

Skript Gesundheitspsychologie – Gesundheitssoziologie*

Theorie und Forschung zur Gesundheitsförderung

Vorbemerkung	2
1 Entwicklung der Gesundheitsförderung	3
1.1 Zentrale Begriffe	3
1.2 Public Health und Gesundheitswissenschaften	5
1.2.1 Die Entwicklung von Public Health	5
1.2.2 Gesundheitswissenschaften	7
1.3 Gesundheitsförderung im Programm der WHO	8
1.3.1 Entstehungsgeschichte und programmatischer Kontext	8
1.3.2 Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und ihre Folgekonferenzen	9
1.3.3 Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland	13
2 Forschungsansätze in den Gesundheitswissenschaften	15
2.1 Paradigmen und Methoden	15
2.1.1 Naturwissenschaftliches und dialogisches Theorieverständnis	15
2.1.2 Forschungsstrategien	16
2.2 Operationalisierung der Leitkonzepte	23
2.2.1 Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität	23
2.2.2 Messung der Lebensqualität	25
2.2.3 Perspektiven	27
2.3 Gesundheitsressourcen	27
2.3.1 Risikofaktoren und Gesundheitsressourcen	27
2.3.2 Körperliche Ressourcen	29
2.3.3 Personale Ressourcen	32
2.3.4 Verhalten und Lebensweisen	36
2.3.5 Lebensbedingungen	39
2.3.6 Sozialräumliche Umwelt	42
2.3.7 Bilanz	45
2.4 Theorien der Gesundheit und Gesundheitsförderung	46
2.4.1 Übersicht	46
2.4.2 Das Muster der Pathogenese-Modelle	47
2.4.3 Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen von Gesundheit	48
2.4.4 Bedürfnis-Ressourcen-Theorien	49
2.4.5 Stressbewältigungs-Ressourcen-Theorien	54
2.4.6 Entwicklungstheorien	56
2.4.7 Theorien des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsförderung	62
2.4.8 Einordnung des Gesundheitsdiskurses in die Modernisierungstheorie	64
2.5 Zusammenfassung und Einordnung der theoretischen Konzepte	66
Literaturverzeichnis	69

*) nur für Studierende der Technischen Universität Berlin und der Universität Hamburg

Vorbemerkung

Welche Visionen und Leitbilder jenseits der Wachstumsraten einer globalisierten Wirtschaft können zu Beginn des 21. Jahrhunderts das Leben der Bürger und die Ziele der gesellschaftlichen Kräfte bestimmen? Anders gefragt: Wie wollen wir im neuen Jahrhundert leben? Welche Weichen wollen wir für die Lebensbedingungen unserer Kinder stellen?

Im vergangenen Jahrhundert sind die großen gesellschaftlichen Entwürfe und Utopien kläglich gescheitert: Die linke Utopie der klassenlosen Gesellschaft brachte den Archipel Gulag und erstickte am Ende an den Verkrustungen des real existierenden Sozialismus. Die rechte Gegen-Utopie des Herrenmenschen aus Blut und Boden führte zum Kulturbruch von Auschwitz. In einem Essay zur Jahrtausendwende schreibt Klaus Franke (Der Spiegel 52/1999): "Am Ende des Säkulums, das hinlänglich von Revolutionslärm und ideologischem Kampfgeschrei erfüllt war, sind die Visionen radikaler Weltverbesserer restlos verdunstet. Durchwursteln heißt die Parole zur Jahrtausendwende; wohin die Reise geht, ist ungewisser denn je."

Besteht nach dem Scheitern der "großen Entwürfe" nur die Alternative des Durchwurstelns? Oder sind bescheidenere, weniger ideologisch belastete Leitbilder für die Welt von morgen denkbar und machbar?

Ohne dass die breite Öffentlichkeit davon Kenntnis genommen hätte, wurden in den letzten 20 Jahren von den Vereinten Nationen (UN) zwei eng miteinander zusammenhängende konkrete Utopien entwickelt und in ermutigenden Beispielen umgesetzt, die weder der Vorwurf ideologischer Einengung noch mangelnder Umsetzbarkeit trifft:

- das Leitbild der Weltgesundheitsorganisation (WHO) *Gesundheit für alle bzw. Gesundheitsförderung* durch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Städte und Regionen, sowie
- das Leitbild der Konferenz von Rio *Nachhaltige Entwicklung* (sustainable development), d.h. einer wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Entwicklung, die langfristig die Lebensqualität für alle Menschen und die Lebensgrundlagen künftiger Generationen sichert.

Beide Leitbilder hängen eng miteinander zusammen. Sie sind in einem langwierigen Prozess internationaler Konsensfindung unter Beteiligung von Regierungs- sowie Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs) entwickelt worden. Beide Leitbilder messen einer ressortübergreifenden Gesamtpolitik und der Stärkung von Bürgerbeteiligung auf allen Ebenen eine zentrale Bedeutung bei. Beide Leitbilder setzen schließlich auf kommunaler Ebene an, d.h. dort wo die Menschen leben und arbeiten und damit aktiv ihre Lebensbedingungen mitgestalten können. Durch die Programme "*Gesunde Städte*" und " *Lokale Agenda 21*" werden diese Leitbilder seit mehr als einem Jahrzehnt in aller Welt erfolgreich erprobt, so dass inzwischen ein gesicherter Wissensfundus zur Umsetzung vorliegt.

Das vorliegende Skript bezieht sich auf das Leitbild *Gesundheitsförderung* der WHO. Es enthält eine Einführung in *Theorien und Forschungsergebnisse zur Gesundheitsförderung*. Aspekte des *Leitbildes nachhaltige Entwicklung* werden am Rande gestreift. Das Skript ist ein leicht gekürzter Auszug (Kap. 2 und Teile von Kap. 1) aus dem Buch

*Alf Trojan & Heiner Legewie:
Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung – Leitbilder, Politik und Praxis der
Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen.
Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften (2000)*

1 ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

1.1 Zentrale Begriffe

Einleitend sollen die zentralen Begriffe *Gesundheit*, *Wohlbefinden* und *Lebensqualität*, *Umwelt* und *Umweltschutz*, *Nachhaltigkeit* bzw. *nachhaltige Entwicklung* kurz umschrieben werden. Diese Begriffe finden sich als Zielvorgaben in den beiden großen Leitkonzepten wieder.

Gesundheit

Gesundheit ist ein vielschichtiger normativer Begriff, dessen Definition grundsätzlich nicht "objektiv" erfolgen kann, sondern das Ergebnis sich wandelnder Gruppeninteressen und Diskurse darstellt (s. Göckenjan 1992). Versicherungsrechtlich wird Gesundheit mit Nichtvorhandensein von Krankheit gleichgesetzt, wobei Krankheit nach einem Kommentar zum Sozialgesetzbuch V (SGB V § 27) "ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand (ist), der die Notwendigkeit einer ärztlichen Heilbehandlung oder – zugleich oder allein – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat".

Demgegenüber wird Gesundheit in der Gründungsurkunde der Weltgesundheitsorganisation 1947 definiert als "Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Behinderung ("a state of complete physical, mental and social wellbeing").

Die Definition der WHO bietet drei Vorzüge: Sie stellt Gesundheit als eigenständigen positiven Zustand dar, sie bezieht sich auf den ganzen Menschen in seinen körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Aspekten und, sie stellt das subjektive Befinden in den Mittelpunkt.

Problematisch muss allerdings angesichts der anthropologisch unausweichlichen Bedrohung der menschlichen Existenz durch Altern, Trennung, Verlust und Tod das Leitbild "umfassenden Wohlbefindens" erscheinen. Hinter dieser Vorstellung steht ein Fortschrittsglaube, dem menschliches Leiden als letztlich besiegbare gilt, eine Ideologie, die unter den Stichworten Healthismus und Fitnessgesellschaft kritisiert wird. Leiden und Lebenskrisen sind nicht nur grundsätzlich unvermeidbar, sie bringen nicht nur eine erhöhte Anfälligkeit für körperliche und psychische Erkrankungen mit sich, sondern sie stellen auch unverzichtbare Anstöße für die persönliche Entwicklung und den Erhalt der Gesundheit dar. Die Charta von Ottawa behält die Utopie des "umfassenden Wohlbefindens" zwar stillschweigend bei, ersetzt aber die Vorstellung von Gesundheit als vorrangiges Lebensziel durch Gesundheit als Mittel zum Zweck, das es dem Menschen erlaubt, sein persönliches, soziales und ökonomisches Entwicklungspotential voll auszuschöpfen.

Wohlbefinden

Der Begriff Wohlbefinden taucht an zentraler Stelle vor allem in der Gesundheitsdefinition der WHO von 1948 auf. Er hat primär alltagssprachlichen Charakter und betont die subjektive Seite von Gesundheit. Diese Seite wird in sehr prononcierter Form in einer Äußerung Valentina Borremans deutlich (zit. nach Kickbusch 1981, S. 24): "Ich weigere mich zu definieren, was Gesundheit, die für andere wünschenswert ist, enthalten sollte. Ich weigere mich, Gesundheit als Ziel zu definieren, das von einer dritten Person gesetzt werden kann." Hieraus wird deutlich, dass Gesundheit und Wohlbefinden als Leitziele für jeden etwas anderes bedeuten können. Diese Einsicht macht es der Wissenschaft so schwer, Gesundheit "eindeutig" zu definieren und wissenschaftlich zu operationalisieren. Die Subjektivität des Gesundheitsbegriffs, die mit dem Ausdruck Wohlbefinden angesprochen wird, ist als tieferer Grund dafür anzusehen, dass in der Gesundheitsförderung Partizipation bzw. Bürgerbeteiligung ein zentrales Prinzip darstellt: Gesundheit wird zur "Zwangsbeglückung", sofern nicht diejenigen mitreden können, für die Gesundheit geschaffen werden soll.

Wissenschaftlich hat der Begriff des Wohlbefindens keinen eigenen Ort, auch wenn zu seiner Erfassung eigene Skalen entwickelt wurden (s. 2.3). Er findet sich in theoretischen Reflexionen, normativen Überlegungen zur Gesundheitsförderung und vor allem auch in programmatischen Aussagen auf allen politischen Ebenen.

Lebensqualität

Lebensqualität hat seit den 70er Jahren eine grundlegende Bedeutung als Ziel von *Politikgestaltung* gewonnen.

Der Begriff wird zurückgeführt auf den Nationalökonom J.K. Galbraith, der diesen Ausdruck im Zusammenhang mit Erwägungen zum sog. "qualitativen wirtschaftlichen Wachstum" 1963 erstmals gebraucht hat (Jöhr 1974, S. 10). In der Politik dürfte der seinerzeitige westdeutsche Bundesminister Erhard Eppler maßgeblich zur Verbreitung dieses Konzepts beigetragen haben (vgl. Eppler 1972). Wissenschaftlich ist das Konzept immer als interdisziplinär bzw. disziplinenübergreifend aufgefasst worden (vgl. z.B. Böttig & Ermertz 1976 oder Frick 1986). In beiden Büchern wird der Ursprung vor allem auf die beginnenden Diskussionen über Umweltprobleme in den 60er Jahren zurückgeführt. In vager Form steht "Lebensqualität" als Gegenkonzept gegen eine Orientierung, die lediglich am quantitativen Wachstum und steigendem "Lebensstandard" ausgerichtet ist. Je nach Kontext werden mehr objektiv meßbare Lebensbedingungen und/oder die subjektive Wahrnehmung dieser Bedingungen, d.h. das Wohlbefinden in einem bestimmten Lebenszusammenhang angesprochen.

Die Operationalisierung und Messung des Konzepts ist erst später in verschiedenen Bereichen begonnen worden (vgl. z.B. die Forschung über soziale Indikatoren oder die Konzeption von Lebensqualität im Krebs-Atlas wie bei Korczak 1995). Auf nationaler und europäischer Ebene gibt es inzwischen Berichtssysteme, die regelmäßig die Bewertung verschiedener Lebensbereiche unter dem Gesichtspunkt der Lebensqualität erfassen (vgl. z.B. Zapf 1995; Kramer 1996 und Flora & Noll 1998).

Das Konzept Lebensqualität hat inzwischen auch Eingang gefunden in den engeren *Medizinbereich*. Im Rahmen der Evaluation von medizinischen Interventionen mit dem Ziel einer Qualitätsverbesserung in der Medizin wird Lebensqualität als eine wichtige Variable der Ergebnisevaluation genutzt. Wir können dies als Erweiterung des medizinischen Modells in den psychosozialen Bereich hinein ansehen. Die Lebensqualitätsforschung hat sich bei chronischen Krankheiten, insbesondere von Krebserkrankungen, als eigenes Feld etabliert (vgl. z.B. Bloomfield 1996). In dem seit einigen Jahren sprunghaft gewachsenen Feld des Qualitätsmanagements bzw. der Qualitätsverbesserung in der Medizin spielen "Patientenzufriedenheit" und Lebensqualität eine bedeutsame Rolle als ergänzende "Outcome-Variablen" (vgl. z.B. Schwartz u.a. 1998, S. 359 ff.; Stier-Jarmer 1997).

Wohlbefinden und Lebensqualität sind also übergreifende Zielvariablen neben der Gesundheit im Sinne des "Freiseins von Krankheit". Sie spielen in allen anderen Leitkonzeptionen eine wichtige Rolle als Globalziele. Überwiegend werden sie alltagssprachlich als allgemein verständliche Begriffe gebraucht. Im Rahmen der Evaluationsforschung und der Qualitätsforschung gibt es aber auch zahlreiche Versuche, diese globalen Zielvariablen gesellschaftspolitischen und medizinischen Handelns zu operationalisieren (s. 2.3.1).

Umwelt, Umweltschutz und nachhaltige Entwicklung

Umwelt ist wie Gesundheit ein auf Lebewesen bzw. den Menschen bezogener Begriff. Die Umwelt eines Lebewesens oder Menschen ist der Ausschnitt aus der physischen, gebauten und sozialen "Welt", der für das Lebewesen bzw. den Menschen relevant ist. Für die Begriffe Umwelt und Umweltschutz bestehen ähnliche Schwierigkeiten wie für die vorstehend besprochenen Zielvariablen nachhaltiger Gesundheitsförderung und Entwicklung. Sowohl in der Öffentlichkeit wie in der Wissenschaft wird der Begriff Umwelt unterschiedlich weit bzw. eng benutzt. Ein enges Verständnis berücksichtigt lediglich die stoffliche und technische Umwelt; ein weites Verständnis bezieht auch die soziale Umwelt ein. In den allgemeinen Programmatiken zu Gesundheit und Umweltschutz gilt fast ausschließlich das weite Verständnis, d.h. es werden sowohl die soziale (und ökonomische) wie auch die persönliche Umwelt den gesundheitsrelevanten Umweltbereichen zugerechnet.

Der Begriff der *Nachhaltigkeit (sustainability)* wurde im vorigen Jahrhundert in der Forstwirtschaft geprägt. Nachhaltige Forstwirtschaft bedeutet, nicht mehr Bäume abzuholzen als nachwachsen (Harborth 1993). Die 1983 von der UNO eingesetzte *Weltkommission für Umwelt und Entwicklung* stellte das Konzept des *Sustainable Development* als Zielvorgabe für einen umfassenden Umweltschutz in den Mittelpunkt. Die deutsche Übersetzung lautete zunächst dauerhafte Entwicklung, so auch in der

griffigen Definition des Abschlussberichts: "Dauerhafte Entwicklung ist Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können." (Brundtland-Bericht 1987, S. 46). Inzwischen hat sich in der fachlichen und politischen Diskussion allgemein die Übersetzung "nachhaltige Entwicklung" durchgesetzt. Es ist allerdings bis heute nicht gelungen, diesen Begriff in der breiten Öffentlichkeit wirklich bekannt zu machen.

Die im folgenden zu besprechenden Leitkonzepte Gesundheitsförderung und nachhaltige Entwicklung sind schon vom Begrifflichen her eindeutig als Prozessziele anzusprechen. Im Rahmen dieser Leitkonzepte geht es stets implizit – oft auch explizit – um Maßnahmen, die zu mehr Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität führen.

1.2 Public Health und Gesundheitswissenschaften

In England wurde vor gut 150 Jahren unter der Bezeichnung Public Health die Umwelt des Menschen als Verursachungsbereich für Krankheiten ins Visier genommen. In Deutschland entstand etwas später unter dem Namen "Sozialmedizin" und "Sozialhygiene" ein vergleichbares Handlungsprogramm. Seit knapp 30 Jahren wird dieses Thema in Wissenschaft, Praxis und Politik wiederentdeckt und erweitert um eine salutogenetische Perspektive. Hiervon zeugen die engen Wechselwirkungen zwischen wissenschaftlicher und praktischer Entwicklung von Public Health und Gesundheitsförderung weltweit, und auch in Deutschland.

Public Health heißt wörtlich übersetzt "öffentliche Gesundheit". Die lehrbuchmäßige Definition bezieht sich sowohl auf praktische und politische als auch auf wissenschaftliche Aspekte:

"Public Health umfasst alle analytischen und organisatorischen Anstrengungen, die sich mit der Erkennung von Gesundheitsproblemen, ihrer Beseitigung oder ihrer Verhinderung befassen. Public Health bezieht sich auf Populationen und organisierte Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung (Prävention), der Krankheitsbekämpfung, der Rehabilitation und der Pflege. Die gewählten Mittel sollen dabei angemessen, wirksam und ökonomisch vertretbar sein. Public Health hat sich dem Ziel verpflichtet, die Gesundheitsverbesserung durch bedarfs-, bedürfnis-, ressourcen- und sozialadäquate Anstrengungen im jeweiligen kulturellen und gesellschaftlichen Kontext zu erreichen." (Schwarz & Walter 1996, S. 2-3). Diese Definition geht zurück auf Winslow (1920): "Public Health is the art and science of promoting health, preventing disease and prolonging life ... through organized community efforts." Sie macht zugleich deutlich, dass Public Health – wie der Gesundheitsbegriff – nicht nur ein Praxisfeld und ein multidisziplinäres wissenschaftliches Projekt (= Gesundheitswissenschaften) darstellt, sondern auch als Leitkonzept bestimmte Werte im Rahmen eines umfassenden Erkenntnis- und Handlungsprogramms transportiert. Diese Seite wird manchmal auch als ideologische Komponente von Public Health bezeichnet.

Als weiteren wichtigen Aspekt betont die Definition, dass zwischen Lebensverlängerung, Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung keine enge Grenze gezogen wird, sondern dass alle drei Aspekte gleichrangige, sich überlappende Leitziele sind. Schließlich weist die Definition Public Health als gesellschaftliche Aufgabe aus, die nicht auf das Gesundheitssystem oder die Gesundheitspolitik im engeren Sinne beschränkt ist.

1.2.1 Die Entwicklung von Public Health

Ashton & Seymour (1988, S. 15 ff.) unterscheiden vier verschiedene Phasen der Entwicklung von Public Health. Die *erste Phase* beginnt etwa in den Jahren um 1830 bis 1850. In England richtete sich *Public Health* auf die katastrophalen Lebensbedingungen der Arbeiter in den entstehenden und rasch wachsenden Industriestädten. Sanitäre Reform hieß die Devise zur Bekämpfung von Infektions- und Armutskrankheiten. Zu dieser ersten Phase gehört auch die Entwicklung der *Sozialmedizin* und *Sozialhygiene* in Deutschland (Virchow, Grotjahn), die sich im Gefolge der Cholera-Epidemie in Schlesien entwickelte und bis in die Jahre der Weimarer Republik erstreckte.

Die *zweite Phase* der Public Health Bewegung begann schon um 1870 und entwickelte sich auf der Basis neuer Theorien der Entstehung von Infektionskrankheiten und neu entdeckter Möglichkeiten der

Immunisierung. Kurz nach der Jahrhundertwende kamen Maßnahmen der Familienplanung hinzu. Diese zweite Phase ist charakterisiert durch die Entwicklung eines mehr individuenzentrierten Ansatzes im Gegensatz zu den in der ersten Phase vorherrschenden umweltbezogenen Maßnahmen in den Bereichen Wohnen, Wasserversorgung und Ernährung.

Die *dritte Phase* wird als "therapeutische Ära" bezeichnet, woraus schon hervorgeht, dass medizinische Behandlungsmaßnahmen gegenüber den vorangegangenen Phasen stark in den Vordergrund traten. Der Beginn dieser Phase wird etwa um 1930 gesehen, als Insulin und Sulfonamide als wichtige Medikamente entdeckt wurden. Die Phase erstreckt sich bis etwa Ende der 60er Jahre. In der Bundesrepublik war Gesundheitspolitik in den 60er Jahren weitgehend identisch mit Krankenversorgungspolitik, die zudem meist auf Krankenhauspolitik verkürzt wurde. Ansehen und Bedeutung des öffentlichen Gesundheitsdienstes waren in dieser Zeit minimal.

Für die *vierte Phase*, die häufig als "New Public Health" tituiert wird, gibt es eine Reihe von bedeutsamen Entwicklungen und Vorläufern. An erster Stelle ist die zunehmende Kritik am medizinischen System und seinem Versagen gegenüber chronischen Krankheiten zu nennen. Die systemkritischen Analysen von McKeown (1982) und Illich (1995) hatten eine große öffentliche Wirkung. In den Fachgesellschaften für "Medizin-Soziologie" begann seinerzeit die Erforschung von sozialen Faktoren als Risiko- bzw. Stress-Faktoren. Zugleich wurde die Bedeutung von Bewältigungsstrategien und Bewältigungsressourcen, sozialer Unterstützung und sozialen Netzwerken entdeckt. Diese Erweiterungen des Blicks, der vorher auf das Medizin-System fixiert war, war so gründlich, dass die entsprechenden Fachgesellschaften ihren Namen änderten (International Society for Sociology of *Health* and *Illness*; European Society for *Health* and *Medical Sociology*).

Parallel zur Entwicklung von Public Health führten die Missstände in der Psychiatrie zu Reformbemühungen in der psychosozialen Versorgung (s. dazu Legewie & Wiedemann 1986). In den USA entstand schon Anfang des vorigen Jahrhunderts die *Mental Health Bewegung*, eine Protestbewegung von Bürgern der liberalen Mittelklasse gegen die krassen Missstände in den psychiatrischen Verwahranstalten. Nicht zuletzt diese Bürgerbewegung gab in den 50er Jahren Impulse für die Entstehung der *Gemeindepsychiatrie* und *Gemeindepsychologie*. Gleichzeitig entstanden auch die klassischen sozial-epidemiologischen Studien zum Zusammenhang zwischen sozialer Schicht, Lebensbedingungen und psychischen Erkrankungen (New Haven Study 1958, Stirling County Study 1959, Midtown Manhattan Study 1962), die die wissenschaftlichen Grundlagen für Reformprogramme zur Bekämpfung von Armut und psychosozialen Leiden unter den Präsidenten Kennedy und Johnson bildeten (z.B. das Community Mental Health Centers Act 1963). Die Reformbemühungen in den USA wurden in europäischen Ländern wie England, Frankreich, Skandinavien, den Niederlanden und Italien aufgegriffen und mit unterschiedlichen Schwerpunkten weiterentwickelt – in der Bundesrepublik erst relativ spät mit Erarbeiten der Enquete zur Lage der Psychiatrie (1975). Diese Reformen hatten eine gemeinwesen- und präventionsorientierte psychosoziale Versorgung zum Ziel und besaßen teilweise eine Vorreiterrolle für Public Health.

Als bahnbrechendes politisches Dokument zu Public Health muss der Gesundheitsbericht des kanadischen Gesundheitsministers Marc Lalonde von 1974 bezeichnet werden. Er trägt den Titel "*A new Perspective on the Health of Canadians*". Gesundheitsberichterstattung war in diesem Dokument das erste Mal nicht mehr Medizin-Statistik und Bilanz des medizinischen Versorgungsangebots, sondern eine Art Diagnose der Möglichkeiten, vorzeitigem Tod und Behinderung in Kanada vorzubeugen. Auf diesen Bericht wird heute noch vielfältig Bezug genommen und ihm bzw. der Vorreiterrolle Kanadas ist es wohl auch zu verdanken, dass die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung gerade in diesem Land stattfand. Die Einflüsse Kanadas und der USA können in einer frühen Veröffentlichung von Kickbusch & Anderson (1984) ziemlich präzise nachvollzogen werden.

Die Verdienste des Lalonde-Reports wurden 20 Jahre später in einer kritischen aber insgesamt positiven Rede bilanziert (Pinder 1995).

Eine andere aktuelle Analyse zeigt, in welchem Maße sich die kanadische und die internationale Entwicklung wechselseitig verstärkt haben, betont jedoch besonders die ideologischen und theoretischen Unterschiede zwischen dem Gesundheitsförderungsdiskurs und einem neuen, nur vordergründig ähnlichen Diskurs über "Population Health" (Robertson 1998).

Die Entwicklungen, die zur Etablierung von Gesundheitsförderung und der salutogenetischen Perspektive führten, werden im englischen Sprachraum vor allem unter der Überschrift "(New) Public Health" zusammengefasst, so z.B. "The New Public Health" (Ashton & Seymour 1988), "Changing the Public Health" (Research Unit in Health and Behavioural Change 1989) oder "Readings for a New Public Health" (Martin & McQueen 1989).

Als Hauptthemen der "Agenda for a New Public Health" werden identifiziert: Ungleichheit und Benachteiligung bzgl. Gesundheit, persönliches Verhalten und Public Health, Information und Aufklärung der Bevölkerung; neue Rollen und Strukturen für die Professionellen und schließlich Gemeinde-Gesundheitsinitiativen (Community Health Initiatives). In diesem Zusammenhang wird explizit auf die Alma Ata-Konferenz und die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung Bezug genommen (vgl. Ashton & Seymour 1988, S. 5-8).

New Public Health als Erkenntnis- und Handlungsprogramm ist die Grundlage für das Konzept der Gesundheitsförderung. In der Ankündigung der Ottawa-Konferenz (Titel: "An International Conference on Health Promotion. The move towards a New Public Health") heißt es programmatisch: "The forthcoming conference will look at Health Promotion as a common concern for health which moves beyond health care. It opens up a debate on a *vision of public health*, which is based on advocacy, approaches and enabling strategies. It reflects a growing awareness of the complexity of how the health of communities and individuals is generated. It underlines the public's interest in participating in health." (Ankündigungsflugblatt der Ottawa Konferenz).

1.2.2 Gesundheitswissenschaften

"Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung" ist der Titel eines ersten Sammelbandes, der "aktuelle Modelle für eine Public Health Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland" zusammenfasst (Laaser u.a. 1990). Ein weiterer Sammelband mit dem programmatischen Titel "Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland" bilanziert die Entwicklungen bis 1996 (v. Troschke u.a. 1996).

Einer der Beiträge analysiert die inhaltliche Orientierung der Projekte im 1992 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) aufgelegten Forschungsförderungsprogramm Public Health. Von den 129 Projekten der ersten Förderphase in fünf Forschungsverbänden Public Health machten die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention jeweils zwischen etwa der Hälfte bis zwei Drittel aller Projekte aus (47% bis 68%), während die restlichen Projekte sich auf Gesundheitsökonomie oder aber auf konventionelle medizinische Ansätze bezogen. Die Zahl der Projekte, deren Fragestellung tatsächlich im Sinne der Ottawa-Charta ausgerichtet war, betrug allerdings nur etwa ein Achtel aller Projekte (5% bis 19%). Auch wird zu Recht bemängelt, dass Forschungsprojekte zur Evaluation oder Prozessbegleitung der Umsetzung von Gesundheitsförderprogrammen bisher völlig fehlten. Gleichwohl zeigen diese Zahlen, wie eng die Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung und die Entwicklung der Public Health Forschung in Deutschland miteinander verknüpft sind (vgl. ausführlicher in Walter & Schwartz 1996).

Die Diskussion, welche Aspekte Public Health und "New Public Health" umfasst, ist inzwischen weitergegangen. In dem bisher umfassendsten Lehrbuch ("Das Public Health Buch", Schwartz 1998) erhalten neben den klassischen Disziplinen Medizin, Hygiene, Epidemiologie, Soziologie und Psychologie auch Gesundheitssystemforschung, Ökonomie, Politikwissenschaft und Management-Wissenschaften erstmals den Platz, der ihrer Bedeutung in der Gesundheitsförderung und der aktuellen Gesundheitspolitik entspricht (zur aktuellen Situation vgl. Informationsstelle für Public Health, URL: www.sozialwesen.fh-magdeburg.de/ivs-gesundheit/ und www.med.uni-muenchen.de/mfv).

Abb. 2.1-1 zeigt einen Vergleich der Disziplinen nach der traditionellen und der neuen Auffassung ("New Public Health").

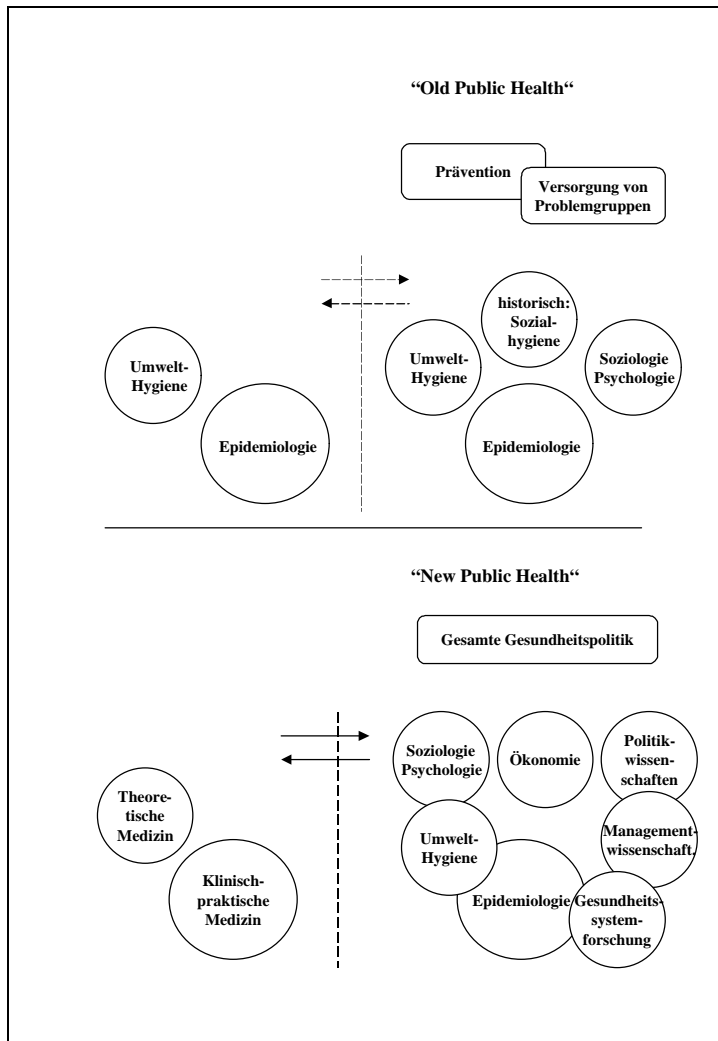


Abb.2.1-1: Vergleich der Disziplinen in der alten und neuen Konzeption von Public Health (Quelle: Walter & Schwartz 1996)

1.3 Gesundheitsförderung im Programm der WHO

1.3.1 Entstehungsgeschichte und programmatischer Kontext

Zwar sind die Grundlagen für einen positiven Gesundheitsbegriff und für Gesundheitsförderung schon in der Satzung der *WHO* von 1947 gelegt worden. Über drei Jahrzehnte war jedoch die *WHO* eine medizinisch dominierte und orientierte Institution. Umwelthygiene spielte zwar eine nennenswerte Rolle, jedoch fast ausschließlich aus pathogenetischer Perspektive.

Die Alma Ata-Konferenz von 1978 war Grundlage für eine ausführlichere und weniger fachspezifisch als vielmehr gesellschaftspolitisch orientierte weltweite Programmentwicklung über die kommenden Jahrzehnte bis heute.

In der *Alma Ata-Erklärung* tauchen fast alle Leitmotive der späteren Programme schon auf: Die hartnäckige Bestätigung der "utopischen" Gesundheitsdefinition der *WHO*, die Notwendigkeit intersektoraler Politik, soziale Ungleichheit als zentrales Problem der Gesundheitspolitik, Bürgerbeteiligung, die kommunale - bzw. regionale Ebene als Handlungsfeld, die Notwendigkeit nationaler Politiken und

Gesundheitspläne und das Ziel "sustained economic and social development" zusammen mit "better quality of life" als Resultat von "promotion and protection of the health of the people".

Unmittelbar voraus gegangen war der Alma Ata-Konferenz die 30. Weltgesundheitsversammlung im Mai 1977. Auf ihr wurde die EntschlieÙung angenommen, dass "das soziale Hauptziel der Regierungen und der WHO in den kommenden Jahrzehnten darin bestehen sollte, daß alle Menschen der Welt bis zum Jahre 2000 ein Gesundheitsniveau erreichen, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen" (Resolution 30.43). Aus diesem Globalziel wurde das Grundsatzprogramm "*Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000*" entwickelt, das die Basis für spezifische, regionale Programmatiken bildet.

Als Rahmenprogramm für alle Regionen wurde dieses Programm auf der Sitzung der Weltgesundheitsversammlung im Mai 1998 in einer neuen, stark überarbeiteten Form als globale Strategie bestätigt. Die neue Strategie trägt den Titel "*Health for All in the 21st Century*". (URL: www.who.dk/ sowie www.who.ch/).

1.3.2 Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und ihre Folgekonferenzen

Wer die Entstehung der Ottawa-Charta zurückverfolgt bis zum Beginn der 80er Jahre kann leicht erkennen, dass Gesundheitsförderung aus dem engeren Bereich der Gesundheitserziehung entstand. Gesundheitserziehung wurde aus dem medizinischen *Risikofaktoren-Modell* entwickelt, das die Analyse der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ermöglicht hat. Von medizinisch definierten Risikofaktoren wie dem erhöhten Cholesterin-Spiegel führte ein direkter Weg zur Erkenntnis, dass das Verhalten ein wichtiger Eingriffsbereich zur Senkung von Risikofaktoren ist. Gesundheitsförderung entstand in einem weiteren Schritt aus der Kritik an diesem Risikofaktoren-Modell und aus der Einsicht, dass das individuelle Verhalten nicht völlig frei gewählt, sondern vielfach durch die Lebensbedingungen beeinflusst ist.

"*Lifestyle*" (*Lebensweise*) hieß ein kompliziertes Konzept, das sowohl das Verhalten des Einzelnen als auch die dieses Verhalten bedingenden äußeren Lebensverhältnisse umfassen sollte (s. 2.3.4).

Die Entstehung des zentralen Konzeptes Health Promotion wurde maßgeblich stimuliert und entwickelt vom "Regional Officer for Health Education" des Regionalbüros Europa der WHO, Dr. Iona Kickbusch (zu einer ausführlichen Dokumentation der Entwicklungsgeschichte und der ersten zentralen Grundlagenpapiere vgl. Anderson 1984, Bd. 5, Badura 1983, sowie die "European Monographs in Health Education Research" 1984; herausgegeben von der Scottish Health Education Group).

Diese Vorarbeiten führten 1986 zur ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa. Auf dieser Konferenz wurde die Charta als Konsenspapier von ca. 240 geladenen Teilnehmern aus 35 verschiedenen Ländern verabschiedet. Sie verstand sich als eine der Aktivitäten für das größere Rahmenprogramm Gesundheit für Alle.



Abb. 1.3-1: Titel und Grundprinzipien der Ottawa-Charta
(Quelle: WHO, zit. n. Hildebrandt & Trojan 1992, S. 10)

Das Dokument beginnt mit einer Zieldefinition von Gesundheitsförderung, wobei eine explizite Definition des Begriffs Gesundheit vermieden wird: "Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen." Kern des Dokuments sind *drei grundlegende Handlungsstrategien* und *fünf vorrangige Handlungsfelder* der Gesundheitsförderung.

Die 3 Handlungsstrategien der Ottawa-Charta:

- Anwaltschaft für Gesundheit (*advocacy*). Damit ist das aktive Eintreten für Gesundheit im Sinne der Beeinflussung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller, biologischer sowie von Umwelt- und Verhaltensfaktoren gemeint.
- Befähigen und ermöglichen (*enable*), womit vor allem Konzepte angesprochen werden wie Kompetenzförderung und Empowerment mit dem Ziel, bestehende Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und selbständig das größtmögliche Gesundheitspotential zu verwirklichen.
- Vermitteln und vernetzen (*mediate*), worunter die aktive und dauerhafte Kooperation mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens gemeint ist.

Die vorrangigen Handlungsfelder:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (*building healthy public policy*). – Dies erfordert die Berücksichtigung der fördernden oder möglicherweise hindernden Faktoren für Gesundheit in allen anderen Politik- und Verwaltungssektoren.
- Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen (*creating supportive environments*). – Das Schaffen unterstützender Umweltbedingungen wird als Grundlage für eine sozial-ökologische Gesamtstrategie für Gesundheit angesehen. Dabei sind sowohl die Arbeits- und Lebens-Umwelt als soziale Gebilde gemeint, wie auch der Schutz der materiellen Umwelt und die Erhaltung der natürlichen Ressourcen.

- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen (*strengthening community action*). – Hierbei geht es um die Stärkung lokaler Aktivitäten, insbesondere auch von Bürgern und Patienten im Sinne der Selbsthilfe und autonomen Gestaltung der eigenen Gesundheitsbelange.
- Persönliche Kompetenzen entwickeln (*developing personal skills*). – In diesem Punkt ist die alte Strategie der Gesundheitserziehung enthalten, allerdings mit einem völlig neuen Geist, nämlich der Entwicklung von persönlichen und sozialen Fähigkeiten, die für eine gesunde Lebensweise nötig sind.
- Die Gesundheitsdienste neu orientieren (*re-orienting health services*). – Von den traditionellen Gesundheitsdiensten wird erwartet, dass sie die Elemente der Gesundheitsförderung in ein neues Selbstverständnis integrieren, also z.B. die psychosoziale Dimension von Krankheiten stärker berücksichtigen und sich an den Bedürfnissen von Menschen als ganzheitlichen Persönlichkeiten orientieren.

Im abschließenden Teil der Charta rufen die Konferenz-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer dazu auf, eine starke *Allianz zur Förderung der öffentlichen Gesundheit (Public Health)* zu bilden und sich hierzu lokal zu engagieren und international zu vernetzen.

Das Dokument basiert vollständig auf einer salutogenetischen Perspektive: Es orientiert sich an Gesundheit statt Krankheit, die Kompetenzen des Einzelnen zur Lebensgestaltung werden herausgestellt; ein sozial-ökologisches Verständnis der Entstehung von Gesundheit und Krankheit führt zu einer starken Orientierung auf die sektorenübergreifende politische Gestaltbarkeit gesundheitsrelevanter Faktoren.

Als Ort für die Gesundheitsförderung wird die "*alltägliche Umwelt*" herausgestellt, "dort, wo die Menschen spielen, lernen und leben". Damit sind vor allem die lokale Ebene und ihre "Settings" angesprochen.

Parallel zur Entstehung der Ottawa-Charta entwickelte sich das *Healthy Cities-Projekt*. Das Gemeinwesen als soziales System (Setting) wird in seiner Gesamtheit als Akteur der Gesundheitsförderung angesprochen. Dieses Umsetzungsprojekt für Gesundheitsförderung war insofern "revolutionär", als es die nationale Ebene der Mitgliedstaaten, auf der bisherige WHO-Kooperationen angesiedelt waren, weitgehend ausließ. Durch die unmittelbare Kooperation mit Städten und Gemeinden wurde vermieden, dass die Leitideen der Gesundheitsförderung im Sumpf der nationalen Gesundheitsbürokratien versickerten.

