von Schutzgebieten zum Gesundheitsangebot deklariert wird. Bei Bedarf kann ich Ihnen gerne eine Übersicht über die Instrumente zumailen). Um alle Großschutzgebiete, die Mitglied bei EUROPARC sind oder ein UNESCO-Schutzgebiet untersuchen zu können, kann ich leider nicht Gesundheitswirkung von Angeboten betrachten. Meine Arbeit ist eine erste Erhebung zu diesem Thema in Deutschland, an die weitere Arbeiten zu genau diesen Themen anschließen sollten. Zu diesem Zweck habe ich den Untersuchungsgegenstand auf die G-Leistungen eingeschränkt. Bei Wanderungen würden jene miterfasst werden, mit denen beabsichtigt wird, eine gesundheitsfördernde Wirkung zu erzielen. Dazu müsste das Angebot über eine rein naturkundliche oder kulturelle Wanderung hinausgehen. Dies ist z.B. bei den Gesundheitswanderungen des Dt. Wanderverbandes oder bei Angeboten, die speziell zu besonders heilwirksamen Orten führen, um an diesen auf die Teilnehmer zu wirken, der Fall. Bei regionalen Kreisläufen ist die Absicht, eine gesundheitliche Wirkung damit zu erzielen, entscheidend. Wenn die Absicht allein auf Aspekte der Regionalwirtschaft und des Ressourcenverbrauchs abzielt, aber durchaus ges. Wirkungen erzielt werden, wären solche Projekte nicht hinzuzuzählen. Optimalerweise würde dieser Aspekt dann auch Teil des Monitorings oder einer Evaluation solcher Projekte und Teil des Zielsystems sein.“ Die betreffende Person hat sich nochmals gemeldet und geschrieben, dass sie die Umfrage in diesem Sinne beantwortet hätte. Der Begriff „Gesundheitsleistungen“ wird auf der Willkommensseite der Online-Umfrage in diesem Sinne definiert und ist bei allen Fragen, in denen danach gefragt wird, zusätzlich über einen Info-Button abrufbar. Der vorliegende Fall wird als Einzelfall bewertet und der Begriff zugunsten der Kürze nicht noch ausgiebiger erläutert.

d) Rückmeldungen per E-Mail vom 13. und 14.09.2017: Die zwei befragten Personen teilten mit, dass sie an der Befragung nicht teilnehmen würden, da von dem entsprechenden Schutzgebiet keine Gesundheitsleistungen angeboten wurden. Die Analyse des Abbruchverhaltens am 15.09.2017 hat ergeben, dass von zwei weiteren Antwortenden in gleicher Weise nach Beantwortung der Fragen zur Person und zum Schutzgebiet ab der Frage „Warum bietet Ihr Schutzgebiet Gesundheitsleistungen an?“ (Frage Nr. 5) keine weiteren Antworten mehr gegeben wurden. Das legt nahe, dass dies in mindestens vier Fällen der Grund dafür war, die Umfrage abzubrechen.

Diese Frage wurde aus strategischen Gründen in dieser Form gestellt (s. Kap. 3.3.3). Alle übrigen Fragen beinhalten Antwortmöglichkeiten, auch wenn das Schutzgebiet keine Gesundheitsleistungen anbieten sollte. Auf Grund dessen wurde die laufende Umfrage am 18.09.2017 auf der Seite, auf der die betreffende Frage gestellt wird, wie folgt verändert: 1. Einfach-Auswahlfrage zum Anklicken: „Mein Schutzgebiet bietet keine Gesundheitsleistungen an.“ 2. Ergänzung um folgenden Text unterhalb der Auswahlfrage: „Die Umfrage wurde so gestaltet, dass sie auch von Schutzgebieten beantwortet werden kann, die keine Gesundheitsleistungen anbieten. Bitte nehmen Sie trotzdem daran teil, da Ihre Antworten wertvolle Informationen für die Bestandsaufnahme liefern.“ Bei der zweiten Kontaktaufnahme wurde explizit darauf eingegangen.

Durch die Änderung der laufenden Umfrage (s. o.) konnten von den Antwortenden wichtige Angaben zu den Gründen gemacht werden, aus denen Gesundheitsleistungen angeboten werden. Diese haben wesentliche Hinweise zur Diskussion der Validität dieses Teilergebnisses geliefert (vgl. Kap. 5.1.3).

Das Monitoring der „Abbruch-Analyse“ (Anzahl von Abbrüchen bei Frage-Nr. XY), der „Beantwortungsdauer“ (Dauer pro Frage und insgesamt) und der „Gesehene und Beantwortete Fragen“ hat zu keinen Handlungen während der Umfrage geführt, da diese im Rahmen des zu Erwartenden verliefen (s. Blatt Abbruch-Analyse in der Datei Auswertung der Umfrage auf der Daten-CD).

<u>Forschungsdefizit und Handlungsempfehlungen</u>

Insgesamt ist die Durchführung eines Online-Surveys mit der Tailored Design Method sehr ausgereift und kann ohne Einschränkungen als systematisches Vorgehen mit nach wissenschaftlichen Gütekriterien sehr guten Ergebnissen uneingeschränkt weiterempfohlen werden.

Für eine bessere Vergleichbarkeit der online erhobenen Rohdaten mit den letztlich zur Auswertung kommenden aufbereiteten Daten ist die uneingeschränkte Umkodierbarkeit und Umbenennung von Variablen vor dem Datenexport wünschenswert. Dazu müsste das Angebot des hier gewählten Anbieters erweitert werden oder diese Möglichkeit sollte bei der Wahl des Anbieters mitberücksichtigt werden.

Zur Vermeidung von Fehlern bei der Übertragung des Konzepts der Umfrage zum Online-Survey sollte darauf geachtet werden, genügend Ressourcen für eine entsprechende Qualitätskontrolle einzuplanen. Denkbar wäre auch die Vorlage beider Datensätze an die Personen, die am Pretest teilnehmen.

Da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass sich die Länge des Online-Surveys auf negativ auf die Antwortquoten der letzten drei Fragen ausgewirkt hat, ist bei dieser Zielgruppe bei weiteren Befragungen eine entsprechend kürzere Länge anzustreben. Generell ist zu empfehlen, am Ende eines Online-Surveys keine komplexen Fragen zu stellen, um eine eventuelle Ermüdung zu antizipieren. Je nach Umfang und Notwendigkeit der Fragen ist auch ein Mix aus besonders einfachen und komplexen Fragen am Ende sinnvoll, um zumindest den Einfluss der Länge auf die Antwortquoten der letzten Fragen eindeutig feststellen zu können.

6 Zusammenfassung

Momentan kommt das Thema „Gesundheit durch Natur“ aus dem internationalen Diskurs verstärkt auf die Tagesordnung deutscher Naturschutzpolitik. So ist die Förderung der Gesundheit und des Wohlergehens aller Menschen ein Ziel der Sustainable Development Goals der UN, der Biodiversitätskonvention sowie vieler weiterer Bestimmungen und internationaler Verpflichtungen und Programme. Grund dafür ist die hohe Bedeutung, die Natur für die menschliche Gesundheit und sein Wohlergehen hat, wie durch eine wachsende Evidenzbasis aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen bezeugt wird. Seit 2009 ist Gesundheit zudem als ein Ziel des Naturschutzes im Bundesnaturschutzgesetz verankert. Diese naturbezogene Gesundheitsagenda soll also auch von Großschutzgebieten umgesetzt werden.

Diese Masterarbeit befasst sich in diesem Kontext mit Gesundheitsleistungen von UNESCO-Schutzgebieten und Großschutzgebieten mit Mitgliedschaft bei EUROPARC in Deutschland. Dazu wurden alle Waren und Dienstleistungen von 61 Schutzgebieten analysiert, mit denen beabsichtigt wird, die Gesundheit positiv zu beeinflussen.

Für die empirische Untersuchung wurde ein Methodenmix aus einer angebotszentrierten Inhaltsanalyse im World Wide Web, der Befragung der Schutzgebiete per Online-Survey und einer Auswertung von GIS-Daten gewählt. Auf Grundlage einer ausführlichen Literaturrecherche zum Stand des Wissens wurden Forschungsfragen zur Prüfung der Hypothesen formuliert. Die Hypothesenprüfung bildete zugleich das Auswertungsschema für die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse. Durch dieses Vorgehen konnten 11 der 14 Hypothesen geprüft und die Ziele der Arbeit erreicht werden.

Ziel war es, eine Bestandsaufnahme der Gesundheitsleistungen von Großschutzgebieten durchzuführen und die Gründe für die Wahl und Qualität der Orte an denen sie stattfinden, sowie ihren beabsichtigten Beitrag zur menschlichen Gesundheit und zum Naturschutz zu erforschen. Die Ergebnisse wurden im Kontext rechtlicher Bestimmungen sowie internationaler Verpflichtungen diskutiert. Auf dieser Grundlage konnten Handlungsempfehlungen zu gesundheitsfördernden Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements und deren Kooperationspartner abgeleitet werden.

So konnte aufgezeigt werden, dass die Programme und Bestimmungen bisher wenig handlungsrelevant waren, um Gesundheitsleistungen anzubieten. Die Mehrheit der

Schutzgebiete bot im Untersuchungszeitraum keine bis sehr wenige solcher Leistungen an. Es bestand ein Defizit bezüglich ihrer Wirkung in den Handlungsfeldern jahreszeitliche Verteilung, Angebote für besondere Bevölkerungsgruppen, Stakeholder-Management (insbesondere bei der Kooperation mit der Gesundheitswirtschaft und mit zivilgesellschaftlichen Akteuren), Evaluierung und Monitoring der Gesundheitswirkung und des konkreten Nutzens für die Schutzgebiete, Kommunikation der gesundheitlichen Bedeutung von Natur von Großschutzgebieten, evidenzbasiertes Vorgehen bei der Konzeption der Leistungen und Beachtung wirkungsbezogener Kriterien und des Naturschutzwertes bei der Ortswahl für diese Leistungen.

Auf Grundlage des Umsetzungsstandes, der Spezifizierung der Leistungen und dem Vergleich mit dem Status quo in anderen Ländern wurden Handlungsempfehlungen abgeleitet, um eine Implementierung der Gesundheitsagenda in das Zielsystem von Großschutzgebieten durch die Behebung dieser Defizite zu befördern. Es wurde aufgezeigt, welche Wissensdefizite für zukünftige Forschungen weiter bestehen.

Im Abgleich der Gesundheitsleistungen mit Maßnahmen zur Gesundheitsintervention in Leitfäden aus anderen Ländern wurde aufgezeigt, dass diese nur ein Teil der gesundheitsbezogenen Aktivitäten sein können. Bei einer entsprechenden Erweiterung des Leistungsbegriffs ließe sich somit der Handlungsraum erweitern.

Im Fazit kam der Autor zu dem Schluss, dass eine Implementierung der Gesundheitsagenda dazu beitragen kann, den Schutz von Natur in Großschutzgebieten zu einem gesellschaftlichen Anliegen zu machen. Obwohl die Gefahr besteht, Natur auf ihren Nutzen zu reduzieren und durch ihre Inwertsetzung den freien Zugang zu Natur einzuschränken, liegt darin auch eine Chance für eine strategische Neuausrichtung. Die Verfolgung von Gesundheitszielen kann außer den positiven Gesundheitswirkungen auch vielfältige Synergieeffekte für andere, prioritäre Tätigkeitsbereiche von Schutzgebieten schaffen, indem neue Kooperationen eingegangen, neue Ressourcen erschlossen, ihr Angebot erweitert und neue Zielgruppen angesprochen werden.

Schlagwörter:
Gesundheit, Naturschutz, Wohlergehen, Gesundheitsintervention, Gesundheitsleistung, Schutzgebiete, Großschutzgebiete, Nationalpark, Biosphärenreservat, Naturpark, Global Geopark, Wildnisgebiet

7 Fazit und Ausblick

In dieser Arbeit wurde versucht, eine Bestandsaufnahme zu gesundheitsbezogenen Leistungen von Großschutzgebieten in Deutschland zu erstellen. Dazu sollten insbesondere die Qualität des Angebotsortes, die Gründe für dessen Wahl sowie der intendierte Beitrag dieser Leistungen zum Naturschutz und zur menschlichen Gesundheit in ausgewählten Großschutzgebieten erforscht werden.

Für die empirische Untersuchung wurde ein Methodenmix aus angebotszentrierter Inhaltsanalyse im World Wide Web, Befragung der Schutzgebiete per Online-Survey und Auswertung von GIS-Daten gewählt. Dadurch wurden Forschungsfragen beantwortet, mittels derer 11 der 14 aufgestellten Hypothesen geprüft werden konnten. Die Hypothesenprüfung bildete zugleich das Auswertungsschema für die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse und stellte die Verbindung zwischen dem Stand des Wissens und den Zielen der Arbeit her. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse in den Kontext rechtlicher Bestimmungen, internationaler und nationaler Verpflichtungen und Programme gestellt und Schlussfolgerungen für gesundheitsfördernde Aktivitäten von Großschutzgebieten gezogen.

Als zentraler Untersuchungsgegenstand wurde der Begriff „Gesundheitsleistungen“ gewählt. Damit sind alle Waren und Dienstleistungen gemeint, die angeboten werden, um die Gesundheit einer Person oder der Allgemeinheit positiv zu beeinflussen. Da somit ausschließlich Leistungen erfasst werden konnten, mit denen eine gesundheitliche Wirkung beabsichtigt ist, wurde nur eine Teilmenge der von Schutzgebieten durchführbaren Gesundheitsinterventionen untersucht. Es ist offen geblieben, ob die aus den Leitfäden bekannten Interventionsmaßnahmen von den Großschutzgebieten als Gesundheitsleistungen gesehen werden. In diesem Zusammenhang ist auch auffällig, dass ein Drittel der Leistungen von Schutzgebieten erbracht wird, die angegeben haben, keine anzubieten.

Für die Untersuchungen wurden 61 Schutzgebiete ausgewählt, bei denen auf Grund ihrer Zugehörigkeit zu einer Schutzkategorie der UNESCO oder auf Grund ihrer Mitgliedschaft bei EUROPARC im Vergleich zu anderen Schutzkategorien von einem hohen Umsetzungsstand und -willen zur Erbringung von Gesundheitsleistungen ausgegangen werden kann. Untersucht wurden also alle Nationalparke, Biosphärenreservate, UNESCO-Global Geoparke, 18 (von insges. 105) Naturparke und 1 Wildnisgebiet mit Mitgliedschaft bei EUROPARC in Deutschland.

Mit der angebotszentrierten Inhaltsanalyse im World Wide wurden 347 Gesundheitsleistungen identifiziert und entsprechend der im thematischen Hintergrund recherchierten Kriterien spezifiziert. Insgesamt wurde ein geringer Umsetzungsstand der Gesundheitsagenda durch Großschutzgebiete in Deutschland aufgezeigt. So wurden von dem überwiegenden Teil der Schutzgebiete (ca. 2/3) keine oder nur sehr wenige Gesundheitsleistungen (<5) angeboten. Dies ist die erste umfangreiche Bestandsaufnahme zu diesem Thema in Deutschland.

Aus technischen und Vermarktungsgründen konnten zwar nicht alle, aber die meisten Gesundheitsleistungen erfasst werden, die sich wie folgt charakterisieren lassen:

• Sie sind überwiegend geführte Wanderungen mit und ohne zusätzliche Gesundheitsintervention oder Leistungen der Verbreitung, Vermittlung oder Erstellung von Informationen.
• Sie werden meist nur zu einer bestimmten Jahreszeit angeboten.
• Bei der Hälfte der Leistungen ist eine psychisch/seelische oder ganzheitliche Wirkung beabsichtigt.
• Sie finden gleichermaßen in den Dimensionen psychisches sowie physisches Wohlergehen statt. (Leistungen in der Dimension soziales Wohlbefinden konnten nicht systematisch erfasst werden.)
• Die meisten Gesundheitsinterventionen (73%) finden zur Gesundheitsförderung statt, aber auch Krankheitsprävention und Therapie/Kuration (zus. 24%) spielen eine Rolle.
• Sie sind meistens nicht zielgruppenspezifisch und gehen nicht auf besondere gesundheitsbezogenen Ansprüche bestimmter Bevölkerungsgruppen ein.

Im Hinblick auf einen möglichst breiten und effektiven Beitrag von Gesundheitsleistungen von Schutzgebieten zur Gesundheitsversorgung sollten bei einer Implementierung der Gesundheitsagenda wirkungsbezogene Kriterien zukünftig allgemein mehr beachtet werden. Auf Grundlage der erhobenen Merkmale besteht Steuerungsbedarf insbesondere bei den Faktoren Jahreszeit, (interne und externe) zielgruppenspezifische Ansprache, Angebote für Angestellte der Schutzgebiete und für Bevölkerungsgruppen mit besonderen Anforderungen, Kommunikation der konkreten intendierten Gesundheitswirkung von Natur und Landschaft, Monitoring und Evaluierung der Wirkungen und evidenzbasiertes Vorgehen bei der Angebotskonzeption (inklusive Ortswahl).

In dieser Untersuchung ist unklar geblieben, ob die soziale Dimension von Gesundheit in einem ähnlichen Maße wie die anderen Dimensionen berücksichtigt wurde. Dieser Aspekt sollte gemeinsam mit dem zugrundeliegenden Verständnis von Gesundheit in Großschutzgebieten weiter beforscht werden.

Als zentrales Ergebnis der Stakeholder-Analyse ist herausgekommen, dass insbesondere die großen Natur- und Umweltschutzvereine und -stiftungen sowie institutionelle Akteure der Gesundheitswirtschaft bisher nur selten an der Erbringung von Gesundheitsleistungen beteiligt sind. Bei diesen Akteuren besteht jedoch ein großes Interesse an der Umsetzung einer Gesundheitsagenda, sie verfügen über enorme Ressourcen und über ein hohes Wissen, um Synergieeffekte entstehen zu lassen. Auch Akteure der Regionalentwicklung sind auffällig selten beteiligt, obwohl es auf Grund des raumbezogenen Ansatzes zahlreiche Schnittmengen mit ihnen gibt.

Der Blick in andere Länder, die z.T. seit über zehn Jahren an einer systematischen Umsetzung arbeiten, zeigt auf, dass ein aktives Stakeholder-Management mit Einbindung insbesondere der Gesundheitswirtschaft und von Akteuren der Regionalentwicklung von zentraler Bedeutung ist. Mithin kann die Implementierung der Gesundheitsagenda erst durch die Schaffung neuer Partnerschaften zur Akquise zusätzlicher Ressourcen führen, die über direkte und indirekte Nutzen dann auch für prioritäre Schutzzwecke zur Verfügung stehen. Über zehn Jahr nach der Studie von CLAßEN et al. (2005) zu gemeinsamen Handlungsfeldern von Natur- und Gesundheitsschutz, in der systematisch Synergieeffekte aufgezeigt wurden, werden diese von der Mehrheit der Großschutzgebiete nicht gezielt geschaffen. Dadurch bleibt ein großes Synergiepotenzial ungenutzt.

Der Abgleich der Ergebnisse der Angebotsanalyse mit den bestehenden Leitfäden zur Gesundheitsintervention durch Schutzgebiete hat aufgezeigt, dass diese um mehrere Maßnahmen in den Zielfeldern „Förderung von Programm-Angeboten mit einem ganzheitlichen und alternativen medizinischen Ansatz“, „Förderung von Programm-Angeboten zu einer gesunden Ernährungsweise“, „Programm-Angebote zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit“ und „Förderung des Wissens“ erweitert werden sollten.

Die Befragung der Großschutzgebiete hat ergeben, dass die recherchierten Programme und Bestimmungen für Großschutzgebiete aus unterschiedlichen Schutzkategorien zwar unterschiedlich relevant sind, um Gesundheitsleistungen

anzubieten. Jedoch ist die Handlungsrelevanz insgesamt gering, wie auch der geringe Umsetzungsstand bezeugt. Die Gründe dafür konnten im Rahmen der Arbeit nicht erforscht werden und verweisen auf ein Wissensdefizit für künftige Forschungen, um die Wirksamkeit solcher Programme auf Basis von Motiven und Handlungslogiken der Zielgruppe besser steuern zu können.

Die geringe Handlungsrelevanz spiegelt sich auch in der seltenen Verankerung von Gesundheit im Schutzgebietsmanagement wieder. So ist die Erbringung von Gesundheitsleistungen in den meisten Großschutzgebieten weder Teil des Leitbildes, noch einer übergeordneten Strategie oder eines übergeordneten Konzeptes und auch kein Ziel des Schutzgebietes. Überdies findet selten eine Evaluierung oder ein Monitoring solcher Leistungen statt.

Wie der Status quo in anderen Ländern gezeigt hat, ist eine Implementierung des Themas ins Schutzgebietsmanagement besonders wichtig, um systematisch vorzugehen, die Effekte messbar und dadurch erst vermarktbar zu machen sowie um eine optimale Gesundheitswirkung erzielen zu können.

Aktuell sind andere Gründe als die Verpflichtungen übergeordneter Programme und abstrakte allgemeine Bestimmungen für Großschutzgebiete wichtig, um Gesundheitsleistungen anzubieten. Diese sollten in einem Ziel- und Anreizsystem zur Implementierung der Gesundheitsagenda besonders berücksichtigt werden. So sollte insbesondere auf die Verknüpfbarkeit von Gesundheitsleistungen mit anderen Angebotsbereichen und die Nutzung von Synergieeffekten abgezielt werden, um die Umsetzung innerhalb der Handlungslogik der Großschutzgebiete sicherzustellen. Auch Marketingeffekte wie Image, neue Zielgruppen und Besuchermotivation sowie eine höhere Akzeptanz für Großschutzgebiete sollten als wichtiger Nutzen solcher Leistungen kommuniziert werden, damit das Thema von den Entscheidungsträgern aufgegriffen wird.

Die Seltenheit von negativen Auswirkungen von Gesundheitsleistungen konnte durch die Befragung bestätigt werden. Allerdings sollte der Einfluss der sozialen Erwünschtheit auf die Validität der Angaben mit einem qualitativen Ansatz genauer erforscht werden.

Aus der Fachliteratur ist bekannt, dass unterschiedliche Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft unterschiedliche gesundheitsrelevante Wirkungen haben. Für die Praxis der Ortswahl für diese Leistungen wurde

herausgefunden, dass praktische Gründe gegenüber wirkungsbezogenen und naturschutzfachlichen Gründen dabei im Vordergrund stehen. Obwohl der Hälfte der Befragten der Wirkungszusammenhang zwischen einem bestimmten Ort und der Gesundheitswirkung von Leistungen bekannt ist, wird die breite Evidenzbasis also bisher nicht systematisch dazu genutzt, dieses Wissen bei der Ortswahl mit dem Ziel einer optimierten Gesundheitswirkung einzubeziehen.

Die Auswertung des Status quo in anderen Ländern hat gezeigt, dass ein evidenzbasiertes Vorgehen ein zentraler Aspekt bei der Implementierung der Gesundheitsagenda in Schutzgebieten ist. So gibt es bereits mehrere Reviews, die eine solche Evidenzbasis zusammentragen und ein darauf beruhendes Vorgehen ist auch in allen Leitfäden, die spezifisch für Großschutzgebiete sind, enthalten. Es ist also zu empfehlen dies bei der strategischen Entwicklung von Großschutzgebieten zukünftig stärker zu berücksichtigen. Eine Besonderheit, die dabei beachtet werden sollte, ist die Einbeziehung und Schulung der Kooperationspartner und externen Leistungserbringer der Schutzgebiete, da diese an den meisten Gesundheitsleistungen sowie an der Ortswahl (mit)entscheidend beteiligt sind.

Obwohl es auch gute Gründe gibt, Gesundheitsleistungen an Orten mit einem hohen Naturschutzwert anzubieten, konnte der aktuelle Stand dazu nicht eindeutig geklärt werden. Da der insgesamt hohe Naturschutzwert von Großschutzgebieten ihr Alleinstellungsmerkmal gegenüber anderen Anbietern von naturbezogenen Gesundheitsleistungen ist, sollte diese Forschungslücke durch zukünftige Forschungen geschlossen werden. Dieses Wissen kann dazu beitragen, die besondere naturräumliche Ausstattung von Großschutzgebieten zum Bestandteil einer evidenzbasierten Marketingstrategie zu machen und sich so von anderen Anbietern solcher Leistungen abzuheben.

Dadurch kann auch an die hohe Wertschätzung von Gesundheit durch die Gesamtbevölkerung und die hohe Bedeutung, wie sie der Natur und Landschaft für die Gesundheit und das Wohlergehen beigemessen werden, angeknüpft werden. Dies könnte bei der Auslösung eines widersprüchlichen Naturverständnisses helfen, nach dem Natur zwar als wesentlich für die eigene Lebensqualität und grundsätzlich schützenswert erachtet wird; Die eigene Verantwortung, dies zu tun, ist im Vergleich dazu jedoch äußerst gering. Die strategische Aufnahme von naturbasierten Gesundheitsleistungen und die konsequente Kommunikation des Beitrags, den Natur

für die Gesundheit leisten kann, ist also dazu geeignet, die Bereitschaft zum Schutz der Natur in Großschutzgebieten durch eigenes Engagement oder durch andere Leistungen, zu stärken.

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Gesundheitsagenda ist zu kritisieren, dass dies die Ausrichtung von Großschutzgebieten auf die Erfordernisse des Marktes bedeutet. Es ist zwar marketingstrategisch sinnvoll, an den hohen Stellenwert von Gesundheit in der Bevölkerung und der hohen Bedeutung, die Natur für die Gesundheit beigemessen wird, anzuknüpfen. Allerdings ist dies nur eingeschränkt sinnvoll, da Schutzgebiete per Gesetz und über internationale Programme zur Erfüllung von Aufgaben verpflichtet sind, die eben nicht von einer Bereitstellung von Waren und Dienstleistungen von den Bedingungen des Marktes abhängen. Einer Vereinnahmung von Großschutzgebieten durch marktwirtschaftliche Zwänge ist deshalb unbedingt entgegen zu wirken.

In diesem Zusammenhang ist auch auf den Diskurs zu Ökosystemleistungen zu verweisen. Darin wird kritisiert, dass eine monetäre Bewertung dieser Leistungen die Gefahr berge, den freien Zugang zu ihnen einzuschränken und dass eine Erfassung dieser Leistungen Natur und Landschaft auf ihren reinen Nutzen reduzieren würde. Diese Kritik ist auch auf die Implementierung der Gesundheitsagenda in Großschutzgebiete übertragbar und sollte entsprechend antizipiert werden.

Zusammenfassend wird also festgestellt, dass in den meisten Großschutzgebieten ein geringes Bewusstsein für die vielfältigen Verpflichtungen aus den gesetzlichen Bestimmungen sowie internationalen Verpflichtungen und Programme vorhanden ist, um Gesundheitsleistungen anzubieten. Der geringe Umsetzungsstand deutet darauf hin, dass die Gesundheitsagenda als zusätzliche Aufgabe erachtet wird, deren man sich bei sowieso schon knappen Ressourcen traditionell nicht verpflichtet sieht.

