

Engelmann, Fabian; Halkow, Anja

Working Paper

Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung

WZB Discussion Paper, No. SP I 2008-302

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Engelmann, Fabian; Halkow, Anja (2008) : Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung, WZB Discussion Paper, No. SP I 2008-302, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47403>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Fabian Engelmann / Anja Halkow

**Der Setting-Ansatz
in der Gesundheitsförderung**
Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung

April 2008

Bestell-Nr. SP I 2008-302

ISSN 1866-3842

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Der Setting-Ansatz gilt in der Gesundheitsförderung als Schlüsselstrategie zur Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta. Er wird auf der einen Seite in großer Vielfalt praktisch realisiert und hat auf politischer Ebene Eingang in die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V sowie die geplante Verabschiedung eines Präventionsgesetzes gefunden. Die konzeptionelle Basis des Setting-Ansatzes auf der anderen Seite ist geprägt durch eine Reihe von Unklarheiten, die sowohl die Definition und Eingrenzung von Settings, die zugrundeliegenden Wirkungstheorien als auch die methodischen Kernkomponenten wie Partizipation, Empowerment oder Strukturentwicklung betreffen. Eine Evidenzbasis des Setting-Ansatzes existiert aufgrund von vielfältigen Problemen der Evaluation und Verwertung der Ergebnisse noch nicht. Eine umfassende Darstellung des Diskurses über den Setting-Ansatz liegt in der Literatur ebenfalls noch nicht vor. Gegenstand dieser Arbeit ist die Darstellung und Zusammenführung der vorliegenden Erkenntnisse und Diskussionsstränge zu einem umfassenden Bild über die Hintergründe, den Status quo und die aktuellen Herausforderungen des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt stehen Ansatzpunkte zur konzeptionellen Klärung und Weiterentwicklung des Ansatzes.

Abstract

In the field of health promotion the settings-based approach is considered a key strategy for the implementation of the principles of the Ottawa Charter for Health Promotion. On the one hand, this approach has been put into practice in a great variety of ways; it has become part of the activities of (statutory) insurance funds for the implementation of § 20 SGB (Sozialgesetzbuch / Social Code) V and has been integrated into the law on prevention now under consideration. On the other hand, there are a number of uncertainties with regard to the definition of “settings”, the theoretical basis of the effectiveness of the settings approach as well as its methodical key components like participation, empowerment or structural development. Due to various problems regarding the evaluation and exploitation of results this approach does not yet have an evidence basis. A general overview on the discourse of the approach does not yet exist either. This paper therefore aims to gather existing knowledge, expertise, and discussions on the topic to give an extensive picture of the background, the state of the art as well as the present challenges of this approach in health promotion. Attention focuses on starting points for a conceptual clarification and development of the concept.

Inhalt

Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	7
1 Problemaufriss und Fragestellung	9
2 Gang der Untersuchung	11
3 Genealogie des Setting-Ansatzes	12
3.1 Lebenswelt-Begriff bei Edmund Husserl.....	12
3.2 Strukturen der Lebenswelt bei Alfred Schütz.....	13
3.3 Lebensraum-Begriff bei Kurt Lewin	16
3.4 Lebensraum-Begriff bei Jürgen Habermas.....	17
3.5 Setting-Begriff in der Psychologie.....	19
3.5.1 Behavior-Setting-Konzept.....	19
3.5.2 Settingorientierte Prävention in der Gemeindepsychologie.....	21
3.6 Fazit zur Genealogie des Setting-Ansatzes.....	25
4 Konzeption des Setting-Ansatzes.....	26
4.1 Entwicklungshintergrund des Setting-Ansatzes.....	26
4.2 Definition und Eingrenzung von Settings.....	28
4.3 Zugang und Nutzung des Settings	32
4.4 Gesundheitsfördernde Settings nach Barić und Conrad	34
4.5 Wirkungstheorien und Handlungsstrategien zum Setting-Ansatz.....	37
4.5.1 Einfluss von Settings auf die Gesundheit	38
4.5.2 Theorien zur Beeinflussung von Gesundheit durch Setting-Arbeit...	40
4.5.3 Verhaltens- und Verhältnisprävention.....	42
4.6 Methodische Schlüsselemente des Setting-Ansatzes	43
4.6.1 Empowerment.....	44
4.6.2 Partizipation	46
4.6.3 Strukturentwicklung im Setting	50
4.6.4 Exkurs: Die Erziehungskonzeption Paulo Freires.....	52
4.7 Fazit: Die Konzeption des Setting-Ansatzes.....	55
5 Praxis des Setting-Ansatzes	56
5.1 Setting-Begriff in der Praxis	57
5.2 Formen der Setting-Aktivitäten in der Praxis	59
5.3 Einflussfaktoren und Funktionsprinzipien in der Setting-Praxis.....	61

5.3.1	Rolle von Gesundheit und Gesundheitsförderung im Setting.....	61
5.3.2	Übersetzung der Setting-Philosophie in praktische Maßnahmen.....	63
5.3.3	Einbeziehung von Beteiligten des Settings.....	64
5.3.4	Qualifikation und Anerkennung des ‚Setting-Managers‘.....	65
5.4	Fazit: Praxis des Setting-Ansatzes	66
6	Evidenzbasierung des Setting-Ansatzes.....	67
6.1	Evidenzbasierte Medizin als Vorbild?	68
6.2	Evidenzbasierung der Gesundheitsförderung – Problembeschreibung.....	71
6.2.1	Ergebnisse und Ziele von Setting-Interventionen	74
6.2.2	Messbarkeit von Gesundheit	76
6.2.3	Intermediäre Parameter.....	77
6.2.4	Komplexität von Setting-Interventionen	78
6.2.5	Späte Messbarkeit gesundheitlicher Effekte.....	79
6.3	Status quo der Evidenzbasierung des Setting-Ansatzes	79
6.4	Eine Evidenzbasis für den Setting-Ansatz.....	83
6.5	Neue Ansätze zur Evidenzentwicklung: der Good-/ Best Practice-Ansatz ...	87
6.6	Fazit: Evidenzbasierung des Setting-Ansatzes	90
7	Ausblick.....	92
	Quellenverzeichnis.....	95

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Basis- und Langzeit-Ressourcen einer Population.....	22
Tabelle 2: Begriffe im Setting-/Lebenswelten-Diskurs.....	32
Tabelle 3: Typen und Arten der Primärprävention.....	33
Tabelle 4: Verfügbare Theorien der Gesundheitsförderung und des Setting-Ansatzes ..	41
Tabelle 5: Grundprobleme der Partizipation.....	48
Tabelle 6: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung.....	50
Tabelle 7: Methodische Schlüsselemente des Setting-Ansatzes ..	52
Tabelle 8: Hierarchie der Evidenzstufen.....	69

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenfassung der Ansätze zur Erklärung des Einflusses von Setting-Interventionen auf die Gesundheit	40
Abbildung 2: Modell zur Kategorisierung von Gesundheitsförderungs-Ergebnissen von Gesundheitsförderung Schweiz.....	75

1 Problemaufriss und Fragestellung

Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung bezeichnet ein in den 1980er Jahren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickeltes sozialräumliches Gesundheitsförderungskonzept. Ausgehend von der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung liegt dem Setting-Ansatz die Annahme zugrunde, dass Gesundheit durch die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen positiv beeinflusst werden kann. Inzwischen gilt der Ansatz als Schlüsselstrategie im Methodenkanon der Gesundheitsförderung (z. B. Bauch, 2002; Grossmann & Scala, 1996).

Seit Ende der 1980er Jahre wird der Setting-Ansatz in der Praxis der Gesundheitsförderung umgesetzt. Initiiert durch die WHO sind internationale Programme und Netzwerke – beispielsweise „Gesunde Städte“, „Gesunde Schule“, „Gesundheitsfördernde Betriebe“, „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ – etabliert worden. In Deutschland wurde der Setting-Ansatz zunächst für Städte und Betriebe entwickelt, später auch auf andere Settings ausgeweitet. Seit den 1990er Jahren führen die gesetzlichen Krankenkassen Präventionsmaßnahmen in Settings durch. Im Jahr 2005 sollte der Setting-Ansatz in einem Bundespräventionsgesetz gesetzlich verankert werden. Nach dem Stopp des Gesetzgebungsverfahrens im Bundesrat liegt jetzt, im Jahr 2007, ein neuer Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vor.

Angesichts dieser auch politisch so erfolgreichen Entwicklung stellt sich die Frage nach der zugrunde liegenden theoretischen und konzeptionellen Basis sowie der wissenschaftlichen Überzeugungskraft von Evidenz und Wirkungsweise des Setting-Ansatzes. Die Kernkomponenten des Ansatzes zu finden und zu formulieren, ist bislang jedoch noch nicht gelungen, weil settingübergreifende Darstellungen weitgehend fehlen und die zugrunde liegenden Annahmen über Theorie und Praxis des Setting-Ansatzes nicht zusammengeführt werden konnten (Altgeld, 2004; Dooris, 2004). Ebenso ist es noch nicht gelungen, die Anwendung des Setting-Ansatzes mit einer geeigneten Evidenzbasis zu hinterlegen und relevante Funktionsprinzipien zu benennen (z. B. St Leger, 1997). Dabei ist die Identifizierung und Formulierung eines möglichst klar umrissenen Verständnisses über die erreichbaren Ziele, die Methoden und die Theorien über Wirkungen von Interventionen im Rahmen des Setting-Ansatzes dringend notwendig, um zum Beispiel

- die Anwendung des Setting-Ansatzes über seine Erprobung hinaus als Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung legitimieren und den Einsatz entsprechender Ressourcen rechtfertigen zu können,
- für die notwendige weitere Forschung sinnvolle und klare Forschungsfragen für über Setting-Grenzen hinaus verwertbare Ergebnisse formulieren zu können,
- Entwicklungen und Ergebnisse aus verschiedenen Settings vergleichen und identifizierte Erfolgsfaktoren in anderen Settings gegebenenfalls reproduzieren zu können und damit auch

- eine an Zielen orientierte, gemeinsame Diskussion über settingübergreifende Qualitäts- und Wirksamkeitskriterien führen zu können.

Die aufgezeigten Bedarfe verdeutlichen, dass die Thematik des Setting-Ansatzes in den Gesundheitswissenschaften noch nicht erschöpfend erforscht wurde. Einzelne Aussagen zur Theorie, Evidenz und Praxis des Setting-Ansatzes finden sich in einer Vielzahl verschiedenster Quellen. Eine umfassende gesundheitswissenschaftliche Darstellung des Setting-Ansatzes fehlt bislang jedoch gänzlich.

Das Ziel unserer Arbeit ist es, vorliegende Erkenntnisse zu einem umfassenden Bild über den Status quo des Setting-Ansatzes zusammenzuführen, Forschungslücken zu identifizieren und bereits vorhandene Ergebnisse zu diskutieren. Dazu greifen wir die vorhandenen Forschungs- und Diskussionsergebnisse auf und betrachten sie kritisch. Die Arbeit wird von folgenden zwei Fragestellungen geleitet:

- Welche wissenschaftlichen Annahmen und Konzepte liegen dem Setting-Ansatz zugrunde? Welche Aussagen über die Evidenz des Ansatzes sind möglich?
- Welche Ansatzpunkte aus Wissenschaft, Praxis und Politik können einer wirksamkeits- und evidenzbasierten Weiterentwicklung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung dienen?

2 Gang der Untersuchung

Die Arbeit weist vier Hauptteile auf: „Genealogie“, „Konzeption“, „Praxis“ sowie „Evidenzbasierung“ des Setting-Ansatzes. Folgende Annahmen liegen diesen Themenkomplexen zugrunde:

Die Evidenzbasis einer Interventionsstrategie kann nur entwickelt werden, wenn die theoretischen Prämissen, Ziele und Methoden des Ansatzes benannt sind, um Wirkungsannahmen formulieren und überprüfen zu können. Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung ist jedoch kein in sich geschlossenes, monodisziplinäres Konstrukt, sondern beruht auf vielfältigen Einflüssen. Der Schwerpunkt des ersten Teils der Arbeit liegt daher darauf, die Ideengeschichte des Ansatzes darzustellen.

Im zweiten Teil der Arbeit geben wir einen aktuellen Überblick über die Konzeption des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung und heben Funktionsprinzipien hervor, die das Konzept des Setting-Ansatzes schärfen könnten. Alsdann erfolgt eine Bestandsaufnahme der Umsetzung dieses Konzeptes in der Interventionspraxis.

Der vierte Hauptteil zeigt den Status quo der Evidenzbasierung des Setting-Ansatzes sowie methodische Probleme der Evaluation settingorientierter Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Es werden Anforderungen an eine dem Setting-Ansatz angemessene Methodik der Evidenzbasierung formuliert.

Die Untersuchung stützt sich auf umfangreiche Dokumenten- und Literaturanalysen. Dem Querschnittscharakter des Setting-Ansatzes entsprechend, haben wir sowohl fachwissenschaftliche Literatur als auch Praxisberichte und gesundheitspolitische Quellen für unsere Analyse verwendet.

3 Genealogie des Setting-Ansatzes

Im deutschsprachigen Raum wird der Setting-Begriff in der Gesundheitsförderung oft mit dem Wort Lebenswelten umschrieben. Unberücksichtigt bleibt dabei, welche Bedeutungszuweisung der Begriff Lebenswelten in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen erfahren hat. Er ist nicht wertneutral, sondern repräsentiert Konstrukte, die in eben jenen Disziplinen entwickelt wurden. Im folgenden Kapitel werden Lebenswelt-Konzepte aus der Philosophie, Soziologie und Psychologie beleuchtet.

3.1 Lebenswelt-Begriff bei Edmund Husserl

Der Begriff der Lebenswelt geht auf den Philosophen Edmund Husserl (1859-1938)¹ zurück. In seiner geschichtsphilosophischen Abhandlung „Die Krisis der Europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie – eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie“ prägte er diesen Terminus.

Lebenswelt bezeichnet hier den Erfahrungshorizont in seiner Gesamtheit. Innerhalb dieses Erfahrungshorizontes ist ein erfahrbares Ich (zum Beispiel Subjekt) auf Gegenständlichkeit gerichtet. Husserl versteht Lebenswelt als die einzig wirkliche und wahrnehmbar gegebene Welt. Über diese werde im Zuge der Mathematisierung durch die Naturwissenschaft Galileo Galileis ein „Ideenkleid“ (Husserl, 1982) geworfen. Die durch Galilei entworfene Welt der Körperlichkeit stehe nun diametral zu den Problemen des Daseins. Die neuzeitliche Wissenschaft wolle, so Husserl, die subjektiv-relative Lebenswelt überwinden. Die Lebenswelt sei aber zugleich Grundvoraussetzung jeder Wissenschaft. Stil und Typik der Lebenswelt würden immer auf das in ihr lebende Subjekt verweisen und damit auch auf die von Subjekten betriebene Naturwissenschaft.

Mit dem Begriff der Lebenswelt verbindet Husserl die Kritik an einer durch die modernen Naturwissenschaften geprägten Sichtweise, vor allem die mit ihr verbundene Mathematisierung und Quantifizierung. Die Ergebnisse der Naturwissenschaften – so Husserl – seien nicht falsch, sie verlören aber ihren Sinnbezug zur Lebenswelt der Menschen. Der Grund dafür liege darin, dass sich die naturwissenschaftliche Praxis in ihrem Selbstverständnis von der Lebenswelt losgelöst hat. Tatsächlich aber sei auch die wissenschaftliche Erfahrung der Welt in der lebensweltlichen Erfahrung fundiert. Lebenswelt sei primär und wissenschaftliche Erfahrung gründe auf den Problemen der Lebenswelt. Besonders durch die objektivistische Sicht der Naturwissenschaften würden diese den Bezug zu den realen Problemen verlieren, von denen sie eigentlich ihren Ausgang nahmen.

Die Lebenswelt ist nach Husserls Konzept die uns umgebene Alltagswelt, die für uns selbstverständlich, bekannt und vertraut ist. Die Lebenswelt ist gegeben,

1 Edmund Husserl gilt als Begründer der Phänomenologie und hatte sehr starken Einfluss auf die Philosophie des 20. Jahrhunderts.

man ist mit ihr vertraut, ohne jedoch über sie auf reflektierte Weise Bescheid zu wissen.² In der von Husserl ausgehenden Phänomenologie ist die radikale Subjekt-Objekt Trennung der modernen Philosophie in Frage gestellt worden. Nach Husserl sind Subjekt und Objekt immer schon miteinander verbunden. Subjekte seien in ihrer Lebenspraxis der Welt gegenüber nicht neutral und distanziert, sondern ihre Wahrnehmungen und Handlungen seien auf die Welt hin orientiert und in ihr präsent.

Das Husserl'sche Konzept der Lebenswelt hat für die Diskussion um den Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung zumindest indirekten Einfluss gehabt. Der Kerngedanke, dass Stil und Typik der Lebenswelt auf die in ihr lebenden Subjekte verweisen, ist für verhältnisorientierte Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze charakteristisch. Eine Ontologie der Lebenswelt könnte – auf die Gesundheitsförderung bezogen – bedeuten, die komplexen Zusammenhänge zwischen der Lebenswelt, den (inter)subjektiven Verhaltensweisen und der Motivation des/der Subjekte für diese Verhaltensweisen zu berücksichtigen – eine Forderung, die vor dem Hintergrund der Diskussion um die Vorzüge verhaltens- oder verhältnisorientierter Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätze anhält. Darüber hinaus kann geschlussfolgert werden, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur mit Hilfe technischer, quantitativer oder mathematischer Methoden praktiziert werden können. Vielmehr müssen sie an den konkreten Problemen der Menschen ansetzen, also in ihrer Lebenswelt.

3.2 Strukturen der Lebenswelt bei Alfred Schütz

In Anlehnung an den Lebenswelt-Begriff Husserls ging Alfred Schütz (1899-1959) davon aus, dass Menschen in ihrer sozialen Umwelt Natur, Kultur und Gesellschaft erfahren, auf sie Einfluss nehmen können und von ihnen beeinflusst werden. Schütz geht in seiner Untersuchung „Strukturen der Lebenswelt“ (Schütz, 2003) von folgenden Grundannahmen aus: Die Weltstruktur, in der wir leben, sei ebenso einer Konstanz unterworfen wie die Gültigkeit unserer Erfahrung von der Welt und unserem Vermögen, auf die Welt und in ihr zu wirken. Schütz untersuchte die Grundstrukturen der Lebenswelt. Er unterscheidet die „Aufschichtung der Lebenswelt“ in drei Perspektiven:

- die Perspektive der erfahrenen und erfahrbaren Lebenswelt im Jetzt,
- die vormals in Reichweite befindliche Welt, die ich wieder in Reichweite bringen könnte oder auch nicht,
- das Segment der Welt, das nicht in der aktuellen Reichweite ist, noch jemals war, welches aber in die aktuelle Reichweite gebracht werden könnte.

Darüber hinaus begreift Schütz die „so genannte“ Struktur der Sozialwelt als Teil der Grundstruktur der Lebenswelt. Die „Schichte der sozialen Lebenswelt in unmittelbarer Reichweite des Subjektes ist in seinem Verständnis die soziale Um-

2 Ein Teil unserer Lebenswelt kann zum Beispiel unser Weg zur U-Bahn sein, den wir gehen, ohne ihn aber auf einem Plan korrekt zeichnen zu können.

welt. Die das Subjekt in der sozialen Umwelt umgebenden Subjekte bezeichnet Schütz als Mitmenschen. Mitmenschen haben sowohl eine „Spanne der Erlebniszeit“, als auch einen „Sektor der räumlichen Welt“ gemein. In der „sozialen Mitwelt“ leben – so Schütz – die Nebenmenschen, die zwar voneinander wissen, aber nicht in räumlicher Reichweite miteinander stehen.

Die „soziale Vorwelt“ wirke auf die Menschen, ohne dass diese Einfluss auf die Vorwelt nehmen könnten. Demgegenüber könne die „soziale Nachwelt“ beeinflusst werden. Menschen könnten auf die Sozialwelt Einfluss nehmen, sie beurteilen, differenzieren. Sie könnten die Inhalte der Sozialwelt deuten sowie in ihr wirken. Diese Wirkungsmechanismen funktionierten durch die sozial bedingten Ausdrucks- und Deutungsschemata der Gruppe, die Schütz „Kultur der Gruppe“ nennt. Kultur sei ein wichtiger Bestandteil der Lebenswelt und entscheidend für die so genannte „Kulturwelt“. Die Kultur der Gruppe sei mitbestimmend für die Bedingungen des sozialen Lebens. Zudem werde Wissen weniger durch persönliche Erfahrung generiert, sondern durch die komplexen Wechselbeziehungen der Lebenswelt. So könne das Wissen eines Individuums durch die Vorwelt und Mitwelt geprägt werden. Schütz (2003) charakterisiert Wissen folgendermaßen: „Es [das Wissen, Anmerkung durch die Verf.] wird zu einem Element der sozialen Lebensform und bildet als solches sowohl ein gemeinsames Interpretationsschema der gemeinsamen Welt als auch ein Mittel gegenseitiger Verständigung und gegenseitigen Verständnisses“ (S. 330).

In der Lebenswelt gibt es nach Schütz idealtypische Wissensformen oder auch „Wissenssphären“. Das „Bekanntheitswissen“ generiere sich lediglich aus dem Was und Wie. Demgegenüber frage das „Vertrautheitswissen“ auch nach dem Warum. Die „Dimensionen des bloßen Glaubens“ würden das Was, Wie und Warum dagegen völlig aussparen. Sie fußten allein auf dem Vertrauen auf Autoritäten, auf Plausibilität, auf Ignoranz etc. Die Wissensformen – gleich welcher Art – machten deutlich, dass Menschen ein Wissen von der Lebenswelt haben und dass diese auch beeinflussbar ist, also durch Menschen geprägt oder gestaltet wird.

Eine Grundkategorie des sozialen Lebens sei die Ungleichverteilung des Wissens zwischen den Individuen einer Gruppe und zwischen den Gruppen untereinander. Entscheidend sei, inwieweit sich das Individuum in der Welt der Natur, Kultur und Gesellschaft zurechtfindet und sie bewältigen kann. Schütz prägt an dieser Stelle den Begriff der „definierenden Situation“, die der „ontologischen Struktur“ der vorgegebenen Welt entspringt. Aus der ontologisch vorgegebenen Weltstruktur gehe der biographische Zustand eines Individuums hervor. Die vom Individuum zu definierende Situation würde durch den biographischen Zustand und den ontologischen Rahmen bestimmt.

Ein Individuum lebe in unzähligen Sinnzusammenhängen, die sein Denken und Handeln bestimmen. Schütz bezeichnet diese Zusammenhänge als System von Plänen, die sich zu einem „Lebensplan“ fügen. Ein Lebensplan werde durch Einzelpläne bestimmt, die sich aus Interessen zusammensetzen. Interessen, Einzelpläne und Lebensplan generierten sich aus der Definition einer Situation, die vom jeweiligen Wissensvorrat eines Individuums abhängig ist. Ausschlaggebend sei,

welches Wissen relevant ist, um die jeweilige Situation zu bewältigen. Schütz bezeichnet diese Form der Relevanz – das Motiv zur Definition der Situation – als „Motivationsrelevanz“. Darüber hinaus führt Schütz die Begriffe der „Relevanz“ und der „Interpretationsrelevanz“ ein. Die thematische Relevanz bestimme, welche Typenstruktur ein Gegenstand für ein Individuum aufweist.³ Die Interpretationsrelevanz werde dann aktiviert, wenn ein in der Vergangenheit bearbeiteter Typus für die aktuelle Situation relevant wird und einen Bezug zum aktuellen Thema hat. Die biographisch, kulturell und sozial bedingte Auswahl des Interpretationsrelevanten sei Resultat des Lernens. Schütz (2003) resümiert:

Jede lebensweltliche Entscheidung ernsthafterer Art stellt den Menschen vor eine Serie thematischer Relevanzen hypothetischer Natur, die interpretiert und nach ihrer motivationsmässigen Einbezogenheit in den Lebensplan befragt werden wollen ... Zweitens setzt aber jede Kommunikation mit anderen Menschen in der Lebenswelt eine ähnliche Struktur zum mindesten der thematischen Interpretationsrelevanzen voraus. (S. 341 f.)

Schütz beschrieb in seiner Theorie die komplexen Wechselwirkungen zwischen Individuum und Lebenswelt. Etliche Kerngedanken der „Strukturen der Lebenswelt“ flossen in Gesundheitsförderungs- und Public Health-Konzepte ein. Die Bedeutung der sozialräumlichen Umwelt (Sektor der räumlichen Welt) oder des sozialen Miteinanders arbeitete Schütz klar heraus. Weitere Anknüpfungspunkte ergeben sich im Hinblick auf Schütz' Überlegungen zu sozialen Gruppen, dem Wissen, welches sie generieren, und dazu, wie diese Genierung erfolgt. Die Relevanz der individuellen Biographie für das Verhalten in der Lebenswelt wird deutlich hervorgehoben. Der von Schütz beschriebene Prozess des Lernens hat erheblichen Einfluss auf die Entscheidungsfindung und die Entscheidung selbst. Im Kontext settingorientierter Gesundheitsförderung stellt sich die Frage, was die Grundlage dieser Entscheidungen ist (Bekanntheitswissen, Vertrautheitswissen, Glauben).

Relevant ist, dass die Lebenswelt gestaltbar ist, dass Individuen wirken können und Strukturen veränderbar sind. Die Theorien der Lebenswelt können einen Beitrag zur Theorieentwicklung in der Gesundheitsförderung insbesondere zum Setting-Ansatz leisten. Die Gesundheitsförderung ist aber derzeit – trotz differenzierter Beschreibungen komplexer Wechselwirkungen in der Lebenswelt (siehe exemplarisch Göpel, 2005) – noch nicht in der Lage, mit Hilfe einer eigenen Theorie die Anforderungen einer immer komplexer werdenden Lebenswelt und deren Einfluss auf die Gesundheit komplett zu erfassen. Ergebnisse hinsichtlich der Verbesserung geistiger, körperlicher und sozialer Gesundheitsressourcen können kaum prognostiziert werden.

3 Schütz erklärt die thematische Relevanz am Beispiel eines Hundes, der als Individuum, Säugetier, Lebewesen, deutscher Schäferhund etc. typisiert werden kann (Schütz, 2003, S. 336).

3.3 Lebensraum-Begriff bei Kurt Lewin

In der Psychologie sind die Begriffe Lebensraum und Setting unterschiedlich akzentuiert. Während der Setting-Begriff stärker auf die objektiven Aspekte eines Umweltausschnittes abzielt (Barker, 1968), bezieht sich der Lebensraum-Begriff auf die subjektive Bedeutung der Umwelt im menschlichen Leben (Oerter, 2002).

Der Lebensraum-Begriff in der Psychologie geht auf Kurt Lewin (1890-1947) zurück, der ihn im Rahmen seiner Feldtheorie (Lewin, 1982) geprägt hat. In der Feldtheorie wird Verhalten als Folge einer strukturierten dynamischen Gesamtheit von Bedingungen aufgefasst, die einen Systemzusammenhang bilden und auf Individuen wirken. Die Bedingungen setzen sich aus personeneigenen und aus der Umwelt stammenden Gegebenheiten zusammen. Verhalten weist für Lewin eine ebenso dynamische Struktur auf – den so genannten Gestaltcharakter – wie die dem Verhalten zugrunde liegenden Bedingungen.

Der Lebensraum ist in Lewins Konzept ein Konstrukt, das vom Forscher hergestellt wird, wenn er Aussagen über das Verhalten von Individuen in einer konkreten Situation treffen will. Der Lebensraum sei sowohl eine Repräsentation des Individuums, der psychologischen Person und eines Weltausschnittes, der psychologischen Umwelt. In der psychologischen Umwelt könnten nur Gegebenheiten aus der Welt repräsentiert werden, die für das Individuum von aktueller Bedeutung sind und die auch verstanden werden. Die psychologische Umwelt konstituiere sich somit aus dem Wissen um die reale Welt (Lang, 1979). Lewin (1982):

Der Lebensraum, das heißt die Person und die psychologische Umwelt, wie diese für jene existiert. Gewöhnlich beziehen wir uns auf dieses Feld, wenn wir von Bedürfnissen, Motivation, Stimmung, Zielen, Angst oder Idealen sprechen (S. 147).

Der Lebensraum habe jedoch keine ausschließlich subjektive Bedeutung. Er basiere auch auf objektiven Tatsachen. Bestimmend sei, welche subjektive Bedeutung den Komponenten im physikalischen und sozialen Raum beigemessen wird. Erst durch diese Bedeutungszuweisung würden physikalischer und sozialer Raum zum Lebensraum (Oerter, 2002). Der Lebensraum wird auch als psychologisches Feld bezeichnet. Sowohl im täglichen Leben als auch in der Biographie eines Menschen wechselten die einzelnen Lebensräume ständig. Ein Kind könne vom Lebensraum Familie in den Lebensraum Schule wechseln. Nach der Schule erschließe sich für Jugendliche der Lebensraum Ausbildungsplatz. Mit der Gründung einer Familie werde ein neuer Lebensraum aktiv geschaffen. Im Verlauf des Lebens differenziere sich der Lebensraum darüber hinaus. Der Lebensraum eines Kindes sei folglich kleiner als der eines Erwachsenen.

Lewin (1982) unterscheidet zwischen der Zeit- und der Realitäts-Irrealitäts-Dimension. Die Irrealitäts-Dimension – die Wünsche, Befürchtungen, Pläne etc. symbolisiert – sei bei einem kleineren Kind stark ausgeprägt und nimmt mit zunehmenden Alter ab. Die Zeitkomponente sei nicht nur physisch – quasi als Lebenszeit – präsent, sondern auch als psychisch repräsentierte Komponente von

Entwicklung. Sie bestehe aus dem Wissen und der Reflexion der Zeitlichkeit der eigenen Existenz.

Lewin entwickelt mit dem Begriff des Lebensraums ein ökologisches Konzept. Das heißt, der Lebensraum umfasst hier nicht nur das Wissen über die eigene Existenz in einer wie auch immer gestalteten Umwelt, sondern auch das Handeln in dieser Umwelt. Handeln – so Lewin – erfolge dabei über die vom Subjekt der Umwelt zugewiesenen Bedeutungsstruktur (Lewin, 1982; Oerter, 2002). Die Gesamtheit der Welt sei für das Individuum jedoch von geringerem Interesse. Für Lewin ist die „Grenzzone“ des Lebensraumes relevant, der durch Elemente der physischen oder sozialen Welt beeinflusst werde. Dies geschehe zumeist über die Grenzzone des Lebensraumes, etwa der Vorgang der Wahrnehmung durch physische Reize.

Im Kontext der Gesundheitsförderung respektive der Diskussion um den Setting-Ansatz ist der Lebensraum oft nichts anderes als ein objektivierbarer Teil der Welt. Das Lebensraumkonzept von Lewin ist hingegen auf Bedeutungszuweisung ausgerichtet. Für die Gesundheitsförderung und die Entwicklung des Setting-Ansatzes könnte ein Interesse darin bestehen, die Erkenntnisse Lewins (Konstruktion des Lebensraums durch Bedeutungszuweisung) für sehr kleine Lebensräume – zum Beispiel den Lebensraum Familie – nutzbar zu machen. Eine pauschale Abgrenzung des Lebensraumes von der Lebenswelt scheint in diesem Zusammenhang eher ungünstig und für Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung wenig gewinnbringend zu sein.

3.4 Lebensraum-Begriff bei Jürgen Habermas

Im Rahmen seiner „Theorie des kommunikativen Handelns“ (Habermas, 1981) stützte sich Jürgen Habermas unter anderem auf den Begriff der Lebenswelt. Er versteht sein Konzept als grundlegende Erneuerung einer kritischen Gesellschaftstheorie. Nach Habermas sind die Fundamentalnormen einer kritischen Gesellschaftstheorie in den Strukturen sprachlicher Kommunikation enthalten, weil sprechende Akteure in ihrer Kommunikation die Norm der Verständigung der Wirklichkeit nicht entsprechend voraussetzen müssen. Sprache sei somit stets in den Realitätsbezug der Lebenswelt eingebettet. Mögliche Sprechhandlungen werden von Habermas in drei Klassen eingeteilt:

Indem der Sprechende einen Sachverhalt mit konstativen Sprechhandlungen wiedergibt, beziehe er sich auf die objektive Welt. Mit den regulativen Sprechhandlungen stelle der Sprechende eine interpersonale Beziehung her, das heißt er bezieht sich auf die soziale Welt. Repräsentative Sprechhandlungen zielten auf die subjektive Welt ab. Durch repräsentative Sprechhandlungen würden sich Individuen anderen Individuen verhüllen oder offenbaren. In den drei Sprechhandlungen seien jeweils unterschiedliche Geltungsansprüche enthalten. Während Konstativa einen Wahrheitsanspruch implizierten, beinhalteten Regulativa einen Richtigkeitsanspruch. Repräsentativa verfolgten einen Wahrhaftigkeitsanspruch. Alle drei Gel-

tungsansprüche konvergierten in einem Vernünftigeitsanspruch. Dieser Vernunftbegriff stellt für Habermas die normative Basis seiner Gesellschaftstheorie dar.

Gesellschaft lasse sich durch Rekonstruktion aus den Strukturen der Sprache konstituieren. Mit Hilfe der Sprache orientierten sich alle Gesellschaftsmitglieder auf die Lebenswelt. Die Lebenswelt sei die normative Basis, aus der sich Vernunft konstituiert. Die Lebenswelt setze sich aus materiellen Grundlagen und symbolischen / strukturellen Komponenten zusammen (Habermas, 1981, Trojan & Legewie, 2001). Strukturelle Komponenten seien Kultur (gesellschaftlicher Wissensvorrat an Deutungsmustern als kulturelle Ressource), Gesellschaft (soziale Beziehungen als soziale Ressource) und Persönlichkeit (kommunikative Kompetenz als Persönlichkeitsressource). Die symbolischen Komponenten der Lebenswelt könnten nur durch ständige Reproduktionsprozesse aufrechterhalten werden.

In Folge von Reproduktionsstörungen durch gesellschaftliche Krisenerscheinungen lässt sich nach Trojan und Legewie (2001) ein unmittelbarer Bezug zur Gesundheit herstellen. So würden Störungen der kulturellen Reproduktion zu Sinnverlust, Legitimations- und Orientierungsstörungen führen, Störungen der sozialen Integration zu gesellschaftlichen Konflikten und einem Verlust von gesellschaftlicher Solidarität. Störungen der individuellen Sozialisation bedingten Entfremdungserscheinungen und psychische Störungen (Habermas, 1981). Die normativen Grundlagen des individuellen, sozialen, alltäglichen oder wissenschaftlichen Lebens könnten nur durch eine kritische Reflexion der Lebenswelt vergegenwärtigt werden. Nur durch die kritische Reflexion sei emanzipative Fortentwicklung möglich. Sie müsse das Verhältnis von System und Lebenswelt durchleuchten. Habermas spricht auch von einer Kolonisierung der Lebenswelt, das heißt von der Institutionalisierung und Instrumentalisierung der Berufswelt über die Monetarisierung von Diensten und Beziehungen bis zur konsumistischen Umdeutung privater Lebensbereiche und persönlicher Lebensstile. Der Rationalisierungsprozess lebensweltlicher Handlungsfelder fördere eine Entkopplung von System und Lebenswelt. Dies habe zur Folge, dass sich integrative Mechanismen der Systeme strategischen Handelns aus dem Kontext der gesellschaftlichen Lebenswelt herauslösen und als selbstständige Formen der Koordinierung sozialen Handelns wirksam werden. Sie bildeten autonome Handlungssphären oder Systeme (Kersting, 1995).

In den Sozialwissenschaften wurde der Lebenswelt-Begriff in den 1980er Jahren als „handlungstheoretischer Schlüsselbegriff“ (Gerdes, 1994, S. 238) der (soziologischen) Kritik an den Gesellschaftstheorien der Moderne gebraucht. Herausgehoben wurde dabei die enorme Determinationskraft sozialer Organisationen und Systeme, die individuelles Handeln einschränke. Der (von Habermas beschriebene) Prozess der Kolonialisierung der Lebenswelt bedinge letztendlich auch gesellschaftliche Entdifferenzierungsprozesse. Sinnstiftende Werte – ob kollektiver oder individueller Natur –, einheitsstiftende Weltbilder und Bindungen (zum Beispiel Arbeiterbewegung) würden sich auflösen. Eine sinnhafte Identitätsbildung kollektiver Akteure werde nur noch in lebensweltlich-subkultureller Selbstausgrenzung zugelassen (Gerdes, 1994). Die Entstehung neuer sozialer Bewegungen kann vor die-

sem Hintergrund als Versuch der Produktion neuer sozialer Strukturen verstanden werden. Der Versuch der Beeinflussung des politischen Systems bedeutet somit eine Integration neuer lebensweltlicher Handlungskonzepte.