Eine aktuelle internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung fand 1997 in *Jakarta/Indonesien* statt. Sie widmete sich der Überarbeitung der Ottawa-Charta. Analog zur Reform des Rahmenprogramms trägt die Jakarta-Erklärung den Untertitel "Zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert". Allerdings stellte die Konferenz in ihrem Titel auch die Bedeutung neuer Akteure in den Vordergrund: "*New Players for a New Era*". Sie versteht sich als Bilanzierung der Lernerfahrungen über Gesundheitsförderung und als "Handlungsrahmen". Gesundheitsförderung wird als "Schlüsselinvestition" bezeichnet. Sie soll u.a. "die Menschenrechte stärken und soziale Ressourcen aufbauen" (Social Capital). Grundvoraussetzungen für Gesundheit werden wiederholt. Armut wird als mit Abstand größte Bedrohung für die Gesundheit hervorgehoben. Gesamtgesellschaftliche Veränderungsprozesse wie die Verstädterung, die steigende Zahl älterer Menschen, Gewalt im öffentlichen und privaten Raum, neue und wieder auftretende Infektionskrankheiten, Globalisierung der Wirtschaft, der Finanzmärkte und des Handels, die neuen Medien und Informationstechnologien, die Umweltzerstörung werden als Ausgangspunkt für die Neuformulierung des Leitkonzepts Gesundheitsförderung genannt.

Die Gesundheitsförderung in den fünf Handlungsfeldern wird als wirksam und erfolgreich angesehen. Dabei werden als besonders wichtig "umfassende Ansätze zur Gesundheitsentwicklung" (d.h. komplexe Kombinationen der fünf "Strategien" wie die Handlungsfelder in diesem Zusammenhang genannt werden) hervorgehoben:

1. der Setting-Ansatz,
2. die Einbeziehung der Bevölkerung sowie
3. Gesundheitslernen, d.h. der Zugang zu "Bildung und Information".

Neben den alten Kernelementen der Gesundheitsförderung werden *neue Handlungsansätze*, insbesondere im Bereich der intersektoralen Kooperation, für notwendig erachtet.

Als Prioritäten der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert werden formuliert:

- Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit. – Hierbei geht es vor allem um den Gesundheitsschutz des Einzelnen sowie "auf gesundheitliche Chancengleichheit ausgerichtete *Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen*" als fester Bestandteil von Politikentwicklung.
- Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung. – In diesem Bereich wird betont, dass auch die größeren *Investitionen multisektoral*, d.h. z.B. auch in den Bereichen Bildung und Wohnen erfolgen sollen. Weiterhin sind "die besonderen Bedürfnisse bestimmter vor allem benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen".
- Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit. – Dabei geht es um *Partnerschaften zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen*, vor allem mit dem Wirtschaftssektor, und auf allen Ebenen der Politik und Verwaltung.
- Stärkung der gesundheitsfördernden Potentiale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen. – In diesem Abschnitt steht wiederum die Kompetenzförderung von Einzelnen und Gruppen im Vordergrund. *Kompetenzen* sind nötig, um die "*Determinanten für Gesundheit*" zu beeinflussen.
- Sicherstellung einer *Infrastruktur für die Gesundheitsförderung*. – Diese Forderung bezieht sich auf die lokale, nationale und globale Ebene. Sie schließt die Forderung nach neuen *Finanzierungsformen* durch die verschiedenen gesellschaftlichen Bereiche ein.

"Settings for Health" werden als Infrastrukturbasis hervorgehoben. Soziale Netzwerke sollen aber u.a. auch zur intersektoralen Kooperation gebildet werden. Zur Infrastruktur werden auch "angemessene Rahmenbedingungen in den Bereichen Politik, Recht und Verwaltung, Bildung, Soziales und Wirtschaft" gezählt.

Abschließend wird zur Umsetzung der Prioritätenliste aufgerufen (Call for Action) und die Bildung einer globalen Gesundheitsförderungsallianz gefordert. Hinsichtlich der Determinanten, die als gefährlich für Gesundheit angesehen werden, lässt sich ein stärkerer Akzent auf der sozialen als auf der stofflichen Umwelt erkennen (zu den Begriffen vgl. a. Glossar Gesundheitsförderung:

www.who.ch/hpr/hep/doc).

Zum Charakter der Ottawa-Charta

In den frühen WHO-Dokumenten lässt sich ein Trend identifizieren, der sich erst in dem später entstandenen Dokument von Ottawa in voller Ausprägung wiederfindet: Die Ottawa-Charta ist ein *Aufklärungs- und Emanzipationsprogramm*, fast könnte man sagen ein Programm für mehr Selbstbestimmung. Wie ein roter Faden ziehen sich durch den Text Forderungen, "allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen"; "... auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen zu können"; "die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung" sowie als "zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung": Stärkung der "Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange"; "Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung ..."; "... den Menschen helfen, mehr Einfluß auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben ..." und ähnliches mehr.

Wer die Ottawa-Charta als "realpolitisch" umzusetzendes technokratisches Instrument für Gesundheitsförderung liest, wird zwangsläufig enttäuscht werden und entsprechend herbe Kritik daran üben. Die Ottawa-Charta ist einerseits ein "Aufruf zum Handeln", wie es eingangs heißt, d.h. ein *Motivations- und Aktivierungsprogramm* und zum anderen ein "Leitbild", wie es zu jedem modernen Management von Institutionen und Unternehmen gehört. Entsprechend heißt es auch im Schlussabsatz, dass dies eine *Charta "moralischer und sozialer Werte"* sei. Im Zentrum dieses "Grundwertepapiers", wie man die Charta auch bezeichnen könnte, steht der Bürger. Leitbild ist ein aufgeklärter und befähigter Bürger, der in der Lage ist, sein Gesundheitspotential durch Selbstbestimmung zu entfalten und auf die Verhältnisse einzuwirken, die seine Gesundheit beeinflussen.

Als kardinales Dilemma sehen wir allerdings an, dass im Rahmen der WHO-Politik, aber auch auf anderen Ebenen fälschlicherweise oft angenommen wird, dieser Bürger sei schon die Realität, wobei Leitbild und Realität verwechselt werden.

1.3.3 Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland

An dieser Stelle sollen anhand der Abbildung 1.2/2 kurz die wichtigsten Triebkräfte für die Gesundheitsförderung angesprochen werden, die es vor der Ottawa-Charta gegeben hat und die danach die Umsetzung der Ottawa-Charta insbesondere auf der lokalen Ebene begleitet haben. Diese Einbettung in *Deutschland* zu benennen, erscheint uns auch deswegen von Bedeutung, weil die Hauptverantwortliche für Gesundheitsförderung (seinerzeit beim WHO-Regionalbüro Europa, danach bis 1998 in der Zentrale in Genf), Ilona Kickbusch, in ständigem Austausch mit diesen Triebkräften gestanden hat, wodurch eine wechselseitige Beeinflussung der Entwicklungen in der Bundesrepublik und im Regionalbüro Europa der WHO erfolgte.

Die beiden wesentlichen Entwicklungsimpulse gingen von den neuen sozialen Bewegungen und von verschiedenen großangelegten Forschungsverbänden aus. Frauenbewegung, Konsumentenbewegung (vor allem in den USA) sowie die Umweltbewegung haben stets als zentrale Motive Selbstbestimmung bzw. Autonomie, ein Programm der Politik von unten und den Schutz der Gesundheit sowie den Umgang mit dem Medizinsystem thematisiert.

In der "Gesundheitsbewegung" von 1980 bis 1985 mit insgesamt vier Gesundheitstagen, die jeweils mehrere tausend Anhänger besuchten, finden sich diese Entwicklungen ebenso wieder, wie die Kritik an einer einseitig naturwissenschaftlich-technisch ausgerichteten Medizin. Dem gegenüber wurden als ergänzende oder bessere Alternativen Selbsthilfe und soziale Netzwerke sowie die Gemeinde als Handlungsrahmen favorisiert.

Gerade die letztgenannten Aspekte lassen sich auch in Modell- und Interventionsprogrammen erkennen (zur Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie vgl. v. Troschke u.a. 1991; zum Forschungsprogramm "Wohnortnahe Versorgung von Rheuma-Kranken" vgl. Grunow u.a. 1993); außerdem sei auf das Psychiatrie-Modellprogramm verwiesen.

Selbsthilfe, soziale Netzwerke und die Gemeinde als Rahmen für Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze sind Thema eines Forschungsverbundes von 1979 bis 1987, der ursprünglich den Titel "Konsumentenorientierte Gesundheitspolitik" trug und an dessen Konzeption unter der Leitung von Bernhard Badura auch Ilona Kickbusch maßgeblich beteiligt war (vgl. v. Ferber & Badura 1983, v. Ferber u.a. 1987). Diese Entwicklungen wurden ergänzt durch Begleitdiskurse in Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, aber auch in der Stadtsoziologie und Sozialpolitikforschung, in der Themen wie Selbsthilfe und Gemeindenähe ebenfalls Konjunktur hatten.

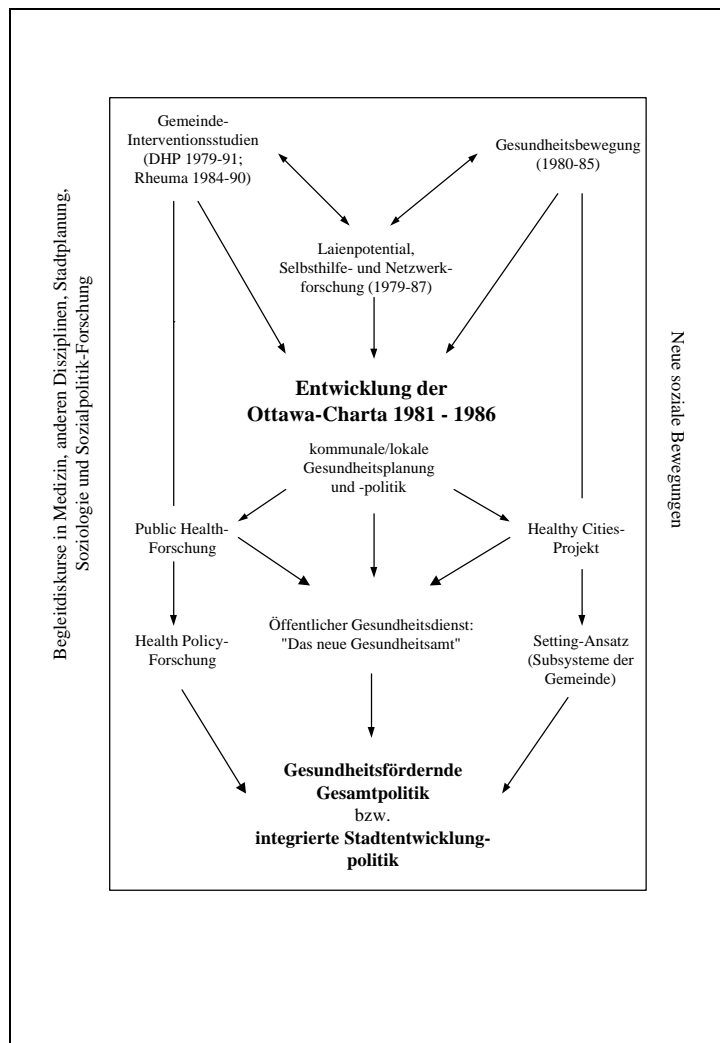


Abb. 1.3-2: Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland
(Quelle: Trojan 1996c)

Auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst entwickelte sich in diesen Jahren allmählich eine Reformdiskussion, die jedoch erst im Jahre 1986 an Intensität und Fokussierung gewann. In diesem Jahr erschien nicht nur die Ottawa-Charta, sondern auch das auf einer Modellstudie beruhende Buch "Kommunale Gesundheitsplanung" (Schröder u.a. 1986). Der Beginn des Gesunde Städte-Projekts (vgl. Hildebrandt & Trojan 1987) als Umsetzung des Programms der Ottawa-Charta und als neue Herausforderung für den öffentlichen Gesundheitsdienst, seine Aufgabenbestimmung zu überdenken und neu zu präzisieren, lag ebenfalls im Jahr 1986.

Auf die späteren Entwicklungen soll weiter unten Bezug genommen werden. An dieser Stelle reicht es, festzustellen, dass das Konzept der Gesundheitsförderung und die Ottawa-Charta nicht als Beglückung "von oben" den Entwicklungen in der Bundesrepublik übergestülpt wurden, sondern dass dieses Programm in enger Kooperation mit den genannten Strömungen entwickelt wurde (vgl. ausführlicher Trojan 1997; Geiger & Kreuter 1997). Weniger ausgeprägt, terminologisch aber verblüffend präzise spätere Formulierungen der Ottawa-Charta vorwegnehmend, lässt sich auch für die DDR eine Vorläufdiskussion feststellen (vgl. zusammenfassend Trojan 1998). Für die reformfreudig und innovativ orientierten Personen und Gruppen in allen Bereichen des Gesundheitswesens kam die Ottawa-Charta also nicht als "neue Idee", sondern als Legitimation auf hoher internationaler Ebene für ohnehin vorhandene Leitideen und reformerische Aktivitäten "wie gerufen".

2 FORSCHUNGSANSÄTZE IN DEN GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

2.1 Paradigmen und Methoden

2.1.1 Naturwissenschaftliches und dialogisches Theorieverständnis

Das naturwissenschaftliche Gesundheits- und Krankheitsverständnis der modernen Medizin wurde zu Beginn der Neuzeit wesentlich von Descartes geprägt. Für ihn war Gesundheit "ohne Zweifel das erste Gut und der Grund aller übrigen Güter dieses Lebens", wobei er in seiner Gesundheitsauffassung zwar noch dem Vorbild der Antike folgte, jedoch mit der Einführung der naturwissenschaftlichen Methode in die Heilkunde die größten Hoffnungen für das Wohl der Menschheit verband (zit. nach Sichler 1996). Descartes lieferte auch die prägnanteste Fassung des naturwissenschaftlichen Paradigmas der Erkenntnisgewinnung, das mit seiner strikten Trennung von *res cogitans* und *res extensa* – Erkenntnisobjekt (biochemische "Körpermaschine") und erkennendes Subjekt ("körperloser" Wissenschaftler bzw. Arzt) – die epochemachenden medizinischen Fortschritte des 19. Jahrhunderts ermöglichte (s. Tab. 2.1-1).

Dieses Paradigma ist trotz aller Kritik – nicht zuletzt von Seiten der modernen Physik und Biologie – bis heute nicht nur die Grundlage klassischer Naturwissenschaft und Technik, sondern es hat auch die Medizin und die Sozialwissenschaften erobert und sich in Planung und Bürokratie als äußerst erfolgreich erwiesen. Seine Anziehungskraft und seine Erfolge verdankt das Cartesianische Paradigma dem Anspruch, Natur, Mensch und Gesellschaft berechenbar, vorhersagbar und damit auch beherrschbar zu machen. Der Tatsache, dass offensichtlich weder die Natur, noch Mensch und Gesellschaft wie eine deterministische Maschine funktionieren – Vorbild für Descartes war das Uhrwerk –, wird im modernen Rationalismus durch Einführung der Wahrscheinlichkeitsrechnung, der System- und Chaostheorie sowie der Computer anstelle der Uhrwerkmetapher Rechnung getragen. Im Verein mit dem biblischen Auftrag "Macht Euch die Erde untertan" hat dieses Paradigma zum Siegeszug der abendländischen Zivilisation einschließlich der modernen Medizin beigetragen.

Heute stößt dies Paradigma allerdings zunehmend an seine Grenzen, die am deutlichsten in der globalen ökologischen Krise sichtbar werden. Diese Krise ist in ihrer tiefsten Schicht auf die cartesianische Trennung von Subjekt und Objekt – *res cogitans* und *res extensa* – zurückzuführen, sie ist eine Krise des menschlichen Naturverhältnisses (s. Seel u.a. 1993).

Tab. 2.1-1: Zwei Paradigmen der Theoriebildung (modifiziert nach Legewie 1999, S. 18)

<i>Cartesianisches Paradigma</i>	<i>Dialogisches Paradigma</i>
Naturwissenschaftliche Methode	Dialogisch-hermeneutische Methode
Erkenntnis ist raum- und zeitlos	Erkenntnis ist kontextabhängig
Mensch als Erkenntnisobjekt (Organismus)	Mensch als Dialogpartner (Subjekt)
Strikte Trennung zwischen Subjekt und Objekt der Erkenntnis	Gemeinsamer Erkenntnisprozess zwischen Forscher und Beforschem
Methodisches Prinzip: Zerlegen in meßbare Variablen	Methodisches Prinzip: Verstehen von Sinnzusammenhängen
Zugang zum Gegenstand: Messen	Zugang zum Gegenstand: Kommunikation
Ableiten des Zusammenhangs der Variablen aus allgemeinen Gesetzen	Erschließen von Sinnzusammenhängen aus dem Kontext
Maschinen- und Reparaturmetapher	Diskurs- und Aufklärungsmetapher
Gesundheit durch externe Kontrolle und Reparatur gestörter Funktionen	Gesundheitsförderung durch Selbstbestimmung und Selbststeuerung
Evaluation durch Vergleich mit "objektiven" Normen	Evaluation als Diskurs bzw. Aushandlungsprozess

Das Maschinen-Modell des menschlichen Organismus hat in der Medizin – trotz all seiner Erfolge – nie allein funktioniert. Am Anfang jeden Krankseins stehen bekanntlich subjektive und soziale Phänomene, nämlich der Schmerz als subjektive Erfahrung par Excellence und/oder das Nichterfüllen sozialer Rollen, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit. Krankheit und Gesundheit sind also immer psychosomatisch bzw. biopsychosozial, d.h. körperlich, seelisch und sozial bestimmt und dementsprechend an *Subjektivität* gebunden. Theorien zu Gesundheit und Krankheit haben es demzufolge nicht allein mit biologischen Organismen zu tun, sondern mit denkenden und handelnden Menschen, die ihre Gesundheit selber aktiv mitgestalten und sich ihre eigenen "subjektiven" Theorien von Gesundheit und Krankheit bilden.

Ohne auf die grundsätzliche Kritik am klassischen Theorie- und Forschungsverständnis auch von Seiten der modernen Naturwissenschaften eingehen zu können (s. dazu Legewie 1979), wollen wir für die Zwecke der folgenden Sichtung von Theorien und Forschungsergebnissen das klassische (natur-) wissenschaftliche Theorieverständnis durch ein *dialogisches Theorieverständnis* erweitern (s. Tab. 2.1-1 rechts).

Nach dem dialogischen Verständnis sind sozialwissenschaftliche Theorien oder Modelle (diese Begriffe werden hier synonym benutzt) nicht einfach "wahre" Abbilder der untersuchten Wirklichkeit, sondern pragmatische, d.h. zweckbestimmte Konstruktionen. Der sozialwissenschaftliche Forscher (Modellkonstrukteur) sammelt seine Informationen im Dialog mit dem Forschungsfeld unter einem wie auch immer gearteten *Anwendungaspekt*, wobei er sich die Kompetenz und das Kontextwissen der Menschen im jeweiligen Feld gezielt zu Nutze macht. Die gesammelten Informationen werden schrittweise in einem konstruktiven Akt zu einem Modell oder einer Theorie integriert. Bei der *Modellanwendung* werden umgekehrt dem Modell Informationen entnommen, um damit "plan-voll" auf die Wirklichkeit einwirken zu können.

Das naturwissenschaftliche und das dialogische Modell schließen sich in den Gesundheitswissenschaften nicht aus, sondern ergänzen einander, wobei in der Praxis der Gesundheitsförderung die Umsetzung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse grundsätzlich in ein dialogisches Vorgehen eingebettet sein muss.

2.1.2 Forschungsstrategien

Klassische Ursache-Wirkungs-Forschung

Eine wissenschaftliche Theorie der Gesundheit sollte nach klassischem Verständnis Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen Gesundheitsmaßen als "abhängige Variablen" und Einflussfaktoren auf Gesundheit als "unabhängigen Variablen" erklären und vorhersagen. Als bevorzugte Methode zum Nachweis solcher Kausalzusammenhänge gilt das naturwissenschaftliche *Experiment*. Der angenommene Kausalzusammenhang wird *vorab* in Form einer Hypothese formuliert, die durch das Experiment bestätigt oder widerlegt werden soll. Zu diesem Zweck

- wird vom Experimentator eine Klasse von Versuchsobjekten ausgewählt (Definition des Gegenstandsbereichs),
- werden die Versuchsobjekte – unter Kontrolle möglicher Störfaktoren – einer systematischen Variation der Ausgangsbedingungen unterworfen (experimentelle Variation der unabhängigen Variablen, z.B. unterschiedliche Belastungssituationen),
- werden die Auswirkungen dieser Variation auf die abhängige Variable an den Versuchsobjekten beobachtet (z.B. Messung des Wohlbefindens auf einer geeigneten Skala, s. 2.3),
- wird anhand der Messdaten mit Hilfe eines statistischen Tests geprüft, ob die vorab formulierte Hypothese durch das Experiment bestätigt werden kann.

In der *epidemiologischen Forschung* und Theoriebildung wird die laborexperimentelle Suche nach Kausalbeziehungen ersetzt durch die Ermittlung statistisch nachweisbarer Zusammenhänge zwischen Todes- und Erkrankungshäufigkeiten bzw. Gesundheitsindikatoren und ursächlichen Faktoren wie krankheits- oder gesundheitsfördernden Umweltbedingungen. Dabei lassen sich folgende Grundtypen von Versuchsplänen unterscheiden:

1. In *ökologischen Studien* werden Populationen in natürlichen räumlich-sozialen Einheiten bezüglich eines Merkmals (z.B. Mortalitätsrate, Krankheitshäufigkeit, Gesundheitsindikator) miteinander verglichen. Das erhobene Merkmal kann dann als abhängige Variable in Beziehung gesetzt werden zu soziodemographischen Daten oder anderen Indikatoren (z.B. Unterschiede in der Schadstoff- oder Lärmbelastung) mit hypothetischer Auswirkung auf die abhängige Variable. Kausalbeziehungen lassen sich durch solche Studien jedoch nicht beweisen sondern bestenfalls vermuten, weil die verschiedenen Einflussfaktoren auf die abhängige Variable nicht kontrolliert werden können.
2. In *retrospektiven Fall-Kontroll-Studien* werden erkrankte und nicht erkrankte Personen, die in möglichst vielen demographischen Daten übereinstimmen, bezüglich einer zu untersuchenden Variablen (z.B. Schadstoff-Exposition) vor Erkrankung verglichen. Fehlerquellen bei der Interpretation von Ergebnissen können durch Selektionseffekte entstehen.
3. In *prospektiven Längsschnittstudien* werden zunächst gesunde Personen, die sich z.B. bezüglich einer zu untersuchenden Schadstoffexposition unterscheiden, über einen längeren Zeitraum hinweg bezüglich der Erkrankungshäufigkeit oder eines Gesundheitsindikators untersucht. Hier lassen sich die zeitlichen Expositionsbedingungen erfassen und Selektionseffekte vermindern.
4. In *quasi-experimentellen Feldstudien* werden unterschiedliche Einflussgrößen auf Gesundheitsindikatoren systematisch variiert, so dass die Auswirkungen von Interventionsmaßnahmen erfasst werden können. Diese Vorgehensweise ist besonders in der Evaluationsforschung bedeutsam (s.u.).

Qualitative Forschung

Zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen besteht kein grundsätzlicher Gegensatz, es handelt sich vielmehr um eine pragmatische Unterscheidung zweier methodischer Zugänge, die sich sinnvoll ergänzen. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung wird in der qualitativen Forschung nicht oder nicht vorrangig mit numerischen Daten, sondern schwerpunktmäßig mit sprachlich vermittelten Daten gearbeitet. Grundformen qualitativer Methoden sind die teilnehmende Beobachtung und das Gespräch. Typische qualitative Erhebungsmethoden sind die ethnographische Feldforschung, diverse Befragungs- und Interviewformen, Methoden der Gruppendiskussion und Methoden der Analyse sprachlicher und bildhafter Dokumente. Qualitative Methoden eignen sich besonders für die detaillierte Beschreibung und Analyse subjektiver Phänomene und komplexer psychischer sowie sozialer Prozesse, Handlungszusammenhänge und Gruppenprozesse, einschließlich organisatorischer und politischer Entscheidungsprozesse.

Die Ergebnisse qualitativer Erhebungsmethoden können quantifiziert werden und damit als Input für quantitative statistische Analysen dienen. Einfache Beispiele sind die in der Gesundheitsforschung verbreiteten Selbstbeurteilungsskalen. Komplexer sind der Einsatz qualitativer Interviews zur Erstellung von Gesundheitsskalen (s. Quality of Well-Being Skala, vgl. Tab. 2.3-1) oder die quantitative Inhaltsanalyse.

Die Stärken qualitativer Methoden lassen sich aber nur voll ausschöpfen, wenn die sich in ihnen niederschlagende Komplexität nicht nachträglich durch Quantifizierung aufgegeben wird. Der Vielfalt der Erhebungsmethoden entspricht eine Vielfalt an Auswertungsmethoden, wobei Auswertungsmethoden mit deskriptiver Zielsetzung von Ansätzen zu unterscheiden sind, die der Theoriebildung dienen.

Eine der verbreitetsten Strategien qualitativer Sozialforschung, die sowohl die Datenerhebung wie -auswertung umfasst, ist die Grounded Theory. Diese Strategie wurde in den 60er Jahren vor allem in medizinsoziologischen Untersuchungen entwickelt (s. Strauss & Corbin 1996). Die Grounded Theory ist keine Einzelmethode, sondern ein dem dialogischen Modell entsprechender heuristischer Forschungsstil, der es erlaubt, mit einem abgestimmten Arsenal von Einzeltechniken aus gezielt erhobenen Daten schrittweise eine Theorie bzw. ein Modell der untersuchten sozialen Welt zu entwickeln. Die Grounded Theory hat in der Grundlagen- und Praxisforschung in Soziologie, Psychologie, Pädagogik, Gesundheits- und Pflegewissenschaften, aber auch in Anwendungsfeldern wie Policyforschung oder Informatik ihre Bewährungsprobe als praktikable und ökonomische Forschungsstrategie vielfach bestanden. Routinemäßiger Einsatz, Lernbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Einzelschritte werden durch Softwaresysteme zur computerunterstützten Textinterpretation und Theoriebildung wesentlich erleichtert (Muhr 1994).

Das Problem der Güte- bzw. Qualitätskriterien ist in der qualitativen Forschung bisher eher vernachlässigt worden. Inzwischen legte Steinke (1999) wissenschaftstheoretisch begründete und praktikable Qualitätskriterien vor, die sich speziell für den Einsatz bei Studien der Grounded Theory eignen.

Aktionsforschung

Zur Umsetzung sozialer Reformen entwickelte der Sozialpsychologe Kurt Lewin Ende der 40er Jahre in den USA die *Handlungs-* oder *Aktionsforschung*, die sich als eine Alternative zur sozialwissenschaftlichen Grundlagenforschung versteht: "Die für die soziale Praxis erforderliche Forschung lässt sich am besten als Forschung im Dienste sozialer Unternehmungen oder sozialer Techniken kennzeichnen. Sie ist eine Art Tat-Forschung ('action research'), eine vergleichende Erforschung der Bedingungen und Wirkungen verschiedener Formen des sozialen Handelns und eine zu sozialem Handeln führende Forschung." (zit. nach Legewie & Ehlers 1994, S. 26).

Die Aktionsforschung lässt sich durch folgende Besonderheiten kennzeichnen:

- Die Problemstellung erfolgt nicht primär aus wissenschaftlichem Erkenntnisinteresse, sondern entsteht aus konkreten Missständen in einer sozialen Gruppe.
- Das Forschungsziel besteht nicht vorrangig im Überprüfen theoretischer Aussagen, sondern in der praktischen Veränderung der untersuchten Problemlage.
- Die Problemlage wird als sozialer Prozess aufgefasst, aus dem nicht einzelne Variablen isoliert und als "objektive Daten" erhoben werden können, sondern die Datenerhebung wird als Teil des sozialen Prozesses interpretiert.
- Der Forscher gibt seine Distanz zum Forschungsobjekt auf, er ist selbst in den untersuchten Prozess einbezogen, von der teilnehmenden Beobachtung bis zur gezielten Einflussnahme auf die soziale Gruppe. Ebenso geben die anderen Gruppenmitglieder die Rollen von Befragten und Beobachteten auf, indem sie sich aktiv an der Zieldiskussion, Datenerhebung und Auswertung beteiligen.

Aktionsforschungsprojekte entstanden in der Bundesrepublik in den 70er Jahren vorwiegend im universitären Bereich sowie in der Randgruppen- und Stadtteilarbeit. Aktuelle Beispiele finden sich u.a. in Gemeinwesenprojekten in Lateinamerika, die unter der Anleitung von Sozialpsychologen stattfanden.

Das (fast ausschließlich) vom Forscher kontrollierte Laborexperiment und die (weitestgehend) von den Beforschten bestimmte Aktionsforschung bilden Extrembeispiele sozialwissenschaftlicher Methoden. In der sozialwissenschaftlichen *Praxisforschung* muss im Einzelfall entsprechend der Zielsetzung und sozialen Situation entschieden werden, inwieweit eine distanzierende Trennung zwischen Forschern und Beforschten sinnvoll und notwendig ist. Elemente des Aktionsforschungsansatzes sind oft auch hilfreich und erforderlich, weil sie dem von außen kommenden Forscher den Zugang zu vielen sozialen Settings ermöglichen oder erleichtern (Böhm et al. 1999a, b).

Aktionsforschungselemente sollten zukünftig zum Standard von Projekten der Gesundheitsförderung in kommunalen oder anderen Settings gehören und damit entsprechend zum professionellen Qualifikationsprofil aller in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen beitragen. Aktionsforschungsansätze sind nicht zuletzt durch ihr partizipatives Element hochaktuell und in besonderer Weise kompatibel mit der salutogenetischen Perspektive.

Organisationsentwicklung, Wissens- und Qualitätsmanagement

Zwei eng zusammenhängende Bereiche, in denen Elemente der Aktionsforschung einen breiten Raum einnehmen, sind partizipative Forschungsansätze innerhalb der Organisationsentwicklung und des Qualitätsmanagements.

Unter *Organisationsentwicklung (OE)* werden längerfristig angelegte Maßnahmen verstanden, die zum Ziel haben, nicht einzelne Arbeitsplätze, sondern gesamte Organisationen (Industrie- und Wirtschaftsunternehmen, Schulen, Behörden, gesamte Kommunalverwaltungen etc.) vom Istzustand in Richtung auf einen Sollzustand zu verändern. Typischerweise handelt es sich um Reformprozesse, in denen die Betroffenen in hohem Maße beteiligt werden und die sowohl Veränderungen der Umwelt als auch der Einstellungen und des Handelns der Betroffenen erfordern (s. Hoefert 1989).

Ein neuer Trend innerhalb der Organisationsentwicklung bezieht sich auf das Leitbild lernender Organisationen. Das explizite ebenso wie das implizite Wissen der Organisation wird zunehmend als wichtiger Produktions- und Innovationsfaktor aufgefasst, der einer systematischen Förderung durch *Wissensmanagement* bedarf (Willke 1998). Unter Wissensmanagement wird der gesamte Produktionszyklus des Wissens verstanden: Definition, Erwerb, Strukturierung, Speicherung, Verteilung, Anwendung und Bewertung von Wissen. Wissensmanagement wird gegenwärtig nicht zuletzt befördert durch die wachsenden Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologien, wobei eine zentrale Aufgabe in der Bereitstellung relevanter Informationen bei gleichzeitigem Schutz vor Informationsüberflutung besteht. Synergieeffekte zwischen betrieblichem Wissensmanagement und angewandter Sozialforschung besitzen ein hohes innovatives Potential (Bär et al. 2000), das auch in der Gesundheitsförderung an Bedeutung gewinnen wird.

Qualitätsmanagement kann als besondere Akzentsetzung in der Organisationsentwicklung angesehen werden, die zunächst in der industriellen Produktion und Wirtschaft eingeführt wurde. In letzter Zeit werden Aspekte der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements zunehmend auch im Gesundheitswesen und in der (kommunalen) Verwaltung diskutiert und erprobt. Von besonderer Bedeutung ist die in den USA und Japan entwickelte Strategie des Total Quality Management (TQM), "(eine) auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder basierende Führungsmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenheit der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt" (DIN ISO 8402, zit. nach Kamiske & Brauer 1995, S. 244).

Organisationsentwicklung, Qualitäts- und Wissensmanagement sind Beispiele für Ansätze, in denen Forschung und Praxis eine sehr enge Verbindung eingehen. Beim Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung haben wir es generell mit Organisationen im weiteren Sinn des Wortes zu tun, d.h. Gesundheitsförderung ist grundsätzlich auf Organisationsentwicklung angewiesen (s. dazu Pelikan et al. 1993). Durch Verbindung mit Qualitätsmanagement erhalten hierbei Aspekte des Erfolgs und der Wirtschaftlichkeit besonderes Gewicht. Wir sehen in einer konsequenten Weiterentwicklung dieser Ansätze unter salutogenetischer Perspektive große Chancen für die Gesundheitsförderung. Gefahren liegen allerdings in der umstandslosen Übertragung von Konzepten aus dem Wirtschaftsleben auf den öffentlichen Sektor und im Einsatz von Organisationsentwicklung mit dem einseitigen Ziel der Kostensenkung.

Evaluationsforschung

Ziel der Evaluationsforschung ist es, Qualität und Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung oder von Reformen zu ermitteln. In der Evaluationsforschung wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Evaluation unterschieden. Die Ergebnis-Evaluation von Maßnahmen zur umweltbezogenen Gesundheitsförderung ist sowohl aus wissenschaftlicher Perspektive als auch zur Legitimation ihrer Finanzierung dringend erforderlich, stößt aber auf methodische und organisatorische Probleme, die ungleich größer sind als etwa bei der Evaluation des Behandlungserfolgs in der Medizin.

In der medizinischen Evaluationsforschung gelten kontrollierte und randomisierte Therapiestudien als sogenannter "Goldstandard". In diesen Studien werden eine nicht behandelte Kontrollgruppe und eine Placebo-Gruppe mit einer Behandlungsgruppe verglichen. Die Aufteilung der Patienten auf die Gruppen erfolgt per Zufall. Bei Orientierung an solchen Methodenstandards ist die Evaluation in der Gesundheitsförderung mit einem grundlegenden Dilemma konfrontiert: Der Erfolg einer Maßnahme wäre um so eindeutiger nachweisbar, je einfacher die Ursache-Wirkungsbeziehung zwischen Maßnahme und Erfolg und je standardisierter die Anwendungsbedingungen und homogener die Personengruppe, auf die sich die Maßnahme bezieht. Gesundheitsförderung ist demgegenüber in ihren Auswirkungen äußerst komplex. Sie sollte in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext sowie dem Setting eingesetzt und von der jeweiligen Zielgruppe aktiv mitgestaltet werden. Kontrollierte und randomisierte Evaluationsstudien zur Gesundheitsförderung wurden zwar gelegentlich durchgeführt und werden auch immer wieder eingefordert. Die genannten methodischen Kriterien sind aber dem Gegenstand völlig unangemessen und führen zu Interventionsprogrammen, die als eine Karikatur der Gesundheitsförderung erscheinen und keinerlei praktische Relevanz besitzen (s. dazu die ausführliche Diskussion am Beispiel Psychotherapieforschung in Legewie 2000).

Evaluation und Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung sind untrennbar miteinander verknüpft: Ohne Evaluation ist kaum eine empirisch begründete Qualitätsverbesserung möglich. Daher werden Fragen der Evaluation heute in den Zusammenhang des Qualitätsmanagements gestellt (vgl. z.B. Bauch 1995; Walter & Schwartz 1997; Ruckstuhl et al. 1998; Trojan 2000). Relevante Überblicksbände zur Evaluation in der Gesundheitsförderung liefern Koch & Wittmann (1991) sowie Tudiver et al. (1992). Für die politische Dimension der Gesundheitsförderung sind ergänzend politikwissenschaftliche Methoden nötig (vgl. Alemann 1995).

Zur Evaluation von komplexeren gemeindeweiten Gesundheitsförderungsprogrammen gibt es ebenfalls gründliche methodologische Überlegungen (vgl. Sanson-Fisher et al. 1996; Dixon & Sindall 1994). Dies ist jedoch ein komplexes und schwieriges Feld, in dem es noch gründlicher Entwicklungsarbeit bedarf.

Die Entwicklung und allgemeine Durchsetzung von gegenstandsangemessenen Methoden der Evaluationsforschung im Bereich der Gesundheitsförderung ist eine vordringliche Forschungsaufgabe. Im Gegensatz zu den ungeeigneten Standards für kontrollierte und randomisierte Studien sollten dabei die folgenden Prinzipien Berücksichtigung finden:

- Evaluation der jeweils für optimal angesehenen Maßnahmenkombination an Stelle der Evaluation von Einzelmaßnahmen
- Bedingungsvariation durch Vergleich unterschiedlicher realer Settings an Stelle von quasi-experimenteller Bedingungsvariation, d.h. epidemiologische Evaluation in natürlichen Settings
- Kombination von Prozess- und Erfolgsevaluation
- Kombination quantitativer und qualitativer Prozess- und Erfolgsindikatoren
- Prozessevaluation kombiniert mit Qualitätsmanagement
- Partizipative Evaluation: Beteiligung der Zielgruppen (z.B. Bevölkerung) auch an der Evaluation
- Mehrstufige Erfolgsevaluation:
 - Evaluation der Prozessqualität (z.B. partizipative Planung?)
 - Evaluation intermediärer Ziele (z.B. Erreichen der Zielgruppe?)
 - Evaluation der angestrebten Wirkungen (z.B. Verbesserung des Gesundheitszustands?).

Ansätze für solche innovativen Herangehensweisen finden sich neben Guba & Lincoln (1989) auch bei Fettermann et al. (1998). Auf die Evaluation und Qualitätssicherung von Gesundheitsförderung beziehen sich Sammelbände von Weston & Scott (1998) und Dierles u.a. (2000).

Wichtige deutschsprachige Quellen und Literaturhinweise zur Evaluation im pädagogischen und sozialen Bereich, wie z.B. das *Handbuch der Evaluationsstandards* (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation 2000) bietet die Arbeitsstelle für Evaluation pädagogischer Dienstleistungen an der Universität Köln (URL: www.uni-koeln.de/ew-fak/Wiso/skassel.htm). In der Deutschen Gesellschaft für Evaluation wird z.Zt. ein *Arbeitskreis Soziale Arbeit/Gesundheit* gegründet (Jahrestagung November 2000).