Die Ressourcen, die zur Implementierung der Gesundheitsagenda notwendig sind, verweisen auf einen wichtigen Kritipunkt. So sind Gesundheitleistungen nur sinnvoll, wenn dadurch (auch) Nutzen für die prioritären Schutzziele der Schutzgebiete entsteht und dieser über den Mehraufwand zu ihrer Erbringung hinausgeht. Dazu bedarf es außer eines Monitorings bzw. einer Evaluierung der Leistungen auch eines aktiven Stakeholder-Managements, durch das zusätzliche Ressourcen zur Leistungserstellung erst erschlossen werden können. Beispielsweise könnte die Infrastruktur eines Schutzgebiets ausgebaut werden, um gemeinsam mit einem

Krankenhaus oder einer Krankenkasse Leistungen in der Natur anzubieten. Auf Grund der vielfältigen Synergieeffekte zwischen Natur und Gesundheit würden nicht nur die InanspruchnehmerInnen dieser Leistungen und der Träger durch eine effektive Gesundheitswirkung davon profitieren, sondern auch das Schutzgebiet. So werden dadurch auch neue Motive für den Besuch geschaffen, die Infrastruktur steht ebenso für andere Angebote zur Verfügung, das Image wird verbessert, etc..

Der Blick in andere Länder hat aufgezeigt, dass durch ein integriertes Management und durch die Nutzung von Synergieeffekten Nutzen für andere Tätigkeitsbereiche entstehen kann, indem die Angebotspalette durch ein aktives Stakeholder-Management erweitert wird, neue Zielgruppen angesprochen und neue Motive für den Besuch der Gebiete geschaffen werden. Gesundheitsleistungen sollten also nicht als eine zusätzliche und ungewollte Aufgabe gesehen werden. Vielmehr stellen sie eine Chance dar, um zusätzliche Ressourcen gemeinsam mit neuen Partnern zu gewinnen und mit der Förderung der Gesundheit zur Erfüllung eines hohen gesellschaftlichen Anliegens beizutragen.

Wie die Analyse des Diskurses aufgezeigt hat, wurde das Thema in Deutschland in den 2000er Jahren auf Betreiben des Bundesamtes für Naturschutz vorangetrieben. Nach 2010 fand jedoch just dann auf Grund der eingestellten politisch-administrativen Unterstützung eine Zäsur in diesem Bestreben statt, als in anderen Ländern durch die „Healthy Parks and Healthy People“-Initiative mit einer systematischen Umsetzung begonnen wurde. Seit 2016 gewinnt das Thema nun durch den internationalen Diskurs und die Verpflichtungen Deutschlands im Kontext einer nachhaltigen Entwicklung und der Biodiversitätskonvention wieder an Aktualität und Relevanz. Die Jahre zwischen 2010 und 2017 haben also zu einem geringen Umsetzungsstand im Untersuchungszeitraum geführt und betonen die hohe Bedeutung, die auch der staatlichen Förderung einer solchen Agenda zukommt. Mit den Ergebnissen dieser Arbeit wurde eine erste Bestandsaufnahme in dieser Breite erarbeitet. Auf dieser Grundlage kann die zukünftige Umsetzung unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheitswirkung und des Nutzens für die Schutzgebiete sowie der Faktoren, die diese wesentlich beeinflussen, erfolgen.

Bei einem Schutzgebietsmanagement, in dem Naturschutz, Gesundheit und andere Handlungsfelder miteinander integriert sind, ist der Schutz der Natur auch im gesellschaftlichen Kontext verankert. Letztlich hängen die Legitimation und

Finanzierung des staatlichen Gebietsnaturschutzes nicht zuletzt am Stellenwert des Naturschutzes als gesellschaftliches Anliegen. Dass dafür bereits ein großes Potenzial vorhanden ist, bezeugen das hohe Bewusstsein der Bevölkerung für die Bedeutung von Natur für die menschliche Gesundheit ebenso wie der hohe Stellenwert, der Gesundheit an sich beigemessen wird. Gesundheitsleistungen können also einen wertvollen Beitrag leisten, um die Entwicklung von Großschutzgebieten zu Akteuren einer naturschutzintegrierten Regionalentwicklung zu fördern und ihre Position in der Konkurrenz zu anderen Landnutzungsformen zu stärken.

Dadurch könnten die unterschiedlichen Ansprüche, die seitens Landnutzung, Gesellschaft und Naturschutz an die selbe Fläche gestellt werden und letztlich auch um dieselben öffentlichen Ressourcen konkurrieren, zum Nutzen der Gesundheit und des Wohlergehens einer größtmöglichen Bevölkerungsgruppe austariert werden. Zwar besteht dabei die Gefahr, Natur reduziert auf Nutzenaspekte zu betrachten, was nicht im Sinne des Naturschutzes sein kann. Jedoch hat eine vernachlässigte Auseinandersetzung mit der Frage, welche Natur wir schützen wollen und warum, mit dazu geführt, dass Naturschutz heute eben (noch) kein gesamtgesellschaftliches Anliegen ist. Deshalb eröffnet sich damit auch die Chance, Gesundheit als neuen Nukleus naturschutzethischer Begründungen zu etablieren. Dadurch könnte der zu Beginn dieser Arbeit zitierte Spagat zwischen der Notwendigkeit einer Naturnutzung und der Gefahr, diese dabei zu zerstören, bewerkstelligt werden.

Wie in dieser Arbeit aufgezeigt wurde, sind dafür ein evidenzbasiertes Vorgehen und ein integriertes Schutzgebietsmanagement mit einem aktiven Stakeholder-Management notwendig. Diese Einsicht bringt die Lancet Commission on Planetary Health folgendermaßen auf den Punkt:

„Die vernetzte Natur der Beziehung zwischen den Menschen und der Erde bedeutet, dass Lösungen, die sowohl der Biosphäre als auch der menschlichen Gesundheit zugutekommen, in Reichweite liegen“[111] (THE ROYAL SOCIETY 2012, zit. nach RFLC 2015). Großschutzgebiete können durch die Erbringung von Gesundheitsleistungen eine dieser Lösungen beisteuern.

[111] Engl.: “The interconnected nature of people and the planet mean that solutions that benefit both the biosphere and human health lie within reach.”

8 Quellenverzeichnis

ALCAMO, J. und SARUKHÁN, J. (2003): Ecosystems and Human Well-being: a Framework for Assessment. Washington: Island press, 245 S. Zitiert in: STAMMEL, B. und CYFFKA, B. (2015): Naturschutz (Geowissen kompakt). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 14

ABRAHAM, A., SOMMERHALDER, K. und ABEL, T. (2010): Landscape and well-being: A scoping study on the health-promoting impact of outdoor environments. International Journal of Public Health · 55 (9): S. 59-69

ABRAHAM, A., SOMMERHALDER, K., BOLLINGER-SALZMANN und ABEL, T. (2007): Landschaft und Gesundheit. Das Potential einer Verbindung zweier Konzepte. - http://www.sl-fp.ch/getdatei.php?datei_id=817. [Eingesehen am 05.07.2017]

ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Erweiterte Ausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag, 222 S.

ATTESLANDER, P. (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag, 387 S.

BASTIAN, O. und SCHREIBER, K.-F. (Hrsg.) (1999): Analyse und ökologische Bewertung der Landschaft. 2., neubearbeitete Auflage. Heidelberg und Berlin: Spektrum Akademischer Verlag, 564 S.

BDS - BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN E.V. (Hrsg.) (2013): Umweltstiftungen stellen sich vor. 3. Auflage. - https://shop.stiftungen.org/media/mconnect_uploadfiles/u/m/umweltstiftungen_3_final.pdf. [Eingesehen am 13.12.2017]

BEDIMO-RUNG, A. L., GUSTAT, J., TOMPKINS, B. J., RICE, J und THOMPSON, J. (2006): Development of a Direct Observation Instrument to Measure Environmental Characteristics of Parks for Physical Activity. Journal of Physical Activity and Health 3, Suppl 1: S. 176-189. - http://activelivingresearch.org/sites/default/files/JPAH_12_Bedimo-Rung.pdf. [Eingesehen am 24.07.2017]

BENNETT, N. J., ROTH, R., KLAIN, S. C., CHAN, K., CHRISTIE, P., CLARK, D., CULLMANN, G., CURRAN, D., DURBINI, T., EPSTEIN, G., GREENBERG, A., NELSON, M., SANDLOS, J., STEDMAN, R., TEEL, T. L. und THOMAS, R. (2017): Conservation social science: Understanding and integrating human dimensions to improve conservation. In: Biological Conservation 205: 93-108

BfN - BUNDESAMT FÜR NATURSCHUTZ (2017a): Biosphärenreservate. - https://www.bfn.de/0308_bios.html. [Eingesehen am 21.06.2017]

BfN - BUNDESAMT FÜR NATURSCHUTZ (2017b): Naturparke. - https://www.bfn.de/0308_np.html. [Eingesehen am 21.06.2017]

BfN - BUNDESAMT FÜR NATURSCHUTZ (2017c): Qualitätskriterien Wildnisgebiete. - http://www.bfn.de/qkriterien_wildnisgebiete.html. [Eingesehen am 23.06.2017]

BfN - BUNDESAMT FÜR NATURSCHUTZ (2016a): Gebietsschutz / Großschutzgebiete. - http://www.bfn.de/0308_gebietsschutz.html. [Eingesehen am 21.06.2017]

BfN - BUNDESAMT FÜR NATURSCHUTZ (2016b): UN-Dekade Biologische Vielfalt 2011 - 2020. - http://www.bfn.de/0304_ijb.html. [Eingesehen am 20.06.2017]

BfN - BUNDESAMT FÜR NATURSCHUTZ (2016c): Nationalparke. - https://www.bfn.de/0308_nlp.html. [Eingesehen am 21.06.2017]

BfN - BUNDESAMT FÜR NATURSCHUTZ (2010): Strategischer Plan 2011 - 2020 für den Erhalt der Biodiversität. - http://www.bfn.de/0304_2010ziel.html. [Eingesehen am 20.06.2017]

BIRD, M. E., GEETANJALI, D. D., VAN HULST, A., KESTENS, Y. und BARNETT, T. A. (2015): A reliability assessment of a direct-observation park evaluation tool: The Parks, activity and recreation among kids (PARK) tool. BMC Public Health 15: S. 906. - https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2209-0. [Eingesehen am 24.07.2017]

BMUB - BUNDESMINISTERIUM FÜR UMWELT, NATURSCHUTZ BAU UND REAKTORSICHERHEIT (Hrsg.) (2015): Indikatorenbericht 2014 zur Nationalen Strategie zur biologischen Vielfalt. Stand 4. Februar 2015 - http://biologischevielfalt.bfn.de/fileadmin/NBS/indikatoren/diagramme2014/NBS-Indikatorenbericht-2014_Internet_barrierefrei.pdf. [Eingesehen am 21.06.2017]

BMUB - BUNDESMINISTERIUM FÜR UMWELT, NATURSCHUTZ BAU UND REAKTORSICHERHEIT (Hrsg.) (2010): Indikatorenbericht 2010 zur Nationalen Strategie zur biologischen Vielfalt. Stand November 2010. - http://biologischevielfalt.bfn.de/fileadmin/NBS/documents/Indikatoren/Indikatorenbericht-2010_NBS_Web.pdf. [Eingesehen am 21.06.2017]

BMUB - BUNDESMINISTERIUM FÜR UMWELT, NATURSCHUTZ BAU UND REAKTORSICHERHEIT (Hrsg.) (2007): Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt. - http://biologischevielfalt.bfn.de/fileadmin/NBS/documents/broschuere_biolog_vielfalt_2015_strategie_bf.pdf. [Eingesehen am 20.06.2017]

BMUB und BFN - BUNDESMINISTERIUM FÜR UMWELT, NATURSCHUTZ BAU UND REAKTORSICHERHEIT und BUNDESAMT FÜR NATURSCHUTZ (Hrsg.) (2016): Naturbewusstsein 2015. Bevölkerungsumfrage zu Natur und biologischer Vielfalt. Stand April 2016. Bonn: Bundesamt für Naturschutz, 103 S.

BORTZ, J. und DÖRING, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. Berlin: Springer, 900 S. Zit. in: RAAB-STEINER, E. und BENESCH, M. (2015): Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. Stuttgart: UTB, S. 57 f.

BROSIUS, F. (2013): SPSS 21. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: mitp, 1.072 S.

BRÜGGEMANN, J. (2010): Steuerungsinstrumente in Nationalparks zwischen Selbstverpflichtung und Verfügung. In: FROHN, K.-H., ROSENBROCK, J. und SCHMOLL, F.: Wenn sich alle in der Natur erholen, wo erholt sich dann die Natur? Naturschutz, Freizeitnutzung, Erholungsvorsorge und Sport – gestern, heute, morgen (Naturschutz und Biologische Vielfalt Bd. 75). Bonn: Bundesamt für Naturschutz, S. 317-337

BRUHN, M. und HOMBURG, C. (Hrsg.) (2004): Gabler Lexikon Marketing. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Gabler, 921 S.

BRYMAN, A. (2016): Social Research Methods. Oxford: Oxford University Press, 747 S.

CAVNAR, M. M., KIRTLAND, K. A., EVANS, M. H., WILSON, D. K., WILLIAMS, D. K., MIXON, G. M. und HENDERSON, K. A. (2004): Evaluating the Quality of Recreation Facilities: Development of an Assessment Tool. Journal of Park and Recreation Administration 22 (1): 96-114. - http://prevention.sph.sc.edu/Tools/docs/documents_recfacility.pdf. [Eingesehen am 24.0.72017]

CHARLESWORTH, A. (2010): Die digitale Revolution. Offenbach: Gabal, 72 S.

CLS - CHANGELAB SOLUTIONS (2015): Complete Parks Playbook. - http://www.changelabsolutions.org/sites/default/files/Complete-Parks-Playbook_FINAL_20150706_0.pdf. [Eingesehen am 24.07.2017]

CDCP und NPS - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION und NATIONAL PARK SERVICE (USA) (2015): Parks, Trails, and Health Workbook. A Tool for Planners, Parks & Recreation Professionals, and Health Practitioners. - https://www.nps.gov/public_health/hp/hphp/press/Parks_Trails_and_Health_Workbook_508_Accessible_PDF.pdf. [Eingesehen am 05.07.2017]

CLAßEN, T. (2016): Landschaft. In: GEBHARDT, U. und KISTEMANN, T. (Hrsg.) (2016): Landschaft, Identität und Gesellschaft. Zum Konzept Therapeutischer Landschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 31-43

CLAßEN, T. (2008): Naturschutz und vorsorgender Gesundheitsschutz. Synergie oder Konkurrenz? Identifikation gemeinsamer Handlungsfelder im Kontext gegenwärtiger Paradigmenwechsel. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. rer. nat.), 248 S.

CLAßEN, T. und KISTEMANN, T. (2010): Das Konzept der Therapeutischen Landschaften. Geographische Rundschau 62 (7/8): S. 40-46

CLAßEN, T., KISTEMANN, T. und SCHILLHORN, K. (2005): Naturschutz und Gesundheitsschutz: Identifikation gemeinsamer Handlungsfelder (Naturschutz und Biologische Vielfalt Bd. 23). Bonn: Bundesamt für Naturschutz, 168 S.

COCH, T. und HIRNSCHAL, J. (1998): Besucherlenkungskonzepte in Schutzgebieten. Überlegungen zur methodischen Vorgehensweise der Erarbeitung. Natur und Landschaft 30 (12): S. 382-388

COP-CBD - CONFERENCE OF THE PARTIES TO THE CONVENTION ON BIOLOGICAL DEVERSITY (2016a): Cancun Declaration on Mainstreaming the Conservation and Sustainable Use of Biological for Well-being. - https://www.cbd.int/doc/c/edd1/7e90/76ccae323fc6c2286ceba9a2/cop-13-24-en.pdf. [Eingesehen am 03.07.2017]

COP-CBD - CONFERENCE OF THE PARTIES TO THE CONVENTION ON BIOLOGICAL DEVERSITY (2016b): Decision XIII/6. Biodiversity and human health. - https://www.cbd.int/doc/decisions/cop-13/cop-13-dec-06-en.pdf. [Eingesehen am 03.07.2017]

CURTIN, S. (2009): Wildlife tourism. The intangible, psychological benefits of human-wildlife encounters. Current Issues in Tourism 12: S. 451-474

CYFFKA, B, RUMBAUR, C., KUBA, M. und DISSE, M. (2013): Sustainable Management of River Oases along tarim River, P.R. China (SuMaRiO) and the Ecosystem Services Approach. Geography, Environment and Sustainability – 6 (4) (2013), S. 77-90

DER EUROPARAT (2000): Europäisches Landschaftsübereinkommen (Sammlung Europäischer Verträge - Nr. 176). Nichtamtliche Übersetzung. Florence. - https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680080630. [Eingesehen am 20.06.2017]

DICKHUT, H. (2015): Tourismus und Biodiversität. In: REIN, H. und STRASDAS, W. (Hrsg.): Nachhaltiger Tourismus. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft, S. 89-126

DIE BUNDESREGIERUNG (Hrsg.) (2016): Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Neuauflage 2016. Stand 1. Oktober 2016. Kabinettbeschluss vom 11. Januar 2017. - https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/Bestellservice/Deutsche_Nachhaltigkeitsstrategie_Neuauflage_2016.html?view=trackDownload. [Eingesehen am 20.06.2017]

DILLMAN, D. A., SMYTH, J. D. und CHRISTIAN, L. M. (2014): Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method. 4. Auflage. Hoboken (NJ, USA): Wiley, 528 S.

DNSBL - DOMAIN NAME SYSTEM BLACKLISTS (2017): Spam Database Lookup Results for 80.78.168.149. - http://www.dnsbl.info/dnsbl-database-check.php. [Eingesehen am 15.08.2017]

DNT - DEUTSCHER NATURSCHUTZTAG (2016): Magdeburger Erklärung des 33. Deutschen Naturschutztages 2016 in Magdeburg. Naturschutz und Landnutzung – Analysen, Diskussionen, zeitgemäße Lösungen. - http://www.deutscher-naturschutztag.de/fileadmin/user_upload/DNT_2016/Downloads/Pressemeldungen/Abschlusserklaerung_DNT_2016_09-15-2016_fin.pdf. [Eingesehen am 20.06.2017]

DESBOIS, M. (2017): Case Study 1 – Outdoor Sports, Nature and Well-being. Präsentation einer Fallstudie zu Espaces Naturels Régionaux in Frankreich im

Rahmen des EUROPARC Webinars „Natural Benefits: Nature, Health & Protected Areas“ am 28.03.2017. - http://www.europarc.org/wp-content/uploads/2017/03/EUROPARC-Webinar-France-case-study-Melissa-Dubois-March-2017.pdf. [Eingesehen am 31.12.2017]

DUDEN ONLINE (2017a): Synonyme für die Begriffe Gesundheit, Wohlbefinden, Krankheit, Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Therapie, Rehabilitation, Pflege - http://www.duden.de. [Eingesehen am 05.09.2017]

DUDEN ONLINE (2017b): Qigong - https://www.duden.de/rechtschreibung/qigong. [eingesehen am 29.09.2017]

DUDEN ONLINE (2017c): Reiki - https://www.duden.de/rechtschreibung/reiki. [eingesehen am 29.09.2017]

DUDEN ONLINE (2017d): Yoga - https://www.duden.de/rechtschreibung/yoga. [eingesehen am 29.09.2017]

DUK - DEUTSCHE UNESCO-KOMMISSION E.V. (2017a): UNESCO Global Geoparks. - https://www.unesco.de/wissenschaft/geoparks.html. [Eingesehen am 21.06.2017]

DUK - DEUTSCHE UNESCO-KOMMISSION E.V. (2017b): Biosphärenreservat Schwarzwald von der UNESCO anerkannt. - https://www.unesco.de/wissenschaft/2017/biosphaerenreservat-schwarzwald-von-der-unesco-anerkannt.html. [Eingesehen am 21.06.2017]

DUK - DEUTSCHE UNESCO-KOMMISSION E.V. (2015): Globale Nachhaltigkeitsagenda 2030 verabschiedet. UNESCO-Programme zu allen 17 Nachhaltigkeitszielen (Pressemitteilung, 25. September 2015). - https://www.unesco.de/presse/pressearchiv/2015/pm-34-2015.html. [Eingesehen am 21.06.2017]

EDWARDS, N. und HOOPER, P. (2012): Public Open Space Desktop Audit Tool (POSDAT) Part 2: Auditor’s Manual. Perth: Centre for the Built Environment and Health. - http://www.see.uwa.edu.au/research/cbeh/projects/?a=2147374. [Eingesehen am 24.07.2017]

EK - EUROPÄISCHE KOMMISSION (2011): Lebensversicherung und Naturkapital: Eine Biodiversitätsstrategie der EU für das Jahr 2020. - http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0244&from=EN. [Eingesehen am 20.06.2017]

EPC - EUROPARC CONVERENCE (2017): EUROPARC Workshops. - Europarc Conference 2017. - http://europarc2017.montanhasmagicas.pt/en/workshops/. [Eingesehen am 20.06.2017]

EPD - EUROPARC DEUTSCHLAND E. V.(Hrsg.) (2010): Richtlinien für die Anwendung der IUCN-Managementkategorien für Schutzgebiete. - http://www.bfn.de/fileadmin/MDB/documents/themen/gebietsschutz/IUCN_Kat_Schutzgeb_Richtl_web.pdf. [Eingesehen am 21.06.2017]

EPF - EUROPARC FEDERATION (2017): EUROPARC Webinar – Natural benefits: Nature, Health and Protected Areas. - http://www.europarc.org/news/2017/03/europarc-webinar-health-protected-areas/?utm_source=ep&utm_medium=search&utm_campaign=linktrack&utm_content=results. [Eingesehen am 23.06.2017]

EPF - EUROPARC FEDERATION (2015a): About us. - http://www.europarc.org/who-we-are/. [Eingesehen am 23.06.2017]

EPF - EUROPARC FEDERATION (2015b): EUROPARC Commissions. - http://www.europarc.org/network/europarc-commissions/. [Eingesehen am 23.06.2017]

EPF - EUROPARC FEDERATION (2015c): Health and Protected Areas Commission. Terms of Reference. - http://www.europarc.org/wp-content/uploads/2016/09/Health-in-PAs-Commission-EUROPARC-Terms-of-reference.pdf. [Eingesehen am 23.06.2017]

EPF - EUROPARC FEDERATION (2015d): Health and Protected Areas: Case Studies. - http://www.europarc.org/wp-content/uploads/2015/01/Health-and-Protected-Areas_Case-Studies-in-Europe.pdf. [Eingesehen am 23.06.2017]

EPF - EUROPARC FEDERATION (2014): Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2021. - http://www.europarc.org/wp-content/uploads/2015/02/DE_Strategie_der_Foederation_EUROPARC_2015-2021.pdf. [Eingesehen am 23.06.2017]

ERDMANN, K.-H., BORK, H.-R. und HOPF, T. (2006): Naturschutz im gesellschaftlichen Kontext (Naturschutz und Biologische Vielfalt Bd. 38). Bonn: Bundesamt für Naturschutz, 337 S.

ERDMANN, K.-H., EILERS, S., JOB-HOBEN, B., WIERSBINSKI, N. & DEICKERT, S. (Bearb.) (2008): Naturschutz und Gesundheitsschutz: Eine Partnerschaft für mehr Lebensqualität. Veröffentlichung zu den Tagungen vom 3. – 6. September 2007 am Bundesamt für Naturschutz, Insel Vilm und vom 31. März – 1. April 2008 an der Alfred Toepfer Akademie für Naturschutz, Niedersachsen (NNA) (Naturschutz und Biologische Vielfalt Bd. 65). Bonn: Bundesamt für Naturschutz, 266 S.

ERDMANN, K.-H. und FROMMBERGER, J. (1999): Neue Naturschutzkonzepte für Mensch und Umwelt. Biosphärenreservate in Deutschland. Berlin Heidelberg: Springer, 176 S.

ERDMANN, K.-H., SCHELL, C., TODT, A. und KÜCHLER -KRISCHUN, J. (2002): Natur und Gesellschaft: Humanwissenschaftliche Aspekte zum Naturschutz. Natur und Landschaft 77 (3): 101-104

ESER, U. (2016): Naturschutz, Kommunikation und Ethik. Brücken bauen zwischen Theorie und Praxis. Eine Einführung in die ethischen Grundlagen der Naturschutzkommunikation mit Impulsen für die Praxis (BfN Skripten 443). Bonn: Bundesamt für Naturschutz, 154 S.

FELSCH, S., FRÜHBAUER, R., KROHN, J., KURTENBACH, S., MÜLLER, J., RICHTSTEIGER, K.-J. und RUPP, M. (2012): Betriebswirtschaftslehre der Unternehmung. 27. Auflage. Haan-Gruiten: Verlag Europa-Lehrmittel, 609 S.

FINTON, B. (2017): Case Study 2 – Scotland's Outdoors – Our natural health service. Präsentation einer Fallstudie zu Scottish Natural Heritage Schottland im Rahmen des EUROPARC Webinars „Natural Benefits: Nature, Health & Protected Areas" am 28.03.2017. - http://www.europarc.org/wp-content/uploads/2017/03/EUROPARC-Webinar-Scotland-case-study-Bridget-Finton-March-2017.pdf. [Eingesehen am 31.12.2017]

FRANKE, A. (2012): Modelle von Krankheit und Gesundheit. 3., überarbeitete Auflage. Bern (CH): Verlag Hans Huber, 285 S.

FRENZ, W. und MÜGGENBORN, H.-J. (Hrsg.) (2016): BNatSchG. Bundesnaturschutzgesetz. Kommentar. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag, 1.392 S.

GAWS NGP - GEOUNION ALFRED-WEGENER-STIFTUNG NATIONALER GEOPARK (2017): Die Nationalen GeoParks in Deutschland. - http://www.nationaler-geopark.de/geopark/nationale-geoparks/die-16-nationalen-geoparks.html. [Eingesehen am 21.06.2018]

GAWS NGP - GEOUNION ALFRED-WEGENER-STIFTUNG NATIONALER GEOPARK (2016): Richtlinien Nationale GeoParks in Deutschland (2. Fassung vom 4. April 2006; redaktionelle Änderungen bis Mai 2016). - http://www.nationaler-geopark.de/uploads/media/Richtlinien_Nationale_Geoparks_Mai_2016.pdf. [Eingesehen am 21.06.2018]

GEBHARD, U. und KISTEMANN, T. (2016): Therapeutische Landschaften: Gesundheit, Nachhaltigkeit, „gutes Leben". In: GEBHARDT, U. und KISTEMANN, T. (Hrsg.) (2016): Landschaft, Identität und Gesellschaft. Zum Konzept Therapeutischer Landschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 1-18

GESLER, W. M. und KEARNS, R. A. (2002): Culture / Place / Health. New York: Routledge, 200 S.