Im Diskurs um eine Gesundheitstheorie kommt der Theorie des kommunikativen Handelns laut Trojan und Legewie (2001) eine dreifache Bedeutung zu. Das von Habermas entworfene Konzept verknüpfe sowohl unterschiedliche Theoriestränge als auch entwicklungspsychologische und gesellschaftstheoretische Aspekte zu einem Gesamtkonzept. Zudem lenke die Theorie die Aufmerksamkeit auf die strukturellen Ressourcen – Kultur (z. B. Ressource „Sinn“), Gesellschaft (z. B. Ressource „gesellschaftliche Solidarität“), Persönlichkeit (z. B. Ressource „Ich-Stärke“) – der Lebenswelt, die als Grundlage von Einzelaspekten des gesellschaftlich-technischen Wandels verstanden werden. Schließlich liefere die Theorie einen Rahmen zur Integration unterschiedlicher methodischer Zugänge zu den Gesundheitswissenschaften, insbesondere objektiver Methoden zur Analyse der Systemaspekte aus der Beobachterperspektive und verstehender Methoden aus der Teilnehmerperspektive (Trojan & Legewie, 2001).

3.5 Setting-Begriff in der Psychologie

3.5.1 Behavior-Setting-Konzept

Individuen in ihren jeweiligen Lebenszusammenhängen zu erreichen, bedeutet auch, sich mit ihren Beziehungen zu ihrer natürlichen und alltäglichen Umwelt zu befassen. Hier setzt die Forschungsrichtung der ökologischen Psychologie an. Roger Barker ging mit seiner „Ecological Psychology“ (1968) der Fragestellung nach, wie natürliches Verhalten im alltäglichen Leben identifiziert und beschrieben werden kann. In Anlehnung an die Ökologie in der Biologie beobachtete und beschrieb Barker die natürlichen Lebensbedingungen von Individuen. Dazu entwickelte er das Behavior-Setting-Konzept.

Barker postulierte so genannte konstante Verhaltensmuster, das heißt Verhaltensepisoden (Gleichförmigkeit einer Handlung von Beginn bis zu ihrem Ende), die bei unterschiedlichen Personen wiederholt auftreten würden. Er unterstellte weiter, dass Verhaltensmuster an bestimmte Orte, Gegenstände und Zeiten gebunden seien und diese Kodierungen zumeist stabil seien. Die Konstellation (Ort, Zeit), in die ein Verhaltensmuster eingebettet ist, nennt Barker Milieu (1968, S. 18ff.). Die Synthese aus interindividuellen-konstanten Verhaltensmustern und dem dazu passenden Milieu wird als Behavior-Milieu-Synomorph bezeichnet. Ein Behavior-Setting kann laut Barker aus einem einzigen oder aus mehreren Synomorphen bestehen. Behavior-Settings seien wiederum Bestandteile des Habitats, der geordneten und in größere Funktionseinheiten strukturierten Lebenswelt. Ein Habitat, also eine räumliche Einheit, kann in diesem Verständnis ein Stadtteil, ein Krankenhaus oder eine Schule sein.

Innerhalb des Habitats gilt es, die verschiedenen Behavior-Settings zu identifizieren, um sie anschließend zu beschreiben. Barker entwickelte dazu die Methode des Behavior-Setting-Survey. Ziel des Survey ist es, ausgewählte Untersuchungseinheiten in funktionale „ecological-behavioral units“ zu unterteilen. Am Beispiel einer amerikanischen Kleinstadt illustrierte Barker seine Methode (The Behavior Settings of Midwest). Nachdem Barker diverse Behavior-Settings beschrieben und sie mit einer anderen Stadt verglichen hatte, stellte er fest, dass verschiedenartige Umwelten unterschiedliche Verhaltensweisen bei Individuen erzeugen. Barker schlussfolgerte, dass Umwelteinheiten menschliches Verhalten determinieren und zunächst eine übergeordnete Bedeutung gegenüber individuellem menschlichem Verhalten hätten. Zum einen könne die Umwelt (Habitat und Behavior-Setting) als gegeben und geordnet angesehen werden. Zum anderen werde die Wechselwirkung zwischen Umwelt und individuellem Verhalten deutlich. Auch wenn die Umwelt unabhängig von den Individuen existiere, stünde sie doch in einer Wechselwirkung zum menschlichen Individuum und beeinflusse sein Verhalten.

Kaminski (1986) setzte sich mit Barkers Konzept kritisch auseinander. Er identifizierte folgende Schwachstellen: Das Behavior-Setting-Konzept erlaube eine lediglich eingeschränkte Sichtweise auf beobachtbare Phänomene. So würden ausschließlich öffentliche Behavior-Settings untersucht, private oder halbprivate Lebensräume blieben unberücksichtigt. Da ein Großteil des menschlichen Verhaltens der Beobachtung nach den Barker'schen Prinzipien unzugänglich sei, werde nur ein relativ kleiner Ausschnitt der Wirklichkeit abgebildet. Das Konzept bleibe deshalb überwiegend reduktionistisch. Zudem blende Barker Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Settings aus: Interdependenzen zwischen Settings und ihren physikalischen, sozialen und kulturellen Kontexten blieben außer Betracht. Anknüpfend daran könnten auch keine Transformationsprozesse von Settings beschrieben werden. Abschließend kritisiert Kaminski, dass generative Mechanismen nicht einbezogen werden (Kaminski, 1986). Er bezeichnet damit die Faktoren, die raumbezogenes Verhalten in einem Behavior-Setting erst hervorbringen. Sowohl zielorientierte und planerische Aspekte einer individuellen Handlung als auch kognitive Prozesse blieben somit außen vor. Die soziale Situation, die durch individuelle Handlungen erst hervorgebracht werde, sei quasi schon vorhanden, da Barker ja bereits von interindividuellen Verhaltensmustern beziehungsweise von gegebenen sozialen Situationen ausgehe.

Anknüpfend daran stellt sich die Frage, welchen Beitrag das Behavior-Setting-Konzept zur Entwicklung des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung leistet. Welche Grundannahmen werden übernommen und welche stehen zur Disposition?

Vor dem Hintergrund psychosozialer Zielsetzungen in der Gesundheitsförderung muss berücksichtigt werden, dass der Behavior-Setting-Ansatz vor allem der ökologisch-psychologischen Grundlagenforschung dient. Die zentrale Frage nach unterschiedlichen Unterstützungsqualitäten, so Legewie, wird in diesem Zusammenhang nicht gestellt (Legewie, o. J.). Wie nachfolgend gezeigt wird, liegt die Annahme des Behavior-Setting Ansatzes – die Lebenswelt determiniert individuelles Verhalten – jedoch diversen Präventionsstrategien zugrunde.

3.5.2 Settingorientierte Prävention in der Gemeindepsychologie

Als Gegenentwurf zur Klinischen Psychologie entstand in den Vereinigten Staaten in den 1960er Jahren die Gemeindepsychologie.⁴ Die Prinzipien der Gemeindepsychologie sind eine Grundlage für die späteren Gesundheitsförderungskonzepte der WHO.

Schmidt (2001) benennt einige Ansatzpunkte der Gemeindepsychologie: Die Analyse der Gemeindestrukturen („Community assessment“) stelle in diesem Zusammenhang eine wichtige Grundvoraussetzung für spätere Interventionen dar. Eine Gemeinde ist ein sozialer Raum, in dem Individuen leben. Analog zu Barkers Behavior-Setting-Konzept würden zunächst die Strukturen beziehungsweise einzelne Settings identifiziert. Erst wenn die bestehenden Strukturen bekannt sind, könnten sie auch präventiv – wie im Konzept der Gemeindepsychologie vorgesehen – weiterentwickelt werden.

Auch wenn Barkers Methode in der Praxis der Gemeindepsychologie kaum Anwendung findet, ist auch hier die Grundannahme der determinierenden Um- und Lebenswelt von eminenter Bedeutung. Ausgehend von diesen Grundannahmen wurde ein zweites Prinzip der Gemeindepsychologie, die Primärprävention, entwickelt.

Caplan (1964) erarbeitete das Modell der primären Prävention im Rahmen gemeindepsychologisch orientierter Interventionen. Er geht davon aus, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen von Individuen und Populationen bereits während ihrer Genese oder davor sowie in der natürlichen Umgebung der Betroffenen vermieden werden sollten. Caplan und Grunebaum (1977):

Primäre Prävention zielt darauf ab, die Inzidenz neuer Fälle von psychischen Störungen und Behinderungen in einer Population zu verhindern. Die Bemühungen konzentrieren sich auf die Veränderungen der Umgebung und zugleich auf die Stärkung der individuellen Kapazität, mit Situationen fertig zu werden. (S. 51)

Ernst (1977) arbeitete die Dimensionen der Prävention als Strukturprinzipien heraus. Er unterscheidet zwischen System- und Personenorientierung.⁵ Primäre Prävention könne demnach im System (natürliche Umwelt, Gemeinde) oder am einzelnen Individuum ansetzen. Die Entscheidung sei abhängig von den Attributen des Problems. Ist das Individuum für sein Problem verantwortlich oder sind es die gesellschaftlichen, umwelt-determinierten Verhaltensmuster, die ein Individuum in seinem Gesundheitsverhalten beeinflussen? Entscheidend ist, dass die Gemeindepsychologie die Perspektive der system- oder verhältnisorientierten Prävention eröffnet, diskutiert und praktiziert.

Caplan und Grunebaum (1977) halten Planung, Organisation und Koordination für die fundamentalen Elemente einer wirkungsvollen präventiven Psychiatrie. Sie benennen damit wichtige Grundvoraussetzungen für eine nachhaltige Strukturbildung und -entwicklung in der Gemeinde. Der wesentliche Unterschied zu Barkers Konzept besteht jedoch darin, dass die Umwelt nunmehr aktiv gestaltbar ist. Dar-

4 Zur Geschichte der Gemeindepsychologie vergleiche Rappaport (1977).

5 Vergleiche dazu neuere Studien von Jerusalem, Klein-Heßling und Mittag (2003).

über hinaus sollen individuelle Kapazitäten der Betroffenen gefördert werden. Dies kann z. B. im Rahmen eines antizipatorischen Beratungsgesprächs erfolgen.⁶

Caplan und Grunebaum konstatieren weiter, dass die Zahl der psychischen Störungen in der Gemeinde vom Zusammenwirken von Langzeit- und Kurzzeitfaktoren abhängt, die auf die Mitglieder der Gemeinde einwirken. Umweltfaktoren, die auf Individuen einwirken, werden als Ressourcen bezeichnet. Individuen, so die Argumentation, können ihre Umwelt aktiv gestalten. Ausschlaggebend sei, wie bestimmte Basisressourcen genutzt werden können. Gelingt dies nicht, erhöhe sich die Wahrscheinlichkeit psychischer Dysfunktionen.

Tab. 1: Basis- und Langzeit-Ressourcen einer Population

Basis-Ressourcen	Langzeit-Ressourcen
Physikalische Ressourcen Nahrung, Lebensmittel, Unterkunft, Gelegenheit zur körperlichen Betätigung	Physikalische oder nichthume Ressourcen Vermeidung von Frühgeburten, Ausgleich von Jodmangel in einer Population / Gemeinde
Psychosoziale Ressourcen Stimulation der intellektuellen und emotionalen Entwicklung durch direkte Interaktion mit anderen Menschen	Psychosoziale Ressourcen Erhaltung von Familienbeziehungen, Angemessenes Zusammenleben von jung und alt
Soziokulturelle Ressourcen Einflüsse auf die Entwicklung und Funktionsfähigkeit einer Person, die von der sozialen Struktur und Kultur der Gemeinde ausgehen	Soziokulturelle Ressourcen Einflussnahme auf das Ausbildungssystem, primärpräventive Modifizierung der Sozialpolitik

Quelle: Eigene Darstellung, modifiziert nach „Perspektiven Primärer Prävention“ von G. Caplan und H. Grunebaum, 1977. In G. Sommer & H. Ernst (Hrsg.), *Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt* (S. 51-69). München: Urban & Schwarzenberg.

Während die von Caplan und Grunebaum beschriebenen Basisressourcen auf das Individuum bezogen werden, sind die Langzeit-Ressourcen für die gesamte Gemeinde von Bedeutung (siehe Tabelle 1).⁷

Neben den physikalischen / nichthumanen und eher medizinisch bezogenen Ressourcen zeigten Caplan und Grunebaum (1977) die Bedeutung psychosozialer und soziokultureller Ressourcen auf: Die Förderung dieser Basisressourcen könne das Strukturprinzip der Systemorientierung stärken. Eine primärpräventiv und ressortübergreifende (Planung, Koordination, Organisation) Sozialpolitik könne in die-

6 Caplan und Grunebaum (1977) zeigen in diesem Zusammenhang das Beispiel der Krisenberatung auf. So können Patienten die physischen und psychischen Folgen einer Operation besser verarbeiten, wenn sie sich vor der Operation gezielt mit möglichen Komplikationen auseinandersetzen.

7 Interventionsmaßnahmen, die die Basis-Ressourcen einer Population berücksichtigen, können dazu beitragen, die Zahl der Frühgeburten in einer Gemeinde zu senken. Mielck, Graham und Bremberg (2002) belegten den Erfolg entsprechender gemeindeorientierter Maßnahmen.

sem Zusammenhang einen Beitrag zur Verringerung von psychischen Störungen in der Gemeinde leisten.⁸

Neben direkten, medizinisch orientierten Interventionsformen fanden indirekte Präventionsmaßnahmen in der Gemeindepsychologie somit zunehmend Berücksichtigung. Settingbezogene primärpräventive Interventionsmaßnahmen in der Gemeinde zielen in diesem Verständnis somit vor allem auf die Veränderung des Lebensraumes ab.

Die Erkenntnisse der Gemeindepsychologie waren auch eine Antwort auf die in den 1970er Jahren in der Bundesrepublik kulminierende desolante psychiatrische und psychotherapeutische / psychosomatische Versorgung der Bevölkerung (Forster, 1997). Der Bericht der Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag, 1975) zeigte nicht nur die Missstände der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik auf, sondern unterbreitete umfangreiche Lösungsvorschläge zur Reform der Psychiatrie. Die Primärprävention psychischer Störungen bildet hierbei einen Schwerpunkt. Die Enquete zeigte am Beispiel der Primärprävention psychischer Störungen, dass sich ein für die Psychiatrie neues Interventionsverständnis durchzusetzen begann:

Das Feld der Primärprävention psychischer Störungen ist überaus weit und komplex und reicht erheblich über den bisherigen Arbeitsbereich der Psychiatrie und Psychotherapie hinaus. Es lassen sich vier große Bereiche erkennen, in denen Dysfunktionen zu psychischen Störungen führen können und die deshalb Ansatzpunkte der Primärprävention darstellen, nämlich der medizinische, der psychosoziale, der soziokulturelle und der sozioökonomische Bereich. (Deutscher Bundestag, 1975, S. 386)

In Bezug auf den Setting-Ansatz sind der soziokulturelle und der sozioökonomische Bereich von Bedeutung. Die Kommission zieht das Fazit, dass sich veränderte Sozialstrukturen und Wertvorstellungen auf die psychische Gesundheit auswirken.⁹ Darüber hinaus beeinflusse der sozioökonomische Bereich (Wandel der Arbeitsmärkte, Wohlfahrtsstaatswandel etc.) die Gesundheit von Individuen. Die Befunde stützen die These, dass Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustände durch Umwelteinflüsse beeinflusst werden. Damit wird nicht nur der Behavior-Setting-Ansatz von Barker untermauert, sondern auch die Forschungsergebnisse der Gemeindepsychologie (Rappaport, 1977; Sommer & Ernst, 1977). Umwelteinflüsse auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen werden nicht nur in der psychologischen und gesundheitswissenschaftlichen Literatur beschrieben. Auch die Sozialstaatsforschung weist auf die Struktur von Wirkungsfeldern (Umwelt, Lebenswelt, Verhältnisse) und ihren Einfluss auf Lebenslagen hin. Durch soziale Interventionen – so die Schlussfolgerung – kann die Struktur des Wirkungsfeldes und sein Einfluss auf Individuen verändert werden (Kaufmann, 2005).

8 Die Unterscheidung zwischen Basis- und Langzeit-Ressourcen ist nicht unbedingt trennscharf. So können unterstützende Einflüsse, die von der Kultur und sozialen Struktur der Gemeinde ausgehen, auch als Langzeit-Ressource interpretiert werden.

9 Vgl. dazu ausführlich den Weltgesundheitsbericht zur psychischen Gesundheit (WHO, 2001).

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Enquete, primärpräventive Maßnahmen, die in den soziokulturellen und sozioökonomischen Lebensbereich eingreifen. Zudem sollte der Schwerpunkt der Aktivitäten auf Bevölkerungsgruppen der unteren sozialen Schichten gelegt werden. Damit wird ein kausaler Zusammenhang zwischen sozialer Lage und gesundheitlicher Ungleichheit unterstellt, der inzwischen vielfach belegt ist (Mielck, 2005). Die Enquete-Kommission resümiert:

Mag die Verantwortung für Hilfsmaßnahmen auch letztendlich die Gesellschaft als Ganzes betreffen, im einzelnen sind viele Individuen und Körperschaften an der Gestaltung der soziokulturellen und sozioökonomischen Umwelt beteiligt und bestimmen beispielsweise die Schul- und Ausbildungsverhältnisse, die soziale Gesetzgebung und das Gesundheitswesen. (Deutscher Bundestag, 1975, S. 386)

In dem Bericht werden zwei Bereiche benannt, die heute als klassische gesundheitsfördernde Settings gelten. Die Kommission (Deutscher Bundestag, 1975) machte auf die besondere Bedeutung der Arbeitswelt und den Bereich der Stadtplanung aufmerksam.¹⁰ Zwischen den räumlich-materiellen Bedingungen dieser Bereiche und ihren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Individuen wird damit ein Zusammenhang hergestellt. Im Bereich der Stadtplanung werden neben sozialpolitischen und wohnwirtschaftlichen Interventionen auch Maßnahmen der Gemeinwesenarbeit empfohlen. Ziel sei, die Bewohner zur aktiven Vertretung ihrer Interessen zu befähigen. Damit werden bereits grundlegende Elemente des Setting-Ansatzes vorweg genommen. Folgende, von der Enquete-Kommission benannte Gesichtspunkte sind unseres Erachtens besonders wichtig für die weitere Diskussion (Deutscher Bundestag, 1975, S. 393):

- Beseitigung von Krisenherden durch Förderung aller Maßnahmen zur Verbesserung der sozioökonomischen Lage, der Wohnverhältnisse und Arbeitsmöglichkeiten;
- Psychohygienische Beratung bei allen Stadtplanungs- und bei größeren Bauvorhaben (kinder- und altengerechte Wohnungen, Spielflächen, Unfallrisiken);
- Förderung der Sozialgesetzgebung zugunsten von Risikopopulationen (sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen);
- Ausbau gemeindenaher psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienste mit der Teilaufgabe Prävention.

Die ökologische Psychologie und vor allem die Gemeindepsychologie entwickelten elementare Grundlagen, die in den Setting-Ansatz einfließen. Insbesondere die Gemeindepsychologie verfolgt einen ganzheitlichen – systembeziehungsweise verhältnispräventiv orientierten – Ansatz. Neben medizinischen und psychosozialen Einflüssen wurde die Bedeutung von soziokulturellen und sozioökonomischen Faktoren herausgearbeitet. Ausgehend davon entwickelte die Gemeindepsychologie praxisnahe, an den Bedürfnissen und Lebenswelten der

10 Zum Schwerpunkt Arbeit und Gesundheit – insbesondere in den 1980er Jahren – vgl. Bagnara, Misiti und Wintersberger (1985). Für den Bereich Stadtplanung und Gesundheit siehe unter anderem Frick (1986) und Keul (1995).

Menschen orientierte Interventionsmaßnahmen, die in alle beschriebenen Bereiche wirken.

Die Gemeindepsychologie konnte ihre von internationalen Präventionsdiskursen in den 1960er und 1970er Jahren beeinflussten Konzepte jedoch kaum in die Praxis umsetzen. Keupp (1991) konstatierte rückblickend, dass mit der Erschöpfung wohlfahrtsstaatlicher Haushalte in den 1970er und 1980er Jahren primärpräventive Konzepte im Bereich der psychosozialen Versorgung an den Rand gedrängt wurden. Ausgehend von dieser Entwicklung, so Keupp weiter, sei es aber gelungen, neue Konzepte der Selbstorganisation und selbstbestimmten Gestaltung eigener Lebenswelt zu entwickeln.

3.6 Fazit zur Genealogie des Setting-Ansatzes

Die Begriffe Setting, Lebenswelt und Lebensraum entstammen verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen (Philosophie, Soziologie, Psychologie). Innerhalb dieser Disziplinen eröffnen die Autoren – Husserl, Schütz, Habermas, Lewin, Barker – diverse Sichtweisen und Zugangswege zur Lebenswelt (phänomenologisch, gesellschaftskritisch, soziologisch). Die Begriffe können nicht – wie in der Gesundheitsförderung oft praktiziert – synonym verwendet werden. Gleichzeitig stellt sich aber auch die Frage, wie sie für die Gesundheitsförderung konzeptionell weiterentwickelt werden können. Hierzu liegen bislang keine erschöpfenden Antworten vor. Einzig das frühe Behavior-Setting-Konzept in der ökologischen Psychologie wurde durch Barker empirisch untermauert. Im Rahmen gemeindepsychologischer Ansätze wurden die unterschiedlichen Konzepte in die Praxis überführt. Ihnen ist gemein, dass die Begriffe Lebenswelt, Lebensraum sowie Setting menschliches Verhalten beeinflussende Konstrukte beschreiben.

4 Konzeption des Setting-Ansatzes

Der Setting-Ansatz stellt die Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar. Settings für Gesundheitsförderung wurden erstmals 1986 explizit in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung als Orte benannt, in denen Gesundheit als Produkt des alltäglichen Handelns und Lebens der Menschen konstruiert wird: „Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, play and love.“ (WHO, 1986). In der gesundheitsbezogenen Arbeit sollten somit nicht länger nur Individuen und ihr Verhalten selbst Objekte von Interventionen darstellen, sondern auch die sozialen Systeme und Organisationen, in denen sie sich aufhalten. Die Vertreter von „New Public Health“ feierten die Charta als „bedeutenden Schritt in der jungen Geschichte der Gesundheitsförderungsprogramme“ (Grossmann & Scala, 1996, S. 65) und den Setting-Ansatz als „Schlüsselstrategie“ der Gesundheitsförderung (Bauch, 2002, S. 68).

Die Umsetzung dieses strategischen Ansatzes, der als Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung und -erziehung betrachtet wurde, begann zu Beginn der 1990er Jahre in groß angelegten internationalen Programmen auf Initiative der WHO. Die Akteure der Gesundheitsförderung können inzwischen auf eine etwa zwanzigjährige Erfahrung in der Anwendung des Setting-Ansatzes zurückblicken, der sich in beeindruckender Vielfalt und zu politischer Durchsetzungskraft entwickelt hat.

Die methodische Weiterentwicklung und Evidenzbasierung des Ansatzes steht in scharfem Kontrast zu diesem politischen Erfolg. Das Konzept des Setting-Ansatzes ist zwanzig Jahre nach seiner initialen Beschreibung immer noch unscharf, im Detail sogar kontrovers. Auch in der Praxis stößt die Anwendung des Setting-Konzeptes auf eine Reihe von Hindernissen. Zudem ist noch nicht erfolgreich versucht worden, die aus der Praxis gewonnenen Erkenntnisse systematisch zu erfassen und zu verwerten, um den Ansatz auf eine breitere Basis begründeter Wirkungszusammenhänge und entsprechender methodischer Ausrichtungen zu stellen.

4.1 Entwicklungshintergrund des Setting-Ansatzes

Als Entwicklungshintergründe zur Entstehung der Gesundheitsförderung benennen Brösskamp-Stone, Kickbusch und Walter (2000) mehrere Trends. Vor allem die Mängel des medizinischen Versorgungssystems im Hinblick auf die Bekämpfung der immer bedeutender gewordenen chronischen Erkrankungen lösten den Wandel im Umgang mit Gesundheit und Krankheit aus. Damit ging auch eine Diskussion über die Kosten des Gesundheitswesens und die Suche nach bevölkerungswirksamen Strategien der Gesunderhaltung der Menschen einher. Erste große Präventionsstudien der 1970er und 1980er Jahre zeigten nicht nur physische Einflussfaktoren bei der Entstehung chronischer Krankheiten auf, sondern wiesen auch auf die Bedeutung psychosozialer Faktoren (z. B. Framingham-Studie, Nord-

Karelien-Studie). Auch dadurch stieg das Interesse an den Einflüssen des Lebensstils und der sozialen und ökologischen Lebensbedingungen auf den Gesundheitszustand. In der Folge wurden Studien gestartet, die intersektorale Präventionsansätze untersuchten. Begleitet wurden diese Entwicklungen durch verschiedene kulturelle und soziale Bewegungen, aus denen vor allem die Medizinkritik und die Gesundheitsbewegung maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung eines anderen Gesundheitsverständnisses ausübten. Zwar lag schon seit 1946 der von der WHO geprägte ganzheitliche Gesundheitsbegriff vor; im laufenden Medizinbetrieb spielte er jedoch keine Rolle. Die Kritik dieser Bewegungen betraf auch die Vermittlung gesundheitsrelevanten Wissens (Gesundheitserziehung) durch mahnende und negative Appelle bezüglich der Vermeidung von schädlichem Verhalten. In den USA wurden im Zuge der Wellness-Bewegung neben der Krankheitsverhütung verstärkt auch „positive“ und psychosoziale Aspekte von Schönheit und Wohlfühlen als Ausdruck von Gesundheit verstanden.

Im Jahr 1986 hat die Weltgesundheitsorganisation mit der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung dieser Bewegung eine definitorische Grundlage gegeben und einen konzeptionellen Rahmen für deren Wirken formuliert. Das positive und ganzheitliche Konzept „Gesundheit“ bezieht sich darin ausdrücklich auf „die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso ... wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO, 1986). Das multidimensionale Konzept von Gesundheit fand in der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung darin Berücksichtigung, dass fünf relevante Handlungsebenen formuliert wurden: Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste bestimmen den Handlungsrahmen der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung ist somit eine Querschnittsaufgabe, eine im Grundverständnis gesamtgesellschaftliche, gesamtpolitische Konzeption (Trojan, 2001).

Mit der Einführung des Setting-Ansatzes als handlungsorientierte Strategie sollte die politische Konzeption der Gesundheitsförderung die notwendige Konkretisierung und Operationalisierung erfahren (Altgeld, 2004). „Er gilt als Instrument der Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta in die Praxis“ (Lehmann et al., 2006, S. 297; z. B. auch Kilian, Geene und Philippi, 2004). Sein konzeptionelles Grundverständnis speist sich aus dem in der Ottawa-Charta (WHO, 1986) benannten ganzheitlichen Gesundheitsverständnis und den Handlungsebenen

- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten,
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen und
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen (Kilian et al., 2004).

Damit stand der Gesundheitsförderung theoretisch ein Instrument zur Verfügung, das den hohen Ansprüchen dieser Bewegung, die in der Ottawa-Charta formuliert wurden, voll genügt. Für die junge multidisziplinäre Gesundheitsförderung bedeutete die Entwicklung dieses „eigenen“ Ansatzes zudem auch eine Emanzipation von den traditionellen Methoden der krankheitsorientierten Prävention und Gesundheitserziehung (Grossmann & Scala, 1996).

4.2 Definition und Eingrenzung von Settings

Mit der Ottawa-Charta wurde das Augenmerk gesundheitsfördernden Handelns auf die sozialen Systeme und Organisationen gelegt, in denen sich Menschen aufhalten. Statt der individuellen Ebene (Mikroebene) und der Ebene der Bevölkerung (Makroebene) ist damit eine räumliche oder soziale Struktur Gegenstand von Interventionen (Mesoebene) (Rosenbrock, 2004a). Was macht diese räumliche oder soziale Struktur zu einem Setting der Gesundheitsförderung? Im Folgenden sollen verschiedene Definitionsversuche in Abgrenzung zu den Begriffen Lebenswelt, Lebensraum, Lebensbereich und Lebensumwelt vor- und gegenübergestellt werden.

Die WHO (WHO Europe, 1998) definiert Settings (engl.: Umgebung, Schauplatz) als "the place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing" (S. 19). Weiter heißt es, dass Setting einen Ort oder einen sozialen Kontext bezeichnet, der „normalerweise“ physisch begrenzt ist, sich durch Beteiligte mit verschiedenen Rollen auszeichnet und über eine Organisationsstruktur verfügt. Neben dieser Definition des Settings durch seine Urheberin, die WHO, gibt es jedoch eine Reihe weiterer Beschreibungsversuche, die durchaus uneinheitlich darüber urteilen, was als Setting zu verstehen ist.

Stark (1989) differenziert zwischen der vorfindbaren, gegebenen Lebenswelt und verschiedenen Lebensräumen. Dabei soll sich Prävention sowohl auf die vorfindbare Lebenswelt, als auch auf die Lebensräume der Menschen beziehen. Während Lebensräume individuell (präventiv) gestaltet werden können, bedarf es im Hinblick auf die Lebenswelt struktureller Präventionsmaßnahmen.

In dem von Haisch, Weitkunat und Wildner (1999) heraus gegebenen Wörterbuch Public Health wird der Setting-Ansatz mit der Ausrichtung auf die Lebensbereiche der Menschen verbunden. In der Stellungnahme der 3. Internationalen Konferenz für gesundheitsförderliche Lebenswelten (1991 in Sundsvall) werden die verschiedenen Lebenswelten in die natürliche Umwelt, die soziale Lebenswelt sowie die ökonomischen und politischen Systeme unterteilt (Franzkowiak & Sabo, 1998).

Naidoo und Wills unterscheiden die Begriffe Setting und Lebenswelt in ihrem Lehrbuch der Gesundheitsförderung (2003) nicht. Mögliche konzeptionelle, diskursive oder theoretisch-methodologische Unterschiede werden von den Autorinnen nicht berücksichtigt.

Bröskamp-Stone et al. (2000) differenzieren zwischen Setting, Lebenswelten und Lebensbereichen. Lebensbereiche, so die Autorinnen, sind Orte, an denen Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen und die einen Einfluss auf die Gesundheit haben.

In Anlehnung an die Ottawa-Charta bezieht sich der Begriff Lebenswelten auf die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung. Diese steht im Zusammenhang

mit den sozialen und ökologischen Umweltbedingungen. Trojan und Legewie (2001) definieren Lebenswelten als geographisch-soziale Räume. Entsprechende Subsysteme (Stadt, Region etc.) werden als Handlungs- und Lebensräume oder Settings bezeichnet.

Kilian, Geene und Philippi (2004) verwenden den Begriff Lebens(um)welten und versuchen damit, die komplexen geographischen, sozialen und ökologischen Zusammenhänge zu integrieren.

Rosenbrock (2004a) entkoppelt die Begriffe Lebenswelt und Setting. Demnach ist ein Setting ein relativ dauerhafter Sozialzusammenhang, der durch formale Organisation, regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung, Lebenslage oder Werte definiert und den Nutzern/Bewohnern auch subjektiv bewusst ist. Von diesem Sozialzusammenhang gehen wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen aus. Im Gegensatz zu anderen Autoren grenzt Rosenbrock den Setting-Begriff stark ab. Unberücksichtigt bleibt der von der WHO postulierte sozialräumliche Bezug. Ein über spezifische Werte hergestellter Sozialzusammenhang muss nicht zwangsläufig an einen Sozialraum gebunden sein. Eine Wertegemeinschaft, deren Mitglieder nicht in einem abgrenzbaren Sozialraum leben oder an ihn gebunden sind, kann demnach auch ein Sozialzusammenhang und damit ein Setting sein.

Die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (2006) bezeichnet den Setting-Ansatz als das Umfeld der Menschen, in dem sie leben, arbeiten oder ihre Freizeit verbringen. In der Gesundheitsförderung sei von einem epidemiologischen Setting auszugehen. Darunter werden Zielgruppen mit identischen risiko- oder gesundheitsfördernden Faktoren verstanden. Epidemiologie wird im Allgemeinen als die Lehre von der Verteilung von Krankheiten und den Faktoren, die diese Krankheiten beeinflussen, bezeichnet (Gordis, 2000; Kreienbrock & Schach, 2000). Ein Hauptziel der Epidemiologie besteht darin, Gruppen einer Bevölkerung zu identifizieren, die einem erhöhten Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind. Die Autoren unterscheiden zwischen persönlichen/biografischen Settings (Menschen, Lebensverläufe), räumlichen sowie sozialen und institutionellen Settings (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, 2006). Der Setting-Begriff wird hier nicht mehr ausschließlich auf Sozialräume bezogen. Individuelle Merkmale und Eigenschaften von Menschen oder Gruppen, die nicht zwangsläufig an bestimmte Orte gebunden sein müssen, werden ebenso berücksichtigt.

Barić und Conrad (1999, S. 18) benennen Settings als „Organisationen, die eine durch ihre Struktur und Aufgaben anerkannte soziale Einheit darstellen“. Diese Definition verweist damit eher auf zweckrationale Einrichtungen, zum Beispiel Betriebe, und ist weit weniger umfassend als die anderer Autoren, die versuchen, den Setting-Begriff in eine neue Definition zu überführen, die sich auf andere Kriterien als die Abgrenzbarkeit und Organisationsstruktur bezieht.

Grossmann und Scala (1996, S. 66) definieren ein Setting als „ein Feld (...), das alle relevanten Umwelteinflüsse einer Bevölkerungsgruppe umfasst“. Nach diesem Verständnis ist der Begriff Setting keineswegs an Organisationsstrukturen gebunden, sondern kann sogar eine Gruppe („Feld“) sozialer Strukturen umfassen,

die alle zusammen einen Einfluss auf die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen Menschen ausüben (z. B. Betrieb plus Wohnumfeld plus Familie usw.).

Andere Autoren eröffnen mit ihren Setting-Definitionen den Raum für weitergehende Interpretationen. So plädiert Wenzel (1997) beispielsweise dafür, Settings als Konzept von Interaktion zu definieren.

Im Leitfaden Prävention der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen¹¹ werden unter Settings soziale Systeme verstanden. Lebensräume werden als Orte bezeichnet, in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Laut Leitfaden haben lediglich Settings einen starken Einfluss auf die Gesundheit und bieten einen Gestaltungsspielraum für gesundheitsfördernde Maßnahmen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2006).

Differenziert wird in der Literatur teilweise die Eignung eines Settings für die Anwendung des Setting-Ansatzes. So herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass „formalisierte, zweckrationale Sozialstrukturen“, also beispielsweise Betriebe, Krankenhäuser, Schulen, leichter veränderbar sind und damit „einer ‚sozialmanipulativen‘ Machbarkeit unterliegen“ (Bauch & Bartsch, 2003, S. 4). Weniger beeinflussbar scheinen dagegen Lebenswelten und Sozialräume wie Familien, Stadtteile, Nachbarschaft oder Gemeinden (z. B. Dooris, 2004). Die Umsetzung des Setting-Ansatzes, so Bauch und Bartsch (2003), sei umso schwieriger und komplizierter, „je mehr die zu modifizierenden Sozialstrukturen mit den Strukturen der allgemeinen Lebensweise und Lebenswelt diffundieren, die uns ja bekanntlich wenig zur Disposition stehen“ (S. 4). Die Ottawa-Charta benennt jedoch gerade auch diese nachbarschaftlichen, gemeindebasierten Strukturen des alltäglichen Lebens als Gegenstand der gesundheitsförderlichen Entwicklung. Bauch (2002) beschreibt dieses Hindernis der Machbarkeit: „Natürlich kann sich der Setting-Ansatz nicht auf zweckrationale Organisationen im Sinne der Max Weber'schen Organisationssoziologie beschränken. Gleichwohl liegt in der Beschränkung auf zweckrationale Organisationen ein rationaler Kern“ (S. 68).