Evidenzbasierte Gesundheitsförderung

Eine neue Entwicklung der Evaluationsforschung und des Wissensmanagements stellt die sogenannte Evidence-based Medicine (EbM) dar. Zielsetzung ist es, durch den Einsatz elektronischer Datenbanken eine systematische Berücksichtigung kontrollierter Evaluationsstudien in der ärztlichen Praxis zu erreichen. Voraussetzung ist ein System des Wissensmanagements, durch das alle empirischen Forschungsergebnisse zu einem Praxisproblem nach geeigneten Qualitätskriterien in der entsprechenden Datenbank auf dem jeweils aktuellen Stand dokumentiert werden. Unter (*externer*) *Evidenz* wird der Stand des Wissens aufgrund kontrollierter empirischer Therapiestudien verstanden. "Evidenz-basierte" Informationssysteme haben den Anspruch, Praktikern das verfügbare empirische Wissen zu unterschiedlichen Problemfeldern und Maßnahmen in Form kurzer Übersichtsartikel zugänglich zu machen, in denen die einschlägigen empirischen Studien nach einheitlichen Kriterien ausgewertet sind. Evidenz-basierte Medizin versteht sich keineswegs als Kochbuchmedizin, sie räumt vielmehr der individuellen klinischen Erfahrung, d.h. der *internen Evidenz* des Therapeuten weiterhin die letzte Entscheidung über eine konkrete Behandlungsmaßnahme ein, allerdings unter Berücksichtigung des aktuell am besten gesicherten Wissens. Die Vorzüge der EbM leuchten z.B. für die Auswahl der scho-

nenndsten Operationsmethoden bei Krebserkrankungen oder für die Behandlung des Herzinfarkts unmittelbar ein.

Auch in der Gesundheitsförderung werden gegenwärtig die Weichen zur Einführung Evidenz-basierter Informationssysteme gestellt: Expertenkommissionen entwickeln Kriterien zur Bewertung von Evidence-based Health Promotion (EbHP) und im Internet stehen die ersten evaluierten Studien zur Gesundheitsförderung zur Verfügung (URL: www.cochrane.de).

Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz forschungsbasierter Praxisberatung durch ein Informationssystem ist nach den obigen Ausführungen, für "Evidenz-basierte Gesundheitsförderung" nicht den "Goldstandard" kontrollierter Therapiestudien heranzuziehen. Es ist vielmehr erforderlich, dass die Fachkommissionen eigene Standards für Gesundheitsförderung entwickeln und in der Scientific Community durchsetzen. Angemessene Standards wären nicht nur eine Voraussetzung für den Einsatz "Evidenz-basierter Gesundheitsförderung", sie würden auch die herrschende Praxis der Evaluationsforschung positiv beeinflussen können.

Technikfolgenabschätzung

Unter Technikfolgenabschätzung (TA) werden sehr unterschiedliche wissenschaftliche Methoden und diskursive Vorgehensweisen zusammengefasst, die es erlauben sollen, potentielle Auswirkungen der Entwicklung, Einführung und Verbreitung neuer Technologien vorherzusagen, wobei es nicht zuletzt auch um indirekte, nicht intendierte und langfristige Auswirkungsketten auf Umwelt und Gesellschaft geht. Auf die umfangreiche Spezialliteratur zur Technikfolgenabschätzung kann hier nicht eingegangen werden.

Die bisherige TA ist in hohem Maße am Prinzip der Schadensverhütung orientiert. Eine konsequente zusätzliche Berücksichtigung der salutogenetischen Perspektive könnte für die TA neue Aspekte, vielleicht sogar ein neues Leitbild erschließen. Wir erachten in diesem Zusammenhang zwei Gesichtspunkte für besonders wichtig:

1. Unter salutogenetischer Perspektive ist zu fordern, dass TA nicht bei den Technikfolgen, sondern schon bei der Zielsetzung, Ideenfindung und Technikentwicklung anzusetzen hat: schadensverhütende Technik-*Folgenabschätzung* sollte konsequent zur gesundheitsfördernden Technik-*Entwicklungsplanung* erweitert werden (eine keineswegs neue, aber unter salutogenetischer Perspektive zwingende Forderung!).
2. Die Erfahrungen im Bereich der TA mit der praxisorientierten Kombination sehr unterschiedlicher Forschungsmethoden und Diskursformen (wie systematische Auswertung von Sekundärmaterial, Expertenbefragungen, Hearings, Delphi-Methoden und Szenariotechniken) können umgekehrt wichtige Anregungen für die Forschungspraxis in der Gesundheitsförderung liefern.

Policyforschung

Strategien der öffentlichen Politik (Public Policies) werden als Teil der Politikwissenschaften untersucht. Windhoff-Heritier (1987) betrachtet die Policy-Analyse als eine Forschungsperspektive, die mit ihrer Betonung der *Inhalte und Strategien* politischen Handelns die Fragestellungen der "traditionell" orientierten Politikwissenschaft in wesentlicher Form ergänzt. Policy-Forschung ist ein inter- bzw. multidisziplinäres Untersuchungsprogramm. Sie hat ihre Wurzeln in der Analyse von sozialem Wandel und Innovationen.

Zentrales heuristisches Gerüst für die Policy-Forschung ist der Policy-Zyklus. Mit diesem wird versucht, den Prozess von der Problemdiagnose bis zur Evaluation der durchgeführten Maßnahmen bzw. Programme abzubilden: Systematische oder unsystematische Informationen sind die Grundlage einer Situationsanalyse (meistens als *Problemdiagnose*, weniger als Ausgangspunkt für *positive* Gestaltungsaufgaben). Auf dieser Basis erfolgt die Politikformulierung, d.h. Formulierung von Politikinhalten (policy outputs) bzw. Programmen (wie z.B. Gesetzen, Verordnungen, Erlassen oder zeitlich begrenzten Aktionsprogrammen).

Die Resultate des Umsetzungshandelns werden als Policy-Ergebnisse (policy outcomes) bezeichnet. Sie bestehen z.B. in der Allokation von Finanzmitteln oder der Einstellung von Personal. Die einge-

setzten Ressourcen oder Strukturen schlagen sich mittel- bis langfristig in Policy-Wirkungen (policy impacts) nieder. Im Idealfall wird diese Policy-Wirkung im Anschluss an eine Programmimplementa-tion evaluiert und mündet in eine neue Situationsanalyse ein.

Der Zyklus ist also eigentlich als Spirale konzipiert, die zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung eines Eingriffsbereiches bzw. einer sektoralen Fachpolitik oder auch von sektorübergreifenden politischen Maßnahmen führt (vgl. ausführlicher z.B. Heritier 1993; Windhoff-Heritier 1987; Walt 1994a, S. 17 ff.).

Diese Spirale ist auch als Planungs-Zyklus, als Qualitätsverbesserungs-Zyklus oder als Abfolge der "Stadien der Handlungsorganisation" (Dörner 1989) bekannt. Rosenbrock (1995) hat im Anschluss an das US-amerikanische Institute of Medicine dieses Ablaufmodell als "Health Policy Action Cycle" bzw. gesundheitspolitischen Aktionszyklus bekannt gemacht (s. Abb. 2.1-1). Er betrachtet dabei Public Health als eine "soziale Innovation des gesellschaftlichen Managements von Gesundheitsrisiken". Das Verdienst dieses heuristischen Modells liegt darin, dass die ökonomischen und politischen Um-setzungsbedingungen der Gesundheitsförderungspolitik aus dem "toten Winkel" von nicht weiter hinterfragbaren vorgegebenen Rahmenbedingungen herausgeholt und auf die "Forschungs-Agenda" gesetzt werden (vgl. Rosenbrock 1995, S. 143).

Aus der sehr groben Beschreibung der Policy-Forschung wird schon deutlich, dass es enge Bezüge und deutliche Überlappungen mit vorher genannten Forschungsansätzen gibt, wie Wirkungs- und E-valuationsforschung, Aktionsforschung, Organisationsentwicklung, Wissens- und Qualitätsmanage-ment und Technikfolgenabschätzung im Sinne einer prospektiven Wirkungsforschung. Die Imple-mentationsforschung ist Teil der Policy-Forschung, wenn auch mit einer besonderen Akzentuierung. Für die Gesundheitsförderung sind als "Scientific Communities" innerhalb der Sozial- und Politikwis-senschaften insbesondere die Sozialpolitik-Forschung und die Lokalpolitik-Forschung Kooperations-partner, deren Erfahrungsschatz für Public Health von erheblichem Nutzen sein könnte.

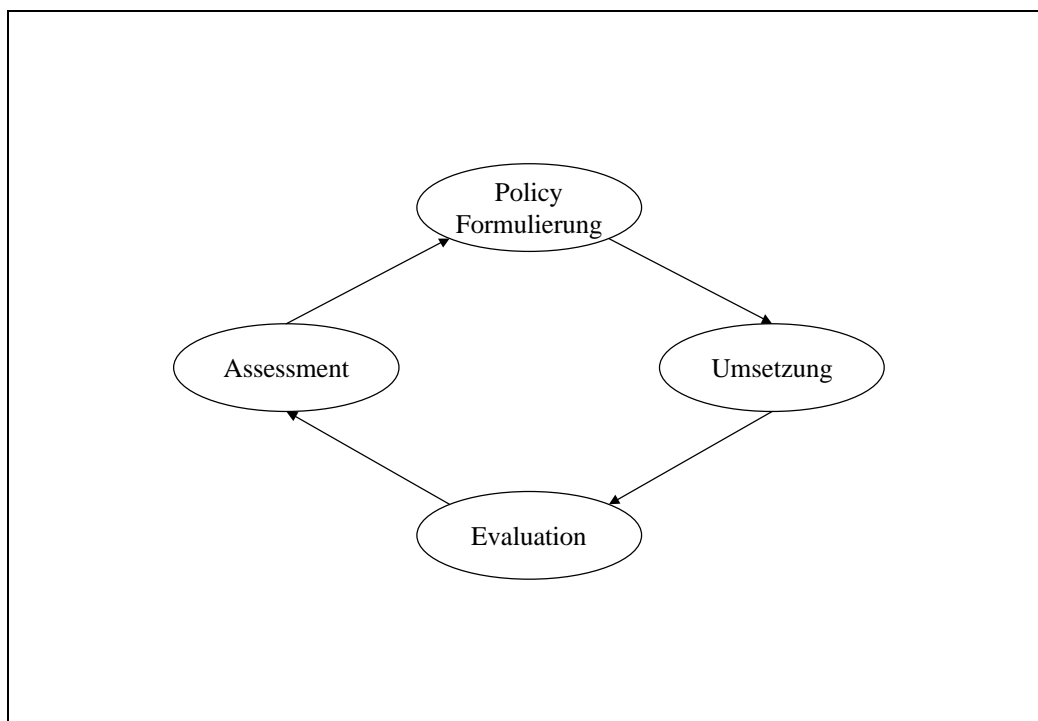


Abb. 2.1-1: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus
(nach Rosenbrock 1995)

2.2 Operationalisierung der Leitkonzepte

2.2.1 Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität

Ein Dilemma der Theorieentwicklung und empirischen Forschung zur Gesundheitsförderung ist das Fehlen einer eindeutigen Definition von Gesundheit. Historisch lässt sich zeigen, dass der Wandel des Gesundheitsbegriffs von gesellschaftlichen Werten und Interessen abhängig ist. Gesundheit ist ein vielschichtiger normativer Begriff, der nicht ein für alle Male festgelegt werden kann und für den auch Gesundheitsexperten keine verbindliche Definition bieten können (s. Göckenjan 1992). Um so wichtiger ist es,

1. den theoretischen Rahmen des jeweils verwendeten Konzepts zu explizieren und
2. die Relativität des verwendeten Konzepts zu berücksichtigen.

Klassische Indikatoren in der Epidemiologie und Evaluationsforschung sind Mortalitäts- und Morbiditätsraten (z.B. Todes- oder Erkrankungsfälle in einer Region pro Zeitintervall, bezogen auf 1.000 Einwohner). Die Mortalitätsziffern sind nicht nur ein Indikator des pathogenetischen Modells, sondern sie gelten auch für das salutogenetische Modell. In diese Kennziffern geht die Gesamtheit der allgemeinen Lebensbedingungen bzw. Determinanten von Gesundheit und Krankheit ein.

Die WHO-Definition von Gesundheit und die Charta von Ottawa haben zusätzlich zur Entwicklung positiver Indikatoren von Gesundheit beigetragen. Das Interesse an operationalisierten Indikatoren für Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden resultiert aus mehreren unterschiedlichen Entwicklungslinien:

1. Im Zusammenhang mit Programmen zur Armutsbekämpfung entstanden in den 60er Jahren in den USA Forschungen zur Messung von Sozialindikatoren (social indicators movement) und zur Sozialberichterstattung. Lebensqualität wurde als ein breites sozialwissenschaftliches Konzept definiert, das sowohl die objektiven Lebensbedingungen der Menschen als auch deren Bewertung nach dem Ausmaß ihrer Zufriedenheit mit Lebensbereichen wie Partnerschaft und Familie, Gesundheitszustand, Einkommen, Wohn- und Arbeitssituation, Nachbarschaft und politische Partizipation umfasst (Glatzer & Zapf 1984).
2. Die große Zunahme chronischer Erkrankungen führte seit den 70er Jahren zur Entwicklung von Indikatoren, mit deren Hilfe die Auswirkung unterschiedlicher medizinischer und rehabilitativer Maßnahmen auf die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* unterschiedlicher Patientengruppen erfasst werden sollte (Carley 1983).
3. Das WHO-Programm zur Gesundheitsförderung führte zur Entwicklung von Messinstrumenten für Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit, nicht zuletzt mit der Zielsetzung einer Evaluation von Maßnahmen und Programmen der Gesundheitsförderung.

Beim Vergleich der Literatur zur Operationalisierung der Leitkonzepte erweist sich gesundheitsbezogene Lebensqualität (health-related quality of life) als international und im deutschen Sprachraum verbreitetstes und methodisch am weitesten entwickeltes Konzept (URL: www.qlmed.org). In Anlehnung an die WHO-Definition von Gesundheit als "Zustand vollkommenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens" wird gesundheitsbezogene Lebensqualität in der überwiegenden Mehrheit der Untersuchungen verstanden als komplexer Zustand, der sich zusammensetzt aus den folgenden Komponenten:

1. körperliche und psychische Funktionstüchtigkeit
2. soziale Integration
3. körperliches und psychisches Wohlbefinden.

Bullinger (1995) stellt im Zusammenhang mit der Definition von Lebensqualität die Frage nach deren kultureller Universalität: "Unabhängig von nationalen Ursprüngen und aktuellen Lebensbedingungen könnte es für die Menschen wichtig sein, sich psychisch wohl zu fühlen, körperlich fit, sozial integriert und funktional kompetent zu sein." (Bullinger 1995).

In der Literatur wird unterschieden zwischen *krankheitsspezifischen Instrumenten* zur Erfassung der Lebensqualität (z.B. bei Krebs-, Herz-Kreislauf-, oder psychischen Erkrankungen), in denen die krankheitsspezifischen Beeinträchtigungen besonders berücksichtigt werden, und *krankheitsübergrei-*

fenden Instrumenten, auf die wir uns im folgenden überwiegend beziehen. Im Unterschied zum Begriff der Lebensqualität in der Sozialberichterstattung werden bei der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität die objektiven Lebensbedingungen nur im Bezug auf die physische, psychische und soziale Funktionstüchtigkeit und soziale Integration erfasst. Zur Erhebung werden vereinzelt qualitative Methoden wie offene bzw. halbstrukturierte Interviews eingesetzt (Mayring 1991), sehr viel verbreiteter sind allerdings Fragebogenmethoden. In beiden Fällen dienen die Befragten sowohl als bewertende Individuen (Wohlbefinden, Zufriedenheit), als auch als Informanten für ihre objektiven Lebensbedingungen (Funktionstüchtigkeit und soziale Integration).

Funktionstüchtigkeit

Unter körperlicher und psychischer Funktionstüchtigkeit werden zum einen grundlegende körperliche und psychische Funktionen der Sinnesorgane, der Mobilität, und des Gedächtnisses verstanden. Hier sind insbesondere krankheitsspezifische Beeinträchtigungen bedeutsam. Ein weiterer Bereich sind einfache Aktivitäten des täglichen Lebens wie Ankleiden, Körperpflege, selbständiges Essen, Verrichten der Hausarbeit, Arbeitsfähigkeit. Skalen zur Beurteilung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL-Skalen, von Activities of Daily Living) wurden vor allem im Zusammenhang mit der Beurteilung des Ausmaßes von Pflegebedürftigkeit entwickelt.

Sehr viel komplexer ist die Beurteilung der Funktionstüchtigkeit in bezug auf wichtige soziale Rollen eines Menschen, wie der Partner-, Eltern-, Freundes- sowie Kollegenrolle oder der Rolle eines Gemeindemitgliedes. Hier finden sich fließende Übergänge zur Beurteilung der sozialen Integration.

Soziale Integration

Unter sozialer Integration wird die Anzahl und Qualität sozialer Beziehungen, insbesondere das tatsächliche und potentielle Ausmaß an sozialer Unterstützung verstanden. Soziale Integration ist einerseits eine wichtige Voraussetzung für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit, andererseits beeinflusst sie in hohem Maße die Fähigkeiten eines Menschen, Belastungen und Krankheiten zu bewältigen und stellt damit eine wichtige Gesundheitsressource dar (s. 2.3.5).

Die Beurteilung der Funktionstüchtigkeit und der sozialen Integration eines Menschen sind ableitbar aus beobachtbarem Verhalten und damit grundsätzlich nachprüfbar. Methodisch bietet sich deshalb ein Zugang sowohl über *Fremdeinschätzungen* einschließlich standardisierter Beobachtungssituationen an als auch über *Selbsteinschätzungen*. In Interviews und Fragebögen zur Lebensqualität erfolgt gewöhnlich eine Selbsteinschätzung, d.h. es wird die Sicht einer Person bezüglich der eigenen Funktionstüchtigkeit und sozialen Integration erfragt, wobei in jedem Fall mit dem Einfluss subjektiver Wertungen und Verzerrungen gerechnet werden muss.

Wohlbefinden

Wohlbefinden ist zunächst ein Alltagssprachlicher Begriff zur Bezeichnung eines komplexen subjektiven Bewusstseinszustands, der grundsätzlich nicht unmittelbar der Beobachtung von außen zugänglich ist. Durch das Ausdrucksverhalten und Handeln eines Menschen kann zwar bisweilen indirekt auf das Ausmaß seines Wohlbefindens geschlossen werden, letzte Instanz sind aber sprachliche Äußerungen des jeweiligen Individuums. Fragt man Menschen nach ihrem Wohlbefinden, so stellt sich heraus, dass ihre Antworten sich auf eine Vielfalt unterschiedlicher Aspekte beziehen können und dass von Person zu Person sehr unterschiedliche umgangssprachliche Begriffe benutzt werden.

Die Erfassung des Wohlbefindens im Sinne eines operationalisierbaren Konzepts steht damit vor allem vor einer terminologischen Aufgabe.

Nach einer Übersicht von Becker (1991) wird zwischen aktuellem und habituellem Wohlbefinden unterschieden. Aktuelles Wohlbefinden setzt sich zusammen aus positiv getönten Gefühlen, Stimmungen und körperlichen Empfindungen sowie dem Fehlen von Beschwerden. Habituelles Wohlbefinden bezieht sich auf die Selbstbeurteilung des für eine Person zeitlich überdauernden typischen Wohlbefindens. In verschiedenen Untersuchungen wurde gezeigt, dass die subjektive Beurteilung des Wohlbefindens über einen längeren Zeitraum eine hohe Stabilität aufweist, so dass beim habituellen Wohlbefinden von einer relativ stabilen Eigenschaft ausgegangen werden kann. Weiterhin ist wichtig, dass

physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden eng miteinander verbunden sind bzw. in Wechselwirkung stehen, zugleich aber als unterschiedliche Aspekte des Wohlbefindens aufzufassen sind.

Nach Mayring (1991) lassen sich die Ergebnisse faktorenanalytischer Untersuchungen in den folgenden vier Faktoren subjektiven Wohlbefindens zusammenfassen:

- *Freiheit von subjektiven Beschwerden* tritt als eigenständiger Wohlbefindensfaktor auf.
- *Freude* umfasst kurzfristige situationsspezifische positive Gefühle.
- *Zufriedenheit* wird als kognitiver Faktor interpretiert, der als Ergebnis der Einschätzung des eigenen Lebens, des Abwägens positiver und negativer Aspekte, des Vergleichs der eigenen Lebensziele und sozialen Erwartungen mit dem Erreichten aufgefasst wird.
- *Glück* wird als emotionale Komponente intensiven Erlebens von Wohlbefinden interpretiert, wobei das aktuelle Glückserleben vom langfristigem Lebensglück unterscheidbar ist.

In seinem Übersichtsartikel referiert Mayring (1991) insgesamt 52 Instrumente zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens. Als unzureichend erweisen sich nach dieser Übersicht die verbreiteten Meinungsumfragen, in denen lediglich eine Skala zur Gesamtbeurteilung des Wohlbefindens vorgelegt wird. In verschiedenen Untersuchungen wurde sichtbar, dass die Ergebnisse in hohem Maße von der Befragungssituation, der konkreten Formulierung und der Stellung der Frage im Interview abhängen. Bei faktorenanalytisch konstruierten Skalen zeigte sich immer wieder eine mangelhafte theoretische Begründung der Itemauswahl. Eine weitere Schwierigkeit ist der mehrfach nachgewiesene Einfluss sozialer Erwünschtheit auf die Ergebnisse, was teilweise auf die Ähnlichkeit der Items in Skalen für Wohlbefinden und soziale Erwünschtheit zurückgeführt werden kann.

Als Alternative zu den Fragebogeninstrumenten entwickelte Mayring (1991) ein halbstrukturiertes Interview zur Erfassung der oben genannten Faktoren *Belastungsfreiheit, Freude, Zufriedenheit, Glück*. Zunächst werden bereichsspezifisch positive und negative Lebensereignisse und -bedingungen der letzten 2 Jahre erfragt. Anschließend wird theoriegeleitet nach bereichsspezifischer und globaler Lebenszufriedenheit, nach Alltagsfreuden, Alltagsbelastungen, aktuellen Glückserlebnissen und überdauerndem Lebensglück gefragt. Das ca. halbstündige Interview wird nach der Transkription mit Hilfe einer Kodieranleitung inhaltsanalytisch ausgewertet.

2.2.2 Messung der Lebensqualität

Die epidemiologische Erhebung der subjektiven Einschätzung von Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensqualität ist mit grundsätzlichen Problemen belastet, weil den subjektiven Urteilen von Person zu Person und von Gruppe zu Gruppe unterschiedliche Beurteilungsmaßstäbe zugrunde liegen und weil sich nicht nur Gesundheit, sondern auch der Beurteilungsmaßstab in einem dynamischen Prozess verändert. Das eindrucksvollste Beispiel sind die nicht seltenen Fälle, in denen unheilbar an Krebs oder AIDS Erkrankte ihre Lebensqualität deutlich höher einschätzen als vor der Erkrankung.

Eine Alternative für die Beurteilung der Lebensqualität anhand subjektiver Urteile ist die Erfassung von objektiven, sozialraumbezogenen Indikatoren der Lebensqualität. Der in den USA nach dem Vorbild von Sozialindikatoren entwickelte *Index of Social Health* ist ein solches Maß (Kickbusch 1998). Er besteht aus 16 Einzelindikatoren, wobei unter anderem Säuglingssterblichkeit, Suizidrate von Jugendlichen, Zahl der Drogenabhängigen, Tötungsdelikte, Arbeitslosigkeit, Altersarmut erfasst werden. Der Index variiert von minimaler bis maximaler Lebensqualität (Werte von 0 bis 100). In den USA wurde von 1970 bis 1992 ein Abfall des Index von 74 auf 41 festgestellt. Kickbusch (1998) spricht in diesem Zusammenhang von der Möglichkeit, "sozial toxische" Umweltbedingungen zu identifizieren.

Fragebogeninstrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gehören in der klinischen Evaluationsforschung und Epidemiologie inzwischen zum unverzichtbaren methodischen Rüstzeug. Die bekanntesten Instrumente weisen hohe bis sehr hohe testtheoretische Gütekriterien auf (Reliabilität, Validität und als zusätzliches wichtiges Gütekriterium Sensibilität für Veränderungen), sind international erprobt und unter sorgfältigen Äquivalenzprüfungen in verschiedene Sprachen übersetzt. (Zum Stand der internationalen Lebensqualitätsforschung s. Bullinger 1995).

Tab. 2.2-1: Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

	SF-36 Health Survey	WHOQOL Fragebogen	EuroQOL Fragebogen	Quality of Well-Being Scale
Dimensionen der Lebensqualität	- körperliche Funkt. - Rollenerfüllung körperlich/emotional - soz. Funktionen - Wohlbefinden - Schmerz - Vitalität - Gesundheitswahrnehmung	- phys. Gesundheit - psych. Befinden - Unabhängigkeit - soz. Beziehungen - Umwelt - Spiritualität - (Gesamtscore)	- Mobilität - Körperpflege - allg. Tätigkeiten - Schmerz - Ängstlichkeit u. Niedergeschlagenheit	- Mobilität - körperl. Aktivität - soziale Aktivität - Symptome und Probleme
Itemzahl	36	100 (BBREF: 26)	5	27 (+ 12-13)
Zeitbezug	letzte 4 Wochen	momentan	momentan	letzte 6 Tage
Dauer	10 Minuten	ca. 40 (bzw. 10) Minuten	2-3 Minuten	ca. 20 Minuten

Im folgenden seien einige Fragebögen bzw. Skalen exemplarisch vorgestellt (Übersicht s. Tab. 2.2-1):

- Das *SF-36 Health Survey* ist ein 36 Items umfassender Fragebogen, der in den 70er Jahren in den USA zur Messung der Gesundheitseffekte einer Medical Outcome Studie entwickelt wurde und sich seitdem in zahlreichen Studien bewährt hat. Der Fragebogen erfasst 8 Dimensionen der Lebensqualität mit jeweils mehreren Items, wobei sehr gute psychometrische Gütekriterien erreicht werden. Eine internationale Arbeitsgruppe (International Quality of Life Assessment Group) mit Mitgliedern aus inzwischen über 20 Ländern koordiniert die Übersetzung, psychometrische Prüfung und Normierung der Skalen. Bisher wurden Versionen in 10 Sprachen adaptiert, unter anderem in deutscher Sprache.
- Der *WHOQOL-Lebensqualitätsfragebogen*, eine Entwicklung der Lebensqualitäts-Arbeitsgruppe der WHO, stellt den Versuch dar, kulturübergreifende Dimensionen der Lebensqualität gemeinsam zu definieren und in einem kulturunabhängigen Messinstrument zu erfassen (Bullinger 1995). Nachdem von Experten aus 15 Ländern (unter Einschluss mehrerer Länder der Dritten Welt) Einigkeit über wesentliche Domänen der Lebensqualität erreicht wurde, konnte jedes der Teilnehmerländer eigene Items zur Erfassung dieser Dimensionen formulieren. Eine Vorab-Version mit 300 Items wurde bisher an 5000 Personen getestet. Die Endform liegt als WHOQUOL 100 (100 Items) und in einer Kurzfassung (WHOQUOL BREF – 26 Items) vor und wurde inzwischen auch ins Deutsche übersetzt. Die Vollversion erlaubt die Ermittlung von 6 Domänen (s. Tab. 2.2-1), in denen insgesamt 24 Facetten der Lebensqualität unterscheidbar sind. Mit der Kurzversion werden die vier Domänen physische, psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und Umwelt erfasst (URL: www.who.int/msa/mnh/mhp/ql.htm).
- Der *EuroQOL-Fragebogen* wurde von einer europäischen Forschergruppe als einfaches Instrument für Evaluationsstudien entwickelt. Der Fragebogen besteht aus nur 5 Items mit jeweils 3 Antwortkategorien. Der Fragebogen wurde in verschiedene Sprachen übersetzt und in einer großen Zahl von Evaluationsstudien eingesetzt.
- Die *Quality-of-Well-Being-Skala* wurde in den 70er Jahren in den USA entwickelt. Das Instrument besteht aus einem variabel gestaltbaren halbstrukturierten Interview, das sich auf das Befinden und Symptome der letzten 6 Tage bezieht. Nach der Durchführung beurteilt der Untersucher die Lebensqualität nach vier Bereichen, wobei den Symptomen und Problemen eine besondere Bedeutung zukommt.

2.2.3 Perspektiven

Zur Erfassung von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität stehen eine Reihe unterschiedlicher Erhebungsstrategien und Methoden zur Verfügung, wobei zwischen der Untersuchung von Einzelpersonen und kleineren Gruppen einerseits und epidemiologischen Evaluationsstudien mit psychometrisch konstruierten Fragebögen andererseits unterschieden werden muss. Für Einzel- und Kleingruppenuntersuchungen sind qualitative und dialogische Methoden geeignet, die der Spezifität und Komplexität subjektiver Wohlbefindensurteile und dem Prozesscharakter der Gesundheit Rechnung tragen. Hier besteht ein hoher Forschungsbedarf, sowohl zu methodischen wie inhaltlich-theoretischen Fragen. Der internationale methodische Standard für bevölkerungsbezogene Surveys und epidemiologische Evaluationsstudien ist beachtlich, kann aber die grundsätzlichen Probleme der Erfassung von prozesshaften und subjektiven Aspekten der Gesundheit nicht ausräumen. Problematisch ist zudem die Vielfalt und Unübersichtlichkeit der ständig neu entwickelten Instrumente. Ein bedeutsamer Schritt wäre deshalb die Einrichtung einer mit hinreichender Autorität ausgestatteten *Zertifizierungsinstanz* zur Auswahl der jeweils geeignetsten Instrumente für die verschiedenen Anwendungsbereiche, wobei nicht nur auf psychometrische Gütekriterien, sondern auch auf Einfachheit der Anwendung, Auswertung und Interpretation, Transparenz, Sensibilität und Robustheit der Instrumente Wert gelegt werden müsste. Nur unter diesen Voraussetzungen ist zu erwarten, dass Erhebungsergebnisse zur Lebensqualität auch als "weiche" Kriterien Eingang in politische und rechtliche Entscheidungen finden können. In der Forschung zu Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität sollten drei Stränge weiter ausgebaut werden:

- Detaillierte Einzelfall- und Kleingruppenstudien, schwerpunktmäßig mit qualitativen Methoden, in denen die kontext- und settingspezifischen Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden im Mittelpunkt stehen, wobei insbesondere auch die Wechselwirkungen mit neuen Lebensformen und Medien berücksichtigt werden.
- Epidemiologische Evaluationsstudien zur Entwicklung von einfach zu handhabenden und gesellschaftlich akzeptierten Standards bei der Bewertung von gesellschaftlich-technischen Veränderungen, Reformen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.
- Die Erfassung objektivierbarer Determinanten der Gesundheit und Lebensqualität nach dem Vorbild des Index of Social Health (Kickbusch 1998) erscheint als ein wissenschaftlich fundierterer Weg, weil er ohne die Skalierung subjektiver Urteile auskommt.

2.3 Gesundheitsressourcen

2.3.1 Risikofaktoren und Gesundheitsressourcen

Unter *Risikofaktoren* werden in der Epidemiologie und Präventivmedizin alle Einflussfaktoren auf die menschliche Gesundheit verstanden, deren Vorhandensein zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führt. Epidemiologisch belegte Risikofaktoren beziehen sich gewöhnlich auf spezifische Krankheitsgruppen. Daneben werden auch unspezifische Risikofaktoren diskutiert, die zu erhöhtem Erkrankungsrisiko unabhängig von der Art der Erkrankung führen.

Tab. 2.3-1 enthält beispielhaft eine Zusammenstellung der wichtigsten Risikofaktoren für kardiovaskuläre, zerebrovaskuläre und Krebserkrankungen. Die vorgenommene Einteilung in 5 Bereiche ist nicht frei von Willkür: Körperliche, personale, verhaltensgebundene, soziostrukturelle und ökologische Risikofaktoren stehen in vielfältiger Wechselwirkung.

Tab. 2.3-1: Risikofaktoren für kardiovaskuläre, zerebrovaskuläre und Krebserkrankungen
(modifiziert nach BzgA 1996)

<i>1. Körperliche Risikofaktoren:</i>
• Übergewicht
• Bluthochdruck
• Erhöhter Cholesterinspiegel
<i>2. Personale Risikofaktoren:</i>
• Typ-A-Persönlichkeit (Kontrollambitionen, übersteigerter Ehrgeiz, Gehetztheit, latente Feindseligkeit)
<i>3. Verhaltensgebundene Risikofaktoren:</i>
• Fehlernährung
• Bewegungsmangel
• Nikotinkonsum
<i>4. Soziostrukturelle Risikofaktoren:</i>
• Beruflicher Dauerstress
• Soziale Isolation
<i>5. Ökologische Risikofaktoren:</i>
• Schadstoffexposition (z.B. Strahlen, Asbest, Teer)
• Verkehrslärmexposition

Die Wirksamkeit von *Gesundheitsressourcen* bzw. *salutogenetischen Faktoren* besteht demgegenüber nicht nur in einer Verminderung der Erkrankungswahrscheinlichkeit. Antonovsky (1997) fasst die Logik des salutogenetischen Ansatzes folgendermaßen zusammen:

1. An Stelle der wissenschaftlich nicht haltbaren Dichotomie "gesund – krank" wird bei jedem Menschen davon ausgegangen, dass er einen Platz auf einem *Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit* einnimmt. An jedem Punkt des Kontinuums können gesunde und kranke Anteile des Wohlbefindens nebeneinander existieren.
2. Gesundheitsressourcen bzw. salutogenetische Faktoren sind alle diejenigen Einflussfaktoren, die eine Bewegung in Richtung auf mehr Gesundheit auf diesem Kontinuum bewirken. Die Wirksamkeit von *Gesundheitsressourcen* wird grundsätzlich als unabhängig von *Risikofaktoren* und Krankheitsdiagnosen angenommen, d.h. Gesundheitsressourcen kommen Kerngesunden, akut Erkrankten, chronisch Kranken und Sterbenskranken im Prinzip gleichermaßen zugute.
3. Daraus folgt, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung unspezifisch, d.h. unabhängig von Risikofaktoren und Krankheitsdiagnosen wirksam sind. Mit anderen Worten: Gesundheitsförderung wirkt zugleich gesundheitssteigernd auf Gesunde wie auch präventiv auf Risikogruppen und Therapie- bzw. Rehabilitation-unterstützend auf Kranke.

Das von Antonovsky angenommene Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit stellt allerdings eine grobe Vereinfachung dar, die zu vielfachen Missverständnissen geführt hat. Wie wir gesehen haben, ist Gesundheit ein komplexes Phänomen, das sich aus verschiedenen Dimensionen zusammensetzt. Das gleiche gilt für subjektives Wohlbefinden als Teilkomponente von Gesundheit, aber auch für Krankheit. Die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit (z.B. psychisches Wohlbefinden und physische Gesundheit/Krankheit) variieren zumindest teilweise unabhängig voneinander. So geben unheilbar Kranke im Wissen um ihren nahen Tod nicht selten an, dass ihre Lebensqualität zugenommen hat. Anstelle eines Kontinuums mit den Polen krank – gesund müssen demzufolge teilweise unabhängige Dimensionen sowohl für Gesundheit als auch für Krankheit angenommen werden (s. Abb. 2.3-1).

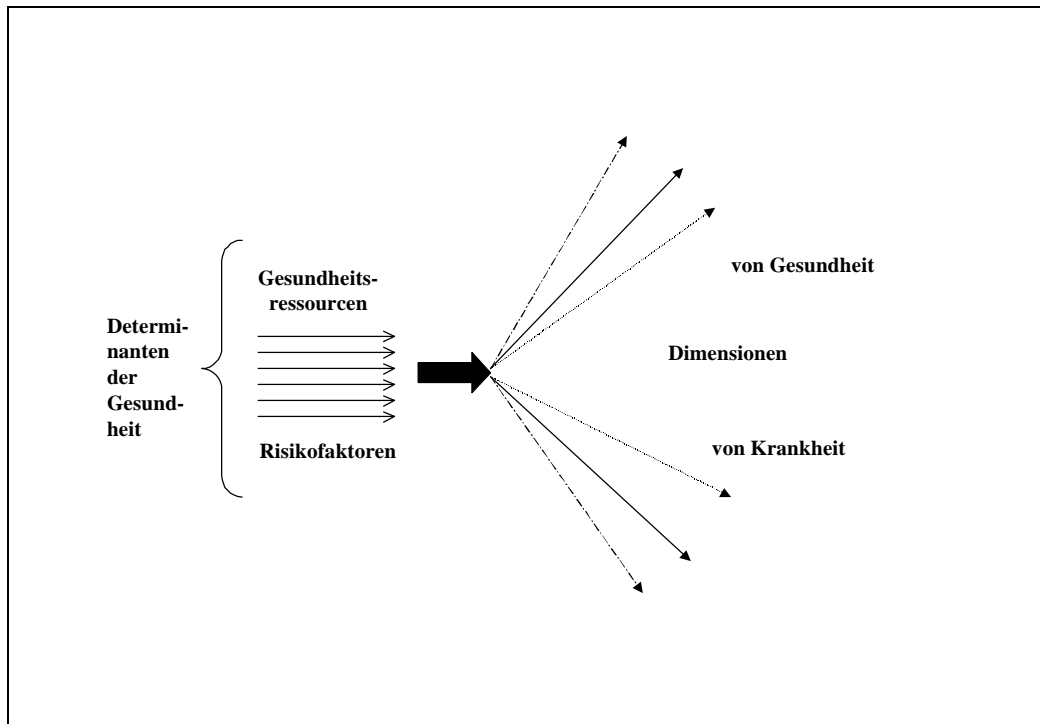


Abb. 2.3-1: Gesundheits- und Krankheitsdimensionen und ihre Beeinflussung durch Gesundheitsressourcen und Risikofaktoren

Die unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit werden demnach bestimmt bzw. beeinflusst durch eine große Zahl von

- *Risikofaktoren*, d.h. pathogenetischen Faktoren, die biopsychosoziale Dysregulation, Abbau und Krankheitsprozesse unterstützen und
- *Gesundheitsressourcen*, d.h. salutogenetischen Faktoren, die biopsychosoziale Regulation, Wachstum und Gesundheitsprozesse unterstützen.

Gesundheitsressourcen und Risikofaktoren stellen oft unterschiedliche Pole der gleichen Dimensionen dar: z.B. niedriges Sozial- und Bildungsniveau als Risikofaktor versus hohes Sozial- und Bildungsniveau als Gesundheitsressource, ebenso Bewegungsarmut versus regelmäßige Körperbewegung; depressive Grundstimmung versus Kohärenzsinn und Optimismus; soziale Isolation versus soziale Unterstützung. Zusammenfassend spricht man deshalb auch von *Determinanten der Gesundheit*.

Aus der Perspektive der Präventivmedizin werden Gesundheitsressourcen auch als protektive Faktoren bezeichnet, weil sie teilweise die negativen Auswirkungen der Risikofaktoren zu kompensieren in der Lage sind. Unter salutogenetischer Perspektive erschöpft sich die Wirkung von Gesundheitsressourcen jedoch nicht in ihrer protektiven Wirkung.

In den folgenden Abschnitten wird das Schwergewicht der Darstellung auf den bisher hypothetisch abgeleiteten und empirisch belegten positiven Gesundheitsressourcen liegen. Eine strenge Abgrenzung von den Risikofaktoren ist aber nicht möglich. Wie die Risikofaktoren werden die Gesundheitsressourcen unterteilt in körperliche Ressourcen, personale Ressourcen, gesundheitsförderliche Verhaltens- und Lebensweisen, soziostrukturelle und ökologische Lebensbedingungen, wobei auch hier die Einteilung nicht frei von Willkür ist.

2.3.2 Körperliche Ressourcen

Unter körperlichen Gesundheitsressourcen verstehen wir anlagebedingte und erworbene körperliche Eigenschaften eines Menschen, die sich auf das Erscheinungsbild, die Funktions- und Leistungsfähigkeit, die allgemeine körperliche Widerstandskraft und den Alterungsprozess beziehen.