GPMEA - GLOBAL PROJECT MAINSTREAMING ECOSYSTEM-BASED ADAPTION (2017): PANORAMA – Solutions for a Healthy Planet. – http://panorama.solutions/en. [Eingesehen am 25.07.2017]

GÖDEKE, I. (2008): Naturschutz und Gesundheit – ein neues Thema für die Naturschutzpolitik? In: ERDMANN, K.-H., EILERS, S., JOB-HOBEN, B., WIERSBINSKI, N. & DEICKERT, S. (Bearb.): Naturschutz und Gesundheitsschutz: Eine Partnerschaft für mehr Lebensqualität. Veröffentlichung zu den Tagungen vom 3. – 6. September 2007 am Bundesamt für Naturschutz, Insel Vilm und vom 31. März – 1. April 2008 an der Alfred Toepfer Akademie für Naturschutz, Niedersachsen (NNA) (Naturschutz und Biologische Vielfalt Bd. 65). Bonn: Bundesamt für Naturschutz, S. 35-41

GRUNEWALD, K. und BASTIAN, O. (2013): Schlüsselbegriffe. In: GRUNEWALD, K. und BASTIAN, O. (Hrsg.): Ökosystemdienstleistungen. Konzepte, Methoden und Fallbeispiele. Berlin und Heidelberg: Springer Spektrum, S. 13-20

GSTC - GLOBAL SUSTAINABLE TOURISM COUNCIL (2013): Global Sustainable Council Tourism Criteria for Destinations (GSTC-D) with suggested performance indicators. Version 1.0, 1 November 2013. - https://www.gstcouncil.org/wp-content/uploads/2013/11/Dest-_CRITERIA_and_INDICATORS_6-9-14.pdf. [Eingesehen am 24.07.2017]

GSUDBV - GESCHÄFTSSTELLE UN-DEKADE BIOLOGISCHE (Hrsg.) (2017): Gesund – mit der Vielfalt der Natur. Schwerpunktthema 2017/2018 der UN-Dekade Biologische Vielfalt. - https://www.undekade-biologischevielfalt.de/fileadmin/user_upload/Service/Downloads/Schwerpunkt_Gesundheit_UN_Dekade.pdf. [eingesehen am 20.06.2017]

GUTENBERG, E. (2006): Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, Wiesbaden: Gabler, 218 S.

HARRINGTON, R., ANTON, C., DAWSON, T. P., DE BELLO, F., FELD, C., K., HASLETT, J. R., KLUVANKOVA-ORAVSKA, T., KONTOGIANNI, A., LAVOREL, S., LUCK, G. W., ROUNSEVELL, M. D. A., SAMWAYS, M. J., SETTELE, J., SKOURTOS, M., SPANGENBERG, J. H., VANDEWALLE, M., ZOBEL, M. und HARRINGTON, P. A. (2010): Ecosystem services and biodiversity conservation: concepts and a glossary. Biodiversity and Conservation – 19 (2010): S. 2773-2790. Zitiert in: STAMMEL, B. und CYFFKA, B. (2015): Naturschutz (Geowissen kompakt). Darmstadt: Wissenschaftlich Buchgesellschaft, S. 14

HEILAND, S. (2000): Sozialwissenschaftliche Dimensionen des Naturschutzes: Zur Bedeutung individueller und gesellschaftlicher Prozesse für die Naturschutzpraxis. Natur und Landschaft 75 (6): S. 242-249

HELLMANN, K. (2005): Formen des Biodiversitätsmanagemements. Ein öffentlicher und unternehmerischer Ansatz im Vergleich. Diskussionspapier. - https://www.leuphana.de/fileadmin/user_upload/.../csm/.../51-1downloadversion.pdf. [Eingesehen am 07.07.2017]

HELLMANN, K. (2009): Nachhaltiges Biosphärenreservatsmanagement mit Hilfe von Managementansätzen einer Unternehmensführung. Herleitung eines Handlungskonzepts. Marburg: Tectum, 292 S.

HOEHNER, C. (2011): Active Neighborhood Checklist. Protocol, Version 2.0. - http://activelivingresearch.org/sites/default/files/Protocol_ActiveNeighborhoodChecklist.v2.pdf. [Eingesehen am 24.07.2017]

HLR und UF - HOFFMANN-LA ROCHE AG und URBAN & FISCHER (Hrsg.) (2003): Roche Lexikon Medizin. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München und Jena: Urban & Fischer, 2.086 S.

HOLZAPFEL, F., HOLZAPFEL, K., PETIFOURT, S. und DÖRFLER, P. (2015): Digitale Marketing Evolution. Wer klassisch wirbt, stirbt. Göttingen: BusinessVillage, 275 S.

HOMBURG, C. (2017): Marketingmanagement. Strategie - Instrumente - Umsetzung - Unternehmensführung. 6., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler, 1.368 S.

HORNBERG, C. (2016). Gesundheit und Wohlbefinden. In: GEBHARDT, U. und KISTEMANN, T. (Hrsg.) (2016): Landschaft, Identität und Gesellschaft. Zum Konzept Therapeutischer Landschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 63-69

HURRELMANN, K., KLOTZ, T. und HAISCH, J. (Hrsg.) (2014): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Dies.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Aufl., S. 13-24

IEEP - INSTITUTE FOR EUROPEAN ENVIRONMENTAL POLICY (Hrsg.) (2016): The Health and Social Benefits of Nature and Biodiversity Protection. A report for the European Commission (ENV.B.3/ETU/2014/0039). Final Report 28 April 2016. - https://ieep.eu/uploads/articles/attachments/186ec59d-e7db-4d5e-a566-85f8f965a457/Health_and_Social_Benefits_of_Nature_-_Final_Report_Main_sent.pdf?v=63664509964. [Eingesehen am 12.07.2017]

IEEP, ICLEI, LUKE, MILIEU und WWF - INSTITUTE FOR EUROPEAN ENVIRONMENTAL POLICY, LOCAL GOVERNMENTS FOR SUSTAINABILITY, NATURAL RESSOURCES INSTITUTE FINLAND, MILIEU und WORLD WILDLIFE FUND FOR NATURE (Hrsg.) (2016): 20 Cases – Health and Social Benefits of Nature. - https://ieep.eu/uploads/articles/attachments/afd005fd-6377-4778-922c-b58f3521d80a/20_Cases_-_Health_and_Social_Benefits_of_Nature_low_res.pdf?v=63664509946. [Eingesehen am 30.12.2017]

ILLING, K.-T. (Hrsg.) (2000): Patientenimport und Gesundheitstourismus. Internationales Marketing für Kliniken, Kurorte und Gesundheitsregionen. Berlin: TourismDevelopmentCulture. 178 S.

IUCN - INTERNATIONAL UNION FOR CONSERVATION OF NATURE (2016a): IUCN Programme 2017–2020. Approved by the IUCN World Conservation Congress. September 2016. - https://portals.iucn.org/library/sites/library/files/documents/WCC-6th-001.pdf. [Eingesehen am 29.06.2017]

IUCN - INTERNATIONAL UNION FOR CONSERVATION OF NATURE (2016b): Resolution 064. Strengthening cross-sector partnerships to recognise the contributions of nature to health, well-being and quality of life. -https://portals.iucn.org/library/node/46481. [Eingesehen am 03.07.2017]

IUCN - INTERNATIONAL UNION FOR CONSERVATION OF NATURE (2016c): Tewrms of reference, Purpose and. Health and Wellbeing Specialist Group. - https://www.iucn.org/sites/dev/files/content/documents/health_and_wellbeing_specialist_group_tor_2017-2020.pdf. [Eingesehen am 03.07.2017]

IUCN, PARKS AUSTRALIA und NATIONAL PARKS AND WILDLIFE SERVICE (2014): The Promise of Sydney. - http://www.worldparkscongress.org/about/promise_of_sydney.html. [Eingesehen am 21.06.2017]

IUCN-WCPA - IUCN WORLD COMMISSION ON PROTECTED AREAS (2017a): Health and Nature key milestones. - https://www.iucn.org/sites/dev/files/content/documents/wcpa_hw_specialist_group_key_milestones.docx. [Eingesehen am 29.06.2017]

IUCN-WCPA: IUCN WORLD COMMISSION ON PROTECTED AREAS (2017b): Health and Well-Being Specialist Group TOR 2017-2020. - https://www.iucn.org/sites/dev/files/content/documents/health_and_wellbeing_specialist_group_tor_2017-2020.pdf. [Eingesehen am 29.06.2017]

JESSEL, B., TSCHIMPKE, O. und WALSER, M. (2009): Produktivkraft Natur. Hamburg: Hoffmann und Campe, 155 S.

JOB, H: (1995): Besucherlenkung in Großschutzgebieten. In: MOLL, P. (Hrsg.): Umweltschonender Tourismus: Eine Entwicklungsperspektive für den ländlichen Raum (Materialien zur Angewandten Geographie, Band 24). Bonn: Verlag Irene Kuron, S. 153-160

JOB-HOBEN, B. und ERDMANN, K.-H. (2008): Naturschutz und Gesundheitsvorsorge: Strategische Allianzen für mehr Lebensqualität. In: ERDMANN, K.-H., EILERS, S., JOB-HOBEN, B., WIERSBINSKI, N. & DEICKERT, S. (Bearb.): Naturschutz und Gesundheitsschutz: Eine Partnerschaft für mehr Lebensqualität. Veröffentlichung zu den Tagungen vom 3. – 6. September 2007 am Bundesamt für Naturschutz, Insel Vilm und vom 31. März – 1. April 2008 an der Alfred Toepfer Akademie für Naturschutz, Niedersachsen (NNA) (Naturschutz und Biologische Vielfalt Bd. 65). Bonn: Bundesamt für Naturschutz, S. 11-21

KABAT-ZINN, J. (2008): Zur Besinnung kommen: Die Weisheit der Sinne und der Sinn der Achtsamkeit in einer aus den Fugen geratenen Welt. Freiburg: Arbor Verlag, 664 S.; Zit. nach: TRÖKES, A. und KNOTHE, B. (2014): Neuro-Yoga. Wie die alte Weisheitspraxis auf unser Gehirn wirkt. München: O. W. Barth, 315 S.

KACZYNSKI, A., STANIS, S. W. und BESENYI, G. M. (2013): Community Park Audit Tool. User Guidebook, last updated July 2013. - http://activelivingresearch.org/sites/default/files/CPAT_UserGuidebook_v3.pdf. [Eingesehen am 24.07.2017]

KAMITSIS, I. und FRANCIS, A.J.P. (2013): Spirituality mediates the relationship between engagement with nature and psychological wellbeing. Journal of Environmental Psychology 36: S. 136-143. Zit. N. IEEP – INSTITUTE FOR EUROPEAN ENVIRONMENTAL POLICY (Hrsg.) (2016): The Health and Social Benefits of Nature and Biodiversity Protection. A report for the European Commission (ENV.B.3/ETU/2014/0039). Final Report 28 April 2016. - https://ieep.eu/uploads/articles/attachments/186ec59d-e7db-4d5e-a566-85f8f965a457/Health_and_Social_Benefits_of_Nature_-_Final_Report_Main_sent.pdf?v=63664509964. [Eingesehen am 12.07.2017]

KARTTE, J. und NEUMANN, K. (2009): Der Zweite Gesundheitsmarkt als notwendige Ergänzung des Ersten. In: GOLDSCHMIDT, A. u. HILBERT, J. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche (Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft und Management, Bd. 1). Wegscheid: Wikom. S. 760-770

KISTEMANN, T. und CLAßEN, T. (2003): Naturschutz und Gesundheitsschutz: Konkurrenz oder Synergie? In: ERDMANN und SCHELL. C. (Bearb.): Zukunftsfaktor Natur – Blickpunkt Mensch. Bonn: Bundesamt für Naturschutz, S. 245-256

KOTLER, P., ARMSTRONG, G., SAUNDERS, J. und WONG, V. (2007): Grundlagen des Marketing. 4., aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium, 1.135 S.

LAMAPOLL (2017): Modelle und Preise. - https://www.lamapoll.de/Lizenz. [Eingesehen am 11.08.2017]

LANGE, A., GILES-CORTI, B. und BROOMHALL, M. (2004): Quality of Public Open Space Tool (POST): Observers' Manual. Perth, Western Australia: School of Population Health, The University of Western Australia. - http://uwa.edu.au/__data/assets/pdf_file/0003/411951/POST_Manual.pdf. [Eingesehen am 24.07.2017]

LANGEN, K. C. (2012): Nutzen der gesundheitsfördernden Wirkung von Landschaft für die regionale Vermarktung am Beispiel des GesundLand Vulkaneifel. In: BAUER, N., MONDINI, N. und BERNASCONI, A. (Hrsg.): Landscape and Health: Effects, Potential and Strategies. Abstracts. International conference, January 24 and 25, 2012. Birmensdorf, Swiss Federal Institute for Forest, Snow and Landscape Research WSL. S. 28-29. - http://www.wsl.ch/publikationen/pdf/11561.pdf. [Eingesehen am 05.07.2017]

LEE, R. E., BOOTH, K. M., REESE-SMITH, J., REGAN, G. und HOWARD, H. H. (2005): The Physical Activity Resource Assessment (PARA) instrument: Evaluating features, amenities and incivilities of physical activity resources in urban neighborhoods. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2:13. - https://ijbnpa.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1479-5868-2-13?site=ijbnpa.biomedcentral.com. [Eingesehen am 24.07.2017]

LEMIEUX, C. J., EAGLES, P. F., SLOCOMBE, D. S., DOHERTY, S. T., ELLIOTT, S. J. und MOCK, E. E. (2012): Human health and wellbeing motivations and benefits associated with protected area experiences. An opportunity for transforming policy and management in Canada. Parks 18: S. 71-86 - https://www.researchgate.net/publication/281603846_Human_health_and_well-being_motivations_and_benefits_associated_with_protected_area_experiences_An_opportunity_for_transforming_policy_and_management_in_Canada. [Eingesehen am 13.07.2017]

LOUV, R. (2012): Das Prinzip Natur. Grünes Leben im digitalen Zeitalter. Weinheim und Basel: Beltz, 334 S.

LOVELL, R., WHEELER, B., W., HIGGINS, S. und IRVINE, K. (2014): A Systematic Review of the Health and Well-Being Benefits of Biodiverse Environments. Journal of Toxicology and Environmental Health Part B 17: S. 1-20. - https://www.researchgate.n

et/publication/260561574_A_Systematic_Review_of_the_Health_and_Well-Being_Benefits_of_Biodiverse_Environments. [Eingesehen am 12.07.2017]

LUDE, A., SCHAAL, S., BULLINGER, M. und BLECK, S. (2013): Mobiles, ortsbezogenes Lernen in der Umweltbildung und Bildung für nachhaltige Entwicklung. Der erfolgreiche Einsatz von Smartphones und Co. In Bildungsangeboten in der Natur. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 109 S.

MALLER, C, TOWNSEND, M., PRYOR, A., BROWN, P. und LEGER, L. ST (2005): Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. Health Promotion International 21 (1): S. 45-54. - https://academic.oup.com/heapro/article/21/1/45/646436/Healthy-nature-healthy-people-contact-with-nature. [Eingesehen am 13.07.2017]

MEIER, S., WÜNSCH, C., PENTZOLD, C. und WELKER, M. (2010): Auswahlverfahren für Online-Inhalte. In: WELKER, M. und WÜNSCH, C. (Hrsg.): Die Online-Inhaltsanalyse. Forschungsobjekt Internet. Köln: Herbert von Halem, S. 103-123

MES - MILLENNIUM ECOSYSTEM ASSESSMENT (2005): Ecosystems and Human Well-being. Synthesis. - http://www.millenniumassessment.org/documents/document.356.aspx.pdf. [Eingesehen am 21.06.2017]

MPWF - METSÄHALLITUS, PARKS & WILDLIFE FINLAND (2016a): Exercising Outdoors as a Source of Health and Happiness. - http://www.metsa.fi/web/en/healthbenefitsfromnature. [Eingesehen am 30.12.2017]

MPWF - METSÄHALLITUS, PARKS & WILDLIFE FINLAND (2016b): Parks & Wildlife Finland 2015–2016. Natural wonders – our key asset. - https://julkaisut.metsa.fi/assets/pdf/lp/Muut/vk2015eng.pdf. [Eingesehen am 30.12.2017]

MPWF - METSÄHALLITUS, PARKS & WILDLIFE FINLAND (2016c): The Health Benefits of Visiting National Parks. - http://www.metsa.fi/web/en/healthbenefitsfromnationalparks. [Eingesehen am 30.12.2017]

MPWF - METSÄHALLITUS, PARKS & WILDLIFE FINLAND (2017): National Parks Finland Benefits for nature and people. - https://julkaisut.metsa.fi/assets/pdf/lp/Esitteet/National-Parks-Finland-2017.pdf. [Eingesehen am 30.12.2017]

MÜCKE, J. (2016): wget – Vieles automatisiert herunterladen – rekursives Downloadtool. - https://usehardware.de/wget-vieles-automatisiert-herunterladen-rekursives-downloadtool. [Eingesehen am 23.08.2017]

NATIONALPARK HAINICH (Hrsg.) (2017): Die "Alten Buchenwälder Deutschlands". - http://weltnaturerbe-buchenwaelder.de/de/weltnaturerbe-buchenwaelder/alte-buchenwaelder-deutschlands.html. [Eingesehen am 18.07.2017]

NEEF, E. (1967): Die theoretischen Grundlagen der Landschaftslehre. Gotha und Leipzig: Verlag H. Haack. Nach Angabe in: BASTIAN, O. und SCHREIBER, K.-F. (Hrsg.) (1999): Analyse und ökologische Bewertung der Landschaft. 2., neubearbeitete Auflage. Heidelberg und Berlin: Spektrum Akademischer Verlag, S. 28

NHNP - NORTHUMBERLAND NATIONAL PARK (2017): Walk to Wellbeing. Explore the Park and get healthy at the same time. - https://www.northumberlandnationalpark.org.uk/things-to-do/get-active-outdoors/walking/walk-to-wellbeing/. [Eingesehen am 31.12.2017]

NKD TEEB - NATURKAPITAL DEUTSCHLAND - TEEB DE (2012): Der Wert der Natur für Wirtschaft und Gesellschaft. Eine Einführung. Ein Beitrag Deutschlands zum internationalen TEEB-Prozess. - http://www.naturkapital-teeb.de/fileadmin/Downloads/Projekteigene_Publikationen/TEEB_Broschueren/TEEB_DE_Einfuehrungsbericht.pdf. [Eingesehen am 22.06.2017]

NLWKN - NIEDERSÄCHSISCHER LANDESBETRIEB FÜR WASSERWIRTSCHAFT, KÜSTEN- UND NATURSCHUTZ (2017): Merkmale der Schutzkategorien. - http://www.nlwkn.niedersachsen.de/naturschutz/schutzgebiete/merkmale_schutzkategorien/merkmale-der-schutzkategorien-46113.html. [Eingesehen am 22.06.2017]

NPS - NATIONAL PARK SERVICES (USA) (2014): Healthy Parks Healthy People Vital Signs. 1st Draft. - http://waitak.pair.com/users/npca/cpm/01_pdf_items_for_intro_section_5%3A12%3A2014/healthy_parks_vital_signs_discussion_guidebetamay2014.pdf. [Eingesehen am 05.07.2017]

NPS - NATIONAL PARK SERVICES (USA) (2011): Strategic Action Plan. November 2011. -https://www.nps.gov/public_health/hp/hphp/press/1012-955-WASO.pdf. [Eingesehen am 30.12.2017]

NPS und NPCA-CPM - NATIONAL PARK SERVICES (USA) und NATIONAL PARK CONSERVATION ASSOCIATION'S CENTER FOR PARK MANAGEMENT (2014): Healthy Parks Healthy People Community Engagement Guide. Edition 1. - https://www.nps.gov/public_health/hp/hphp/press/HealthyParksHealthyPeople_eGuide.pdf. [Eingesehen am 30.12.2017]

NRPA - NATIONAL RECREATION AND PARK ASSOCIATION (USA) (2013): Parks & Recreation in Underserved Areas. A Public Health Perspective. - www.nrpa.org/.../nrpa.../Parks-Rec-Underserved-Areas.pdf. [Eingesehen am 24.07.2017]

NUSSER, M. (2009): Chancen der Gesundheitswirtschaft zukünftig besser nutzen: Potenziale, Herausforderungen, Hemnisse und Handlungsoptionen. In: GOLDSCHMIDT, A. u. HILBERT, J. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche (Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft und Management, Bd. 1). Wegscheid: Wikom. S. 882-909

ODE, A., TVEIT, M. S. und FRY, G. (2008): Capturing Landscape Visual Character Using Indicators: Touching Base with Landscape Aesthetic. Landscape Research 33 (1): S. 89-117

ODENIGBO, C. (2017): Healthy Parks Healthy People. Parcs en bonne santé, Populations en bonne santé. Präsentation zum Vortrag auf der Canadian Parks Conference 2017 am 09.03.2017. - https://www.researchgate.net/profile/Chuk_Odenigbo/publication/315044658_Healthy_Parks_Healthy_People/links/58c8c105a6fdcca65709e4ba/Healthy-Parks-Healthy-People.pdf?origin=publication_list&ev=srch_pub_xdl. [Eingesehen am 19.07.2017]

ONLINEMARKETING.DE GMBH (Hrsg.) (2017): Metadaten. - https://onlinemarketing.de/lexikon/definition-metadaten. [Eingesehen am 30.12.2017]

OPPLA (2017): About. - http://oppla.eu/about. [Eingesehen am 25.07.2017]

OSTWALD, D. A. (2009): Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 222 S.

PARKS VICTORIA (2017): A Guide to Healthy Parks Healthy People. - http://parkweb.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/693566/Guide-to-Healthy-Parks-Healthy-People.pdf. [Eingesehen am 05.07.2017]

PARKS VICTORIA (2015a): A Guide to the Healthy Parks Healthy People Approach and Current Practices. Proceedings from the Improving Health and Well-being: Healthy Parks Healthy People stream of the IUCN World Parks Congress 2014. - http://www.salzburgglobal.org/fileadmin/user_upload/Documents/2010-2019/2017/Session_574/Improving-Health-and-Well-being-Stream-Report.pdf. [Eingesehen am 05.07.2017]

PARKS VICTORIA (2015b): Healthy Parks Healthy People: The state of the evidence 2015. - http://parkweb.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/672582/HPHP_state-of-the-evidence_2015.pdf. [Eingesehen am 05.07.2017]

PFANNSTIEL, M.A., FOCKE, A. und MEHLICH, H. (Hrsg.) (2016): Management von Gesundheitsregionen I. Bündelung regionaler Ressourcen zum Wachstum und zur Sicherung der Gesundheitsversorgung. Wiesbaden: Springer Gabler. 143 S.

PLACHTER, H. (1991): Naturschutz. Stuttgart: G. Fischer, 463 S.

PLACHTER, H., BERNOTAT, D., MÜSSNER, R. und RIECKEN, U. (2002): Entwicklung und Festlegung von Methodenstandards im Naturschutz. Ergebnisse einer Pilotstudie. Bonn: Bundesamt für Naturschutz, 566 S.

PORST, R. (2014): Fragebogen. Ein Werkbuch. 4., erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer SV, 210 S.

PORST, R. (2000): Praxis der Umfrageforschung. 2., überarbeitete Auflage (Teubnerskripten zur Soziologie 126). Wiesbaden: Teubner, 211 S.

POUDYAL, N. C., HODGES, D. G., BOWKER, J. M. und CORDELL, H. K. (2009): Evaluating natural amenities in human life expectancy production function. Forest Policy and Economics 11: S. 253-259. Zit. n.: LOVELL, R., WHEELER, B., W., HIGGINS, S. und IRVINE, K. (2014): A Systematic Review of the Health and Well-

Being Benefits of Biodiverse Environments. Journal of Toxicology and Environmental Health Part B 17: S. 1-20

KARTTE, J. und NEUMANN, K. (2009): Der Zweite Gesundheitsmarkt als notwendige Ergänzung des Ersten. In: GOLDSCHMIDT, A. u. HILBERT, J. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche (Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft und Management, Bd. 1). Wegscheid: Wikom. S. 760-770

PREIßLER, J. (2012): Marketing von Gesundheitsregionen. In: HOFFMANN, S., SCHWARZ, U. u. MAI, R. (Hrsg.): Angewandtes Gesundheitsmarketing. Wiesbaden: Gabler Springler. S. 364-373

QUESTIONPRO (2017): Features & Funktionen. - https://www.questionpro.com/de/features/. (Eingesehen am 11.08.2017]

RAAB-STEINER, E. und BENESCH, M. (2015): Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. Stuttgart: UTB, 196 S.

RATCLIFFE, E. und KORPELA, K. M. (2017): Running Head: Time and self-related memories of favorite places. Time- and Self-Related Memories Predict Restorative Perceptions of Favorite Places Via Place Identity. - https://www.researchgate.net/publication/316687225_Time-_and_Self-Related_Memories_Predict_Restorative_Perceptions_of_Favorite_Places_Via_Place_Identity. [Eingesehen am 06.09.2017]

RIEKENS, S. (1996): Besucherlenkung im naturnahen Raum. Lösungsvorschläge für den Konflikt zwischen Erholung und Naturschutz. Rüsselsheim: Strojec, 187 S.

RODE, J., WITTMER, H. und WATFE, G. (2012): Implementation Guide for Aichi Target 2 – A TEEB perspective, German Federal Agency for Nature Conservation (BfN). - http://img.teebweb.org/wp-content/uploads/2012/09/AICHI_Target_2.pdf. [Eingesehen am 20.06.2017]

ROESNER, J. (o.J.): What is a webgrabber? - http://www.jensroesner.de/wgetgui/#what. [Eingesehen am 23.08.2017]

ROHRMANN, B. (1978): Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. Zeitschrift für Sozialpsychologie 9, S. 222-245. Zit. in: RAAB-STEINER, E. und BENESCH, M. (2015): Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. Stuttgart: UTB, S. 61

RÖSSLER, P. (2017): Inhaltsanalyse. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft, 292 S.