Der Setting-Begriff, so die Beispiele, bezeichnet sowohl konkrete Orte, als auch größere sozialräumliche Einheiten. Ein Setting kann sich aber auch auf Individuen, Gruppen oder soziale Einheiten beziehen, die nicht an einen bestimmten Raum oder Ort gebunden sind. Im Zusammenhang mit den Begriffen Lebenswelt und Lebensraum wird der Setting-Begriff höchst unterschiedlich verwandt. Während die Begriffe bei einigen Autoren nicht miteinander in Beziehung gesetzt werden, überschneiden sie sich in anderen Veröffentlichungen. Lebensraum – als Subsystem der Lebenswelt – wird auch als Setting definiert. Demgegenüber werden auch die Lebensbereiche als Subsystem der auf die Bevölkerung bezogenen Lebenswelt verstanden. Schließlich werden die Begriffe Lebenswelt, Lebensraum und Lebensbereich – wie etwa bei Barić und Conrad (1999) – ganz ausgespart. Der Setting-

11 Zu den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen gehören: AOK-Bundesverband (Bonn), BKK Bundesverband (Essen), IKK-Bundesverband (Bergisch Gladbach), See-Krankenkasse (Hamburg), Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (Kassel), Knappschaft (Bochum), Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (Siegburg), AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (Siegburg).

Begriff wird bei diesen Autoren in einen systemtheoretischen, organisationssoziologischen und managementtheoretischen Kontext gestellt.

Die diskutierten Begriffe werden in der Literatur unterschiedlich gedeutet. Das heißt, es gibt im Setting-Diskurs keine allgemeingültigen Definitionen der Begriffe Setting, Lebensraum oder Lebenswelt. Dies mag dem Umstand geschuldet sein, dass die Autoren aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen stammen. Zudem argumentieren sie oft aus einem berufsständischen Hintergrund (Wissenschaft, Politik, Praxis). Es wird deutlich, dass eine Theoriebildung beziehungsweise eine Theorie des Setting-Ansatzes bislang fehlt. Wenzel (1997) bemerkt dazu: „Despite the lip-service paid to settings, we have not yet been able to come up with realistic descriptions of settings, which we believe to be crucial to the development of living conditions and lifestyles conducive to health.“ Bauch (2002) fasst diesen Umstand wie folgt zusammen: „Wir sehen, in der Spezifikation von Settings herrscht große Konfusion“ (S. 69).

Eine Definition, die – explizit oder implizit – in allen Beschreibungsversuchen enthalten ist, ist die, dass ein Setting ein „anerkanntes soziales System“ ist. Als kleinster gemeinsamer Nenner kann weiterhin folgendes Kriterium ausgemacht werden: Die in Frage kommenden sozialen Systeme üben einen Einfluss auf die Gesundheit aus. Zugleich können diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet und beeinflusst werden (z. B. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2006). Zweckrationale Organisationen sind leichter zu beeinflussen und zu gestalten und eignen sich damit besser als gesundheitsfördernde Settings als weniger formalisierte Lebensbereiche.

Tabelle 2 fasst die unterschiedlichen Deutungen der Begriffe Setting, Lebenswelt, Lebensraum, Lebensbereich und Lebensumwelt zusammen.

Tab. 2: Begriffe im Setting-/Lebenswelten-Diskurs

Begriff	Kontext
Setting	<ul style="list-style-type: none"> – Setting als Konzept von Interaktion (Wenzel 1997) – Setting als Organisation mit spezifischen Strukturen und Aufgaben (Barić & Conrad, 1999) – Setting ist auf die Lebensbereiche bezogen (Haisch et al., 1999) – Setting als Lebensraum und Subsystem der Lebenswelt (Trojan & Legewie, 2001) – Setting und Lebenswelt werden gleichgesetzt (Naidoo & Wills, 2003) – Setting als dauerhafter Sozialzusammenhang, sozialräumlicher Bezug muss nicht zwangsläufig gegeben sein (Rosenbrock, 2004a) – epidemiologisches Setting mit biographischer, räumlicher, sozialer und institutioneller Ausrichtung (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheit, 2006) – Setting als Soziales System, das einen Einfluss auf die Gesundheit ausübt (Leitfaden Prävention, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2006)
Lebenswelt	<ul style="list-style-type: none"> – Lebenswelt als gegebene und übergeordnete Einheit (Stark, 1989; Trojan & Legewie, 2001; WHO, 1986) – Lebenswelt als natürliche Umwelt, soziale Lebenswelt und ökonomische und politische Systeme (Stellungnahme zur 3. internationalen Konferenz gesundheitsfördernder Lebenswelten, In Franzkowiak & Sabo, 1998) – Lebenswelt ist auf die Gesundheit der Bevölkerung bezogen (Bröskamp-Stone et al., 2000) – Lebenswelt als geographisch-sozialer Raum (Trojan & Legewie, 2001) – Lebenswelt und Lebenszusammenhang (Begründung zum Präventionsgesetz, Bundesministerium für Gesundheit, 2007) – Lebenswelt als Ort, an dem Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen (Leitfaden Prävention, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2006)
Lebensraum	<ul style="list-style-type: none"> – Lebensraum ist ein Teil der Lebenswelt (Stark, 1989; Trojan & Legewie, 2001)
Lebensbereich	<ul style="list-style-type: none"> – Lebensbereich ist Ort, an denen Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen, er ist Teil der Lebenswelt (Bröskamp-Stone et al., 2000)
Lebensumwelt	<ul style="list-style-type: none"> – Integration der geographischen, sozialen und ökologischen Aspekte (Kilian et al., 2004)

Quelle: Eigene Darstellung.

4.3 Zugang und Nutzung des Settings

Folgt man der Argumentationslinie der Ottawa-Charta (WHO, 1986), so liegt der Neuigkeitswert des Setting-Ansatzes im Unterschied zu Interventionen auf der individuellen Ebene klar darin, dass nicht Individuen, sondern ihre sozialen Systeme Gegenstand der gesundheitsfördernden Intervention sind. „Dieser Ansatz beruht

auf der Erkenntnis, daß Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und persönlichem Verhalten sind“ (Grossmann & Scala, 1996, S. 66). Damit wurde die Abkehr vom Fokus auf medizinische Probleme von Individuen verbunden mit der neuen Gesundheitsförderung als Kernstück einer „New Public Health“. Statt auf den einzelnen Menschen und sein individuelles Verhalten sollte der Blickwinkel auf die gesundheitlichen Belange von Menschen in ihren gesellschaftlichen und sozialen Systemen gerichtet werden, in denen Gesundheit außerhalb des Medizinbetriebs im alltäglichen Arbeiten und Leben gestaltet wird (z. B. Altgeld, 2004; Barić & Conrad, 1999). Dieser konzeptionelle „Eckpfeiler“ des Setting-Ansatzes wird in der wissenschaftlichen Literatur weitgehend geteilt. Es kann zunächst festgestellt werden, dass beim Setting-Ansatz soziale Systeme den jeweiligen Interventionsgegenstand darstellen und nicht die gesundheitlichen Probleme der Menschen in den Settings selbst.

Entsprechend dieser Prämisse hat sich auch eine Unterscheidung von „Gesundheitsförderung im Setting“ und einem „gesundheitsfördernden Setting“ (Barić & Conrad, 1999, S. 16) etabliert. Gesundheitsförderung im Setting nutzt lediglich den sozialen oder organisatorischen Rahmen eines Settings als Zugangsweg zu den Zielgruppen, um dort „traditionelle“ Aktivitäten der Gesundheitsaufklärung oder -erziehung stattfinden zu lassen (z. B. Dooris, 2004; Rosenbrock, 2004a). Dieser Ansatz hat bereits eine längere Tradition. Der „neue“ Setting-Ansatz hingegen fokussiert auf eine Integration gesundheitsfördernder Aspekte in die gesamten Funktionsbedingungen eines Settings, in seine Struktur, in seine Kultur, seine Prozesse und die Routinen des alltäglichen Setting-Lebens (z. B. Barić & Conrad, 1999; Dooris, 2004; Rosenbrock, 2004a). Die folgende Tabelle 3 verdeutlicht diese Differenzierung:

Tab. 3: Typen und Arten der Primärprävention

Strategie Interventions- ebene	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontextes
Individuum (Mikroebene)	I. z. B. Ärztliche Gesundheitsberatung, Gesundheitskurse	II. z. B. ‚präventiver Hausbesuch‘
Setting (Mesoebene)	III. z. B. Anti-Tabak Aufklärung in Schulen	IV. z. B. betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung (Makroebene)	V. z. B. ‚Esst mehr Obst‘, ‚Sport tut gut‘, ‚Rauchen gefährdet die Gesundheit‘, ‚Seid nett zueinander‘	VI. z. B. HIV/Aids-Kampagne, Trimming 130

Quelle: Aus „Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV“ (S. 67) von R. Rosenbrock, 2004. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröder (Hrsg.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm ‚Mehr Gesundheit für alle‘ (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band 8)* (S. 7-149). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Nach diesem Modell kann das Setting zum einen als Zugangsweg zu seiner Setting-Population genutzt werden, um in diesem Rahmen Information, Aufklärung oder Beratung oder Programme zur Belastungssenkung im Setting anzubieten (Gesundheitsförderung im Setting, Feld Nr. III in der Tabelle). Zum anderen ermöglicht eine systemische Veränderung des sozialen Systems Setting an sich, die Lebensbedingungen der Menschen gesundheitsfördernd zu beeinflussen (Setting-Ansatz, Feld Nr. IV in der Tabelle): „Die Besonderheit des Setting-Ansatzes liegt mithin darin, dass – und damit bieten wir eine Definition an – er alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung einschließt, sie aber nicht auf Menschen, sondern auf Sozialräume fokussiert, in denen Menschen interagieren“ (Bauch, 2002, S. 69).

Oft werden diese beiden Ausprägungen des Setting-Ansatzes polarisiert und mit Wertungen belegt, unter anderem mit der Intention, dass als „echte“ Setting-Intervention immer umfassende Setting-Entwicklung im systemischen Verständnis wahrgenommen werden, Präventionsmaßnahmen im Setting jedoch als eher „unzureichende“ Variante des Setting-Ansatzes gelten. Für Altgeld (2004) stellt die zweite Strategie, der „Organisationsentwicklungsansatz ‚gesundheitsförderndes Setting‘“ eine Weiterentwicklung der klassischen Gesundheitsförderung im Setting dar, was er als Verdienst von Barić benennt. Der so verstandene Setting-Ansatz beinhaltet einen „Politik- und Strategiewechsel eines Settings (...) und zwar durch die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten, die volle Partizipation aller Teile eines Settings und die Einführung der Bewertung der Gesundheitsförderung und deren Einbeziehung in das bestehende Qualitätssicherungssystem dieses Settings“ (Barić & Conrad, 1999, S. 16).

Als ein konzeptionelles Grundmerkmal des Setting-Ansatzes kann festgestellt werden, dass er auf Sozialräume fokussiert und damit eine im Grunde systemische Strategie ist, die sich der Prinzipien der Organisationsentwicklung bedient (Barić & Conrad, 1999). In diesem Verständnis beruhen die Methoden des Setting-Ansatzes auf denen der Organisationsentwicklung. Daher werden die von Barić und Conrad (1999) definierten Stadien der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings auf Grundlage des Organisationsentwicklungsansatzes im folgenden Abschnitt erläutert.

4.4 Gesundheitsfördernde Settings nach Barić und Conrad

Die Weiterentwicklung oder „Umwandlung“ eines Settings in ein gesundheitsförderndes Setting beruht nach Barić und Conrad (1999) auf einem Modell der „Organisationsentwicklung, im Rahmen dessen die Aktivitäten der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung geplant und durchgeführt werden müssen“ (S. 15). Dieses Modell impliziert einen Wandel im Betriebsklima, die Festlegung von Organisationszielen und die Einführung von partizipativen Managementpraktiken. Organisationsentwicklung ist in den Wirtschaftswissenschaften ein seit etwa 40 Jahren bekanntes und bewährtes Konzept. Nach Barić und Conrad (1999) sind Organisationen durch folgende Aspekte charakterisiert:

- Sie verkörpern eine Gruppe von Menschen (soziale Einheit),
- die kontinuierlich ihre Aktivitäten koordiniert (Management)
- mit dem Zweck, gemeinsame Ziele zu erreichen (Aufgabe der Organisation) und zwar
- auf einer mehr oder weniger permanenten Basis.

Die Struktur einer Organisation, so die Autoren, sei geprägt durch die sozialen Stellungen und die sozialen Rollen seiner Mitglieder, die eng mit den Zielen und Aufgaben verknüpft sind. Dabei zeige die soziale Stellung die Position in der Organisationsstruktur an, die soziale Rolle beziehe sich auf die Durchführung der Organisationsaufgaben. Die Verteilung der sozialen Stellungen und Rollen sei einem ständigen Wechsel aufgrund von neuen Anforderungen und Rahmenbedingungen unterzogen und könne je nach Organisation mehr oder weniger komplex und mehr oder weniger formalisiert sein (Barić & Conrad, 1999). Nach dem Verständnis der Autoren ist jedes Setting eine Organisation. Die Schritte, die ein Setting für die „Umwandlung“ gehen muss, beinhalten daher Methoden zur Veränderung der Organisationskultur, -struktur und Rollendefinitionen.

Diese Veränderungen haben die Erreichung der folgenden drei strategischen Ziele zum Zweck (Barić & Conrad, 1999, S. 38):

- Schaffung einer gesunden physischen, psychischen und sozialen Settingsumwelt;
- Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Prozesse des Settingsalltags;
- Verknüpfung mit anderen Settings durch Netzwerke und Allianzen.

Die Hauptmerkmale eines gesundheitsfördernden Settings sind nach Barić und Conrad (1999): „ein anerkannter Status als gesundheitsförderndes Setting, ein genehmigtes und überwachtes Programm, die vollständige Einbeziehung aller Settingsmitarbeiter, die Zugehörigkeit zu einem Netzwerk gleichartiger Settings sowie die Schaffung von Allianzen mit anderen Settings in seinem kommunalen Umfeld“ (S. 42).

Die Umwandlung in ein gesundheitsförderndes Setting vollzieht sich nach Ansicht der Autoren in drei Phasen, die jeweils in weitere Stadien zu unterteilen sind.

In der ersten Phase steht die „Grundlagenarbeit“ im Vordergrund. Hier gilt es, die Setting-Leitung und Verwaltung von der Sinnhaftigkeit des Vorhabens zu überzeugen und sie für die Mitwirkung zu gewinnen. Wird die geplante Entwicklung durch die Leitung mitgetragen, verpflichtet sich diese zur Umsetzung einer Reihe von Veränderungen und zur Beauftragung eines Programmteams. Anschließend werden auf Basis von Studien und Umfragen eine Problemanalyse und eine Beschreibung des Settings als Voraussetzungen für die weitere Arbeit erstellt. Die Setting-Mitglieder werden über der Entscheidung der Leitungsebene in einer öffentlichen Bekanntmachung informiert. Für das Vorhaben rekrutiert das Programmteam Unterstützer im Setting und bindet diese durch Information und Schulungen in die Entwicklungsprozesse ein.

In der zweiten Phase erfolgt die Umsetzung der Setting-Entwicklung auf institutioneller Ebene. Über die Setting-Leitung werden dazu organisatorische Verände-

rungsprozesse initiiert, beispielsweise durch Beratungen mit Führungskräften und Beschäftigten. Gemeinsam wird über die Verteilung alter und neuer Rollen im Zusammenhang mit der Umgestaltung der Organisation entschieden und entsprechende Arbeitsstrukturen geschaffen, z.B. Gesundheitszirkel. Die Mitarbeiter werden gezielt über Workshops eingebunden, in denen sie ihre Belange und Vorstellungen einbringen. Auf der Basis von den von verschiedenen Setting-Mitgliedern formulierten Bedürfnissen und Schwerpunktthemen werden Aktions- und Zeitpläne entwickelt und Qualitätssicherungs- und Feedback-Methoden benannt.

Die dritte Phase dient der eigentlichen Umsetzung der gesundheitsfördernden Aktivitäten auf der „Konsumentenebene“. Die konzipierten Maßnahmen werden mit den vorher benannten Beteiligten und Themen durchgeführt. Eine Überprüfung und Bewertung der Gesundheitsförderungs-Maßnahmen anhand der definierten Ziele und Indikatoren dient der Qualitätssicherung und Wirksamkeitsbeurteilung.

Mit der Konzeption des Setting-Ansatzes als Organisationsentwicklungsprozess hin zu einem gesundheitsfördernden Setting steht ein anerkanntes und erprobtes, aber auch sehr komplexes und anspruchsvolles Instrument zur Verfügung (Nutbeam & Harris, 2004). Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklungsprozess, so Grossmann und Scala (1996), „erfordert Verständnis für die Entwicklungsbedingungen komplexer sozialer Systeme und für das Managen von Organisationsprozessen“ (S. 76). Rosenbrock (2004a) weist zudem darauf hin, dass die Bildung eines gesundheitsfördernden Settings an viele Voraussetzungen gebunden ist und daher sehr störungsanfällig ist: „Organisationen sind keine trivialen Maschinen. Die Verläufe und Ergebnisse angestoßener Entwicklungen können nicht exakt vorhergesehen werden, sondern werden im Prozess von den beteiligten Akteuren nach Interesse und Macht definiert, ausgehandelt und umgesetzt bzw. erzielt“ (S. 81). Diese Faktoren sind umso weniger analytisch zu erfassen und explizit zu berücksichtigen, je weniger formalisiert und strukturiert das Setting / die Organisation ist.

Einschränkend ist zum Prinzip der Setting-Entwicklung durch Organisationsentwicklung daher zu bemerken, dass hiervon wohl weniger die eher unspezifischen und wenig strukturierten Settings profitieren, die sich nach der Einschätzung von Bauch (2002) der Veränderbarkeit weitgehend entziehen, also beispielsweise Familien, Gemeinden und Stadtteile. Hinzu kommt, dass gerade für die gemeinde-nahe Gesundheitsarbeit in der Regel finanzielle und personelle Mittel nur eingeschränkt zur Verfügung stehen und der professionelle „Gesundheitsmanager“ in diesen öffentlichen Bereichen eher die Ausnahme ist.

Es kann festgehalten werden, dass der Setting-Ansatz im Sinne der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings mit den Methoden der Organisationsentwicklung arbeitet. Er ist ein komplexer Prozess, bei dem alle Ebenen der Organisation durch Veränderungsprozesse betroffen sind und für den ein hohes Maß an Kompetenz für Management und Strukturentwicklung notwendig ist.

4.5 Wirkungstheorien und Handlungsstrategien zum Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz ist eine Interventionsstrategie zur Förderung von Gesundheit. Insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen sollen mit dem Ansatz in ihren Lebenswelten erreicht und die durch die soziale Lage bedingten schlechteren Gesundheitschancen verbessert werden (Rosenbrock, 2004a). Der Setting-Ansatz vermeidet die Diskriminierung von bestimmten Personengruppen, indem die gesamte Setting-Population in die Intervention einbezogen wird. Durch seine Alltagsnähe und die Orientierung auf spezifische Ressourcen der Zielgruppen profitieren gerade Menschen mit geringer formaler Bildung: „Gemeinsam werden eigene Vorstellungen zum Belastungsabbau und zur Ressourcenmehrung entwickelt und in einem gemeinsamen Lernprozess so weit wie möglich umgesetzt“ (Rosenbrock, 2004a, S. 74). Der Setting-Ansatz basiert somit auf der Annahme, dass Gesundheit zum größten Teil außerhalb des Gesundheitswesens im engeren Sinn produziert wird und dass Gesundheitssicherung und Public Health in sozialen Systemen interveniert, in denen Menschen leben und ihren Alltag verbringen (Dooris, 2004). Die argumentative Basis dafür lieferten programmatische Grundsatzdokumente vorwiegend des europäischen WHO-Büros in den 1980er und -90er Jahren. Der Setting-Ansatz erscheint als handhabbare Methode, um verschiedene Einflüsse der sozialen Systeme auf die Gesundheit in die Intervention einzubeziehen.

Ausgangspunkt aller Maßnahmen mit Gesundheitsbezug und so auch der Aktivitäten im Rahmen des Setting-Ansatzes sind theoriegeleitete Annahmen und Erwartungen bezüglich der Ergebnisse der Handlungen auf die Gesundheit. In der Literatur über den Setting-Ansatz wird auf diesen Aspekt jedoch häufig kein Bezug genommen. Oft gehen die Darstellungen über einige recht oberflächliche Wirkungsvermutungen nicht hinaus. Zudem sind diese häufig auf einer abstrakten politisch-gesellschaftlichen Ebene angesiedelt. Whitelaw et al. (2001) sehen hier unter anderem die Gefahr, dass die Praktiker die grundlegende Intention ihrer settingorientierten Arbeit verlieren, weil ihnen die Begründungszusammenhänge für ihr Tun fehlen.

Ogleich die Zahl der unabhängigen Variablen überwältigend erscheint, sollte dies nicht dazu führen, dass die Diskussion darüber vermieden oder durch Verweise auf die Ottawa-Charta als universelle Erklärungsgrundlage abgekürzt wird. Schließlich kann die Gesundheitsförderung durch Setting-Entwicklung auf einen großen Pool unterschiedlicher Disziplinen zurückgreifen, die Erklärungs- und Entwicklungsansätze bereithalten, wie die Psychologie, die Soziologie, Managementtheorien usw. (Nutbeam & Harris, 2004).

4.5.1 Einfluss von Settings auf die Gesundheit

Wenn über die Gestaltung sozialer Systeme gesundheitsfördernde Effekte erzielt werden sollen, ist Klarheit darüber erforderlich, wie Settings auf die Gesundheit wirken.

Kuhn (2005) stellt ein „Netz“ mit drei Komponenten in das Zentrum dieser grundsätzlichen Überlegungen, die die Existenz des Setting-Ansatzes überhaupt erst begründen: Gesundheit / Krankheit, so Kuhn, werde beeinflusst durch objektive Verhältnisse und menschliches Verhalten¹². Zwischen allen drei Komponenten sind wechselseitige Einflüsse denkbar; der Zusammenhang zwischen den Teilen sei jedoch „nur teilweise ursächlicher Natur“ (S. 28).

Im Fokus der Aufmerksamkeit steht insbesondere beim Setting-Ansatz die Beeinflussung des Verhaltens durch die Verhältnisse. Hier, so Kuhn, sei es falsch zu glauben, dass Verhalten in kausaler Weise durch die Verhältnisse geprägt sei. Vielmehr steht zwischen diesen Komponenten eine zielgerichtete Auseinandersetzung des Einzelnen mit seiner Umwelt. Basis des Handelns seien Handlungsgründe und nicht Handlungsursachen: „Hinter jedem Verhalten steht also eine Sichtweise des jeweiligen Menschen auf die Welt, in der er lebt, und diese Sichtweise ist in der Regel nicht unabhängig von dieser Welt (aber, wohlgemerkt, auch nicht kausal davon abhängig)“ (Kuhn, 2005, S. 29). Als Forschungsaufgabe formuliert Kuhn (2005): „Ich muss also versuchen herauszufinden, welche objektiven Bedingungen wie in subjektive Handlungsgründe eingehen, so dass sie das gesundheitswissenschaftlich problematische Verhalten nahe legen“ (S. 29).

Einen ähnlichen Zugang finden Grossmann und Scala (1996), indem sie betonen, dass Organisationen nicht nur direkt Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitglieder ausüben, sondern auch Denk- und Verhaltensmuster bereitstellen, Werte und Normen vermitteln. „Auch das Verhältnis zur eigenen Gesundheit und gesundheitsrelevante Werte werden auf diese Weise geformt“ (S. 16). Die Autoren haben somit eine Mittlerebene zwischen Verhältnissen und Verhalten eingeführt – Denkmuster, Normen und Werte als Einflussfaktoren und Handlungsgründe für das Gesundheitsverhalten des Einzelnen.

Als ein weiteres Ordnungssystem zur Darstellung der Beziehung zwischen Settings und Gesundheit kann die Trias von Sozialer Umgebung, Psyche und Somatik dienen. Bauch und Bartsch (2003, S. 4) verwenden hierfür den Begriff der „Soziopsychosomatik“, der ausdrückt, dass soziale Kommunikation und Interaktion im Setting auf das psychische Befinden und dieses wiederum auf die körperliche Gesundheit wirkt. Sie nehmen insbesondere Bezug auf die Interaktion von sozialer Umgebung, psychischem Erleben (z. B. Stressreaktion) und somatischen pathogenetischen Reaktionen. Bauch und Bartsch (2003) fordern, dass Forschung sich insbesondere der Frage der sozialen Verursachungszusammenhänge chronischer Erkrankungen annimmt, „denn viele dieser für die Prävention insgesamt lebens-

12 Dispositionelle Faktoren spielen in diesem Zusammenhang keine (beeinflussbare) Rolle und werden wohl deshalb nicht explizit als Einfluss für Gesundheit / Krankheit benannt.

wichtigen Annahmen bewegen sich bislang immer noch nur auf Plausibilitätsniveau“ (S. 4).

Andere Autoren führen ebenfalls das soziopsychosomatische Erklärungsmodell als Handlungshintergrund für den Setting-Ansatz auf, stellen jedoch die salutogene Sichtweise in den Vordergrund: „Das soziopsychosomatische Paradigma sieht den ganzen Menschen. (...) Die Frage nach den krank machenden Einflüssen bleibt wichtig und bedeutsam. Das Hauptinteresse richtet sich jedoch auf salutogene, m.a.W. gesundheitsförderliche Potenziale“ (Badura, Ritter und Scherf, 1999, S. 23).

Darüber hinaus stehen – obgleich Setting als Sozialraum definiert wird – auch physische, also bauliche oder Umweltfaktoren im Blickpunkt der strukturellen Maßnahmen im Setting. So werden unter der Bezeichnung „Verhältnisprävention“ beispielsweise in der betrieblichen Gesundheitsförderung oft Maßnahmen zur Verbesserung der Ergonomie am Arbeitsplatz durchgeführt.

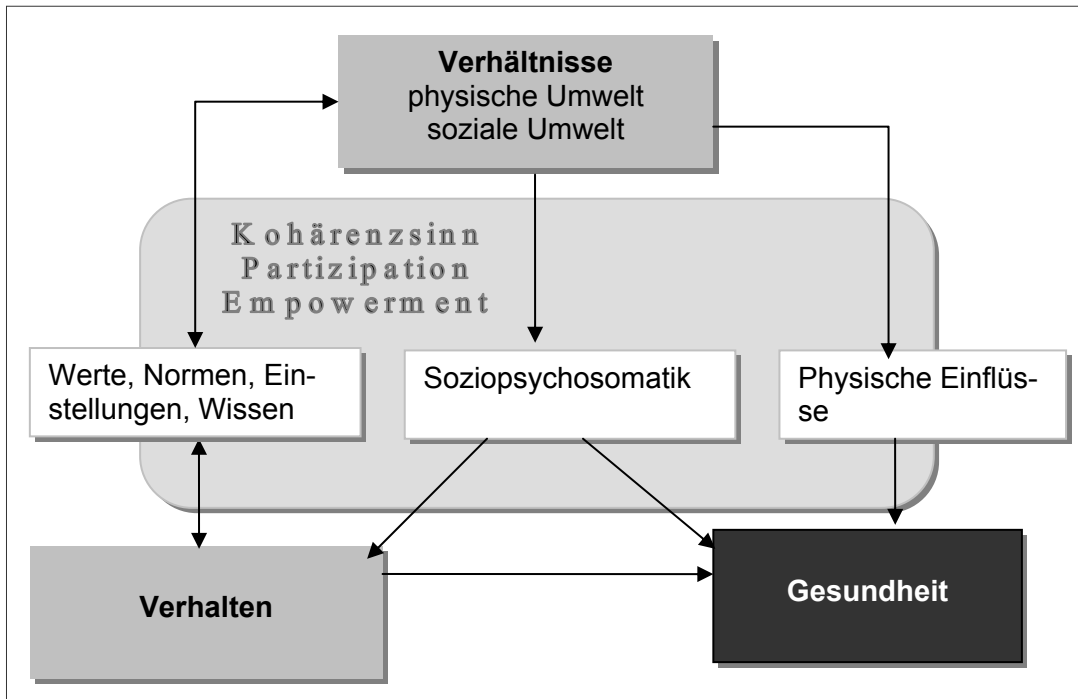
Aaron Antonovsky hat das Konzept des Kohärenzsinn entwickelt und für die gesundheitswissenschaftliche Diskussion verfügbar gemacht. Der Kohärenzsinn wurde von ihm verstanden als

eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß erstens die Anforderungen aus der inneren und äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und daß zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, daß diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen (Antonovsky, 1993, Übersetzung durch Franke und Broda, zit. n. Bengel, Strittmatter und Willmann, 2001, S. 30).

Hier besteht gleichzeitig die Erwartung, dass der Kohärenzsinn über einen bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheit des Menschen ausmacht. Über seine Entstehung und Beeinflussbarkeit sowie den Zusammenhang mit vor allem körperlicher Gesundheit besteht noch erheblicher Forschungsbedarf (Bauch & Bartsch, 2003). In dieser Schnittstelle von Verhältnissen, Verhalten und Gesundheit sind nach unserem Verständnis auch die Konzepte von Empowerment und Partizipation anzusiedeln, die auf die Stärkung der Selbstbestimmtheit und Befähigung einer Person im Umgang mit ihrer Gesundheit zielen.

Die folgende eigene Darstellung (Abbildung 1) bietet als visualisierte Zusammenfassung der aufgezeigten Erklärungsansätze ein vereinfachtes Modell der möglichen Einflüsse eines Settings auf die Gesundheit an. Es kann jedoch lediglich eine einfache und schematische Darstellung mit einigen Lücken und unklaren Verbindungslinien sein, da viele Zusammenhänge zwischen den Elementen noch ungeklärt sind.

Abb. 1: Zusammenfassung der Ansätze zur Erklärung des Einflusses von Setting-Interventionen auf die Gesundheit



Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung verdeutlicht, dass die Ebenen von Verhältnissen, Verhalten und Gesundheit in vielfältigen Beziehungen zueinander stehen und somit auch Ansatzpunkte für die gegenseitige Veränderbarkeit bieten.

4.5.2 Theorien zur Beeinflussung von Gesundheit durch Setting-Arbeit

Health promotion action requires multiple approaches, relies on interdisciplinary inputs and operates at several levels. (WHO Europe, 1998, S. 1)

Da Interventionen in Settings – idealerweise – immer einen Mehrebenen-Ansatz verfolgen (strukturelle Ebene, individuelle Ebene, Kontext des Settings), müsste ein theoriegeleitetes Modell zu Gesundheitsförderung durch Setting-Entwicklung ausgesprochen komplex sein. Es sollte darstellen können, wie Verhalten, Verhältnisse und Gesundheit als verschiedene Komponenten in einem Setting und im Zusammenwirken mit anderen Settings voneinander abhängen und miteinander interagieren. Zudem müsste es die Rolle der Gesundheitsdeterminanten und die damit verbundene indirekte Wirkweise der Intervention in ihren komplexen systemischen Wechselwirkungen und Schleifen einbeziehen. Es müsste außerdem die verschiedenen methodischen Komponenten, die im Setting-Ansatz gebündelt sind, angemessen berücksichtigen und darstellen. Schließlich erfordert die Berücksichtigung des spezifischen Kontextes – ein Kernbestandteil des Ansatzes – ein je nach Setting modifizierbares Modell.

Eine einzelne Theorie, die diese Aspekte vollständig abbildet und das Funktionieren des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung ausreichend erklärt, steht

nicht zur Verfügung. Dennoch agieren Akteure der Gesundheitsförderung nicht völlig orientierungslos. Nutbeam und Harris (2004) haben in dem Band „Theory in a Nutshell“ die wichtigsten zur Verfügung stehenden Theorien zusammengetragen, die zu einem großen Teil auch der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2005 aufführt. In Tabelle 4 sind Theorien zusammengestellt, die in der Gesundheitsförderung und dem Setting-Ansatz Anwendung finden (könnten).

Tab. 4: Verfügbare Theorien der Gesundheitsförderung und des Setting-Ansatzes

Anwendungsbereich	Theorien oder Modelle
Theorien zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens und von Veränderungen des Gesundheitsverhaltens auf individueller Ebene	<ul style="list-style-type: none"> - Health belief model - Theorie des rationalen Handelns (theory of reasoned action) - Transtheoretisches Modell der Stadien der Veränderung - Theorie des sozialen Lernens
Theorien, die Veränderungen in Gemeinschaften und kommunalen Gesundheitsaktivitäten erklären	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion of innovation - Community organisation and community building
Theorien der Anwendung von Kommunikationsstrategien zur Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> - Communication-behaviour chance model - Social marketing
Modelle zur Erklärung von Organisationsveränderungen und der Entwicklung gesundheitsfördernder Umgebungen	<ul style="list-style-type: none"> - Theorien der Organisationsentwicklung - Models of intersectoral action
Modelle, die die Entwicklung und Implementation einer „healthy public policy“ erklären	<ul style="list-style-type: none"> - A framework for making healthy public policy - Evidence-based policy making to promote health - Impact assessment and health impact assessment

Quelle: Eigene Darstellung.

Auch wenn eine Zusammenführung dieser Theorien und Modelle im Setting-Ansatz aufgrund der verschiedenartigen disziplinären Ursprünge und Verständnisse schwierig erscheint, wird doch deutlich, dass auch der Setting-Ansatz auf eine Reihe vorhandener Grundlagen zurückgreifen kann. Dabei können beispielsweise die Theorien zur Verhaltensänderung eingesetzt werden – auch wenn sie als „traditionelle Präventionsformen“ gelten (Bauch & Bartsch, 2003, S. 3). Denn Aktivitäten zur Gesundheitserziehung sind ja durchaus integraler Bestandteil des gesundheitsfördernden Settings (Barić & Conrad, 1999).

Solange diese Theorien und Modelle tatsächlich nicht als universelle Erklärungstheorien, sondern als Teilaspekte der Setting-Arbeit verstanden und angewendet werden, können sie in sinnvoller Weise auch in diesem komplexen Bereich eingesetzt werden.

4.5.3 Verhaltens- und Verhältnisprävention

„Präventionsmaßnahmen können sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt (Verhältnisprävention) beziehen“ (Schwartz & Walter, 2000, S. 153).

Vielfach wird der Ansatz der Verhaltensprävention den „überholten“ und „traditionierten“ Methoden der Gesundheitserziehung ohne Berücksichtigung der den Menschen beeinflussenden sozialen und ökologischen Faktoren zugeschrieben. Die „neue“ Gesundheitsförderung – so eine häufige Einschätzung – brauche diese alten Methoden nicht mehr und könne „die ‚alten‘ Konzepte von Prävention und ‚klassischer‘ Gesundheitserziehung ablösen und so diese Konzepte als obsolet erscheinen lassen“ (Bauch & Bartsch, 2003, S. 3).

Bezüglich der Gewichtung von Verhältnis- und Verhaltensprävention im Setting-Ansatz besteht jedoch ein nur scheinbarer Konflikt. Denn häufig werden bei dieser Debatte zwei verschiedene methodische Aspekte miteinander vermischt: die Gewichtung von Verhältnis- und Verhaltensprävention einerseits und die Intensität der Nutzung des Settings (als Zugangsweg oder für Organisationsentwicklung) andererseits. Der Setting-Ansatz zeichnet sich gerade dadurch aus, dass er Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander verbindet. Er vereint somit die in der Ottawa-Charta (WHO, 1986) formulierten Handlungsfelder „Gesundheitsfördernde Lebenswelten“, „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“ und „persönliche Kompetenzen entwickeln“ (Kilian et al. 2004). Auch der Setting-Ansatz im Sinne einer Strukturveränderung und Organisationsentwicklung enthält daher zwangsläufig Methoden der Gesundheitsbildung und Erziehung, integriert sie jedoch „in die Prozesse des Settingsalltags“ (Barić & Conrad, 1999, S. 38). Bei einem gesundheitsförderlichen Setting im Sinne der Setting-Entwicklung „ist die Gesundheitsförderung gleichsam in die Organisationsstruktur eingebaut, sie ist nicht nur Gegenstand von extra einzuberufenden Veranstaltungen, die auf personeller und Verhaltensebene Gesundheit propagieren“ (Bauch, 2002, S. 68).

Durch eine polarisierte Darstellung von entweder Verhaltens- oder Verhältnisprävention wird den Blick darauf verstellt, dass der Setting-Ansatz im Grunde nicht aufgrund eines Kompromisses beide Aspekte vereinigt, sondern aus der ‚Einsicht‘, dass das eine ohne das andere nicht sein kann. Mehr noch, der Setting-Ansatz begründet seine eigene Existenz darauf, dass „Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und persönlichem Verhalten sind“ (Grossmann & Scala, 1996, S. 66).