Während die Untersuchung körperlicher Risikofaktoren, seien es genetisch bedingte oder erworbene Erkrankungsrisiken, in der Prävention einen breiten Raum einnimmt, haben die zweifellos bedeutsamen körperlichen Gesundheitsressourcen in der Literatur zur Salutogenese bisher einen relativ geringen Stellenwert. Dieses Forschungsdefizit ist um so bemerkenswerter, als in der öffentlichen Diskussion und den Medien ein ausgesprochener Körperkult herrscht. Körperliche Attraktivität, Jugendlichkeit, Fitness, sexuelle Potenz und Erlebnisfähigkeit sind die bevorzugten Themen der boomenden Health- und Lifestyle-Magazine und -Fernsehsendungen. Die Diskussion um die Kostenübernahme neuer Generationen sogenannter Lifestyle-Drogen (z.B. gegen Impotenz, Haarausfall und Übergewicht) durch die Krankenkassen macht deutlich, wie zentral hier der gesellschaftliche Diskurs zum Gesundheitsbegriff berührt wird.

Biologische Gesundheitsressourcen im engeren Sinne werden insbesondere im Zusammenhang mit Untersuchungen zum *Alternsprozess* und zur Langlebigkeit diskutiert. Die maximale Lebensdauer – beim Menschen nach gegenwärtigem Kenntnisstand etwa 110 - 115 Jahre – zeigt eine artspezifische, offenbar genetisch gesteuerte Variation. Die genetische Hypothese geht davon aus, dass die Alterung der Stoffwechselprozesse und Zell- und Organsysteme vom dynamischen Gleichgewicht zwischen verschiedenen "Alterungs-" und "Langlebigkeits-Genen" bestimmt werden. Diese Annahme entspricht der Hypothese eines Gleichgewichts zwischen Risikofaktoren und spezifischen Gesundheitsressourcen auf der molekularbiologischen Ebene. Ausmaß, Beeinflussbarkeit und Mechanismen eines solchen "genetischen Alterungsprogramms" sind allerdings umstritten.

Untersuchungen zum körperlichen Wohlbefinden befassen sich mit der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Körpers. Ein wichtiges Ergebnis dieser Untersuchungen ist die enge Verbindung von körperlichem und seelischem Wohlbefinden (Frank 1991).

Die *Einstellungen zum eigenen Körper* beziehen sich (a) auf unterschiedliche Bewertungsdimensionen (Attraktivität, Leistungsfähigkeit/Fitness, körperliche Gesundheit) und (b) auf die Unterscheidung zwischen interner und externer *Kontrollüberzeugung* in bezug auf diese Dimensionen, d.h. auf die Frage, wieweit Aspekte der eigenen Körperlichkeit von der Person beeinflusst werden können.

Umfangreiches Erfahrungswissen über die gesundheitsfördernde Wirkung ausgewogener Ernährung, Hygiene, Gymnastik, den Wechsel von Anspannung und Entspannung und maßvollen sexuellen Genusses bildete seit der Antike eine wichtige Grundlage der Diätetik als Lebenskunst zur Entwicklung und zum Erhalt der körperlich-seelischen Gesundheit (s. Sichler 1996).

Dass gesunde *Ernährung* eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt körperlicher Gesundheit darstellt, ist eine Binsenweisheit. Wissenschaftlich wird der Zusammenhang zwischen Ernährung, Gesundheit und Wohlbefinden insbesondere in der Ernährungspsychologie thematisiert, allerdings fast ausschließlich im Zusammenhang mit Übergewicht und den zunehmenden Essstörungen. (s. Pudel & Maus 1990). Auch eine Übersichtsarbeit über Ernährung und Wohlbefinden kommt zu dem Ergebnis, dass die Ernährung (Wahl der Lebensmittel, Nahrungsaufnahme und Verdauung) zwar ganz offensichtlich das Wohlbefinden beeinflusst, dass aber wissenschaftliche Nachweise über die Auswirkungen und ihr Zustandekommen fehlen (Diebschlag 1991).

Entwicklung und Erhalt der körperlichen Gesundheit werden unter anderem in Sportbiologie und Sportpsychologie untersucht (Übersicht s. Abele et al. 1991). Die mit Gesundheit verbundenen körperlichen Fähigkeiten wie Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit passen sich der *körperlichen Beanspruchung* an. Bei zu geringer körperlicher Beanspruchung kommt es zum Abbau der körperlichen Funktionstüchtigkeit. Der moderne Lebensstil ist gekennzeichnet durch weitgehende Entlastung von körperlicher Beanspruchung durch sitzende Arbeitstätigkeit, motorisierten Verkehr, Aufzüge, Haushaltsgeräte, fortschreitende Automatisierung. Sitzen und Liegen sind die häufigsten Körperhaltungen im Alltag geworden. Zum Ausgleich kommt dem Schaffen von Bewegungsanreizen am Arbeitsplatz, in der gebauten Umwelt und im Verkehr eine besondere Bedeutung zu.

Als wichtige Gesundheitsressource ist auch der Breitensport bedeutsam. Eine längerfristige körperliche Gesundheitswirkung wird erst durch regelmäßiges zwei- bis dreimaliges wöchentliches Training mittlerer Anstrengung von etwa 45 - 60 Minuten Dauer erreicht. Ziel des Breitensports als Förderung der körperlichen Gesundheitsressourcen muss deshalb der Aufbau einer "überdauernden Sportbindung" sein. Freude an der sportlichen Betätigung und das begleitende körperliche Wohlbefinden sind hierfür die besten Voraussetzungen (s. Abele et al. 1991).

Kritiker eines verbissen betriebenen Fitnessstrainings und des Hochleistungssports weisen auf die gesundheitlichen Gefahren der instrumentellen und leistungsorientierten Einstellung zum Körper in der modernen Zivilisation hin. Demgegenüber wird von westlichen Körperpädagogen und -therapeuten (z.B. Milz 1992) ebenso wie von östlichen Schulen des Körpertrainings (z.B. Yoga, Tai Chi, meditative Techniken) ein Zugang zu körperlichen Gesundheitsressourcen empfohlen, der mit Entspannung und Körpererfahrung jenseits willentlicher Kontrolle verbunden ist. Körpertechniken wie Yoga, Meditation und Feldenkrais-Methode haben inzwischen in der Gesundheitsförderung, z.B. zum Ausgleich gegen zivilisatorisch bedingten Alltagsstress und Haltungsschäden neben dem traditionellen Fitness-training eine große Verbreitung gefunden (Milz 1992).

Die unterschiedlichen Einstellungen zum Körper führen zur Thematisierung der körperlichen Aspekte menschlicher Existenz in der neueren Philosophie. Das abendländische Denken ist seit der Antike und im Christentum bestimmt durch die Trennung von Körper und Geist (bzw. Seele), wobei der Körper als Träger der Triebe und Leidenschaften dem Geist untergeordnet ist und tendenziell abgewertet wird. Der Phänomenologe Merleau-Ponty (1974) hat demgegenüber herausgearbeitet, dass im alltäglichen Lebensvollzug Umwelt, Körper und Bewusstsein als Einheit erlebt werden, wobei Wahrnehmen, Fühlen und Denken untrennbar mit "leibhaftigen" Erfahrungen verbunden sind. Merleau-Ponty stellt dem "Körper, den wir haben" (Betrachtung von außen) den "Leib, der wir sind" (Selbstwahrnehmung) gegenüber. In gleicher Weise unterscheidet Böhme (1985, 1993) zwischen *Körper als Gegenstand der modernen Medizin* und *Leib als Natur, die wir selber sind*. Der moderne Mensch hat ein instrumentelles Verhältnis zu seinem Körper entwickelt, der wie ein Gebrauchsgegenstand zu funktionieren hat und bei Versagen der medizinischen Reparatur überantwortet wird. Verloren gegangen ist das Spüren leiblicher Erfahrungen, die in ihrer Mannigfaltigkeit ein integraler Bestandteil menschlichen Fühlens, Denkens und Handelns sind, ebenso wie der eigenverantwortliche Umgang mit dem eigenen Leib.

Die philosophischen Überlegungen zur Leibgebundenheit menschlicher Erfahrung sind auch angesichts der neuen Kommunikationstechnologien (Multimedia, Computer, virtuelle Realität) bedeutsam: Sinnlich-leibhaftige Erfahrungen und körperliches "Begreifen" werden zunehmend ersetzt durch medienvermittelte Erfahrungen. Körperliche und raum-zeitliche Gegenwart sind nicht länger die Voraussetzung für Wahrnehmen und Handeln einer Person. Über die Auswirkungen des Schwindens sinnlicher Erfahrung auf die körperlich-seelische Entwicklung und Gesundheit gibt es bisher nur Spekulationen. In reformpädagogischen Programmen (Montessori-Pädagogik, projektbezogene Lernformen) wird seit langem eine Abkehr von einseitig kognitiven Formen der Wissensvermittlung praktiziert. Die Bedeutung der sinnlichen Wahrnehmung für die Gesundheitsförderung wird auch in den Schriften des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF 1994, 1997) hervorgehoben. Die Praxis in den Grund-, Haupt- und weiterführenden Schulen weist allerdings in die gegenteilige Richtung. Bei der Einführung von Multimedia-Lehrmaterial im Ausbildungsbereich besteht zudem die Gefahr, dass sich der Trend zur Entsinnlichung des Lernens noch verstärkt, wenn diese Methoden als *Ersatz* für personen-, projekt- und materialbezogene Lernformen verstanden werden.

Der instrumentellen Sicht auf den Körper entspricht die weit fortgeschrittene Lösung der ursprünglich körperbezogenen Erfahrungskategorien Raum und Zeit von ihrer biologischen und psychologischen Basis. Die technische Überwindung von Raum- und Zeitdistanzen und die damit einhergehende Beschleunigung aller Lebensvollzüge stellt eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften dar. Die Rückbesinnung auf Ortsgebundenheit und lokale Identität in der Stadtplanung (Proshansky & Fabian 1986; Alexander 1995) und die Wiederentdeckung der "Eigenzeit" für menschliche Erfahrung und Handeln (Zoll 1988; Nowotny 1989) stellen hier Ansätze eines neuen Denkens dar.

Im gegenwärtigen Diskussionszusammenhang weisen diese Überlegungen und empirischen Befunde auf die große Bedeutung von Körpererfahrungen für die Entfaltung von Wohlbefinden und Handlungskompetenz. In der gesellschaftlichen Diskussion und in der Praxis der Gesundheitsförderung spielt die "Wiederentdeckung des Körpers" (Milz 1992) als Ausgleich gegen den zivilisationsbedingten Alltagsstress, das Schwinden sinnlicher Erfahrung und die Beschleunigung des Lebensrhythmus seit einigen Jahren eine bedeutende Rolle. Zu fordern ist eine konsequente Umsetzung der Erkenntnis-

se zur Bedeutung der Körperlichkeit im gesamten Bildungssystem und im Arbeitsleben. Künftige Forschungsprogramme zu körperlichen Gesundheitsressourcen sollten neben der Bedeutung von Ernährung, Breitensport und Fitnessstraining vermehrt die Potentiale ganzheitlicher Körpererfahrung und den philosophischen Körperdiskurs einbeziehen.

2.3.3 Personale Ressourcen

Unter personalen Gesundheitsressourcen fassen wir persönliche Einstellungen, Persönlichkeitseigenschaften und Kompetenzen zusammen, die den Einzelnen widerstandsfähig gegen gesundheitliche Belastungen und Risikofaktoren machen und/oder ihn zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen befähigen. Die Überschneidungen mit körperlichen Ressourcen einerseits und Verhalten und Lebensweisen andererseits sind beträchtlich.

Im Gegensatz zu den spärlichen empirischen Untersuchungen körperlicher Gesundheitsressourcen zählen die Studien zu personalen Ressourcen in die Tausende, was mit der Beliebtheit korrelativer Fragebogenuntersuchungen in den Sozialwissenschaften zusammenhängen dürfte. Beutel (1989) ermittelte in einer umfangreichen Literaturrecherche zu protektiven Faktoren bei Gesundheitsbelastungen (Studien zur Bewältigung von Alltagsbelastungen und Gesundheit, Längsschnittstudien zu lebensgeschichtlichen protektiven Faktoren und retrospektive Studien an Gesunden) die folgende Liste personaler Bewältigungs- bzw. Gesundheitsressourcen:

- *Zuversicht und Optimismus* im Sinne einer auch angesichts von Misserfolgen überdauernden hoffnungsvollen Lebenseinstellung
- *Internale Kontrollüberzeugung* als subjektive Überzeugung, wichtige Ereignisse im eigenen Leben selber kontrollieren zu können
- *Selbstvertrauen* (self-efficacy) als Überzeugung, selber die Kompetenzen zur Lösung der anstehenden Lebensprobleme zu besitzen
- *Selbstwertgefühl* als globale positive Bewertung der eigenen Person mit weitreichenden Auswirkungen auf das Selbsterleben und die sozialen Beziehungen
- *Stabiles Selbstsystem und emotionale Stabilität* als Charakteristikum eines bei Belastungen nicht von Dekompensation bedrohten Selbsterlebens
- *Unbekümmerte ruhige Selbsteinschätzung* als Tendenz, mit einschneidenden Veränderungen ohne tiefgreifende psychische Reaktionen umzugehen
- *Interpersonales Vertrauen* als Tendenz, auf die Verlässlichkeit und Glaubwürdigkeit anderer Menschen zu vertrauen
- *Commitment* (Zielbindung, Engagement) als Tendenz, sich mit Aufgaben, Dingen und Personen der Umwelt zu identifizieren und sich für sie einzusetzen
- *Herausforderung* als Tendenz, Veränderungen im Leben eher als interessante Wachstumsanreize statt Bedrohung anzusehen
- *Selbstaufmerksamkeit* als Fähigkeit, die eigenen inneren Emotionen und Motive wahrzunehmen und im eigenen Handeln zu berücksichtigen
- *aktives Bewältigungsverhalten* (versus vermeidendes Verhalten)
- *Tendenz zur abschwächenden Bewertung von Problemen* (gegenüber dem "Schwernehmen")
- *Bevorzugung "reifer" gegenüber "unreifen" Abwehrformen* (Rationalisierung, Humor).

Diesen in empirischen Studien untersuchten "Bewältigungsressourcen ... kommt ein ... quantitativ nicht sehr ausgeprägter, statistisch jedoch signifikanter und konsistenter protektiver Einfluß zu". (Beutel 1989, S. 453).

Bei Durchmustern der Liste fällt auf, dass es sich durchweg im weitesten Sinn um optimistische Einstellungen oder Vertrauen gegenüber der eigenen Person, den Lebensbedingungen und anderen Menschen handelt, wobei diese Einstellungen auch bei widersprechenden Erfahrungen aufrecht erhalten werden. Unklar bleiben a) der Status der Ressourcen als persönliche Überzeugungen, Persönlichkeitseigenschaften oder Kompetenzen, b) die Veränderbarkeit, c) die Situationsabhängigkeit, d) die Unabhängigkeit der verschiedenen Komponenten, e) die Wechselwirkungen zwischen personalen Ressourcen und Gesundheit, wobei abhängige und unabhängige Variablen häufig nicht eindeutig unterscheid-

bar sind, f) die theoretische Einordnung der als Gesundheitsressourcen identifizierten personalen Eigenschaften.

Im folgenden sei auf drei theoretisch wichtige Konzepte näher eingegangen.

Kohärenzsinn

Die Beobachtung, dass in einer Gruppe weiblicher Überlebender von Konzentrationslagern bei einer Nachuntersuchung im Jahre 1970 in Israel fast ein Drittel der Frauen eine gute psychische Gesundheit aufwiesen, war für Antonovsky ein Wendepunkt in der Betrachtung von Krankheit und Gesundheit. "Den absolut unvorstellbaren Horror des Lagers durchgestanden zu haben, anschließend jahrelang eine 'deplazierte' Person gewesen zu sein und sich dann ein neues Leben in einem Land neu aufgebaut zu haben, das drei Kriege erlebte, ... und dennoch in einem angemessenen Gesundheitszustand zu sein" (Antonovsky 1997, S. 15), diese Beobachtung führte ihn zur salutogenetischen Perspektive: Wie ist es möglich, dass Menschen trotz ständig wirksamer Stressbelastungen und Gesundheitsrisiken gesund bleiben? Die Antwort glaubte er nach verschiedenen Studien mit Hilfe klinischer Interviews und Fragebögen in einer *allgemeinen Lebensorientierung* gefunden zu haben, die er *Kohärenzsinn* (bzw. Kohärenzgefühl) nannte (Sense of Coherence SOC). Zentrale Komponenten dieser Orientierung sind die Überzeugung der *Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit* der persönlichen Lebenssituation. Antonovsky gibt die folgende Definition:

"Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen." (Antonovsky 1987/1997, S. 36).

Zur Erfassung des Kohärenzsinn konstruierte Antonovsky einen aus 29 Items bestehenden *Fragebogen zur Lebensorientierung* (Kurzform: 13 Items), der in mindestens 14 Sprachen übersetzt wurde (Übersicht s. Franke 1997 in Antonovsky 1997 – dort findet sich auch die autorisierte deutsche Fassung). Bis 1993 wurden über 14.000 Personen in 20 Ländern mit dem Fragebogen untersucht (Antonovsky 1993). Die testtheoretischen Gütekriterien des Fragebogens sind gut. Die einzelnen Skalen stellen nach verschiedenen Faktorenanalysen keine eigenständigen Dimensionen dar, sondern weisen auf einen allgemeinen Faktor hin, der als kognitiv-motivationales Konstrukt interpretiert wird. Antonovsky (1993) hält den Kohärenzsinn für "ein Konstrukt mit universeller Bedeutung, das die Grenzen von Geschlecht, sozialer Klasse, Religion und Kultur überschreitet" (zit. nach Franke 1997, S. 178).

Nach Antonovsky (1990) unterscheidet sich der Kohärenzsinn von klassischen stabilen Persönlichkeitseigenschaften dadurch, dass er erst in Belastungssituationen zur Geltung kommt. Je höher ihr Kohärenzsinn, desto eher wird eine Person eine Belastung als Herausforderung wahrnehmen, die Situation und die eigenen Ressourcen untersuchen, situationsangepasst einsetzen und für Rückmeldungen und Neuorientierungen offen sein. Durch die Erfolgserlebnisse bei der Bewältigung stellt sich nicht nur ein angenehmes Entspannungsgefühl ein, sondern die positive Lebensorientierung verstärkt sich immer wieder selber.

Antonovsky nimmt an, dass sich der Kohärenzsinn im Laufe der Kindheit und des Jugendalters entwickelt, wobei er auf Ergebnisse der Säuglingsforschung (u.a. Bowlby 1969; Boyce 1985) und entwicklungspsychologische Theorien (Erikson 1966) zurückgreift. Erst im frühen Erwachsenenalter soll es zu einem gefestigten Kohärenzsinn kommen, der im Regelfall bis ins hohe Alter stabil bleibt. Antonovsky schließt zwar Veränderungen des Kohärenzsinn durch einschneidende Änderungen der Lebenssituation nicht aus, hält sie aber für eher unwahrscheinliche Ausnahmen. Psychotherapeutische oder milieutherapeutische Maßnahmen sollen kaum eine solche grundlegende Wirkung haben.

Der Kohärenzsinn korreliert hoch positiv mit Maßen für seelische Gesundheit. Es besteht eine große inhaltliche Ähnlichkeit mit Konzepten wie Selbstwirksamkeit (Self-efficacy, Bandura 1977), Optimismus (Scheier & Carver 1985), Widerstandsfähigkeit (Hardiness, Resilienz) (Kobasa 1979) und

interne Kontrollüberzeugung (Rotter 1966). Nach einer Reihe von Untersuchungen weisen alle diese Begriffe auf einen gemeinsamen Persönlichkeitsfaktor hin, der nicht spezifische Reaktionsweisen auf Belastungssituationen, sondern einen *übergreifenden Stil der Lebensbewältigung* oder nach neuerer Auffassung (s. Hornung & Gutscher 1994) übergreifende *Metakognitionen als Handlungsressourcen* eines Individuums umschreibt. Der Kohärenzsinn ist nach der Mehrheit der Untersuchungen besonders gut geeignet, diesen Faktor zu erfassen.

Am unteren Ende der SOC-Skala finden sich Zustände, die den Phänomenen *erlernte Hilflosigkeit* (Seligman 1979) und *Demoralisierung* entsprechen. Dohrenwend et al. (1980) beschreiben Demoralisierung als weitverbreitetes Syndrom in epidemiologischen Gemeinwesenstudien, das sich zusammensetzt aus geringem Selbstwertgefühl, Perspektivlosigkeit, gedrückter Grundstimmung und Zukunftsängsten. In den USA wurde das Demoralisierungssyndrom bei etwa einem Viertel der Bevölkerung gefunden und zwar überzufällig häufig in der Unterschicht, bei Frauen und in Verbindung mit psychischen und psychosomatischen Störungen. Nach der Interpretation von Keupp (1982, S. 30) ist Demoralisierung typischerweise mit Erfahrungen des Kontrollverlusts verbunden: Demoralisierung "drückt aus, dass viele Menschen für sich keinen Sinn mehr darin sehen, sich für oder gegen etwas einzusetzen. Sie lassen Ereignisse fatalistisch auf sich zukommen und über sich hereinstürzen, weil sie nicht mehr daran glauben, wirksam etwas dagegen unternehmen zu können."

Der Kohärenzsinn hat eine umfangreiche Forschungstätigkeit zu Persönlichkeitsressourcen der Gesundheit und Belastungsresistenz angeregt (vgl. z.B. Bengel u.a. 1998). Der Status des Konzepts konnte durch die überwiegend gruppenstatistischen und faktorenanalytischen Studien bisher nicht eindeutig geklärt werden. Kritisch ist zweierlei anzumerken:

1. Kohärenzsinn, Optimismus und Widerstandsfähigkeit lassen sich nicht eindeutig als *Ressourcen* von Wohlbefinden und Gesundheit abgrenzen. Es handelt sich vielmehr um Aspekte von Gesundheit, die zugleich als Ressourcen, Indikatoren und Folgeerscheinungen des Wohlbefindens anzusehen sind.
2. Die Annahme und methodische Erfassung stabiler Persönlichkeitseigenschaften ist theoretisch problematisch und praktisch wenig hilfreich, weil sie wenige oder keine Ansatzpunkte für Veränderungen im Sinne von Förderung und Lernen bietet.

Soziale Kompetenzen

Im Gegensatz zu persönlichkeitspsychologischen Eigenschaftsmodellen und Konzepten bietet das Kompetenzmodell unmittelbare Ansatzpunkte für die grundlegende Handlungsstrategie "Befähigen und Ermöglichen" (enable) der Ottawa-Charta (s. 1.3.2).

Befähigen und Kompetenzentwicklung bezieht sich weniger auf Faktenwissen (Know that) sondern auf Handlungswissen (Know how). Kompetentes Handeln setzt zwar in vielen Bereichen fundiertes Faktenwissen voraus, ist aber mehr als die Anwendung von Faktenwissen.

Zurhorst (1998) analysiert das Konzept der Kompetenzentwicklung im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen der letzten Jahrzehnte und unterscheidet zwischen Sachkompetenz und übergreifenden sozialen Kompetenzen, die sowohl zur selbstgestalteten Lebensführung angesichts der fortschreitenden Freisetzung aus tradierten Mustern der Lebensführung (Individualisierung) als auch als berufliche Schlüsselqualifikationen zunehmend an Bedeutung gewinnen. In der Gesundheitserziehung lag bisher der Schwerpunkt auf der Vermittlung von Sachkompetenz. Gegenwärtig gewinnen jedoch die übergreifenden sozialen Kompetenzen sowohl theoretisch als auch praktisch in Form von Qualifizierungsprogrammen zunehmend an Bedeutung.

In der einschlägigen Literatur werden drei Anforderungen an die bereichsübergreifende gesundheitsfördernde Kompetenzentwicklung herausgestellt:

- Befähigung zu selbstorganisiertem und selbstverantwortetem Lernen
- Befähigung zu Kreativität, Spontaneität und Emotionalität
- Befähigung zu Kommunikation, Konfliktaustragung und Konsensfindung.

Zurhorst (1998) benennt als zentrale Dimensionen der sozialen Kompetenz *biographische Kompetenz* als Fähigkeit der (reflexiven) Lebensgestaltung, *Gruppenkompetenz* als Fähigkeit zur Herstellung von Gruppenzugehörigkeit und zum Ausgleich zwischen persönlichen Bedürfnissen und Handlungszielen von Gruppen und *politische Kompetenz* als politisches Urteilsvermögen, Handlungsmotivation und Handlungsfähigkeit bezüglich der eigenen Lebensbedingungen.

Empowerment

Im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung ist das aus der Gemeindepsychologie stammende *Empowerment* ein zentrales Konzept sozialer Kompetenzentwicklung, das sowohl auf Individuen, als auch auf Gruppen und Organisationen anwendbar ist. Verschiedene Vorschläge zur Übersetzung ins Deutsche – Bemächtigung, Selbstbemächtigung, Selbstorganisation – haben sich nicht durchsetzen können.

Empowerment ist ein komplexer und in der Literatur uneinheitlich benutzter Begriff. Herriger (1997) unterscheidet zwei Bedeutungsaspekte: Politisches Empowerment (von Power als politische Macht) und lebensweltliches oder psychologisches Empowerment (von Power als persönliche Stärke). In der Ottawa-Charta nimmt die Idee des politischen ebenso wie des persönlichen Empowerment als Selbstbestimmung und als Strategie des "Befähigens und Ermöglichens" eine zentrale Stellung ein (s. 1.3.2). Das Konzept geht zurück auf den amerikanischen Gemeindepsychologen Julian Rappaport (1985), der Empowerment ausdrücklich der traditionellen Prävention gegenüberstellt:

"Prävention braucht professionelle Experten, Empowerment Mitstreiter sozialer Veränderungen. Empowerment geht davon aus, daß viele Fähigkeiten beim Menschen bereits vorhanden oder zumindest möglich sind, vorausgesetzt, man schafft Handlungsmöglichkeiten. Das Konzept des Empowerment unterstellt, daß das, was als Defizit wahrgenommen wird, das Ergebnis sozialer Strukturen und mangelnder Ressourcen darstellt, in denen sich vorhandene Fähigkeiten nicht entfalten können. Müssen neue Fähigkeiten gelernt werden, so sind sie am besten in der natürlichen Welt, statt in künstlichen Programmen zu lernen, in denen jeder Beteiligte weiß, daß in Wirklichkeit der Experte die Zügel in der Hand hält." (Rappaport 1985, S. 270 f.).

Der südamerikanische Pädagoge und Politiker Paulo Freire (1973) entdeckte in seinen Alphabetisierungskampagnen in Gruppen brasilianischer Landarbeiter ein analoges Prinzip, das er *Bewusstwerden* (conscientizacion) nannte. Durch den Prozess des Bewusstwerdens der eigenen Lage entwickelten die Alphabetisierungsgruppen Identität und Unterstützung und lernten, ihre Lebensprobleme zu reflektieren und selber aktiv zu werden.

Zur psychologischen Dynamik von Empowerment-Prozessen liegen inzwischen zahlreiche Untersuchungen vor. In einer vielzitierten qualitativen Studie hat Kieffer (1984) 15 Personen, die sich in lokalen Initiativgruppen (grassroot movements) engagierten, in Langzeitbeobachtungen und biographischen Interviews untersucht. Nach Kieffer entsteht persönliches Empowerment in einem dreidimensionalen Prozess: (a) der Entwicklung eines stärkeren Selbstgefühls in Bezug auf die Welt, (b) einem kritischeren Verständnis der politischen und sozialen Kräfte, die das eigene Alltagsleben bestimmen und (c) der Entwicklung von wirksamen Strategien zur Nutzung von Ressourcen und zum Erreichen persönlicher und sozialpolitischer Ziele. Den Prozess des Empowerment beschreibt der Autor idealtypisch anhand von vier Phasen:

1. *Mobilisierung:*

Am Anfang steht häufig eine schwere Krisenerfahrung (z.B. schwere Krankheit, Verlust des Arbeitsplatzes, Bedrohung oder Zerstörung der gewohnten Umgebung). In einer oft mehrere Monate bis über ein Jahr dauernden Unsicherheit und Hilflosigkeit werden gewohnte Routinen und Selbstverständlichkeiten in Frage gestellt und zunehmend eigene Stärken und Ressourcen entdeckt.

2. *Engagement und Förderung:*

Nach der ersten Mobilisierung muss die anfängliche Empörung in ein dauerhaftes Engagement übergehen, wenn sie nicht verebben soll. Wichtige Bedingungen sind in diesem Stadium die Rolle eines Mentors oder einer Mentorin in Form einer unterstützenden Person oder Gruppe und die gemeinsame Erfahrung in einer Gruppe von Gleichgesinnten.

3. *Integration und Routine:*

Die ersten vorsichtigen Erfahrungen, neue Stärken und Handlungskompetenzen zu entwickeln, erfahren mit der Zeit eine Stabilisierung, aktives Einmischen wird als neue Stärke erlebt.

4. *Überzeugung und "brennende Geduld":*

Diese Phase lässt sich als Organisations- und Konfliktfähigkeit beschreiben. Die neuen Kompetenzen werden in die eigene Identität integriert und führen zu einem neuen Selbstverständnis und Selbstbewusstsein.

Diese Ergebnisse stimmen überein mit Erfahrungen aus der Gruppendynamik, Organisationsentwicklung und Geschichte, wonach Gruppen, Organisationen, Parteien, soziale Bewegungen bis hin zu ganzen Völkern *durch Krisen- und Hilflosigkeitserfahrungen* angestoßen werden können, sich auf die eigenen Kräfte zu besinnen.

Zimmerman et al. (1988, 1992) haben mit biographischen Methoden und standardisierten Befragungsinstrumenten die folgenden Dimensionen der Kompetenzentwicklung durch Empowerment herausgearbeitet:

1. Selbstbezogene Kognitionen (Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, interne Kontrollüberzeugung)
2. Kompetenzbezogene Kognitionen (Überzeugung von der Selbstwirksamkeit der eigenen Person und biographisch gefestigtes Vertrauen in die eigene Kompetenz)
3. Handlungsmotivationen (Wunsch nach Kontrolle der eigenen Umwelt und Lebensumstände und Wunsch nach Einsatz der eigenen Fähigkeiten für persönliche und soziale Ziele).

Zu Recht kritisiert Herriger (1997) die Tendenz der Mehrzahl der Untersuchungen, Empowerment auf ein persönlichkeitspsychologisches Eigenschaftskonzept zu verkürzen, das seiner politischen Komponente beraubt wird und bei expertengeleiteten Trainingskursen zur Entwicklung persönlicher Kompetenzen stehenbleibt.

Das Empowermentkonzept vereint in sich unterschiedliche sozialwissenschaftliche und politische Ansätze, deren gemeinsamer Nenner in einer Orientierung an den Stärken und Selbstorganisationskräften von Individuen, Gruppen und Institutionen besteht. Es stellt sich die Frage, inwieweit Empowerment als eigenständige personale Gesundheitsressource oder als ein allgemeines Prinzip der Gesundheitsförderung – oder als beides – anzusehen ist.

Für die *Praxis der Gesundheitsförderung* sind die vielfach bestätigten Erkenntnisse bedeutsam, wonach Empowermentprozesse

- aktiv gefördert werden können,
- zu außergewöhnlichen Problemlösungen führen,
- und gleichzeitig die Demoralisierung und Resignation von Individuen, Gruppen und Organisationen überwinden helfen.

Auf allen Ebenen sollten Empowermentprozesse gefördert und organisatorische Barrieren abgebaut werden. Gleichzeitig sind sozial- und politikwissenschaftliche Forschungen erforderlich, die zu einer Präzisierung des Konzepts und zu einem besseren Verständnis der beteiligten Prozesse beitragen.

2.3.4 Verhalten und Lebensweisen

Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln

Kasl & Cobb (1966) definieren Gesundheitsverhalten als "jegliche Aktivität, die von einer sich gesund fühlenden Person unternommen wird, um Krankheiten zu verhüten oder sie in einem beschwerdefreien Stadium zu entdecken" (zit. nach Waller 1996, S. 29). Becker (1992, S. 104) versteht unter habituellem Gesundheitsverhalten alle mehr oder weniger regelmäßig ergriffenen Maßnahmen einer Person zum Erhalt und zur Förderung ihrer Gesundheit, "u.a. ein vorsichtiges, normangepaßtes, präventives Verhalten, gesunde Ernährung und Bewegung sowie Entspannung und Erholung".

Die genannten Definitionen gehen implizit von einem Präventionskonzept aus, demzufolge Gesundheitsverhalten der Vermeidung von Gesundheitsrisiken dient. Unter dieser Annahme wurden auch in der Bundesrepublik verschiedene Umfragen über die Verbreitung präventiver Verhaltensweisen durchgeführt, in denen am häufigsten Maßnahmen zur gesunden Ernährung, Erholung und Schlaf, körperliche Betätigung und Gymnastik, aber auch Selbstuntersuchung und Selbstbehandlung bei Unpässlichkeiten und leichten Erkrankungen genannt werden (Übersicht bei Waller 1996, S. 32-34). Anderson (1984a, S. 41) betont demgegenüber unter der Perspektive der Gesundheitsförderung ein weiter gefasstes Konzept positiven Gesundheitsverhaltens: "Bei dem gesundheitsschützenden Verhalten geht es primär um die Krankheitsverhütung. Für die Einordnung von Verhaltensweisen, die der positiven Gesundheit, dem persönlichen Wachstum und der Entwicklung förderlich sind, können die Kriterien völlig anderer Art sein. Sie betonen z.B. Freude, Abwechslung und Interesse, Herausforderung, Konsequenzen für die Ich-Vorstellung und soziale Beziehungen, Anteilnahme am Mitmenschen, positive Beiträge zur unmittelbaren Umwelt oder Gemeinschaft."

Das Konzept des Gesundheitsverhaltens und die damit verbundenen Theorien (s. 2.4) sind in der verhaltensorientierten Gesundheitspsychologie ausführlich ausgearbeitet worden (s. Schwarzer 1992).

Hierzu ist kritisch anzumerken, dass die zugrunde liegenden lerntheoretischen Konzepte und die mit ihnen verbundene Praxis der Verhaltensmodifikation der Komplexität von Gesundheit und Gesundheitsförderung wenig angemessen erscheinen. So kritisiert etwa Abel (1992) die Konzentration auf einzelne Verhaltensweisen und die stark auf das Individuum beschränkte Sichtweise des Verhaltensansatzes, die den soziostrukturellen und gruppenspezifischen Einflüssen auf die Gesundheit nicht gerecht wird.

Faltermaier (1994a, S. 179) hat demgegenüber ein Konzept des Gesundheitshandelns formuliert, das durch Rückgriff auf den sozialwissenschaftlichen Handlungsbegriff die genannte Kritik teilweise zu überwinden erlaubt:

"Das Gesundheitshandeln kann sich darin ausdrücken, welche Ressourcen ein Mensch zum Erhalt seiner Gesundheit erkennt und in der Folge versucht, für sich zu erschließen. Derartige Aktivitäten bedürfen aber vielleicht noch stärker als andere Komponenten eines langfristigen und vorsorgenden Denkens, das aber positiv orientiert ist, weil es Kräfte und Kompetenzen zu entwickeln trachtet, anstatt überall Gefahren zu sehen und zu bekämpfen.

Hier kann es um die Erschließung körperlicher Ressourcen gehen, etwa das Erkennen körperlicher Stärken, die Förderung seiner Fitness und seiner Abwehrkräfte gegen Infektionen, die Sensibilisierung für die Wahrnehmung des Körpers. Aber auch die psychisch-personalen Ressourcen können entwickelt und aktiviert werden: etwa die Kompetenzen zur Bewältigung von Problemen und Belastungen, die Stärkung des Selbstvertrauens, die Erweiterung seines Wissens über gesundheitliche Fragen.

Schließlich liegt ein großer Bereich von Ressourcen im sozialen Umfeld. Intensive und befriedigende Beziehungen und ein anregendes soziales Netzwerk können nicht nur als solche die Gesundheit im Sinne eines Wohlbefindens fördern; sie sind auch wesentliche Ressourcen für den Umgang mit gesundheitlichen Problemen: Die Menschen im sozialen Umfeld stellen wichtige Informationen bereit, helfen bei der Abklärung körperlicher oder psychischer Empfindungen, sind Gesprächspartner in der Entwicklung des Gesundheitsbewußtseins, Ratgeber bei Beschwerden und helfen ganz konkret und praktisch bei der Behandlung und Pflege im Falle von Krankheiten. Vermutlich muß man sich den Aufbau von Ressourcen in der Regel nicht als strategisches Unternehmen zur Sicherung der Gesundheit vorstellen; aber ganz unbewußt werden diese Funktionen von sozialen Bezügen für die eigene Gesundheit und für die Krankheitsbewältigung auch nicht sein. Insofern läßt sich die Frage stellen, wieweit sich Menschen im Alltag mehr oder weniger bewußt darum bemühen, gesundheitliche Ressourcen in ihrer sozialen Welt zu erhalten, herzustellen und zu aktivieren."

Lebensstile/Lebensweisen

Im Gegensatz zum Verhaltenskonzept geht das Lebensweisen- oder Lebensstilkonzept von einer engen Verzahnung der persönlichen Lebensführung mit soziostrukturellen und soziokulturellen Bedingungen aus. Die Determiniertheit des Gesundheitsverhaltens durch gesellschaftliche bzw. milieuspezifische Lebensstile schlägt sich alltagssprachlich in Begriffen wie Lifestyle-Medien und Lifestyle-Drogen nieder, wobei gesundheitliche Themen wie Fitness, Ernährung, Sexualität, Genussfähigkeit und Beziehungsprobleme im Vordergrund stehen. Das sozialwissenschaftliche Konzept der Lebensweisen geht zurück auf den Soziologen Max Weber. Lebensweisen umfassen allerdings mehr und anderes als der modische Lifestyle des Healthismus (s. Kühn 1993).

Anfang der 80er Jahre wurde der Lebensweisenansatz von der WHO als ein Schlüsselkonzept für die Gesundheitsförderung und als Alternative zum Konzept des Risikoverhaltens aufgegriffen, wobei sich im Englischen der Begriff Lifestyles eingebürgert hat. Wenzel (1983, S. 8) beschreibt das Lebensweisen-/Lebensstilkonzept als soziologische Kategorie:

"Die Lebensweise eines Individuums kennzeichnet die Gesamtheit normativer Orientierungen und Handlungsstrukturen, die im Verlauf seiner Biographie in der kontinuierlichen Auseinandersetzung zwischen Subjekt und gesellschaftlicher bzw. natürlicher Umwelt entwickelt wird. In der Lebensweise kommen subjektive Motivationen sowie Handlungspotentiale zum Ausdruck, die individuell, je nach sozialer Situation genutzt werden. Die sozialstrukturellen Lebensbedingungen und ihre subjektiven Bewältigungs- und Deutungsmuster werden in Form von sozialen Handlungsorientierungen aufgelöst. In der individuellen Lebensweise sind persönlichkeitspezifische Variationen, Anreicherungen bzw. Auslassungen der kollektiven Lebensweisen enthalten; gleichwohl bleibt das Individuum seiner jeweiligen sozialen Bezugsgruppe verbunden, d.h. eine Veränderung seiner Lebensweise ist an den kol-

lektiven Rahmen gebunden – es sei denn, mit der Veränderung geht auch ein Wechsel der sozialen Bezugsgruppen einher bzw. die Gruppe selbst strebt eine solche Veränderung an."