RÖSSLER, P. und WIRTH, W. (2001): Inhaltsanalysen im World Wide Web. In: WIRTH, W. und LAUF, E. (Hrsg.): Inhaltsanalyse. Perspektiven, Probleme, Potentiale. Köln: Herbert von Halem, S. 280-302

RODEWALD, R. (2010): Landschaft und Gesundheit. Theorie und Praxis zweier verbundener Konzepte (Essay). Schweizerische Zeitschrift für Forstwesen 161 (3): S. 56-61

SAELENS, B. E. (2008): Environmental Assessment of Public Recreation Spaces (EAPRS). Direct Observation Tool, Full, Draft: April 24, 2008. - http://activelivingresearch.org/sites/default/files/EAPRS_Tool_0.pdf. [Eingesehen am 24.07.2017]

SBSF - STATTSBETRIEB SACHSENFORST NSG-VERWALTUNG KÖNIGSBRÜCKER HEIDE/GOHRISCHHEIDE ZEITHAIN (2017): NSG-Verwaltung. - http://www.nsg.koenigsbrueckerheide.eu/index.php/nsg_verwaltung.html. [Eingesehen am 22.06.2017]

SCBD - SECRETARIAT OF THE CONVENTION ON BIOLOGICAL DEVERSITY (2017): Protected Areas - an overview. - https://www.cbd.int/protected/overview/. [Eingesehen am 21.06.2017]

SCHMITHUESEN, J. (1964): Was ist eine Landschaft? Erdkdl. Wissen 9. Nach Angabe in: BASTIAN, O. und SCHREIBER, K.-F. (Hrsg.) (1999): Analyse und ökologische Bewertung der Landschaft. 2., neubearbeitete Auflage. Heidelberg und Berlin: Spektrum Akademischer Verlag, S. 28

SCHMITHUESEN, J. (1963): Der wissenschaftliche Landschaftsbegriff. Mitt. flor.-soz. AG N.F. 10, S. 9-19. Nach Angabe in: BASTIAN, O. und SCHREIBER, K.-F. (Hrsg.) (1999): Analyse und ökologische Bewertung der Landschaft. 2., neubearbeitete Auflage. Heidelberg und Berlin: Spektrum Akademischer Verlag, S. 28

SCHMÜCKLER, D. J. und MÖHLER, S. (2005): Online Marketing für Destinationen – Beispiele, Marktdaten-Leitfäden (PROJECT M Studienreiche Destinationsmanagement & -marketing, Bd. 1). Hamburg: ITD-Verlag, 71 S.

SCHNEIDER, T. und TESCHE, T. (o.J.): Was ist regain? - http://regain.sourceforge.net/index.php. [Eingesehen am 23.08.2017]

SGS und IUCN - SALZBURG GLOBAL SEMINAR und IUCN (2016): The Salzburg Challenge for Nature, Health and a New Urban Generation. A Call to Action - http://www.salzburgglobal.org/fileadmin/user_upload/Documents/2010-2019/2015/Session_557/Salzburg_Challenge_557_Nature_Health_and_a_New_Urban_Generation.pdf. [Eingesehen am 29.06.2017]

SIEGEL, D. (2007): Das achtsame Gehirn. Freiburg: Arbor Verlag, 476 S.; Zit. nach: TRÖKES, A. und KNOTHE, B. (2014): Neuro-Yoga. Wie die alte Weisheitspraxis auf unser Gehrin wirkt. München: O. W. Barth, 315 S.

SOMMERHALDER, K. und RODEWALD, R. (2009): Paysage à votre santé Wirkungsthesen aus der Studie „Landschaft und Gesundheit“ (Abraham et al. 2007). - http://www.sl-fp.ch/getdatei.php?datei_id=818. [Eingesehen am 12.07.2017]

STAMMEL, B. und CYFFKA, B. (2015): Naturschutz (Geowissen kompakt). Darmstadt: Wissenschaftlich Buchgesellschaft, 136 S.

SUCCOW, M. und JESCHKE, L. (2008): Naturschutz – Anspruch und Wirklichkeit: Herausforderungen am Beginn des 21. Jahrhunderts. In: DENGLER, J., DOLNIK, C. und TREPL, M. (Hrsg.): Flora, Vegetation und Naturschutz zwischen Schleswig-Holstein und Südamerika – Festschrift für Klaus Dierßen zum 60. Geburtstag

(Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft Geobotanik Schleswig-Holstein und Hamburg, Ausgabe 65). Kiel: Arbeitsgemeinschaft Geobotanik Schleswig-Holstein und Hamburg, S. 393-404

SURVEYMONKEY 2017: Angebote & Preise. - https://www.surveymonkey.de/pricing/?ut_source=header. [Eingesehen am 11.08.2017]

TCPA und WT - TOWN AND COUNTRY PLANNING ASSOCIATION und THE WILDLIFE TRUSTS (UK) (2012): Planning for a Healthy Environment – Good Practice Guidance for Green Infrastructure and Biodiversity. - http://www.tcpa.org.uk/data/files/TCPA_TWT_GI-Biodiversity-Guide.pdf. [Eingesehen am 25.07.2017]

THE ROYAL SOCIETY (Hrsg.) (2012): People and the planet. The Royal Society Science Policy Centre report 01/12. - https://royalsociety.org/~/media/Royal_Society_Content/policy/projects/people-planet/2012-04-25-PeoplePlanet.pdf. [Eingesehen am 12.12.2017], Zit. nach RFLC - THE ROCKEFELLER FOUNDATION-LANCET COMMISSION ON PLANETARY HEALTH (Hrsg.) (2015): Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. Lancet 386: S. 1.979

THOREAU, H. D. (2009): The Journal 1837-1861. Edited by Damion Searls. New York: NYREV, 704 S.

THOREAU, H. D. (2012): Briefe an einen spirituellen Sucher. Wien: Turia und Kant, 237 S.

TIJINK, S. (2000): Webseiten herunterladen mit GNU wget. http://www.pro-linux.de/artikel/2/624/webseiten-herunterladen-mit-gnu-wget.html. [Eingesehen am 23.08.2017]

TPL - THE TRUST FOR PUBLIC LAND (USA) (2017): ParkScore® Methodology. http://parkscore.tpl.org/methodology.php. [Eingesehen am 24.07.2017]

TREPL, L. (2012): Die Idee der Landschaft. Eine Kulturgeschichte von der Aufklärung bis zur Ökologiebewegung (Edition Kulturwissenschaft, Bd. 16). Bielefeld: transcript Verlag, 255 S.

TROJAN, A. und LEGEWIE, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsfördernder Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften, 436 S.

TROPED, P. J. und CROMLEY, E. (2005): Path Environment Audit Tool (PEAT): Instruction Manual for Conducting Path/Trail Observations - http://activelivingresearch.org/sites/default/files/PEAT_MANUAL_0.doc. [Eingesehen am 24.07.2017]

UFZ - UMWELTFORSCHUNGSZENTRUM LEIPZIG-HALLE GMBH IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT (2006): Die Relevanz des Millennium Ecosystem Assessment für Deutschland: - https://www.ufz.de/export/data/2/90708_UFZ_Bericht_2_2006_MillAss_final.pdf. [Eingesehen am 22.06.2017]

UN - UNITED NATIONS (1992): Convention on Biological Diversity. - https://www.cbd.int/doc/legal/cbd-en.pdf. [Eingesehen am 20.06.2017]

UNCED - UNITED NATIONS CONFERENCE ON ENVIRONMENT AND DEVELOPMENT (1992): Rio Erklärung über Umwelt und Entwicklung. - http://www.un.org/Depts/german/conf/agenda21/rio.pdf. [Aufgerufen am 20.06.2017]

UNEP - UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME (2003): VII/28. Schutzgebiete (Artikel 8 Buchstaben a bis e). - http://www.bfn.de/fileadmin/MDB/documents/themen/gebietsschutz/CBD__Beschluss_VII_28.pdf. [Eingesehen am 20.06.2017]

UNESCO - UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANISATION (2015): Preparation of the draft programme and budget 2018-2021. - http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002352/235214e.pdf. [Eingesehen am 16.06.2017]

UNGA - UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY (2015): Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. - www.un.org/depts/german/gv-70/a70-l1.pdf. [Eingesehen am 20.06.2017]

UNMÜßIG, B. (2014): Auf schmalem Grat. Zwischen Wertschätzung und Inwertsetzung der Natur. In: oekom e.V Verein für ökologische Kommunikation (Hrsg.): Narutschutz und Demokratie. Höhen und Tiefen einer schwierigen Beziehung. München: oekom, S. 30-37

URBES-PROJECT - URBAN BIODIVERSITY AND ECOSYSTEM SERVICES PROJECT (2012): Biodiversity and ecosystem services: the foundation for human health and well-being. - https://www.iucn.org/sites/dev/files/import/downloads/urbes_factsheet_02_web.pdf. [Eingesehen am 25.07.2017]

VÖLKER, S. (2016): Anthropologische Aspekte des Verhältnisses von Mensch und Natur(-landschaft). In: GEBHARDT, U. und KISTEMANN, T. (Hrsg.) (2016): Landschaft, Identität und Gesellschaft. Zum Konzept Therapeutischer Landschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 109-122

VUORIO, T, EMMELIN, L. und SANDELL, K. (2003): Methods for monitoring outdoor recreation and tourism in large nature areas - the case of Södra Jämtlandsfjällen. - www.diva-portal.org/smash/get/diva2.../FULLTEXT01.pdf. [Eingesehen am 04.07.2017]

WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (2015): Der Europäische Gesundheitsbericht 2015. Der Blick über die Ziele hinaus - neue Dimensionen der Evidenz - http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/293740/European-healt h-report-2015-full-book-ge.pdf. [Eingesehen am 23.06.2017]

WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (1946): Constitution of the World Health Organization. - http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. [Eingesehen am 03.07.2017]

WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. - www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf. [Eingesehen am 18.07.2017]

WHO-ICHI - WORLD HEALTH ORGANISATION INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEALTH INTERVENTIONS DEVELOPMENT PROJECT GROUP (2015): ICHI Alpha 2015. International Classification of Health Interventions. - http://www.ecompress.com/drafts/Ichipkg.exe. [Eingesehen am 03.07.2017]

WHO und SCBD - WORLD HEALTH ORGANIZATION und SECRETARIAT OF THE CONVENTION ON BIOLOGICAL DEVERSITY (2015): Connecting Global Priorities: Biodiversity and Human Health. A State of Knowledge Review. - https://www.cbd.int/health/SOK-biodiversity-en.pdf. [Eingesehen am 21.06.2017]

WIPPERMANN, P. und KRÜGER, J. (Hrsg.) (2015): Werte-Index 2016. Leimen: ColorDruck Solutions, 152 S.

XOVI GMBH (Hrsg.) (2017): Handbuch von XOVI. Root directory. - https://www.xovi.de/wiki/Root_directory. [Eingesehen am 30.12.2017]

ZGF - ZOOLOGISCHE GESELLSCHAFT FRANKFURT (Hrsg.) (2017): Naturschutzgebiet Königsbrücker Heide. Von der Militärbrache zum Wildnisgebiet. - http://wildnisindeutschland.de/gebiete/koenigsbruecker-heide/. [Eingesehen am 22.06.2017]

Mitteilungen von Experten

ERDMANN, K.-H. (2017): Wissenschaftlicher Direktor Fachgebiet 2.2 Naturschutz und Gesellschaft im Bundesamt für Naturschutz u. Honorarprof. Geographisches Institut, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, mdl. Mitt. während des 10. Zukunftsforums Ländliche Entwicklung: Ländliche Räume – Miteinander die Zukunft gestalten, Begleitforum Nr. 6: Vielfältige Landschaften - Wertschöpfung - Gesunde Menschen v. 25.01.2017

HARMS, A. (2017): Aufgabenbereichsleiter Landschaftsplanung, Beiträge zu anderen Planungen, Naturschutzinformation, Niedersächsischer Landesbetrieb für Wasserwirtschaft, Küsten- und Naturschutz – Geschäftsbereich Landesweiter Naturschutz, Mitt. per E-Mail v. 13.06.2017

KLAPPOTH, E. (2017): Fachärztin für Allgemeinmedizin, pers. Mitt. v. 04.12.2017

LARONDELLE, N. (2017a): Projektkoordinatorin und Integratives Monitoring, EUROPARC Deutschland e.V., tel. Mitt. v. 11.05.2017

LARONDELLE, N. (2017b): Projektkoordinatorin und Integratives Monitoring, EUROPARC Deutschland e.V., pers. Mitt. v. 31.08.2017

LÜTKE, T. (2017): Mitarbeiterin im LamaPoll-Support Team, Mitt. per E-Mail v. 14.08.2017

MARTENS, D. (2017): Wiss. Mitarbeitende der Hochschule für nachhaltige Entwicklung, BfN-Projekt: Naturerfahrungsräume in Großstädten am Beispiel Berlin

am Fachgebiet Umweltbildung, mdl. Mitt. v. 16.05.2017

SCHRÖTER-SCHLAACK, C. (2017): Wiss. Mitarbeiter im Department Ökonomie am

Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung und Mitglied des wissenschaftlichen Koordinationsteams der internationalen TEEB-Initiative, Mitt. per E-Mail v. 10.08.2017

SCHUBERT, S. (2017): Projektkoordinatorin, EUROPARC Deutschland e.V., pers. Mitt. v. 31.08.2017

Gesetze und Normen

BGB (2017): Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 6. Juni 2017 (BGBl. I S. 1495) geändert

BNatSchG - (2009): Gesetz über Naturschutz und Landschaftspflege vom 29. Juli 2009. BGBl. I Nr. 51

ISO 1828:2012, Health informatics — Categorial structure for terminological systems of surgical procedures (ISO 1828:2012)

Anhangsverzeichnis I

Anhang 1: Tabellen

Tab. I: Aktivitäten des BfN zum Thema Naturschutz und Gesundheit 2003-2010 251

Tab. II: Veranstaltungen und Konferenzen zum Thema Naturschutz und Gesundheit seit 2016 251

Tab. III: Verbindlichkeiten für Großschutzgebiete in Deutschland, gesundheitsbezogene Angebote zu schaffen 253

Tab. IV: Zusammenfassung von Übersichtsarbeiten zu evidenzbasierten Gesundheitswirkungen von Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft in drei Dimensionen 255

Tab. V: Kategorisierung von direktem und indirektem Nutzen von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete 259

Tab. VI: Wahl der untersuchten Großschutzgebiete und methodische Besonderheiten..... 262

Tab. VII: Auffangkriterien zur Bestimmung der Analyseeinheiten..... 267

Tab. VIII: Kategoriensystem und Vorgehensweisen zur Beantwortung der Forschungsfragen mittels angebotszentrierter Inhaltsanalyse 273

Tab. IX: Kategoriensystem und Vorgehensweisen zur Beantwortung der Forschungsfragen mittels Auswertung von GIS-Daten 275

Tab. X: Leitfäden zur Gestaltung, Implementierung und Qualitätskontrolle von mobilen und von webbasierten Umfragen nach der Tailored Design Method..... 277

Tab. XI: Fragen des Online-Surveys mit Antwortskalen 282

Tab. XII: Signifikante Korrelationen zwischen intendierter Gesundheitswirkung von Gesundheitsleistungen und in der Angebotsbeschreibung erwähnten Bestandteilen und Charakteristika mit gesundheitlicher Wirkung 290

Tab. XIII: Signifikante Korrelationen zwischen intendierter Gesundheitswirkung von Gesundheitsleistungen und in der Angebotsbeschreibung erwähnten Bestandteilen und Charakteristika mit gesundheitlicher Wirkung 290

Anhang 2: Dokumente

Anhang 1: Willkommensseite des Online-Surveys……283

Anhang 2: Frage mit aktiviertem Info-Button…….....283

Anhang 3: Design-Beispiel des Online-Surveys (1)……..……284

Anhang 4: Design-Beispiel des Online-Surveys (2)...……...284

Anhang 5: Abschlussseite des Online-Surveys……. 285

Anhang 6: Kodieranleitung Angebotsanalyse……285

Anhang 7: Suchwörter für Angebotsanalyse……...287

Anhangsverzeichnis II (Daten-CD)

Anhang 3: Tabellen, Dokumente und Dateien auf der Daten-CD

Dateien (s. Daten-CD)

Erhobene Daten

Angebotsanalyse Rohdaten

Angebotsanalyse angenommene Fälle

Online-Survey Rohdaten (nur für GutachterIn der Arbeit)

Online-Survey bearbeitet (Vollversion nur für GutachterIn der Arbeit)

Ausgabedateien in SPSS

Angebotsanalyse angenommene Fälle_Häufigkeiten

Anzahl Gesundheitsleistungen je Großschutzgebiet

Gesundheitsleistungen nach SG-Kategorien

Korrelation_Intendierte Wirkung vs. Landschaftsattribut

Korrelation_Intendierte Wirkung vs. Naturschutzwert

Gesundheitsleistungen Online-Survey vs. Angebotsanalyse

Übersicht Online-Survey

Codebuch_Online Survey

Online-Survey bearbeitet_Häufigkeiten

Handlungsrelevanzen nach SG-Kategorien

Verankerung im Management nach SG-Kategorien

Übersicht GIS-Auswertung

Auswertungen in Excel

Auswertung der Angebotsanalyse

Auswertung der Umfrage

Auswertung von GIS-Daten

Expertenauskünfte per E-Mail

Drei Auskünfte von Schutzgebieten per E-Mail (nur für GutachterIn der Arbeit)

E-Mail LamaPoll

Sonstige Dateien

Angebotsanalyse im World Wide Web - Untersuchungsgegenstand und Ergebnisse

Forschungsfragen

Prozessbegleitung zur Umfrage (nur für GutachterIn der Arbeit)

Tabellen (s. Anhang 3 auf der Daten-CD)

Tab. I: Angaben zur Bedeutung von Gesundheitsleistungen für den Naturschutz in Übersichtsarbeiten zur Verbindung von Naturschutz und Gesundheit……...3

Tab. II: Leitfäden und Instrumente zur Implementierung von Gesundheits-interventionen in Schutzgebieten…….4

Tab. III: Stärken der Befragung mittels Online-Survey, Befragung per E-Mail und postalischer Befragung im Vergleich……..7

Tab. IV: Umformulierung der Forschungsfragen zur Befragung mittels Online-Survey nach Kriterien von PORST 2010 und 2014……..10

Tab. V: Vergleich von Auswahlkriterien verschiedener Anbieter von Online-Surveys…….12

Tab. VI: Entwicklung der Antwortmöglichkeiten für Forschungsfrage 2.1.1 / Frage Nr. 13 im Online-Survey……..13

Tab. VII: Ergebnis des Pretests der Fragen (Version vom 26.07.2017) für das Online-Survey……15

Tab. VIII: Mittelwertvergleiche der Intensität der Handlungsrelevanz von Programmen und Bestimmungen unterschiedlicher Schutzgebiets-kategorien……19

Dokumente (s. Anhang 3 auf der Daten-CD)

Anhang 1: Erlaubnis zur Benutzung des HNEE-Logos……...20

Anhang 2: E-Mail mit Ablehnung zur Änderung des Anzeigenamens….....21

Anhang 3: Gesprächsleitfaden für Telefonate zur Versendung der Umfrage.....22

Anhang 4: Vorlage Anschreiben per E-Mail zum Versand des Links zur Umfrage....23

Anhang 5: Vorlage Anschreiben per E-Mail zur 1. Erinnerung zur Teilnahme an der Umfrage…….24

Anhang 6: Vorlage Anschreiben per E-Mail zur 2. Erinnerung zur Teilnahme an der Umfrage…….24

Anhang 7: Antwort von LamaPoll auf Fehlermeldung…….25

Anhang 1: Tabellen

Tab. I: Aktivitäten des BfN zum Thema Naturschutz und Gesundheit 2003-2010 (Eigene Darstellung)

Programm, Projekt oder Veranstaltung	Datum bzw. Laufzeit
„Naturschutz und Gesundheitsschutz – Identifikation gemeinsamer Handlungsfelder“, Forschungsprojekt	2003-2005
„Naturschutz und Gesundheit: Strategische Allianzen“, Tagung an der INA Vilm und der Niedersächsische Naturschutzakademie	2008
„Naturschutz und Gesundheit – Umsetzung eines Modellvorhabens“ (FKZ 806 82 020), Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit, Uni Bonn, Forschungsprojekt	seit 2008
„Natur(schutz) und Gesundheit – Im Rhythmus der Natur“, Tagung des BfN und an der INA Vilm	02.-05.06.2009
„Naturschutz und Gesundheit - Allianzen für mehr Lebensqualität“, Kongress im LVR-Landesmuseum Bonn	26.-27.5. 2009
„NatGesIs“, internetbasiertes Informationssystem, um durch Verknüpfung der Themenfelder Gesundheit, Wohlbefinden, Natur und Naturschutz ein Verständnis zu den vielfältigen Auswirkungen der Natur auf den Menschen zu entwickeln und zu fördern	2010

Tab. II: Veranstaltungen und Konferenzen zum Thema Naturschutz und Gesundheit seit 2016 (Eigene Darstellung, Auswahl)

Veranstaltung oder Konferenz	Datum bzw. Laufzeit
EUROPARC Fed.: Annual Conference: New Voices, New Visions, New Values – For People And Nature In Europe, Workshop 5: Natural Health: Protected Areas and the Health and Well-being Agenda	06.-10.09.2017
German Federal Agency for Nature Conservation (BfN) and the European Network of Heads of Nature Conservation Agencies (ENCA): Joint European Conference, Biodiversity and Health in the face of Climate Change. Challenges, opportunities and evidence gaps	27.-29.06.2017
EUROPARC Fed.: Webinar: Natural benefits: Nature, Health and Protected Areas	28.03.2017
IEEP, CEP, ESP, ICLEI, Luke, Milieu and WWF: The Health and Social Benefits of Nature and Biodiversity Protection (ENV.B.3/ETU/2014/0039) workshop hosted by the Committee of the Regions, Institute for European Environmental Policy, London / Brussels; Initiative funded by the European Commission	27.-28.01.2016
Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Referat 712 - Entwicklung Ländlicher Räume, Bundesprogramm ländliche Entwicklung: 10. Zukunftsforum Ländliche Entwicklung: Ländliche	25.01.2017

Räume – Miteinander die Zukunft gestalten, 25.01.2017 Begleitforum Nr. 6: Vielfältige Landschaften - Wertschöpfung - Gesunde Menschen	
Swiss Forum on Conservation Biology SWIFCOB 16, Internationale Tagung: Macht Biodiversität gesund? 190 Fachleute aus Wissenschaft, Verwaltung und Praxis über neueste Forschungserkenntnisse und Konzepte an der Schnittstelle von Biodiversität und Gesundheit.	15.01.2016

Tab. III: Verbindlichkeiten für Großschutzgebiete in Deutschland, gesundheitsbezogene Angebote zu schaffen (Eigene Darstellung)

Bestimmung (B) / Verpflichtung (V) / Programm (P)	Verbindlichkeit	Gültig für [Schutzgebietskategorie][112]
B: § 1 BNatSchG (2009)	Schutz von Natur und Landschaft als Grundlage für die Gesundheit des Menschen und zum Zweck der Erholung	Alle Schutzgebiete
B: § 24 BNatSchG (2009)	Mittelbar: Umweltbildung und Naturerleben ermöglichen	NLP (vorrangig in Nutzungszone)
B: § 23, 25, 26 BNatSchG (2009)	-Mittelbar: Schutz wegen Schönheit, kulturhistorischer Bedeutung oder besonderer Bedeutung für die Erholung (Puffer- /Pflegezone) -Gesundheit als Ziel nachhaltiger Entwicklung (Entwicklungszone)	alle BR (mit und ohne UNESCO-Anerkennung
B: § 27 BNatSchG (2009)	Schutz und Erhalt der Kulturlandschaften und umweltgerechte Landnutzung für Erholungszwecke und für nachhaltigen Tourismus	NP
V: UN Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung	-SDG-Ziel 3: gesundes Leben für alle Menschen gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern -SDG-Unterziele 1.5, 2.5, 3.4, 3.8, 3.9, 6.6, 8.5, 8.9, 9, 11.6, 11.7, 11a (s. Tab. 2)	UNESCO-Schutzgebiete: BR, GP, WNE IUCN-Schutzgebiete: NLP
P: Nationale Nachhaltigkeitsstrategie	Gesundheitsfolgen von Umweltverschmutzung minimieren	unspezifisch
V: UN Übereinkommen über die biologische Vielfalt	Aichi-Ziel 2: Wert der biologischen Vielfalt bis 2020 in Entwicklungs- und Planungsprozesse einbeziehen und Ergebnisse der TEEB-Studie berücksichtigen (s.u.) Aichi-Ziel 14: Wiederherstellung und Sicherung von Ökosystemen, die zu Gesundheit und Wohlergehen beitragen	Aichi-Ziel 2: alle Schutzgebiete Aichi-Ziel 14: UNESCO- und IUCN-Schutzgebiete: BR, NLP, GP, WNE
P: Biodiversitätsstrategie der EU für das Jahr 2020	Einzelziel 2: Ökosysteme und Ökosystemleistungen auf Grund ihres Beitrags zum Wohlergehen der Menschen erhalten und durch Schaffung einer grünen Infrastruktur verbessern	unspezifisch

[112] NLP: Nationalpark, BR: UNESCO-Biosphärenreservat, NP: Naturpark, GP: UNESCO-Global Geopark, WNE: Weltnaturerbe

P: Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt	-Vision: Wertschätzung der biologischen Vielfalt als Bestandteil der Lebensqualität und Voraussetzung für ein gesundes Leben erhöhen -Forderung 1: Entwicklung von Konzepten für eine naturverträgliche und attraktive Freizeitnutzung in Schutzgebieten, da Erholung in Natur und Landschaft eine wichtige Voraussetzung für das Wohlbefinden und die physische und psychische Gesundheit ist -Forderung 2: Innovationspotenzial für eine gesunde Ernährung nutzen -Forderung 3: Umweltbedingte Krankheiten verhindern	Vision und Forderung 2 und 3 unspezifisch Forderung 2: alle Schutzgebiete
P: UN-Dekade Biologische Vielfalt 2011 - 2020	Schwerpunktthema 2017/18: „Gesund – Mit der Vielfalt der Natur“: Förderung des Bewusstseins, des Schutzes und der nachhaltigen Nutzung von biologischer Vielfalt in den Themenfeldern Medizin aus der Natur, Erholungsorte und Aktivitäten in der Natur, Heilen mit der Natur und Naturressourcen als Grundlage für Gesundheit	unspezifisch
P: TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“	-Erhalt von gesundheitsbezogenen Ökosystemleistungen und Förderung eines der Gesundheit als Bestandteil des menschlichen Wohlergehens förderlichen Management in Schutzgebieten durch ihre ökonomische Messung -Umsetzung des Aichi-Zieles 2 (s.o.)	Alle Großschutzgebiete
V: Rahmenkonzept des Europäischen Regionalbüros der WHO „Gesundheit 2020“	Oberziel in Handlungsfeld 4: Mensch-Umwelt-Beziehungen naturverträglich gestalten, um Gesundheit zu schützen und zu fördern	unspezifisch
P: IUCN „Versprechen von Sydney“	Ansatz in 2. Säule (Forderung): Schutzgebiete sollen durch Gesundheitsleistungen zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens beitragen	IUCN-Schutzgebiete: NLP
P: Healthy Parks and Healthy People-Initiative	IUCN-Resolution 064: -Den Beitrag von Natur zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlbefinden im Naturschutz-, Gesundheits- und anderen Sektoren durch Entwicklung von interdisziplinären Materialien, Fallstudien, Instrumenten und Programmen popularisieren -Partnerschaften zwischen Umwelt-/Naturschutz- und Gesundheitssektor auf globaler, nationaler und regionaler Ebene unterstützen, um Politik und Fachplanungen, die Programme in Schutzgebieten unterstützen zu beeinflussen	IUCN-Schutzgebiete und alle Schutzgebiete, die Mitglied bei EUROPARC sind: NLP, BR, 18 NPs, 1 Wildnisgebiet