Die Frage ist somit nicht, ob nur Verhältnis- oder auch Verhaltensprävention im Setting-Ansatz vertreten werden, sondern – viel grundsätzlicher – welcher Art gesundheitsförderliche Interventionen sein sollten und können. So forderte beispielsweise Weitkunat (2004): „Wenn wir ernstlich versuchen wollen, die Bevölkerungsgesundheit zu verbessern, müssen wir uns auf Verhaltensrisiken konzentrieren“ (S. 103) und eröffnete damit eine lebhaftige Debatte um die Gewichtung von Verhaltens-

und Verhältnisprävention als Strategien für Public Health. Als Entgegnung darauf plädierten Bauch und Franzkowiak (2004) „in Bezug auf Verhaltens- und Verhältnisprävention für einen sachgeleiteten Methodenpluralismus“ (S. 106) und forderten eine Diskussion darüber, ob der Setting-Ansatz für alle Settings gleichermaßen die geeignete Strategie darstellt. Kuhn (2005) knüpfte an diese Auseinandersetzung an und reklamierte mit Bezug auf Weitkunat: „Verhalten und Verhältnisse in einer solchen kruden Form gegeneinander zu stellen sollte eigentlich obsolet sein“ (S. 29).

Dieser „alte sozialwissenschaftliche Streit“ (Bauch, 2002, S. 67) setzt sich auch in der methodischen Diskussion des Setting-Ansatzes fort, selbst – so Bauch – wenn man der Gesundheitsförderung „eine Mixtur von verhaltens- und verhältnisbasierten Strategien verordnet“. Er bietet unseres Erachtens eine handhabbare Formulierung für den Umgang mit dieser Auseinandersetzung an, indem er auf eine konzeptionelle Stärke des Setting-Ansatzes hinweist: „Er [der Setting-Ansatz, Anm. d. Verf.] schließt im Prinzip keine präventive Maßnahme aus, er fokussiert allerdings alle Maßnahmen auf die ‚Förderung gesunder Sozialräume‘ und gibt ihnen dadurch einen neuen Stellenwert“ (S. 69). Auch weitere Autoren (z. B. Altgeld, 2004; Bauch & Bartsch, 2003) betonen, dass diese Integration verschiedener Methoden eine konzeptionelle Stärke des Setting-Ansatzes ist und somit auch Methoden, die isoliert angewendet als weitgehend überholt betrachtet werden, in dieser Einbettung eine andere „Wertigkeit“ haben.

4.6 Methodische Schlüsselemente des Setting-Ansatzes

Als methodische Schlüsselemente des Setting-Ansatzes benennen Kilian et al. (2004, S. 159) „die Vermittlung von Lebenskompetenzen („Life Skills“) als individuelle Befähigung der Zielgruppe, Partizipation als Voraussetzung, aktiv die Gestaltung der eigenen Lebens(um)welt beeinflussen zu können und die Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen als die organisatorische Festigung der gesunden Lebenswelt“. Wie auch bei der Auseinandersetzung mit der Gewichtung von Verhältnis- und Verhaltensprävention als Handlungsstrategien, sind auch diese drei Komponenten nicht alternativ, sondern komplementär.

Life Skills – Lebenskompetenzen – repräsentieren die individuelle Ebene im Setting-Ansatz. Ziel der Vermittlung dieser Kompetenzen, so Kilian et al. (2004), ist die individuelle Befähigung, die Lebensbedingungen zu verstehen und Herausforderungen aktiv und positiv anzunehmen und zu bewältigen. In diesen Bereich fällt sowohl die Vermittlung von Gesundheitswissen als auch die Entwicklung von Bewältigungsressourcen. Damit eng verbunden ist das Konzept des „Empowerment“ – der Befähigung.

4.6.1 Empowerment

Empowerment soll unter anderem dazu beitragen, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen. Wie das im Einzelnen praktiziert werden kann und was dabei die spezifischen Methoden der Gesundheitsförderung sind, bleibt jedoch häufig unklar. Unter Empowerment wird in der Gesundheitsförderung die Befähigung und Stärkung der Menschen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebenswelten verstanden (Lehmann et al., 2006).

Von einem gelungenen Empowerment kann gesprochen werden, wenn die individuelle Befähigung durch die Vermittlung von Life Skills und deren Einbindung in den politischen Prozess der Partizipation gelingt (Kilian et al., 2004). Empowerment stellt demnach eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings dar.

In der Interventionspraxis der Gesundheitsförderung wird das Empowerment-Konzept zunehmend verwendet.

Das „Familienprojekt ADEBAR“ aus Hamburg beschreibt Empowerment wie folgt:

Empowerment, die Befähigung der Familien im Stadtteil, gehört zu den Grundprinzipien der Arbeit von ADEBAR. Die Mitarbeiterinnen von ADEBAR zielen mit einer ressourcenorientierten Arbeitsweise darauf ab, bei den Familien die oft verschütteten individuellen Stärken, Fähigkeiten und Möglichkeiten aufzudecken und zu fördern. Die Vernetzung und Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten oder Selbstorganisation im Stadtteil genießt immer erste Priorität; betreuende und programmorientierte Intervention wird dem nachgestellt. (Lehmann et al., 2006, S. 112)

Eine weitere Beschreibung liefert das Projekt „Endlich fragt mich mal einer“ – Bedarfserhebung zur gesundheitlichen Lage von allein Erziehenden im Rems-Murr-Kreis:

Alleinerziehende selbst wurden als Expertinnen und Experten für ihre Lebenslage gesehen. Dies stellt einen neuen Ansatz in der regionalen Bedarfsplanung dar. Die Resonanz auf dieses Vorgehen war sehr positiv: „Endlich fragt uns mal einer“, „Das finde ich gut, wenn ich mal meine Meinung sagen kann“, „Ich wüsste schon was zu verbessern wäre“. Aber auch „hoffentlich nützt es etwas“ – „hoffentlich ändert sich dann auch etwas“. Der Fragebogen stellte hohe Erwartungen an die Befragten – sie mussten ihre Lage differenziert betrachten, reflektieren und waren zu einem konstruktiven Mitdenken aufgefordert. Durch die detaillierte Befragung wurden die Alleinerziehenden für ihre eigenen Lebensbedingungen sensibilisiert, für ihre spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe sowie auf eigene Ressourcen aufmerksam gemacht. (Lehmann et al., 2006, S. 34)

Schließlich beschreibt das Projekt „Schulpädagogische Sozialarbeit und Schulpädagogik“ an der Regelschule „Werner-Seelenbinder“ in Apolda Empowerment:

Das Schülercafé wird von Schülerinnen und Schülern sowie von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern gemeinsam geführt. In den unterschiedlichen Interessengemeinschaften lernen die Kinder und Jugendlichen, ihre Lernbedingungen – den Lebensraum Schule – aktiv auch unter gesundheitsfördernden Aspekten selbstbestimmt und als soziale Gruppe zu gestalten. Sie übernehmen Verantwortung für unterschiedliche Lebensbereiche (zum Beispiel Essen und Trinken, Gestaltung des Schulhauses und des Schulumfeldes, soziales Miteinander). In die Planung und

Ausgestaltung der einzelnen Interessengemeinschaften sind sie aktiv einbezogen.
(Lehmann et al., 2006, S. 271f.)

Empowerment wird in allen drei Projekten mit einem ressourcenorientierten Ansatz verbunden. Nicht der Ausgleich von Defiziten steht im Vordergrund, sondern der Ressourcenaufbau wird angestrebt. Darüber hinaus sollen die Zielgruppen befähigt werden, Möglichkeiten zur Gestaltung ihrer Lebenswelt zu erkennen sowie diese selbstständig zu nutzen. Unterstützung durch professionelle Helfer ist ein nachgeordnetes Prinzip. Im Vordergrund steht zunächst die Selbstorganisation der Zielgruppen.

In der wissenschaftlichen Reflexion (Bräunling, 2007; Herriger, 1997; Lenz & Stark, 2002) wird der Empowerment-Begriff unterschiedlich diskutiert. Herriger (1997) unterscheidet vier verschiedene Zugänge zu einer Definition von Empowerment. Demnach kann Empowerment über einen politischen Zugang definiert werden. Der Empowerment-Begriff zielt hier auf eine Ungleichverteilung politischer Macht ab. Im Verlauf dieses als konfliktreich beschriebenen Prozesses eignen sich Menschen aus einer Position relativer Machtunterlegenheit Macht, Verfügungskraft und Entscheidungsvermögen an. Ein zweiter Zugang ist auf die Lebenswelt von Menschen gerichtet. Empowerment ist dort auf die Bewältigung des Lebensalltags hin ausgerichtet. Eine dritte reflexive Perspektive kennzeichnet Empowerment als die Selbst-Aneignung von Lebenskräften. Ziel ist es, ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu führen, das heißt Lebenssouveränität auf der Ebene von Alltagsbeziehungen und der Ebene der politischen Teilhabe und Gestaltungskraft herzustellen. Ein vierter – transitiver – Zugang zielt auf die Unterstützung und Förderung von Selbstbestimmung durch andere Gruppen (zum Beispiel professionelle Helfer) ab.

Im Hinblick auf den Setting-Ansatz und die Gestaltung von Lebenswelten wird deutlich, dass alle vier Perspektiven nicht getrennt voneinander betrachtet werden können, sondern ineinander greifen.

Für Lenz erweitert die Empowerment-Perspektive den Blick auf Ressourcen und die Aufmerksamkeit auf den sozialen Kontext, die sozialstrukturellen Gegebenheiten sowie das Zusammenwirken von personalen, sozialen und kontextbezogenen Ressourcen (Lenz & Stark, 2002). Es wird betont, dass Empowerment-Prozesse in der Verknüpfung der individuellen, kollektiven und strukturellen (Organisation / Politik) Ebenen geschehen können. Ziel kann dabei die Eröffnung von Möglichkeitsräumen sein, die eine selbstbestimmte Gestaltung der Lebenswelt ermöglichen. Strittig ist dabei allerdings, ob Empowerment ein normatives Modell oder ein methodischer Weg ist und wie „Balance“ zwischen den drei beschriebenen Ebenen hergestellt werden kann. Offen ist darüber hinaus, ob Empowerment im Rahmen von systemischen Ansätzen, Netzwerkansätzen, oder eher in der praktischen Arbeit, in der sich Systeme leichter eingrenzen lassen (zum Beispiel in der Familie), entwickelt werden sollte. Darüber hinaus wird Partizipation als methodischer Weg beschrieben, um Empowerment zu fördern. Empowerment ist aber zugleich eine Grundvoraussetzung für Partizipation und die selbstbestimmte Gestaltung von Lebensräumen. Je weniger institutionalisiert und strukturiert sich ein

Setting darstellt, desto schwieriger scheint es, Empowerment und Partizipation zu fördern.

Bräunling (2007) plädiert dafür, Empowerment als Grundhaltung, als Prozess und Struktur sowie in seinen Ergebnissen zu beschreiben. Zur Grundhaltung gehöre der Anspruch auf gesundheitliche Chancengleichheit, Handlungs- und Ressourcenorientierung. Der Prozess solle durch Aufklärung und Reflexion, Entstigmatisierung, Parteilichkeit sowie den Blick auf die individuelle und gesellschaftliche Ebene geprägt sein. Zur Struktur gehören für Bräunling das Bereitstellen instrumenteller Hilfen, Mitbestimmung, ein Zielgruppenbezug sowie Langfristigkeit. Im Ergebnis sollte Persönlichkeitsstärkung sowie ein Gewinn an Gesundheitskompetenz und Sozialem Kapital beschreibbar sein (Bräunling 2007). Empowerment wird damit zu einem ganzheitlichen Konzept, dass auf die Beeinflussung gesellschaftlicher Strukturen und individuellem Verhalten abzielt.

4.6.2 Partizipation

Nach Lehmann et al. (2006) umfasst Partizipation „die Formulierung von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen, die Beteiligung an Regelerstellungen sowie die aktive Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluation der Angebote“ (S. 294f.). Zur Realisierung von Partizipation schlagen Kilian et al. (2004) Zukunftswerkstätten oder die Methode Planning for Real¹³ vor. Unklar bleibt, in welchem Setting, welche Partizipation angestrebt wird und über welche Formen der Partizipation eine gesundheitsfördernde Beeinflussung der Lebenswelt möglich ist.

Partizipation ermöglicht es, die eigene Umwelt zu reflektieren und zu beeinflussen. Stark (2003) unterscheidet verschiedene Formen partizipativer Prozesse: Durch die Entwicklung von Phantasie und Utopien – etwa durch Ideenwerkstätten – sollen Vorstellungen zur Gestaltung des eigenen Lebens und der sozialen Umwelt entwickelt werden. Durch Partizipation als Einmischung in traditionelle Felder der Gestaltung der Lebenswelt können Planungsprozesse und Zielsetzungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik beeinflusst werden. Durch Partizipation als Kontrolle von Experten, Verwaltung und Politik soll das Protestpotenzial einer Gemeinschaft gefördert werden, die in Entscheidungen von Verwaltungen etc. eingebunden sein will. Diese Form der Partizipation kann in Beiräten oder Gremien institutionalisiert werden (Stark, 2003).

Problematisch ist, dass der Begriff der Partizipation in der Literatur zum Setting-Ansatz zumeist ohne die notwendige Auseinandersetzung mit ihm übernommen wird. Häufig werden weder die Probleme, die partizipative Prozesse mit sich bringen, noch die Bedingungen, unter denen Menschen partizipieren können, ausrei-

13 Die Methode Planning for Real ist ein gemeinwesenorientiertes Entwicklungsverfahren zur Wiederherstellung und Verbesserung der Lebensqualität im Lebensraum. Sie wird in der Praxis der Gesundheitsförderung, wie etwa dem Projekt „Kiezdetektive. Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt“, angewandt (BKK Bundesverband, Bezirksamt Friedrichshain Kreuzberg von Berlin & Gesundheit Berlin e.V., o. J.)

chend reflektiert. Entsprechende Bedingungen müssen jedoch erst geschaffen werden und können jeweils settingspezifisch sein. Fraglich ist auch, ob partiell durchgeführte Methoden (Ideenwerkstätten etc.) Partizipation insofern realisieren können, als das sie in die tägliche Lebenspraxis integriert und in verschiedenen Kontexten und Settings angewandt werden kann. Effektiver erscheinen Methoden, die in schulischen Settings (Schule, Volkshochschule, Universität) vermittelt werden und die es Menschen ermöglichen, Probleme in ihrer Lebenswelt und täglichen Lebenspraxis zu erkennen. Sie sollen befähigt werden, partizipative Verfahren zur Lösung der zuvor identifizierten Probleme einzusetzen.

Partizipation ist oft eine Reaktion auf persönliche Betroffenheit. Sie ist zumeist auf ein konkretes Problem bezogen und als ein Akt der sozialen Integration in Umwelten, Milieus, Netzwerke oder soziale Bewegungen zu verstehen. Darüber hinaus kann sie als ideologische Identifikation mit normativen Zielen oder als instrumentelles und systemintegratives Handeln gedeutet werden (Schultze, 1995).

Parallel zur ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen existiert eine Ungleichverteilung von Partizipationschancen. Je höher der soziale Status, desto größer ist auch das Partizipationsinteresse und je vielfältiger sind die möglichen Partizipationsformen. Menschen mit einem höheren Sozialstatus verfügen über vielfältige Partizipationskanäle. Sie können Partizipationschancen leichter wahrnehmen. Obgleich sich diese Partizipationsmuster im Zuge des sozialen Wandels durch die Erosion struktureller Determinanten und Milieubindungen der Partizipation lockern, bleibt dieses Problem der Ungleichverteilung grundsätzlich bestehen (Schultze, 1995). Darüber hinaus gibt es Einwohner, die zwar gut sozial integriert sind und so genannte höflichkeitsorientierte Nachbarschaftsformen pflegen (Hoch & Otto, 2005), aber insgesamt wenig bündnisorientiert und partizipationsbereit sind. Gleichmaßen gilt dies für distanzierte Einwohnergruppen, die sich zum Beispiel in ethnische oder verwandtschaftliche Binnenräume zurückziehen. Zu diesen Gruppen können unter anderem junge Menschen oder Menschen mit Migrationshintergrund gehören. Diese Zielgruppen verweisen auf und repräsentieren verschiedene kleinräumige Regulationsformen von Alltagskultur und verschiedenen Sozialregulativen, die soziales Handeln strukturieren und reproduzieren. Schultze (1995) unterscheidet die in Tabelle 5 dargestellten fünf Grundprobleme der Partizipation:

Tab. 5: Grundprobleme der Partizipation

Partizipationsproblem	Problemkennzeichnung
Größenproblem	Repräsentation vs. direkt-demokratische Partizipation
Aufwandsproblem	Wie können die Ressourcen an Aufwand und Zeit für die bürgerschaftliche Partizipation mit den Möglichkeiten des Einzelnen in Einklang gebracht werden?
Komplexitätsproblem	Erfordert die Komplexität der Entscheidungsgegenstände spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten? Werden dadurch Möglichkeiten und Formen der Partizipation begrenzt?
Homogenitäts-/ Heterogenitätsproblem	Inwieweit sind bestimmte Formen der Partizipation an gesellschaftliche Homogenität und/oder einen gemeinschaftlichen normativen Basiskonsens gebunden?
Gleichheitsproblem	Wie wirken sich gesellschaftliche Ungleichheit und politische Gleichheit auf die Möglichkeiten der Gestaltung der Partizipation aus?

Quelle: Eigene Darstellung, modifiziert nach „Partizipation“ (S. 400) von R.-O. Schultze, 1995, In D. Nohlen & R.-O. Schultze (Hrsg.), *Lexikon der Politik. Band 1: Politische Theorien* (S. 396-406). München: Beck.

Die dargestellten Partizipationsprobleme sind in allen Settings präsent. Bevor ein Setting gesundheitsfördernd entwickelt werden soll, muss jeweils untersucht werden, welche Partizipationsprobleme aber auch -möglichkeiten in ihm existieren. In der betrieblichen Gesundheitsförderung kann Partizipation – sofern von der jeweiligen Leitungsebene gefördert – relativ leicht praktiziert werden.¹⁴

Weitaus schwieriger gestaltet sich dieser Prozess in komplexen städtischen Settings. Abgesehen von Modellprojekten, in denen Zielgruppen für Methoden der Partizipation sensibilisiert werden, erscheint es in diesen Settings kompliziert, Teilhabe zu vermitteln.

Zwei alternative Zugangswege sind aus unserer Sicht möglich: Zum einen könnte für jedes Setting eine „Partizipationsanalyse“ erfolgen. Will man die verschiedenen Gruppen eines Stadtteils in einem größeren Kontext in gesundheitsfördernde Maßnahmen einbinden, lässt sich dieser Schritt sicherlich nicht vermeiden. Zum anderen könnten bereits bestehende Strukturen im Setting genutzt werden. Hier ergeben sich allerdings Probleme, die mit den bundesdeutschen Strukturen kommunaler Selbstverwaltung und kommunaler Beteiligungsmöglichkeiten (Überregelung der Kommunalpolitik, nachrangige Stellung der Kommunen in der Staatsorganisation der Bundesrepublik etc.) verbunden sind.

Unstrittig ist, dass Netzwerke, Modellvorhaben, runde Tische oder ähnliche Initiativen Partizipation fördern können. Ihr Einfluss ist jedoch nach wie vor vom Wil-

¹⁴ Möglichkeiten der Partizipation sind zum Beispiel Open Space-Veranstaltungen, Gesundheitszirkel oder spezifische Arbeitsgruppen.

len etablierter Institutionen abhängig (Verwaltung, Bürgermeister). Einrichtungen zur Förderung der Partizipation haben oft Modelcharakter oder werden von Ehrenamtlichen, ABM-Kräften etc. geleitet. Die öffentliche Aufmerksamkeit für Partizipation und bürgerschaftliches Engagement steht oft in einem umgekehrten Verhältnis zu den finanziellen Mitteln, die in diesem Bereich investiert werden (Roth, 2002).

Vor diesem Hintergrund erscheint es fast illusorisch, dass von Stark (2002) formulierte Idealbild von Partizipationsprozessen vollständig umzusetzen:

Die neue Qualität von Partizipationsprozessen und einer partizipativen Politik besteht jedoch darin, über das mitmachen, mitgestalten und einmischen hinaus eine beiderseits gleichverteilte Basis für Kooperationen, eine gemeinsame Gestaltung von Lebenswelten zu entwickeln. Dabei werden die jeweilig unterschiedlichen Kompetenzen . . . weder verwischt noch gleichgemacht. Unterschiedliche Kompetenzen werden als Ressourcen für einen Entwicklungsprozess mit temporär gleichen Zielen anerkannt. (S. 197)

Wie dieses Idealbild realisiert werden könnte, zeigen Hoch und Otto (2005) im Rahmen sozialräumlicher Konzepte. Ein Sozialraum wird im weitesten Sinne als lokaler Nahraum bestimmt. In der Gesundheitsförderung wurde der Sozialraum-Begriff zuletzt zunehmend eingeführt (Altgeld, 2006). Interessant ist, dass Sozialraumkonzepte bislang – ebenso wie der Setting-Ansatz – in der Gesundheitsförderung kaum auf Widerspruch stoßen. Insbesondere im Hinblick auf den Interventionsraum Stadtteil scheint der Sozialraum-Begriff den Setting-Begriff zu verdrängen. Dies spricht zum einen für eine unzureichende methodische Ausdifferenzierung des Setting-Ansatzes. Zum anderen stellt sich die Frage, warum der Begriff der Sozialraumorientierung überhaupt in den Gesundheitsförderungsdiskurs Eingang gefunden hat.

Hoch und Otto (2005) plädieren dafür, die sozialräumliche Netzwerkstruktur immer wieder zu verlassen und eine informatorische und kritisch-reflexionsorientierte Stärkung schwacher sozialer Bindungen zu ermöglichen. Dies kann in Form von Lernnetzwerken erfolgen. Für den Setting-Ansatz bedeutet dies, dass Menschen ihr gewohntes Lebensumfeld verlassen müssen oder ein neues Setting erschlossen beziehungsweise ein altes erweitert werden muss. Entsprechende Lernnetzwerke könnten beispielsweise in Volkshochschulen etabliert werden.

Wright, Block und von Unger (2007) entwickelten ein neunstufiges Modell der Partizipation in der Gesundheitsförderung (Tabelle 6).¹⁵ Ziel müsse es sein, die Selbstbestimmung der Bürger als Kern der Gesundheitsförderung zu realisieren. Partizipation bedeute Entscheidungsmacht. Je größer der Grad der Partizipation, desto größer sei auch die Entscheidungsmacht einer Person oder Gruppe. Mit diesem Modell sollen existierende partizipative Prozesse näher beschrieben werden. Akteure der Gesundheitsförderung werden in die Lage versetzt, den Grad der Par-

15 Das Stufenmodell wurde von der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Gesundheit Berlin im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojektes „Möglichkeiten für eine partizipative Entwicklung von Qualität in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt. Das Stufenmodell ist ein Zwischenergebnis des Projektes (Wright, Block und von Unger 2007).

tizipation im Rahmen ihrer Arbeit einzuschätzen und Möglichkeiten zur Steigerung der Partizipation zu entwickeln.

Tab. 6: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung

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

Quelle: „Stufen der Partizipation. Ein Modell zur Beurteilung von Beteiligung“ (S. 5) von M. T. Wright, M. Block & H. v. Unger, 2007. In Gesundheit Berlin, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (Hrsg.) *Info Dienst für Gesundheitsförderung* 3/2007, 4f.

4.6.3 Strukturentwicklung im Setting

Das methodische Element der Strukturentwicklung repräsentiert die verhältnispräventive Ebene des Setting-Ansatzes. Kilian et al. (2004) betonen, dass Strukturentwicklung in formalisierten Settings auf den Prinzipien der Organisationsentwicklung beruht. In weniger strukturierten und organisierten Settings ist die Entwicklung und Stabilisierung der äußeren Rahmenbedingungen des Settings eine schwierige Aufgabe. Je weniger hierarchisch das Setting gestaltet ist, desto wichtiger ist es, alle relevanten Stakeholder in die Prozesse einzubeziehen¹⁶: „Ohne die Akzeptanz der Strukturveränderung bei den Akteuren im Setting drohen extern angestoßene Maßnahmen wirkungslos zu verpuffen“ (Kilian et al., 2004, S. 164).

Die Ziele der Strukturentwicklung in wenig formalisierten Settings sind analog den Zielen in Organisationen, die zu einem gesundheitsfördernden Setting umgewandelt werden, die Schaffung einer gesunden physischen, psychischen und sozialen Settingsumwelt, die Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erzie-

16 Natürlich müssen auch in hierarchisch organisierten Settings alle Stakeholder eingebunden werden.

hung in die Prozesse des Settingsalltags und die Verknüpfung mit anderen Settings durch Netzwerke und Allianzen (Barić & Conrad, 1999).

In der Setting-Diskussion relativ neu ist das Konzept der settingübergreifenden Netzwerke und Allianzen. Es greift die Überlegung auf, dass Gesundheit nicht ausschließlich in einem Setting gestaltet werden kann, sondern auch im Zusammenwirken der Lebenswelten (z.B. Dooris, 2004). Barić und Conrad (1999, S. 48f.) unterscheiden hierbei drei Stufen:

- Die Initiierung und Förderung einer Bewegung „Gesundheitsfördernder Settings“ in der Kommune durch Öffentlichkeitsarbeit und die Einbindung von Vertretern der Kommune und anderer Settings,
- die Netzwerkbildung mit anderen ähnlichen Settings durch die Schaffung oder den Eintritt in ein lokales, nationales oder internationales Netz ähnlicher Settings und
- die Schaffung von Gesundheitsbündnissen (Allianzen) mit anderen Settings auf lokaler, nationaler oder internationaler Ebene.

Die Umsetzung des Setting-Ansatzes in übergreifenden Netzwerken und Allianzen ist eine im Grunde logische Konsequenz aus der Grundannahme, dass Gesundheit in den sozialen Lebenswelten der Menschen gestaltet wird. Zur Erreichung dieser Stufe der Strukturentwicklung ist jedoch ein Denken und Arbeiten nötig, das über die „vertrauten“ Setting- oder Projektgrenzen hinausgeht. In Zeiten kurzfristiger Projektarbeit in ständiger Konkurrenz um finanzielle Zuwendungen und dies mit geringen personellen Ressourcen scheint dieses Entwicklungsziel jedoch nur im Rahmen übergreifender nationaler Strategien und Programme – und nicht im Wettbewerb um beispielsweise die Finanzmittelmittel der gesetzlichen Krankenkassen – umsetzbar. In diesem Sinn kann die Schaffung von Netzwerken und Allianzen gesundheitsfördernder Settings als Leitbild für die Entwicklung des Setting-Ansatzes dienen, als Vision eines „fully developed scenario“ (Dooris, 2004, S. 58).

Die methodischen Schlüsselemente des Setting-Ansatzes sind die Vermittlung von Lebenskompetenzen, Partizipation und Empowerment der Zielgruppe sowie die Schaffung struktureller Rahmenbedingungen für Gesundheit. In der nachfolgenden Tabelle 6 sind diese Elemente mit den jeweils für sie in der Literatur benannten Zielen zusammenfassend dargestellt.

Tab. 7: Methodische Schlüsselemente des Setting-Ansatzes

Methodisches Schlüsselement	Handlungsebene	Ziel(e)	Hintergrund Ottawa-Charta
Vermittlung von Lebenskompetenzen	Individuelle Ebene	<ul style="list-style-type: none"> - individuelle Befähigung die Bedingungen des eigenen Lebens und der sozialen Lebenswelt zu verstehen - Entwicklung von Problemlösestrategien und Bewältigungskompetenzen 	„Persönliche Kompetenzen entwickeln“
Empowerment und Partizipation	Schnittstelle zwischen individueller Ebene und Verhältnisebene	<ul style="list-style-type: none"> - Befähigung, eigene Interessen zu erkennen und zu vertreten - Erleben von Eigenaktivität und damit Schaffung eines Bewusstseins von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung - Vertretung eigener Interessen bei der Gestaltung und Verbesserung der Verhältnisse 	„Persönliche Kompetenzen entwickeln“ „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“
Schaffung struktureller Rahmenbedingungen	Strukturelle Ebene, Verhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Schaffung einer gesunden physischen, psychischen und sozialen Umwelt im Setting - Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Prozesse des Settingsalltags - Verknüpfung mit anderen Settings durch Netzwerke und Allianzen 	„Gesundheitsfördernde Lebenswelten“

Quelle: Eigene Darstellung.

4.6.4 Exkurs: Die Erziehungskonzeption Paulo Freires

Paulo Freire (1921-1997) hat seine Erziehungskonzeption vor dem Hintergrund der politischen, sozio-ökonomischen und kulturellen Entwicklungen in Lateinamerika in den 1960er und -70er Jahren entwickelt.¹⁷ Erziehung kann nach Freire nicht neutral sein. Sie diene primär dazu, sich von materieller und ideologischer Bestimmtheit zu befreien. Diese befreiende Erziehung sei zugleich eine humanistische Erziehung, die von Zielgruppen (bei Freire die politisch Unterdrückten in Lateinamerika) für Zielgruppen entwickelt wird. Aktion und Reflexion bilden in Freires Konzept eine Einheit, das heißt sie können nicht unabhängig voneinander betrachtet wer-

¹⁷ Zur ausführlichen Erläuterung der Freireschen Konzeption vgl. die Arbeit von Bendit und Heimbucher (1977).

den. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Lebenswelt nur durch deren bewusste „Entdeckung“ und praktische Reflexion verändert werden kann.

Erziehung sei – so Freire – durch eine lebensorientierte pädagogische Praxis gekennzeichnet. Zwischen Lernenden und Lehrenden solle ein Dialog entstehen, der den Widerspruch zwischen Lehrer und Schüler auflöst (Bendit & Heimbucher, 1977). Eine Auflösung dieses Widerspruches bedeutete die Auflösung des traditionellen Lehrerbildes als Wissensvermittler, dessen Aufgaben darin bestehen, Wissen vom Lehrer auf die Schüler zu transferieren. Diese Abkehr von der traditionellen „Bildungsfürsorge“ (Freire, 1974a, S. 88) bedeute auch, dass Schüler im klassischen Sinne nicht mehr existieren. Schüler und Lehrer würden sich so als Partner gegenseitig in einem wechselseitigen Erkenntnisprozess erziehen.

Wissen werde – so Freire – dadurch vermittelt, dass die Lebenswirklichkeit der Lernenden ständig problematisiert wird. Sie produziere den Lernstoff und rege Lernprozesse an. Schüler sollten Wissen nicht mehr nur rezipieren, sondern die jeweils behandelte Problematik zusammen mit dem Lehrer problematisieren. Der Unterricht erfülle damit keinen Selbstzweck, sondern seine Funktion bestehe darin, Erkenntnisakteure zusammenzubringen, die einen Erkenntnisprozess durchlaufen. Dieser werde als kooperativer Prozess zwischen Lernenden und Lehrenden praktiziert. Das Verhältnis von beiden sei erkenntnis- und handlungsorientiert. Das jeweilige Erkenntnisobjekt werde nicht einfach an die Schüler vermittelt, sondern würde zum Objekt kollektiver Reflexion und zum Anlass kritischen Denkens werden.

Dieser – Lehrer und Schüler einschließende – Handlungsprozess bedeute die Entwicklung eines autonomen und emanzipatorischen Lernens (Freire, 1974a). Ziel dieser „Erziehung als Praxis der Freiheit“ (Freire 1974b) sei die Entwicklung eines kritischen Bewusstseins aller am Erziehungsprozess Beteiligten. Dieser Prozess sei geprägt von einer dialogischen und solidarischen Kommunikation. Über die Entwicklung des individuellen Bewusstseins hinaus werde die Entwicklung eines kollektiven Seins oder Bewusstseins angestrebt. Individuell wahrgenommene Interessen würden als kollektive Interessen erkannt, kanalisiert und in konkretes (politisches) Handeln zur Gestaltung der Lebenswelt überführt.

Der Mensch kann nach Freire nur in seiner Interaktion mit der Wirklichkeit gesehen werden, die er wahrnimmt und auf die er verändernd einwirken kann. Bildung wird im Rahmen dieser dialektischen Beziehungen als Prozess der Befreiung verstanden. Bewusstwerdung kann somit nur bei Menschen eintreten, die zwischen sich und der Welt – in sozialen Strukturen – Beziehungen der Veränderung herstellen. Bildung ist in Freires Konzept kein neutraler, sondern ein normativer Prozess, der sich als Erkenntnissituation darstellt. Sie ist historisch determiniert und kann nur im Rahmen der jeweiligen historischen Situation beziehungsweise durch ihre Reflexion erfolgen. Freires Bildungskonzeption stellt immer die Lebenswirklichkeit der Lehrenden und Lernenden in den Mittelpunkt. Problemstellungen, die über Reflexion und Aktion bearbeitet werden, ergeben sich immer aus der unmittelbaren Lebenswirklichkeit. Freire resümiert:

Die Wirklichkeit enthüllt sich . . . dabei als eine Welt bestehend aus Herausforderungen und Möglichkeiten, Determinismus und Freiheit, Negation und Bestätigung des Mensch-Seins, Fortbestand und Veränderung, Wert und Wertlosigkeit, Erwartung in der Zuversicht der Suche und Erwartung ohne Zuversicht in fatalistischer Tatenlosigkeit. (Freire 1974a, S. 91)

Diese, von Freire unterstellte Dialektik von Fortbestand und Wandel, kann nur eine Bildungskonzeption erfordern, die diese Dialektik berücksichtigt und Bildung als Prozess versteht. Bildungstechniken müssen diese Dialektik berücksichtigen und integrieren. Die Struktur der Lebenswelt als veränderbares Produkt der Dialektik von Fortbestand und Wandel repräsentiert sich in dem Verhältnis von Lehrenden und Lernenden und ist nur über dieses wechselseitige Verhältnis beeinflussbar.

Die behandelten Themen bilden ein Programm, das durch Reduktion und Kodierung ein System von Beziehungen – eine Struktur – darstellt. Ein Problem kann demzufolge niemals isoliert betrachtet werden, sondern stellt sich als eine Subthematik einer größeren Einheit dar. Ziel ist es, die Bedeutung von Problemen zu erfassen. Dabei werden die Einzelelemente durch Dekodierung als Bestandteil des Ganzen beschrieben. Freire bezeichnet diesen Schritt als „Aufspaltung der erschauten Totalität“ (Freire 1974a, S. 97). In einem weiteren Schritt wird die kodierte Situation dann in ihrer Totalität erfasst. Die analysierte Situation stellt sich somit als Struktur dar, deren Bestandteile in enger Beziehung zueinander stehen. Die Analyse stellt eine kritische Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit / Lebenswelt dar und ist Grundlage jeder weiteren kritischen Beschäftigung mit der Wirklichkeit.

Wenn Gesundheitsförderung als Aufgabe zur Qualifizierung der Lebenspraxis (Sting, 2000) verstanden wird, dann kann das Bildungskonzept Freires einen wichtigen Beitrag dazu leisten, sich mit der täglichen Lebenswirklichkeit/Lebenspraxis auseinander zu setzen. Über entsprechende – in kommunale Strukturen eingebundene – Bildungsansätze könnten Empowerment und Partizipation in einem größeren Kontext etabliert werden als es durch Ideenwerkstätten und „Planning for Real“ möglich ist. Im Grunde genommen geht es um die Vermittlung einer politischen Kultur, die von der Lebenswirklichkeit im Setting beeinflusst wird und mit Hilfe derer institutionelle (gesundheitsfördernde) Strukturen im Setting aufgebaut werden können.¹⁸

Die gegenwärtigen pädagogischen Ansätze im Setting Schule sind jedoch stark auf das institutionelle Setting Schule selbst ausgerichtet und werden – als „verordnete Verfahren“ – häufig als zusätzliche Belastung des Schulalltags empfunden (Sommer, Altenstein, Kuhn und Wiesmann, 2006). Ob diese Ansätze jedoch dem

18 Der Ansatz Freires wird in letzter Zeit auch im Zusammenhang mit einer „emanzipatorischen Medizin“ diskutiert. Die Ärztin Dr. Ulrike Keim beschreibt diesen Ansatz: „Was ich suche/versuche ist eine emanzipatorische Medizin. Der Patient soll nicht „be“-handelt werden, sondern selbst handeln. Ich befinde mich mit ihm im Dialog – das Miteinander ist die Basis der gemeinsamen Entwicklung eines Behandlungsplanes mit dem Ausgangspunkt dort, wo der Patient steht, und der gemeinsamen Formulierung eines Zieles im Gesundheitsprozess. Der Patient selbst ist der aktive und kreative Gestalter auf dem Weg zur Gesundheit. Man könnte den Unterschied zwischen Dialog und schulmedizinischer Behandlung auch Empowerment versus Compliance-Ansatz nennen“ (Peters, 2006).