Lebensweisen sind also als Ganzheiten sozialen Welten oder Sozialmilieus (Schulze 1993) zugeordnet, die durch gemeinsam geteilte Werte, Symbole, Rituale und emotionale Bindungen zusammengehalten werden und in hohem Maße zur sozialen und persönlichen Identität der Menschen beitragen. Sie umfassen alle Bereiche der täglichen Lebensführung: Ernährung, Konsumgewohnheiten, Wohnen, Arbeits- und Freizeitverhalten, Kleidung und Medienkonsum, Kommunikationsstil, Erziehungspraktiken, politisches Handeln, Gesundheits- und Altersvorsorge, Umgang mit Emotionen, Lebenskrisen, Krankheit und Tod.

Empirisch lassen sich unterschiedliche Lebensstile durch die Analyse des Zusammenhangs zwischen soziodemographischen Daten, Konsumgewohnheiten, Formen der Selbstdarstellung, Symbolen und Wertorientierungen ermitteln. Eine umfangreiche empirische Studie stammt von Schulze (1993), der in der Bundesrepublik der 80er Jahre fünf lebensstilprägende Sozialmilieus identifizierte:

1. *Niveaumilieu*: Ältere Personen (jenseits der 40) mit höherer Bildung. Orientierung am Hochkulturschema (Bildungsbürger – Streben nach Rang)
2. *Harmoniemilieu*: Ältere Personen mit niedriger Schulbildung. Orientierung am Trivialschema (Lebensstil des traditionellen Arbeitermilieus – Streben nach Geborgenheit)
3. *Integrationsmilieu*: Ältere Personen mittlerer Schulbildung. Mischung zwischen Trivial- und Hochkulturschema (Lebensstil des traditionellen Angestelltenmilieus – Streben nach Konformität)
4. *Selbstverwirklichungsmilieu*: Jüngere Personen mit mittlerer bis höherer Bildung. Antityp zum Harmoniemilieu (Lebensstilelemente der Studentenbewegung – Streben nach Selbstverwirklichung)
5. *Unterhaltungsmilieu*: Jüngere Personen mit niedrigem Schulabschluss. Distanz zum Hochkultur- und Trivialschema (Lebensstil der Disko und des Sportplatzes – Streben nach Stimulation).

Zur Bestimmung der fünf Sozialmilieus genügen nach Schulze (1993) nur zwei demographische Dimensionen: Lebensalter und Bildungsniveau bzw. Schulabschluss. Die Typisierungen der Sozialmilieus erscheinen sehr schematisch und wirken auf Einzelindividuen angewendet fast wie Karikaturen, sie erreichen jedoch in der Charakterisierung des Lebensstils von *Bevölkerungsgruppen* eine erstaunliche Treffsicherheit.

Für die Gesundheitsförderung ist das Wissen um unterschiedliche Lebensstile in mehrfacher Hinsicht bedeutsam:

- Die verschiedenen Lebensstile sind mit ganz unterschiedlichen Ressourcen und Risiken für die Gesundheit verbunden.
- Die Kenntnis unterschiedlicher Lebensstile schützt vor der Uniformitätsannahme in der Gesundheitsförderung. In der Produktwerbung gehört die zielgruppenspezifische Berücksichtigung der Sozialmilieus heute zu den Selbstverständlichkeiten. Das gleiche Vorgehen ist für die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen erforderlich.
- Die treibenden Kräfte für einen mittel- bis langfristigen Wandel von Lebensstilen sind bisher wenig erforscht. Bestehende Erklärungsansätze gehen einerseits von technologischen Innovationen und deren ökonomischen Auswirkungen als treibenden Kräften aus, zum anderen wird der Lebensstil-prägende Einfluss von Eliten betont (Bourdieu 1982; Wagner 1999).
- Eine besondere gesellschaftliche, politische und wissenschaftliche Aktualität erhält das Lebensstil-Konzept durch die Erkenntnis, dass die vorherrschenden Konsummuster und Lebensstile der entwickelten Industrieländer das größte Hindernis auf dem Wege zur nachhaltigen Entwicklung sind.

Der letzte Punkt ist für nachhaltige Gesundheit von besonderem Interesse. Empirische Untersuchungen zum Wertewandel hatten ergeben, dass seit den 70er Jahren insbesondere jüngere Menschen mit gehobenem Bildungsniveau (Selbstverwirklichungsmilieu) postmateriellen Werten und Konsummustern zuneigten, d.h. Selbstverwirklichung, Lebensfreude und soziales Engagement höher als Pflichterfüllung, materiellen Wohlstand und Konsum einschätzten.

Die Entwicklung der letzten Jahre hat demgegenüber eine Pluralisierung und Durchmischung der Wertpräferenzen ergeben. In der Studie "Zukunftsfähiges Deutschland" (B.U.N.D./Misereor 1997, S. 207 f.) findet sich dazu die folgende Abschätzung:

"Versteht man unter 'postmateriell' eine relativ wenig gütergebundene Einstellung, die Natur- und Sozialverträglichkeit vor weiteren Wohlstand stellt, dann kann man annehmen, daß diese Personengruppe in den alten Bundesländern knapp 20 Prozent ausmacht, während sich die Größe der klar promateriellen Gruppe mit etwa 25 Prozent angeben läßt. Auf etwas über 30 Prozent kommen hingegen die 'teilsensibilisierten Wohlstandsbürger', die sowohl auf Güter als auch auf Umwelt- und Sozialverträglichkeit Wert legen, während den 25 Prozent der 'Resignativen' Güterfixierung und immaterielle Ansprüche gleichermaßen fremd sind."

Die Studie widmet dem für eine nachhaltige Entwicklung unabdingbaren Wandel der Lebensstile mehrere Kapitel. Unter der Überschrift "Gut leben statt viel haben" geht es unter anderem um *Zeitwohlstand statt Güterreichtum* und *Eleganz der Einfachheit*, in einem anderen Kapitel finden sich Leitbilder und Szenarios für zukunftsfähige städtische Lebensweisen.

Wir halten die Frage der Lebensstile unter salutogenetischer Perspektive von zentral für Gesundheitsförderung und nachhaltige Entwicklung und sehen in diesem Bereich dringenden Bedarf an Modell- und Forschungsprojekten.

2.3.5 Lebensbedingungen

Die objektiven Lebensbedingungen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen gehören zu den am besten belegten Determinanten von Krankheit und Gesundheit, aber auch des Verbrauchs von Umweltressourcen und des Ausmaßes an Schadstoffeinträgen in die Umwelt. Insbesondere die soziale Lage, sprich Armut, erweist sich in allen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken als einer der durchschlagendsten Risikofaktoren sowohl im internationalen Vergleich als auch innerhalb eines Landes wie der Bundesrepublik.

Der im folgenden im Vordergrund stehende Aspekt gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen macht eine differenzierte Betrachtung erforderlich. Als Ordnungsgesichtspunkte dienen dabei das Konzept der Lebenslagen, die sozialen Beziehungen und die natürliche und gebaute bzw. technisch gestaltete Umwelt.

Lebenslagen

In Erweiterung des Begriffs der sozialen Schicht oder Lage wird mit dem Konzept der Lebenslagen "eine umfassende und differenzierte Beschreibung ermöglicht, mit der die sozial ungleich verteilten Zugangschancen zu zentralen, für Lebensgestaltung, soziale Anerkennung, Status und Gesundheit bedeutsamen, Ressourcen abgedeckt werden können: hierzu zählen Geld, Wohnung, Vermögen ('finanzielles Kapital'), soziale Verbindungen, Unterstützungsnetze und soziale Kompetenzen ('soziales Kapital'), sowie Bildung und Wissen ('kulturelles Kapital')" (von Kardorff 1996, S. 67). Personale Ressourcen wie soziale Kompetenzen, Bildung und Wissen werden beim Konzept der Lebenslagen nicht in ihrer jeweils individuellen Ausprägung sondern unter dem Gesichtspunkt objektiv gegebener bzw. vorenthaltener Chancen betrachtet.

Gesundheitsrelevante Lebenslagen unterscheiden sich nicht nur durch Merkmale vertikaler sozialer Ungleichheit wie Einkommen, Bildung und Berufsposition. Hinzu kommen Geschlecht und geschlechtliche Orientierung, Familien-, Arbeits- und Wohnsituation, schließlich besondere Lebenslagen durch soziale Isolation, Arbeitslosigkeit, Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Leben in einer Institution, finanzielle Abhängigkeit, und die Lebenslagen stigmatisierter Minderheiten, z.B. Asylbewerber. Die verschiedenen *Lebensphasen* Kindheit, Jugendalter, frühes, mittleres und spätes Erwachsenenalter sind ebenfalls mit unterschiedlichen Lebenslagen gekoppelt, werden aber auch als eigener Einteilungsgesichtspunkt benutzt.

Die enge Wechselbeziehung zwischen den Lebenslagen, Lebensweisen und personalen Ressourcen zeigt sich besonders deutlich bei den durchschlagenden Auswirkungen *sozialer Ungleichheit* auf Gesundheit und Krankheit (s. Abb. 2.3-2).

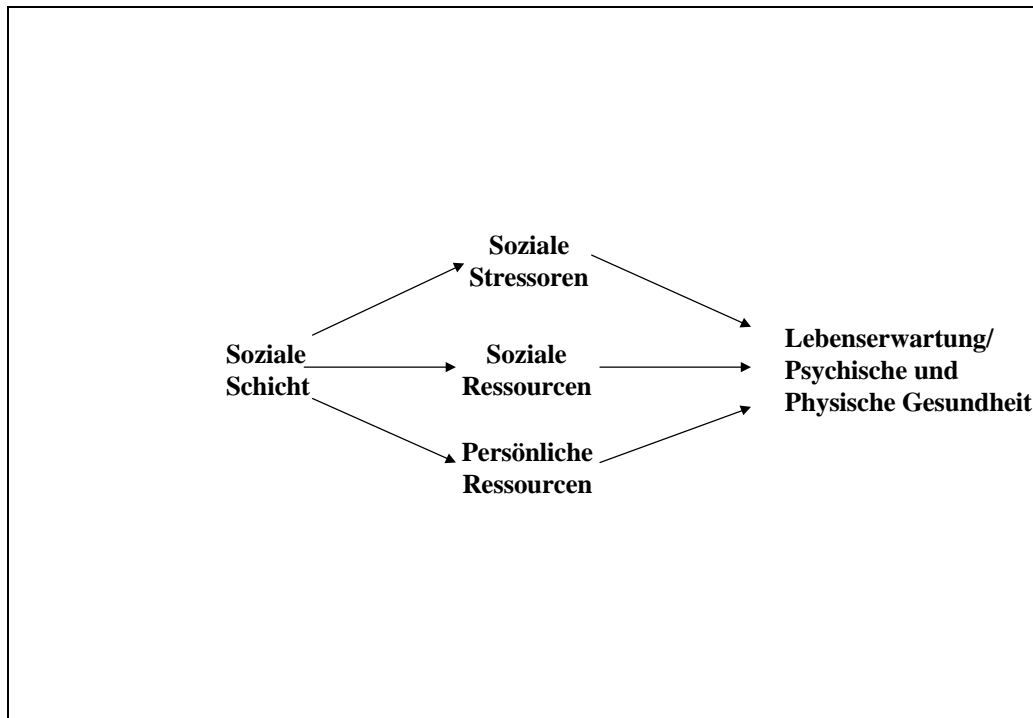


Abb. 2.3-2: Sozialepidemiologische Modellbildung zu Gesundheit/Krankheit und sozialer Ungleichheit (nach Waltz 1981, S. 89)

Die in fast allen Bereichen anzutreffende erhöhte Krankheitsanfälligkeit untere sozialer Schichten lässt sich zurückführen auf eine Häufung von vielfachen Belastungssituationen, dem Mangel an sozialen und persönlichen Ressourcen und eine durch diesen Mangel geprägte Lebensweise. Dieser Zusammenhang ist auch für umweltbedingte Erkrankungen gut belegt, wobei allerdings interessante Ausnahmen mit erhöhter Erkrankungsanfälligkeit in höheren Schichten, z.B. bei Allergien und Asthma, auftreten (s. Heinrich et al. 1998).

Umgekehrt findet sich in Lebenslagen, die durch finanzielles, soziales und kulturelles Kapital ausgezeichnet sind, eine Häufung von Gesundheitsressourcen, auf die auch bei schwersten Belastungen zurückgegriffen werden kann.

Langzeitarbeitslosigkeit, Armut, Obdachlosigkeit und die Lebensbedingungen in sozialen Brennpunkten zeichnen sich dadurch aus, dass die unterschiedlichen Risikofaktoren einander potenzieren: hohe Belastungen, fehlende materielle, personale und soziale Ressourcen, riskante Lebensweisen, erschwerter Zugang zu institutionellen Hilfsangeboten. Im Extremfall, z.B. in Slums, Ghettos und "totalen Institutionen" wie Lagern, Gefängnissen, psychiatrischen Verwahranstalten (Goffman 1973) und kriminellen Milieus fallen Lebensweisen ins Auge, die durch Gewalt und Unterdrückung, Anomie oder die sogenannte "Kultur der Armut" (Lewis 1982) charakterisiert sind.

Ein wichtiges Problem von großer gesellschaftlicher Brisanz ist die Gesundheitssituation von Migranten und speziell von Asylbewerbern (s. Morten 1988). Auf der einen Seite ist die Migration für die Betroffenen mit einer Vielzahl von Belastungssituationen verbunden, die ihnen hohe Bewältigungsleistungen abverlangt. Auf der anderen Seite sind Migranten oftmals von ihren personalen Ressourcen (soziale und kulturelle Ressourcen) abgeschnitten. Bei Asylbewerbern kommen die rechtliche Situation, Arbeitsverbot und z.T. Diskriminierung hinzu.

Lebensphasen

Epidemiologische Befunde belegen eindrucksvoll die Abhängigkeit der Erkrankungsrisiken von den unterschiedlichen *Lebensphasen* (Übersicht s. Seiffge-Krenke 1994). Insbesondere in der sensiblen Phase der Kindheit haben physische, psychische und soziale Risikofaktoren massive Auswirkungen auf die physische und psychische Entwicklung und Gesundheit (s. dazu auch das Geleitwort von Ilona Kickbusch). Hier werden die Grundlagen für die personalen Gesundheitsressourcen gelegt. Verantwortlich sind neben biologischen Veränderungen die lebensphasenspezifischen Lebensweisen und

damit zusammenhängende Belastungen, aber auch Ressourcen. Die phasenspezifischen Gesundheitsressourcen sind sehr viel weniger gut untersucht als die Risiken.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die auf diese Lebensphasen abgestimmt sind, haben mit Sicherheit die größten langfristigen Auswirkungen. Kindheit, Adoleszenz, frühes, mittleres und hohes Erwachsenenalter sind mit jeweils spezifischen *Entwicklungsaufgaben* und davon abhängigen Chancen und Risiken verbunden (s. Tab. 2.4-2), aus denen sich phasenspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung ableiten lassen.

Soziale Unterstützung

Das Vorhandensein von sozialen Bindungen bzw. "sozialen Netzen" und die damit in der Regel einhergehende soziale Unterstützung gehören zu den in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesenen Gesundheitsressourcen und Protektivfaktoren gegen Erkrankungsrisiken, die aber auch zur Gesundung und Bewältigung chronischer Krankheiten beitragen (Übersichten s. Badura 1981; Röhrle 1994; Röhrle et al. 1998).

Nach einem Vorschlag von House (1981) lassen sich die folgenden Formen von Unterstützung unterscheiden:

- *emotionale Unterstützung* als Wertschätzung und zur Bewältigung emotionaler Belastungen,
- *praktische Unterstützung* als "Dienstleistungen" im Alltag, finanzielle und andere materielle Hilfen,
- *informationelle Unterstützung* durch Weitergabe von Informationen und lebenspraktische Beratung,
- *Einschätzungsunterstützung* als Hilfe bei der Bewertung z.B. bei anstehenden Entscheidungen.

Epidemiologische Ergebnisse weisen zwar darauf hin, dass die Tatsache sozialer Isolation einen Belastungs- und Risikofaktor darstellt. Das bloße Vorhandensein sozialer Kontakte und auch enger Bindungen ist jedoch für sich genommen noch nicht mit sozialer Unterstützung verbunden. Badura (1981) unterscheidet die folgenden Typen sozialer Beziehungen:

1. **Konfidentbeziehung:** Vertrauensbeziehung zu einem engen Freund oder Partner, mit dem auch persönliche Probleme besprochen und dessen Hilfe jederzeit in Anspruch genommen werden kann. Häufig handelt es sich hier um die engsten Familienangehörigen oder "beste" Freunde oder Freundinnen.
2. **Enge Beziehung:** Beziehung mit großer Interaktionshäufigkeit und/oder großer gegenseitiger Wertschätzung. Diese Beziehungen sind langdauernd, im Bedarfsfall wird auch mit größerem Einsatz verbundene Unterstützung geleistet. Kandidaten sind Familienmitglieder, Freunde, Arbeitskollegen, zu denen auch informelle Beziehungen bestehen.
3. **Eher oberflächliche Bekanntschaften:** Hier besteht nur ein geringes Maß an gegenseitiger Verpflichtung, Hilfe wird geleistet und erwartet, wenn sie ohne großen Aufwand leistbar ist oder kompensiert wird.
4. **Keine informellen Beziehungen:** Im Grenzfall sozialer Marginalität oder völliger sozialer Isolation bestehen entweder keinerlei Beziehungen oder lediglich formelle Beziehungen helfenden bzw. kontrollierenden Charakters im Rahmen des Versorgungssystems.

Der wichtigste Ort sozialer Unterstützung ist ohne Zweifel die Familie. Eine Übersicht über Familienunterstützung und Gesundheit und epidemiologische Ergebnisse zu Familienstand und Mortalitätsraten findet sich bei Waltz (1981). Der Autor fasst die Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

"Ehe und Familie nehmen eine zentrale Rolle bei der Erhaltung psychischer und physischer Gesundheit ein. Eine Reihe empirischer Arbeiten haben nachgewiesen, dass nicht verheiratete Individuen, die gleichzeitig häufig alleinstehend und sozial isoliert sind, eine gesundheitsgefährdete soziale Gruppe bilden. Der Familienstand (verheiratet oder nicht) beeinflusst das psychologische Wohlbefinden (well-being), die psychische und physische Gesundheit und die Lebenserwartung. Geschiedene, Verwitwete, nie verheiratete und verheiratete Personen (in dieser Reihenfolge) weisen unterschiedlich hohe Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei einer großen Anzahl von Störungen und Erkrankungen auf." (Waltz 1981, S. 58 f.).

Diese Befunde weisen durch die besonders belasteten Geschiedenen bei hohen und steigenden Scheidungsraten darauf hin, dass Ehe und Partnerschaft bei gestörter Beziehung zugleich die Quelle für massive emotionale Belastungen sein können.

Die Stärke enger sozialer Netzwerke liegt in der emotionalen und praktischen Unterstützung. Konfidentbeziehungen und positive enge Beziehungen, insbesondere zu Lebensgefährten, erweisen sich als die wichtigsten Gesundheitsressourcen. Wenn es jedoch um neue Informationen und Anregungen geht, ist oftmals der weitere Bekanntenkreis eine größere Hilfe, weshalb auch von der "Stärke schwacher Bindungen" gesprochen wird (s. Badura 1981). Die "Grußbekanntschaften" im eigenen Wohnviertel leisten besonders für alleinlebende alte Menschen als Quelle emotionaler Sicherheit und sozialer Wertschätzung einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden (Legewie 1986).

2.3.6 Sozialräumliche Umwelt

Natur als Gesundheitsressource

Die äußere Natur als vielfache Gesundheitsressource ist seit der Antike bekannt, wobei unterschieden werden kann zwischen den Wirkungen von Nahrung, Heilmitteln, Licht, Luft und Klima auf die menschliche Gesundheit einerseits und der ästhetischen Wirkung der Natur auf Wohlbefinden, Entspannung und Erholung andererseits.

Böhme (1993) weist auf das Paradox hin, dass im Zuge der Industrialisierung mit dem Verschwinden der "natürlichen" Natur und der Zunahme der technisch gestalteten Umwelt eine zunehmende Sehnsucht nach scheinbar unberührter Natur entstanden ist. Die Forderung nach "Naturschutz" muss nach Böhme angesichts des gegenwärtigen Ausmaßes menschlicher Manipulation der Natur erweitert werden um gesellschaftliche Normen über die Art und Qualität der vom Menschen gestalteten Natur. Seinen stärksten Ausdruck findet diese historische Entwicklung im modernen Massentourismus, der weltweit zur größten Erwerbsquelle mit 10% aller Arbeitsplätze und 10% des gesamten Bruttosozialprodukts geworden ist (Kickbusch 1998). Die massenhafte Sehnsucht nach "unberührter" Natur führt zum fortschreitenden Verschwinden eben dieser Natur und stellt ein großes ökologisches Problem dar, dem mit Konzepten eines "Sanften Tourismus" begegnet wird. Eine weitere wichtige Perspektive sind die allenthalben zu beobachtenden Wanderbewegungen besser verdienender und gesundheitsbewusster Familien in die "naturnahe" Peripherie der Großstädte. Hier wird versucht, Lebensentwürfe eines "stressfreien Lebens im Einklang mit der Natur" zu realisieren, allerdings mit zweifelhaften ökologischen Folgen (Kraus et al. 1999). Aber auch in der Alltagsästhetik und im städtischen Wohn- und Lebensstil signalisieren Zimmerpflanzen, Haustiere, Tamagotchis, grüner Anstrich, Kunstrasen, Kunstblumen, Imitate natürlicher Materialoberflächen und die "unberührte Natur" in den Werbespots ein ästhetisches Bedürfnis nach Naturerleben.

Unseres Wissens hat die Ästhetik des Naturerlebens trotz ihrer kaum zu unterschätzenden Bedeutung für Wohlbefinden und Gesundheit bis auf wenige Vorarbeiten (z.B. Seel et al. 1993) bisher kaum Eingang in die Gesundheitswissenschaften gefunden. Hier sind interdisziplinäre Projekte und Programme von Ökologen, Landschafts- und Stadtplanern, Sozial- und Gesundheitswissenschaftlern dringend geboten.

Gebaute Umwelt

Zum Zusammenhang von Wohlbefinden, Lebensqualität und Gesundheit mit der gebauten Umwelt besteht insbesondere in der Literatur zur Stadtplanung und Ökologischen Psychologie ein umfangreiches theoretisches und praktisches Wissen (Übersichten s. Frick 1986; Fischer 1995; Keul 1995). Eine Nutzung dieser Erkenntnisse für die Gesundheitsförderung bahnt sich allerdings erst in neuester Zeit an, u.a. durch die interdisziplinären Forschungsverbände Public Health (s. Lau et al. 1996).

Ein bedeutsamer Ansatz zur salutogenetischen Umweltgestaltung geht aus vom Konzept lebensraumbezogener Fundamentalbedürfnisse, die nach Fischer (1995) den Rang von Planungsoberzielen erhalten müssten. So schlägt Zeisel (1981) die Bedürfnisse nach *Sicherheit, Klarheit, Privatheit, sozialer*

Interaktion, Komfort und lokaler Identität als Grundlage für die Umweltgestaltung vor. Maderthaner (1995) unterscheidet in seiner Konzeption sozialräumliche Nutzungsbereiche oder Habitate und Nutzungsbedürfnisse. Aus seinem Modell ergeben sich beispielhaft die Zusammenhänge zwischen Bedürfnissen einerseits und Wohlbefinden - Lebensqualität im Wohnviertel andererseits (s. Tab. 2.3-3).

Tab. 2.3-3: Lebensraumbezogene Bedürfnisse, deren konkrete Manifestationsaspekte und mögliche Konsequenzen einer Bedürfnisfrustration (nach Maderthaner 1995)

<i>Bedürfnisse</i>	<i>Einzelaspekte</i>	<i>Mögliche Konsequenzen der Nichtbefriedigung</i>
1. Regeneration	Besonnung, Tageslicht, Belüftung, Lärm-schutz, Räume für körperliche Aktivität, Spiel- und Sportanlagen, keine Emis-sions- und Geruchsbelästigung, soziale Belästigungen	Physische und psychische Erschöpfung, Krankheitsan-fälligkeit, Schlafstörungen, Migräne, Bluthochdruck, Haltungsschäden, Reizbarkeit, Streß, Depression, Kommuni-kationsverweigerung
2. Privatheit 3. Sicherheit	Wahrung der Intimsphäre, Schutz vor Einsehbarkeit und Mithören, Sicherheit von Wegen, geringe Gefahr von Einbrü-chen und Überfällen	Ärger, Streß, Angst, Aggres-sion, Depression, Sozialer Rückzug (z.B. "TV-Vielseher"), Streitigkeiten mit Mitbewohnern, geringe Orts-verbundenheit
4. Funktionalität 5. Ordnung	Raumbedarf, Praktikabilität, Bequem-lichkeit, Orientierung im Siedlungsgebiet	Ärger, Freizeitverlust, finan-zieller Mehraufwand, geringe Ortsverbundenheit, Desorien-tierung, Wohn- und Leben-sunzufriedenheit
6. Kommunikation 7. Aneignung 8. Partizipation	Gespräche, Nachbarschaftshilfe, Mitbe-stimmung, Mitverantwortung, Mitarbeit in Wohnhaus- und Siedlungsgremien, Treffpunkte, Gemeinschaftsräume	Soziale Vorurteile und Kon-flikte, geringe Wohnzufrie-denheit, Trend zu Zweitwohn-sitzen (Wochenendhäuser, Schrebergärten), Wochen-endmobilität, Vandalismus, Cliquesbildungen, Segregati-on
9. Ästhetik 10. Kreativität	Gebäude- und Fassadengestaltung, Stra-ßenensembles, Siedlungscharakter, Grün-und Freiflächenanordnung	Geringe Ortsverbundenheit und Wohnzufriedenheit, ne-gative Gestimmtheit, subjek-tiver Prestigeverlust, Abwan-derung, Vandalismus, Delin-quenz

Die unseres Wissens konsequenteste Ausformulierung eines Ansatzes zur bedürfnisgerechten Um-weltgestaltung stammt von dem Architekturtheoretiker Christopher Alexander und Mitarbeitern (1995).

Die Autoren leiten ihre Gestaltungsvorschläge sowohl aus historischen Beispielen gelungener Um-weltgestaltung und eigenen Bau- und Planungserfahrungen als auch aus sozialwissenschaftlichen und

umweltsychologischen Forschungsergebnissen ab. Zur Lösung eines Gestaltungsproblems dient ein Satz von über- und untergeordneten *Mustern*.

Die Muster erstrecken sich auf

- sozialräumliche Makrostrukturen – ganze Regionen mit ihrer Gliederung, Ökonomie und Verkehrserschließung (z.B. Regionen, Verteilung der Städte, Verkehrswege)
- mittlere Strukturen wie Städte, Wohnviertel, Nachbarschaften, Plätze, Straßen, (z.B. Mosaik aus Subkulturen, lokale Verkehrszonen, Netz der Nahversorgung, identifizierbare Nachbarschaft, Netz von Fuß- und Fahrwegen)
- Mikrostrukturen wie Häuser, Anordnung und Gestaltung von Räumen, Arbeits-, Schlaf-, Kommunikations- und Erholungsbereiche (z.B. Zone vor dem Eingang, Aktivitätsnischen, Stufen der Intimität, Gemeinschaftsbereich, flexible Büroflächen)
- Konstruktionselemente wie Beleuchtung, Fenster, Sitzbänke etc. (Gebäudekante, Licht von zwei Seiten in jedem Raum, warme Farben, Lichtinseln).

Das Konzept von Alexander erscheint als Idee einer vernetzten Gestaltung von Settings hochaktuell für die Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen.

Eine wichtige Quelle des Wohlbefindens in der gebauten Umwelt ist die *Ortsidentität* (Proshansky 1978). Nach Fischer (1995) sollte das Zuhause eines Menschen als Zentrum seines alltäglichen Lebens den Charakter eines "primären Territoriums" besitzen, das Gefühle personaler Kontinuität vermittelt und von dem aus er seine Identität in den umgebenden Sozialraum ausdehnen kann. Optimale Bedingungen für diesen Prozess der Ausbildung einer lokalen Identität als Teilkomponente der personalen Identität ist eine Nachbarschaft mit hoher sozialer Kohäsion. Ebenfalls wichtig ist eine unverwechselbare räumliche Gestaltung mit überschaubaren optischen Einheiten ("Lesbarkeit"), mit klarer Abgrenzung des Wohnviertels und mit einem ästhetisch ansprechenden, den Nutzungsbedürfnissen der Bewohner angepassten Außenraum.

In der gemeindepsychologischen Forschung spielt ein der Ortsidentität verwandtes Konzept eine bedeutsame Rolle: der Sense of Community (eine deutsche Übersetzung hat sich nicht eingebürgert). Das Konzept geht zurück auf das einflussreiche Buch "The Psychological Sense of Community: Prospects for a Community Psychology (Sarason 1974). Als Komponenten des Konstrukts sieht Sarason (1974, S. 157) "die Wahrnehmung der Ähnlichkeit zu anderen, eine positiv bewertete wechselseitige Abhängigkeit, indem man für andere gibt oder tut, was man auch von ihnen erwartet und das Gefühl, Teil einer größeren verlässlichen und stabilen Struktur zu sein". Nach einer späteren Definition von McMillan & Chavis (1986) werden vier Komponenten des Psychological Sense of Community (PSOC) unterschieden, die auch verschiedenen PSOC-Skalen zugrunde liegen: *Mitgliedschaft* oder persönliche Verbundenheit, *Einfluss* oder das Gefühl wichtig zu sein, *Bedürfnisbefriedigung und Austausch* sowie *geteilte emotionale Verbundenheit*.

Kritik an den Untersuchungen zum PSOC bezieht sich auf deren individualistische Orientierung, die fehlende Unterscheidung zwischen der Wahrnehmung der Charakteristika eines Gemeinwesens und der persönlichen Einstellung zum Gemeinwesen und auf die Vermischung sozialer und räumlicher Aspekte.

Identifikation mit der eigenen Gemeinde

Eine umfangreiche qualitative Studie von Hedges & Kelly (1992) in Großbritannien erbrachte ein differenziertes Bild der Identifikation mit der eigenen Gemeinde. Die Untersuchung erfolgte im Auftrag der "Local Government Commission" im Rahmen einer Reform der Kommunalverwaltungen. In 10 nach unterschiedlichen Kriterien ausgewählten Orten (Region, Größe, Stadt-Land, neue und historische Städte) wurden insgesamt 20 nach einem Quotensystem zusammengesetzte "Focus-Gruppen" mit je 10 - 15 Teilnehmern gebildet und einem umfangreichen Gruppeninterview unterzogen.

Es stellte sich heraus, dass die Teilnehmer mehrere einander überlappende "Stadtpläne" ihrer Gemeinde besaßen: einen "konzeptuellen Stadtplan", durch den eine Gemeinde für die Bewohner und andere identifizierbar wurde, einen "sozialen Stadtplan", der durch Beziehungsmuster bestimmt war und einen "biographischen Stadtplan", der in einigen Fällen mit einer engen Bindung an die eigenen Wurzeln verbunden war. Das öffentliche Image ihrer Gemeinde war ihnen wohlvertraut, sie fühlten sich durch kulturelle und sprachliche Gemeinsamkeiten verbunden, wobei auch lokale Traditionen und Ortsrivalitäten eine Rolle spielten. Sowohl innerhalb einer Gemeinde als auch zwischen den Gemeinden wurden große Unterschiede gefunden, wobei mit kleineren Orten überwiegend eine größere Iden-

tifikation bestand. Einzelne Gemeinden wurden entweder durch hervorstechende physische Besonderheiten oder aufgrund einer lokalen Tradition als einzigartig erlebt.

Puddifoot (1996) unterscheidet in einer umfangreichen Literaturübersicht drei Forschungsstränge in der Wahrnehmung und Beurteilung von Gemeinden durch ihre Bewohner: Umweltpsychologische Untersuchungen zur Ortsidentität, gemeindepsychologische Untersuchungen zum Sense of Community und Bewohnerbefragungen zur Gemeindefriedenheit.

Die Übersicht ergab ein differenziertes Bild von insgesamt 14 für derartige Gemeindebefragungen relevanten Dimensionen:

- Wahrnehmung der Gemeinde durch die Bewohner:
 1. Grenzen und örtliche bzw. bauliche Besonderheiten
 2. soziokulturelle Besonderheiten
 3. Ausmaß physischer Einzigartigkeit
 4. Ausmaß soziokultureller Einzigartigkeit
 5. besonderer Charakter der Gemeinde
- Beziehung zum Ort
 6. Eigener Bezug/Zugehörigkeitsgefühl/emotionale Verbindung zum Ort
 7. Eigener Bezug/Zugehörigkeitsgefühl/emotionale Verbindung zu soziokulturellen Gruppen/Formen
 8. Wahrnehmung des Ortsbezugs anderer Bewohner
 9. Wahrnehmung des Bezugs anderer zu soziokulturellen Gruppen/Formen
- Identifikation und Bewertung
 10. Gründe für die eigene vorhandene oder fehlende Identifikation mit der Gemeinde
 11. Art der eigenen Orientierung zur Gemeinde
 12. Bewertung der Qualität des Gemeindelebens
 13. Wahrnehmung der Bewertung der Qualität des Gemeindelebens durch andere
 14. Bewertung der Funktion der Dienstleistungsangebote in der Gemeinde.

Gesundheitsfördernde Technikgestaltung

Der Verein Deutscher Ingenieure (VDI) definiert als Ziel der Technik, "die menschlichen Lebensmöglichkeiten durch Entwicklung und sinnvolle Anwendung technischer Mittel zu sichern und zu verbessern" (VDI-Richtlinie 3780: "Technikbewertung – Begriffe und Grundlagen") – eine Definition, die durchaus als Auftrag zur Gesundheitsförderung verstanden werden kann.

Eine Theorie und Praxis salutogenetischer Technikgestaltung muss noch ausgearbeitet werden, obwohl es dazu zum einen in der *Ergonomie* und Arbeitspsychologie Ansatzpunkte gibt und zum anderen viel Erfahrungswissen und hervorragende Modelle im Gestaltungsbereich bestehen (z.B. die Bauhauswerkstätten in Weimar und Dessau und die Hochschule für Gestaltung in Ulm).

Unter salutogenetischer Perspektive sind hier drei Aspekte bedeutsam:

- Der sozialökologische Gesundheitsbegriff umfasst mehr und andere Dimensionen als die ergonomische Funktionalität von Technik.
- Über die ergonomische Gestaltung von Gebrauchsgegenständen und Arbeitsmitteln hinaus sind Settingansätze erforderlich.
- Als Strategie sollte schon in der Entwurfsphase und im gesamten Entwicklungszyklus ein nutzerorientierter partizipativer Ansatz der Technikentwicklung praktiziert werden.

2.3.7 Bilanz

Ein Wirksamkeitsnachweis für die behandelten Gesundheitsressourcen ist aus theoretischen und methodischen Gründen – u.a. wegen der Komplexität der beteiligten salutogenetischen Prozesse und der Subjektivität des Wohlbefindens – mit den klassischen Methoden der Epidemiologie noch ungleich schwieriger zu erbringen als bei Schadstoffen und Risikofaktoren. Die Wirksamkeitsbelege entstammen unter anderem einer Fülle von Einzelbeobachtungen und Einzelfallanalysen, die der Kontextabhängigkeit der salutogenetischen Prozesse eher gerecht werden als statistische Mittelwertbildungen. Gesundheitsressourcen besitzen aus den genannten Gründen zwar nicht die gleiche gesellschaftliche

und rechtliche Durchschlagkraft wie messbare Risikofaktoren, trotzdem handelt es sich um wissenschaftlich fundierte Wirkfaktoren, die ein großes und bisher kaum ausgeschöpftes Potential für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen darstellen.

Zu den einzelnen Bereichen ergibt sich aus unserer Sicht folgende Bewertung:

- Die körperlichen Gesundheitsressourcen werden durch die Popularität des Leistungssports und die milieuzufisiche Attraktivität des Fitnessstrainings im gesellschaftlichen Bewusstsein einseitig im Zusammenhang mit Leistung gesehen. Der moderne Lebensstil und die Dominanz technischer Medien führt aber zu einem zunehmenden Verlust an sinnlich-leibgebundener Erfahrung. Die "leibhaftige Erfahrung" als unverzichtbare Gesundheitsressource erfordert deshalb in allen Lebensbereichen eine gezielte Förderung.
- Die personalen Gesundheitsressourcen beanspruchen im Zuge der "Psychologisierung" gesellschaftlicher Probleme eine breite öffentliche Aufmerksamkeit. Wir halten die darin zum Ausdruck kommende Sicht auf das Individuum insofern für gefährlich, als diese Sicht die strukturellen Bedingungen der Gesundheit unterschlägt. Die Fragebogenforschung zu einzelnen als stabil angesehenen "Persönlichkeitseigenschaften" ist nach unserer Auffassung unter salutogenetischer Perspektive von sehr beschränktem Wert. Unverzichtbar sind dagegen dynamische Entwicklungskonzepte sozialer Kompetenzen wie das Empowerment-Konzept, das in unterschiedlichen Kontexten handlungsanleitend sein kann.
- Gesundheitsressourcen in Verhalten und Lebensweisen werden unterschiedlich bewertet: Verhalten und Verhaltensmodifikation besitzen in der Gesundheitsförderung ihren festen Platz in individuumszentrierten Präventionsprogrammen, sind aber für an den Lebensbedingungen ansetzende Strategien von untergeordneter Bedeutung. Das Konzept der Lebensweisen oder Lebensstile umfasst die Nahtstelle zwischen strukturellen und personalen Aspekten menschlichen Handelns. Darüber hinaus werden nicht ein Einzelverhalten, sondern ganze Ensembles von Verhaltensweisen angesprochen. Insbesondere im Zusammenhang mit dem Ziel nachhaltiger Entwicklung liegt hier ein Schlüsselproblem der Zukunftsgestaltung.
- Lebensbedingungen und Lebensphasen sind zentrale Konzepte für die salutogenetische Perspektive und zugleich Eingriffsbereiche für Gesundheitsförderung.
- Die Gestaltung der natürlichen, baulichen und technischen Umwelt ist bisher noch wenig unter explizit salutogenetischer Perspektive erfolgt. Hier sehen wir ein großes Innovationspotential.

2.4 Theorien der Gesundheit und Gesundheitsförderung

2.4.1 Übersicht

Die im folgenden Abschnitt behandelten Theorieansätze enthalten aus unterschiedlicher Perspektive Hypothesen zur zentralen Fragestellung der salutogenetischen Perspektive: *Wie entsteht Gesundheit?* (Antonovsky 1997). In 2.3 wurden Gesundheitsressourcen, d.h. fördernde Einflussfaktoren auf den Gesundheitsprozess, auf verschiedenen Ebenen behandelt. Im vorliegenden Abschnitt 2.4 stellt sich die Frage nach dem Zusammenwirken dieser Faktoren und nach Theorien über mögliche Wirkmechanismen.

Abgesehen von der Betonung salutogenetischer Einflussfaktoren sind die bekannten Theorieansätze zu Gesundheit und Gesundheitsförderung nach ihren Inhalten, Modellannahmen, ihrer formalen Stringenz, Reichweite und empirischen Evidenz äußerst vielfältig.