	-Nachweis und Wissensaufbau des bzw. zum Beitrag(s) von Natur zur menschlichen Gesundheit und zum Wohlergehen	
P: Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2021	Prioritäres Ziel im Prioritätsfeld 3.3: Bewusstsein über den Beitrag der Natur zur menschlichen Gesundheit erhöhen und diesbezügliche Aktivitäten des Schutzgebietsmanagements fördern	Alle Schutzgebiete, die Mitglied bei EUROPARC sind: NLP, BR, 18 NPs, 1 Wildnisgebiet

Tab. IV: Zusammenfassung von Übersichtsarbeiten zu evidenzbasierten Gesundheitswirkungen von Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft in drei Dimensionen (Eigene Darstellung nach CLAßEN et al. 2005, CURTIN 2009, SOMMERHALDER und RODEWALD 2009 (verändert nach RODEWALD 2010), ABRAHAM et al. 2010, CLAßEN und KISTEMANN 2010, LEMIEUX et al. 2012, LOVELL et al. 2014, PARKS VICTORIA 2015b, WHO und SCBD 2015, CLAßEN 2016, IEEP 2016)

Gesundheits-dimension	Gesundheitswirkung von Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft (Quelle)
Physisches Wohlergehen	Förderung der physischen Aktivität durch vegetationsreiche Landschaften, die bewegungsfreundlich gestaltet sind (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009), durch Landschaften mit Präsenz und Zugang zu Einrichtungen im Alltag, die eine physische Betätigung fördern und einen bestimmten Landnutzungs-Mix aufweisen (ABRAHAM et al. 2010), durch Landschaften, die ästhetisch ansprechend, gut zugänglich und sicher sind und sozialen Kontakt ermöglichen (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009, ABRAHAM et al. 2010) und durch Aufenthalt in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b)
	Förderung der physischen Fitness und Reduktion des Risikos, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken durch physische Aktivität in der Natur (WHO und SCBD 2015, IEEP 2016)
	Förderung der Immunreaktion durch physische Aktivität in der Natur (WHO und SCBD 2015), durch Leben in der Nähe von Grünflächen (IEEP 2016) und durch Aufenthalt in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b)
	Förderung der motorischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch vegetationsreiche und verkehrsarme Landschaften (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009)
	Regulierung von Krankheitserregern und Umweltverschmutzung durch Ökosysteme (WHO und SCBD 2015)
	Reduktion von Herzkreislauf- und Atemwegserkrankungen (PARKS VICTORIA 2015b) durch Regulation des Lokalklimas und Luftreinhaltung durch vegetationsreiche Landschaften (IEEP 2016)
	Reduktion des Risikos gesundheitlicher Schäden durch Hitzebelastungen durch abkühlende Wirkung von vegetationsreichen Landschaften (IEEP 2016)
	Reduktion des Risikos gesundheitlicher Schäden durch Lärmbelastung durch Grünflächen mit geringem Lärmpegel und vegetationsreichen Grünflächen mit lärmreduzierenden Wirkung (IEEP 2016)

Physisches Wohlergehen	Reduktion des Risikos gesundheitlicher Schäden durch stressinduzierte physischen Erkrankungen (z.B. Kopfschmerzen) durch Interaktion mit und physischer Aktivität in der Natur (WHO und SCBD 2015) und durch Grünflächen mit geringem Lärmpegel und vegetationsreichen Grünflächen mit lärmreduzierenden Wirkung (IEEP 2016) Allgemeine Krankheitstherapie und -prävention durch Heilmittel und -wissen aus der Natur (WHO und SCBD 2015) Krankheits- und Risikovermeidung durch den pädagogischen Wert von Ökosystemen (WHO und SCBD 2015) Förderung der Genesung nach physischer Krankheit und Verletzung durch Interaktion mit Natur (MALLER et al. 2005, WHO und SCBD 2015), durch Interaktion mit Natur mit hoher Biodiversität und Habitat-Heterogenität in urbanen Grünflächen, durch ästhetische Werte kultureller Ökosystemleistungen (WHO und SCBD 2015) und durch Aufenthalt in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b) Befriedigung von physischen Grundbedürfnissen[113] durch Bereitstellung von Nahrungs- und Heilmitteln, Trink- und Brauchwasser, Baustoffen und anderen Materialien aus der Natur sowie als Lebensraum (WHO und SCBD 2015) und durch gesunde Nahrungsmittel aus der Natur (CLAßEN et al. 2005) Blutdruck- und pulssenkende Wirkung (PARKS VICTORIA 2015b) und Hemmung der Aktivität des sympathischen Nervensystems durch Naturerfahrung und durch physische Aktivitäten in der Natur (IEEP 2016)
Psychisches Wohlergehen	Wiederherstellung der Aufmerksamkeit durch natürliche Landschaften, durch Zugänglichkeit öffentlicher Orte (ABRAHAM et al. 2010, IEEP 2016) und durch Aufenthalt in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b) Erholung von psychischer Erschöpfung durch natürliche Umgebungen (MALLER et al. 2005), durch Zugänglichkeit öffentlicher Orte (ABRAHAM et al. 2010, IEEP 2016), durch physische Aktivitäten in und Kontakt zur Natur (IEEP 2016) und durch Aufenthalt in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b) Förderung der Konzentrationsfähigkeit durch vegetationsreiche Landschaften, natürliche Landschaftselemente (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009), durch Naturbeobachtung (MALLER et al. 2005), durch den pädagogischen Wert von Ökosystemen (WHO und SCBD 2015), durch Kontakt zur Natur und durch Grünflächen mit geringem Lärmpegel und vegetationsreichen Grünflächen mit lärmreduzierenden Wirkung (IEEP 2016) Stressreduktion und Stressprävention durch Landschaften, die als angenehm empfunden werden, natürlich sind und nicht verängstigen, durch vegetationsreiche Landschaften und durch natürliche Landschaftselemente (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009), durch Landschaften mit einer moderaten Komplexität (ABRAHAM et al. 2010, WHO und SCBD 2010) und vielen natürlichen Elementen (z.B. Wasser und Vegetation), durch Grünflächen mit geringem Lärmpegel und vegetationsreichen Grünflächen mit lärmreduzierenden Wirkung (ABRAHAM et al. 2010, IEEP 2016) und durch ästhetische Werte kultureller Ökosystemleistungen (WHO

[113] Die Befriedigung von physischen Grundbedürfnissen durch Natur und Landschaft spielt für Ureinwohner eine andere Rolle als für nicht Ureinwohner. Ureinwohner nutzen die unmittelbare und „naturnahe Natur“, in der sie leben, um diese Bedürfnisse zu befriedigen. Nicht-Ureinwohner nutzen diese überwiegend vermittelt, sind von der Primärproduktion entkoppelt und die Produkte entstammen i.d.R. nicht ihrer Lebensumgebung, die i.d.R. naturfern bzw. anthropogen überformt ist (vgl. WHO und SCBD 2015, S. 214 ff., PARKS VICTORIA 2015a)

	und SCBD 2015), durch Leben in der Nähe von Grünflächen (IEEP 2016), durch physische Aktivitäten in und Kontakt zur Natur (IEEP 2016) und durch Aufenthalt in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b)
	Förderung der Genesung von psychischen Krankheiten durch physische Aktivitäten in der und Interaktion mit Natur, durch ästhetische Werte kultureller Ökosystemleistungen, durch Naturverbundenheit (WHO und SCBD 2015) und durch Aufenthalt in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b)
	Förderung positiver Emotionen durch natürliche Landschaftselemente, die als angenehm empfunden werden (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009, ABRAHAM et al. 2010), durch offene und zugängliche Wälder, durch den Anteil an Offenflächen und Vegetation (ABRAHAM et al. 2010), durch den Besuch von Schutzgebieten (LEMIEUX et al. 2012), durch Kontakt zur Natur (IEEP 2016), durch Aufenthalt und durch spirituelle Erfahrungen in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b)
	Förderung der Frustrationstoleranz durch natürliche Landschaftselemente, die als angenehm empfunden werden (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009) und durch Kontakt zur Natur (IEEP 2016)
	Förderung von Identifikationsprozessen im Sinne einer räumlichen Bindung durch ästhetisch ansprechende Landschaften (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009
Psychisches Wohlergehen	Förderung des allgemeinen psychischen Wohlbefindens durch eine angenehme Klangumwelt von Landschaften, die Orten eine Identität geben kann (RODEWALD 2010), durch Flusslandschaften mit hoher Biodiversität (LOVELL 2014), durch hohe Biodiversität (LOVELL et al. 2014, WHO und SCBD 2015), durch den Besuch von Schutzgebieten (LEMIEUX et al. 2012), durch Erlebnisse mit Wildtieren in einer Landschaft mit hoher Biodiversität (CURTIN 2009), durch Leben in der Nähe von Grünflächen (IEEP 2016) und durch Naturerfahrung und durch physische Aktivitäten in der Natur (IEEP 2016)
	Förderung der kognitiven und emotionalen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch Kontakt zur Natur (WHO und SCBD 2015, IEEP 2016), durch vegetationsreiche und leise Landschaften, die eine Identifikation mit dem Raum und kreatives Spiel ermöglichen (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009) und durch physische Aktivitäten in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b)
	Förderung der guten Stimmung durch physische Aktivitäten in der Natur (LOVELL et al. 2014, WHO und SCBD 2015, IEEP 2016), durch Kontakt zur Natur (IEEP 2016) und durch Aufenthalt in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b)
	Spirituelle Erfüllung im Sinne von Befriedigung spiritueller Bedürfnisse (WHO und SCBD 2015), durch spirituelle Erfahrungen durch Erlebnisse mit Wildtieren (CURTIN 2009), durch Aufenthalt in der Natur und durch Erfahrung von Naturverbundenheit (PARKS VICTORIA 2015b, IEEP 2016)
	Förderung einer positiven Lebensauffassung und der Lebenszufriedenheit durch Nähe zur Natur (MALLER et al. 2005, IEEP 2016)
	Kulturelle und symbolische Bereicherung durch kulturelle Ökosystemleistungen der Natur (WHO und SCBD 2015, CLAßEN 2016)
	Behandlung von Suchterkrankungen durch Kontakt zur Natur (IEEP 2016)
	Förderung des emotionalen Wohlergehens durch physische Aktivitäten in der Natur (IEEP 2016)

Soziales Wohlergehen	Förderung des sozialen Zusammenhalts im Sinne einer Förderung sozialer Kontakte und Gemeinschaftsbildung durch Landschaften mit einem ausreichenden Maß an Sicherheit, Attraktivität, Begehbarkeit, durch Landschaften, die mehrere Zwecke erfüllen und vegetationsreich sind (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009, ABRAHAM et al. 2010), durch das gemeinsame Erleben als wild empfundener Natur (ABRAHAM et al. 2010) und von Ökosystemen (WHO und SCBD 2015), durch hohe Biodiversität (LOVELL 2014), durch den Besuch von Schutzgebieten (LEMIEUX et al. 2012), durch Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b, IEEP 2016), durch zugängliche Grünflächen und durch die Schaffung von Möglichkeiten zum ökologischen Engagement (IEEP 2016) Soziale Integration und Reduktion sozialer Isolation von Immigranten, Hinzugezogenen, Minderheiten und von Alleinlebenden durch Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten in der Natur und durch die Schaffung von Möglichkeiten zum ökologischen Engagement (IEEP 2016) Förderung der emotionalen räumlichen Bindung durch ästhetisch ansprechende Landschaften (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009) und durch die Schaffung von Möglichkeiten zum ökologischen Engagement (IEEP 2016) Förderung der Bereitschaft zu sozialem und ökologischem Engagement durch ästhetisch ansprechende Landschaften (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009) und durch spirituelle Erfahrungen von Natur (PARKS VICTORIA 2015b) Förderung von Naturerfahrung in Gruppen durch Landschaften, wenn diese in geführter Form in der freien Natur stattfindet oder Landschaftsräume gemeinsam gestaltet werden (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009) Förderung des Sozialverhaltens von Kindern und Jugendlichen durch vegetationsreiche und sichere Landschaften, die Spielen ohne Aufsicht, Kontakt mit anderen Kindern und kreatives Spiel ermöglichen (SOMMERHALDER und RODEWALD 2009) und durch Kontakt zur Natur (IEEP 2016) Reduktion des Risikos gesundheitlicher Schäden durch Verbrechen und Gewalt durch vegetationsreiche Grünflächen (WHO und SCBD 2015, IEEP 2017) Rehabilitation von Gefängnisinsassen durch Kontakt zur Natur (IEEP 2016) Förderung des allgemeinen sozialen Wohlergehens durch Aufenthalt in Schutzgebieten (IEEP 2016) Reduktion von unsozialem Verhalten durch natürliche Umwelten als Lernumgebung (IEEP 2016)
Nicht zuzuordnen oder übergeordnet	Förderung des persönlichen Wohlbefindens durch hohe Biodiversität (LOVELL et al. 2014, WHO und SCBD 2015) Erhöhung der Lebenserwartung durch Aufenthalt in Landschaften mit hoher Biodiversität (LOVELL et al. 2014) und durch Leben in der Nähe von Grünflächen (IEEP 2016) Ansprache auf naturbasierte Therapiemethoden (Wildnis-, Garten- und tiergestützte Therapie u.a.) (IEEP 2016) nach Misserfolgen mit konventionellen Therapiemethoden (MALLER et al. 2005)

Nicht zuzuordnen oder übergeordnet	Förderung der physischen, psychischen, sozialen und kulturellen Gesundheit durch Naturverbundenheit in dem Sinne, dass Individuen Natur als Teil ihrer Identität erachten und sich selbst in Einheit mit der natürlichen Welt betrachten (WHO und SCBD 2015) Förderung des physischen und psychischen Wohlergehens vermittelt über den Einfluss von Biodiversität auf kulturelle Ökosystemleistungen (WHO und SCBD 2015) und durch Kontakt zur Natur bei Gefängnisinsassen (IEEP 2016) Förderung der Gesundheit und des Wohlergehens durch den Erhalt von Kulturlandschaft du ihren kulturellen Ökosystemleistungen (WHO und SCBD 2015) Förderung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch Leben in der Nähe von Grünflächen (IEEP 2016) Förderung des allgemeinen Wohlbefindens durch ästhetisch ansprechende naturnahe Gewässer (CLAßEN et al. 2005), durch Aufenthalt in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b) und durch spirituelle Erfahrungen in der Natur (PARKS VICTORIA 2015b) Allgem. therapeutische und gesundheitsfördernde Wirkungen von Landschaften als Kulisse für entspr. Maßnahmen (CLAßEN et al. 2005)

Tab. V: Kategorisierung von direktem und indirektem Nutzen von Gesundheitsleistungen für Großschutzgebiete (Eigene Darstellung nach CLAßEN et al. 2005[114], GÖDEKE 2008, PARKS VICTORIA 2015b, WHO und SCBD 2015[115], IEEP 2016[116])

Kategorie	Direkter Nutzen	Indirekter und allgemeiner Nutzen
Ressourcen	Finanzielle Mittel aus übergeordneten Planungen (z.B. Nachhaltige Entwicklung, Luftreinhaltung, öffentliche Gesundheitsvorsorge, Klimaadaption) Integrierte Finanzierung des Schutzgebietsmanagements aus anderen Förderbereichen (u.a. Agrarwirtschaft und Regionalentwicklung)	Finanzielle Mittel über Fundraising durch mehr Freiwillige

[114] CLAßEN et al. haben 2005 Synergien (Stärken) und Störungen (Schwächen) in 16 gemeinsamen Handlungsfeldern von Natur(schutz) und Gesundheit(sschutz) identifiziert. Synergien können auch als positive Einflüsse oder Nutzen und Störungen analog als negative Einflüsse verstanden werden (vgl. a. Abb. 5). Beide Sichtweisen schließen einander nicht aus und sind je nach Fragestellung berechtigt

[115] Die Angaben beziehen sich überwiegend auf Wirkungen, die im urbanen/periurbanen Raum festgestellt wurden. Diese sind zwar nicht uneingeschränkt übertragbar, wurden hier aber mangels entsprechender Angaben auf Großschutzgebiete verallgemeinert. Zudem liegen Städte in Mitteleuropa resp. Deutschland häufig im Einzugsgebiete von Großschutzgebieten.

[116] S. Fußnote 115; Zudem beziehen sich die Angaben überwiegend auf NATURA 2000-Gebiete und wurden ebenfalls mangels entsprechender Angaben auf Großschutzgebiete verallgemeinert.

Ressourcen	Co-Finanzierung durch die EU mit zusätzlichen lokalen öffentlichen sowie privaten Mitteln Finanzielle Mittel durch EU-weite Zusammenarbeit von Schutzgebieten Finanzielle Mittel aus Gebühren für gesundheitsbezogene Ökosystemleistungen Sicherung einer langfristigen Finanzierung	
Management	Know-how-Transfer durch EU-weite Zusammenarbeit von Schutzgebieten Politische Unterstützung durch EU-weite Zusammenarbeit von Schutzgebieten Synergien mit und Managementressourcen aus übergeordneten Planungen Schutz der Biodiversität durch kombinierte Landschaftspflege-Programme (mit Gesundheitsnutzen) Verbesserung der Erreichbarkeit von Schutzgebieten Verbesserung der Qualität und Verfügbarkeit der Leistungen von Schutzgebieten insgesamt (Synergien) Popularisierung des Nutzens von Schutzgebieten	Verlängerter Planungshorizont durch staatliche Unterstützung übergeordneter Ebenen Unterstützung untergeordneter staatlicher Ebenen, Planer und politischer Entscheider durch staatliche Unterstützung übergeordneter Ebenen Mehr Unterstützung bei Managementaufgaben durch mehr Freiwillige Synergieeffekte aus der intersektoralen Zusammenarbeit mit dem sozialen und öffentlichen und Gesundheitssektor (z.B. durch Informationsaustausch und durch Bündelung von Ressourcen) Lösung von Landnutzungskonflikten durch Stakeholder-Beteiligung Gerechtere, effektivere und effizientere Naturschutzpraxis durch (monetäre) Bewertung natürlicher Ressourcen und Naturschutzkosten Wertschätzung von Natur durch kombinierte Landschaftspflege-Programme Popularisierung des Wertes von Natur und Ökosystemleistungen sowie des Nutzens von Naturschutz Legitimation und mehr sowie zufriedenere Besucher durch kundenspezifische Angebote Personalerweiterung durch erhöhten oder neuartigen Arbeitsaufwand
Motivationale und ethische Effekte	Motivation für den Besuch von Schutzgebieten Argument zur Finanzierung von Schutzgebieten	Mehr Verantwortung für und Unterstützung von Naturschutz durch höhere Naturverbundenheit Mehr Wertschätzung, Engagement und Verantwortung für Naturschutz durch Stakeholder-Beteiligung und durch mehr Freiwillige

Motivationale und ethische Effekte	Gesundheitlicher Wert natürlicher Ressourcen als Begründung für Naturschutz[117] (Klugheit, Glück, Gerechtigkeit) Akzeptanz für Naturschutzmaßnahmen	Umweltbewusstes Verhalten und Umweltverhalten als Treiber einer gesamtgesellschaftlichen Transformation, von der Naturschutz insgesamt profitiert
Nebeneffekte[118]	Schutz der Natur, um allgem. von Ökosystemleistungen zu profitieren Schutz der Natur als Strategie zur Klimaadaption Schutz der Natur, um Gesundheitsleistungen anzubieten Schutz der Natur, um Gesundheitswirkung geographisch auszuweiten Schutz der Natur, um traditionelle und umweltschonende Agrarprodukte und Verarbeitungsmethoden zu nutzen (z.B. Slow Food und Regionalprodukte) Schutz der Natur, um ländliche Regionen zu entwickeln Schutz der Natur, um Tourismus zu fördern Schutz der Natur, um die grüne Infrastruktur auszubauen	

[117] Eser (2016) unterscheidet drei Argumentationslinien für die ethische Begründung von Naturschutz: Klugheit („weil es uns langfristig selber nützt“), Gerechtigkeit („weil die Achtung vor den Rechten Anderer es gebietet“) und Glück („weil Naturverbundenheit eine Option des Guten Lebens ist“) (S. 59). Alle drei Linien werden durch Gesundheitsinterventionen gestärkt.

[118] Engl.: Co-Benefits, vgl. IEEP 2016, S. 174 ff.; Bei Nebeneffekten fällt Nutzen für Naturschutz ‚nebenbei‘ an; Das eigentliche Ziel ist ein anderes (z.B. bei Tourismusförderung und Regionalentwicklung). Die Verbindung zu Gesundheitsinterventionen besteht darin, dass Gesundheitsleistungen geschaffen werden, um in dem jeweiligen Handlungsfeld entsprechende Ziele (Tourismusförderung, Regionalentwicklung) zu erreichen, dabei aber als Nebeneffekt ein Beitrag zum Naturschutz geleistet wird. Da diese Nebeneffekte dem Naturschutz allgemein sowie Schutzgebieten direkt zugutekommen können, wird die Art des Nutzens nicht weiter unterschieden.

Tab. VI: Wahl der untersuchten Großschutzgebiete und methodische Besonderheiten

Schutzgebiet	Besonderheiten	Befragung	Angebots-analyse
Nationalparke (NLP)			
NLP Bayerischer Wald	keine	x	x
NLP Berchtesgaden	2 Websites	x	x
NLP Schleswig-Holsteinisches Wattenmeer	Unterscheidet sich personell und flächenbezogen vom BSR Schleswig-Holsteinisches Wattenmeer und Halligen (NLP hat Kernzone und kl. Halligen allein, BSR gr. Halligen allein und PuE und Entw.Zone gemeinsam mit NLP); deshalb werden beide gesondert befragt und deren Angebot gesondert analysiert; 3 Websites, davon 1 Website gemeinsame mit BSR	x	x
NLP Niedersächsisches Wattenmeer	Keine; 3 Websites	x	x
NLP Hamburgisches Wattenmeer	Entspricht flächenmäßig sowie bezüglich der Schutzziele und Aktivitäten dem BSR und hat einen gemeinsamen Ansprechpartner, darum nicht gesondert erfassbar; deshalb werden beide gemeinsam befragt und deren Angebot auch gemeinsam analysiert	gem. mit BSR	gem. mit BSR
NLP Jasmund	Auf Grund seiner geringen Größe gibt es zu Fragen des Schutzgebietsmanagements eine gemeinsame Ansprechpartnerin mit dem NLP Vorpommersche Boddenlandschaft; deshalb werden beide gemeinsam befragt, aber deren Angebot gesondert analysiert; 2 Websites	gem. mit anderem NLP	x
NLP Vorpommersche Boddenlandschaft	Gemeinsame Ansprechpartnerin mit dem NLP Vorpommersche Boddenlandschaft zu Fragen des Schutzgebietsmanagement; deshalb werden beide gemeinsam befragt, aber deren Angebot gesondert analysiert	gem. mit anderem NLP	x
NLP Müritz	keine	x	x
NLP Sächsische Schweiz	keine	x	x
NLP Unteres Odertal	keine	x	x
NLP Hainich	keine	x	x
NLP Eifel	keine	x	x

NLP Kellerwald-Edersee	Gemeinsamer Veranstaltungskalender mit Naturpark Kellerwald-Edersee, aber Angebote klar zuzuordnen	x	x
NLP Harz	keine	x	x
NLP Schwarzwald	keine	x	x
NLP Hunsrück-Hochwald	keine	x	x
Biosphärenreservate (BSR)			
BSR Berchtesgadener Land	Keine	x	x
BSR Bliesgau	Keine	x	x
BSR Karstlandschaft Südharz	Nicht von der UNESCO anerkannt, aber Mitglied bei EUROPARC; Beziehen sich aber auf das UNESCO-Programm „Der Mensch und die Biosphäre“	x	x
BSR Flusslandschaft Elbe - Brandenburg	Einer von vier Teilen des länderübergreifenden BSR Flusslandschaft Elbe; aller vier Teile werden gesondert befragt und deren Angebot auch gesondert analysiert	x	x
BSR Flusslandschaft Elbe - Mecklenburg-Vorpommern	Einer von vier Teilen des länderübergreifenden BSR Flusslandschaft Elbe; aller vier Teile werden gesondert befragt und deren Angebot auch gesondert analysiert	x	x
BSR Mittelelbe	Einer von vier Teilen des länderübergreifenden BSR Flusslandschaft Elbe; aller vier Teile werden gesondert befragt und deren Angebot auch gesondert analysiert	x	x
BSR Niedersächsische Elbtalaue	Einer von vier Teilen des länderübergreifenden BSR Flusslandschaft Elbe; aller vier Teile werden gesondert befragt und deren Angebot auch gesondert analysiert; 2 Websites	x	x
BSR Hamburgisches Wattenmeer	Entspricht flächenmäßig sowie bezüglich der Schutzziele und Aktivitäten dem NLP und hat einen gemeinsamen Ansprechpartner, darum nicht gesondert erfassbar; deshalb werden beide gemeinsam befragt, deren Angebot jedoch getrennt analysiert (da unterscheidbar)	gem. mit NLP	x
BSR Niedersächsisches Wattenmeer	Entspricht flächenmäßig sowie bezüglich der Schutzziele und Aktivitäten dem NLP und hat einen gemeinsamen Ansprechpartner, darum nicht gesondert erfassbar; deshalb werden	x	x

	beide gemeinsam befragt und deren Angebot auch gemeinsam analysiert; 2 Websites		
BSR Schleswig-Holsteinisches Wattenmeer und Halligen	Unterscheidet sich personell und flächenbezogen vom NLP Schleswig-Holsteinisches Wattenmeer und Halligen (NLP hat Kernzone und kl. Halligen allein, BSR gr. Halligen allein und PuE und Entw. Zone gemeinsam mit NLP); deshalb werden beide gesondert befragt und deren Angebot gesondert analysiert; gemeinsame Website mit NLP	x	x
BSR Oberlausitzer Heide- und Teichlandschaft	2 Websites	x	x
BSR Pfälzerwald-Nordvogesen	Entspricht flächenmäßig sowie bezüglich der Schutzziele und Aktivitäten dem NP und hat einen gemeinsamen Ansprechpartner, darum nicht gesondert erfassbar; deshalb werden beide gemeinsam befragt und deren Angebot auch gemeinsam analysiert; 1 Website für BSR und NP (Ergebnisse aber z.T. zuzuordnen) plus 2. Website für BSR	gem. mit NP	x
BSR Rhön	Liegt in drei Bundesländern und hat für jeden Teil einenN eigeneN AnsprechparterIn; Schutzgebiets deshalb wird das BSR dreifach befragt und deren Angebot den einzelnen Bundesländern zugeordnet; BSR Rhön (Teil Bayern) gemeinsames Jahresprogramm mit NP Bay. Rhön	dreifach	dreifach
BSR Schaalsee		x	x
BSR Schorfheide-Chorin		x	x
BSR Schwäbische Alb		x	x
BSR Schwarzwald		x	x
BSR Spreewald		x	x
BSR Südost-Rügen	2 Websites	x	x
BSR Thüringer Wald		x	X