Anspruch genügen, Partizipation zu vermitteln oder den oben aufzeigten Problemen der Partizipation gerecht zu werden, ist fraglich. Die Institution Schule – so Sommer et al. (2006) – befinde sich hier in einem grundsätzlichen Dilemma. Sie soll Antworten auf gesellschaftliche Entwicklungen geben, ohne das ihr dafür die notwendigen personellen und sachlichen Mittel zur Verfügung stünden. Eine gesundheitsfördernde Gestaltung kommunaler Settings bedürfe weitreichender Bildungskonzepte, die an das Model Freires angelehnt und im Bereich der politischen Bildung angesiedelt sein können.

4.7 Fazit: Die Konzeption des Setting-Ansatzes

Im Rahmen des Setting-Ansatzes stellen soziale Systeme den Interventionsgegenstand dar. Der Setting-Ansatz fokussiert auf Sozialräume, in denen Menschen interagieren, nicht auf die gesundheitlichen Probleme der Menschen selbst. Ein gesundheitsförderndes Setting verbindet verhaltens- und verhältnispräventive Aspekte. Es schließt Methoden der Gesundheitsbildung und -information nicht aus, sondern integriert sie in den Setting-Alltag. Ein komplexes theoriegeleitetes Modell zur Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung existiert derzeit nicht. Es sind jedoch Theorien verfügbar, die einzelne Aspekte und Handlungsoptionen begründen. Methodische Schlüsselemente können die Vermittlung von Life Skills, Empowerment, Partizipation und Strukturentwicklung sein. Diese Elemente lassen sich zum Teil schwer operationalisieren. Die Logiken der unterschiedlichen Systeme stehen Zielen der Gesundheitsförderung oft entgegen.

5 Praxis des Setting-Ansatzes

Seit der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung in den 1980er Jahren seinen initialen Anstoß durch die WHO erhalten hat, hat er sich in großer Vielfalt in der Gesundheitsförderung Europas und weltweit entwickelt. Das neue Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung wurde zum Leitgedanken umfassender internationaler Programme, die den Setting-Ansatz als Umsetzungsstrategie eines ganzheitlichen, sozioökonomischen und salutogenen Verständnisses von Gesundheit aufnahmen. Diese Programme mit dem Präfix „healthy“ oder „health promoting“ wurden fast alle von der WHO selbst oder mit ihrer Beteiligung konzeptionell vorbereitet und initiiert (St Leger, 1997). Mit jeweils einer definierten Grundsatzprogrammatur und einer Selbstverpflichtung der beteiligten Akteure zur Erprobung des Setting-Ansatzes in modellhaften Netzwerken wurden so seit Ende der 1980er Jahre folgende Setting-Programme gestartet (Altgeld, 2004; Dooris, Dowding, Thompson und Wynne, 1998):

- Gesunde Städte (1987),
- Gesundheitsfördernde Krankenhäuser (1991),
- Gesunde Regionen (1992),
- Gesundheitsfördernde Gefängnisse (1996),
- Gesundheitsfördernde Schulen (1997),
- Gesundheitsfördernde Betriebe (1997) und
- Gesundheitsfördernde Hochschulen (1998).

Darüber hinaus haben sich in Deutschland weitere Settings der Gesundheitsförderung etabliert, wie „gesundheitsfördernde Kindertagesstätten“, „gesundheitsfördernde Familien“ oder „gesundheitsfördernde Quartiere“ (Altgeld, 2004, S. 6).

Unter und neben diesen oft institutionell angebotenen Netzwerken und Programmen hat sich auch auf Projekt-Ebene eine vielfältige Praxis der Gesundheitsförderung im Setting entwickelt. In einer Erhebung der Landesvereinigung für Gesundheit, Gesundheit Berlin, gaben annähernd 70 Prozent der 1.927 gemeldeten Projekt-Anbieter an, nach dem Setting-Ansatz zu arbeiten (Kilian et al., 2004). Diese Entwicklung wurde gefördert durch die im Jahr 2000 vom Gesetzgeber eröffnete Möglichkeit, bei den gesetzlichen Krankenkassen finanzielle Mittel für die Durchführung von Maßnahmen der Primärprävention nach § 20 SGB V zu beantragen. Die Kassen haben in ihren gemeinsamen Leitlinien zur Umsetzung dieses Paragraphen ausdrücklich die Bedeutung des Setting-Konzeptes betont und entsprechende Maßnahmen empfohlen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2006).

Seit einigen Jahren wird in der Literatur eine kritische Auseinandersetzung darüber geführt, wie die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz zu bewerten ist. Die Evidenzbasis gesundheitsfördernder Setting-Interventionen ist kaum ausgebildet (z. B. Rosenbrock, 2004b) und die konzeptionellen und theoretischen Grundlagen für die Arbeit in Settings müssen dringend weiterentwickelt werden (z. B. Whitelaw et al., 2001). Darüber hinaus kritisieren einige Autoren die inflationäre Verwendung des Setting-Begriffes für „selbsternannte Set-

tingprojekte“ (Altgeld, 2004, S. 38), die nicht oder kaum auf das zugrunde liegende konzeptionelle Setting-Verständnis Bezug nehmen.

Für die Bearbeitung der mit diesen Problemlagen verbundenen Herausforderungen wird eine Übersicht darüber, was in der settingbasierten Gesundheitsförderungspraxis überhaupt passiert, benötigt: „there is a need to have clearer vision of what is actually being attempted under a settings banner“, bemerken White-law et al. (2001, S. 340). Festzustellen ist zum einen eine relative Unbestimmtheit der Settings, in denen der Ansatz umgesetzt werden soll. Zum anderen erfolgt die Umsetzung des Setting-Ansatzes in der Praxis an sich in einer großen Vielfalt. In den folgenden Abschnitten werden diese Aspekte der Praxis des Setting-Ansatzes beschrieben.

5.1 Setting-Begriff in der Praxis

Als Settings werden in der Praxis der Gesundheitsförderung unterschiedliche soziale Systeme in einer großen Bandbreite bezeichnet:

Settings differ widely. The name covers large and sometimes poorly defined communities (such as municipalities), large well defined societal or community structures (such as health care systems), smaller discrete organizations (such as sport clubs), community-based entities (such as schools and hospitals) and life contexts (such as family). (Goodstadt, 2001, S. 209)

Eine Erhebung von Gesundheitsprojekten für sozial Benachteiligte, die die Landesvereinigung für Gesundheit, Gesundheit Berlin durchführte, ergab, dass der Schwerpunkt in der Praxis bei den Settings Schule und Stadtteil liegt (Kilian et al., 2004). Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung häufig in Trägerschaft der Betriebe selbst (mit Unterstützung durch Krankenkassen) durchgeführt werden. Diese Angebote sind nicht erfasst worden.

Eine umfassende Übersicht darüber zu geben, welche Orte oder Systeme in der Praxis als Setting benannt werden, ist schwierig. Projekte, die sich dem Setting-Ansatz zuordnen (würden), sind in unterschiedliche Strukturen eingebunden, in denen dieser Aspekt erfasst werden könnte. Oftmals können die Projekte bei Befragungen oder Dokumentationen durch Dritte aus einer vorgegebenen Auswahl von Settings wählen und müssen das von ihnen bearbeitete Setting nicht frei benennen (beispielsweise im Dokumentationsbogen der Krankenkassen für Projekte nach § 20 SGB V). In diesen Fällen erfolgt eine Zuordnung zu einem Setting, das möglicherweise nicht ganz das abbildet, was das Projekt als sein Setting bezeichnen würde. Teilweise wird lediglich abgefragt ob sich ein Projekt dem Setting-Ansatz zuordnet, aber nicht welchem Setting. Entstehen Praxisprojekte aus bestimmten Netzwerken oder Initiativen heraus, zum Beispiel dem Gesunde-Städte-Netzwerk oder der verhältnismäßig neuen Bewegung für gesundheitsfördernde Kindertagesstätten, ist zudem von vornherein „gesetzt“, um welches Setting es geht und eine Definition und Bestimmung im Rahmen des jeweiligen Projektes er-

übrigt sich scheinbar. Aussagen über einzelne Ausprägungen des Setting-Begriffes in der Praxislandschaft sind daher nur schwer möglich, und insgesamt scheint die Frage, was ein gesundheitsförderndes Setting auszeichnet, in der Projektarbeit wenig relevant zu sein.

Seit einigen Jahren wird versucht, die in der Praxis verwendeten Settings zu klassifizieren. Barić und Conrad (1999) schlagen eine Differenzierung in „Gesundheitsfördernde Gemeinschaften“ (wie Familien, Städte, Schulen, Betriebe) und „Gesundheitsfördernde Systeme der Gesundheitsversorgung“ (wie der öffentliche Gesundheitsdienst, Arztpraxen, Krankenhäuser, Sozialeinrichtungen) vor. Goodstadt (2001) unterscheidet zwischen Settings mit

- Bezug zu verschiedenen Lebensphasen (z. B. Schule, Betrieb),
- Bezug zu verschiedenen Populationen (z. B. Wohnungslose – Setting Straße) oder
- Bezug zum Freizeitverhalten (z. B. Sportclubs, Cafés).

Beide Unterscheidungen lassen jedoch keine vollständige Klassifizierung zu. So ist bei der Unterteilung, die Goodstadt (2001) vornimmt, offen, wie das Setting Stadtteil einzuordnen ist. Die Differenzierung von Barić und Conrad (1999) basiert allein auf der funktionalen Abgrenzung, ob das Setting eine primäre Aufgabe der Gesundheitsversorgung hat oder nicht. Die den Systematiken zugrunde liegenden Kriterien könnten für eine weitergehende Klassifizierung durchaus nützlich sein. Zurzeit ist jedoch kein Raster entwickelt, das die Vielfalt der existierenden Settings der Gesundheitsförderung befriedigend erfasst und klassifiziert.

Die Unbestimmtheit des Setting-Begriffes in der Praxis der Gesundheitsförderung ist letztendlich (auch) dem fehlenden Input aus der Theoriebildung geschuldet. Es gibt kaum Konsens darüber, was ein Setting als dieses auszeichnet. Schon auf konzeptioneller Ebene wird also kaum ein Ort oder soziales System als Setting ausgeschlossen. Darüber hinaus ist weitgehend ungeklärt, welche konstitutionellen Merkmale ein hinsichtlich der Beeinflussung von Gesundheit geeignetes Setting aufweisen sollte oder könnte (Dooris, 2004; Wenzel, 1997). Die Benennung von sozialen Systemen als Settings ist zudem in der Regel ein Produkt von Akteuren, die im praktischen Feld agieren und um verhältnismäßig geringe finanzielle Ressourcen konkurrieren. Kilian et al. (2004) erkennen hierin eine Ursache für eine verkürzte und vereinfachte Verwendung des Setting-Begriffes in der Praxis: „Den Bezug auf das Setting-Konzept in einem Projektantrag zu vergessen wäre also ähnlich fahrlässig wie die entsprechende Antwortvorgabe im Rahmen einer Befragung nicht anzukreuzen“ (S. 170f.).

Aus der Praxis-Perspektive ist die relativ schwache theoretische und wissenschaftlich begründete Eingrenzung des Interventionsraums problematisch, denn vor Beginn einer Maßnahme muss eine klare „bewußte und funktionale Abgrenzung des sozialen Systems“ erfolgen, um damit eine grundsätzliche Voraussetzung für die Durchführbarkeit der Setting-Intervention überhaupt zu schaffen (Grossmann & Scala 1996, S. 69). Gleichzeitig wird an Setting-Interventionen der Anspruch gestellt, dass sie eben nicht allein die Zielgruppe im Setting anspricht, sondern das System an sich als Adressat betrachtet. Gesundheit von Menschen

wird jedoch nicht in einem einzigen Setting gestaltet, sondern ist ein komplexes Konstrukt, das den Einflüssen unterschiedlichster Systeme unterliegt, die zum Beispiel auch ineinander verschachtelt sein können: "Health issues do not respect the boundaries of settings, people live their lives within and outside a variety of different settings and one setting may be located within the context of another" (Dooris, 2004, S. 53). Versuchen Interventionen in der Praxis tatsächlich alle theoretisch relevanten Einflüsse zu berücksichtigen, kann das leicht dazu führen, dass große, unspezifische Systeme als Setting definiert werden, die die Praktiker der Gesundheitsförderung in ihrer Komplexität von Akteuren, Prozessen und Themen überfordern. Beziehen sich die Aktivitäten auf kleine, abgrenzbare Einheiten, kann unter Praktikern schnell ein Gefühl von „mangelhafter Praxis“ entstehen, die den vermeintlich klaren hohen Idealen der theoretischen Konzeption des Setting-Ansatzes nicht genügt (Whitelaw et al., 2001).

Dass Gesundheitsförderung stark durch die Arbeit in Projekten geprägt ist, eröffnet zwar Möglichkeiten, in einem verhältnismäßig neuen Handlungsfeld verschiedene Ansätze und Ideen auszuprobieren und zu bewerten. Im Bereich der Gesundheitsförderung besteht jedoch aus methodischen und finanziellen Gründen ein Mangel an Evaluation und wissenschaftlicher Bewertung der Arbeit (Kahan & Goodstadt, 1999). Zudem können auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse in der Regel nur langfristig beurteilt werden – in kurzzeitigen Projekten besteht kaum eine Chance auf den Nachweis gesundheitsfördernder Effekte. Entsprechend wird mit vielen Ideen versucht, soziale Systeme als gesundheitsfördernde Settings zu gestalten – oft jedoch ohne die Erkenntnisse in einem übergeordneten wissenschaftlichen Kontext zu bewerten oder in eine Art von Evidenz-Entwicklung zu transportieren. Dabei ist nicht die Breite der als Settings verwendeten sozialen Systeme problematisch, sondern das fehlende Verständnis darüber, was ein soziales System zu einem Setting macht und welche grundlegenden Aspekte in die Bewertung einzu beziehen sind. Dooris (2004) bemängelt beispielsweise, dass neben einem vereinfachten Verständnis über Settings auch wenig zur Differenzierung unterschiedlicher sozialer Systeme als Settings beigetragen worden ist: „there remains a lack of definitional clarity about what constitutes a setting and some of the literature suggests a very simplistic understanding, with settings of vastly different scale and type being listed as if homogenous, when clearly they are not“ (S. 53). In der Folge besteht eine große Vielfalt an erklärten Settings, von denen eine Reihe nicht zum gesundheitsförderlichen Einsatz gekommen wäre, wenn sie nicht in der Erprobung von Modellprojekten initiiert worden wären.

5.2 Formen der Setting-Aktivitäten in der Praxis

Die Praxis der settingbasierten Gesundheitsförderung zu erfassen und abzubilden, ist angesichts der Vielfalt und der Mängel hinsichtlich der Dokumentation und Evaluation von Projekten eine große Herausforderung. Noch immer sind wenige gebündelte Informationen über die Realisierung des Ansatzes verfügbar (Kilian et al.,

2004), und es fehlen Überblicke, die von reinen Projektbeschreibungen settingorientierter Angebote auf eine übergeordnete Darstellungsebene abstrahieren, um somit ein umfassendes Bild über die Praxis zu liefern. Whitelaw et al. (2001) haben auf Literaturbasis die verschiedenen Erscheinungsformen des Setting-Ansatzes in der Praxis analysiert und klassifiziert. Sie haben eine große Bandbreite in der Umsetzung der Setting-Konzeption festgestellt und dafür fünf Typen beschrieben¹⁹.

Das „passive“ Modell

Das passive Modell der Setting-Praxis stellt das Individuum und sein gesundheitsrelevantes Verhalten in den Mittelpunkt der Interventionen. Das Setting wird lediglich als Zugangsweg zu den Individuen und Gruppen genutzt, um ihnen über diesen Kanal Gesundheitsinformationen zu vermitteln und Verhaltensänderungen herbeizuführen. Dieses Modell stellt in seiner Ausprägung die „Gesundheitsförderung im Setting“ dar und wird von den Vertretern des Setting-Ansatzes im Sinne von Strukturveränderung abgelehnt.

Das „aktive“ Modell

Beim aktiven Modell der Setting-Praxis steht ebenfalls das Gesundheitsverhaltens des Individuums im Zentrum. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass einige Verhaltensänderungen durch strukturelle Merkmale des Settings gehemmt oder ermöglicht werden und daher auch Modifikationen der „Verhältnisse“ erforderlich sind. Thematisiert werden bei Interventionen nach diesem Modell meist einzelne Verhaltensrisiken oder Gesundheitsfragen, beispielsweise Mundgesundheit, Rauchen oder Ernährung.

Das „Vehikel“-Modell

Auch das „Vehikel“-Modell setzt an einzelnen Gesundheitsthemen an, die in Projekten bearbeitet werden. Über diese Projekte sollen jedoch Systemveränderungen im Setting initiiert werden; die Projekte dienen somit als „Türöffner“ für Entwicklungen auf weiteren Setting-Ebenen. Der Fokus liegt primär auf den strukturellen Faktoren und ihrem Einfluss auf die Gesundheit, auch wenn dazu zunächst einzelne Gesundheitsfragen thematisiert werden.

Das „organische“ Modell

Die Praxis nach dem „organischen“ Modell sieht soziale Systeme als Produkt der Prozesse des gemeinsamen Lebens und Agierens von Individuen und Gruppen im Alltag. Es wird angenommen, dass die Gesundheit der Menschen im Setting stark über psychosoziale Einflussfaktoren beeinflusst wird. Das Ziel ist daher, systemische Veränderungen herbeizuführen, die neben direkt gesundheitsrelevanten Ergebnissen auch die Kommunikationskultur und die gemeinschaftlichen Werte im Setting betreffen. Das Setting wird dabei als der gestaltende Rahmen für Gesund-

19 Die vorgeschlagenen Typen der Setting-Praxis sind durchlässig und selbstverständlich nicht trennscharf. Zudem variieren die Aktivitäten auch innerhalb dieser fünf Kategorien.

heit und Zusammenleben verstanden, der durch die Setting-Population jedoch auch gestaltet und gesundheitsförderlich entwickelt werden kann. Partizipation und Befähigung von Menschen zur Gestaltung ihrer Umwelt sind nach diesem Modell Schlüsselkonzepte der Praxis. Die Annahmen dieses Praxistyps entsprechen in hohem Maße den Prinzipien der Ottawa-Charta und dem Verständnis des Setting-Ansatzes als Setting-Entwicklung. Es wird von den Vertretern der Gesundheitsförderung daher häufig als die „bessere“ Form des Setting-Ansatzes vertreten.

Das „umfassende“ Modell

Auch in dem Verständnis des „umfassenden“ Modells wird die Gesundheit durch die Setting-Einflüsse gestaltet. Settings werden jedoch als übergeordnete Systeme verstanden, in denen das Individuum relativ einflusslos ist und selbst kaum Gestaltungsmöglichkeiten hat. Entsprechend diesem deterministischen Verständnis werden zur Veränderung oft regulatorische Maßnahmen top-down durch die „Setting-Politik“ angeregt und umgesetzt.

Diese Klassifizierung von Whitelaw et al. (2001) bietet eine hilfreiche Orientierung für die Einordnung von Praxisaktivitäten des Setting-Ansatzes in den häufig unscharfen konzeptionellen Rahmen. Für die Zukunft liegt in der möglichst detaillierten Beschreibung der Praxis nach unserer Einschätzung ein zentraler Ansatzpunkt um das Setting-Konzept zu stärken. Die Autoren konnten mit ihrem Review eine enorme Bandbreite des Verständnisses von Settings und ihrer Rolle bei der Gestaltung von Gesundheit aufzeigen. Alle vorgestellten Ausprägungen werden von den Autoren dem Setting-Ansatz zugeordnet und so auch in der Literatur beschrieben. Angesichts dieser Vielfalt der Praxis unter dem „settings banner“ (Whitelaw et al., 2001, S. 340) ist schwer vorstellbar, dass diese Praxistypen auf einer gemeinsamen „Philosophie“ beruhen und demselben Ansatz zuzuordnen sind. Das verdeutlicht, wie wichtig eine Klärung und wenn nötig Differenzierung der konzeptionellen Grundlage des Setting-Ansatzes und die Ableitung von Praxis-Leitlinien oder Standards für die weitere Entwicklung dieser Strategie sind.

5.3 Einflussfaktoren und Funktionsprinzipien in der Setting-Praxis

In der Praxis beeinflusst jedoch nicht nur eine zugrunde liegende Konzeption die Ausgestaltung der Setting-Interventionen. Dooris (2004) stellt dazu fest: “To use the rhetoric of organizational development and change management is one thing, but there may often be very real constraints to implementation” (S. 55).

5.3.1 Rolle von Gesundheit und Gesundheitsförderung im Setting

In erster Linie ist die Ausgestaltung der Setting-Intervention davon abhängig, welchen Stellenwert Gesundheit in dem jeweiligen sozialen System hat und welches Verständnis von Gesundheitsförderung dort vertreten wird. Gesundheit und Ge-

sundheitsförderung sind für die allermeisten Settings nicht die primären Handlungsfelder (Brösskamp-Stone et al., 2000; Grossmann & Scala, 1996). Stattdessen haben Settings und besonders Organisationen spezifische Aufgaben in anderen Bereichen, zum Beispiel der Bildung und Lehre (Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen), der Versorgung von Patienten (Krankenhäuser, Arztpraxen) oder der Produktion und Bereitstellung von Waren oder Dienstleistungen (Betriebe). Entsprechend der Unternehmensaufgabe sind die Tätigkeitsspektren und Aufgaben der jeweiligen Mitarbeiter gestaltet. Häufig bestimmen wirtschaftliche Ziele, Wettbewerb oder Ressourcenknappheit den Alltag der organisatorischen Settings. Gesundheit und Gesundheitsförderung wird unter diesen Bedingungen meist nur eine Nebenrolle zugestanden, teilweise wird die Thematik auch ganz ausgeklammert (Grossmann & Scala, 1996).

Settings, die keine Aufgabe im Sinne von Unternehmen oder Institutionen erfüllen, zum Beispiel Stadtteile und Gemeinden, weisen eine geringere koordinative Struktur sowie Verbindlichkeit und Gruppenstabilität auf. Die Anwendung des Ansatzes der gesundheitsförderlichen Settingentwicklung ist hier schwieriger (Rosenbrock 2004a). Auch hier gilt zudem, dass Gesundheit und Gesundheitsförderung selten die vorrangigen Aufgaben dieser Settings sind.

Die Implementierung und Umsetzung einer gesundheitsfördernden Settingentwicklung bedeutet für ein System oder eine Organisation immer eine Investition durch personelle, finanzielle oder zeitliche Ressourcen. Zudem sind besonders strukturelle Veränderungen zum Beispiel in Arbeitsabläufen oder der Kommunikationskultur anspruchsvoll und müssen mit dem entsprechenden Aufwand geplant, eingeführt und – verbunden mit organisatorischen Anpassungen – etabliert und nachgehalten werden. Oftmals, so Whitelaw et al. (2001) stoßen die gesundheitsfördernden Maßnahmen dabei auf interne Prozesse, die der Logik des Systems folgen aber dabei den Zielen der gesundheitsfördernden Veränderungen entgegenstehen, zum Beispiel Anpassungen aus wirtschaftlichen Gründen. Besonders Interventionen, die nicht direkt Gesundheitsfragen betreffen, sondern über die Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten versuchen, Ergebnisse zu erzielen, berühren häufig Bereiche, die im Setting „normalerweise“ aus anderer Perspektive gestaltet werden, beispielsweise die Partizipation von Mitarbeitern bei der Strukturierung von Arbeitsprozessen oder die Formulierung eines gemeinsamen Leitbildes. Notwendig ist daher, dass „die jeweilige Logik der Organisation ebenso akzeptiert wird wie die Tatsache, daß Gesundheit in der Regel nicht die prioritäre Aufgabe oder Zielsetzung der Organisation ist“ (Brösskamp-Stone et al., 2000, S. 148).

Voraussetzung für die Umsetzung von Settingentwicklung ist dementsprechend, dass die Gesundheitsförderungs-Ziele mit denen der Organisation in Beziehung gesetzt und geeignete Anknüpfungspunkte definiert werden. Die strategische Richtung – so St Leger (1997) – muss von den Schlüsselpersonen des Settings geteilt und mitgetragen werden. „Pointiert ausgedrückt heißt das, daß Gesundheitsförderung der jeweiligen Organisation dabei helfen muß, genuine Probleme zu lösen“ (Grossmann & Scala, 1996, S. 19). Die Autoren verweisen darauf,

dass sich betriebliche Gesundheitsförderung dann etablieren kann, wenn sie hilft, Fehlzeiten zu verringern oder die Fluktuation im Unternehmen zu verringern. Im Setting Schule wird von Gesundheitsförderung erwartet, dass sie psychosoziale Probleme des Umgangs miteinander reduziert. Im Setting Krankenhaus und anderen Organisationen, die im Wettbewerb zueinander stehen, liegt die Aufgabe der Gesundheitsförderung auch darin, durch Zertifikate oder Mitgliedschaft in Netzwerken einen entsprechenden Wettbewerbsvorteil zu verschaffen. Auch diese Erwartungen muss settingbasierte Gesundheitsförderung in der Praxis erfüllen, weil sie sonst keine Aussicht darauf hat, sich überhaupt im Setting zu etablieren. Whitelaw et al. (2001) stellten bei ihrer Praxisanalyse fest: „Consequently, a form of practice has emerged that is largely modest and pragmatic in its orientation“ (S. 345). Vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, dass die hohen Ansprüche des Setting-Ansatzes in der praktischen Realisierung oft radikal relativiert werden müssen und dies zur (vermeintlich) unzureichenden Umsetzung des Setting-Konzeptes führt.

5.3.2 Übersetzung der Setting-Philosophie in praktische Maßnahmen

Mit dieser Umsetzungsproblematik eng verbunden ist die Frage der Übersetzung der „Setting-Philosophie“ in die praktischen Maßnahmen der Setting-Intervention. Eine Reihe von Autoren kritisiert, dass die Setting-Praxis oft den entsprechenden Bezug zur Setting-Konzeption vermissen lässt (z. B. Altgeld, 2004). Kilian et al. (2004) werfen die Frage auf: „Wie ist zu erklären, dass der Setting-Ansatz von den Akteuren in hohem Maße in einer verkürzten Form – als Gesundheitsförderung *im* Setting – wahrgenommen wird und nicht als das umfassende Interventionskonzept, das bereits Mitte der 1980er Jahre in der Ottawa-Charta skizziert wurde?“ (S. 170).

Neben den oben aufgezeigten „pragmatischen Zwängen“, die darauf beruhen, dass der Setting-Ansatz im umfassenden Verständnis oft schwer vereinbar ist mit den Aufgaben und Strukturen des Settings, ist es für die Praktiker auch schwierig, die häufig unklaren Konzepte des Setting-Ansatzes in Interventionen und Aktivitäten umzusetzen (Whitelaw et al., 2001). Darüber hinaus ist die „Operationalisierung“ des umfassenden Anspruchs systemischer Entwicklung eine große Herausforderung. Grossmann und Scala (1996) bemerken dazu:

Das Aufgabengebiet von Gesundheitsförderung tendiert zur Uferlosigkeit, man könnte immer auch mehr und anders machen. ... Diese breiten Veränderungsansätze verleihen der Gesundheitsförderungsarbeit oft einen sehr diffusen Charakter. Sie gerät leicht in einen allumfassenden Anspruch zur Verbesserung von Gesundheit, der für Organisationen schwer aufzugreifen ist. (S. 90)

In der Literatur besteht keine Einigkeit darüber, was der angemessene thematische Umfang von Setting-Interventionen ist. Grossmann und Scala (1996) stellen fest: „Die Praxis vermittelt öfters den Eindruck, daß der Setting-Ansatz Projektteams dazu verleitet, ihre Kapazität zu überschätzen und zu viele Themen und Problemstellungen in ein Projekt aufzunehmen“ (S. 71). Häufig wird Praktikern daher empfohlen, zumindest in der ersten Phase der Implementation der Setting-Entwicklung auf anschauliche und hochrelevante Themen zu beschränken, deren Umsetzung „keine allzu großen Kontroversen hervorruft“ (Brösskamp-Stone et al.,

2000, S. 148). Dieses Vorgehen entspricht den Forderungen nach sichtbaren Ergebnissen und zeitnaher Umsetzung von Teilprojekten, die häufig aus dem Setting heraus an die Interventionen gestellt werden (St Leger, 1997; Whitelaw et al., 2001).

Kilian et al. (2004) kritisieren jedoch eine Verkürzung des umfassenden Setting-Konzeptes in der praktischen Umsetzung und auch St Leger (1997) fordert, „das Ganze“ nicht aus den Augen zu verlieren und entsprechende umfassende, integrative Strategien zu verfolgen.

5.3.3 Einbeziehung von Beteiligten des Settings

In der Setting-Literatur wird nachdrücklich betont, wie bedeutsam die Einbindung der relevanten Stakeholder für den Verlauf der Intervention ist: „However, it is essential that a broad and active constituency be build at the outset, and that the key individuals and groups be involved in shaping the programme“ (St Leger, 1997, S. 101). Hier verbergen sich einige Herausforderungen und mögliche Stolpersteine für die Praktiker.

Zunächst müssen die „richtigen“ Personen identifiziert und für eine Mitwirkung bei der Gestaltung und Umsetzung der Setting-Intervention gewonnen werden. Dazu ist eine Entscheidung nötig, „welche Organisationen, Gruppen und Entscheidungsträger mögliche wichtige Partner darstellen“ (Brösskamp-Stone et al., 2000, S. 148). Dieser Schritt ist eng damit verbunden, wie eng oder wie weit die Setting-Grenzen für die Intervention gezogen werden. Wird der Interventionsraum und damit die zu beteiligenden Personen zu stark eingegrenzt, besteht die Gefahr, dass relevante Entscheidungsträger nicht berücksichtigt werden und deren Ressourcen im Projektverlauf fehlen (Grossmann & Scala, 1996). St Leger (1997) sieht besonders bezüglich der Einbindung von Betroffenen erhebliche Mängel in einigen Setting-Projekten, selbst wenn ein Verständnis für die Wichtigkeit der Partizipation vorzuliegen scheint. Möglicherweise ist der (verhindernde) Einfluss von Seiten der Setting-Leitung oder anderer Entscheider an dieser Stelle ausschlaggebend. Werden zu viele Personen in ein Setting-Projekt einbezogen, weil ihnen möglicherweise die entsprechenden Kompetenzen zugesprochen werden oder „auf die Auswahl der zu beteiligenden Gruppen oder Organisationen“ zu wenig Sorgfalt gelegt wird“ (Grossmann & Scala, 1996, S. 70), wird der Projektverlauf unter Umständen jedoch durch die Vielfalt der unterschiedlichen Interessen völlig blockiert.

Einen Leitfadens, welche Akteure an welcher Stelle sinnvoll einzubinden sind, gibt es nicht. Kilian et al. (2004) stellen fest, dass bei abnehmendem Strukturierungsgrad des Settings die Einbeziehung der Stakeholder zunehmend wichtiger wird, weil strukturelle Änderungen sonst aufgrund fehlender Akzeptanz wirkungslos bleiben, während in stark hierarchisierten und strukturierten Settings solche Veränderungen leichter top-down umgesetzt werden könnten. Oftmals sind Beteiligte aufgrund ihrer entscheidenden Position oder Rolle im Projekt (z. B. Vertreter der Leitungsebene von organisatorischen Settings) von vornherein „gesetzt“. Während des Projektverlaufs können je nach Phase andere und weitere Partner eingebun-

den werden; eine fortlaufende Kontrolle der „Besetzung“ wird daher in der Literatur empfohlen (z. B. Brösskamp-Stone et al., 2000).

Die verschiedenen, an einer Maßnahme (direkt) beteiligten Stakeholder haben unterschiedliche Standpunkte, Interessen und Kompetenzen, die sie in die Intervention einbringen können (St Leger, 1997). Praktiker müssen deshalb damit rechnen, dass in der Projektarbeit Konflikte zwischen Beteiligten ausgetragen werden, die auf einer ganz anderen als der Projektebene verursacht wurden und auch nur dort lösbar sind oder dass im Rahmen des Projektes Machtverhältnisse „ausgetestet“ werden.

5.3.4 Qualifikation und Anerkennung des ‚Setting-Managers‘

St Leger (1997) sieht den Koordinator gesundheitsfördernder Setting-Interventionen in einer „Manager-Rolle“. Er muss über Kompetenzen und Fähigkeiten des multidisziplinären und intersektoralen Planens und Implementierens ebenso verfügen, wie über die Fähigkeit, verschiedene Partner zu koordinieren und zu führen. Auch für Grossmann und Scala (1996) stehen die Managementfähigkeiten im Vordergrund: „Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklungsprozess erfordert Verständnis für die Entwicklungsbedingungen komplexer sozialer Systeme und für das Managen von Organisationsentwicklungsprozessen. Projektentwicklung ist eine anspruchsvolle Managementaufgabe“ (S. 76). Unter Beachtung dessen, dass die Setting-Arbeit meist in Projekten stattfindet, sollten zudem Fähigkeiten des operativen Projektmanagements und der Führung von Mitarbeitern sowie die Fähigkeit dazu vorhanden sein, das Vorhaben vor verschiedenen Gruppen vorzustellen, es gegebenenfalls zu verteidigen und andere von der Sinnhaftigkeit zu überzeugen. Noack und Rosenbrock (1994) verstehen den Setting-Akteur dementsprechend als „Change Agent“, der – idealerweise – auch mit den entsprechenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet ist und diese unter Umständen auch gegen Widerstände einsetzen können muss (z.B. auch Kilian et al., 2004).

Insgesamt scheint die Fülle und Spezifität der erforderlichen Kompetenzen eher darauf hinzuweisen, dass speziell ausgebildete Akteure geeigneter sind, als Personen aus dem Setting selbst. Whitelaw et al. (2001) haben festgestellt, dass bei erfolgreichen Setting-Interventionen, die Frage der Leitung eines solchen systemverändernden Prozesses nicht automatisch an Führungspositionen im Setting festgemacht ist, sondern dafür eine neue, flexible wissens- und vertrauensbasierte Gestalter-Rolle definiert wurde. Auch Barić und Conrad (1999) plädieren dafür, die Rollen der gesundheitsfördernd Handelnden neu zu definieren und dafür den „Spezialisten der Gesundheitsförderung“ von den Akteuren abzugrenzen, die aus eigener Betroffenheit für den Umgang mit Gesundheit und Gesundheitsförderung sensibilisiert und befähigt werden und in diesem Verständnis selbst auch „Experten“ sind.

5.4 Fazit: Praxis des Setting-Ansatzes

In der Praxis der Gesundheitsförderung wird der Setting-Ansatz in vielfältiger Weise umgesetzt – sowohl hinsichtlich der Settings als auch der methodischen Realisierung des Ansatzes. Zu kritisieren ist die häufige Verkürzung des Konzeptes auf lediglich einzelne Themen und Projekte (z. B. Kilian et al., 2004). Ursächlich hierfür sind zum einen Schwierigkeiten, die an vielen Stellen selbst unklare Setting-Konzeption mit all ihren Werten, Methoden und Anforderungen in die Praxis und entsprechende Aktivitäten zu übersetzen (St Leger, 1997). Zum anderen findet die Umsetzung aber auch aufgrund der pragmatischen Einflüsse in der „realen Welt“, wie zum Beispiel die unscharfen Setting-Grenzen, die unterschiedlichen Interessengruppen, Erwartungen, Ressourcen und Kompetenzen im Setting oftmals im kleineren Umfang statt, als es die Konzeption vermittelt: „There is a number of barriers which limit the effectiveness and potential of the settings approach“ (St Leger, 1997, S. 100).

6 Evidenzbasierung des Setting-Ansatzes

In den ersten Jahren nach der Formulierung der Ottawa-Charta (WHO, 1986) standen zunächst die Entwicklung und Implementation von Programmen und Strategien der Gesundheitsförderung im Vordergrund. Etwa Mitte der 1990er Jahre wurde Gesundheitsförderung mit einer stärker werdenden Forderung konfrontiert, die sich um Begriffe wie Wirksamkeit und Effektivität, Effizienz und Angemessenheit, Standards und Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen rankt. Nun kam es zur Diskussion über den Nutzen und die Wirksamkeit dieser sozialraumorientierten Maßnahmen (Ruckstuhl, Kolip und Gutzweiler, 2001). Vor allem vom WHO Regionalbüro Europa, der EU-Kommission und der International Union for Health Promotion and Education wurden die Themen Evidenzbasierung und Qualitätssicherung auf die Agenda gesetzt. Seit Ende der 1990er Jahre sind sie Gegenstand von Tagungen und in der Literatur.