Eine wichtige Unterscheidung bezieht sich auf die Eingriffsebene der Theorie. Hier lassen sich 3 Ebenen unterscheiden:

- Gesundheitstheorien beziehen sich auf die Entwicklungsbedingungen von Gesundheit.
- Theorien des Gesundheitsverhaltens bzw. -handelns beziehen sich auf bewusste Handlungsweisen, die den Erhalt von Gesundheit zum Ziel haben.
- Theorien der Gesundheitsförderung beziehen sich auf die Wirkung von Interventionen und Programmen zur Gesundheitsförderung.

2.4.2 Das Muster der Pathogenese-Modelle

Modelle der Krankheitsentstehung folgen einem gleichbleibendem Muster. Am deutlichsten ist dies schon in der klassischen Theorie der Infektionskrankheiten enthalten: Ein krankmachendes Agens trifft auf einen Wirt mit einer bestimmten ererbten oder erworbenen Disposition und verursacht dort eine Infektion. Noxen sind hier insbesondere Bakterien und Viren. Schon hier wird ein Mangel der Krankheitstheorie deutlich: Nicht jede Infektion führt auch zu manifesten Erkrankungen. Individuelle und soziale Schutzfaktoren spielen eine erhebliche Rolle für die Erkrankungswahrscheinlichkeit. Die sozialen Ressourcen "Wohlstand und Bildung", die Virchow anlässlich der Choleraepidemie vor über 150 Jahren als Schutzfaktoren identifizierte, können als einer der markanten Meilensteine in der Entdeckung der salutogenetischen Perspektive bezeichnet werden.

Das Noxenmodell der "umweltbedingten Krankheiten" stellt eine spezifische Variante dieses Musters dar: Im Idealmodell der Umweltkrankheiten wird angenommen, dass ein spezifischer (anthropogener) Umweltfaktor zu einer spezifischen Erkrankung führt. Für toxische Substanzen wird eine Dosis-Wirkungs-Beziehung angenommen, auf der die Festlegung von Grenzwerten beruht.

Dieses Modell erfährt bei einer differenzierteren Betrachtung einige Variationen (vgl. TAB-Tätigkeitsbericht 1998, S. 25 ff.):

- Multi-Noxenmodell: Viele Faktoren führen zu einem relativ spezifischen Krankheitsbild.
- Multi-Mini-Noxenmodell: Viele niedrig dosierte toxische Schadstoffe verursachen ein multiples Krankheitsgeschehen ("Syndrom"), wobei allerdings somatische, psychosomatische und psychische Wirkungen und Bewertungsaspekte (Attributionen) oft nicht auseinandergehalten werden können.
- Immunologisches Modell: Ein Antigen wirkt als Schadstoff und erzeugt eine Allergie im Sinne einer Immunantwort des Körpers, wobei Dosis-Wirkungs-Beziehungen – anders als im toxischen Modell – nicht berechenbar sind.

Auch Risikofaktoren- und Stressmodelle sind eine Erweiterung des Krankheitsmodells: Eine oder mehrere auslösende Ursachen bzw. Risiken führen zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Krankheit. Allerdings werden moderierende Bedingungen wie interne und externe Bewältigungsstrategien in das Modell integriert.

Als Kritik lässt sich konstatieren, dass diese Annahmen in der Realität vielfach gebrochen sind: Toxizität ist zumeist äußerst schwierig wissenschaftlich nachzuweisen; psychische Faktoren der Interpretation und Bewertung überformen häufig somatische Erscheinungen; Umwelteinflüsse wirken zumeist nicht krankheitsspezifisch, sondern können viele Organsysteme betreffen (einschließlich des Nervensystems) und vielfältige Erscheinungen ("Syndrome") verursachen.

Die großen Unsicherheiten bei der theoretisch klaren Erfassung umweltbedingter somatischer und psychischer Störungen (vgl. TAB-Tätigkeitsbericht 1998, S. 25 ff. und Preuss 1997) sprechen dafür, dass Interventionen nicht nur bei nachweisbarer "Gesundheitsgefahr" erfolgen sollten, sondern dass als Zielvorgaben für vorsorgende Maßnahmen auch "weichere" Indikatoren des salutogenetischen Modells wie Beeinträchtigungen, Belästigungen, Belastungen, Minderungen des Wohlbefindens und der Lebensqualität als legitime Interventionsgründe anerkannt werden. Eine rechtliche Legitimation fehlt aber bisher im Regelfall. Anders als das Recht auf körperliche Unversehrtheit ist ein Recht auf Lebensqualität kaum "justitiabel".

Die Mehrzahl der Theorieansätze zur Salutogenese bedient sich nicht nur bezüglich der Grundlagen und Einflussgrößen sondern auch in der Theoriebildung eines in der Struktur identischen Modells. Die vereinfachte Annahme lautet: Wie es Noxen (unterschiedlich nach Art, Stärke und Mischungsverhältnis) gibt, die Krankheit bewirken, gibt es auch Faktoren bzw. Faktorenkombinationen, die "Gesundheit" bewirken.

Hier tun sich allerdings Fragen auf: Sind dies andere Faktoren, als die für Krankheit verantwortlichen? Enthalten nicht die differenzierten Pathogenese-Modelle seit den klassischen Theorien der Infektionskrankheiten auch die Annahme schützender, "salutogener" Lebens- und Umweltbedingungen? Lässt

sich dementsprechend überhaupt eine Grenze ziehen zwischen pathogenetischen und salutogenetischen Modellen?

2.4.3 Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen von Gesundheit

Der Übergang von Alltagsvorstellungen über Gesundheit und Krankheit zu wissenschaftlichen Theorien ist fließend, wobei wissenschaftliche Theorien und Alltagskonzepte sich wechselseitig beeinflussen. Die Erforschung subjektiver Gesundheitskonzepte und -theorien ist inzwischen zu einem eigenständigen Forschungsfeld geworden.

Unter subjektiven Gesundheitskonzepten werden die persönlichen Auffassungen und Definitionen von Gesundheit verstanden. Von subjektiven Theorien wird gesprochen, wenn auch die persönlichen Sichtweisen über Ursachen und Kontextbedingungen erfasst werden. Untersuchungen zu *subjektiven Theorien* stehen im deutschen Sprachraum in einer auf Scheele & Groeben (1984) zurückgehenden Forschungstradition, in der vom "reflexiven Subjekt" als Gegenstand psychologischer Forschung ausgegangen wird.

Eine alternative Forschungstradition, die sich bis auf Emile Durkheim zurückverfolgen lässt, spricht im gleichen Zusammenhang von *sozialen Repräsentationen*. Soziale Repräsentationen beschreiben die symbolischen Strukturen oder kognitiv-emotionalen "Landkarten", in denen soziale Gruppen (soziale Milieus, Berufsgruppen, Gesellschaftssegmente) Ausschnitte aus der Realität oder Phänomene wie Gesundheit und Krankheit konzeptualisieren, wobei auch die Unterschiede dieser Repräsentationen bei Einzelpersonen und Gruppen bedeutsam sind (s. Moskovici 1998).

Seit der klassischen Studie von Herzlich (1973) hat sich die empirische Ermittlung subjektiver Konzepte bzw. sozialer Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit zu einem eigenen Forschungsfeld entwickelt (s. Faltermaier 1994b, Flick 1998a, 1998b), wobei sowohl quantitative Erhebungen an großen Stichproben als auch intensive qualitative Erhebungen kleiner Gruppen durchgeführt wurden. Die Ergebnisse sind in Tab. 2.4-1 zusammengefasst.

Nach der Übersicht von Faltermaier (1994b) sind die Gesundheitskonzepte von Erwachsenen verschiedener Altersgruppen sehr differenziert, wobei sich in verschiedenen Untersuchungen immer wieder vier Typen oder Dimensionen von Gesundheit ergaben:

1. Gesundheit als *Abwesenheit von Krankheit* (geschätzte Verbreitung aufgrund verschiedener Erhebungen ca. 13%): Hier wird Gesundheit nicht als eigene Qualität erlebt. Erst das Auftreten von Beschwerden oder Krankheit schafft ein Bewusstsein für den vorher für selbstverständlich angenommenen Gesundheitszustand.
2. Gesundheit als *Energiereserve* (Verbreitung ca. 28%): Die gesundheitliche Energie oder Widerstandskraft wird als angeborenes oder erworbenes Potential angesehen, das im Laufe des Lebens zu- oder abnehmen kann.
3. Gesundheit als *Gleichgewicht oder Wohlbefinden* (Verbreitung ca. 40%): Körperliches und seelisches Wohlbefinden gehören ebenso wie Ausgeglichenheit und Lebensfreude zu dieser Form der Gesundheit.
4. Gesundheit als *funktionale Leistungsfähigkeit* (Verbreitung ca. 30%): Hier ist vor allem die Arbeitsfähigkeit gemeint, aber auch die Erfüllung alltäglicher Rollenverpflichtungen.

Diese Gesundheitskonzepte schließen einander nicht aus, d.h. eine Person kann gleichzeitig mehrere Gesundheitskonzepte für sich als zutreffend angeben. Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit und als funktionale Leistungsfähigkeit finden sich tendenziell häufiger in den unteren sozialen Schichten, Gesundheit als Gleichgewicht oder Wohlbefinden wird eher von Frauen und von Menschen mittleren Alters angegeben, während Männer, aber auch alte Menschen bevorzugt Gesundheit als Leistungsfähigkeit angeben.

Tab. 2.4-1: Laienvorstellungen von Gesundheit – drei Dimensionen
(nach Herzlich 1973, Übersetzung von Faltermaier 1994a, S. 105)

	<i>Gesundheit als Vakuum</i>	<i>Reservoir an G e- sundheit</i>	<i>Gesundheit als Gleich e- wicht</i>
Inhalt	Sein ein positiv bestimmter Inhalt fehlt	Haben Robustheit und Stärke Widerstandspotential gegenüber äußeren Einflüssen	Tun - körperliches Wohlbefin- den - gute Stimmung - Aktivität - gute Beziehung zu ande- ren
Beziehung zur Person	unpersönliche Tatsache alles oder nichts	- persönliches Merkmal - meßbar, stabil, veränderbar - sekundär bewußt	- persönliche Norm - alles oder nichts - unmittelbar bewußt
Beziehung zu anderen Formen		Grundlage von Ge- sundheit als Gleich- gewicht	basiert auf Reservoir an Gesundheit
Beziehung zur Krankheit	wird durch Krankheit zer- stört	Widerstand gegen Krankheit	Störungen werden assimi- liert

Die Erforschung subjektiver Gesundheitskonzepte in der Bevölkerung ist für sich genommen eine wichtige Aufgabe zur theoretischen Fundierung der Gesundheitsförderung, weil diesen Konzepten eine handlungsleitende Funktion für eine gesundheitsförderliche Lebensweise zugesprochen wird und weil sie Ansatzpunkte für gezielte Gesundheitsfördermaßnahmen liefern können. Darüber hinaus ist es für die folgenden Darstellungen wichtig, die Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen subjektiven Theorien und den gesundheitswissenschaftlichen Theorieansätzen zu beachten.

2.4.4 Bedürfnis-Ressourcen-Theorien

Die Ottawa-Charta bezeichnet Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, eine intakte Umwelt, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit als "grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit". Wenn wir unter ökopsychologischer Perspektive Gesundheit allgemein gesprochen als Ergebnis eines *Austauschs zwischen Mensch und Umwelt* betrachten, wird deutlich, dass

- aufseiten des Individuums grundlegende *Bedürfnisse* bestehen, deren Befriedigung Gesundheit erst ermöglicht und
- aufseiten der Umwelt grundlegende *Ressourcen* bereitgestellt werden müssen, damit die Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse gewährleistet ist.

Die volle Befriedigung aller Bedürfnisse ist grundsätzlich nicht möglich, weil die Ressourcen begrenzt sind und weil verschiedene Bedürfnisse (z.B. die Bedürfnisse nach Abhängigkeit und Autonomie) einander widersprechen. Jedes länger dauernde Fehlen von Befriedigungsmöglichkeiten für einzelne Grundbedürfnisse führt jedoch zu schweren Störungen der körperlich-seelischen Gesundheit bzw. zum Tode. Auf der anderen Seite kann exzessive und einseitige Befriedigung eines Bedürfnisses auf Kosten anderer Bedürfnisse gehen und gesundheitsschädliche Auswirkungen haben.

Bedürfnis-Ressourcen-Theorien der Gesundheit setzen schwerpunktmäßig entweder bei den Bedürfnissen oder bei den Ressourcen an. Theoretisch ist es jedoch bedeutsam, den Austausch-Charakter, d.h. die Komplementarität von Bedürfnissen und Ressourcen zu beachten.

Theorie der menschlichen Bedürfnisse

Von großem Einfluss auf die Theorie der Gesundheit war die Motivationstheorie von Abraham Maslow (1981). Als Anhänger der Humanistischen Psychologie kritisierte Maslow die traditionellen Motivationstheorien, weil sie menschliche Bedürfnisse reduktionistisch mit biologischen Konzepten verknüpfen. Zur Korrektur dieser Sichtweise formulierte er eine Theorie der Motivation, die menschliches Handeln aus einer Stufenfolge oder Hierarchie von Grundbedürfnissen ableitet. Maslow unterscheidet insgesamt fünf grundlegende Stufen von Bedürfnissen:

1. *Physiologische Bedürfnisse*: Bedürfnis nach Luft, Wärme, Nahrung, Bewegung und Entspannung, sexueller Befriedigung, Raum, Schlaf, Schutz vor Lärm, Schmerz, körperlicher Unversehrtheit.
2. *Sicherheitsbedürfnisse*: Bedürfnis nach Sicherheit, Stabilität, Geborgenheit, Schutz, Angstfreiheit, Struktur, Ordnung, Gesetz, Grenzen.
3. *Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Liebe*: Bedürfnis nach Partnerschaft, engen familiären und außerfamiliären Bindungen, Liebe, Freundschaft, sozialer Eingebundenheit.
4. *Bedürfnis nach Achtung*: Bedürfnis nach Selbstachtung und Achtung durch andere in bezug auf die eigene Person, eigenen Leistungen und Kompetenzen, Aufmerksamkeit, Respekt, Würde, Prestige, Status, Dominanz, Macht, Ruhm.
5. *Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung*: Bedürfnisse nach Entwicklung der eigenen Möglichkeiten, Entfaltung der Persönlichkeit, Kreativität, Hingabe an ein höheres Lebensziel, Verwirklichung von Idealen, Sinnfindung, Spiritualität.

Als weitere Bedürfnisse erwähnt Maslow – ohne auf ihre Zuordnung zur Bedürfnishierarchie einzugehen – das *Verlangen nach Wissen und Verstehen*, das sich in Neugier, Wissensdrang und Erklärungsbedürfnis äußert, und *ästhetische Bedürfnisse*, die sich äußern in dem Verlangen nach Schönheit, Symmetrie, Schmuck, Kunst- und Naturerleben.

Maslow verbindet mit seiner Motivationstheorie zwei Thesen:

- Die Motive stellen eine hierarchische Stufenleiter dar: Die Bedürfnisse höherer Stufen können erst aktualisiert werden, wenn die Bedürfnisse der vorausgehenden Stufen nicht mehr nach Befriedigung drängen. (Brecht formuliert diese These in der Dreigroschenoper drastischer: "Erst kommt das Fressen, dann kommt die Moral.")
- Gesundheit entsteht durch "höherstehende" Bedürfnisbefriedigung: Die fünf Stufen der Bedürfnishierarchie stellen damit zugleich eine "Skala zunehmender psychologischer Gesundheit" dar.

Maslow nahm den Ansatz der Salutogenese voraus, indem er forderte, die Forschung solle sich nicht auf Persönlichkeitsstörungen und abweichendes Verhalten sondern auf "selbstverwirklichende Menschen" konzentrieren. Seine Forschungen mit bedeutenden historischen Persönlichkeiten und Probanden auf der Stufe der "Selbstverwirklichung" verstand er ausdrücklich als "Untersuchung psychologischer Gesundheit".

Maslows Motivationstheorie wurde vielfach kritisiert wegen der willkürlich erscheinenden Festlegung auf 5 Bedürfnisstufen, der umstrittenen Generalisierbarkeit einer Hierarchie der Bedürfnisse und vor allem wegen der Vernachlässigung objektiver Lebensbedingungen. Auf der anderen Seite hat seine Theorie gemeinsam mit anderen Ansätzen der Humanistischen Psychologie einen zeitgeschichtlichen Trend des Wertewandels und modernen Lebensstils vorweggenommen (s. "Selbstverwirklichungsmilieu" unter 2.3.4). In der Psychologie hat sie wichtige Impulse gegeben zur Überwindung biologistischer Motivationstheorien und übt bis heute einen starken Einfluss auf Konzepte der Lebens- und Arbeitszufriedenheit aus, der vielleicht am deutlichsten in der Organisationsentwicklung und in organisationspsychologischen Programmen zur *Humanisierung der Arbeit* nachweisbar ist.

Eine theoretische Synthese der gesamten – auch philosophischen – Literatur über menschliche Bedürfnisse wurde von Gasiet (1981) vorgelegt. Im Gegensatz zu Maslow geht Gasiet nicht von einer hierarchischen Ordnung der Bedürfnisse aus. Inhaltlich unterscheidet er vier Gruppen von Bedürfnissen, die weitgehend mit der Einteilung von Maslow übereinstimmen:

1. physiologische Bedürfnisse (einschließlich der Sicherheitsbedürfnisse)
2. Bedürfnisse nach zwischenmenschlichen Beziehungen
3. Bedürfnisse nach sozialer Anerkennung
4. Bedürfnisse nach Sinngebung.

Diese Grundbedürfnisse kommen bei den meisten menschlichen Tätigkeiten in unterschiedlicher Kombination ins Spiel, etwa wenn ein gemeinsames Essen gleichzeitig der Nahrungsaufnahme, der

Vertiefung zwischenmenschlicher Beziehungen, der Selbstdarstellung des Gastgebers und der Gäste und möglicherweise auch der Sinnggebung dient.

Für Gasiet ist die Unterscheidung zwischen den für ein menschenwürdiges Leben objektiv notwendigen und den vom einzelnen bewusst wahrgenommenen Bedürfnissen besonders wichtig:

"Menschliche Bedürfnisse werden ... als *objektive Notwendigkeiten* für ein menschlich-erträgliches und menschenwürdiges Leben betrachtet, die unabhängig davon bestimmt werden können, ob oder wie weit sich die Menschen ihrer bewusst sind. Da die Bedürfnisse verdrängt und unterdrückt werden und unter Umständen einfach unbeachtet bleiben können, sind sich die Menschen ihrer objektiv bestehenden Bedürfnisse stets nur teilweise und lückenhaft bewusst. Sie können aber gegebenenfalls stets ins Bewußtsein gelangen, wenn auch oft auf verzerrte und unklare Weise. Es geschieht vor allem in individuellen und sozio-historischen '*Krisensituationen*', daß normalerweise verdrängte, unterdrückte oder unbeachtete Bedürfnisse bewusst erkannt werden." (Gasiet 1981, S. 10 f.)

Die Rolle von Krisensituationen bei der Aktualisierung zuvor vernachlässigter Bedürfnisse ist von Bedeutung für die später behandelten Entwicklungstheorien (s. 2.4.6).

Basisressourcen der Gesundheit

Für Modelle der Gesundheitsförderung ist der Bedürfnissatz bedeutsam, weil den Grundbedürfnissen des Individuums Möglichkeiten oder Ressourcen zu ihrer Befriedigung auf seiten der Umwelt entsprechen müssen. Der Präventionstheoretiker G. Caplan hat auf der Grundlage dieser Überlegungen ein Konzept zur langfristigen Prävention seelischer Krankheiten entwickelt, das gleichermaßen als Konzept der Gesundheitsförderung angesehen werden kann. Für den Erhalt seelischer Gesundheit sind drei Ebenen von *Basisressourcen* erforderlich, die ein Gemeinwesen jedem einzelnen Bürger garantieren muss (s. Caplan & Grunebaum 1977):

1. Die *physikalisch-biologischen Ressourcen* beziehen sich auf ausreichende Nahrung, Wohn- und Lebensraum, angemessene sensorische Stimulation, Schutz vor körperlichen Schäden durch Umwelteinflüsse und medizinische Versorgung. Hier setzen die Maßnahmen des Umweltschutzes und der Gesundheitsvorsorge im Wohn- und Arbeitsbereich an.
2. Die *psychosozialen Ressourcen* umfassen die Voraussetzungen für eine gute emotionale und kognitive Entwicklung, wozu insbesondere eine möglichst stabile Interaktion mit den im Lebenszyklus wichtigen Bezugspersonen gehört. Hierzu zählen die gesellschaftlichen Voraussetzungen für die Entwicklung stabiler Vater-Mutter-Kind-Beziehungen, aber auch Nachbarschafts-, Altersgenossen- und Partnerbeziehungen, ebenso alle Vorkehrungen, die der sozialen Isolation einzelner oder ganzer Gruppen, etwa der Alten, Kranken, Behinderten, entgegenwirken.
3. Die *sozioökonomischen und soziokulturellen Ressourcen* umfassen einerseits die gesellschaftlich zur Verfügung gestellten Chancen zur "Entfaltung der Persönlichkeit", wie Bildungssystem, System der sozialen Sicherheit, Gesundheitssystem, Arbeitsplatz und Wohnung einschließlich der Möglichkeit zur politischen Mitbestimmung über die eigenen Lebensbedingungen. Andererseits gehören hierzu auch die in einem Gemeinwesen bzw. Gesellschaftssystem geteilten Werte und Normen, z. B. bezüglich Sinnggebung, Glück, Gesundheit und Krankheit, Definition von Benachteiligungen und Ausgrenzungen.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass Ressourcenmangel und die damit verbundenen Grenzen der Bedürfnisbefriedigung abhängig sind von der historischen Entwicklung einer Gesellschaft, d.h. vom verfügbaren "natürlichen Reichtum", dem Stand der gesellschaftlich-technischen Entwicklung, der sozialen Gerechtigkeit bei der Macht- und Güterverteilung und den sie absichernden sozialen Normen. Da die Ressourcen in jedem Fall begrenzt sind, steht die Bedürfnisbefriedigung des einzelnen in Konkurrenz mit anderen Individuen. Während unsere Verfassung von der Wertvorstellung einer Chancengleichheit bezüglich der Basisressourcen ausgeht, ist die gesellschaftliche Realität von Ungleichverteilung an Macht und Ressourcen geprägt, die sich u.a. in den stärkeren gesundheitlichen Belastungen sozial Benachteiligter niederschlägt.

Der Behavior-Settings-Ansatz

In der Architektur und Stadtplanung findet sich eine lange Tradition von Erfahrungswissen, aber auch von theoretischen Ansätzen zur Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Umwelt (Übersicht s. Ro-

denstein 1988). Durch die Entstehung einer eigenständigen Umwelt- bzw. Ökopsychologie werden diese Ansätze zunehmend auch mit sozialwissenschaftlichen Theorien und Methoden verbunden. Die Gestaltung der gebauten Umwelt unter Berücksichtigung lebensraumbezogener Bedürfnisse wird unter 2.3.6 behandelt. In diesem Abschnitt wird beispielhaft der *Behavior-Setting-Ansatz* dargestellt wegen seiner theoretischen Bedeutung für die – weiter gefassten – Setting-Ansätze in der Gesundheitsförderung.

Die von Caplan & Grunebaum (1977) herausgestellten Basisressourcen sind in Bezug auf Orte, Zeiten und Gegebenheiten nicht näher spezifiziert und bieten damit wenig Ansatzpunkte für konkrete Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Demgegenüber geht das Gesundheitsförderungsprogramm der WHO von einem sozialräumlichen Setting-Ansatz aus (healty cities, gesundheitsförderliche Betriebe, Krankenhäuser, Schulen). Ziel des Setting-Ansatzes ist es, unterstützende Umwelten (supportive environments) zu gestalten, so dass sie durch ausreichende Ressourcen für die Bedürfnisbefriedigung zur Gesundheitsförderung beitragen.

Angesichts des vielfach benutzten, aber nur vage definierten Setting-Begriffs der WHO ist es nützlich, auf seine ursprüngliche theoretische Ausformulierung durch Roger Barker, einen der Begründer der Ökologischen Psychologie, und auf die lange Forschungstradition des Behavior-Settings-Ansatzes zurückzugreifen (Übersicht s. Kaminski 1986).

Behavior-Settings als grundlegende Untersuchungseinheiten der ökologischen Psychologie (nach Barker vergleichbar mit den Zellen in der Biologie) wurden in einer Gemeindestudie als "psychologische Habitats" von Kindern untersucht. Behavior Settings stellen nach Barker (1968) Miniatur-Sozialsysteme (miniature social systems) dar, in denen personunabhängige Verhaltensmuster untrennbar mit zeitlichen, dinglichen und sozialräumlichen Kontextbedingungen verbunden sind. Er postuliert eine "synomorphe" Beziehung zwischen den konstanten Verhaltensmustern und dem zeitlich-örtlich-sozialen Milieu eines Behavior-Settings: Ort und Zeit, materielle Objekte, Teilnehmer, Akteure (operators), und deren wiederkehrende Verhaltensmuster bilden eine funktionale Einheit.

Beispiel für ein Behavior-Setting

"Ein in irgendeinem Ort stattfindendes Skatturnier wäre – im Sinne von Barker – ein 'Behavior Setting', oder das Jahresfest einer bestimmten Grundschule, aber auch das Alltagsgeschehen an einem bestimmten Zeitungskiosk, oder eine Protestkundgebung gegen das Schließen eines bestimmten Industriebetriebs. – Gemeinsam ist allen Beispielen – denen hundert andere hinzugefügt werden könnten –, daß sich 'Alltagsgeschehen' jeweils innerhalb eines bestimmten räumlich-materiellen 'Milieus', und zwar im Prinzip öffentlich, abspielt, zudem innerhalb ausgrenzbarer Zeiträume. In jedem dieser Behavior Settings herrschen bestimmte charakteristische Verhaltensmuster vor, die von den Teilnehmern gleichsam wie nach einem Programm erfüllt werden, wobei es weitgehend gleichgültig ist, welche Individuen im einzelnen die auf das jeweilige Milieu abgestimmten Verhaltensmuster produzieren." (Kaminski 1986, S. 10)

In frühen Arbeiten der Barker-Schule wurde zunächst ein aufwendiges methodisches Inventar entwickelt, um Behavior-Settings zu identifizieren, von einander abzugrenzen und bezüglich verschiedener Attribute zu beschreiben (*Behavior Setting Survey*). Später wurden Behavior-Settings als homöostatische Systeme beschrieben, deren "quasi-stationäres Gleichgewicht" durch zielbezogene, programmbezogene und stabilitätsbezogene Regulationsprozesse erreicht wird. (Barker 1968)

Das *Behavior Setting Survey* besteht aus folgenden Schritten:

1. Zunächst wird die räumliche Einheit oder das *Habitat* bestimmt, auf das sich die Setting-Analyse beziehen soll, z.B. Stadt, Stadtteil, Krankenhaus, Schule. (Die Settings der Gesundheitsförderprogramme sind in dieser Terminologie Habitats bzw. Metasettings, die sich aus einer jeweils zu ermittelnden Vielzahl von Behavior-Settings zusammensetzen.)
2. Anschließend werden die im Habitat vorkommenden Behavior-Settings durch "sensible Beobachtungsmethoden" ermittelt. Das geschieht durch Dokumentation aller Synomorphe aus konstanten Verhaltensmustern und zeitlich-räumlich-sozialen Milieus, Testen auf Überschneidungen und Zusammenfassung gleichartiger Synomorphe. Ein iterativer Analyseprozess soll zu einer erschöpfenden, nicht redundanten Liste aller Behavior-Settings des untersuchten Habitat führen.

3. Schließlich werden die einzelnen Behavior-Settings bezüglich ihrer Auftretenshäufigkeit, Dauer, Art, Anzahl und Rollen der beteiligten Personen und Art der auftretenden Verhaltensmuster beschrieben, wobei die jeweilige Fragestellung von Bedeutung ist.

Die methodischen Anweisungen und der Aufwand der ursprünglichen Setting-Analyse sind so umfangreich, dass eine Reihe von Vereinfachungsvorschlägen gemacht wurden, die sich einerseits auf eine Vorauswahl bekannter Settings beziehen und zum anderen die große Anzahl von Beschreibungsdimensionen auf 9 faktorenanalytisch ermittelte Dimensionen reduzieren.

Ausgedehnte vergleichende Behavior-Setting-Analysen liegen vor allem für eine amerikanische und eine englische Kleinstadt vor, wobei auch Veränderungen bei einer Erhebungswiederholung nach ca. 10 Jahren erfasst wurden. Es konnte u.a. nachgewiesen werden, dass die Vielfalt der Settings im genannten Zeitraum mehr als doppelt so stark zugenommen hatte als die Bevölkerung. Das Ergebnis wurde als Zuwachs an urbaner Lebensqualität im Sinne von mehr Wahlmöglichkeiten für die Bewohner interpretiert. Darüber hinaus liegen Analysen von Wohngebieten, öffentlich geförderten Wohnprojekten, Kasernen, einer Rehabilitationsklinik und Dienstleistungsbetrieben wie Supermärkten, Einkaufsläden, Arzt- und Rechtsanwaltspraxen vor.

Zur Bewertung des Ansatzes für Zielsetzungen der Gesundheitsförderung muss zunächst berücksichtigt werden, dass die Arbeiten der Barker-Schule vordringlich der ökologisch-psychologischen Grundlagenforschung dienen. Die für die Gesundheitsförderung zentrale Frage nach unterschiedlichen Unterstützungsqualitäten einzelner Settings wird in diesem Zusammenhang nicht gestellt. Die bisherigen Versuche, aus den Untersuchungen eine Behavior-Setting-Methode zur verbesserten Umweltgestaltung zu entwickeln, sind wenig überzeugend.

Von Interesse sind hier unterschiedliche Weiterentwicklungen des Behavior-Setting-Ansatzes. So wendet Rapoport (1986) den Grundgedanken des Konzepts auf die Gestaltung des öffentlichen Raums an, ohne den theoretischen Gesamtrahmen und die aufwendigen Methoden zu übernehmen. Wichtig ist die Verbindung zwischen sozialräumlichem Milieu und überdauernden Verhaltensmustern bei wechselnden Akteuren, wobei unterschiedliche Setting-Systeme einander wechselseitig beeinflussen. Als wichtige Beurteilungskriterien betrachtet Rapoport die *Unterstützungsfunktion* (supportiveness) eines Setting für die vorgesehene Nutzung und seine von kulturellen Regeln und Normen abhängige *Angemesseneheit* (appropriateness) für eben diese Nutzung. Eine gestaltungsrelevante Setting-Analyse mit der Zielsetzung einer unterstützenden Umwelt (supportive environment) sollte Antwort auf die folgenden Fragen geben: *“Welche Charakteristiken welcher Settings beeinflussen das Verhalten welcher Personengruppen in welcher Weise unter welche Bedingungen und warum?“* (Rapoport 1986, S. 166). Der Autor demonstriert seinen Ansatz anhand einer Untersuchung zum Nachbarschafts-Nahraum als Setting-System in seiner Unterstützungsfunktion für unterschiedliche Typen von Fußgänger-Aktivitäten.

Ein weiter ausformuliertes *Habitat-Modell* lebensraumbezogener Bedürfnisse und Ressourcen wurde von Maderthaner (1995) vorgelegt (s. Abb. 2.4-1 und die Diskussion unter 2.3.6, bes. Tab. 2.3-3).

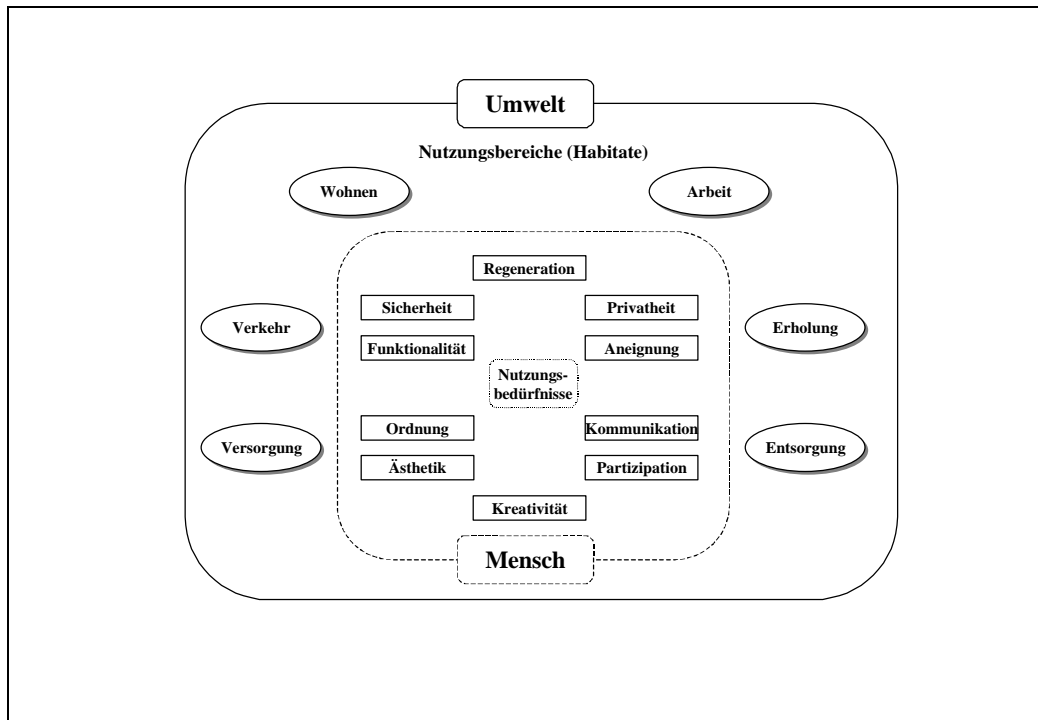


Abb. 2.4-1: Nutzungsbereiche der Umwelt und Nutzungsbedürfnisse des Menschen (Quelle: Maderthaler 1995, S. 174)

2.4.5 Stressbewältigungs-Ressourcen-Theorien

Das Stress-Konzept

In der modernen Leistungsgesellschaft sind Stress und Stressbewältigung zu Schlüsselbegriffen im öffentlichen ebenso wie im wissenschaftlichen Gesundheitsdiskurs geworden (Legewie & Ehlers 1994). In den 30er Jahren führten die bahnbrechenden tierexperimentellen Untersuchungen physiologischer Stressreaktionen durch die Physiologen Walter Cannon und Hans Selye zu einer biologischen Stresstheorie psychosomatischer Erkrankungen. Danach werden durch physische und psychische Belastungen, vermittelt durch das neuroendokrine System (nach neuerem Erkenntnisstand in Zusammenwirken mit dem Immunsystem) charakteristische, objektiv messbare somatische Veränderungen im Organismus ausgelöst.

Der Prozess der Anpassung des Körpers an den Stressreiz wurde von Selye in drei Phasen unterteilt: Das erste Stadium wird als *Alarmreaktion* bezeichnet und besteht aus der "Schockphase" sowie einer gegen diese gerichtete Regulationsphase. Die durch den Schock ausgelösten Funktionsstörungen von Körpertemperatur, Blutdruck und intestinalem Gewebe von Magen und Darm können aber oft nur teilweise vom Organismus ausgeglichen werden. Bei anhaltendem Stress kommt es in der *Widerstandsphase* zu einer Aufbietung aller Kräfte, um der Gegenregulation zum Erfolg zu verhelfen, was auch oft gelingt. Wenn der Stress jedoch weiter anhält, ist eine dauerhafte Schädigung des Körpergewebes nicht mehr zu vermeiden. Das hormonelle System gerät in einen *Zustand der Erschöpfung*. In diesem Stadium gibt der Organismus die Abwehr auf, was vielfach zu schwerer Krankheit oder zum Tod führt.

Die biologische Einseitigkeit dieser frühen Stresstheorie wurde unter anderem durch die bis heute äußerst einflussreiche psychologische Stresstheorie von Lazarus (1966, 1991) überwunden. Lazarus fasst Stress als ein relationales Konzept auf, das auf Transaktionen zwischen belastenden Reizgegebenheiten und psychischen bzw. psychophysiologischen Reaktionsweisen beruht. Ausgangspunkt des psychologischen Stresskonzepts ist die – heute umstrittene – kognitive Emotionstheorie, die besagt, dass physiologische Reaktionen erst durch einen Prozess der kognitiven Bewertung ihre positive oder

negative emotionale Tönung erhalten. Wie eine potentiell belastende Situation – sei es ein einschneidendes "kritisches Lebensereignis" oder auch wiederholt auftretender "Alltagsstress" (daily hassles) – verarbeitet wird, hängt nach Lazarus von der kognitiven Bewertung der Situation und der daran anschließenden Bewältigung (Coping) der Situation ab:

- In einer *primären Bewertung (primary appraisal)* wird die "kritische Situation" daraufhin eingeschätzt, ob damit eine *Bedrohung*, ein *Verlust* oder eine *Herausforderung* verbunden ist. Nur wenn einer dieser Faktoren gegeben ist, kann von Stress gesprochen werden.
- Die *sekundäre Bewertung (secondary appraisal)* ist nicht etwa der primären zeitlich nachgeordnet, sondern beinhaltet die Selbsteinschätzung in bezug auf die Bewältigungsmöglichkeiten (Coping).
- Aufgrund dieser Bewertungen werden vom Individuum *Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien)* ausgewählt und eingesetzt. Lazarus unterscheidet zwischen *emotionsbezogenen* Strategien (z.B. Distanzierung, Ablenkung, Leugnen, Vermeiden – hier zeigen sich Ähnlichkeiten zu den von Freud beschriebenen *Abwehrmechanismen*) und *problembezogenen Strategien*, die eine aktive Veränderung der Situation im Sinne einer Problembewältigung anstreben.

Primäre und sekundäre Bewertung und Bewältigung sind jedoch nicht streng voneinander abzugrenzen. So stellt primäre Bewertung, z.B. wenn eine bedrohliche Situation bagatellisiert wird, bereits eine emotionale Bewältigungsstrategie dar. Lazarus' Modell stellt also lediglich einen vereinfachenden Strukturierungsrahmen für den komplexen kognitiv-emotionalen Prozess der Stressbewältigung dar. Die Theorie steht nicht im Widerspruch zu den von Selye entdeckten neurohumoralen Anpassungsreaktionen sondern beschreibt die diesen Reaktionen vorgeschalteten psychischen Verarbeitungsprozesse.

Die psychologische Stressbewältigungstheorie wurde von Lazarus theoretisch abgeleitet und anschließend an einer Vielzahl experimenteller und alltäglicher Belastungssituationen überprüft. Die Theorie bezieht sich nicht unmittelbar auf Gesundheit, Stressbewältigung wurde aber in verschiedene ansonsten deskriptive Gesundheitstheorien als zentraler Wirkmechanismus integriert. Die Attraktivität des psychologischen Stresskonzepts für Gesundheitstheorien ist in seiner Plausibilität und seinem Anregungswert zu suchen.

Stressbewältigungs-Ressourcen-Theorien

Stressbewältigungs-Ressourcen-Theorien der Gesundheit stellen die Stressbewältigung als "gemeinsame psychophysiologische Endstrecke" in den Mittelpunkt, wobei die vorhandenen Ressourcen zur Stressbewältigung über das Ausmaß an Gesundheit und Wohlbefinden (Gesundheit oder Krankheit als Outcome) entscheiden.