Naturparke (NP), die Mitglied bei EUROPARC Deutschland sind			
NP Bayerische Rhön		x	x
NP Bayerischer Wald		x	x
Internationaler Naturpark Bourtanger Moor – Bargerveen		x	x
NP Drömling		x	x
NP Eichsfeld-Hainich-Werratal		x	x
NP Erzgebirge/Vogtland		x	x
NP Feldberger Seenlandschaft		x	x
NP Insel Usedom – Mecklenburg-Vorpommern		x	x
NP Kyffhäuser		x	x
NP Lauenburgische Seen	2 Websites; keine Suche über Suchmaschine möglich, da Stammverzeichnis[119] http://www.moelln-tourismus.de das Marketing der Stadt mit erfasst; stattdessen Suche in Rubriken	x	x
NP Mecklenburgische Schweiz und Kummerower See		x	x
NP Münden		x	x
NP Nossentiner/ Schwinzer Heide		x	x
NP Pfälzerwald	Entspricht flächenmäßig sowie bezüglich der Schutzziele und Aktivitäten dem BSR und hat einen gemeinsamen Ansprechpartner, darum nicht gesondert erfassbar; deshalb werden beide gemeinsam befragt und deren Angebot auch gemeinsam analysiert; 1 Website für BSR und NP (Ergebnisse aber z.T. zuzuordnen)	gem. mit BSR	x

[119] s. Fußnote 66

NP Südharz		x	x
NP Natur- und Geopark TERRA.vita	Gemeinsame Ansprechpartnerin mit dem Geopark zu Fragen des Schutzgebietsmanagements und gemeinsames Angebot**;** deshalb werden beide gemeinsam befragt und deren Angebot auch gemeinsam analysiert; 1 Website für NP und GP	gem. mit Geopark	gem. mit Geopark
NP Thüringer Schiefergebirge/Obere Saale	Keine	x	x
NP Thüringer Wald	Keine	x	x
UNESCO Global Geoparke			
Natur- und Geopark Vulkaneifel	1 Website für NP und GP, wird in Angebotsanalyse nicht als Naturpark ausgewertet, da nur Naturparke, die Mitglied bei EUROPARC sind, interessieren	x	x
Natur- und Geopark TERRA.vita	Gemeinsame Ansprechpartnerin mit dem NP zu Fragen des Schutzgebietsmanagements und gemeinsames Angebot**;** deshalb werden beide gemeinsam befragt und deren Angebot auch gemeinsam analysiert; 1 Website für NP und GP	gem. mit NP	gem. mit NP
Geopark Muskauer Faltenbogen	Keine	x	x
Geo-Naturpark Bergstrasse-Odenwald	Angebtosanalyse mit reduzierten Suchwörtern, da zu viele Ergebnisse plus ergänzend Suche in Rubriken (s. Kap. 3.3.1)	x	x
Geopark Harz – Braunschweiger Land – Ostfalen	Keine	x	x
Geopark Schwäbische Alb	Keine	x	x
Wildnisgebiet, das Mitglied bei EUROPARC Deutschland ist			
Wildnisgebiet Königsbrücker Heide	Keine	x	x

Tab. VII: Auffangkriterien zur Bestimmung der Analyseeinheiten (Eigene Darstellung)

Begriffsgruppe	Begriffe und ihre Synonyme (DUDEN ONLINE 2017a)	Zurückgewiesene Begriffe mit Begründung	Angenommene Begriffe mit Begründung[120]
Alle Synonyme für Gesundheit, Wohlbefinden oder Krankheit. Begründung: Gesundheitsleistungen intendieren eine Wirkung auf die Gesundheit bzw. Krankheit (vgl. **Abb. 2**). Zudem liegt ein multidimensionales und dynamisches Verständnis von Gesundheit zugrunde, welches das Wohlbefinden mit einschließt (vgl. Kap. 2.2).	Gesundheit, Syn: Frische, Wohlbefinden, Wohlgefühl, Wohlsein, Salubrität; Wohlbefinden, Syn: Glück, Heil, Wellness, Wohl[ergehen], Wohlgefühl, Wohlsein; Eudämonie Krankheit, Syn.: Beschwerden, Erkrankung, Leiden, Schmerz[en], Seuche, Störung, Übelbefinden, Unpässlichkeit, Unwohlsein, Verletzung; (gehoben) Gebrechen, Siechtum; (meist gehoben) Übel; (bildungssprachlich) Indisposition; (umgangssprachlich) Wehwehchen, (umgangssprachlich scherzhaft) Zipperlein; (schweizerisch, sonst veraltet) Gebresten; (Medizin) Infekt, Infektion; (Psychologie) Defekt),	Frische (zu unspezifisch, da nur 1/6 Bedeutungen gesundheitsbezogen) Glück (zu unspezifisch, da nur die dritte Bedeutung gesundheitsbezogen) Beschwerde (zu unspezifisch, da Hauptbedeutung doppeldeutig und nur 1/3 Bedeutungen als Antonym gesundheitsbezogen) Seuche (Hauptgebrauch bezogen auf Tiere; auf Menschen bezogen veraltet und nicht mehr relevant) Störung (zu unspezifisch, da keine unmittelbare gesundheitsbezogene Bedeutung) Übel (zu unspezifisch, da al Adjektiv 2/4 und als Substantiv 1/3 Bedeutungen als Antonym gesundheitsbezogen und) Gebresten (schweizerisch, sonst veraltet) Defekt (zu unspezifisch, da nur 1/3 Bedeutungen als Antonym gesundheitsbezogen)	gesund* (Wortstamm für Gesundheit, gesundheitlich, etc. wohl* (Wortstamm für Wohlbefinden, Wohlgefühl, Wohlsein, Wohlergehen, Unwohlsein) Salubrität (Fachbegriff für Gesundheit) Heil* (Wortstamm für Heilung, heilsam, Heilwirkung, etc. und Hauptbedeutung gesundheitsbezogen) Wellness (Hauptbedeutung gesundheitsbezogen) Eudämonie (Fachbegriff für Wohlbefinden) Krank* (Wortstamm für Krankheitsbekämpfung, Erkrankung, krankheitsbezogen, etc. und Krankheit Antonym für Gesundheit) Leiden (Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen) Schmerz* (Wortstamm für schmerzlindernd, Schmerzbehandlung, etc. und Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen) Übelbef* (Wortstamm für Übelbefinden, übelbefunden, etc. und Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen)

[120] Bei Gesundheitswirkungen liegt die Annahme in der Gesundheitswirkung begründet und wird nicht nochmals erläutert (s.a. Tab. IV im Anhang)

Alle Synonyme für Gesundheit, Wohlbefinden oder Krankheit. Begründung: Gesundheitsleistungen intendieren eine Wirkung auf die Gesundheit bzw. Krankheit (vgl. **Abb. 2**). Zudem liegt ein multidimensionales und dynamisches Verständnis von Gesundheit zugrunde, welches das Wohlbefinden mit einschließt (vgl. Kap. 2.2).			Unpässlich* (Wortstamm für unpässlich, Unpässlichkeit, etc. und Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen) Unwohl* (Wortstamm für Unwohlsein, unwohl, etc. und Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen) Verletz* (Wortstamm für Verletzung, verletzt, etc. und Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen) Gebrechen (Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen) Siechtum (Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen) Indisposition (Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen) Wehwehchen (Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen) Zipperlein (Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen) Infekt* (Wortstamm für Infektion, Infektionskrankheit, etc. und Hauptbedeutung als Antonym gesundheitsbezogen)
Alle Arten von Gesundheitsinterventionen und ihre Synonyme (vgl. **Abb. 3**)	Gesundheitsförderung, Syn.: n.a. Prävention, Syn.: Prophylaxe, Vorbeugung, Vorsorge Kuration, Syn.: n.a. Therapie, Syn.: [Heil]behandlung, (umgangssprachlich)	Gesundheitsförderung (wird inkl. gesundheitsfördernd etc. über gesund* bereits abgedeckt) Vorbeugung und Vorsorge (zu unspezifisch, da Hauptbedeutung neutral und nicht gesundheitsbezogen; insbesondere könnten vorbeugende Maßnahmen des	Prävent* (Wortstamm für präventiv, Prävention, etc. und Hauptbedeutung gesundheitsbezogen) Prophyla* (Wortstamm für prophylaktisch, Prophylaxe, etc. und Hauptbedeutung gesundheitsbezogen) Kur* (Wortstamm für Kuration, kurativ, Kur, etc. und Hauptbedeutung gesundheitsbezogen)

Alle Arten von Gesundheitsinterventionen und ihre Synonyme (vgl. **Abb. 3**)	Gewaltkur, (umgangssprachlich) Rosskur Rehabilitation, Syn.: n.a. Pflege, Syn.: Behandlung, Betreuung, Fürsorge, Hilfe, Versorgung; (gehoben) Obhut; (österreichische Amtssprache) Befürsorgung, Obsorge, Erhaltung, Konservierung, Schutz, Unterhaltung; (veraltend) Wartung; (Forstwirtschaft, Jagdwesen) Hege; (Papierdeutsch) Instandhaltung, [Aufrecht]erhaltung, Kultivierung	Schutzgebietsmanagements im Biotop- und Artenschutz miterfasst werden) Heilbehandlung (wird über heil* bereits abgedeckt) Pflege inkl. aller Synonyme (zu unspezifisch, da Hauptbedeutung nicht gesundheitsbezogen; insbesondere würden Maßnahmen des Schutzgebietsmanagements im Biotop- und Artenschutz miterfasst werden)	Therap* (Wortstamm für Therapie, therapeutisch, etc. und Hauptbedeutung gesundheitsbezogen) Reha* (Wortstamm für Reha, Rehabilitation, etc.) Gewaltkur (Hauptbedeutung gesundheitsbezogen) Rosskur (Hauptbedeutung gesundheitsbezogen)

Gesundheitswirkungen von Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft auf das physische Wohlergehen (s. Tab. IV im Anhang).	Fitness Immunreaktion Krankheitserreger Herzkreislauferkrankungen Atemwegserkrankungen Lärmbelastung Stressinduzierte Erkrankungen Krankheitstherapie Krankheitsprävention Krankheitsvermeidung Genesung Befriedigung von physischen Grundbedürfnissen blutdrucksenkende Wirkung pulssenkende Wirkung	Krankheitserreger, -therapie, -prävention, -vermeidung (wird über krank* bereits abgedeckt) Befriedigung von physischen Grundbedürfnissen (zu unspezifisch und spielt in Mitteleuropa keine Rolle in Großschutzgebieten)	Fit* (Wortstamm für fit, Fitness, etc.) vital Immun* (Wortstamm für Immunreaktion, Immunstärkung, etc.) Herzkreislauf* (Wortstamm für Herzkreislauferkrankungen, -belastung, etc.) Kreislauf* (Wortstamm für Kreislauferkrankungen, -belastung, etc.) Atemweg* (Wortstamm für Atemwegserkrankungen, -infektion, etc.) Lärm* (Wortstamm für Lärmbelastung, lärmbedingte Erkrankungen, etc.) Stress* (Wortstamm für stressinduzierte Erkrankungen, Stressreduktion, Stressprävention, etc.) Genes* (Wortstamm für Genesung, genesen, etc.) Blutdruck* (Wortstamm für Blutdrucksenkung, blutdrucksenkend, etc.) Puls* (Wortstamm für Pulssenkung, pulssenkend, etc.
Gesundheitswirkungen von Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft auf das psychische Wohlergehen (s. Tab. IV im Anhang).	Aufmerksamkeit Erschöpfung Konzentrationsfähigkeit Stressreduktion Stressprävention Genesung	Aufmerksamkeit (zu unspezifisch, da Hauptbedeutung nicht gesundheitsbezogen; anstatt Angebote zu erfassen, die die Aufmerksamkeitskapazität widerherstellen, könnten Angebote, die Aufmerksamkeit beanspruchen erfasst werden)	Erschöpf* (Wortstamm für Erschöpfung, erschöpft, etc.) Konzentr* (Wortstamm für konzentrieren, Konzentrationsfähigkeit, etc.) „Positive Emotionen“ Spirituel* (deckt spirituelle Erfahrungen / Erfüllung, etc. ab)

	positive Emotionen spirituelle Erfahrungen Frustrationstoleranz Indentifikationsprozesse Wohlbefinden gute Stimmungen spirituelle Erfüllung kognitive Entwicklung emotionale Entwicklung positive Lebensauffassung Lebenszufriedenheit Kulturelle und symbolische Bereicherung Suchterkrankungen Emotionales Wohlergehen	Stressreduktion und –prävention (werden über stress‘ bereits abgedeckt) Genesung (wird über Genes* bereits abgedeckt) Wohlbefinden (wird über Wohl* bereits abgedeckt) Emotionales Wohlergehen (wird über Wohl* bereits abgedeckt)	Identifi* (deckt Identifikationsprozesse, identifizieren, etc. ab) „gute Stimmung*“ (deckt Plural und Singular ab) „Kognitive Entwicklung“ „emotionale Entwicklung“ „emotionaler Entwicklung“ „emotionalen Entwicklung“ „positive Lebensauffassung“ „positiver Lebensauffassung“ „positiven Lebensauffassung“ „Lebenszufriedenheit“ „kulturelle Bereicherung“ „symbolische Bereicherung“ Suchterkrankung*

Gesundheitswirkungen von Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft auf das soziale Wohlergehen (s. Tab. IV im Anhang).	Sozialer Zusammenhalt Soziale Kontakte Gemeinschaftsbildung Soziale Integration Soziale Isolation Emotionale räumliche Bindung Soziales und ökologisches Engagement Krankheitsprävention Gewaltprävention Rehabilitation von Gefängnisinsassen soziales Wohlergehen unsoziales Verhalten	Sozial* (zu unspezifisch, deshalb werden die spezifischen Begriffe gewählt Soziales und ökologisches Engagement (zu unspezifisch, da direkte Förderung von Engagement ohne Gesundheitsbezug miterfasst werden würde; erforscht werden sollen aber Gesundheitsleistungen, die diese Wirkung haben und nicht die Wirkungen selbst) Krankheitsprävention (wird über krank* bereits abgedeckt) Rehabilitation (wird über Reha* bereits abgedeckt) soziales Wohlergehen (über wohl* bereits abgedeckt unsoziales Verhalten (zu unspezifisch)	„soziale Zusammenhalt“ „sozialer Zusammenhalt“ „sozialen Zusammenhalt“ Gemeinschaftsbildung „soziale Integration“ „sozialer Integration“ „sozialen Integration“ „soziale Isolation“ „sozialer Isolation“ „sozialen Isolation“ „räumliche Bindung“ „Gewaltprävention“ „Gefängnis*“ Häftling* Haft
Gesundheitswirkungen von Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft, die keiner bzw. keiner einzelnen Gesundheitsdimension zuzuordnen sind (s. Tab. IV im Anhang).	persönliches Wohlbefinden Lebenserwartung naturbasierte Therapiemethoden Naturtherapie	persönliches Wohlbefinden (wird über wohl* bereits abgedeckt)	„naturbasierte Therapie*“ (Wortstamm für Therapiemethoden, -ansätze, etc.) „naturbasierter Therapie*“ „naturbasierten Therapie*“ Naturtherapie

Tab. VIII: Kategoriensystem und Vorgehensweisen zur Beantwortung der Forschungsfragen mittels angebotszentrierter Inhaltsanalyse

Forschungs-frage-Nr.	Frage mit Kategoriensystem und ggfls. Vorgehensweise
1.1.1	Welchen Zielfeldern von Gesundheitsinterventionen können die Gesundheitsleistungen zugeordnet werden? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitsleistung (s. Kap. 2.2); Zielfelder (s. Tab. 7) Kategorien: Förderung der physische Betätigung (Programme), Förderung einer gesunden Lebensweise, Angebote für besondere Bevölkerungsgruppen, Förderung der MitarbeiterInnengesundheit, Verbesserung der Zugänglichkeit, Bereitstellung gesunder Lebensmittel / Förderung einer gesunden Ernährungsweise, Förderung der physische Betätigung (Einrichtungen), Förderung der sozialen Interaktion, Förderung eines gefahrlosen Aufenthalts, Förderung des Engagements der Besucher, Förderung des Wissens über gesundheitliche Nutzen von Schutzgebieten; Andere
1.1.Alt	Welche Art von Gesundheitsleistung wird angeboten? Kategorien: freie Texteingabe Vorgehensweise: Die Art(en) werden zu übergeordneten Kategorien mit gemeinsamen Merkmal(en) aggregiert. Die Auswertung erfolgt für diese Kategorien
1.1.3	Wird die Gesundheitsleistung jahreszeitlich beschränkt angeboten? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitsleistung (s. Kap. 2.2) Kategorien: ein- bis zweimalig [bis 2 Veranst./Jahr]; saisonal [ab 3 Veranst./ Jahr]; ganzjährig [ab 1 Veranst./ Monat]; k.A.
1.1.4	Welche Gesundheitswirkung ist intendiert? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitswirkungen (s. Tab. 6) Kategorien: freie Texteingabe Vorgehensweise: Die genannten Intentionen werden zu übergeordneten Kategorien mit gemeinsamen Merkmal(en) aggregiert. Die Auswertung erfolgt für diese Kategorien
1.1.5	In welcher Dimension ist eine Gesundheitswirkung intendiert? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitswirkungen in drei Gesundheitsdimensionen (s. Tab. 6) Kategorien: physisches Wohlergehen; psychisches Wohlergehen; soziales Wohlergehen; nicht zuzuordnen oder übergeordnet; k.A.

1.1.6	Welcher Art der Gesundheitsintervention lassen sich die Gesundheitsleistungen zuordnen? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitsleistung (s. Kap. 2.2), Arten der Gesundheitsintervention (s. Abb. 3) Kategorien: Gesundheitsförderung; Krankheitsprävention; Kuration / Therapie, Rehabilitation; Pflege; nicht zuzuordnen
1.1.7	Ist die Gesundheitsleistung für die InanspruchnehmerInnen kostenpflichtig? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitsleistung (s. Kap. 2.2) Kategorien: Ja; Nein; k.A.
1.1.8	Ist das angebotene Gesundheitsleistung zielgruppenspezifisch und wenn ja, für welche Zielgruppen? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitsleistung (s. Kap. 2.2). Die Zielgruppe bezieht sich immer auf die Personen, die mit der intendierten Wirkung erreicht werden sollen. So werden beispielsweise bei Fortbildungen zu Heilkräutern in der Frauenheilkunde zwar beide Geschlechter angesprochen, daran teilzunehmen. Die intendierte Gesundheitswirkung bezieht sich aber nur auf Frauen und diese werden dann auch als Zielgruppe kodiert. Zielgruppen mit besonderen Anforderungen / Ansprüchen an Gesundheit bzw. Gesundheitsleistungen (s. Tab. 7) Kategorien: Unspezifisch, Gefährdete und benachteiligte Kinder und Jugendliche, Senioren, Behinderte, Sozial und/oder wirtschaftlich Benachteiligte, Frauen, Andere
1.1.9	Werden Landschaftsattribute, die eine gesundheitliche Wirkung haben, im Angebot der Gesundheitsleistung genannt und wenn ja, welche? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitsleistung (s. Kap. 2.2) Kategorien: Ja; Nein; freie Texteingabe; k.A. Vorgehensweise: Für die genannten Attribute werden übergeordnete Kategorien zugeordnet. Die Auswertung erfolgt für diese Kategorien
1.1.10	Unterscheiden sich die Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft in ihrer intendierten Gesundheitswirkung? Definition wichtiger Begriffe: Natur und Landschaft (Kap. 2.1), Gesundheitswirkungen (s. Tab. 6) Kategorien: s. FF 1.1.4 und 1.1.9. Vorgehen: Korrelationsanalyse der gebildeten Kategorien aus FF 1.1.4 und 1.1.9; Zu analysieren sind signifikante Korrelationen mit Cramer V, da beide Skalen nominal, Mehrfachnennungen je Fall möglich sind und ein Fall somit mehrere Ausprägungen je Variable aufweisen kann (BROSIUS 2013); Dazu werden die Ausprägungen bivariat als Einzelvariable in SPSS eingegeben und als Variablenset definiert. Die Korrelationsberechnung erfolgt dann für die beiden Variablensets.

1.1.11	Welche Stakeholder sind an der Erbringung der Gesundheitsleistungen beteiligt? Definition wichtiger Begriffe: Stakeholder (s. Tab. 7) Kategorien: Keine; institutionelle Akteure der Gesundheitswirtschaft (Krankenhäuser, Krankenversicherungen, Praktizierendende der Heilberufe); Städte und Gemeinden; Akteure der Wellness-Branche (Bäder, Thermen, Vereine); Landschafts-, Natur- und Wanderführer; Hotellerie und Ressorts; Heilpraktiker und Therapeuten; Bildungseinrichtungen; Tourismusorganisationen; Andere; k.A.
1.1.12	Wird die Gesundheitsleistung vom Großschutzgebiet, vom Stakeholder oder in Kooperation erbracht? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitsleistung (s. Kap. 2.2) Kategorien: Großschutzgebiet; Stakeholder, Kooperation, k.A.
4.1.1	An welchem geographischen Ort wird die Gesundheitsleistung angeboten? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitsleistung (s. Kap. 2.2) Kategorien: freie Texteingabe der geographischen Bezeichnung

Tab. IX: Kategoriensystem und Vorgehensweisen zur Beantwortung der Forschungsfragen mittels Auswertung von GIS-Daten

Forschungsfrage-Nr.	Frage mit Kategoriensystem und gglfs. mit Vorgehensweise
4.1.2	Welchen naturschutzrechtlichen Status haben die Orte, an denen Gesundheitsleistungen in Großschutzgebieten angeboten werden? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitsleistung (s. Kap. 2.2), naturschutzrechtliche Stati (s. Kap. 2.5) Kategorien: Nationalpark-Kernzone; Nationalpark-Entwicklungszone; Nationalpark-Nutzungszone; Naturschutzgebiet; Biosphärenreservat-Kernzone, Biosphärenreservat-Pflege-/Pufferzone, Biosphärenreservat-Entwicklungszone, Landschaftsschutzgebiet, gesetzlich geschütztes Biotop, Naturpark, Global Geopark; nicht ermittelbar; nicht ermittelbar wg. Angebotsbeschreibung; nicht ermittelbar, da kein Kartenfund; kein besonderer Schutz; Beschreibung der Vorgehensweise: Eingabe der geographischen Bezeichnung aus bei Forschungsfrage 4.1.1 in die Ortssuche des WMS-Kartendienstes des entsprechenden Landesumweltamtes oder Bundeslandes (s. Variable GIS_Datenquelle_mit_Link auf der Daten-CD). Falls mit der Ortsangabe kein Ort in der Karte gefunden wird, erfolgt keine weitere Recherche zur Ermittlung weiterer Daten, sondern es wird als „nicht ermittelbar, da kein Kartenfund“ kodiert.