Den Anstoß für die verstärkten Forderungen nach Qualitäts- und Wirksamkeitsbelegen für die Gesundheitsförderung gaben verschiedene Entwicklungen:

Zum einen brachten finanzielle Aspekte der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen die Auseinandersetzung mit Wirksamkeit, Qualität und Evidenz in das Handlungsfeld der Akteure. Der Druck zur optimalen Ressourcennutzung und höchstmöglichen Effektivität und Effizienz stieg. Zum anderen wuchs die Zahl der Anbieter und der gesundheitsfördernden Maßnahmen, was zu einer größeren Intransparenz des „Marktes“ führte. Sowohl zwischen den Projekten der Gesundheitsförderung, die sich mit den knappen Fördermitteln (meist) der Krankenkassen arrangieren mussten, aber auch in Konkurrenz zu anderen Disziplinen des Gesundheitswesens spielte somit der Wettbewerbsgedanke eine stärkere Rolle als bislang (Pelikan, Dietscher und Novak-Zezula, 1998; Walter, Schwartz und Hoepner-Stamos, 2001).

Die Forderung nach Evaluation und Wirksamkeitsnachweisen gesundheitsbezogener Setting-Interventionen wurde jedoch nicht nur unter finanziellen Aspekten diskutiert. Differenzierte Kenntnisse über die Effizienz und die Effektivität der Maßnahmen – so die Haltung vieler Akteure – seien dringend erforderlich, nicht nur um Investitionsentscheidungen zu ermöglichen, sondern auch um die Qualität der Programme zu verbessern und eine stärkere Orientierung im bislang recht unstrukturierten Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung herbeizuführen (z. B. Kliche, Koch, Lehmann und Töppich, 2006). Cloetta et al. (2004) fassen die elementare Notwendigkeit dieser Entwicklung zusammen: „Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung lassen sich letztlich nur rechtfertigen, wenn sie die Gesundheit der Bevölkerung verbessern“ (S. 67).

In Deutschland wurde die Entwicklung verschärft, als 1996 die Gesundheitsförderung wieder aus dem § 20 SGB V und damit aus dem Leistungsspektrum der Krankenkassen gestrichen wurde. Als Hauptargument wurden „Zweifel an der gesundheitlichen Wirksamkeit der angebotenen Maßnahmen im Bereich der allgemeinen Gesundheitsförderung vorgetragen, also Qualitätsprobleme in der Praxis der Gesundheitsförderung“ (Elkeles, 2002, S. 33). Dass diese Zweifel vor dem Hin-

tergrund ökonomischer Kostendebatten formuliert wurden, verdeutlichte den Akteuren eindringlich, dass der Stellenwert der Gesundheitsförderung gegenüber anderen Leistungen im Gesundheitswesen in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen eher gering ist.

Es spielten aber auch subjektive Legitimationsbemühungen eine Rolle. Wachsende Professionalisierung und zunehmende Erfahrungen mit gesundheitsfördernden Maßnahmen verstärkten den Wunsch der Akteure, Wirksamkeit und Sinn ihrer Arbeit belegen zu können (Rootman, 2001).

Die Problematik, die sich im Zusammenhang mit der Evidenz- und Qualitätsdiskussion in der settingbasierten Gesundheitsförderung stellt, bezieht sich im Kern auf die Bereitstellung von Evidenz durch systematische Evaluation sowie die Ableitung und Formulierung von entsprechenden Standards, Leitlinien oder Beispielen „guter Praxis“. Dieses systematische Vorgehen hat sein Vorbild in der Medizin, wo sich seit Anfang der 1970er Jahre der Begriff der „evidence-based medicine“ (EBM) etablierte. In der Suche nach geeigneten Instrumenten wurde die Evidenz-Thematik aus der kurativen und rehabilitativen Medizin auch in die Gesundheitsförderung getragen, und die Übertragung der Methoden der EBM wurde auch für den Bereich der Gesundheitsförderung gefordert (Walter et al., 2001). In der Gesundheitsförderung – vor allem in Deutschland (Kliche et al., 2006) – hat sich jedoch eine Bewegung formiert, die die Übertragbarkeit der Grundprinzipien der evidenzbasierten Medizin in Frage stellt. Durch die fehlende Eignung von Instrumenten der Evidenzbasierung eher naturwissenschaftlich fundierter Bereiche für gesundheitsfördernde Maßnahmen wurde eine intensive und anhaltende Suche nach Methoden in Gang gesetzt, die den Besonderheiten gesundheitsfördernder Interventionen gerecht werden (Elkeles, 2006). Die Befürchtung war, dass die Wirksamkeit gesundheitsfördernder Interventionen, die sich in vielen Aspekten von klinischen Interventionen unterscheiden, durch ungeeignete Methoden falsch beurteilt würden (z. B. Rosenbrock, 2002).

6.1 Evidenzbasierte Medizin als Vorbild?

Die medizinische „evidence“ stammt aus dem angelsächsischen Raum (Raspe, 1996). „Evidenz“ ist aber nicht gleich „evidence“. Während „evidence“ im englischen Sprachgebrauch soviel wie „wissenschaftlicher Nachweis“ bedeutet, bezieht sich „Evidenz“ auf das (nicht hinterfragte bzw. nicht hinterfragbare) Augenscheinliche oder Offenkundige, auf die „gefühlte Richtigkeit“ (Stein, 2003). Die beiden Begriffe werden im deutschen Sprachraum parallel verwendet, was den Umgang mit der Forderung nach einer „Evidenzbasierung“ erschwert.

Evidenzbasierte Medizin bedeutet „integrating clinical experience with the best available external clinical evidence from systematic research“ (Sackett et al., 1996, zit. n. Rada, Ratima und Howden-Chapman, 1999, S. 178). Folgender (vereinfachter) Ablauf liegt der evidenzbasierten Medizin zugrunde (European Commission, 1999):

Zunächst wird eine Frage aus einem klinischen Problem formuliert und die Suche – größtenteils über Literaturrecherche – nach jener Intervention in Gang gesetzt, die aufgrund der verfügbaren externen Evidenz die beste ist. Anschließend folgt eine kritische Würdigung der Forschungsarbeiten nach der Angemessenheit, Validität und Nützlichkeit für die eigene Fragestellung. Schließlich wird die Übertragbarkeit auf den eigenen klinischen Kontext überprüft. In vielen Ländern wird den Medizinern diese Arbeit von „Cochrane Centres“ abgenommen – Zentren, die sich ausgehend von der 1993 gegründeten Cochrane Collaboration gegründet haben und die Evidenz-Informationen aufbereitet zur Verfügung stellen. Dazu gehört auch die Ableitung von Leitlinien aus der vorliegenden Evidenz („evidence based guidelines“, Rada et al., 1999, S. 177).

Die „beste verfügbare Evidenz“ wird definiert, indem die für eine Fragestellung vorliegenden Studien bezüglich ihrer internen Validität bewertet und danach in eine Evidenzhierarchie eingeordnet werden. Die Hierarchie der Evidenzklassen umfasst – je nach Quelle – fünf bzw. sechs Stufen mit den folgenden Studientypen:

Tab. 8: Hierarchie der Evidenzstufen

Stufe	Erforderliche Evidenzbasis
Ia:	wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger, kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs)
Ib:	wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
IIa:	wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung (prospektive Interventionsstudie)
IIb:	wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasiexperimenteller Studie (Kohorten- oder Fall-Kontroll-Studien)
III:	mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie
IV:	Meinungen und Überzeugungen anerkannter Experten, Expertenkommissionen, beschreibende Studien

Quelle: Eigene Darstellung, modifiziert nach *Von der Evidenz zur Empfehlung (Klassifikationssysteme)* [Website] des Deutschen Cochrane Zentrums (o. J.). Verfügbar unter <http://www.cochrane.de/de/gradesys.htm> [Zugriff am 02.12.2007].

Vertreter dieser Klassifizierung sind der Auffassung, dass die Evidenz umso besser ist, je höher sie in der Hierarchie angesiedelt ist, weil damit Kontexteinflüsse und andere störende oder verzerrende Effekte in der Untersuchung minimiert sind. Der „Goldstandard Randomized Controlled Trial“ (Elkeles, 2006, S. 43) stellt somit die höchste und damit beste erreichbare Evidenzstufe dar.

Wie sähe – theoretisch – ein Prozess der Evidenzbasierung für die Gesundheitsförderung aus? In diesem Diskurs sind gleich mehrere Aspekte bestimmend: Evidenz, Evaluation und Qualität. Viele Prozesse der Entwicklung von Evidenz, Evaluation, Qualitätssicherung laufen in der Praxis parallel und schleifenartig, daher muss die folgende Darstellung idealtypisch und vereinfacht bleiben.

Schritt 1: Evaluation der Interventionen

Idealerweise werden Projekte, Programme und Interventionen der Gesundheitsförderung evaluiert. Diese Ergebnisse und Erkenntnisse sind kontext- und problembezogen. Sie werden publiziert, verbreitet und somit in einem bestimmten Akteurskreis als potenzielle Quelle für andere Interventionen zur Verfügung gestellt.

Schritt 2: Bewertung der Evaluationen und Zusammenführung in einer Evidenzbasis

Eine Evidenzbasis (analog zur evidenzbasierten Medizin) kann erst geschaffen werden, wenn genügend Evaluations- und Forschungsberichte vorliegen und diese verglichen und bewertet werden. Ist das der Fall, kann von einer Evidenz gesprochen werden, denn somit sind gebündelte und bewertete Informationen über die Wirksamkeit bestimmter Interventionen in Bezug auf bestimmte Problemstellungen oder Ziele oder Zielgruppen verfügbar, die für eine praktische gesundheitsfördernde Intervention verwendet werden können.

Schritt 3: Nutzbarmachung der Evidenz für die Praxis

Evidenzbasierte Gesundheitsförderung würde die so gewonnene Evidenz den Praktikern zur Nutzung anbieten. Die Informationen werden von den Nutzern recherchiert, bewertet und – der eigenen Problemstellung angemessen – in der Praxis umgesetzt. Idealerweise fließen die Ergebnisse und Erfahrungen, die dabei gemacht werden, zurück in den Evidenzpool und vergrößern damit die verfügbare Evidenzbasis. Evidenzbasiertes Arbeiten stellt hohe Anforderungen: Die Suche nach relevanten Informationen, die Bewertung der Informationen nach bestimmten Aspekten und die Auswahl der besten verfügbaren Evidenz. Daher wäre es – analog zur evidenzbasierten Medizin – wünschenswert, eine „Infrastruktur“ zu schaffen, die die Informationen systematisch sucht, bewertet und zur Verfügung stellt.

Schritt 4: Entwicklung von Standards und Leitlinien

Auf der Grundlage ausreichender Erfahrungen und Erfolge können Qualitätsstandards und Leitlinien formuliert oder auch „Models of good/best Practice“ identifiziert werden. Diese fungieren als Orientierung, Minimalanforderungen oder „Vorbilder“ für bestimmte Vorgänge und Zustände, die bei Interventionen vorhanden bzw. erfüllt sein sollten.

Schritt 5: Qualitätssicherung und -entwicklung

Mit der Formulierung von Qualitätsstandards und Leitlinien bzw. mit der Identifizierung von „nachahmenswerten“ und Erfolg versprechenden Aspekten von Interventionen ist das Fundament für Qualitätssicherung gelegt. Zu den Kriterien, die aus der Evidenz entspringen, kommen jedoch die Anforderungen und Bedürfnisse, die die Akteure und Stakeholder einer jeden Intervention vor Ort an die Qualität einer Leistung erheben. Auf der Grundlage der im Konsens formulierten Ziele, Standards und Anforderungen werden Maßnahmen geplant, durchgeführt und überprüft, die

die Erfüllung bzw. Erreichung dieser „Qualitätskriterien“ sichern (*Qualitätssicherung*). Qualitätssicherung an sich ist ein Kreislauf, der die ständige Überprüfung und Verbesserung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse einer Intervention verfolgt. Als Instrument der Qualitätssicherung kommt wiederum die Evaluation zum Einsatz. Gewonnene Erkenntnisse werden zurückgespielt in die Evidenzbasis der Gesundheitsförderung.

6.2 Evidenzbasierung der Gesundheitsförderung – Problembeschreibung

Kliche et al. (2006, S. 141) verstehen Evidenzbasierung als „die abwägende, systematische Nutzung der verfügbaren Erfahrung mit der Bearbeitung bestimmter Aufgabenstellungen. Das professionelle Wissen ergibt, gesammelt und gesichtet, Belege (Evidenz) für die Wirksamkeit verschiedener Interventionen und zeigt Wege zur Versorgungsoptimierung“. Eine Evidenz der Gesundheitsförderung könnte nach Vorstellung von Rada et al. (1999) folgendermaßen gestaltet sein:

Evidence-based health promotion is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individuals, communities and populations. The practice of EBPH means integrating local expertise with best available external evidence yielded by systematic research. (S. 178)

Um zu einer derartigen Evidenzbasis zu gelangen, bedarf es grundlegender Voraussetzungen:

Zum einen muss eine Klärung darüber erfolgen, was Gesundheitsförderung und ihre Interventionen erreichen sollen und an welchen Zielen und zu erwartenden Ergebnissen sie sich messen lassen müssen (Altgeld et al., 2006; Rosenbrock, 2004b). Dies zu bestimmen ist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden und stellt einen zentralen Problemaspekt für die Evaluierbarkeit der Gesundheitsförderung durch Setting-Entwicklung dar.

Zum anderen müssen geeignete Instrumente der Evaluation komplexer und kontextsensibler Interventionen der Gesundheitsförderung gefunden werden (Rada et al., 1999; Thorogood & Coombes, 2000). Aufgrund der engen thematischen Verwandtschaft (Gesundheit als Ziel) und aufgrund der oftmals angenommenen Rolle gesundheitsfördernder Maßnahmen als „Erweiterung“ des traditionellen medizinischen Spektrums ist der Einfluss der kurativen Medizin auf die Gesundheitsförderung auch im Bereich der Evaluation besonders groß (Bührlen-Armstrong, 1998; Thorogood & Coombes, 2000). Viele der Annahmen des biomedizinischen Modells, das der Medizin²⁰ zugrunde liegt, korrelieren mit der Perspektive der „Po-

20 Auch in der Medizin ist jedoch eine Bewegung zu verzeichnen, dass neben der „messbaren“ klinischen Symptomatik mehr und mehr auch die subjektiven Faktoren des Krankheitserlebens und der Krankheitsbewältigung Eingang finden in die Bewertung des Behandlungserfolgs (Bullinger, 1998). Es soll daher nicht behauptet werden, dass *die* Medizin als Ganzes dem biomedizinischen Paradigma anhängt. Es kann vermutlich jedoch auch in der Medizin davon ausgegangen werden, dass die positivistischen Sichtweisen einen sehr großen Einfluss haben (Guba & Lincoln, 1994, S. 116), z. B. durch die sehr starke Cochrane Collaboration.

sitivisten“, die in der Wissenschaft eine dominante Position einnimmt: „Positivisten“ „represent the strongest voice in professional decision making“ (Guba & Lincoln, 1994, S. 116). Positivismus kann als objektiv, erklärend, generalisierend und quantitativ, also fokussiert auf Messung und Zählung charakterisiert werden. Im positivistischen Paradigma sind Forschungs- und Evaluationsdesigns zu finden, wie sie den oberen Klassen der Evidenzhierarchie der evidenzbasierten Medizin zugeordnet werden: Experimentelle Studien, kontrollierte Bedingungen, höchstmögliche interne Validität und Objektivität zwischen Forscher und Untersuchungsgegenstand (z. B. Springett, 2001). Die so konzipierten (positivistischen) Bewertungsmethoden der Medizin üben den entsprechenden Einfluss auf die Methodenwahl in der Gesundheitsförderung aus, weil die Zieldimension – Gesundheit – die gleiche ist (z. B. Bührlen-Armstrong, 1998; Kliche et al., 2006; Webb, 1999).

Eine Reihe von Vertretern der Gesundheitsförderung ist der Auffassung, dass die Instrumente aus dem medizinischen Bereich für die settingbasierte Gesundheitsförderung nicht oder nur begrenzt anwendbar sind (z. B. Altgeld et al., 2006; Dooris, 2005; Rosenbrock, 2004b; Trojan & Legewie, 2001). Denn für alle Evidenztypen der ersten bis dritten Kategorie (Ia – IIb) gilt, dass die strikte Kontrolle der Randbedingungen, die Bildung von Kontrollgruppen, die Attribution von Effekten zu bestimmten Interventionen Kriterien darstellen, die dazu führen, dass ihre Anwendung in der systemischen, settingorientierten Praxis der Gesundheitsförderung kaum möglich und/oder kaum finanzierbar und/oder nicht praktikabel oder nicht nützlich wäre (z. B. Elkeles, 2006). Der klinische Studententyp – so die Argumentation – beruht auf einem biomedizinischen Paradigma, von dem sich die Gesundheitsförderung entfernt hat (Elkeles, 2006; Webb, 1999). Die Berücksichtigung und Einbindung des Kontextes ist ein integraler Bestandteil der settingbasierten Gesundheitsförderung – der Kontext, also das soziale Umfeld, ist sogar Gegenstand der Intervention. Experimentelle Untersuchungen könnten mit der strikten Kontrolle der Randbedingungen, wenn überhaupt, nur Aussagen zum Erfolg oder Misserfolg einer Intervention machen. Bührlen-Armstrong (1998) stellt fest: „Diese entsprechen zwar dem Wunsch nach ‚harten Fakten‘ bei politischen Entscheidungsträgern, kommen aber dem Bedarf nach Informationen, die eine erfolgreiche Wiederholung einer Maßnahme oder auch eine Modifikation einzelner Elemente ermöglichen, nicht nach“ (S. 72). Als Konsequenz der Anwendung ungeeigneter Evaluationsinstrumente könnten diese gegen die Auswahl komplexer, sozialraumbezogener Interventionen zu Gunsten einfacher und leicht zu evaluierender Maßnahmen tendieren (Rosenbrock, 2004b)²¹.

Die Gesundheitsförderungs-Vertreter – insbesondere die Verfechter der settingorientierten Gesundheitsförderung – beanspruchen daher die Entwicklung und

21 In der aktuellen Studie „International erfolgreiche Interventionen der Prävention und ihre Übertragbarkeit auf Deutschland“ nehmen die Autoren Klever-Deichert, Gerber, Schröder und Plamper (2007) jedoch an, dass eine Ablehnung der Übertragbarkeit von Methoden der Evaluation medizinischer Interventionen im Sinne der EBM auf einem „positivistisch ausgelegtem Zerrbild von EBM“ beruht (S. 28). Sie sind der Meinung, dass die Methoden und Kriterien der evidenzbasierten Medizin sehr wohl auch für die Evaluation von Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung angewandt werden können.

Anwendung einer „eigenen Methodik“ (Altgeld et al., 2006, S. 34). Gefordert wird seit geraumer Zeit „die Entwicklung von Methoden, Instrumenten und Verfahren, die einerseits die Wirksamkeit von Interventionen immer besser in Richtung auf das Ziel der Evidenzbasierung abbilden und beeinflussen, ohne andererseits zur Fessel der notwendigen kreativen Weiterentwicklung von populations- und setting-bezogenen Interventionen zu werden“ (Rosenbrock, 2004b, S. 63).

Die Schwierigkeit der Gesundheitsförderung besteht mithin darin, dass sie sich einerseits dagegen zu wehren versucht, dass die mangelnde Eignung der Methoden medizinischer Evidenzbasierung als eigene Schwäche oder ein Mangel an messbaren Ergebnissen bewertet wird. Vielmehr versuchen die Vertreter deutlich zu machen, dass die Evidenz-Grundlage der Medizin für die Gesundheitsförderung schlichtweg nicht praktikabel ist. Das zentrale Problem besteht jedoch darin, dass es bisher nicht gelungen ist, angemessene Methoden für eine Evidenzbasierung der Gesundheitsförderung ausfindig zu machen und die Ergebnisse systematisch bewertet zur Verfügung zu stellen. In der Gesundheitsförderung, so beispielsweise Kahan und Goodstadt (1999), herrscht ein Mangel an „evidence concerning the impact of health promotion on instrumental (mediating) health-related objectives, or on terminal (ultimate) goals“ (S. 87).

Diesen augenscheinlichen Problemen liegen mehrere konzeptionelle, praktische und methodische Schwierigkeiten des Setting-Ansatzes zugrunde (Dooris, 2005):

- unklare und unterschiedliche Auslegung der Konzeption des Setting-Ansatzes,
- unterschiedliche praktische Ausprägungen der Setting-Interventionen – meist weit entfernt von der „Philosophie“ des Setting-Ansatzes,
- fehlende Klarheit über Definition und Parameter von Settings und daraus resultierende Vielfalt unterschiedlichster Settings in Literatur und Praxis und
- methodische Schwierigkeiten der Evaluation komplexer systemischer Programme.

Die drei ersten Problemkomplexe wurden bereits vertiefend dargestellt. Die methodischen Schwierigkeiten in der Forschung und Evaluation settingbasierter Gesundheitsförderung lassen sich in drei Fragenkomplexen abbilden:

- Was ist Gesundheit und was sind die Ziele und Ergebnisse gesundheitsfördernder Interventionen durch Setting-Entwicklung?
- Wie sind Gesundheit und Ergebnisse gesundheitsfördernder Interventionen zu bewerten?
- Wann sind die Wirkungen gesundheitsfördernder Interventionen erfassbar?

Auf diese Fragestellungen wird in den folgenden Abschnitten näher eingegangen. Die Problemaspekte, die sich aus den drei Fragenkomplexen ergeben, sind nicht immer klar voneinander abgrenzbar, daher kommt es in den Ausführungen notwendigerweise zu Überschneidungen.

6.2.1 Ergebnisse und Ziele von Setting-Interventionen

Was sind die Ziele und Wirkungserwartungen der Gesundheitsförderung durch den Setting-Ansatz? Eine einfache klare Antwort ist auf diese Frage nicht zu geben. Denn ebenso komplex und vielfältig wie die Funktionsweise des Setting-Ansatzes diskutiert wird, so komplex und vielfältig sind die Erwartungen hinsichtlich Ergebnissen, Zielen und Wirkungsweisen: „Komplexe Programme der Gesundheitsförderung sind leider oft auch diffuse Programme“ (Trojan, 2001, S. 54). Eine Klärung auf dieser Ebene ist jedoch als erster Schritt zu einer Evidenzbasierung des Setting-Ansatzes zu betrachten. Denn Evaluation als Grundlage einer Evidenzbasis muss, um „erfolgreich“ zu sein, eine grundlegende Zielbestimmung voraussetzen können (Rootman et al., 2001). Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass das Ziel der Gesundheitsförderung Gesundheit ist: „Gesundheitsbezogene Wirksamkeit – durchaus im Sinne des gesellschaftlich sensiblen Gesundheitsverständnisses der Ottawa-Charta – bildet letztlich das Hauptziel von PGF [Prävention und Gesundheitsförderung, Anm. d. Verf.]“ (Kliche et al., 2006, S. 141).

Wenn, wie Bauch (2002, S. 69) vermutet, der Setting-Ansatz „alle Maßnahmen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung erweitert um die strukturelle Komponente der Verhältnisprävention“ enthält, dann könnten sich die Ziel- und Wirkungserwartungen des Setting-Ansatzes als Klammer all dieser Aktivitäten im Grunde zunächst über die Teilmaßnahmen definieren. Diese Annahme ist nach Meinung einiger Autoren jedoch zu kurz gedacht. Denn der besondere Wert des Setting-Ansatzes wird darin gesehen, dass gerade auch die Interaktionen und Synergien zwischen den Einzelmaßnahmen (z. B. Verhaltensprävention und strukturelle Entwicklung des Settings) zu darüber hinaus gehenden Ergebnissen führen können. Diese Konsequenz ziehen indirekt auch Chloetta et al. (2004), wenn sie vermuten, das „nur die Summe von verschiedenen Maßnahmen Wirkungen verspricht“ (S. 67). Dooris (2005) geht noch darüber hinaus, indem er auf die Effekte verweist, die durch die Synergien zwischen mehreren Settings entstehen: „. . . it [Evaluation, Anm. d. Verf.] must look at the whole and attempt to map and understand the interrelationships, interactions and synergies within and between settings“ (S. 60).

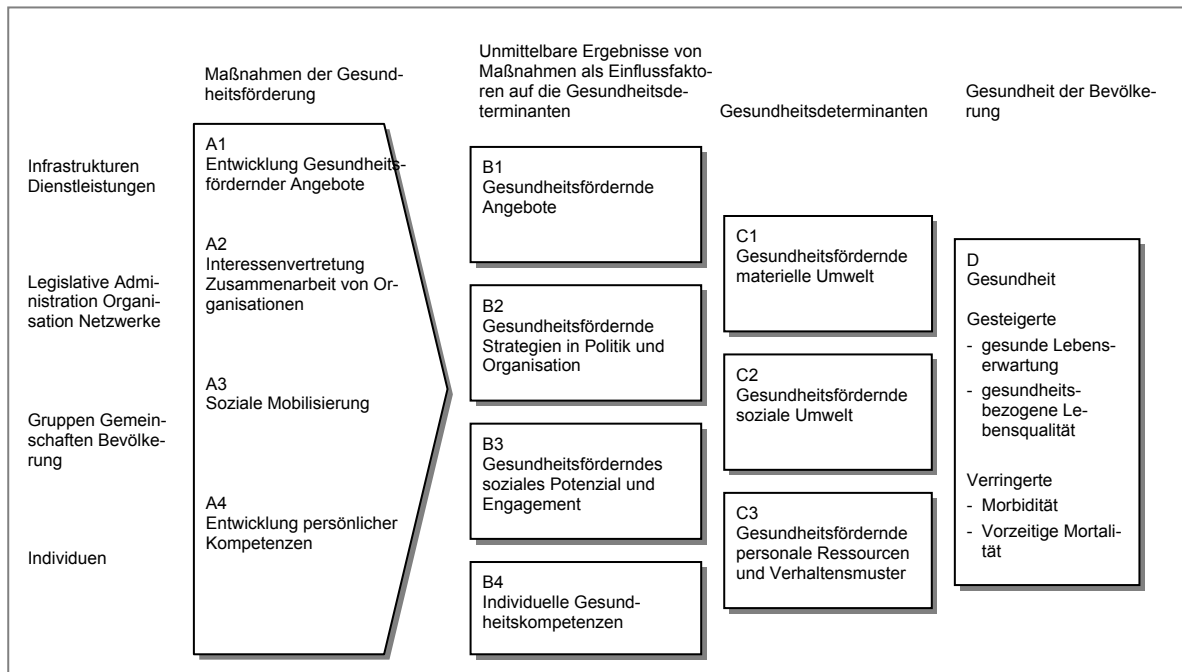
Um an dieser Stelle die eher überfordernde Komplexität des Setting-Ansatzes für diese Frage aufzulösen, scheint es hilfreich, sich die verschiedenen Wirkungs- und Ergebnisebenen anzuschauen. Die WHO (WHO Europe, 1998) bezeichnet Gesundheitsförderungsergebnisse (Health Promotion Outcomes) als:

- Veränderungen persönlicher Charakteristika und Kompetenzen und/oder
- Veränderungen sozialer Normen und Handlungen und/oder
- Veränderungen von Praktiken und von Organisationspolitiken

welche auf Gesundheitsförderungsaktivitäten zurückzuführen sind.

Nutbeam (1998) entwickelte eine vielbeachtete Systematik von Gesundheitsförderungsergebnissen, die durch Gesundheitsförderung Schweiz zum „Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention“ weiterentwickelt wurde (Chloetta et al., 2004).

Abb. 2: Modell zur Kategorisierung von Gesundheitsförderungs-Ergebnissen von Gesundheitsförderung Schweiz



Quelle: Aus „Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten“ von B. Chloetta, B. Spencer, A. Spörri, B. Ruckstuhl, U. Brösskamp, G. Ackermann, 2001, *Prävention*, 27, S. 67).

Dieses Modell bietet eine praktikable Orientierungshilfe für die Systematik und Richtung, in der Setting-Interventionen (in ihren verschiedenen Bestandteilen) über unmittelbare Ergebnisse und Gesundheitsdeterminanten zur Gesundheitserhaltung oder -verbesserung führen sollen. Es versucht (in der oben nicht abgebildeten Erläuterung) zudem eher abstrakte Konstrukte, wie zum Beispiel „soziale Unterstützung“ zu konkretisieren und bietet Praktikern jeweils eine Auswahl geeigneter Indikatoren zur Erfassung der jeweiligen Ergebniskategorie (vgl. Chloetta et al., 2004). Offen bleibt jedoch auch hier, wie sich die Wirkungszusammenhänge, also die Verbindungen zwischen den „Kästchen“ gestalten („Wirkungspfade“), so dass eine festgestellte Veränderung beim Ziel Gesundheitsverbesserung nur hypothetisch auf die Wirkung einer bestimmten Maßnahme zurückgeführt werden kann. Spezifische Konzepte der settingbasierten Gesundheitsförderung wie Partizipation oder Empowerment spart das Modell leider aus, „weil diese Begriffe transversal oder übergreifend sind und sich als ganze nicht eindeutig einer Ergebniskategorie des Modells zuordnen lassen“ (Chloetta et al. 2004, S. 71). Das ist insofern problematisch, als gerade diese Begriffe in den Mittelpunkt des Setting-Ansatzes gestellt werden (s. o.) und es ein Bedürfnis der Praktiker sein sollte, Hilfestellungen im Umgang damit zu erhalten. Welche Ergebnisse für eine konkrete lokale, d.h. kontextabhängige Maßnahme im Vordergrund stehen, hängt zudem vor allem davon ab, welchen Bedarf und welche Bedürfnisse die Betroffenen zeigen und – problemorientiert – welche Strukturen und Prozesse als Ursache von Problemen im je-

weiligen Setting ausgemacht werden können (Bührlen-Armstrong, 1998). Darüber hinaus ist gerade die Aushandlung und Definition von Zielen und Parametern in komplexen Setting-Interventionen ein schwieriger und interessengeleiteter Prozess, der sich an praktischen Gegebenheiten und Wünschen der Beteiligten orientieren muss und weniger an wissenschaftlich entwickelten Wirkungs- oder Ergebnismodellen.

Trotz dieser Einschränkungen ist das Modell die Spitze bisheriger Bemühungen zur Erläuterung der Wirkungsbeziehungen und Abbildung der Kette von Maßnahmen, Ergebnissen, Determinanten hin zur Zielkategorie Gesundheitsverbesserung und kann eine geeignete Basis für Weiterentwicklungen sein. Die Herausforderung liegt mithin darin, die (noch) nicht definierten Beziehungen zwischen den Ebenen zu benennen.

6.2.2 Messbarkeit von Gesundheit

Gesundheitsförderung durch den Setting-Ansatz zielt auf die Verbesserung der Gesundheit durch eine Verminderung von Gesundheitsbelastungen und die Stärkung von Gesundheitsressourcen (Altgeld et al., 2006). Der „Endpunkt“ einer gesundheitsfördernden Intervention „ist damit ein langes Leben ohne – über den normalen Alterungsprozess hinausgehende – gesundheitliche Einschränkungen“ (Rosenbrock, 2004b, S. 62). Gesundheit ist ein subjektiv bewerteter „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946). Was Gesundheit ausmacht und wann Gesundheit erreicht ist, kann im Sinne der Salutogenese jedoch nicht objektiv beantwortet werden. Aaron Antonovsky (1997, Bengel et al., 1998) stellt Krankheit und Gesundheit auf einem Kontinuum dar, nicht als absolute Zustände. Die Beurteilung der Gesundheit impliziert ebenso objektiv messbare wie auch höchst subjektive Werte. Damit sind spezifische Schwierigkeiten bei der Feststellung der Wirksamkeit dieser Interventionen verbunden.

Eine Bewertung des gesundheitlichen Gewinns durch finanzielle oder ökonomische Kriterien ist kaum möglich, weil Gesundheit als individuelles und gesellschaftliches „Gut“ und die Leistungen, die zu ihrer Erhaltung und Förderung beitragen sollen, sich in der Regel einer monetären Beschreibung entziehen. Die vielfach geforderte Kosten-Nutzen-Analyse²² greift bei gesundheitsfördernden Interventionen daher zu kurz. Sie bezieht sich lediglich auf den quantifizierbaren Outcome, zum Beispiel das Ausbleiben von Krankheiten und entsprechende ökonomische Einsparungen²³ (z. B. Thorogood & Coombes, 2000). Damit ist die Gefahr gegeben,

22 Kosten-Nutzen-Analysen stellen den meist in monetären Werten ausgedrückten Nutzen einer Intervention in Beziehung zum erforderlichen Aufwand. Die Schwierigkeiten liegen bei einem solchen Vorgehen vor allem bei der Auswahl und Quantifizierung der Erfolgskriterien, dem Auffinden relevanter Kostenfaktoren und der Operationalisierung von Indikatoren für den Nutzen einer Maßnahme (Bührlen-Armstrong, 1998).

23 Anzumerken ist, dass selbst bei präventiven Interventionen mit dem Ziel der Krankheitsvermeidung ökonomisch orientierte Analysen methodisch schwierig sind und noch verhältnismäßig selten angewendet werden (Andersen & Mühlbacher, 2005).

dass Investitionen in Gesundheit vorzugsweise dort getroffen werden, wo durch den „Ausfall“ von Menschen oder Arbeitskraft der finanzielle Nutzen von Gesundheitsförderung zu berechnen ist. Notwendig ist also, (auch) andere als monetäre Bewertungsmaßstäbe für gesundheitsfördernde Wirkungen zu definieren.

6.2.3 Intermediäre Parameter

Epidemiologische Maße, wie die Mortalität oder Lebenserwartung, bilden zwar gesundheitliche Wirkungen ab, scheitern aber häufig an den Herausforderungen komplexer gesundheitlicher und sozialer Wirkungsprozesse. Gesundheitliche Effekte sind häufig erst Jahre und Jahrzehnte später sichtbar (Bührlen-Armstrong, 1998; Kahan & Goodstadt 1999). Das kann dazu führen, dass mit kurzfristigen Messungen überhaupt keine Effekte festgestellt werden können und komplexen Interventionen unter Umständen Wirkungslosigkeit bescheinigt wird. Als „Ersatzmaße“ für die Erhebung von Effekten auf die Gesundheit müssen daher intermediäre Parameter und Erfolgsindikatoren definiert werden, wie Kompetenzen, Einstellungen, Wissen oder Verhalten (Bührlen-Armstrong, 1998; Rosenbrock, 2004b). Diese sind für die Gesundheitsförderung jedoch oft nicht ausreichend wissenschaftlich fundiert: „Die Validität dieser intermediären Parameter beruht aber stets auf mehr oder weniger gelungener Analogie und mehr oder weniger überzeugender Plausibilität“ (Rosenbrock, 2004b, S. 62). Sie können darüber hinaus lediglich eine Auswahl darstellen und sind häufig zu wenig sensitiv, so dass sie unter Umständen individuell besonders relevante Faktoren nicht oder nur unzureichend erfassen (Bührlen-Armstrong, 1998).

Ein grundsätzliches Problem besteht darin, dass gesundheitsfördernde Interventionen immer die Beibehaltung oder Verbesserung der Gesundheit zum (Fern-)Ziel haben (Kliche et al., 2006), diese jedoch wiederum lediglich das Ergebnis bzw. Produkt verschiedenster Einflüsse und Determinanten²⁴ ist. Determinanten können als „das Spektrum an persönlichen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Faktoren, die den Gesundheitszustand von Individuen oder Gruppen bestimmen“ verstanden werden (Trojan & Legewie, 2001, S. 198). Sie sind die „Eingriffsbereiche“ von Gesundheitsförderung und insbesondere die des Setting-Ansatzes: „Gesundheitsfördernde Maßnahmen (gerade die strukturellen) zielen nicht direkt auf die Gesundheit, sondern auf Gesundheitsdeterminanten, d.h. Bedingungen für Gesundheit. Sie wirken somit nicht direkt, sondern über indirekte komplexe Kausalpfade“ (Chloetta et al., 2004, S. 67).

Relevante Indikatoren für die Veränderung der Gesundheitsdeterminanten unterschiedlichen Charakters können – je nach Art des Determinanten – biologische Maße, individuelles Wissen und Verhalten, persönliche Einstellung und Sichtweisen, spezifische Fähigkeiten, Setting-Entwicklung, soziale und physiologische Um-

24 Für neun Bereiche konnte Einfluss auf die Gesundheit nachgewiesen werden: Einkommen und sozialer Status, soziale Unterstützung und soziale Netzwerke, Arbeit und Arbeitsbedingungen, physische Umwelt, Gesundheitsdienste, persönliches Gesundheitsverhalten und Bewältigungskompetenzen, gesunde kindliche Entwicklung, Ausbildung, biologische und genetische Ausstattung (Trojan & Legewie, 2001).

gebung oder Kooperationen sein (z.B. St Leger, 1999). Einige davon haben ihren Ursprung in biomedizinischen Disziplinen und können mit bekannten und erprobten Methoden erhoben oder gemessen werden. Setting- oder umgebungsbezogene Indikatoren jedoch können nicht auf eine lange Tradition oder bewährte Messmethoden zurückblicken. Da die vom Ziel und „Outcome“ Gesundheit für den Setting-Ansatz abgeleiteten intermediären Ziele, wie Partizipation, Empowerment, Selbstbestimmung über Gesundheit, Kohärenz oder soziale Unterstützung in sich ebenfalls komplexe, subjektive Konstrukte sind, sind sie „eben nicht mit physiologischen Daten oder definierten Verhaltensmaßregeln“ messbar (Blättner, 1998, S. 69f.; z. B. auch Bührlen-Armstrong, 1998).