Beispielhaft seien drei Modelle erwähnt:

- Das *sozialökologische Modell gesundheitsbeeinflussender Faktoren* (Trojan & Hildebrand 1989) bringt die bekannten sozialökologischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit in einen systematischen Zusammenhang. Im Mittelpunkt stehen die sozialen Aktionen und ihre Auswirkungen auf unterschiedliche Prozesse, die mit Gesundheit und Krankheit verbunden sind (u.a. Belastungen, Stressreaktionen, Krankheitszustand). Diese Prozesse stehen in Wechselwirkung mit den konkreten Lebensbedingungen (Wohnen, Umwelt, materielle Ressourcen, Arbeitsbedingungen) und mit kulturellen Einflussfaktoren (Werte, "Körperkultur", geschlechtliche Rollenzuschreibungen).
- Das *interaktionistische Anforderungs-Ressourcen-Modell* von Becker (1992) benennt in allgemeiner Form unterschiedliche *belastende Situationstypen* und *Ressourcen*, die auf das *aktuelle Verhalten und Erleben* einwirken, welches seinerseits den *aktuellen körperlichen und seelischen Gesundheitszustand* bestimmt. Die Stärke und Schwäche dieses Modells ist seine Allgemeinheit: Im Bestreben, sämtliche empirischen Befunde zu integrieren, werden die Einflussfaktoren nicht weiter spezifiziert. Die Monographien von Becker (1982) und Becker & Minsel (1986) enthalten eine Fülle persönlichkeitspsychologischer Einzelbefunde, für die das Modell einen Ordnungsrahmen liefern soll.
- Das äußerst komplexe "salutogenetische Gesundheitsmodell" Antonovskys (1997) wird hier vereinfacht wiedergegeben (s. Abb. 2.4-2 nach Becker 1982). Antonovsky benennt insgesamt 10 generalisierte Widerstandsressourcen (von materiellen Ressourcen über soziale Unterstützung bis zur Ich-Identität und präventiven Gesundheitsorientierung) die – vermittelt über die spezifischen Lebenserfahrungen – in Wechselwirkung zum Kohärenzsinn stehen. Auf der Belastungsseite unterscheidet er psychosoziale (insgesamt 10) und physikalisch-biochemische Stressoren, die auf den

Spannungszustand einwirken. Das Vorhandensein der generalisierten Widerstandsressourcen entscheidet über erfolgreiche bzw. erfolglose Spannungsbewältigung und damit über die Bewegungsrichtung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.

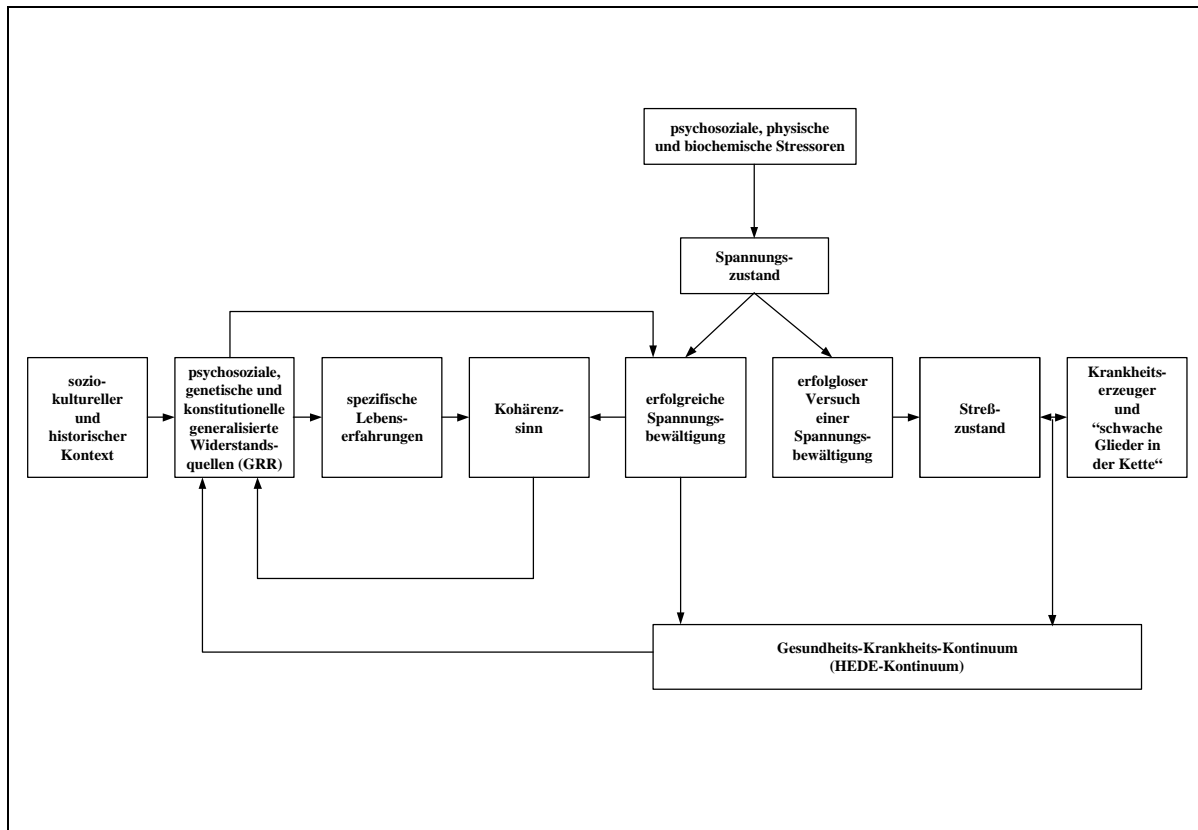


Abb. 2.4-2: Schematische, verkürzte Darstellung der Gesundheitstheorie von Antonovsky (Quelle: Becker 1982, S. 11)

Zusammenfassend läßt sich sagen, dass es sich bei den Stressbewältigungs-Ressourcen-Theorien nicht um Theorien handelt, die einer empirischen Überprüfung im engeren Sinne zugeführt werden können oder die über ihren Kern – den *Prozess der Stressbewältigung* – hinausweisende Wirkmechanismen erklären. Die Funktion dieser Theorien ist eher heuristischer und didaktischer Natur: Sie stellen Versuche dar, die unterschiedlichen epidemiologisch-statistisch ermittelten Einflussfaktoren auf den Gesundheitsprozess in ein mehr oder weniger plausibles Ordnungsschema zu stellen.

2.4.6 Entwicklungstheorien

Im Gegensatz zu den eher statischen Stressbewältigungs-Ressourcen-Theorien leiten sich die verschiedenen Entwicklungstheorien schwerpunktmäßig aus Verlaufsbeobachtungen ab, die entweder im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen oder bei entwicklungspsychologischen Längsschnittuntersuchungen gewonnen wurden. Entsprechend ihrem methodischen Hintergrund sind die Entwicklungstheorien prozessorientiert. Die hier referierten Entwicklungstheorien sind jedoch nur in einem weiteren Sinn als Gesundheitstheorien zu bezeichnen, weil sie sich auf die Entwicklung der gesamten Persönlichkeit bzw. auf kognitive, emotionale und soziale Kompetenzen beziehen, die sowohl als personale Ressourcen als auch als Indikatoren für (seelische) Gesundheit aufgefasst werden können.

Psychoanalytische Entwicklungstheorien

Die älteste und bis heute einflussreichste Entwicklungstheorie der Persönlichkeit geht zurück auf Freud, der unter Gesundheit in einer immer noch aktuellen Kurzformel "Liebes- und Arbeitsfähigkeit"

verstand (s. Legewie & Ehlers 1994). Wie sehr Freuds Gesundheitskonzept auf Prozesse und nicht auf Zustände gerichtet war, wird aus seiner Skepsis gegenüber dem menschlichen Glück (als "Zustand vollkommenen Wohlbefindens") deutlich:

"Das Ziel, daß der Mensch 'glücklich' sein soll, war im Plan der Schöpfung nicht vorgesehen. Was man im engeren Sinne als Glück bezeichnet, ist eher etwas, das sich dann einstellt, wenn aufgestaute Bedürfnisse plötzlich befriedigt werden. Daher ist es seiner Natur nach ein immer wieder vorübergehendes Phänomen. Jeder Fortbestand einer – vom Lustprinzip erstrebten – Situation resultiert lediglich in einem Gefühl dumpfer Behaglichkeit; wir sind so konstruiert, daß wir nur den Kontrast intensiv genießen können, während der Zustand als solcher uns ziemlich wenig Genuß verschafft." (Freud 1974, S. 208).

Nach psychoanalytischer Auffassung sind die menschlichen Grundbedürfnisse in biologischen Triebimpulsen verankert, wobei Freud von dem Gegensatzpaar Liebe und Hass als den elementaren Trieben ausging, aber auch die "narzistischen", auf die eigene Person bezogenen Bedürfnisse oder Selbstwertmotive beschrieb. Freud geht aus von einer phasenhaft verlaufenden psychosexuellen Triebentwicklung in der Kindheit (orale, anale, ödipale Phase, Latenzphase), deren Verlauf von entscheidender Bedeutung für die Gesundheit im Erwachsenenalter ist. Durch die Unvereinbarkeit der freien Triebbefriedigung (Es) mit den Erfordernissen der Realität (Ich) und den verinnerlichten sozialen Normen (Über-Ich) erfahren die Bedürfnisse in der Persönlichkeitsentwicklung bis zum Erwachsenenalter vielfache Wandlungen, wobei die *Abwehr* vormals bewusster Bedürfnisse durch Verdrängung, Verschiebung, Projektion etc. eine bedeutende Rolle spielt. So erklärt sich das Nebeneinander widersprüchlicher bewusster und unbewusster Bedürfnisse und Empfindungen beim Erwachsenen, neben der Liebe auch Hass, neben dem Bedürfnis nach Abhängigkeit und Versorgtwerden das Bedürfnis nach Autonomie. Es besteht keine Dichotomie zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit, sondern ein fließender Übergang. Die Psychoanalyse geht davon aus, dass die unbewussten Tendenzen zur Entstellung oder Verzerrung der äußeren Realität, wie der eigenen Gefühle und Wünsche, zu Neurosen und Kranksein führen können und dass "Aufklärung" über diese unbewussten Verzerrungen die Gesundheit fördert: "Wo Es (Verdrängung) war, soll Ich (Akzeptanz der Realität) werden."

Die psychoanalytische Säuglings- und Kleinkindforschung hat mit großer Eindringlichkeit belegt, wie essentiell wichtig Geborgenheit und eine befriedigende Eltern-Kind-Beziehung für die Gesundheitsentwicklung sind. Das bekannteste Beispiel sind die bahnbrechenden Arbeiten von René Spitz zum frühkindlichen Hospitalismus, die den Anstoß zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Aufenthalts von Kleinkindern in Heimen und Krankenhäusern lieferten.

Die frühkindliche Entwicklungstheorie der Psychoanalyse wurde von Erikson (1966) zu einer Theorie lebenslanger Entwicklung erweitert. In "Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit" verbindet er die Persönlichkeitsentwicklung mit dem Problem der seelischen Gesundheit. Der Motor der Entwicklung ist eine für jede Lebensphase typische *Krise*, die durch einen phasenspezifischen Konflikt zwischen Triebimpulsen und sozialen Anforderungen entsteht. Für die Kindheitsentwicklung bezieht sich Erikson auf die Phasen der psychosexuellen Entwicklung, wie sie Freud beschrieben hat, ordnet diesen jedoch psychosoziale *Entwicklungsaufgaben* zu.

- In der oralen Phase hat das Kind die "Aufgabe", *Urvertrauen* in seine Existenz zu entwickeln, wofür das liebevolle Angenommenwerden von seiten der Eltern eine unabdingbare Voraussetzung ist.
- In der analen Phase besteht die dominierende Entwicklungsaufgabe im Erwerb von *Autonomie* (Trotzalter).
- In der phallischen Phase entwickeln sich *Initiative* und die *Identifikation mit der Geschlechtsrolle*.
- Die Latenzphase (Grundschulalter) dient der Entwicklung einer *leistungsbezogenen Arbeitshaltung*.

Nach Abschluss der Kindheit nimmt Erikson vier weitere Entwicklungsphasen an.

In der Pubertät und während der Adoleszenz steht der Heranwachsende vor der Aufgabe, seinen Platz in der Erwachsenenwelt zu finden, d.h. eine Antwort zu finden auf die Fragen "Wer bin ich?" und "Wer will ich sein?" Die aus diesem Suchen resultierende Persönlichkeitsstruktur ist die *Ich-Identität*: "Das Gefühl der Ich-Identität ist also das angesammelte Vertrauen darauf, dass der Einheitlichkeit und Kontinuität, die man in den Augen anderer hat, eine Fähigkeit entspricht, eine innere Einheitlichkeit und Kontinuität (also das Ich im Sinne der Psychologie) aufrechtzuerhalten." (Erikson 1966, S. 107).

Aus dem Scheitern an dieser Aufgabe resultiert *Identitätsdiffusion*, die bis zu psychotischen Persönlichkeitsstörungen führen kann.

Im frühen Erwachsenenalter kommt es wesentlich darauf an, *persönliche Bindungen* (Partnerschaft und Freundschaften) eingehen zu können. Gelingt dies nicht, sind Selbstbezogenheit und Isolation die Folge.

Im mittleren Erwachsenenalter stellt sich die Aufgabe, Verantwortung für die eigenen Kinder oder für ein "Lebenswerk" zu übernehmen (*Generativität*). Schlägt dies fehl, so entsteht ein Gefühl innerer Leere (heute: Midlife Crisis).

An der Schwelle des Alters muss sich das Individuum mit körperlichem Abbau, sozialem Funktionsverlust und mit der Endlichkeit des eigenen Lebens auseinandersetzen. Der alternde Mensch steht vor der Aufgabe, eine reife Identität bzw. *Integrität* zu entwickeln. Dazu gehört die "Annahme seines einen und einzigen Lebenszyklus und der Menschen, die in ihm notwendig da sein mussten und durch keine anderen ersetzt werden können". Andernfalls besteht die Gefahr, in Verzweiflung und Lebensüberdruß zu verfallen.

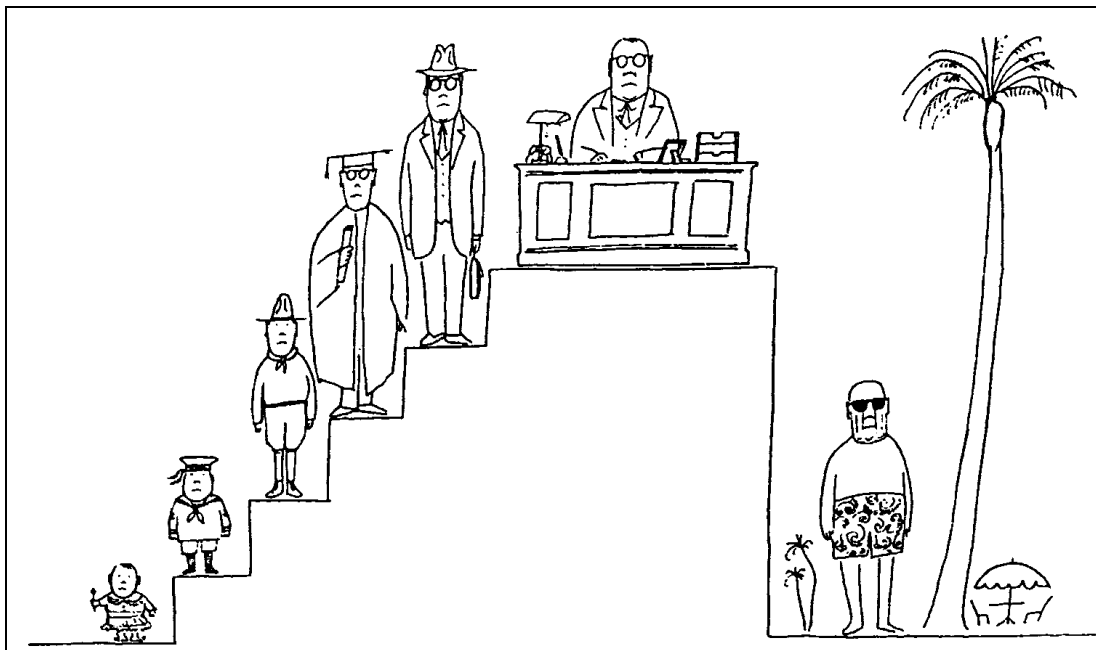


Abb. 2.4-3: Die volkstümliche "Lebenstreppe" in der Version des Karikaturisten Saul Steinberg (Quelle: Legewie & Ehlers 1994, S. 353)

Eriksons Entwicklungstheorie des Erwachsenenalters orientiert sich am Familienzyklus und an einer idealisierten Durchschnittsbiographie. Die Bedeutung anderer Lebensbereiche, z.B. der beruflichen Arbeit, oder auch einschneidende Ereignisse wie der Verlust des Partners, eine schwere Krankheit oder Abhängigkeit im Alter sind darin nicht berücksichtigt. Entwicklungsaufgaben werden deshalb heute konkreter gefasst, wobei nicht mehr angenommen wird, dass sie an eine strenge Phasenabfolge gebunden sind. Bekannt geworden ist die folgende auf Havighurst zurückgehende Zusammenstellung, die sich am Lebenszyklus der amerikanischen Mittelschicht der 50er und 60er Jahre orientiert (Tab. 2.4-2, s. auch Abb. 2.4-3).

Tab. 2.4-2: Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Perioden einer Durchschnittsbiographie
(nach Oerter & Montada 1995, S. 124)

Entwicklungsperiode	Entwicklungsaufgaben
Frühe Kindheit (0-2 Jahre)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anhänglichkeit (social attachment) 2. Objektpermanenz 3. Sensumotorische Intelligenz und schlichte Kausalität 4. Motorische Funktionen
Kindheit (2-4 Jahre)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sprachkontrolle (vor allem motorisch) 2. Sprachentwicklung 3. Phantasie und Spiel 4. Verfeinerung motorischer Funktionen
Schulübergang und frühes Schulalter (5-7 Jahre)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geschlechtsrollenidentifikation 2. Einfache moralische Unterscheidungen treffen 3. Konkrete Operationen 4. Spiel in Gruppen
Mittleres Schulalter (6-12 Jahre)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soziale Kooperation 2. Selbstbewußtsein (fleißig, tüchtig) 3. Erwerb der Kulturtechniken (Lesen, Schreiben etc.) 4. Spielen und Arbeiten im Team
Adoleszenz (13-17 Jahre)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Körperliche Reifung 2. Formale Operationen 3. Gemeinschaft mit Gleichaltrigen 4. Heterosexuelle Beziehungen
Jugend (18-22 Jahre)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomie von den Eltern 2. Identität in der Geschlechtsrolle 3. Internalisiertes moralisches Bewußtsein 4. Berufswahl
Frühes Erwachsenenalter (23-30 Jahre)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Heirat 2. Geburt von Kindern 3. Arbeit/Beruf 4. Lebensstil finden
Mittleres Erwachsenenalter (31-50 Jahre)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Heim/Haushalt führen 2. Kinder aufziehen 3. berufliche Karriere
Spätes Erwachsenenalter (51 und älter)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Energien auf neue Rolle lenken 2. Akzeptieren des eigenen Lebens 3. Eine Haltung zum Sterben entwickeln

Geburt, Erwachsenwerden, Liebe und Hass, Freundschaft, Partnerschaft und Elternschaft, Trennung, Verlust und Trauer, Altwerden und der Tod sind seit Jahrtausenden die großen Themen der Menschheit. In den Entwicklungsaufgaben drücken sich also einerseits Grundprobleme menschlicher Existenz in der Gesellschaft aus, andererseits stellen sich diese Grundprobleme in jeder Kultur, Epoche und gesellschaftlichen Schicht in je eigener Form. Unter salutogenetischer Perspektive ist zu fragen, wel-

che gesellschaftlichen Normen und Lebensbedingungen zur Erfüllung dieser Aufgaben beitragen können.

Entwicklung der sozialen Handlungskompetenz

Eine umfassende Entwicklungstheorie der menschlichen Handlungskompetenz, in die sowohl individualpsychologische als auch gesellschaftliche Aspekte integriert sind, wurde von Habermas (1981, 1984) als Teil seiner *Theorie des kommunikativen Handelns* vorgelegt. Habermas geht aus von der sozialphilosophischen Grundfrage, wie soziales Zusammenleben von Menschen möglich ist. Im Mittelpunkt der Theorie steht die Möglichkeit der "zwanglosen" Verständigung im alltäglichen sozialen Handeln. Habermas unterscheidet *strategisches* (erfolgsorientiertes oder zweckrationales) und *verständigungsorientiertes soziales Handeln*. Der strategisch Handelnde versucht, seine Ziele unabhängig vom Einverständnis der Mithandelnden zu erreichen, z.B. durch Zwang oder Belohnung (offenes strategisches Handeln) oder indem er scheinbar verständigungsorientiert handelt (verdeckt bzw. unbewusst strategisches Handeln). Verständigungsorientiertes Handeln hat demgegenüber die freie Zustimmung der beteiligten Partner zum Ziel.

Verständigungsbedarf entsteht in sozialen Situationen im Bezug auf vier "Welten": Welt der Sprache, Welt der Tatsachen, Welt der sozialen Beziehungen, "innere" Welt der Wünsche, Absichten und Gefühle. Die *Bedingung der Möglichkeit von Verständigung* sieht Habermas in der wechselseitigen Beachtung von *Geltungsansprüchen*, die den vier "Welten" zugeordnet sind:

1. Verständlichkeit in Bezug auf die Welt der Sprache
2. Wahrheit in Bezug auf die Welt der Tatsachen
3. Angemessenheit in Bezug auf die Welt der sozialen Beziehungen und Normen
4. Aufrichtigkeit in Bezug auf die innere Welt der Wünsche, Absichten, Gefühle.

Die Geltungsansprüche sind faktisch nicht in reiner Form erfüllbar, sie haben vielmehr die Funktion eines kontrafaktischen Regulativs, an dem wir uns orientieren, wenn unser soziales Handeln den Anspruch erhebt, nicht strategisch-manipulativ sondern verständigungsorientiert sein zu wollen.

Habermas steht in der Tradition des "skeptischen Aufklärers" Freud, wenn er auf die *Grenzen der Verständigung* hinweist. Die biologischen, psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen des Handelns sind den Handelnden immer nur zum Teil durchschaubar. Die Menschen sind "in Geschichten verstrickt", d.h. sie sind nicht nur Handelnde, sondern auch Erleidende, die ihren Lebenssituationen mehr oder weniger hilflos ausgeliefert sind. In der Lebensbewältigung stellen sich Probleme der "äußeren Not" ebenso wie der "inneren Not". Die Menschen beherrschen und durchschauen ihre objektiv gegebene Lebenssituation, ihre inneren Konflikte und ihre Verständigungsmöglichkeiten nur zu einem kleinen Teil. Eine Sichtweise, die von der Fiktion autonom handelnder Subjekte ausgeht, greift zu kurz, weil sie die kulturellen Selbstverständlichkeiten als letzten Verstehenshorizont nicht in Frage stellen kann und weil sie annehmen muss, dass die Gesellschaftsmitglieder sich über alles verständigen können.

Welches sind nun die Bildungsprozesse innerhalb der Sozialisation, die zur Entwicklung der sozialen Handlungskompetenz führen?

Habermas (1984) integriert verschiedene einzelwissenschaftliche Theorieansätze zu einer Rahmentheorie: die Theorie der kognitiven Entwicklung (Jean Piaget), psychoanalytische Ich-Theorien (Freud und Erikson), die Theorie der moralischen Urteilsbildung (Lawrence Kohlberg), den symbolischen Interaktionismus (George Herbert Mead) und Sprechakt- und Spracherwerbstheorien.

Die Entwicklung des Ich durchläuft nach Habermas (1984) "eine irreversible Folge diskreter und zunehmend komplexer Entwicklungsstufen, wobei keine Stufe übersprungen werden kann und jede höhere Stufe im Sinne eines rational nachkonstruierbaren Entwicklungsmusters die vorangehende 'impliziert'".

Nach dieser Rahmentheorie bildet sich das sozial handlungsfähige Ich des Erwachsenen aus einem undifferenzierten Zustand durch einen Prozess zunehmender *Ich-Abgrenzungen*, der in folgenden Entwicklungsstufen verläuft.

1. Auf der primär narzistischen Stufe besitzt der Säugling noch keine Abgrenzung zwischen Innen und Außen und zwischen Ich, Bezugspersonen und der Welt der Dinge.

2. Auf der präödiptalen Stufe gelangt das Kleinkind zu einer Differenzierung zwischen Ich und Umwelt und lernt, permanente Objekte in seiner Umgebung wahrzunehmen, denkt und handelt aber noch aus leibgebundener "egoistischer" Perspektive.
3. Auf der konventionellen Stufe lernt das Kind, zwischen wahrnehmbaren Dingen, Ereignissen und verstehbaren Handlungssubjekten (materielle und soziale Welt) einerseits und sprachlichen Symbolen der Referenten andererseits zu unterscheiden.
4. Auf postkonventioneller Stufe, d.h. in der Adoleszenz, wird das System der Ich-Abgrenzungen reflexiv durch die Fähigkeit, hypothetisch zu denken und Diskurse zu führen, d.h. aus konkreten Handlungszusammenhängen herauszutreten und virtuelle Geltungsansprüche zu thematisieren.

Ort des sozialen Handelns und auch der Entwicklung sozialer Handlungskompetenz ist die alltägliche *Lebenswelt*. Der Zugang zur Lebenswelt erschließt sich dem Individuum nur über die gelebte Teilnahme an sozialen Interaktionen. Habermas unterscheidet zwischen (a) der materiellen Grundlage der Lebenswelt (unbelebte und belebte Natur, gebaute bzw. technisch gestaltete Umwelt) und (b) den symbolischen Komponenten der Lebenswelt, die durch die Teilnahme der Menschen am "Netz kommunikativer Alltagspraxis" lebendig erhalten und von Generation zu Generation weitergegeben werden. Diese symbolischen Komponenten oder auch Ressourcen sind

- *Kultur*: unser gesellschaftlicher Wissensvorrat an Deutungsmustern als kulturelle Ressource und
- *Gesellschaft*: als das "soziale Band", d.h. die konkreten sozialen Beziehungen, Solidaritäten und Einbindungen des einzelnen als soziale Ressource sowie
- *Persönlichkeit*: die durch Sozialisation entwickelte kommunikative Kompetenz des einzelnen als Persönlichkeitsressource.

Der Erhalt der symbolischen Komponenten der Lebenswelt – Kultur, Gesellschaft, Persönlichkeit – muss durch ständige Reproduktionsprozesse abgesichert werden. Der unmittelbare Bezug zur Gesundheit ergibt sich durch *Krisenerscheinungen* aufgrund von gesellschaftlich bedingten Reproduktionsstörungen:

- Störungen der kulturellen Reproduktion führen zu Sinnverlust, Legitimations- und Orientierungskrisen, d.h. die Ressource "Sinn" verknappt.
- Störungen der sozialen Integration führen zu massiven gesellschaftlichen Konflikten und schließlich zur Anomie, d.h. die Ressource "gesellschaftliche Solidarität" verknappt.
- Störungen des individuellen Sozialisationsvorganges führen zu Entfremdungserscheinungen und psychischen Störungen, d.h. die Ressource "Ich-Stärke" verknappt.

Habermas hat insbesondere die mit dem gesellschaftlichen Modernisierungsprozess einhergehende *Entkoppelung von System und Lebenswelt* analysiert. Als gesellschaftliche Systeme, die tendenziell dem erfolgsorientierten Handeln unterliegen fasst er Staat und Markt (politisch-administratives System und Wirtschaftssystem) zusammen. Gefahren für die Reproduktion der symbolischen Lebenswelt-Komponenten (und damit von elementaren Gesundheitsressourcen) sieht er in der *Kolonisierung der Lebenswelt*, d.h. der zunehmenden Rationalisierung, Institutionalisierung und Verrechtlichung alltagsweltlicher Lebensvollzüge.

Diese Rahmentheorie der Entwicklung sozialer Handlungskompetenz ist auf einem hohen Abstraktionsniveau formuliert. Im wissenschaftlichen Diskurs um eine angemessene Gesundheitstheorie kommt ihr eine dreifache wichtige Funktion zu:

1. Die Theorie integriert das vorhandene Wissen unterschiedlicher Theoriestränge in ein Gesamtkonzept und verknüpft insbesondere entwicklungspsychologische mit gesellschaftstheoretischen Aspekten.
2. Die Theorie lenkt die Aufmerksamkeit von Einzelaspekten des gesellschaftlich-technischen Wandels auf die diesen Einzelaspekten zugrundeliegenden strukturellen Ressourcen der Lebenswelt.
3. Die Theorie liefert auch einen Rahmen zur Integration unterschiedlicher methodischer Zugänge zum Gegenstand der Gesundheitswissenschaften: "objektiver Methoden" zur Analyse der Systemaspekte aus der Beobachterperspektive und "verstehender Methoden" aus der Teilnehmerperspektive.

2.4.7 Theorien des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsförderung

Die bisher dargestellten Theorien suchen eine Antwort auf die Frage "Wie entsteht Gesundheit?" Eine weitere Gruppe von Theorien bezieht sich auf Verhaltens- oder Handlungsweisen, die ausdrücklich der individuellen Prävention von Gesundheitsrisiken bzw. der Gesundheitsförderung dienen sollen. Die Theorien wurden teilweise im Rahmen von Präventionsprogrammen mit der Zielsetzung entwickelt, die Ansatzpunkte für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme auf der Verhaltensebene zu spezifizieren. Ausführliche Übersichten finden sich bei Schwarzer (1992), Dlugosch (1994) und Faltermaier (1994a).

Die Mehrzahl der Gesundheitsverhaltenstheorien geht von einem kognitiven oder lerntheoretischen Verhaltensmodell aus: Das Individuum trifft in Abhängigkeit von wahrgenommenen Gesundheitsrisiken und Handlungsmöglichkeiten aufgrund einer Kosten-Nutzen-Analyse des mutmaßlich gesundheitsfördernden Verhaltens eine rational begründete Entscheidung für die Durchführung von Gesundheitsfördermaßnahmen.

Die bekanntesten Modelle seien kurz skizziert (s. Duglosch et al. 1992):

- Die *Theorie gesundheitlicher Überzeugungen* (Health Belief Theory) entstand im Rahmen von medizinischen Präventionsprogrammen in den USA. Die Wahrscheinlichkeit für das Befolgen präventiver Maßnahmen wird als Folge der wahrgenommenen Anfälligkeit für eine Krankheit, der empfundenen Bedrohlichkeit und der wahrgenommenen Vorteile der Vorbeugemaßnahmen gesehen, wobei soziodemographische und sozialpsychologische Faktoren als Moderatorvariablen wirksam sind. Als aktivierende Momente für den Ansatz von Präventionsprogrammen werden Kampagnen in den Medien, Ratschläge aus dem sozialen Netzwerk, Erinnerungsschreiben von Ärzten angesehen.
- Die *Theorie der Gesunderhaltungsmotivation* (Protection Motivation Theory) unterscheidet als Einflussfaktoren auf die Gesundheitsschutzmotivation zwischen a) externalen und intrapersonalen Informationsquellen, b) vermittelnden kognitiven Prozessen, die zur Einschätzung der Bedrohung und der eigenen Möglichkeiten zur Abwendung der Bedrohung führen und c) unterschiedlichen Copingarten.
- Die *Selbstregulationstheorie der Gesundheitsförderung* (Self-Regulation of Health Promotion Theory) geht davon aus, dass die Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten bestimmt wird durch ein Zusammenwirken von kulturellen Gesundheitsstandards und der individuellen Zielsetzung, den Gesundheitszustand zu verbessern. Das gesundheitsförderliche Verhalten verstärkt diese Motivation durch positive körperliche und emotionale Empfindungen, ebenso können bei nicht ausgeführtem Verhalten negative Konsequenzen verstärkend auf die Motivation wirken.

Im Gegensatz zu den skizzierten Verhaltensmodellen der Gesundheitsförderung formuliert Faltermaier (1994a) seine Theorie des Gesundheitshandelns unter Bezugnahme auf den sozialwissenschaftlichen Handlungsbegriff. Als Gesundheitshandeln bezeichnet er die komplexen, bewussten und absichtsvollen Alltagsaktivitäten zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit im Zusammenhang mit der Lebensweise und Biographie eines Menschen, wobei er die folgenden Komponenten unterscheidet (Faltermaier 1994a, S. 174):

- Bewußtes Handeln für die eigene Gesundheit
- Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden
- Umgang mit Krankheiten
- Umgang mit Risiken und Belastungen, die in der Lebensumwelt entstehen
- Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen (s. Kasten unter 2.4.4)
- Soziales Handeln für die Gesundheit oder die soziale Gesundheitsselbsthilfe
- Veränderung in der gesundheitlichen Lebensweise.

Diese Komponenten sind in Abb. 2.4-4 als Modell des Gesundheitshandelns zusammengefasst:

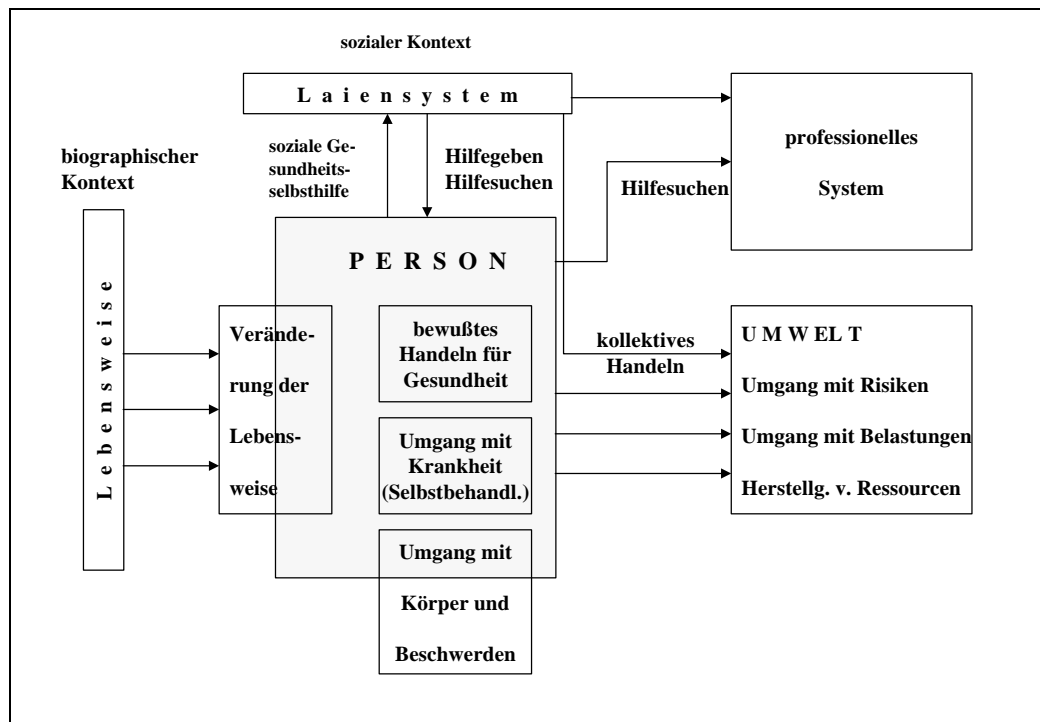


Abb. 2.4-4: Das Konstrukt "Gesundheitshandeln" und seine Komponenten
(Quelle: Faltermaier 1994a, S. 175)

Die skizzierten Modelle des Gesundheitsverhaltens gehen insgesamt von vereinfachenden Annahmen zur Steuerung der gesundheitsrelevanten Lebensvollzüge aus. Im Vordergrund steht die rationale bzw. kognitive Steuerung von einzelnen Verhaltensweisen. Die emotionalen Verhaltenskomponenten und inneren Konflikte bezüglich gesundheitsbezogener Lebensweisen bleiben ebenso unberücksichtigt wie die Einbettung in den Lebensstil. Eine sinnvolle Erweiterung stellt das Modell des Gesundheitshandelns dar, allerdings geht auch dieses Modell von einem kognitiven Handlungskonzept aus.

Gesundheitsförderungsmodelle

Aus dem Modell des Gesundheitshandelns lassen sich die folgenden Ansatzpunkte für die gezielte Gesundheitsförderung ableiten (Abb. 2.4-5):

- Vermindern von Risiken und Belastungen
- Stärkung personaler, sozialer und materieller Ressourcen
- Einwirkung auf das Gesundheitsbewusstsein und -handeln
- Einwirkung auf das Laiengesundheitssystem
- Einwirkung auf das professionelle Gesundheitssystem.

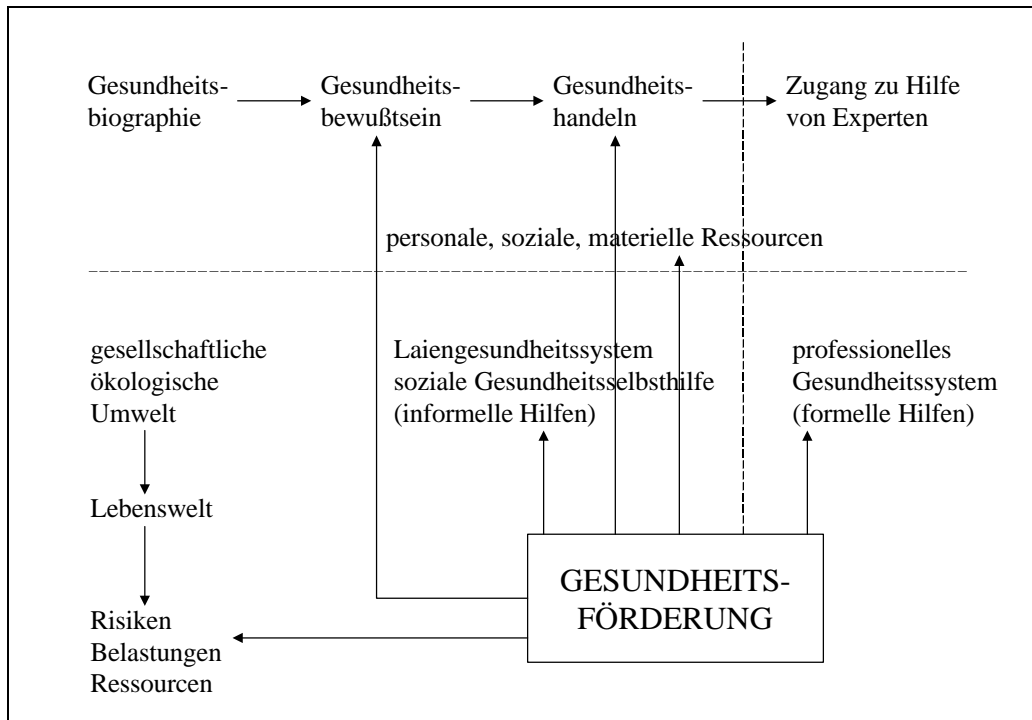


Abb. 2.4-5: Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung im Modell des Gesundheitshandelns
(Quelle: Faltermaier 1994a, S. 183)

Ein Beispiel für ein Planungsmodell zur Gesundheitserziehung bzw. -förderung entwickelten Green et al. (1980) unter dem Namen PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*). In diesem Modell umfasst der Planungsprozess die folgenden Diagnoseschritte:

1. Epidemiologische und soziale Diagnose der gesundheitlichen und sonstigen Einflussfaktoren auf die Lebensqualität
2. Diagnose der Verhaltenseinflüsse auf Lebensqualität und Gesundheit
3. Lern-Diagnose der prädisponierenden, unterstützenden und verstärkenden Faktoren
4. Administrative Diagnose zur Gestaltung und Vermarktung des Gesundheitsprogramms.