4.1.3	Welcher naturschutzfachliche Wert kann für den Ort, an dem die Gesundheitsleistung angeboten wird, abgeleitet werden? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitsleistung (s. Kap. 2.2), naturschutzfachlicher Wert (s. Tab. 7) Kategorien: kein; gering; mittel; mittel-hoch; hoch; nicht zu ermitteln Kontexteinheit: Nationalpark-Kernzone=hoch; Nationalpark-Entwicklungszone=mittel-hoch; Nationalpark-Nutzungszone=gering; Naturschutzgebiet=hoch; Biosphärenreservat-Kernzone=hoch, Biosphärenreservat-Pflege-/Pufferzone=mittel, Biosphärenreservat-Entwicklungszone=gering, Landschaftsschutzgebiet=mittel, gesetzlich geschütztes Biotop=hoch, Naturpark=kein, Global Geopark=kein, nicht ermittelt. Vorgehensweise: Bewertung des naturschutzfachlichen Wertes mittels des in Forschungsfrage 4.1.2 ermittelten naturschutzrechtlichen Status (s. Kontexteinheit)
4.1.4	Unterscheiden sich Orte mit unterschiedlichem Naturschutzwert in ihrer intendierten Gesundheitswirkung? Definition wichtiger Begriffe: Gesundheitsleistung (s. Kap. 2.2), naturschutzfachlicher Wert (s. Tab. 8), Gesundheitswirkungen (s. Tab. 6) Kategorien: s. FF 1.1.4 und 4.1.3. Beschreibung der Vorgehensweise: Korrelationsanalyse der gebildeten Kategorien aus FF 1.1.4 und 4.1.3. Zu analysieren sind signifikante Korrelationen mit Phi, da beide Skalen nominal sind und zur Beantwortung der Forschungsfrage eine Einfachausprägung für die Variable „intendierte Gesundheitswirkung“ angenommen wird (obwohl Mehrfachnennungen je Fall möglich sind) und die Variable „Naturschutzwert“ nur einfach ausgeprägt sein kann. Dazu werden die Ausprägungen bivariat als Einzelvariable in SPSS eingegeben und analysiert (BROSIUS 2013)

Tab. X: Leitfäden zur Gestaltung, Implementierung und Qualitätskontrolle von mobilen und von webbasierten Umfragen nach der Tailored Design Method (Eigene Darstellung nach DILLMAN et al. 2014)

Hinweis-Nr.	Hinweis und Umsetzung im Online-Survey
Hinweise zur Gestaltung von mobilen und von webbasierten Umfragen	
1	Entscheide, wie die Umfrage programmiert und gehostet wird >keine eigene Programmierung möglich, da Aufwand zu hoch; Wahl eines geeigneten Anbieters und Erstellung der Umfrage mittels eines „what you see is what you get“-Editors, für dessen Bedienung keine Programmierkenntnisse notwendig sind; Umfrage wird auf Website des Programmanbieters gehostet
2	Evaluiere die technologischen Möglichkeiten der zu Befragenden >Zugang zum Internet während der Arbeitszeit wird bei MitarbeiterInnen von Großschutzgebieten angenommen
3	Stelle sicher, dass die Fragen auf unterschiedlichen Endgeräten, Browsern, Benutzereinstellungen und Betriebssystemen ähnlich dargestellt werden >Umfrage beim Anbieter LamaPoll ist für die Anzeige auf PC-/Laptop-Bildschirmen, Tablets und Smartphones optimiert (wählbar); Die Anzeige erfolgt ähnlich auf den gängigsten Betriebssystemen MacOS, Windows 7, 10 und XP, Linux Mint, in den gängigsten Webbrowsern Mozilla Firefox, MS Internet Explorer und Google Chrome , bei unterschiedlichen Bildschirmauflösungen (getestet auf Windows 10 und Linux Mint-PCs) und bei Aktivierung von Werbeblockern
4	Biete eine Umfrage optimiert für Smartphones an > Umfrage beim Anbieter LamaPoll ist für die Anzeige u.a. auf Smartphones optimiert (wählbar in Kopfzeile)
5	Entscheide, wie viele Fragen auf einer Website präsentiert werden und wie die Fragen arrangiert werden >Ein Frage pro Website und „Weiter“- und „Zurück“-Button zur Navigation durch die Fragen; Dadurch mehr Kontrolle über die Reihenfolge der Beantwortung (da verschiedene Themenfelder und Einstiegsfragen) und Speicherung der Antworten, selbst wenn nicht zu Ende beantwortet wird; dadurch auch Möglichkeit der Verzweigungslogik (Filterfragen)
6	Kreiere interessante und informative Willkommens und Endseiten, die eine breite Wirkung auf die zu Befragenden haben >Auf der Willkommensseite steht das Informative im Vordergrund, interessant wird die Umfrage auch durch die optisch ansprechende Gestaltung inklusive Logo der Hochschule, an der die Masterarbeit durchgeführt wird (s. Anhang 1, Anhang 2, Anhang 3), und durch die Bezugnahme auf den

	Dachverband der zu Befragenden; die Abschlussseite zeigt eine ansprechende Grafik und verweist auf Kontaktdaten für weitergehende Informationen (s. Anhang 3, Anhang 4, Anhang 5)
7	Entwickle ein Seitenformat, dass den zu Befragenden mehr betont als den Sponsor >Da es keinen Sponsor gibt, werden die zu Befragenden durch die Bezugnahme auf deren Dachverband in der Kopfzeile der einzelnen Seiten betont. Auch durch die Verwendung der Farbe Grün in vier Elementen werden die zu Befragenden betont, da dafür eine berufsbedingte Affinität da angenommen wird
8	Verwende ein gleichbleibendes Layout für die einzelnen Seiten und betone die entscheidenden Informationen, die zur vollständigen Beendigung der Umfrage notwendig sind, visuell: Achte darauf, weniger wichtige Informationen weniger stark zu betonen >Gleichbleibendes Layout und Betonung der Navigationsbuttons Zurück“ und „Weiter“; Die jew. Frage ist in der größten Schriftgröße der jew. Seite und in Fettschrift; die Beschreibung der Umfrage ist weniger betont in kleinerer Schrift in der Kopfzeile und die Definition ist nur über einen Infobutton (wo vorhanden) einblendbar, um nicht überzubetonen und den Fokus abzulenken
9	Ermögliche es den Antwortenden, zu früheren Fragen zurückzukehren >Möglichkeit ist über den Navigationsbutton „Zurück“ gegeben und die zuvor gegebenen Antworten können geändert werden
10	Mache die Beantwortung von Fragen nicht zur notwendigen Bedingung, um zur nächsten Frage zu gelangen, wenn es nicht absolut notwendig ist >Die Beantwortung von Fragen ist nie ein notwendige Bedingung, um zur nächsten Frage zu gelangen
11	Gestalte umfrage- und itemspezifische Fehlermeldungen, um den Antwortenden dabei zu helfen, alle auftretenden Probleme zu lösen >Da keine Pflichtfragen und keine Antwortprüfung erfolgen, gibt es nur kann es nur zu Fehlermeldungen kommen, die auftreten können, da beim Erstellen der Umfrage ein Fehler unterlaufen ist (z.B. bei den Kodierungen oder bei den Sichtbarkeiten). Laut Auskunft des Anbieters kommt es in diesen Fällen auf die Fehlermeldung an, was getan werden muss und im Falle solcher Programmier-Fehler erfolgt die Fehlermeldung anbieterseitig (LÜTKE 2017). Um solche Fehler vorab zu identifizieren wurden unter dem Hinweis Nr. 3 genannten Maßnahmen unternommen
12	Evaluiere die Benutzung interaktiver Features sorgfältig und wäge dabei die Verbesserung der Ergebnisse gegen den zusätzlichen Aufwand für die Antwortenden ab >Das einzige interaktive Feature ist das Eiblenden der Definition von Gesundheitsleistungen durch Bewegung des Mauszeigers über einen Infobutton. Da dies der zentrale Begriff und Forschungsgegenstand ist, ist für die Validität der Antworten absolut notwendig, dass das gleiche Verständnis zugrunde liegt. Der Button ist nur bei entsprechenden Fragen vorhanden: Eine permanente Sichtbarkeit der Definition wurde aufgrund der Umsetzung des 8. Hinweises dieses Leifadens abgelehnt (s.o.)

13	Verwende keinen Fortschrittsbalken >Der Hinweis bezieht sich auf entsprechende Studien zum vorzeitigen Abbruchverhalten bei langen Umfragen (s. DILLMAN et al. 2014, S. 325 f.). Da ein Fortschrittbalken für kurze Umfragen als effektiv bezüglich der Beantwortung der Umfrage bis zum Ende bewertet wird, wurde ein solcher im Online-Survey verwendet.
14	Verwende die audiovisuellen Möglichkeiten des Internets sparsam und evaluiere die unterschiedlichen Effekte, die diese auf die Antwortenden haben können >Es werden keine audiovisuellen Features verwendet
15	Ermögliche den Antwortenden, die Umfrage zu unterbrechen und zu einem anderen Zeitpunkt zu beenden >Unterhalb des Fragekastens kann die Umfrage über den Button „Beantwortung später fortsetzen“ unterbrochen und später wieder aufgenommen werden
16	Sammle Paradaten, die Rückmeldung darüber geben, wie die Antwortenden mit der Umfrage interagieren (Verbleibe auf der Seite, Änderung der Antworten, etc.), immer, wenn möglich >erfolgt automatisiert innerhalb der Monitoring-Tools des Anbieters (LamaPoll)
Hinweise zur Implementierung von mobilen und von webbasierten Umfragen	
17	Personalisieren den Kontakt zu den Antwortenden so weit wie möglich >Personalisierung erfolgt im Rahmen der Begleitung der Umfrage (Identifikation aussagefähiger Person per Tel., Ansprechbarkeit für Rückfragen per Tel. und E-Mail, Möglichkeit zur weiteren Kontaktaufnahmen nach Beendigung der Umfrage (s. Anhang 5)
18	Erwäge das elektronische Versenden einer Belohnung zusammen mit der Bitte um Teilnahme >Der Anreiz über einen Bonus wurde abgewogen und aufgrund des beruflichen Umfeldes, in dem die Umfrage stattfindet und aufgrund der begrenzten Ressourcen nicht angeboten. Eine Teilnahme an der Umfrage ist wird bei den zu Befragenden als mehr von der verfügbaren Zeit als von einem Bonus abhängig angenommen.
19	Kontaktiere die zu Befragenden mehrfach und variiere dabei die Nachricht >Da die verfügbare Zeit, die den Antwortenden zur Teilnahme an der Umfrage während ihrer Arbeitszeit zur Verfügung steht, erfolgen eine zweite und dritte Kontaktaufnahme per E-Mail, falls noch keine Teilnahme festgestellt werden kann (s. Anhänge 5 und 6, Datei Anhang 3 auf der Daten-CD). Damit soll auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit EUROPARC Deutschland verhindert werden, dass die Antwortenden sich nicht belästigt fühlen und/oder zukünftig an keinen Umfragen mehr teilnehmen.

20	Terminiere sämtliche Kontaktaufnahmen sorgsam und strategisch und mit Berücksichtigung der Zielgruppe >Kontaktaufnahmen finden nicht zu Beginn der Arbeitswoche statt und sind strategisch auf die Durchführung der Umfrage nach den Sommer und vor den Herbstschulferien 2017 terminiert. Innerhalb der Zielgruppe wurde anhand eines Gesprächsleitfadens nach aussagefähigen Personen gefragt, s. Anhang 3, Datei Anhang 3 auf der Daten-CD und Prozessbegleitung zur Umfrage auf Daten-CD
21	Halte den Kontakt per E-Mail kurz und auf das Wesentliche beschränkt >Wurde entsprechend bei der Formulierung berücksichtigt (s. Anhänge 4 bis 6, Datei Anhang 3 auf der Daten-CD)
22	Wähle den Namen und die Adresse des Versenders sowie die Betreffzeile bei E-Mails sorgfältig aus >Wurde bei der Formulierung der Betreffzeile entsprechend berücksichtigt (s. Anhang 4, Datei Anhang 3 auf der Daten-CD). Eine Änderung des angezeigten Versendernamens von „Rollnik, Michael“ zu „Michael Rollnik, Hochschule für nachhaltige Entwicklung Eberswalde“ wurde durch das IT-Servicezentrum der Hochschule nicht gestattet (s. Anhang 1 und Anhänge 3 bis 4, Datei Anhänge 3 bis 4 auf der Daten-CD)
23	Sorge dafür, dass E-Mails nicht unter Spam-Verdacht geraten >Die IP-Adresse des E-Mail-Accounts, von dem aus der Link zur Umfrage verschickt wurde, ist nach Auskunft einer Website mit entsprechenden IP-Adressen nicht als Adresse gelistet, die Spam verschickt (DNSBL 2017). Es wurde kein HTML-Text in der E-Mail verwendet; Die E-Mails wurden individuell und nicht als Massen-E-Mail an mehrere Empfänger verschickt; Die CC und BCC-Funktion wurde nicht benutzt; Wörter wie „Angebot“, „umsonst“, „Gewinn“, „Promo“, „Preis“ u.ä. wurden vermieden
24	Weise jedem Antwortfall eine eigene Identifikations-Nr. zu >Erfolgt im Rahmen der Aufbereitung der im SPSS-Format aus LamaPoll exportierten Daten
25	Arbeite im Rahmen der Grenzen und Möglichkeiten des Webservers >Die Durchführung der Umfrage beim Anbieter LamaPoll findet aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahl (<100) und der vergleichsweise geringen Daten, die erhoben bei der Umfrage generiert, im Rahmen der Grenzen und Möglichkeiten des Webservers des Anbieters statt.
Hinweise zur Qualitätskontrolle und zum Testen von mobilen und von webbasierten Umfragen	
26	Lasse die Umfrage von Experten bewerten und führe kognitive Interviews, experimentelle Evaluationen und Pilotstudien zur Implementierung von Webmaterialien und Verfahren durch >Die Umfrage wurde von fünf Experten und einer Laiin bewertet (vgl. Pretest im Kap. 3.3.3). Die anderen Bewertungsmethoden wurden mangels Kenntnis der Verfahren und mangels zeitlicher Restriktion bei der Bearbeitung der Master-Thesis nicht durchgeführt.

27	Teste die Umfrage mit unterschiedlichen Endgeräten, Verbindungsgeschwindigkeiten, Browsern und benutzerdefinierten Einstellungen und teste die Datenbank um sicherzustellen, dass die Items korrekt gesammelt und kodiert werden >Umfrage beim Anbieter LamaPoll wurde auf unterschiedlichen Endgeräten (PCs-/Laptops, Tablets und Smartphones), Browsern (Mozilla Firefox, MS Internet Explorer und Google Chrome), Betriebssystemen (MacOS, Windows 7, 10 und XP, Linux Mint) und bei Aktivierung von Werbeblockern getestet. Die korrekte Sammlung und Kodierung von Items wurde innerhalb des Accounts beim Anbieter LamaPoll sowie mittels Datenexport getestet.
28	Bestimme ein Vorgehen zum Umgang mit Fehlermeldungen nach Versand von E-Mails >Aussagefähige Personen wurden per Tel. identifiziert und sind namentlich bekannt. Bei Fehlermeldungen erfolgt am gleichen Tag ein Anruf zur Klärung des Zustellungsproblems
29	Bestimme ein Vorgehen zur Rückverfolgbarkeit von elektronisch versendeten Belohnungen >Nicht notwendig, da keine Belohnungen versendet werden (vgl. Hinweis-Nr.18)
30	Bestimme ein Vorgehen zum Umgang mit Anfragen durch die Antwortenden ein >Da der Link zum Online-Survey per E-Mail versendet wird, ist die E-Mail-Adresse für Anfragen bekannt. Um zeitnah auf Anfragen antworten zu können, wird der entsprechende E-Mail-Account während der Dauer der Umfrage werktags min. dreimal täglich (morgens, mittags, nachmittags) auf Nachfragen hin geprüft. Antworten auf Anfragen, die alle zu Befragenden betreffen könnten, werden auch an alle zu Befragenden verschickt.
31	Implementiere ein Monitoringsystem zum Verlauf der Umfrage und evaluiere vorzeitig beendete Umfrageteilnahmen Innerhalb des Accounts beim Anbieter LamaPoll wird die Funktion „Teilnahmen“ (Anzahl an Teilnahmen im Zeitverlauf) täglich zum Monitoring genutzt. Die Evaluierung vorzeitig beendeter Umfrageteilnahmen erfolgt täglich über die Funktionen „Abbruch-Analyse“ (Anzahl von Abbrüchen bei Frage-Nr. XY), „Beantwortungsdauer“ (Dauer pro Frage und insgesamt) und „Gesehene und Beantwortete Fragen“
32	Stelle sicher, dass der Datenschutz gewahrt wird >Der Anbieter LamaPoll zweifach (Backend sowie Frontend) durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), Mitglied der Allianz für Cyber-Sicherheit und vom Penetrationszentrum und IS-Revision geprüft (IS Webcheck). Der Datenserver ist nach DIN ISO 27001 zertifiziert und unterliegt durch den Standort in Deutschland dem Bundesdatenschutzgesetz. Sicherheitskritische Daten werden Einweg-Verschlüsselt und sind von LamaPoll-Administratoren nicht auslesbar. Alle übermittelten Daten sind permanent SSL-verschlüsselt. Zum Umgang mit den Daten zur Erstellung der Arbeit wurde eine Datenschutzerklärung entwickelt, die zu Beginn der Umfrage angezeigt wird.

Tab. XI: Fragen des Online-Surveys mit Antwortskalen (Eigene Darstellung, Reihenfolge wie im Online-Survey)

Frage-Nr.	Frage im Online-Survey (Art der Frage in Klammern) mit Antwortskala und Begründungen
1	In welchem Schutzgebiet arbeiten Sie? (freie Antwortmöglichkeit) Begründung: Einstiegsfrage; Erhebung von Grunddaten
2	Ihr Name (freie Antwortmöglichkeit) Begründung: verhindert Mehrfachteilnahmen und ermöglicht die Identifikation der antwortenden Person bei möglichen Nachfragen
3	Ihr(e) Tätigkeitsbereich(e) (Mehrfachnennungen möglich) (Teil-gebundenes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen und freie Antwortmöglichkeit) Antwortskala: Leitung des Schutzgebietes Managementplanung (Leitbild, Strategien, Programme, etc.) Arten- und Biotopschutz Marketing und Öffentlichkeitsarbeit Umweltbildung Tourismus Besucherlenkungskonzept Regionalentwicklung Andere (freie Antwortmöglichkeit) Begründung: Einstiegsfrage; gibt Auskünfte zur Aussagefähigkeit der antwortenden Person und der Validität ihrer Aussagen; als besonders aussagefähig werden alle Antwortenden angenommen, die min. eine der zur Auswahl stehenden Aufgabenbereiche, außer „Arten- und Biotopschutz“, ankreuzen. Diese Annahme wird in der Auswertung der Tätigkeitsbereiche der Antwortenden, die im Online-Survey die Option „Dazu kann ich keine Angaben machen“ gewählt haben oder die Fragen unbeantwortet gelassen haben, geprüft werden. Auf die Option „Dazu kann ich

	keine Angaben machen“ wurde hier verzichtet, da das Survey ausschließlich an Personen mit beruflicher Tätigkeit im Großschutzgebiet verschickt wurde und diese somit a priori aussagefähig sind.
4	Warum bietet Ihr Schutzgebiet Gesundheitsleistungen an? (freie Antwortmöglichkeit) Begründung: Hinweise zur Validität der Antworten auf Fragen 5, 13, 14 und Filterfrage 1. Diese ist höher, falls bei dieser Frage (5) die in den zuvor genannten Fragen abgefragten Items bei freier Antwortmöglichkeit genannt wurden.
5	Wie handlungsrelevant sind folgende Programme und Bestimmungen für Ihr Schutzgebiet, um Gesundheitsleistungen anzubieten? (Teil-gebundenes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen auf 5er Likert-Skala und mit freier Antwortmöglichkeit: kenne ich nicht / gar nicht / kaum / mittelmäßig / ziemlich / außerordentlich) Antwortskala: Bundesnaturschutzgesetz UN-Agenda für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals) Nationale Nachhaltigkeitsstrategie UN-Übereinkommen über die biologische Vielfalt (Biodiversitätskonvention) Biodiversitätsstrategie der EU für das Jahr 2020 Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt UN-Dekade Biologische Vielfalt 2011 – 2020 TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“ Rahmenkonzept des Europäischen Regionalbüros der WHO „Gesundheit 2020“ Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2021 Healthy Parks and Healthy People-Initiative Andere (freie Antwortmöglichkeit) Begründung: Die Antwortmöglichkeiten sind die Kap. 2.1 identifizierten Bestimmungen, Verpflichtungen und Programme (s. Tab. III im Anhang); Frage nach der Intensität in äquidistanten Abstufungen auf einer Likert-Skala (ROHRMANN 1978), ergänzt um „kenne ich nicht“, da dies auch der Fall sein kann.

6	Sind Gesundheitsleistungen im Leitbild Ihres Schutzgebietes verankert? (Gebundenes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen) Antwortskala: Ja / Nein / Kein Leitbild vorhanden / Dazu kann ich keine Angaben machen Begründung: Kurz und einfach zu beantworten, aber Ausweichmöglichkeit, falls es dem Antwortenden nicht möglich sein sollte, sich zu entscheiden oder der Antwortende nicht aussagefähig ist (RAAB-STEINER und BENESCH 2015, S. 58). Hinweise zur Validität der Antworten auf Fragen 5. Bei hoher Bedeutung des Themas und hohem Umsetzungsstand sind Gesundheitsleistungen bereits ins Management implementiert (vgl. Kap. 2.4).
7	Sind Gesundheitsleistungen Teil einer Strategie oder eines übergeordneten Konzeptes Ihres Schutzgebietes? (Dichotomes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen) Antwortskala: Ja / Nein / Dazu kann ich keine Angaben machen Begründung: Kurz und einfach zu beantworten, aber Ausweichmöglichkeit, falls es dem Antwortenden nicht möglich sein sollte, sich zu entscheiden oder der Antwortende nicht aussagefähig ist (RAAB-STEINER und BENESCH 2015, S. 58). Hinweise zur Validität der Antworten auf Fragen 5. Bei hoher Bedeutung des Themas und hohem Umsetzungsstand sind Gesundheitsleistungen bereits ins Management implementiert (vgl. Kap. 2.4)
8	Ist es ein Ziel Ihres Schutzgebietes, Gesundheitsleistungen zu erbringen? (Dichotomes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen) Antwortskala: Ja / Nein / Dazu kann ich keine Angaben machen Begründung: Kurz und einfach zu beantworten, aber Ausweichmöglichkeit, falls es dem Antwortenden nicht möglich seinsollte, sich zu entscheiden oder der Antwortende nicht aussagefähig ist (RAAB-STEINER-BENESCH 2015, S. 58). Hinweise zur Validität der Antworten auf Fragen 5. Bei hoher Bedeutung des Themas und hohem Umsetzungsstand sind Gesundheitsleistungen bereits ins Management implementiert (vgl. Kap. 2.4)
9	Gibt es ein Monitoring oder eine Evaluierung der Gesundheitsleistungen? (Dichotomes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen)

	Antwortskala: Ja / Nein / Dazu kann ich keine Angaben machen Begründung: Kurz und einfach zu beantworten, aber Ausweichmöglichkeit, falls es dem Antwortenden nicht möglich sein sollte, sich zu entscheiden oder der Antwortende nicht aussagefähig ist (RAAB-STEINER und BENESCH 2015, S. 58). Hinweise zur Validität der Antworten auf Fragen 5. Bei hoher Bedeutung des Themas und hohem Umsetzungsstand sind Gesundheitsleistungen bereits ins Management implementiert (vgl. Kap. 2.4)
10	Gibt es Gesundheitsleistungen, die nicht auf der Website Ihres Schutzgebietes veröffentlicht werden? (Dichotomes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen) Antwortskala: Ja / Nein / Dazu kann ich keine Angaben machen Begründung: Kurz und einfach zu beantworten, aber Ausweichmöglichkeit, falls es dem Antwortenden nicht möglich sein sollte, sich zu entscheiden oder der Antwortende nicht aussagefähig ist (RAAB-STEINER-BENESCH 2015, S. 58). Abgrenzung des Erfassungsrahmens und Hinweise für weitere Forschungen, falls nicht erfasste Gesundheitsleistungen existieren; Hinweise zur Reliabilität der Untersuchungsergebnisse.
11	Gibt es Gesundheitsleistungen, die nicht als solche vermarktet werden? (Dichotomes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen) Antwortskala: Ja / Nein / Dazu kann ich keine Angaben machen Begründung: Kurz und einfach zu beantworten, aber Ausweichmöglichkeit, falls es dem Antwortenden nicht möglich sein sollte, sich zu entscheiden oder der Antwortende nicht aussagefähig ist (RAAB-STEINER und BENESCH 2015, S. 58). Abgrenzung des Erfassungsrahmens und Hinweise für weitere Forschungen, falls nicht erfasste Gesundheitsleistungen existieren; Hinweise zur Reliabilität der Untersuchungsergebnisse.
12	Bietet Ihr Schutzgebiet Programme oder Unterstützungsleistungen an, welche die Gesundheit seiner MitarbeiterInnen außerhalb der Arbeitszeiten fördern? (Dichotomes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen) Antwortskala: Ja / Nein / Dazu kann ich keine Angaben machen

	Begründung: Kurz und einfach zu beantworten, aber Ausweichmöglichkeit, falls es dem Antwortenden nicht möglich sein sollte, sich zu entscheiden oder der Antwortende nicht aussagefähig ist (RAAB-STEINER und BENESCH 2015, S. 58). Abgrenzung des Erfassungsrahmens und Hinweise für weitere Forschungen, falls nicht erfasste Gesundheitsleistungen existieren; Hinweise zur Reliabilität der Untersuchungsergebnisse.
13	Welchen Nutzen bringen Gesundheitsleistungen für Ihr Schutzgebiet in einer der folgenden Kategorien? Bitte schätzen Sie den Effekt für alle Angebote zusammen. (Teil-gebundenes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen auf 5er Likert-Skala und mit freier Antwortmöglichkeit: nie / selten / gelegentlich / oft / immer / Dazu kann ich keine Angaben machen) Zusätzliche finanzielle Mittel Verbesserungen des Schutzgebietsmanagements (mehr Unterstützung, Synergien durch Zusammenarbeit, etc.) Erweiterung der Angebotspalette und höhere Qualität der Angebote Image-Effekte zur Vermarktung des Schutzgebietes Verbesserung der Erreichbarkeit des Schutzgebietes und der Zugänglichkeit zu seinen Leistungen Neue Zielgruppen und neue Motivation für den Besuch des Schutzgebietes Höhere Akzeptanz für Schutzmaßnahmen Gesundheitsleistungen werden angeboten, um andere Ziele zu verfolgen (z.B. Tourismusförderung, Regionalentwicklung) Ein Beitrag zum Schutz der Natur wird als Nebeneffekt erzielt Andere (freie Antwortmöglichkeit) Begründung: Die Antwortmöglichkeiten sind die in Kap. 2.3.2 identifizierten Nutzenarten (s. Tab. V im Anhang). Gem. der „10 Gebote der Fragebogenformulierung“ nach PORST (2000) (s.o.) sowie auf Grund der Rückmeldungen im Pretest (s. Tab. VII, Anhang 3 auf der Daten-CD) ergaben sich einige Änderungen zum Rechercheergebnis (s. Tab. VI, Anhang 3 auf der Daten-CD). Frage nach der Häufigkeit in äquidistanten Abstufungen auf einer Likert-Skala (ROHRMANN 1978), ergänzt um Ausweichoption „Dazu kann ich keine Angaben machen“.
14	Wie häufig kommt es zu negativen Auswirkungen für ihr Schutzgebiet durch Gesundheitsleistungen? (Teil-gebundenes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen auf 5er Likert-Skala nie / selten / gelegentlich / oft / immer)

	Antwortskala: nie / selten / gelegentlich / oft / immer / dazu kann ich keine Angaben machen Begründung: Für die Prüfung der Hypothese Nr. 9 und zur Erreichung der entsprechenden Ziele der Arbeit (Tab. 9) genügt die Kenntnis, ob negative Auswirkungen nicht nur selten sowie der negativen Auswirkungen, die min. gelegentlich auftreten (s. Filterfrage 1). Der Anspruch auf Differenziertheit und Vollständigkeit der Erfassung wurde zugunsten von Kürze und Prägnanz abgewogen. Prüfung der Hypothese gibt Auskunft darüber, ob wirklich wenige negative Auswirkungen existieren bzw. bekannt sind oder ob lediglich ein Wissensdefizit bestanden hat. Frage nach der Häufigkeit in äquidistanten Abstufungen auf einer Likert-Skala (ROHRMANN 1978). Verzicht auf freie Antwortmöglichkeit, da durch die Formulierung bereits semantisch ausgeschlossen.
Filter-frage 1 (nach 14 / vor 15)	Zu welcher Art von negativen Auswirkungen kommt es dabei genau? (freie Antwortmöglichkeit) Für die Prüfung der Hypothese Nr. 9 und zur Erreichung der entsprechenden Ziele der Arbeit (Tab. 9) genügt die Kenntnis, ob negative Auswirkungen nicht nur selten (s. Frage 14) sowie der negativen Auswirkungen, die min. gelegentlich auftreten. Der Anspruch auf Differenziertheit und Vollständigkeit der Erfassung wurde zugunsten von schneller Bearbeitbarkeit (da Filterfrage 1 nicht erscheint, wenn zuvor bei Frage 14 „nie“ oder „selten“ angekreuzt wurde) abgewogen.
15	Wer wählt in der Regel den Ort aus, an dem die Gesundheitsleitung angeboten wird? (Teil-gebundenes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen und mit freier Antwortmöglichkeit) Antwortskala: Bei eigenen Angeboten des Schutzgebietes: Dazu kann ich keine Angaben machen / Ein(e) Angestellte(r) des Schutzgebietes / kein(e) Angestellte(r) des Schutzgebietes / Angestellte(r) und nicht-Angestellte(r) gleichermaßen Bei externen Angeboten: Dazu kann ich keine Angaben machen / Ein(e) Angestellte(r) des Schutzgebietes / kein(e) Angestellte(r) des Schutzgebietes / Angestellte(r) und nicht-Angestellte(r) gleichermaßen Andere: (freie Antwortmöglichkeit) Begründung: Soll Auskunft über die Validität der Antworten bei Frage 16 geben. Für Antworten auf Frage 17 von Antwortenden, die bei Frage 16 „Ein(e) Angestellte(r) des Schutzgebietes“ oder “Angestellte(r) und nicht-Angestellte(r) gleichermaßen“ wird auf Grund der Anstellung der

	Antwortenden in einem Großschutzgebiet eine besonders hohe Validität angenommen. Diese Annahme wird in der Auswertung der nicht beantworteten Frage 16 geprüft werden.
16	Welche Bedeutung haben folgende Kriterien für die Wahl des Ortes, an dem eine Gesundheitsleistung angeboten wird? (Teil-gebundenes Antwortformat mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen auf 5er Likert-Skala und mit freier Antwortmöglichkeit: gar keine / kaum / mittelmäßig / ziemlich / außerordentlich) Antwortskala: Gesetzliche Bestimmungen und Zonierung Erreichbarkeit für Besucher und Angestellte des Schutzgebietes Qualität und Kapazität der Infrastruktur Anbindung an touristische Wege an Eingangsbereichen bzw. Informationspunkten Konkurrenz zu anderen Nutzungen Naturschutzfachlicher Wert Empfindlichkeit für Störungen Bestimmte Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft Bestimmte gesundheitliche Wirkungen von Natur und Landschaft Andere (freie Antwortmöglichkeit) Begründung: Die Antwortmöglichkeiten sind die in Kap. 2.5 identifizierten Kriterien. Frage nach der Intensität in äquidistanten Abstufungen auf einer Likert-Skala (ROHRMANN 1978), „gar nicht“ geändert in „gar keine“ aus grammatikalischen Gründen, da Bezug auf „Bedeutung“ in der gewählten Formulierung
Filter-frage 2 (nach 16)	Welche Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft spielen eine Rolle bei der Wahl des Ortes, an dem eine Gesundheitsleistung angeboten wird? Bitte begründen Sie. (freie Antwortmöglichkeit) Begründung: Soll Auskunft über die Validität der Aussagen bei Frage 16 zu Item „Bestimmte Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft“ geben. Für Antworten auf die Filterfrage 2 von Antwortenden, die bei Frage 16 beim entsprechenden Item min. „mittelmäßig“ angegeben haben und bei freier Antwortmöglichkeit auch welche benennen können, wird eine besonders hohe Validität angenommen.