Die „intermediären Parameter“ verlangen nach wissenschaftlichen Grundlagen bezüglich ihrer Validität, ihrer Aussagekraft sowie einer Ziel- und Ergebnisdefinition für die Setting-Interventionen. Denn ob eine Intervention erfolgreich war oder nicht, hängt davon ab, welche Zieldefinition und, daran anknüpfend, welches Leistungsverständnis vorangestellt wurde.

6.2.4 Komplexität von Setting-Interventionen

Selbst wenn epidemiologische Messungen einen Effekt auf die Gesundheit dokumentieren, bleibt zumeist unklar, welchen Beitrag gesundheitsfördernde Interventionen dazu geleistet haben (Bührlen-Armstrong, 1998; Kahan & Goodstadt 1999). Externe Einflussfaktoren sind Bestandteil gesundheitsfördernder Interventionen, die bewusst versuchen, die Menschen in ihren sozialen Lebenswelten zu erreichen. Dabei ist eine „Isolierung“ der durch die Maßnahmen verursachten Wirkungen extrem schwierig (Bührlen-Armstrong, 1998; Goldbach, 2000), denn ein Ziel ist unter anderem der Anstoß von Entwicklungsprozessen in Settings, die „ganz wesentlich von der selbständigen Weiterführung ... nach der Intervention“ leben und sozusagen als Selbstläufer die gesundheitsfördernden Aspekte in die Strukturen einbringen (Riemann, 1999, S. 54). Evaluation muss daher bei der Analyse und Interpretation von „Wirkungen“ diese Interaktionen und Vernetzungen im und zwischen Settings auf der konzeptionellen und empirischen Ebene berücksichtigen (Dooris, 2005). Darüber hinaus müssten auch externe Prozesse eruiert werden, die mit den Wirkungen in Zusammenhang stehen (könnten). Eine Intervention im Setting kann von einer Reihe von Kontexteinflüssen geprägt werden. Christiansen (1999) identifiziert dabei Einflüsse durch die Zielgruppen selbst, durch die Mitarbeiter des Projektes, durch die Umstände der Leistungserbringung, durch die Organisation der Implementation, durch Beziehungen zu anderen Organisationen, durch die soziale Umwelt der Teilnehmer und durch den „Makro-Kontext“ (soziales Klima, regionale Rahmenbedingungen, politische Einflüsse). „Es ist deshalb schwierig, alle intervenierenden Implementationsfaktoren und Confounder zu erfassen, schon gar in prospektiven Langzeitstudien“ (Kliche et al., 2006, S. 145). Darüber hinaus sind gesundheitsfördernde Interventionen in Settings nur ein Teil der beeinflussenden und prägenden Faktoren, zumal wenn sie kurzfristig erfolgen: „Maßnahmen der primären Prävention richten sich an Menschen beziehungsweise Gruppen, de-

ren für den Erfolg der Intervention relevante Belastungs-/Ressourcen-Bilanz – und damit: Gesundheit – von sehr viel mehr und meist auch sehr viel stärkeren Faktoren abhängt als von der Intervention“ (Rosenbrock, 2004b, S. 62). Diese Faktoren entziehen sich in der Regel der Wirksamkeitsanalyse. Kliche et al. (2006) erwarten jedoch, dass die durch die Komplexität bedingten Schwierigkeiten der Evaluation in absehbarer Zeit schrittweise gelöst werden können durch die Entwicklung von Kurzskalen, die Zerlegung multifaktorieller Probleme in Teilstudien und die Weiterentwicklung geeigneter Analysemethoden.

6.2.5 Späte Messbarkeit gesundheitlicher Effekte

Effekte auf die Gesundheit durch gesundheitsfördernde Maßnahmen sind in der Regel nur langfristig messbar (z. B. Chloetta et al., 2004; Kahan & Goodstadt, 1999). Zugleich ist der Einsatz von intermediären Zielen und Parametern, mit denen eine gesundheitliche Veränderung verbunden wird, schwierig (s. o.). Erforderlich wären also langfristig angelegte Studien und Untersuchungen, die jedoch in der Regel auch sehr aufwändig und teuer sind. Auch daraus ergeben sich methodische Probleme, denn mit zunehmender Dauer wird es immer schwieriger, festzustellen, ob die späteren Wirkungen tatsächlich auf die heutigen Aktivitäten zurückgeführt werden können oder ob nicht andere Einflussfaktoren die heutigen überlagern, verstärken oder aufheben. Die Erfahrungen mit gesundheitsfördernden Interventionen reichen darüber hinaus erst verhältnismäßig kurze Zeit zurück, so dass gesicherte Aussagen über langfristige Wirkungen auf die Gesundheit problematisch sind:

Erst wenn für diesen Bereich Erfahrungen über eine nennenswerte Zeitspanne vorliegen, werden möglicherweise eine retrospektive Kosten-Nutzen-Analyse und ein Vergleich zum Nutzen kurativer Maßnahmen möglich sein. Das doch eher sozial-utopische Projekt einer breit angelegten Gesundheitsförderung lebt geradezu von der Kreativität seiner ProtagonistInnen und benötigt mindestens genauso viel Zeit zur Entwicklung von evidenzbasierten Strategien und Maßnahmen, wie dies in der klassischen Medizin der Fall war. (Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., 2000, S. 6)

Als problematisch wird von einigen Autoren zudem eingeschätzt, dass Gesundheitsförderung oft mit einem sehr kleinen Budget haushalten muss und daher eher kurzfristige Projekte und ebenso kurzfristige Evaluationen und Beobachtungen durchgeführt werden (z. B. Elkeles, 2006; Rosenbrock, 2002). Die WHO schätzt die Höhe der Mittel, die zur Durchführung einer angemessenen Qualitätssicherung inklusive Evaluation benötigt werden, auf circa zehn Prozent der Interventionskosten.

6.3 Status quo der Evidenzbasierung des Setting-Ansatzes

However, despite this perceived ‚added value‘ and the consistently high international profile afforded to healthy settings work over some 20 years, it would seem

that the approach has a relatively poorly developed evidence base. (Dooris, 2005, S. 57)

Eine umfassende Evidenzbasis der settingbasierten Gesundheitsförderung – verstanden als „Summe der Evaluationsstudien zu einem Interventionsbereich, auf die die Planerinnen und Planer weiterer Interventionen zurückgreifen können“ (Altgeld et al., 2006, S. 33) – steht derzeit nicht zur Verfügung. Kliche et al. (2006) kommen zu dem Schluss: „Verlaufsdokumentationen, Wirkungsnachweise, Ergebnisindikatoren und Evaluationen sind lückenhaft, diverse Evidenzkonzepte konkurrieren (...). Unter diesen Voraussetzungen sind die Bestimmung der wirksamsten Interventionen, ihre Anpassung an Settings, Zielgruppen und Indikationen und die Prüfung ihrer Implementationsgüte schwierig“ (S. 141). St Leger (1997) bemerkte dazu: „However, the data are still thin and much more attention needs to be given to building the evidence and learning from it“ (S. 100).

Diese pauschale Feststellung des grundsätzlichen Mangels an Evidenz in der settingbasierten Gesundheitsförderung schließt jedoch nicht aus, dass Ergebnisberichte und andere möglicherweise verwertbare Evidenz-Quellen aus Projekten durchaus vorliegen. Beim Versuch, die Evidenzlagen für die Aktivitäten in verschiedenen Settings zusammenzustellen, wird jedoch deutlich: Entsprechende Überblicksarbeiten existieren kaum. Sofern systematische Reviews oder Metaanalysen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vorliegen, betreffen sie die Prävention spezifischer Krankheiten, die Beeinflussung einzelner Risikofaktoren (Dooris, 2005) oder sie fokussieren auf den Einsatz medizinisch orientierter primärpräventiver Maßnahmen, z. B. Impfen (Elkeles, 2006). Nur wenige Autoren haben den Versuch unternommen, die für den Bereich der unspezifischen Gesundheitsförderung durch Setting-Entwicklung vorhandenen Berichte zu recherchieren, zu sichten, auszuwerten und eine Bilanz über die Wirksamkeit der Interventionen oder auch nur die generelle Evidenzlage insgesamt zu ziehen. Gerade für komplexe, auf Partizipation und Empowerment der Zielgruppen, Vernetzung und Capacity-Building angelegte Setting-Interventionen „gibt es wenig Studien, Messinstrumente und längerfristige Beobachtungen. (...) Hier wird ein wesentlicher Unterschied zwischen indikationsspezifischer Prävention und generischer Gesundheitsförderung gesehen“ (Kliche et al., 2006, S. 145). Es mangelt also an synthetisierenden Überblicksarbeiten zur Entwicklung der Evidenzbasierung. Angesichts der Datenlage und -verfügbarkeit kann keine settingübergreifende Aussage für den Ansatz als Strategie getroffen werden, die über die bereits aufgeführten Wirkungsvermutungen hinausgeht. Ob der Setting-Ansatz als komplexe und systemische Intervention wirksam ist und die Gesundheit der Menschen tatsächlich nachhaltig fördert und verbessert, muss an dieser Stelle eine unbeantwortete Frage bleiben, zumal die Anzahl und Qualität der Evaluationsberichte nach Settings variiert.

Für die Gesundheitsförderung in Kommunen wird „der evaluative Kenntnisstand als mindestens lückenhaft bezeichnet“ (Elkeles, 2006, S. 48). Diese Aussage gilt ebenso für die Arbeit im Setting Schule (Dooris, 2005), obwohl gerade in diesem Bereich zu vermuten ist, dass das Setting – beispielsweise im Gegensatz zu kom-

munalen Settings – ein verhältnismäßig formalisiertes und gut zugängliches System mit überschaubaren Gruppen von Beteiligten (Schulpersonal, Schüler, Eltern) darstellt. Die wenigen Reviews – so Dooris (2005) – die für dieses Setting erstellt wurden, haben fast ausschließlich ihren Fokus auf einzelne Risikofaktoren, wie Rauchen oder Drogenkonsum.

Zur betrieblichen Gesundheitsförderung finden sich auch Übersichtsarbeiten, die verhältnisorientierte Maßnahmen bewerten. So hat Lenhardt (2001) im Auftrag des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in Bezug auf Rückenleiden untersucht. Zwar stellte Lenhardt fest, dass die Auswertung aufgrund der vorselektierten Materialbasis (Berichte wurden auf Anfragen von Krankenkassen übermittelt) und der Heterogenität sowie geringen Aussagekraft der Daten schwierig sei. Dennoch konnte er zeigen, dass eine Verbesserung von Rückenleiden im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung gelingen kann, wenn Grundprinzipien von Setting-Interventionen, wie Partizipation der Mitarbeiter, Verknüpfung von Verhältnis- und Verhaltensprävention oder systematische Planung und Steuerung der Maßnahmen, berücksichtigt werden (siehe auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001). Die große Mehrzahl von Studien für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung liegt allerdings ebenfalls vorwiegend für den Teilbereich der verhaltenspräventiven Maßnahmen vor (Elkeles, 2006; Kreis, 2005). Kreis und Bödeker (2003) haben für die Initiative Arbeit und Gesundheit des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen und dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften die Evidenz betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung untersucht. Aufgrund des Mangels an Studien zur Wirksamkeit verhältnispräventiver Maßnahmen mussten sich die Autoren darauf beschränken, die Ergebnisse verhaltensbezogener Interventionen vorzustellen (Kreis, 2005). Für Bewegungs- und Ernährungsprogramme, Raucherentwöhnung oder auch Stressmanagement konnten positive Ergebnisse ermittelt werden. Auch hier stellten die Autoren jedoch – gemessen an den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin – eine Reihe von qualitativen Mängeln bei den vorliegenden Arbeiten fest, beispielsweise das Fehlen von Kontrollgruppen, zu kurzer Nacherhebungszeitraum, Probleme des Schwunds und der Selbstselektion in den Stichproben (Kreis & Bödeker, 2003, S. 11f.). Auch Elkeles (2006) verweist zum Stand der Wirksamkeitsforschung der betrieblichen Gesundheitsförderung darauf, dass nicht zu komplexen Setting-Interventionen, sondern lediglich Einzelmaßnahmen quantifizierbare Angaben über die Wirksamkeit gemacht werden konnten und schlussfolgert: „Vielmehr ist es erforderlich, noch viel Entwicklungsarbeit zu leisten, um Betriebliche Gesundheitsförderung überhaupt evaluierbar zu machen“ (S. 56).

Die vorliegenden Evaluationsergebnisse selbst sind aufgrund ihrer großen methodischen Vielfalt wenig standardisier- und vergleichbar. Kliche et al. (2006) bemängeln, dass häufig die für Vergleiche notwendigen Angaben über Ausgangsbedingungen, Verlaufsfaktoren sowie komplexe Outcome-Messungen auf mehreren Ebenen fehlen. Präzise beschriebene und vergleichsfähige Merkmale der Interventionsbedingungen seien für eine Verwertung für Aussagen zur Wirksamkeitsab-

schätzung der Maßnahme in der Regel nicht verfügbar. Auch die Zugänglichkeit und Qualität der Evaluationsdaten aus der settingbasierten Gesundheitsförderung wird in der Literatur kritisch gesehen. Elkeles und Kirschner untersuchten Projekte der Gesundheitsförderung für Erwerbslose hinsichtlich ihrer Evidenz. Festgestellt wurde, dass „die Qualität der Projektdokumentation und -evaluation dringend verbesserungsbedürftig ist. Mag man bei nur knapp ausfinanzierten Projekten eine akzeptable Evaluation schon gar nicht erwarten können, so doch jedenfalls eine saubere Projektdokumentation“ (Elkeles, 2006, S. 58). Auch wenn diese Beobachtung für einen Nicht-Setting-Bereich gemacht wurde, scheint sie doch auch für Setting-Interventionen zuzutreffen.

Um einen Beitrag zur Transparenz im Bereich der settingbasierten Gesundheitsförderung zu leisten, führte die Landesvereinigung für Gesundheit in Berlin, Gesundheit Berlin, im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab 2003 eine umfassende Projekterhebung durch. Ein ursprüngliches Ziel des Projektes, Beispiele guter Praxis unter anderem anhand der Wirksamkeit auszuwählen, scheiterte an der Aussagekraft der verfügbaren Materialien, die „über einige quantitative Parameter hinaus (z. B. Anzahl von Teilnehmer/innen an einzelnen Maßnahmen) keine oder nur sehr beschränkte Aussagen über die (feststellbare) Wirksamkeit der Maßnahme ermöglichen“ (Kilian et al., 2004, S. 175). Ein Großteil der Angaben über Wirksamkeit und Ergebnisse von Setting-Interventionen ist in so genannter „grauer Literatur“ zu finden, Arbeitspapieren oder Internetpublikationen, die in aller Regel für die praktische Arbeit und schnelle Informationsvermittlung verfasst worden sind und somit selten den wissenschaftlichen Anforderungen an verwertbare Evaluationsberichte entsprechen. Die Zugänglichkeit wird zudem dadurch eingeschränkt, dass diese Berichte oft nicht über öffentliche Datenbanken oder Verzeichnisse zu finden sind. Da Projektbeschreibungen häufig für die Vorstellung auf Tagungen oder als Beispiele guter Praxis in Veröffentlichungen verfasst werden, wird auch vermutet, dass Negativbefunde seltener veröffentlicht werden und somit eine Überschätzung der Wirksamkeit entstehen könnte (Kliche et al., 2006).

Als Fazit zur Evidenzlage der settingbezogenen Gesundheitsförderung ist festzustellen, dass es bislang nicht gelungen ist, die vorliegenden Ergebnisse zu sammeln, systematisch auszuwerten und den Nutzern auf breiter Basis verfügbar zu machen (McQueen, 2001). Hinderlich sind hier vor allem die mangelnde Anzahl, Zugänglichkeit und Qualität der Projekt- und Evaluationsberichte und damit verbunden die fehlende Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit in entsprechenden Reviews.

Hinsichtlich einer Evidenzbasis ist auch die Frage einer qualitativen Bewertung der Ergebnisse in Richtung einer „guten“ oder der „besten verfügbaren“ Evidenz nicht geklärt. Kliche et al. (2006) beispielsweise befürworten einerseits eine strenge Bewertung der zur Gewinnung der Evidenz verwendeten Methoden analog der für die evidenzbasierte Medizin aufgestellten Evidenzhierarchie. Sie fordern jedoch, dass die damit verbundenen Anforderungen für die Gesundheitsförderung und Prävention „besonders differenziert betrachtet werden müssen“ und die Methoden von der Aufgabenstellung und verfügbaren Daten abhängig gemacht wer-

den. (S. 146). Nach Meinung von McQueen (2001) ist eine Rangfolge wie sie die Evidenzhierarchie der Medizin vorsieht, in der Gesundheitsförderung aufgrund der großen Vielfalt der Anforderungen und Erwartungen der Stakeholder jedoch nicht konsensfähig. Umstritten ist auch die Qualität und Wertigkeit von Expertenmeinungen. Während einige Autoren (z. B. Luber, 2004; Springett, 2001) die Notwendigkeit betonen, dass die Bestimmung der jeweils besten Evidenz im Kreis der Beteiligten (Auftraggeber, Betroffen usw.) erfolgen muss, sehen andere Autoren die Rolle von Expertenmeinungen eher kritisch (z. B. Kliche et al., 2006). So bemängelt Weitkunat (2004, S. 101), dass Public Health eine „demokratische Wissenschaft“ sei, in der „die Entscheidung über wahr und falsch – falls überhaupt – diskursiv, interessengeleitet und qua Mehrheitsbeschluss gefällt“ wird.

6.4 Eine Evidenzbasis für den Setting-Ansatz

Eine Evidenzbasis für die settingorientierte Gesundheitsförderung soll mit praxisrelevanten Informationen darüber Auskunft geben, nicht nur ob, sondern auch wie durch eine Intervention Ergebnisse erzielt wurden, wie also der Implementationsprozess verlief und wie die Rahmenbedingungen dabei gewirkt haben (Webb, 1999). Nach diesem Verständnis sollte eine Evidenzbasis praxisnahe und anwendbare Informationen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur Verfügung stellen (z. B. Raphael, 2000), denn Gesundheitsförderung in Settings repräsentiert ein „Handlungsfeld“ (McQueen, 2001) und „bei der Entwicklungsaufgabe geht es nicht um einen abstrakten Katalog von Maßnahmen, der kontextunabhängig realisierbar und transferierbar sein soll, sondern die Aufgabe besteht in der optimalen Abstimmung von Zielen und Maßnahmen auf das vorgesehene Einsatzfeld“ (Kromrey, 2001, S. 128).

Über die Art der Evidenz selbst besteht kein eindeutiger Konsens in der Literatur, was möglicherweise auch der unklaren Begriffsbestimmung geschuldet ist. Insgesamt ist für den Bereich der Gesundheitsförderung jedoch zu beobachten, dass Evidenz weniger im Sinne strenger empirischer Evidenz verwendet wird, sondern eher im Verständnis von nachvollziehbaren Informationen und Aussagen über die Wirkungsweise einer Intervention. Simnett (1999) identifiziert zwei Arten von Evidenz für die Arbeit in Settings: Erstens Evidenz über das Setting und die Zielgruppe selbst, das heißt die kulturellen Bedingungen, die Umgebungsvariablen (physiologische Umwelt, Lifestyles) sowie die Bedürfnisse und Kompetenzen. Und zweitens Evidenz über die Effektivität und Effizienz von Setting-Interventionen (Wirkungsmechanismen, Qualitätsindikatoren etc.). Diese Unterscheidung wird von Rosenbrock (2003) geteilt, indem er quasi als Ersatz für die noch weitgehend fehlende oder nicht zu generierende wissenschaftliche Evidenz die pragmatische Anwendung der Kategorien „Analogie“ und Plausibilität“ vorschlägt. Evidenzbasierung oder Qualitätssicherung „beruht auf dem Gedanken, dass gleiche bzw. ähnliche Aktivitäten unter gleichen bzw. ähnlichen Bedingungen zu gleichen bzw. ähnlichen (gesundheitlichen) Wirkungen führen“ (Rosenbrock, 2003, S. 4). Es geht – so Ro-

senbrock – wie in der evidenzbasierten Medizin auch hier darum, systematisch Bedingungen, Strukturen und Prozesse einer gesundheitsfördernden Intervention zu sichern, die (plausibel) für den Erfolg einer Intervention verantwortlich gemacht werden und diese in anderen Interventionen (analog) zu reproduzieren. Andere Autoren, beispielsweise Klever-Deichert, Gerber, Schröer und Plamper (2007) hingegen kritisieren, dass oftmals nur die Strukturqualität erhoben wird, nicht jedoch die Effekte des Programmes. Es werde, so die Autoren, häufig auf die Einhaltung der Strukturqualität vertraut und damit auch die Wirksamkeit garantiert. Sie plädieren dafür, vermehrt Aussagen über die (Kosten-)Effektivität von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu gewinnen, um Entscheidungen über die Auswahl der – auch finanziell – zu unterstützenden Programme treffen zu können.

Für die Gesundheitsförderung in Settings werden von Simnett (1999, S. 164) drei primäre Evidenzquellen genannt: Publikationen, Netzwerke und Informationen über die Arbeit in verwandten Settings. Luber (2004) benennt als verfügbare Grundlagen einer Evidenzbasis der Gesundheitsförderung „Meinungen anerkannter Expert(inn)en, Assoziationsbeobachtungen, oder deskriptive Darstellungen, Berichte von Expertenkomitees, Konsensus-Konferenzen, Einzelfallberichte“ (S. 44). Tatsächlich sind diese Ergebnisse in verschiedenen Medien zu finden: in Publikationen und Tagungsberichten (meist Literatur aus der Schnittstelle von Politik, Praxis und Wissenschaft) oder auch als Internetangebot (in der Regel von spezifischen Institutionen der Gesundheitsförderung), sehr häufig jedoch in so genannter „grauer Literatur“ – zum Beispiel Projektberichten und Beschreibungen von „Models of good Practice“. Kliche et al. (2006) schlagen vor, diese Evidenzquellen hinsichtlich der Qualität ihrer Aussagen weiter zu entwickeln, beispielsweise die Kontextbeschreibungen differenzierter zu verfassen oder Beobachtungsstudien hinsichtlich ihrer Aussagekraft zu verbessern.

Welche methodischen Überlegungen gibt es bezüglich der Evidenzgewinnung für die settingbasierte Gesundheitsförderung? Eine wiederkehrende Grunderkenntnis bezüglich des Setting-Ansatzes ist, dass er eine Zusammenführung von Ansätzen aus unterschiedlichen Disziplinen darstellt: „Health promotion is a particularly multi-disciplinary activity ...“ (Coombes, 2000, S. 28) und hat daher keine „eigene“ exklusive Methodik der Evaluation und Forschung entwickelt: „there is no discipline-based epistemological structure underlying the evaluation of effort in health promotion“ (McQueen, 2001). Für Gesundheitsförderung geeignete Evaluation – so die Aussage vieler Autoren – muss daher zwangsläufig auf unterschiedliche Methoden („Methodenpluralität“) zurückgreifen, weil sie selbst eine Zusammenführung unterschiedlicher Disziplinen darstellt (z. B. auch Raphael, 2000; Thorogood & Coombes, 2000; Trojan & Legewie, 2001): „At this point, it should be clear that the field of evaluation contains a plurality of accepted practices, each one contributing to elucidating and developing a particular set of issues and problems. ... It is the diversity that makes evaluation such a powerful tool.“ (Rootman et al., 2001, S. 26).

Um die vielfältigen Perspektiven und Aspekte, die beim Setting-Ansatz zu berücksichtigen sind, für die Evaluation zu nutzen, wird von einigen Autoren die Me-

thode der „Triangulation“ vorgeschlagen (z. B. Elkeles, 2006; Nutbeam, 1998). Neben der Kombination verschiedener Datenquellen (Data Triangulation), Theorien (Theorien Triangulation) und Methoden (methodologische Triangulation) in der Betrachtung der Forschungsgegenstände, ist die Triangulation, das heißt die Einbeziehung verschiedener Sichtweisen durch verschiedene Forschungsperspektiven (Investigator Triangulation) eine Methode, um die subjektiven Sichtweisen durch andere zu erweitern: „Triangulation sollte entsprechend als Weg der Erweiterung der Erkenntnis über den untersuchten Gegenstand verstanden werden“ (Flick, 1998, S. 446).

Von einigen Autoren (z. B. Rootman et al., 2001; Wright, 2004) wird die Anwendung partizipatorischer Evaluationsstrategien angeregt. Partizipatorische Evaluationsansätze²⁵ teilen folgende Kernmerkmale:

1. Verschiedene Stakeholder werden aktiv in den Prozess einbezogen – sowohl in die Durchführung als auch in die Entscheidungen während des Prozesses. Partizipatorische Evaluationsmethoden geben somit einen Teil der Objektivität zwischen Forscher und Untersuchungsobjekt sowie den experimentellen Charakter auf und setzen daran an, die Kompetenzen und das Wissen möglichst vieler Beteiligter im spezifischen Kontext zur Informationsgewinnung zu nutzen (Springett, 2001).

2. Zentrales Anliegen und das Hauptinstrument ist ein kontinuierlicher Austausch von Wissen, Fähigkeiten und Ressourcen: “It assumes that people can generate knowledge as partners in a systematic inquiry process based on their own categories and frameworks.” (Springett & Leavey, 1995, S. 59). Partizipatorische Evaluation bildet einen Rahmen für den Einsatz verschiedener Methoden, die sowohl qualitative als auch quantitative Daten erheben können (z. B. Springett, 2001). Partizipatorische Evaluation ist somit im Grundverständnis eher ein Zugangsweg, denn eine „Technik“ im eigentlichen Sinn.

3. Die partizipatorische Form der Evaluation und Forschung findet idealerweise während des gesamten Interventionsprozesses statt und ist dabei eng an die Programmdurchführung gekoppelt (Lewando-Hundt & Al Zaroo, 2000; Springett, 2001). Anders als abschließende oder rein effektbezogene Untersuchungsdesigns sollen hierbei über den gesamten Prozess Informationen erhalten und im Sinne einer laufenden Evaluation auch Aussagen zu verschiedenen Implementations- und Wirkungsprozessen erhoben werden.

Der Vorteil dieses Ansatzes wird neben seiner „natürlichen“ Nähe zu den Grundprinzipien settingbasierter Gesundheitsförderung (Partizipation, Kontextsensibilität) vor allem darin gesehen, dass er Informationen über den laufenden Prozess zur Verfügung stellt. Nach diesem Verständnis, so Kromrey (2001, S. 124f.) kann eine partizipativ angelegte Evaluation und Forschung, sogar „auf methodisch

25 Als „Alternative“ zur sozialwissenschaftlichen Grundlagenforschung wurde in den 1940er Jahren vom Sozialpsychologen Kurt Lewin das Konzept der „Action research“ („Handlungs- oder Aktionsforschung“) entwickelt (von Unger, Bloch & Wright 2007). Dieses Konzept wird als die Wurzel der partizipatorischen Forschung und Evaluation bezeichnet, die neue Sichtweisen in die sozialwissenschaftliche Forschung eingebracht und sich in einer großen Bandbreite ausgeprägt hat (Springett, 2001).

hoch anspruchsvolle, standardisierte, mit großem Kontrollaufwand durchzuführende und damit potentiell das Programm störende Datenerhebungen verzichten, da sie ihre Informationen jeweils ereignis- und akteursnah mit situationsangemessenen Instrumenten sammeln und direkt validieren kann“. Für den Setting-Ansatz scheint diese Art der Datenerhebung geeignet zu sein, da die Aussagekraft der Daten hier vor allem davon geprägt ist, inwieweit die vielfältigen Wechselwirkungen und Einflüsse der Umgebung berücksichtigt werden (was experimentelle Designs weitgehend ausschließt).

Die hier in kurzer Form vorgestellten Vorschläge zur Evaluation komplexer Setting-Interventionen sind durch spezifische Einschränkungen charakterisiert, die insbesondere die Schaffung einer Evidenzbasis betreffen. So ist die vorgeschlagene Methodenpluralität einerseits attraktiv, weil sie die Anwendung verschiedener Methoden je nach zu evaluierendem Aspekt ermöglicht. Andererseits besteht die Gefahr einer Komplexität und Vielfalt, die dem Gegenstand zwar angemessen scheint, die Praktiker jedoch unter Umständen bei der Auswahl und Anwendung der Methoden überfordert. Darüber hinaus wird das Problem nicht gelöst, dass eine Evidenzbasis idealerweise mit Studien und Evaluationen vergleichbaren Typs arbeitet. Auch die Evaluationsergebnisse aus partizipatorischen Strategien sind wenig standardisier- und vergleichbar, zumal sich die Stakeholder jeweils nur auf die zu erhebenden Informationen einigen, die sie für die jeweilige Intervention für angemessen halten. Damit besteht auch die Gefahr der „Geschlossenheit der Entscheidungsprozesse“ und dass Dokumentationen für Externe kaum nachvollziehbar sind (Elkeles, 2006, S. 50). Die Frage stellt sich, ob und wie die Ergebnisse, die hier in der Praxis gewonnen werden, für andere Projekte und Interventionen im Sinne einer Evidenzbasis aufbereitet und verfügbar gemacht werden können: „mit der Konzentration auf ortsspezifische Lösungen stellt der partizipative Ansatz den üblichen wissenschaftlichen Anspruch auf allgemein gültige Evidenz für die Wirksamkeit einer Intervention grundsätzlich in Frage“ (Wright, 2004, S. 315).

Fasst man den Stand der Entwicklungen in diesem Bereich zusammen, so sind folgende Aspekte zur Kenntnis zu nehmen:

- Evaluationsergebnisse aus Setting-Interventionen finden sich in vielfältigen und damit wenig vergleichbaren Formen häufig in Projekt- und Tagungsberichten sowie Internetangeboten, also nicht-wissenschaftlicher Literatur. Sie sind bislang bis auf wenige Ausnahmen für verhaltenspräventive Maßnahmen nicht systematisch erfasst und zusammengeführt worden.
- Die zugrunde liegenden Evaluationsmethoden sind vielfältig und – je nach untersuchtem Aspekt und Herkunftsdisziplin der Beteiligten – verschiedenen wissenschaftlichen „Niveaus“ zuzuordnen.
- Wirkungsmechanismen können – wenn überhaupt – nur aufgrund von Vermutungen und in enger Verbindung mit dem jeweiligen spezifischen Setting beschrieben werden.
- Aus settingbasierten Interventionen ableitbare Evaluationsergebnisse sind (notwendigerweise) kontextspezifisch und beziehen häufig die spezifischen Sichtweisen der lokalen Akteure ein.

Vor dem Hintergrund dieser Bilanz ist fraglich, ob eine spezifische Evidenzbasis für den Setting-Ansatz im Sinne systematisch ausgewerteter, verglichener und aufgearbeiteter Evaluationsergebnisse insgesamt erreichbar ist (z. B. auch Wright, 2004). Die Ableitung von Aussagen über bestimmte Interventionsformen und Handlungskriterien muss gegebenenfalls also auf einer anderen Ebene stattfinden. Ein neuer Ansatz in dieser Hinsicht wird im folgenden Abschnitt vorgestellt.

6.5 Neue Ansätze zur Evidenzentwicklung: der Good-/ Best Practice-Ansatz

Aufgrund der spezifischen und komplexen Problemlage der settingbasierten Gesundheitsförderung – das konnte in den vorangestellten Abschnitten gezeigt werden – ist die wissenschaftliche Basis der Wirksamkeitserklärungen und daraus abgeleiteten Handlungsmodelle relativ gering. Gesundheitsförderung durch Setting-Entwicklung ist in erster Linie ein praktisches Handlungsfeld mit einer großen Vielfalt an Interventionen, Programmen und Projekten. Seit einiger Zeit wird versucht, die Frage der Wirksamkeit ausgehend von der Praxis der settingorientierten Gesundheitsförderung anzugehen. Eine Ausprägung dieser Bemühungen ist die Ableitung von Qualitätskriterien und Handlungsprinzipien aus der Praxis, die sich als „Best-Practice-Ansatz“ oder „Good-Practice-Ansatz“ in der Gesundheitsförderung etabliert hat.

„Best Practice“ ist ein Ansatz, der ursprünglich aus der Qualitätsbewegung der Wirtschaft stammt und ein Ergebnis eines „Benchmarking“ bezeichnet, d. h. eines Leistungsvergleiches. Best Practice bezieht sich damit auf „vorbildliche Lösungen oder Verfahrensweisen, die zu Spitzenleistungen führen“ (Krems, 2007). Wird darauf verzichtet, die beste Lösung zu suchen, sondern werden bewährte Vorgehensweisen auf ihre Tauglichkeit untersucht, als Vorbild zu dienen, wird der Begriff „Good Practice“ verwendet (Bartsch, 2005). In der Debatte um die Wirksamkeit und Qualität von Gesundheitsförderung haben beide Begriffe ihren Platz, wobei „Best Practice“ eher im angloamerikanischen Sprachraum genutzt wird.

In Deutschland hat sich der Good-Practice-Ansatz seit den Jahren 2003/2004 im Rahmen eines trägerübergreifenden Kooperationsprojekts „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt (Lehmann et al., 2006). Der hier verfolgte Ansatz orientiert sich an folgenden Prinzipien:

Strategie des Good-Practice-Ansatzes ist, bewährte Vorgehensweisen und Maßnahmen auf ihre Übertragbarkeit in andere Kontexte und Handlungsfelder zu analysieren und eine Umsetzungsanleitung zur Verfügung zu stellen. Dazu werden vorhandene Erfahrungen erfolgreicher Projekte und Programme gesichtet und „systematisch miteinander verglichen“ (Lehmann et al., 2006, S. 12f.). Problematisch ist, dass Konzepte und Vorgehensweisen gerade in der settingbasierten Gesundheitsförderung sehr kontextspezifisch sind und eine einfache Übertragung kaum möglich ist (Bartsch, 2005). Ziel des Ansatzes ist daher, übergreifende Kriterien der „guten Praxis“ zu benennen.

Die Vermittlung dieser Prinzipien guter Praxis erfolgt im deutschen Ansatz anhand von zwölf Kriterien, mit Hilfe derer auch die Beispiele guter Praxis ausgewählt werden. Die Kriterien wurden in einem Konsensprozess von dem beratenden Arbeitskreis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung²⁶ abgestimmt und betreffen folgende Bereiche:

1. Konzeption
2. Zielgruppe
3. Innovation und Nachhaltigkeit
4. Multiplikatorenkonzept
5. Arbeitsweise (Niedrigschwelligkeit)
6. Partizipation
7. Empowerment
8. Setting-Ansatz
9. Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung
10. Qualitätsmanagement / Qualitätsentwicklung
11. Dokumentation und Evaluation
12. Kosten-Nutzen-Relation

Kriterium 8 bezieht sich auf den Setting- Ansatz und wird folgendermaßen begründet:

Mit niedrigschwelligen Interventionen, die in den Lebenswelten der Zielgruppen ansetzen, z. B. Schule, Betrieb, Stadtteil, Familie, vermeiden Projekte, die mit dem Settingansatz arbeiten, eine einseitige Ausrichtung auf Mittelschichtangehörige und eine Stigmatisierung der benachteiligten Zielgruppen. Interventionen im Setting verstehen ihre Zielgruppe als aktiv Handelnde, die an der Planung und Durchführung der Maßnahmen beteiligt werden. ... Sie zielen darauf ab, Lebenskompetenzen zu vermitteln und dadurch die Betroffenen in der Wahrnehmung ihrer eigenen gesundheitsbezogenen Interessen zu stärken. (Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, 2006)

Anhand der Beispiele gelungener Praxisprojekte soll Hilfestellung bei der kriteriengeleiteten Entwicklung und Implementation von Maßnahmen gegeben werden. Entscheidend ist nicht, dass ein Projekt alle Kriterien erfüllt. Vielmehr sollten mindestens drei Kriterien vorhanden sein, damit ein Projekt als Good-Practice-Projekt gilt. Die Vertreter dieser pragmatischen Vorgehensweise wollen bewusst eine Al-

26 Mitglieder des beratenden Arbeitskreises der BZgA „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Kriterien 2004: Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit e.V. Niedersachsen; Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband; Udo Castedello, BBI Gesellschaft für Beratung, Bildung, Innovation GmbH; Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V.; Andreas Hemme, Stiftung SPI, Regiestelle E&C; Monika Hommes, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; Prof. Dr. Lotte Kaba-Schönstein, Fachhochschule Esslingen, Hochschule für Sozialwesen; Sylvia Kahle, Stiftung SPI, Quartiersmanagement Kottbusser Tor; Holger Kilian, Gesundheit Berlin e.V.; Dr. Frank Lehmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Helene Luig-Arlt, Büro für Stadtteilmanagement Langballig; Dr. Monika Meyer-Nürnberger, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Dr. Andreas Mielck, GSF Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen; Klaus D. Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen; Uta Schröder, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.; Dr. Volker Wanek, IKK-Bundesverband (Lehmann et al., 2005).

ternative zur Wirksamkeitsmessung durch die Studien der oberen Evidenzränge in die Diskussion und Arbeit einbringen. Mit dem Versuch, als „gut“ identifizierte Vorgehensweisen und Handlungsprinzipien übertragbar zu machen, greift der Ansatz zudem das Plädoyer Rosenbrocks (2003) für eine Arbeit mit den Kategorien Analogie und Plausibilität auf. Durch die Transparenz der Auswahl und Begründung, den Transfer und die Verbreitung bewährter praktischer Modelle soll zudem eine Qualitätsentwicklung im Bereich der Gesundheitsförderung stattfinden. Es wird davon ausgegangen, dass diese Form des praktischen Lernens eher für Qualitätsaspekte sensibilisiert und für den Umgang mit ihnen motiviert, als andere Instrumente der Qualitätssicherung und -entwicklung, zum Beispiel Checklisten. Anspruch des Good-Practice-Ansatzes ist auch, eine Brücke zwischen Praxis und Wissenschaft zu schlagen. Dabei soll die Auswahl und Analyse der Praxisbeispiele als Informationsquelle für die Wissenschaft dienen und aufzeigen, wie die Zielerreichung in der Umsetzung der Interventionen unter realen Bedingungen erfolgt und wo Ziele nicht erreicht werden können.

Nachdem die Qualitätskriterien im Jahr 2004 benannt worden sind, liegt der Fokus derzeit auf der Bekanntmachung und Verbreitung des Ansatzes. Erste Projekte wurden nach diesem Vorgehen als „Beispiele guter Praxis“ identifiziert und über das Internet²⁷, auf Tagungen und in Publikationen vorgestellt. Mit dem Vorgehen ist in Deutschland erstmals auch auf breiter Basis ein Alternativmodell zur Bewertung der Praxis der Gesundheitsförderung entwickelt und verbreitet worden. Eine Einschätzung des „Erfolgs“ hinsichtlich der Entwicklung einer Evidenzbasis für den Setting-Ansatz ist aufgrund der erst kurzen Laufzeit noch nicht möglich.

Ein Beispiel für einen „Best Practice-Ansatz“ wurde am Zentrum für Gesundheitsförderung der Universität Toronto entwickelt. Die Autoren (Kahan & Goodstadt, 2001) verwenden „Best Practice der Gesundheitsförderung“ als „those sets of processes and actions that are consistent with health promotion values, theories, evidence, and understanding of the environment, and that are most likely to achieve health promotion goals in a given situation“ (S. 47). Aufbauend auf den drei Dimensionen

- Grundlagen von Gesundheitsförderung, ihre Werte, Ziele, Theorien und Annahmen,
- Verständnis für die interne und externe Lebenswelt und Umwelt und
- Prozesse und Aktivitäten der Praxis der Gesundheitsförderung

wurde ein so genanntes „Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion“ (IDM)²⁸ entwickelt, das als Basis für die Identifikation von Best Practice dienen soll und den praktisch tätigen Akteuren Kriterien für die Planung und Implementation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung anbietet.

27 Der Internetauftritt des Good-Practice-Ansatzes im Rahmen des Kooperationsprojektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ist unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zu finden.

28 Die Internetpräsenz des IDM unter www.bestpractices-healthpromotion.com enthält neben dem Modell auch ein ausführliches Manual sowie Anwendungsbeispiele.

Das Vorgehen nach einem Best Practice- oder Good Practice-Ansatz geht speziell auf die Problemlagen der Wirksamkeitsnachweise settingbasierter Gesundheitsförderung ein. Praktikern, die nicht wie in der Medizin auf evidenzbasierte Leitlinien zurückgreifen können, bieten diese Modelle die Möglichkeit, ihre Arbeit nach abgestimmten Kriterien auszurichten und dennoch die Intervention an den jeweiligen Handlungsrahmen abzustimmen.

Eine mit Unsicherheiten verbundene Stelle in den Modellen ist die Kriteriendefinition. Selten leiten sich die Kriterien direkt aus wissenschaftlichen Erkenntnissen ab, da diese kaum zur Verfügung stehen. Vielmehr sind sie ein Produkt von Annahmen und Konsensprozessen zwischen den Akteuren, die ihre Erfahrungen und Einschätzungen in diesem Instrument zusammenführen und bündeln. Doch auf dieser Ebene ist die Festlegung von Kriterien mit der Ungewissheit verbunden, ob sie wirklich die Prinzipien repräsentieren, die zum Erfolg einer gesundheitsfördernden Intervention beitragen. Kahan und Goodstadt (2001) – selbst Autoren eines best practice-Ansatzes (s. o.) – stellen fest: „Although some authors have provided a limited set of principles for the practice of health promotion ... at this point in health promotion`s evolution, there is little consensus regarding what constitutes best practices“ (S. 44). In gewisser Weise ist die Festlegung von Kriterien daher zwangsläufig mit Vermutungen verbunden und auf den Input der beteiligten Experten angewiesen. Kliche et al. (2006, 145) sehen hierin die Gefahr, dass sich hinter den beteiligten Gremien Akteure verbergen, „die interessengeleitete Kriterien als Standards zu etablieren trachten“. Dies spricht dafür, möglichst alle beteiligten Interessengruppen in die Kriteriendefinition einzubinden, um „gewichtete“ Festlegungen in die eine oder andere Richtung zu verhindern.

Letztlich wird der Erfolg dieses praxisgeleiteten Ansatzes auch davon abhängen, wie weit die Vorgehensweise und Erkenntnisse in die Wissenschaft getragen und dort entsprechend theoretisch und konzeptionell untermauert werden können. Denn auch Modelle guter oder bester Praxis – so Kahan und Goodstadt (2001) – müssen auf klaren Theorien und Konzepten basieren. Wenn es gelingt, mit dem Best-/Good-Practice-Ansatz die Brücke zwischen Praxis und Wissenschaft zu schlagen und beide Ebenen soweit zusammen zu bringen, dass die in der Praxis gewonnenen Leitlinien wissenschaftlich konkretisiert und unterlegt werden können, ist es sicher ein für die settingbasierte Gesundheitsförderung sehr aussichtsreiches Vorgehen der Evidenzgenerierung „auf ihre Art“.

6.6 Fazit: Evidenzbasierung des Setting-Ansatzes

Die Auseinandersetzung mit evidenzbasierter Gesundheitsförderung durch Setting-Entwicklung ist stets mit der Frage der Zielstellung gesundheitsfördernder Interventionen verbunden. Was soll erreicht werden und an welchen zu erwartenden Ergebnissen will sich Gesundheitsförderung messen lassen? Weitere Herausforderungen ergeben sich aus den heterogenen Annahmen über den Setting-Ansatz und seine verschiedenen praktischen Ausprägungen. Darüber hinaus besteht eine

grundsätzliche Schwierigkeit darin, bei komplexen Gesundheitsförderungsprogrammen mit etlichen nicht-kontrollierbaren Wirkungszusammenhängen, Wirksamkeitsnachweise zu erbringen. Festgehalten werden muss auch, dass es bislang nicht gelungen ist, zur Evidenzlage der settingbezogenen Gesundheitsförderung vorliegende Ergebnisse umfassend zu sammeln und auszuwerten. Es besteht großer Nachholbedarf sowohl in der methodischen als auch in der infrastrukturellen Gestaltung der Evaluation und Evidenzbasierung settingorientierter Gesundheitsförderung. Den Akteuren muss jedoch zugestanden werden, die dafür geeigneten Instrumente und Methoden zu identifizieren, auszuprobieren und in die regelmäßige Anwendung zu bringen. Eine für die Gesundheitsförderung geeignete Evaluation muss auf unterschiedliche Methoden zurückgreifen, weil Gesundheitsförderung eine Zusammenführung diverser Disziplinen darstellt. Neue praxisbasierte Ansätze der Evidenzgenerierung, wie der Best-/ Good-Practice-Ansatz bieten aussichtsreiche Möglichkeiten. Auch hierbei sollte jedoch ein Ziel sein, der Wissenschaft bei der zu leistenden Arbeit der theoretischen und konzeptionellen Fundierung mit den in der Praxis gewonnenen Kenntnissen „unter die Arme zu greifen“ und eine Systematisierung und Zusammenführung der gewonnenen Ergebnisse zu probieren.

7 Ausblick

Diese Untersuchung ist ein erster Versuch, die unterschiedlichen Diskurse zum Setting-Ansatz zusammenzuführen. Es ist deutlich geworden, dass der Setting-Ansatz eine Strategie der Gesundheitsförderung ist, die ihre Handlungsanreize aus einem multidisziplinären Methodenkanon schöpft. Es fehlt jedoch nach wie vor eine integrierende Theorie oder ein anschauliches Modell zum Setting-Ansatz. Der Setting-Ansatz repräsentiert damit auch den aktuellen Stand der Disziplin Gesundheitsförderung, die ihr Wissen aus unterschiedlichsten Fachrichtungen rekrutiert. Eine entsprechende Theoriebildung findet trotz vielfältiger Erprobung in der Praxis und politischen Zuspruchs aus unserer Sicht bislang noch nicht ausreichend statt.

Die in der Praxis der Gesundheitsförderung produzierten Ergebnisse müssen in der Wissenschaft stärker berücksichtigt werden. Setting-Projekte sollten stärker als bislang wissenschaftlich ausgewertet werden. Dazu sollte eine zentrale Dokumentation und wissenschaftliche Auswertung von Praxiserfahrungen erfolgen. Wie wird der Setting-Ansatz in der Praxis umgesetzt und welche Erkenntnisse können daraus für die Theoriebildung und Schärfung der Konzeption gewonnen werden? Wir schlagen – finanzielle Erfordernisse an dieser Stelle nicht berücksichtigend – eine bundesweite, wissenschaftlich ausgerichtete Institution zur Erforschung des Setting-Ansatzes vor. Diese sollte mit landes- und bundesweiten Einrichtungen der Gesundheitsförderung kooperieren und einen stärkeren Theorie-Praxis-Transfer befördern. Möglich wäre eine Zusammenarbeit mit Universitäten, den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung oder den obersten Landesgesundheitsbehörden der Bundesländer. Auf Bundesebene sollte eine stärkere Zusammenarbeit mit der BZgA, dem Bundesministerium für Gesundheit, der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. oder dem Bundesministerium für Bildung und Forschung angestrebt werden. Schließlich gilt es, bestehende europäische Netzwerke und Forschungseinrichtungen (WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, EuroHealthNet) stärker in die wissenschaftliche Arbeit einzubinden. Dies ist nicht zuletzt deshalb von eminenter Bedeutung, da nur solche Setting-Angebote in Zukunft überleben werden, deren Konzeption klar formuliert und deren Wirksamkeit untersucht, dokumentiert und belegt ist.

Die Politik muss – trotz wichtiger Impulse in den vergangenen Jahren – die zunehmende gesundheitspolitische Relevanz von Prävention und Gesundheitsförderung erkennen und gesetzliche Rahmenbedingungen für deren Umsetzung schaffen. Ein konsequenter Schritt wäre ein neues Präventionsgesetz. Noch immer existieren keine wirklich nachhaltigen Strukturen für Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik. Nach wie vor scheint das Schicksal der Nischenthemen von personellen oder politischen Vorlieben und finanziellen Beliebigkeiten dominiert. Ein Bundesgesetz könnte – sofern es entsprechend formuliert und ausgestaltet wird – Abhilfe schaffen. Es wird darauf ankommen, wie gut es gelingt, die unterschiedlichen Aktivitäten und Strukturen so zu bündeln und zu unterstützen, dass eine konsequente und zielgerichtete Weiterentwicklung des Setting-Ansatzes gelingt. Dabei bedarf nicht nur die Praxis, sondern auch die Forschung für Präven-

tion und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen einer entsprechenden Infrastruktur und Ausstattung.

Denn letztendlich soll über eine fundierte Konzeption des Setting-Ansatzes eine wissenschaftliche Weiterentwicklung dieser Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung erfolgen und diese einen Beitrag zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen leisten. Gesundheitsförderung bewegt sich zwischen Theorie und Praxis. Eine stärkere Zusammenarbeit beider Handlungsfelder kann daher für beide Seiten nur gewinnbringend sein.

Die gesundheitswissenschaftliche Erforschung des Setting-Ansatzes hat erst begonnen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung haben eine hohe Relevanz für die Gesundheit der Bevölkerung. Umso wichtiger ist es, die Wirksamkeit der Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung nachzuweisen und die Qualitätsentwicklung schrittweise zu verbessern. Erst dann wird der Setting-Ansatz eine wirkliche und langfristige Chance haben und zu einem auf breiter Ebene überzeugenden Instrumentarium gesundheitsfördernder Interventionen werden.

Quellenverzeichnis

Altgeld, T. (2004). *Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren: Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI*. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Altgeld, T. (2006). Mehr Prävention und Gesundheitsförderung kann nur vor Ort realisiert werden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1, 24-32.

Altgeld, T., Geene, R., Glaeske, G., Kolip, P., Rosenbrock, R. & Trojan, A. (2006). *Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik*. (Diskussionspapier der Abteilung Arbeit und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung). Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Andersen, H. H. & Mühlbacher, A. C. (2005). Die Evaluation von Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention*, 28, 78-83.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2006). *Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006*. Bergisch Gladbach: IKK-Bundesverband.

Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement* (Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Band 17). Berlin: Ed. Sigma.

Bagnara, S., Misiti, R. & Wintersberger, H. (Hrsg.) (1985). *Work and Health in the 1980s. Experiences of Direkt Workers` Participation in Occupational Health*. Berlin: Ed. Sigma.

Barić, L. & Conrad, G. (1999). *Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes in der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Barker, R. G. (1968). *Ecological Psychology. Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behavior*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Bartsch, G. (2005). „Neue Wege zu Good Practice“ – partizipative Entwicklung von Kriterien für Good Practice. In R. Geene, I. Kickbusch & A. Halkow (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung – eine soziale und politische Aufgabe, Armut und Gesundheit – Netzwerke und Strategien für gesunde Lebenswelten, Themenheft 5* (S. 132-134). Berlin: Gesundheit Berlin e.V.

Bauch, J. & Bartsch, N. (2003). Gesundheitsförderung als Zukunftsaufgabe. *Prävention*, 26, 3-6.

Bauch, J. & Franzkowiak, P. (2004). Das Elend der Gesundheitswissenschaften und die Fallstricke des methodologischen Positivismus. *Prävention*, 27, 105-108.

Bauch, J. (2002). Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. *Prävention*, 25, 67-70.

Bendit, R. & Heimbucher, A. (1977). *Von Paulo Freire lernen. Ein neuer Ansatz für Pädagogik und Sozialarbeit*. München: Juventa.

- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Expertise im Auftrag der BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6)*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BKK Bundesverband, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin & Gesundheit Berlin e.V. (o. J.). *Kiezdetektive. Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt. Projektdokumentation* (unveröffentlichtes Manuskript).
- Blättner, B. (1998). Qualitätssicherung in der Erwachsenenbildung. In Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.), *Qualität(en) in der Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte, Ansätze und Perspektiven*. Hannover: Herausgeber.
- Bräunling, S. (2007). *Empowerment als Good-Practice-Kriterium in der Gesundheitsförderung und Prävention bei Jugendlichen. Theorie und praktische Überprüfung*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie an der Freien Universität Berlin (Ergänzungsstudiengang Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung).
- Bröskamp-Stone, U., Kickbusch, I. & Walter, U. (2000). Gesundheitsförderung. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 141-150). München: Urban & Fischer.
- Bühren-Armstrong, B. (1998). *Evaluationsforschung und Qualitätssicherung in der Personalkommunikativen AIDS-Prävention. Eine Meta-Evaluation*. Dissertation, Universität Freiburg. Verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=963772031&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=963772031.pdf [Zugriff am 02.12.2007].
- Bullinger, M. (1998). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. In D. Dür & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung und Evaluation* (Gesundheitswissenschaften / Gesundheitsförderung, Band 5) (S. 41-74). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Bundesministerium für Gesundheit (2007). *Gesetzentwurf der Bundesregierung (Referententwurf). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze (Fassung vom 23.11.2007)*. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitberlin.de/> [Zugriff am 02.12.2007].
- Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.) (2000). *Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen. Leitfragen zur Umsetzung. Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.* (2. Aufl.) [Broschüre]. Hannover: Herausgeberin.
- Caplan, G. & Grunebaum, H. (1977). Perspektiven Primärer Prävention. In G. Sommer & H. Ernst (Hrsg.), *Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt* (S. 51-69). München: Urban & Schwarzenberg.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. London: Tavistock.
- Chloetta, B., Spencer, B., Spörri, A., Ruckstuhl, B., Broesskamp, U. & Ackermann, G. (2004). Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. *Prävention*, 27, 67-72.

Christiansen, G. (1999). *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Expertise im Auftrag der Europäischen Kommission, GD Gesundheit und Verbraucherschutz* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 8). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Coombes, Y. (2000). Combining quantitative and qualitative approaches to evaluation. In M. Thorogood & Y. Coombes (Eds.), *Evaluating Health Promotion: Practice and Methods* (S. 27-40). Oxford: Oxford University Press.

Deutscher Bundestag (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. (BT-Drucksache 7/4200). Bonn: Deutscher Bundestag.

Deutsches Cochrane Zentrum (o.J.). *Von der Evidenz zur Empfehlung (Klassifikationssysteme)* [Website]. Verfügbar unter <http://www.cochrane.de/de/gradesys.htm> [Zugriff am 02.12.2007].

Dooris, M. (2004). Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships?. *Critical Public Health*, 14 (3), 49-61.

Dooris, M. (2005). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21, 55-65.

Dooris, M., Dowding, G., Thompson, J. & Wynne, C. (1998). The settings-based approach to health promotion. In A. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson & M. Dooris (Eds.), *Health promoting universities: concept, experience and framework for action* (S. 21-32). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Elkeles, T. (2002). Qualitätssicherung und -entwicklung im betrieblichen Gesundheitsmanagement. *Arbeit und Sozialpolitik*, 56, 33-40.

Elkeles, T. (2006). Evaluation von Gesundheitsförderung und die Forderung nach Evidenzbasierung – Fünf Thesen zur Anwendbarkeit auf Gesundheit. *Zeitschrift für Evaluation*, 1/2006, 39-70.

Ernst, H. (1977). Primäre Prävention: Möglichkeiten und Grenzen einer Strategie: In G. Sommer & H. Ernst (Hrsg.), *Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt* (S. 40-50). München: Urban & Schwarzenberg.

European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations (Ed.) (1999). *Best practice: state of the art and perspectives in the EU for improving the effectiveness and efficiency of European health systems*. Luxembourg: Ed.

Flick, U. (1998). Triangulation – Geltungsbegründung oder Erkenntniszuwachs? *Zeitschrift der Erziehung und Sozialisation*, 18, 443-447.

Forster, R. (1997). *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung: eine kritische Bilanz*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Franzkowiak, P. & Sabo, P. (1998). *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung* (2. Aufl.). Mainz: Sabo.

Freire, P. (1974a). *Pädagogik der Solidarität. Für eine Entwicklungshilfe im Dialog*. Wuppertal: Hammer.

- Freire, P. (1974b). *Erziehung als Praxis der Freiheit*. Berlin: Kreuz-Verlag.
- Frick, D. (1986). *The Quality of Urban Life. Social, Psychological and Physical Conditions*. Berlin: de Gruyter.
- Geene, R. & Philippi T. (Hrsg.) (2004). *Mehr Gesundheit für alle. Die BKK-Initiative als ein Modell für sozialogenbezogene Gesundheitsförderung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Gerdes, D. (1994). Lebensweltanalyse. In: J. Kriz, D. Nohlen & R.-O. Schultze (Hrsg.), *Lexikon der Politik. Band 2: Politikwissenschaftliche Methoden* (S.238-242). München: Beck
- Goldbach, A. (2000). Qualitätsverbesserung als Ziel der Organisationsentwicklung in Schulen. In P. Paulus & G. Brückner (Hrsg.), *Wege zu einer gesünderen Schule. Handlungsebenen – Handlungsfelder – Bewertungen* (S. 233-241). Tübingen: dgvt.
- Goodstadt, M. (2001). Introduction. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* (WHO Regional Publications, European Series, No. 92) (S. 209-211). Copenhagen: World Health Organization.
- Göpel, E. (2005). Erkenntnistheoretische Grundlagen der Gesundheitsförderung. *Prävention, 28*, 3-8.
- Gordis, L. (2001). *Epidemiologie*. Marburg: Kilian.
- Grossmann, R. & Scala, K. (1996). *Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (S. 105-117). Thousand Oaks: Sage.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns*, Band 1 und 2. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Haisch, J., Weitkunat, R. & Wildner, M. (Hrsg.) (1999). *Wörterbuch Public Health*. Bern: Hans Huber.
- Herriger, N. (1997). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hoch, H. & Otto, U. (2005). Bürgerschaftliches Engagement und Stadtteilpolitik. In F. Kessel, C. Reutlinger, S. Maurer, & O. Frey (Hrsg.), *Handbuch Sozialraum* (S. 513-518). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Husserl, Edmund (1982). *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie. Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie* (2. Aufl.). Hamburg: Felix Meiner.
- Jerusalem, M., Klein-Heßling, J. & Mittag, W. (2003). Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11*, 247-262.
- Kahan, B. & Goodstadt, M. (1999). Continuous quality improvement and health promotion: can CQI lead to better outcomes? *Health Promotion International, 14*, 83-91.

Kahan, B. & Goodstadt, M. (2001). The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion. *Health Promotion Practice*, 2, 43-67.

Kaminski, G. (1986). Zwischenbilanz einer „psychologischen Ökologie“. In G. Kaminski (Hrsg.), *Ordnung und Variabilität im Alltagsgeschehen* (S. 7-29). Göttingen: Hogrefe.

Kaufmann, F.-X. (2005): *Sozialpolitik und Sozialstaat. Soziologische Analysen* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kersting, W. (1995). Diskurstheorie kommunikativen Handelns. In: D. Nohlen & R.-O. Schultze (Hrsg.), *Lexikon der Politik. Band 1: Politische Theorien* (S. 56-63). München: Beck

Keul, A. G. (Hrsg.) (1995). *Wohlbefinden in der Stadt, Umwelt- und gesundheitspsychologische Perspektiven*. Weinheim: Beltz-PVU.

Keupp, H. (1991). Prävention im Rahmen der bundesrepublikanischen Psychiatriereform – Mehr als Rhetorik? In T. Elkeles, J.-U. Niehoff, F. Schneider & R. Rosenbrock (Hrsg.), *Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 – 1990* (S. 399-418). Berlin: Ed. Sigma.

Kilian, H., Geene, R. & Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Hrsg.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm ‚Mehr Gesundheit für alle‘* (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band 8) (S. 151-230). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Klever-Deichert, G., Gerber, A., Schröer, M.A. & Plamper, E. (2007). *International erfolgreiche Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung und ihre Übertragbarkeit auf Deutschland*. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006; Ausgabe 09/2007 vom 12.11.2007. Universität zu Köln.

Kliche, T., Koch, U., Lehmann, H. & Töppich, J. (2006). Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Probleme und Lösungsansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 141-150.

Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (2006). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung – Begriffsdefinitionen: Setting-Ansatz. Verfügbar unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=8346414a2b2dadaeee55d4d085c2d0cc&id=Seite1667#anker23> [Zugriff am 02.12.2007].

Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (o. J.) [Internetauftritt] Verfügbar unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de> [Zugriff am 02.12.2007].

Kreienbrock, L. & Schach, S. (2000). *Epidemiologische Methoden* (3. Aufl.). Heidelberg: Spektrum.

Kreis, J. (2005). Evidenzbasis von Gesundheitsförderung und Prävention. In HIS – Hochschul-Informationssystem (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Hochschulen* (S. 46-49). Hannover: Herausgeber.

Kreis, J. & Bödeker, W. (2003). *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz* (IGA-Report 3). Essen: BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

Krems, B. (2007). *Online-Verwaltungslexikon*. Verfügbar unter <http://www.olev.de/> [Zugriff am 08.12.2007].

Kromrey, H. (2001). Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24, 105-133.

Kuhn, J. (2005). Gesundheit, Krankheit und Public Health. *Prävention*, 28, 27-30.

Lang, A. (1979). Die Feldtheorie von Kurt Lewin. In A. Heigl-Evers (Hrsg.), *Lewin und die Folgen, Kindlers Enzyklopädie: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, 8 (S. 51-57). Zürich: Kindler.

Legewie, Heiner (o. J.): *Diagnostik Sozialer Welten und Systeme* [Vorlesungsmanuskript]. Verfügbar unter http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_10.pdf [Zugriff am 02.12.2007].

Lehmann, F., Geene, R., Kaba-Schönstein, L., Kilian, H., Meyer-Nürnberg, M. Brandes, S. & Bartsch, G. (2005). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen, Gesundheitsförderung konkret, Band 5*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Lehmann, F., Geene, R., Kaba-Schönstein, L., Kilian, H., Meyer-Nürnberg, M. Brandes, S. & Bartsch, G. (2006). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen, Gesundheitsförderung konkret, Band 5*. (2. Aufl.) Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Lenhardt, U. (2001). *Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit* (Veröffentlichungsreihe des Wissenschaftszentrums Berlin, Nr. P01-203). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.

Lenz, A. & Stark, W. (Hrsg.) (2002). *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation*. Tübingen: dgvt.

Lewando-Hundt, G. & Al Zaroo, S. (2000). Evaluating the dissemination of health promotion research. In M. Thorogood & Y. Coombes (Eds.), *Evaluating Health Promotion: Practice and Methods* (S. 151-163). Oxford: Oxford University Press.

Lewin, K. (1982). Feldtheorie. In *Kurt-Lewin-Werkausgabe, Band 4*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Luber, E. (2004). Wessen Qualität ist gemeint? In E. Luber & R. Geene (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Wer weiß was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?* (S. 37-57). Frankfurt a.M.: Mabuse.

McQueen, D. V. (2001). Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promotion International*, 16, 95-97.

Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber.

- Mielck, A., Graham, H. & Bremberg, S. (2002). *Kinder – eine wichtige Zielgruppe für die Verminderung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit* [Aufsatz]. Verfügbar unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=013e605a15744e0d668afaa8c946ffc5> [Zugriff am 02.12.2007].
- Naidoo, J. & Wills J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Noack, R. H. & Rosenbrock, R. (1994). Stand und Zukunft der Berufspraxis im Bereich Public Health. In D. Schaeffer, M. Moers & R. Rosenbrock (Hrsg.). *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: edition sigma.
- Nohlen, D. & Schultze, R.-O. (Hrsg.) (1995). *Lexikon der Politik. Band 1: Politische Theorien*. München: Beck.
- Nutbeam, D. & Harris, E. (2004). *Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories* (2nd ed.). North Ryde: McGraw-Hill Australia.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
- Oerter, R. (2002). Kultur, Ökologie und Entwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie (5. Aufl.)* (S. 73-104). Weinheim: Beltz/PVU.
- Pelikan, J. M., Dietscher, C. & Novak-Zezula, S. (1998). Evaluation als Strategie der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Probleme, Ansätze, Beispiele. In D. Dür & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung und Evaluation* (Gesundheitswissenschaften / Gesundheitsförderung, Band 5) (S. 11-40). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Peters, M. (2006). Paulo Freire und die Medizin - Prof. Dr. Manfred Peters im Gespräch mit Dr. med. Ulrike Keim. In Paulo Freire Kooperation e.V. (Hrsg.), *Dialogische Erziehung, 1*. Verfügbar unter: http://freire.de/zeitschrif/dir_9/index.php?src=zeitschrif/dir_9/file [Zugriff am: 25.11.2007]
- Rada, J., Ratima, M. & Howden-Chapman, P. (1999). Evidence-based purchasing of health promotion: methodology for reviewing evidence. *Health Promotion International*, 14, 177-187.
- Raphael, D. (2000). The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 15, 355-367.
- Rappaport, J. (1977). *Community Psychology. Values, Research and Action*. New York: Rhinehart and Winston.
- Raspe, H. (1996). Evidence based medicine: Methodischer Unsinn, alter Wein in neuen Schläuchen oder aktuelle Notwendigkeit? *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 90, 553-532.
- Riemann, K. (1999). „Vorhandenes praxisnah nutzen“. Verfahrensvorschlag zur Qualitätssicherung im Rahmen des zukünftigen § 20 SGB V. In Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V (n.F.), Tagungsdokumentation zum Workshop der*

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen am 24. Juni 1999 in Köln (S. 51-64)
Bergisch Gladbach: Herausgeber.

Rootman, I. (2001). Introduction to the book. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* (WHO Regional Publications, European Series, No. 92) (S. 3-6).
Copenhagen: World Health Organization.

Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L. & Springett, J. (2001). A framework for health promotion evaluation. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* (WHO Regional Publications, European Series, No. 92) (S. 7-34).
Copenhagen: World Health Organization.

Rosenbrock, R. (2002). Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität. In U. Walter, M. Drupp, F. W. Schwartz (Hrsg.), *Prävention durch Krankenkassen – Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit* (S. 5-23).
Weinheim: Juventa.

Rosenbrock, R. (2003). *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung. Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung* [Abstract, Tagungsunterlagen zur Veranstaltung „Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung“ am 11.09.2003, veranstaltet durch Gesundheit Berlin e.V., Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Berliner Zentrum Public Health].
Berlin.

Rosenbrock, R. (2004a). Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Hrsg.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm ‚Mehr Gesundheit für alle‘* (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band 8) (S. 7-149).
Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Rosenbrock, R. (2004b). Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung. In E. Luber & R. Geene (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Wer weiß was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?* (S. 59-85).
Frankfurt a.M.: Mabuse.

Roth, R. (2002). Auf dem Wege zur Bürgerkommune? Bürgerschaftliches Engagement und Kommunalpolitik in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts. In T. Meyer & R. Weil, *Die Bürgergesellschaft. Perspektiven für Bürgerbeteiligung und Bürgerkommunikation* (S. 163-184).
Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzweiler, F. (2001). Qualitätsparameter in der Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15) (S. 38-50).
Köln: Herausgeberin.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). *Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. 3: Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Verfügbar unter <http://dip.bundestag.de/btd/14/068/1406871.pdf> [Zugriff am 02.12.2007].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005). *Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. Verfügbar unter <http://dip.bundestag.de/btd/15/056/1505670.pdf> [Zugriff am 08.12.2007]

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (2006). *Glossar* [Website]. Verfügbar unter <http://www.sifg.de/template.php?topic=Glossar> [Zugriff am 02.12.2007].

Schmidt, L. R. (2001). *Klinische Psychologie. Entwicklungen, Reformen, Perspektiven*. Tübingen: dgvt.

Schultze, R.-O. (1995). Partizipation. In D. Nohlen & R.-O. Schultze (Hrsg.), *Lexikon der Politik. Band 1: Politische Theorien* (S. 396-406). München: Beck

Schütz, A. (2003). Strukturen der Lebenswelt. In M. Endreß & I. Srubar (Hrsg.), *Alfred Schütz Werkausgabe, Band 5* (S. 327-347). Konstanz: UVK.

Schwartz, F. W. & Walter, U. (2000). Prävention. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 151-170). München: Urban & Fischer.

Simnett, I. (1999). Evidence-based Work in Settings. In E. Perkins, I. Simnett & L. Wright (Eds.), *Evidence-based Health Promotion*. Chichester: Wiley & Sons.

Sommer, D. Altenstein C., Kuhn D. & Wiesmann U. (2006). *Gesunde Schule. Gesundheit. Qualität. Selbstständigkeit*. Frankfurt am Main: Mabuse

Sommer, G. & Ernst, H. (Hrsg.) (1977). *Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt*. München: Urban & Schwarzenberg.

Springett, J. & Leavey, C. (1995). Participatory action research: The development of a paradigm, dilemmas and prospects. In N. Bruce, J. Springett, J. Hotchkiss & A. Scott-Samuel (Eds.), *Research and Change in Urban Community Health* (S. 57-66). Alershot: Avebury.

Springett, J. (2001). Participatory approaches to evaluation in health promotion. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* (WHO Regional Publications, European Series, No. 92) (S. 83-105). Copenhagen: World Health Organization.

St Leger, L. (1997). Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta. *Health Promotion International*, 12, 99-101.

St Leger, L. (1999). Health promotion indicators. Coming out of the maze with a purpose. *Health Promotion International*, 14, 193-196.

Stark, W. (1989): Prävention als Gestaltung von Lebensräumen. Zur Veränderung und notwendigen Reformulierung eines Konzepts. In W. Stark (Hrsg.), *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis* (S. 11-37). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Stark, W. (2002). Über die Schwierigkeit, sich einzumischen: Bürger/innenbeteiligung, soziale Utopien und die Grundlagen einer partizipativen Politik. In R. Geene, S. Graubner, I. Papiés-Winkler & K.-P. Stender (Hrsg.), *Gesundheit – Umwelt - Stadtentwicklung. Netzwerke für Lebensqualität, Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 9* (S. 188-221), Berlin: b_books.

Stark, W. (2003). Partizipation. Mitwirkung und Mitentscheidung der Bürger/innen. In P. Franzkowiak & P. Sabo (1998): *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung* (2. Aufl.) (S. 170- 172). Mainz: Sabo.

Stein, R. (2003). Wo lassen Sie denken? Und wer hilft Ihnen, die Spreu vom Weizen zu trennen? *Berliner Ärzteblatt*, 6/2003. Verfügbar unter http://www.aerztekammer-berlin.de/10_Aktuelles/bae/18_BERLINER_AERZTE/Berliner_Aerzte_bis_2005/BAEthemen/THEMArtikel2003_06/wo_lassen_denken.html [Zugriff am 02.12.2007].

Sting, S. (2000). Gesundheit als Aufgabenfeld sozialer Bildung. In S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit* (S. 55-68). Weinheim: Juventa.

Thorogood, M. & Coombes, Y. (Eds.) (2000). *Evaluating Health Promotion: Practice and Methods*. Oxford: Oxford University Press.

Trojan, A. & Legewie, H. (2001): *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt a.M.: Verlag für Akademische Schriften.

Trojan, A. (2001). Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15) (S. 51-72). Köln: Herausgeberin.

Unger H. v., Block M. & Wright, M. T. (2007). *Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht*. (Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 2007-303). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Walter, U., Schwartz, F. W., Hoepner-Stamos, F. (2001). Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15) (S. 18-37). Köln: Herausgeberin.

Webb, D. (1999). Current Approaches to Gathering Evidence. In E. R. Perkins, I. Simnett & L. Wright (Eds.), *Evidence-based Health Promotion* (S. 34-46). Chichester: Wiley & Sons.

Weitkunat, R. (2004). New New Public Health. *Prävention*, 27, 99-104.

Wenzel, E. (1997). A comment on settings in health promotion. *Internet Journal of Health Promotion [Online-Zeitschrift]*. Verfügbar unter: <http://www.ijhp.org/articels/1997/1> [Zugriff am: 16.05.2005].

Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., Machardy, L., Young, I. & Witney, E. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promotion International*, 16, 339-353.

WHO (World Health Organization) (2001). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope* [pdf-Dokument]. Verfügbar unter: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf [Zugriff am 02.12.2007].

WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* [pdf-Dokument]. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German [Zugriff am: 02.12.2007].

WHO (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation* [pdf-Dokument]. Verfügbar unter: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> [Zugriff am: 02.12.2007].

WHO Europe, European Working Group on Health Promotion Evaluation (1998). *Health Promotion Evaluation. Recommendations to Policy-Makers*. Copenhagen: Ed.

Wright, M. T. (2004). Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Hrsg.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm ‚Mehr Gesundheit für alle‘* (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band 8) (S. 297-346). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Wright, M. T., Block M. & Unger H. v. (2007b). Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung, *Info_Dienst für Gesundheitsförderung* 3/2007, S. 4f.