Soll Auskunft über die Validität der Aussagen bei den Forschungsfragen 1.1.8 und 1.1.9 zur Prüfung der Hypothese Nr. 6 (s. Tab. 9) vice versa. Für Großschutzgebiete, bei denen die zwei Forschungsfragen mit Ja beantwortet werden können, wird eine besonders hohe Validität der Antworten auf Filterfrage 2 von Antwortenden, die bei Frage 16 beim entsprechenden Item min. „mittelmäßig“ angegeben haben und bei freier Antwortmöglichkeit auch welche benennen können, vice versa angenommen. Der Anspruch auf Vollständigkeit der Erfassung wurde zugunsten von schneller Bearbeitbarkeit (da Filterfrage 2 nicht erscheint, wenn zuvor bei Frage 16 bei entspr. Item „nie“ oder „kaum“ angekreuzt wurde) abgewogen.

Tab. XII: Signifikante Korrelationen zwischen intendierter Gesundheitswirkung von Gesundheitsleistungen und in der Angebotsbeschreibung erwähnten Bestandteilen und Charakteristika mit gesundheitlicher Wirkung (Näherungsweise Signifikanz <0,05 u. Korrelation nach Cramer V >0)

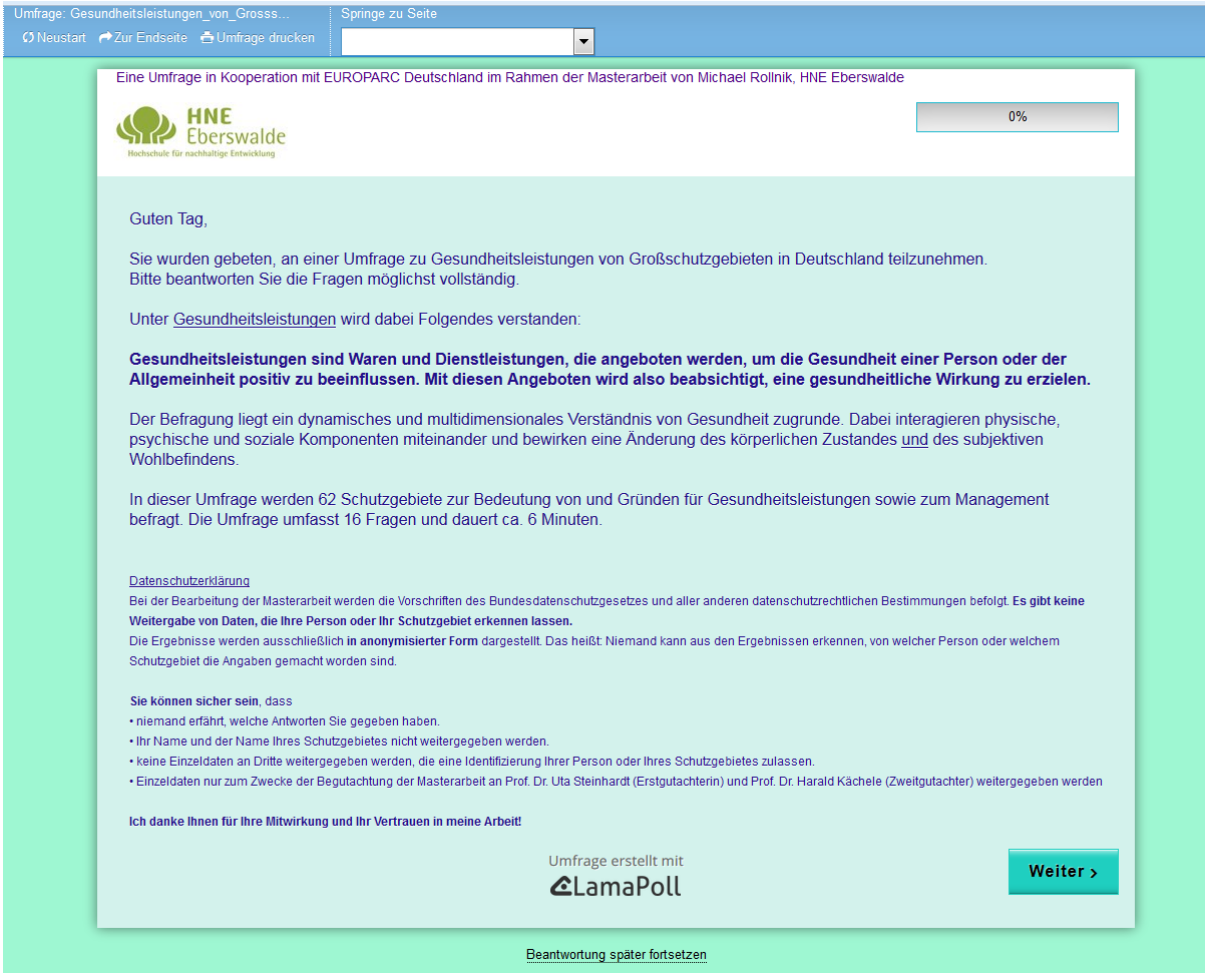
	Bestandteile und Charakteristika von Natur und Landschaft [Anzahl positiver Kombinationen mit signifikanter Korrelation]				
Intendierte Gesundheitswirkung [Anzahl positiver Kombinationen mit signifikanter Korrelation]	Gesunde Nahrung	Heilmittel: Quellwasser, Pflanzen, Steine	Ästhetische Attr.: Schönheit, Weite, Harmonie	Sinnesqualitäten der Natur	Heilklima, gesunde Luft
Psychische / mentale, seelische und ganzheitliche Methoden / Systeme	3	3	10		
Naturbestandteile und Umweltqualitäten	58	55			
Körperliche Betätigung und Stärkung des Immunsystems		1			8
Entspannung, Erholung	5	2			
Kraft schöpfen / Vitalität erhöhen			3	2	

Tab. XIII: Signifikante Korrelationen zwischen intendierter Gesundheitswirkung von Gesundheitsleistungen und in der Angebotsbeschreibung erwähnten Bestandteilen und Charakteristika mit gesundheitlicher Wirkung (Näherungsweise Signifikanz <0,05 u. Korrelation nach Phi >0)

	Naturschutzwert [Anzahl positiver Kombinationen mit signifikanter Korrelation]			
Intendierte Gesundheitswirkung [Anzahl positiver Kombinationen mit signifikanter Korrelation]	kein	gering	mittel	hoch
Psychische / mentale, seelische und ganzheitliche Methoden / Systeme	25		13	5
Allgem. Gesundheit und Wohlbefinden	9			
Körperliche Betätigung und Stärkung des Immunsystems	9	9		
Gefahrenabwehr, Erste Hilfe	2			

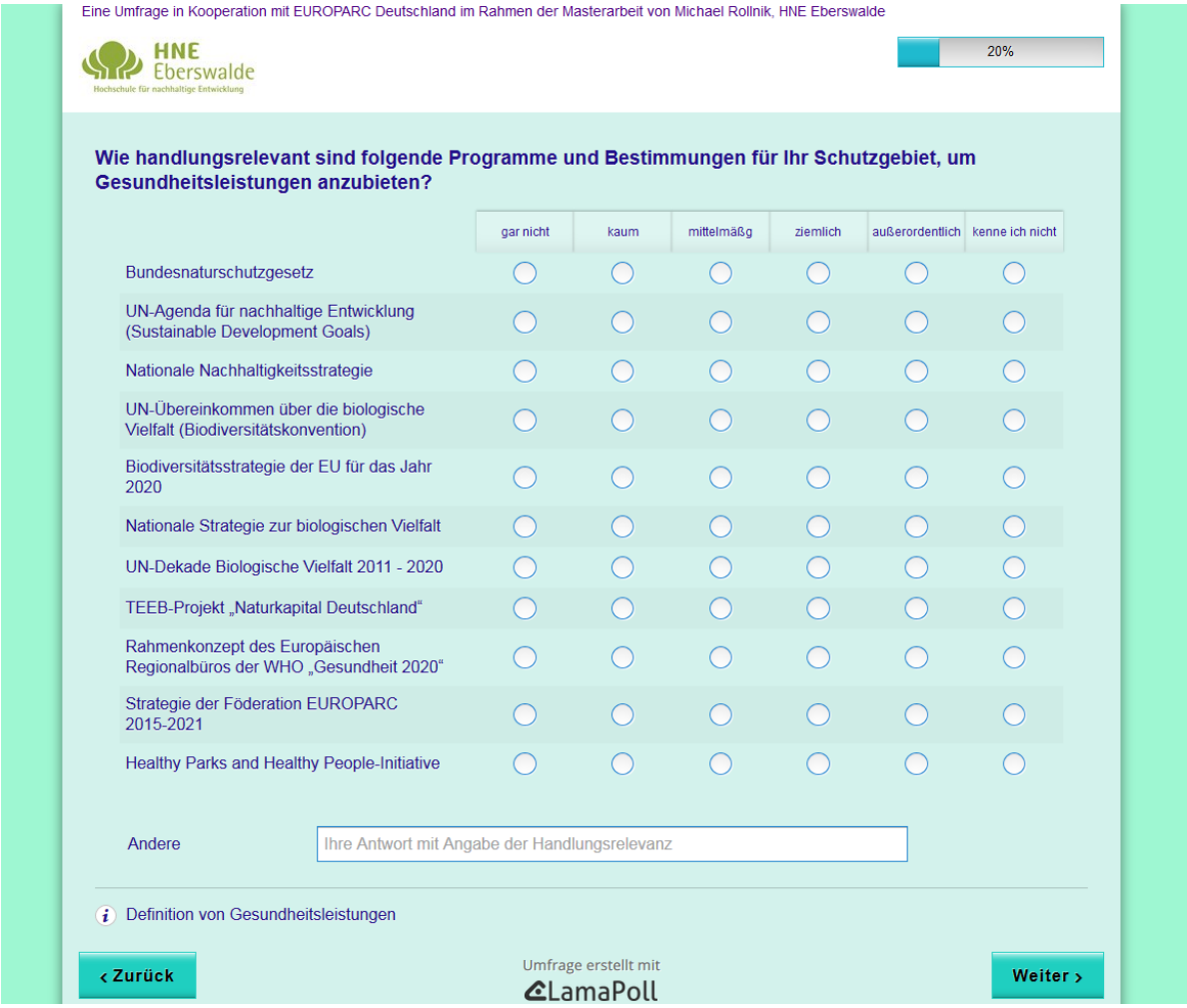
Anhang 2: Dokumente

Anhang 1: Willkommensseite des Online-Surveys (Screenshot, Ausschnitt mit wesentlichen Elementen)



Anhang 2: Frage mit aktiviertem Info-Button (Screenshot, Ausschnitt)

Anhang 3: Design-Beispiel des Online-Surveys (1) (Screenshot, Ausschnitt mit wesentlichen Elementen)



Eine Umfrage in Kooperation mit EUROPARC Deutschland im Rahmen der Masterarbeit von Michael Rollnik, HNE Eberswalde

HNE Eberswalde
Hochschule für nachhaltige Entwicklung

20%

Wie handlungsrelevant sind folgende Programme und Bestimmungen für Ihr Schutzgebiet, um Gesundheitsleistungen anzubieten?

	gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	außerordentlich	kenne ich nicht
Bundesnaturschutzgesetz	○	○	○	○	○	○
UN-Agenda für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals)	○	○	○	○	○	○
Nationale Nachhaltigkeitsstrategie	○	○	○	○	○	○
UN-Übereinkommen über die biologische Vielfalt (Biodiversitätskonvention)	○	○	○	○	○	○
Biodiversitätsstrategie der EU für das Jahr 2020	○	○	○	○	○	○
Nationale Strategie zur biologischen Vielfalt	○	○	○	○	○	○
UN-Dekade Biologische Vielfalt 2011 - 2020	○	○	○	○	○	○
TEEB-Projekt „Naturkapital Deutschland“	○	○	○	○	○	○
Rahmenkonzept des Europäischen Regionalbüros der WHO „Gesundheit 2020“	○	○	○	○	○	○
Strategie der Föderation EUROPARC 2015-2021	○	○	○	○	○	○
Healthy Parks and Healthy People-Initiative	○	○	○	○	○	○

Andere: Ihre Antwort mit Angabe der Handlungsrelevanz

Definition von Gesundheitsleistungen

‹ Zurück

Umfrage erstellt mit LamaPoll

Weiter ›

Anhang 4: Design-Beispiel des Online-Surveys (2) (Screenshot, Ausschnitt mit wesentlichen Elementen)

Eine Umfrage in Kooperation mit EUROPARC Deutschland im Rahmen der Masterarbeit von Michael Rollnik, HNE Eberswalde

HNE Eberswalde
Hochschule für nachhaltige Entwicklung

32%

Sind Gesundheitsleistungen Teil einer Strategie oder eines übergeordneten Konzeptes Ihres Schutzgebietes?

○ Ja ○ Nein ○ Dazu kann ich keine Angaben machen

Definition von Gesundheitsleistungen

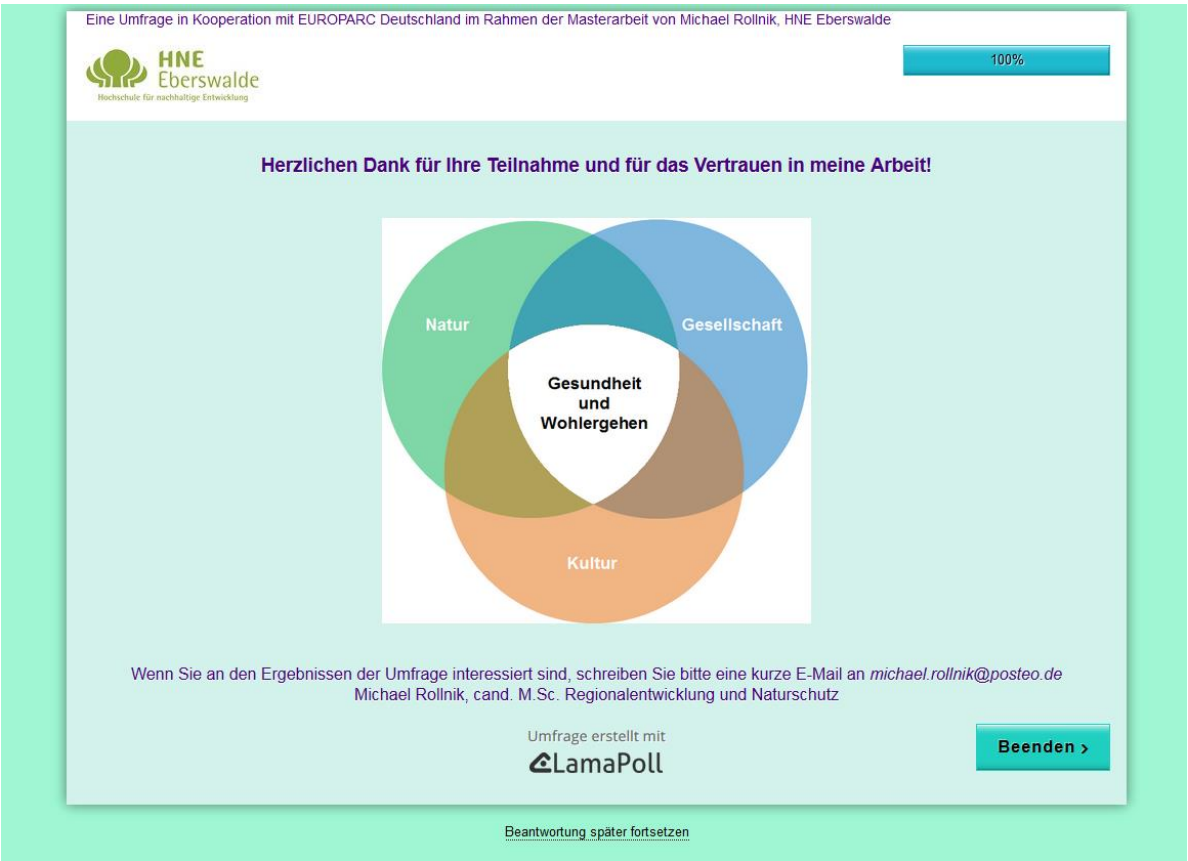
‹ Zurück

Umfrage erstellt mit LamaPoll

Weiter ›

Beantwortung später fortsetzen

Anhang 5: Abschlussseite des Online-Surveys (Screenshot, Ausschnitt mit wesentlichen Elementen)



Anhang 6: Kodieranleitung Angebotsanalyse

Fallnummer	Fortlaufend
SG_Name_FF_0.1.1	Copy & paste
SG_Kat_FF_0.1.2	1 = NLP 2 = UNESCO-BSR 3 = BSR 4 = UNESCO-Globaler Geopark 5 = NP 6 = Wildnisgebiet 7 = UNESCO-BSR und NP 8 = NP und UNESCO-Globaler Geopark 9 = UNESCO-BSR und NLP
Website_FF_0.1.3	Copy & paste
Datum	TT.MM.YYYY
Fallbezeichnung	frei
Intention_FF_1.1.4	frei
Fallannahme	1 = Ja 2 = Nein
GL_Art_FF_1.1.1.Alt	frei
Zielfelder_FF_1.1.1	1 = Förderung der physischen Betätigung (Programme) 2 = Förderung einer gesunden Lebensweise 3 = Angebote für besondere Bevölkerungsgruppen 4 = Förderung der MitarbeiterInnengesundheit 5 = Verbesserung der Zugänglichkeit 6 = Bereitstellung gesunder Lebensmittel / Förderung einer gesunden

	Ernährungsweise 7 = Förderung der physischen Betätigung (Einrichtungen) 8 = Förderung der sozialen Interaktion 9 = Förderung eines gefahrlosen Aufenthalts 10 = Förderung des Engagements der Besucher 11 = Förderung des Wissens über gesundheitliche Nutzen von Schutzgebieten 12 = Andere
Zielfelder_Andere_FF_1.1.1	Frei
Häufigkeit_FF_1.1.3	1 = ein- bis zweimalig [bis 2 Veranst./Jahr] 2 = saisonal [ab 3 Veranst./ Jahr] 3 = ganzjährig [ab 1 Veranst./ Monat]
Intervention_FF_1.1.6	1 = Gesundheitsförderung 2 = Krankheitsprävention 3 = Kuration / Therapie 4 = Rehabilitation 5 = Pflege 6 = nicht zuzuordnen
Dimension_FF_1.1.5	1 = physisches Wohlergehen 2 = psychisches Wohlergehen 3 = soziales Wohlergehen 4 = nicht zuzuordnen / übergeordnet
Kosten_FF_1.1.7	1 = Ja 2 = Nein
Zielgr_FF_1.1.8	1 = unspezifisch 2 = gefährdete u. benachteiligte Kinder u. Jugendliche 3 = Senioren 4 = Behinderte 5 = sozial und/oder wirtschaftlich Benachteiligte 6 = Frauen 7 = Andere
Zielgr_Andere_FF_1.1.8	Frei
Lan.Attr_JN_FF_1.1.9	1 = Ja 2 = Nein
Lan.Attr_FF_1.1.9	frei
Lan.Attr_Kat_1_FF_1.1.9	Übergeordnete Kategorien zu Lan.Attr_FF_1.1.9
Lan.Attr_Kat_2_FF_1.1.9	Weitere übergeordnete Kategorien zu Lan.Attr_FF_1.1.9 (falls mehr als einer Kategorie zuzuordnen)
Stakeholder_FF_1.1.11	1 = keine 2 = institutionelle Akteure der Gesundheitswirtschaft 3 = Städte und Gemeinden 4 = Akteure der Wellness-Branche 5 = Landschafts-, Natur u. und Wanderführer 6 = Hotellerie und Ressorts 7 = Heilpraktiker und Therapeuten 8 = Bildungseinrichtungen 9 = Tourismusorganisationen 10 = Andere
Stakeholder_Andere_FF_1.1.11	frei
Koop_FF_1.1.12	1 = Großschutzgebiet 2 = Stakeholder 3 = Kooperation 4 = nicht eindeutig
Ort_FF_4.1.3	frei
GIS_Datenquelle_mit_Link	Copy & paste
Schutzstatus_FF_4.1.2	1 = NLP-KernZ 2 = NLP-Entw.Z 3 = NLP-Nutz.Z 4 = NSG

	5 = BSR-KernZ 6 = BSR-Pflege/PufferZ 7 = BSR-Entw.Z 8 = LSG 9 = ggBiotop 10 = NP 11 = GlGeopark 12 = nicht ermittelbar wg. Angebotsbeschreibung 13 = nicht ermittelbar, da kein Kartenfund 14 = kein besonderer Schutz
Nat.sch.wert_FF_4.1.3	NLP-KernZ = 3 NLP-Entw.Z = 2,5 NLP-Nutz.Z = 1 NSG = 3 BSR-KernZ = 3 BSR-Pflege/PufferZ = 2 BSR-Entw.Z = 1 LSG = 2 ggBiotop = 3 NP = 0 GlGeopark = 0 nicht ermittelbar = 99
Kommentar	frei

Anhang 7: Suchwörter für Angebotsanalyse

Suchwörter 1 komplett, falls <100 Ergebnisse: Synonyme für Gesundheit, Wohlbefinden oder Krankheit, alle Arten von Gesundheitsinterventionen und ihre Synonyme, Gesundheitswirkungen von Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft auf das physische, psychische und soziale Wohlergehen sowie Gesundheitswirkungen von Bestandteilen und Charakteristika von Natur und Landschaft, die keiner bzw. keiner einzelnen Gesundheitsdimension zuzuordnen sind

gesund wohl Salubrität Heil Wellness Eudämonie Krank Leiden Schmerz Übelbef Unpässlich Unwohl Verletz Gebrechen Siechtum Indisposition Wehwehchen Zipperlein Infekt Prävent Prophyla Kur Therap Reha Gewaltkur Rosskur Fit vital Immun Herzkreislauf Kreislauf Atemweg Lärm Stress Genes Blutdruck Puls Erschöpf Konzentr „Positive Emotionen“ Spirituel Identifi „gute Stimmung“ „Kognitive Entwicklung“ „emotionale Entwicklung“ „emotionaler Entwicklung“ „emotionalen Entwicklung“ „positive Lebensauffassung“ „positiver Lebensauffassung“ „positiven Lebensauffassung“ „Lebenszufriedenheit“ „kulturelle Bereicherung“ „symbolische Bereicherung“ Suchterkrankung „soziale Zusammenhalt“ „sozialer Zusammenhalt“ „sozialen Zusammenhalt“ Gemeinschaftsbildung „soziale Integration“ „sozialer Integration“ „sozialen Integration“ „soziale Isolation“ „sozialer Isolation“ „sozialen Isolation“ „räumliche Bindung“ „Gewaltprävention“ „Gefängnis“ Häftling Haft „naturbasierte Therapie“ „naturbasierter Therapie“ „naturbasierten Therapie“ Naturtherapie

Suchwörter 2 reduziert, falls >100 Ergebnisse: nur Synonyme für Gesundheit, Wohlbefinden oder Krankheit und alle Arten von Gesundheitsinterventionen und ihre Synonyme

gesund wohl Salubrität Heil Wellness Eudämonie Krank Leiden Schmerz Übelbef Unpässlich Unwohl Verletz Gebrechen Siechtum Indisposition Wehwehchen Zipperlein Infekt Prävent Prophyla Kur Therap Reha Gewaltkur Rosskur Fit vital Immun Herzkreislauf Kreislauf Atemweg Lärm Stress Genes Blutdruck Puls

Suchwörter 3 reduziert, falls >100 Ergebnisse: nur Synonyme für Gesundheit, Wohlbefinden oder Krankheit

gesund wohl Salubrität Heil Wellness Eudämonie Krank Leiden Schmerz Übelbef Unpässlich Unwohl Verletz Gebrechen Siechtum Indisposition Wehwehchen Zipperlein Infekt

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig, ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle aus anderen Quellen übernommenen sinngemäßen und wörtlichen Textstellen, Tabellen, Abbildungen, etc. wurden als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit ist noch nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht worden.

Eberswalde, den 05.01.2018