Ebenso wie die Theorien des Gesundheitsverhaltens erweisen sich die aus ihnen abgeleiteten Vorschläge und Modelle für Gesundheitsförderung als zu eng und teilweise als trivial. Komplexe Modelle der Gesundheitsförderung – die sich mehr oder weniger am Health Policy Action Cycle (s. Abb. 2.1-1) orientieren – sollten neben Aussagen zu Zielen und Ansatzpunkten für Gesundheitsförderung auch Aussagen über fördernde und hindernde Bedingungen für die *Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategien* erlauben.

2.4.8 Einordnung des Gesundheitsdiskurses in die Modernisierungstheorie

Die gegenwärtigen Theorien der Gesundheit sind in ihrer historischen Dimension eng verknüpft mit dem gesellschaftlich-technischen Wandel, der seit Beginn der Neuzeit als sich zunehmend beschleunigender Modernisierungsprozess beschreibbar ist.

In der Theorie des kommunikativen Handelns (Habermas 1981) wird der Zusammenhang zwischen Modernisierung und sozialer Kompetenzentwicklung ausdrücklich thematisiert. Abschließend soll hier der theoretische Gesundheitsdiskurs explizit unter dem Aspekt des gesellschaftlichen Wandels betrachtet werden (s. Legewie 1999). Dazu eignet sich ein Schema der holländischen Soziologen van der Loo & van Reijen (1992), wonach sich bei der Modernisierung vier gemeinsam wirksame Teilprozesse abgrenzen lassen, die sich auf unterschiedliche Aspekte der alltäglichen Lebensführung auswirken (s. Abb. 2.4-6).

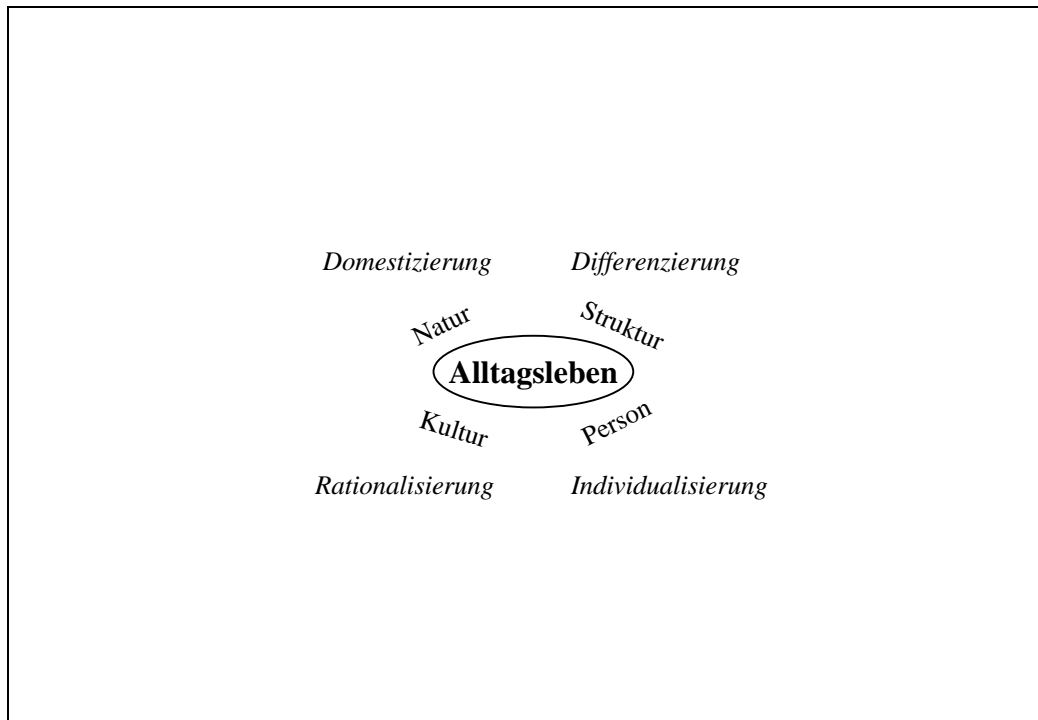


Abb. 2.4-6: Vier Teilprozesse der Modernisierung
(modifiziert nach van der Loo & van Reijen 1992)

Die Teilprozesse verlaufen jedoch nicht einsinnig, sie lösen vielmehr immer auch Gegen- oder Protestbewegungen aus. So ergeben sich folgende Entwicklungslinien der Modernisierung:

- Die *Natur*, die uns umgibt und an der wir durch unseren Leib teilhaben, ist seit Menschheitsbeginn einem Prozess der *Domestizierung* unterworfen, der uns zunehmend unabhängiger von den natürlichen und biologischen Begrenzungen, aber auch von unserer inneren Natur der Triebe und Leidenschaften gemacht hat. Für die Gesundheit bedeutet dieser Prozess vor allem eine fortschreitende Medikalisierung der "natürlichen" Körperprozesse, z.B. der Zeugung, Schwangerschaft und Geburt, aber auch des Altwerdens und Sterbens. Doch die Domestizierung der Natur stößt heute an ihre Grenzen und führt angesichts der ökologischen Krise zu neuen Abhängigkeiten und gleichzeitig zu einer romantisch verklärenden Sehnsucht nach "unberührter Natur".
- Die *Kultur*, d.h. unser Vorrat an Deutungsmustern und Handlungstechniken, mit deren Hilfe wir die Welt erklären und uns in ihr zurechtfinden, unterliegt einem ständig wachsenden Prozess der *Rationalisierung*, der sich insbesondere in der Verrechtlichung, Bürokratisierung und Verwissenschaftlichung von Arbeit und Alltagsleben ausdrückt. Doch die Entzauberung der Welt durch Rationalisierung beschert uns auch neue Irrationalitäten, sei es in Form des religiösen und politischen Fundamentalismus einschließlich des Faschismus, sei es in der New-Age-Bewegung.
- Die soziale *Struktur* der gesellschaftlichen Institutionen ist einer ständig wachsenden *Differenzierung* ausgesetzt, wofür beispielhaft die Professionalisierung und Spezialisierung im Arbeitsleben genannt sei. Die Differenzierung der sozialen Strukturen löst einerseits eine Gegenbewegung der Integration und Konzentration in Richtung immer größerer Einheiten in Wirtschaft, Medien und Politik aus. Eine andere im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung wichtige Gegenbewegung gegen die Professionalisierung führt zur Besinnung auf Selbsthilfe und Selbstorganisation.
- Die *Person*, d.h. Identität und Persönlichkeit der Menschen erfährt einen inneren Wandel, der unter dem Stichwort *Individualisierung* die Freisetzung des Einzelnen aus traditionellen kollektiven Bindungen von Familie, Nachbarschaft, Berufsgruppe, Landsmannschaft, Religionsgemeinschaft zusammenfasst. Die Individualisierung lässt die Menschen keineswegs als isolierte Wesen zurück, sondern führt zu neuen Formen der Gruppenbildung, Gruppenidentität und Vergemeinschaftung und der Wiederentdeckung sozialer Netze, aber auch neuen Formen einer medienvermittelten emotionalen Weltgemeinschaft, wie wir sie bei großen Sportereignissen oder bei Lady Dis Tod erlebt haben.

In den Auswirkungen auf die Gesundheit ist der Prozess der Modernisierung mit seinen Teilkomponenten ambivalent: Auf der einen Seite hat er einen großen Zuwachs an Lebensqualität und Autonomie für die Mehrzahl der Menschen gebracht, auf der anderen Seite ist dieser Zuwachs mit einer zunehmenden Entfremdung des Menschen verbunden.

Theorien der Salutogenese und Gesundheitsförderung sollten nicht zuletzt Antworten auf Gefahren und Auswirkungen der Entfremdung durch Modernisierung liefern, wobei drei Aspekte im Vordergrund stehen:

- Entfremdung des Menschen von sich selbst
Im Zeitalter der Medien und der virtuellen Realität sind wir konfrontiert mit einem hohen Ausmaß von Entsinnlichung und einem Rückgang unmittelbarer, selbst erlebter Erfahrung. Wie wirken sich die zu erwartenden, immer stärker medienvermittelten Sozialisationsformen auf die Gesundheit aus? Wie können unter diesen Sozialisationsbedingungen Identität, Kohärenzsinn und persönliche Sinnfindung gefördert werden? Welche Rolle spielen neue Heilslehren und Irrationalitäten?
- Entfremdung vom Mitmenschen
Hier stellt sich die Frage nach den Wurzeln von Gewalt, Fundamentalismus und Fremdenhass. Wie lassen sich demgegenüber Bindungsfähigkeit, Solidarität, Konfliktfähigkeit und Frieden gesellschaftlich fördern? Welche Formen der Vergesellschaftung und Partizipation sind dafür förderlich?
- Entfremdung von der Natur und vom eigenen Leibe
Wie wirken sich die psychischen Belastungen und – meist verdrängten – Ängste angesichts der ökologischen Krise auf die Menschen aus? Wie sind der für die Menschheit überlebensnotwendige Bewusstseinswandel und Wandel des Lebensstils zu fördern? Welche Bedeutung haben Bodyismus und Healthyismus angesichts des zunehmenden Verlusts leibhaftiger Erfahrung? Welche Auswirkungen werden Gentechnologie und Genmedizin auf unsere Identität haben?

2.5 Zusammenfassung und Einordnung der theoretischen Konzepte

Theorie und Forschung zur Gesundheitsförderung sind untrennbar verbunden mit dem gesellschaftlichen Projekt *Public Health*, das gleichzeitig ein Leitkonzept, interdisziplinäres wissenschaftliches Programm, Praxis- und Politikfeld darstellt (1.2). Aus dieser Aufgabenstellung ergibt sich zugleich die Notwendigkeit einer Vielfalt theoretischer und methodischer Ansätze (2.1). Für die Zielsetzungen von Theorie und Praxis ist das Ergänzungsverhältnis klassischer Forschungsansätze (insbesondere der Epidemiologie) und dialogischer Ansätze (wie qualitative Sozialforschung, Aktionsforschung, Organisationsentwicklung, Policyforschung) von besonderer Bedeutung. Die folgende Tab. 2.5-1 gibt eine zusammenfassende Orientierung über gesundheitsrelevante Theorien und Forschungsansätze.

Tab. 2.5-1: Gesundheitsrelevante Theorien und Forschungsansätze im Überblick

<p><i>I. Gesellschaftliche Rahmentheorien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Modernisierung, Sozialer Wandel, kollektives Handeln • Bürgergesellschaft, Zivilgesellschaft, "aktivierender Sozialstaat" • Theorie des kommunikativen Handelns (Habermas), Theorie sozialer Systeme (Luhmann 1984)
<p><i>II. Gesundheitsrelevante Theorien</i></p> <p><i>a) Individuelle Ebene</i></p> <p>(Grundlagen: Gesundheitsindikatoren und Gesundheitsdeterminanten)</p> <p><i>Genesetheorien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnis-Ressourcen-Theorien • Stressbewältigungs-Ressourcen-Theorien • Entwicklungstheorien der Persönlichkeit <p><i>Veränderungstheorien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Theorien des Gesundheitsverhaltens • Theorie des Gesundheitshandelns • Theorie der Gesundheitsförderung
<p><i>b) Institutionelle Ebene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisationsentwicklung • Qualitätsmanagement • Evaluations- und Implementationforschung
<p><i>c) Politische Ebene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinwesenentwicklung • Kommunalpolitik • System-Intervention • Politische Steuerung • Planungstheorien • Policy-Theorien

Die Darstellung der Ansätze zur Operationalisierung des Leitkonzepts Gesundheit (2.2) ergab grundsätzliche Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Subjektivität und dem Prozesscharakter von Gesundheit und Wohlbefinden. Die vorliegenden Gesundheitsindikatoren liefern zwar eine pragmatische Basis für epidemiologische Studien, sie sind aber theoretisch unbefriedigend. Hier wird empfohlen, dass sich die künftige Forschung auf die Entwicklung und den Einsatz möglichst einfacher, robuster und durch Konventionen vereinheitlichter Indikatoren konzentriert.

Die Darstellung der Gesundheitsressourcen (2.3) ergab eine weitgehende Überlappung mit den bekannten Risikofaktoren, was eine Zusammenfassung beider Faktorengruppen unter der Bezeichnung Determinanten der Gesundheit nahelegt. Das Beharren auf positiven Ressourcen der Gesundheit unter salutogenetischer Perspektive wird allerdings als "psychologisch" bedeutsame Fokussierung bzw. als sensibilisierendes Konzept angesehen, wodurch Forschung und Interventionspraxis vom Blick auf die Defizite zur Betonung von Stärken gelenkt werden.

Die Diskussion der Theorien zur Gesundheit und Gesundheitsförderung (2.4) ergab eine Zweiteilung: Bedürfnis-Ressourcen-Theorien und Stressbewältigungs-Theorien erwiesen sich als Erweiterungen des Pathogenese-Modells. Im Gegensatz dazu gehen die dargestellten Entwicklungstheorien in ihren Konzepten insofern über das Muster der Pathogenese-Modelle hinaus, als sie sich auf den gesamten Prozess der Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung beziehen. (Der Behavior-Setting-Ansatz stellt einen Sonderfall dar, insofern er Vorarbeiten zu einer Theorie der Umweltgestaltung liefert.) Die bisherigen Theorien zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsförderung (2.4.7) verbleiben zu sehr auf der individuellen Ebene, als dass sie für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen ausreichen könnten.

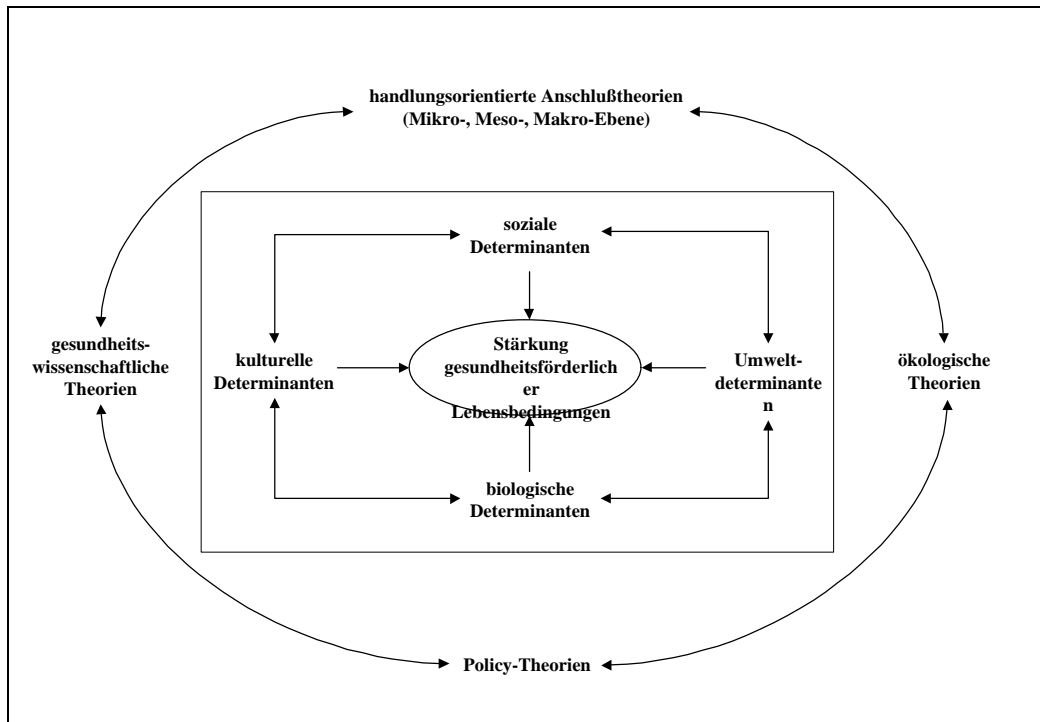


Abb. 2.5-1: Theoriebereiche im Zusammenhang mit der Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen

Die theoretische Weiterentwicklung des gesellschaftlichen Handlungsprogramms *Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen* erweist sich entsprechend der zusammenfassenden Übersicht in Abb. 2.5-1 als multidisziplinäre Forschungsaufgabe: Das komplexe Zusammenwirken kultureller, sozialer, biologischer und umweltlicher Determinanten ist wissenschaftlich gut belegt. Die vorliegenden gesundheitswissenschaftlichen und ökologischen Theorieansätze im Problem- und Politikfeld Umwelt und Gesundheit sollten durch handlungsorientierte Anschluss- bzw. Rahmentheorien auf der sozialen Mikro-, Meso- und Makroebene miteinander verknüpft werden. Ein Beispiel für die Art der Verknüpfung zeigt die Theorie des kommunikativen Handelns bzw. die daraus abgeleitete Entwicklungstheorie der sozialen Handlungskompetenz (s. 2.4.7). Auf der Ebene der Praxisforschung sind entsprechende Policy-Theorien erforderlich.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abel, T (1992) Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. In: Prävention 15: 123-128
- Abele, A, Brehm, W & Gall, T (1991) Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In: Abele, A & Becker, P (Hg.), Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik, S. 279-296. Juventa, Weinheim
- Alemann, U V (Hg.) (1995) Politikwissenschaftliche Methoden. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Alexander, Chr, Ishikawa, S & Silverstein, M (1995) Eine Muster-Sprache. Städte – Gebäude – Konstruktion. Löcker Verlag, Wien
- Anderson, R (1984a) Gesundheitsförderung: Ein Überblick. Europäische Monographien zur Forschung. In: Gesundheitserziehung 6: 1-140
- Anderson, R (1984b) Health Promotion: An Overview. Edinburgh: Scottish Health Education Group. (European Monographs in Health Education Research No. 6)
- Antonovsky, A (1990) Personality and Health: Testing the Sense of Coherence Model. In: Friedmann H S (Ed.), Personality and Disease: 155-177. Wiley, New York
- Antonovsky, A (1993) The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. Social Science. In: Medicine 36 (6): 725-733
- Antonovsky, A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Deutsche Herausgabe von Alexa Franke). DGVT-Verlag, Tübingen
- Ashton, J & Seymour, H (1988) The New Public Health: The Liverpool Experience. Open University Press, Milton Keynes, Philadelphia, Penn. USA
- Badura, B (1981) Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: Badura, B. (Hg.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung: 13-39. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Bandura, A (1977) Self-Efficacy: Toward an Unifying Theory of Behavioral Change. In: Psychological Review, 4: 191-215
- Bär, G et al. (2000) Qualitätskriterien und Strategien der Qualitätssicherung nicht-numerischer Informationen. Nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung (unveröffentlichtes Manuskript), Berlin
- Barker, R G (1968) Ecological Psychology. Stanford Univ. Press, Stanford CA
- Bättig, K & Ermertz, E (Hg.) (1976) Lebensqualität. Ein Gespräch zwischen den Wissenschaften. Birkhäuser, Basel
- Bauch, J (1995) Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung. Kriterien zur Organisation, Durchführung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen und Programmen zur Gesundheitsförderung. Prävention 18 (3): 67-70
- Becker, P (1991) Theoretische Grundlagen. In: Abele, A & Becker, P (Hg.), Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik, S. 13-50. Juventa, Weinheim
- Becker, P (1992) Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Paulus, P (Hg.), Prävention und Gesundheitsförderung: 91-108. GwG-Verlag, Köln
- Becker, P & Minsel, B (1986) Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten. Hogrefe, Göttingen
- Bengel, J u.a. (1998) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. BzGA, Eigenverlag, Köln
- Beutel, M (1989) Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. Psychotherapie, Psychosomatik. Medizinische Psychologie 39 (9/10): 452-462
- Bloomfield, K (1996) Ein Wegweiser zur Anwendung ausgewählter Meßinstrumente zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Berliner Forschungsverbund Public Health (96-3), Berlin
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hrsg.) (1994). Gesundheit und Schule, Bonn
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hrsg.) (1997). Gesundheit und allgemeine Weiterbildung, Bonn
- Böhm, B., Janßen, M. & Legewie, H (1999a) Kooperative Projektentwicklung zur kommunalen Gesundheitsförderung. Teilprojekt A-8. Schlußbericht. Berliner Zentrum Public Health
- Böhm, B., Janßen, M. & Legewie, H (1999b) Zusammenarbeit professionell gestalten. Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz. Lambertus, Freiburg

- Böhme, G (1985) Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Darmstädter Vorlesungen. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Böhme, G (1993) Natur – ein Thema für die Psychologie? In: Seel, H J, Sichler, R & Fischerlehner, A (Hg.), Mensch – Natur. Zur Psychologie einer problematischen Beziehung, S. 27-39. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Bourdieu, P (1982) Die feinen Unterschiede. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Bowlby, J (1969) Attachment and Loss. Basic Books, New York
- Boyce, W T (1985) Social Support, Family Relations, and Children. In: S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), Social Support and Health. Academic Press, Orlando
- Brundtland, G H (1987) Unsere gemeinsame Zukunft. Der Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung. Herausgegeben von Hauff, V. Eggenkamp Verlag, Greven
- Bullinger, M (1995) International Validation and Testing of Quality of Life Scales. In: Guggenmoos-Holzmann, I u.a. (Hg.), Quality of Life and Health. Blackwell, Wien. S. 27-38
- BUND, Misereor (Hg.) (1997) Zukunftsfähiges Deutschland. Ein Beitrag zu einer global nachhaltigen Entwicklung. Studie des Wuppertal Instituts für Klima, Umwelt, Energie. Birkhäuser, Basel. Lang- und Kurzfassung
- Caplan, G & Grunebaum, H (1977) Perspektiven Primärer Prävention. In: Sommer, G & Ernst, H (Hrsg.) Gemeindepsychologie. Urban & Schwarzenberg: München
- Carley, M (1983) Social Measurement and Social Indicators. Issues of Policy and Theory. Allen & Unwin, London
- Diebschlag, U (1991) Ernährung und Wohlbefinden. In: Abele, A & Becker, P (Hg.), Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik, S. 267-277. Juventa, Weinheim
- Dierks, M L u.a. (Hrsg.) (2000) Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Köln
- Dixon, J & Sindall, C (1994) Applying Logics of Change to the Evaluation of Community Development in Health Promotion. In: Health Promotion International 9: 297-309
- Dlugosch, G E & Schmidt, L R (1992) Gesundheitspsychologie. In: Bastine, R (Hg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie, Bd. 2: 123-177. Kohlhammer, Stuttgart
- Dohrenwend, B P et al. (1980) Mental Illness in the United States. Epidemiological Estimates. Praeger, New York
- Dörner, D (1989) Die Logik des Mißlingens. Strategisches Denken in komplexen Situationen. Rowohlt, Reinbek
- Enquete zur Lage der Psychiatrie (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestags-Drucksache 7/4200. Verlag Dr. Hans Heger, Bonn - Bad Godesberg
- Eppler, E (1972) Die Qualität des Lebens. In: Aufgabe Zukunft – Qualität des Lebens, Bd. 1: 86-101. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Erikson, E H (1966) Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Faltermaier, T (1994a) Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Beltz, PsychologieVerlagsUnion, Weinheim
- Faltermaier, T (1994b) Subjektive Konzepte von Gesundheit in einer salutogenetischen Perspektive. In: Kolip, P (Hg.), Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung: 103-119. Juventa, Weinheim
- Ferber, C v & Badura, B (Hg.) (1983) Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. Oldenburg, München
- Ferber, C v u.a. (Hg.) (1987) Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Springer, Berlin
- Fetterman, D M (1998) Empowerment, Evaluation, Knowledge and tools for Self-assessment and Accountability, Sage, Thousand Oaks, CA
- Fischer, M (1995) Stadtplanung aus der Sicht der Ökologischen Psychologie. Beltz, PsychologieVerlagsUnion, Weinheim
- Flick, U (Hg.) (1998a) Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit. Juventa, Weinheim
- Flick, U (Hg.) (1998b) The social construction of individual and public health: contributions of social representations theory to a social science of health. Social Science Information 37: 639-662
- Flora, P, & Noll, H H (Hg.) (1998) Sozialberichterstattung und Sozialstaatsbeobachtung. Campus, Frankfurt/M

- Frank, R (1991) Körperliches Wohlbefinden. In: Abele, A & Becker, P (Hg.), Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Juventa, Weinheim. Seite 71-96
- Franke, A (1997) Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzeptes. In: Antonovsky, A. (Hg.), Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit: 169-190. Dt. Herausgabe von Alexa Franke. Dgvt-Verlag, Tübingen
- Freire, P (1973) Pädagogik der Unterdrückten. Bildung als Praxis der Freiheit. Rowohlt, Reinbek
- Freud, S (1974) Das Unbehagen in der Kultur. Studienausgabe, Bd. IX. Fischer, Frankfurt/M
- Frick, D (Ed.) (1986) The Quality of Urban Life. Social, Psychological, and Physical Conditions. De Gruyter, Berlin, New York
- Garberino, J (1995) Raising Children in a Socially Toxic Environment. Jossey-Bass, San Francisco
- Gasiet, S (1981) Menschliche Bedürfnisse. Eine theoretische Synthese. Campus, Frankfurt/M
- Geiger, H & Kreuter, H (Hg.) (1997) Handlungsfeld Gesundheitsförderung. 10 Jahre nach Ottawa. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Glatzer, W & Zapf, W (1984) Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland. Campus, Frankfurt/M
- Göckenjan, G (1992) Gesundheitsbegriff – warum Gesundheit definieren? In: Trojan, A & Stumm, B (Hg.), Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen: 40-49. Fischer, Frankfurt/M
- Goffman, E (1973) Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Green, L W et al. (1980) Health education planning – a diagnostic approach. Mayfield, Palo Alto
- Grunow, D u.a. (Hg.) (1993) Reform durch Modellerprobung? Zur Verbesserung wohnortnaher Versorgung chronisch (Rheuma-)Kranker. Asgard, St. Augustin
- Guba, G E & Lincoln, Y S (1989) Forth Generation Evaluation. Sage, Newbury Park
- Habermas, J (1981) Theorie des kommunikativen Handelns, 2 Bde. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Habermas, J (1984) Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Harborth, H J (1993) Dauerhafte Entwicklung statt globaler Selbsterstörung. Eine Einführung in das Konzept des "Sustainable Development". edition sigma, Berlin
- Heinrich, J u.a. (1998) Soziale Ungleichheit und umweltbedingte Erkrankungen in Deutschland. Eco-med (Reihe "Fortschritte in der Umweltmedizin"), Landsberg
- Heritier, A (Hg.) (1993) Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Herriger, N (1997) Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Kohlhammer, Stuttgart
- Herzlich, C (1973) Health and Illness: A Social Psychological Analysis. Academie Press, London
- Hildebrandt, H & Trojan, A (Hg.) (1987) Gesundere Städte – kommunale Gesundheitsförderung. Materialien und Ideen zum "Healthy Cities"-Projekt der Weltgesundheitsorganisation, Eigenverlag, Hamburg
- Hildebrandt, H & Trojan, A (1992) Auf dem Weg zu gesünderen Städten – Vom Programm zur Praxis vor Ort. In: Trojan, A & Stumm, B (Hg.), Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen: 117-140. Fischer, Frankfurt/M
- Hoefert, H W (1989) Der Mensch in der Organisation. Verlag Dr. Götz Schmidt, Gießen
- Hornung, R & Gutscher, H (1994) Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, P & Schmidt, L R (Hg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie: 65-87. Enke, Stuttgart
- House, J S (1981) Work, stress and social support. Addison-Wesley, Reading
- Illich, I (1995) Die Nemesis der Medizin. (4. Aufl.) Beck: München
- Jöhr, W A (1974) Lebensqualität und Werturteilstreit. Ohne Verlag, Zürich
- Kaminski, G (Hg.) (1986) Ordnung und Variabilität im Alltagsgeschehen. Hogrefe, Göttingen
- Kamiske, G F & Brauer, J P (1995) Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. Hanser, München
- Kardorff, v, E (1996) Lebensstil/Lebensweise. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe "Blickpunkt Gesundheit". Verlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz
- Kasl, S V & Cobb, S (1966) Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Roll Behavior. In: Archives of Environmental Psychology 12: 246-266: 531-541

- Keul, A G (Hg.) (1995) Wohlbefinden in der Stadt. Umwelt- und gesundheitspsychologische Perspektiven. Beltz, PsychologieVerlagsUnion, Weinheim
- Keupp, H (1982) Sozialepidemiologie. In: Keupp, H & Rerrich, D (Hg.), Psychosoziale Praxis- und gemeindepsychologische Perspektiven: 23-32. Urban & Schwarzenberg, München
- Kickbusch, I (1981) Von der Zerbrechlichkeit der Sonne. Einige Gedanken zu Selbsthilfegruppen. In: Kickbusch, I & Trojan, A (Hg.), Gemeinsam sind wir stärker: 11-24. Fischer, Frankfurt/M
- Kickbusch, I (1998) Healthy Cities – Planning for Health in a Global Environment. Vortragsmanuskript. Internationaler Kongress 8./9.10.1998 Wien: Gesundheit planen für die Stadt. Strategien, Konzepte und Erfahrungen
- Kickbusch, I & Anderson, R (1984) Report of a Study on Health Promotion to Canada and the United States of America. March 27 to April 17, 1982. In: Anderson, R (Ed.), Healthy Promotion. Scottish Health Education Group. (European Monographs in Health Education Research No. 6), Edinburgh
- Kieffer, C (1984) Citizen empowerment: a developmental perspective. In: Rappaport, J, Swift, C & Hess, R (Eds.), Studies in empowerment: steps toward understanding and action Haworth Press, New York. Seite 9-36
- Kobasa, S C (1979) Stressful Life Events and Health: An Inquiry into Hardiness. In: Journal of Personality and Social Psychology 37: 1-11
- Koch, U & Wittmann, W W (Hg.) (1991) Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. Springer, Berlin
- Korczak, D (1995) Lebensqualität-Atlas. Umwelt, Kultur, Wohlstand, Versorgung, Sicherheit und Gesundheit in Deutschland. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Kramer, C (1996) Lebensqualität in den 90er Jahren. Neue Wohlfahrtskonzepte und Wohlfahrtsmaße. Workshop-Bericht. ISI, Nr. 16: 13-15
- Kraus, M, Legewie, H, Taglinger, A (1999) Der Zug in die Peripherie. Fotoausstellung. Akademie der Künste, Berlin
- Kühn, H (1993) Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, edition sigma, Berlin
- Laaser, U, Wolters, P & Kaufmann, F X (Hg.) (1990) Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Aktuelle Modelle für eine Public Health-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer, Berlin
- Lalonde, M (1974) A new Perspective on the Health of Canadians. Government of Canada; Health and Welfare Canada, Ottawa
- Lau, P, Schäfer, R, & Siegfried, Ch (1996) Rechtliche und administrative Rahmenbedingungen als restriktive und fördernde Faktoren der Gesundheitsförderung. Schlußbericht des Projektes A 5 – Gesundheitsförderung im Städtebau. Berliner Forschungsverbund Public Health, Berlin
- Lazarus, R S (1966) Psychological Stress and the Coping Process. Mc Graw-Hill, New York
- Lazarus, R S (1991) Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma. In: Filipp, S H (Hrsg.) Kritische Lebensereignisse: 198-232. Urban & Schwarzenberg, München
- Legewie, H (1999) Sozialer Wandel, Gesundheit und die Zukunft der Couch. In: Hessel, A, Geyer, M & Brähler, E (Hg.), Gewinne und Verluste sozialen Wandels. Globalisierung und deutsche Wiedervereinigung aus psychosozialer Sicht. Westdeutscher Verlag, Opladen. Seite 10-40
- Legewie, H (2000) Goldstandard für die Psychotherapieforschung: Kontrollierte oder ökologisch valide Studien? Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 2: 125-128
- Legewie, H & Ehlers, W (1994) Knaurs moderne Psychologie. Knaur, München (Lizenzausgabe 2000: Handbuch moderne Psychologie. Weltbild, Augsburg)
- Legewie, H & Wiedemann, P (1986) Mental Health. In: Frick, D (Ed.) The Quality of Urban Life. Social, Psychological, and Physical Conditions. De Gruyter, Berlin, New York
- Lewis, O (1982) Die Kinder von Sánchez. Selbstporträt einer mexikanischen Familie. Lamuv, Bornheim
- Loo, H van der & Reijen, W van (1992) Modernisierung. Projekt und Paradox. DTV, München
- Maderthaner, R (1995) Soziale Faktoren urbaner Lebensqualität. In: Keul, A G (Hg.), Wohlbefinden in der Stadt. Umwelt- und gesundheitspsychologische Perspektiven: 172-197. Beltz, Psychologie-VerlagsUnion, Weinheim
- Martin, C J & McQueen, D V (Eds.) (1989) Readings for a New Public Health. University Press, Edinburgh
- Maslow, A H (1981) Motivation und Persönlichkeit. Rowohlt, Reinbek

- Mayring, P (1991) Die Erfassung des subjektiven Wohlbefindens. In: Abele, A & Becker, P (Hg.), Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik: 51-70. Juventa, Weinheim
- McKeown, Th (1982) Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Suhrkamp, Frankfurt/M
- McMillan, D W & Chavis, D M (1986) Sense of community: A definition and a theory. In: Journal of Community Psychology, 14: 6-23
- Merleau-Ponty, M (1974) Phänomenologie der Wahrnehmung. De Gruyter, Berlin
- Milz, H (1992) Der wiederentdeckte Körper. Vom schöpferischen Umgang mit sich selbst. Artemis & Winkler, München
- Morten, A (1988) Vom heimatlosen Seelenleben. Verwurzelung, Entfremdung und Identität. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Moskovici, S (1998) The History and Actuality of Social Representations. In: Flick, U (ed.) Psychology of the Social: 209-248. Cambridge University Press, Cambridge
- Nowotny, H (1989) Eigenzeit. Entstehung und Strukturierung eines Zeitgefühls. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Oerter, R & Montada, L (1995) Entwicklungspsychologie. 3. Aufl., PsychologieVerlagsUnion, Weinheim
- Pelikan, J M, Demmer, H & Hurrelmann, K (1993) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Juventa, Weinheim
- Pinder, L (1994/95) Twenty Years after Lalonde. Health Promotion in Perspective. Health Promotion in Canada 33: 1-2
- Preuss, S (1997) Psychische Störungen und umweltbezogene Erkrankungen. Bremen: Gutachten für das Büro für Technikfolgenabschätzung TAB, Berlin
- Proshansky, H M & Fabian, A K (1986) Psychological Aspects of the Quality of Urban Life. In: Frick, D (Ed.), The Quality of Urban Life. Social, Psychological and Physical Conditions: 13-47. De Gruyter, Berlin
- Pudel, V & Maus, N (1990) Ernährung. In: Schwarzer, R (Hrsg.) Gesundheitspsychologie. Hogrefe, Göttingen
- Puddifoot, J E (1996) Some Initial Considerations in the Measurement of Community Identity. In: Journal of Community Psychology 24 (4): 327-336
- Rapoport, A (1986) The Use and Design of Open Spaces in Urban Neighbourhoods. In: Frick, D (Ed.) The Quality of Urban Life. Social, Psychological and Physical Conditions. De Gruyter, Berlin, New York
- Rappaport, J (1982/1985) Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2 (85): 257-278
- Robertson, A (1998) Shifting Discourses on Health in Canada: From Health Promotion to Population Health. Health Promotion International 13: 155-166
- Rodenstein, M (1988) "Mehr Licht, mehr Luft". Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750. Campus, Frankfurt/M
- Röhrle, B (1994) Soziale Netzwerke. Beltz, PsychologieVerlagsUnion, München
- Röhrle, B, Sommer, G & Nestmann, F (Hg.) (1998) Netzwerkindervention. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen
- Rosenbrock, R (1995) Public Health als soziale Innovation. In: Gesundheitswesen 57: 140-144
- Rotter, (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs 80 (1, gesamte Nr. 609)
- Ruckstuhl, B u.a. (1998) Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung! In: Sozial- und Präventionsmedizin 43: 221-228
- Sanson-Fisher, R u.a. (1996) Developing Methodologies for evaluating community-wide Health Promotion. In: Health Promotion International 11: 227-236
- Sarason, S B (1974) The Psychological Sense of community: Prospects for a Community Psychology. Jossey-Bass, San Francisco
- Scheele, B & Groeben, N (1984) Die Heidelberger Struktur-lege-Technik (SLT). Beltz, Weinheim
- Scheier, M F. & Carver, C S (1985). Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. In: Health Psychology 4: 219-247

- Schröder, W u.a. (1986) Kommunale Gesundheitsplanung. Birkhäuser, Basel
- Schulze, G (1993) Die Erlebnis-Gesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Campus, Frankfurt/M
- Schwartz, F W (1998) Konsumentenrolle und Konsumenteninformation aus Sicht von Public Health. Vortrag zur Tagung "Theorie und Praxis von Public Health" zu Ehren von Georges Fülgraff. Institut für Gesundheitswissenschaften – Technische Universität, Berlin
- Schwartz, F W & Walter, U (1996) Public Health in Deutschland. In: Walter, U & Paris, W (Hg.), Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt: 3-12. Alfred und Söhne, Meran
- Schwartz, F W et al. (Hrsg.) (1998) Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Schwarzenberg, München
- Schwarzer, R (1992) Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe, Göttingen
- Seel, H J, Sichler, R & Fischerlehner, B (1993). Mensch – Natur. Zur Psychologie einer problematischen Erziehung. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Seiffke-Krenke, I (1994) Gesundheitspsychologie: Die entwicklungspsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, P & Schmidt, L R (Hg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie: 29-45. Enke, Stuttgart
- Seligman, M E P (1979) Erlernte Hilflosigkeit. Urban & Schwarzenberg, München
- Sichler, R (1996) Gesundheit und Lebensführung in der Postmoderne. (Vortrag 17). Deutscher Kongress für Philosophie, 23.-27.9.1996 in Leipzig
- Steinke, I (1999) Kriterien qualitativer Forschung. Juventa, Weinheim und München
- Stier-Jarmer, M (1997) Erste Ergebnisse aus den Befragungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Mamma-Karzinom-Patientinnen. Magister-Arbeit Public Health, München
- Strauss, A, & Corbin, J (1996) Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz, Weinheim
- TAB-Tätigkeitsbericht (1998) Tätigkeitsbericht für die Zeit vom 01.09.96-31.08.97. Arbeitsbericht Nr. 57 des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Bonn
- Trojan, A (1996c) Perspektiven der Gesundheitsförderung auf örtlicher Ebene. In: Prävention 19: 49-51 (Schwerpunktheft "10 Jahre Ottawa-Charta")
- Trojan, A (1997) Gesundheitsförderung in Gemeinde und Stadt. In: Klotter, Ch. (Hg.), Prävention im Gesundheitswesen: 311-325. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen
- Trojan, A (1998) Kommunale Gesundheitspolitik. In: Roth, R & H Wollmann (Hg.), Kommunalpolitik: 780-800. Leske + Budrich, Opladen
- Trojan, A (2000) Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Dierks, M L u.a. (Hg.), Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Köln
- Troschke, J v u.a. (Hg.) (1996) Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health; Bd. 6 der Schriftenreihe, Freiburg
- Troschke, J, v, Klaes, L & Maschewsky-Schneider, U (Hg.) (1991) Erfolge gemeindebezogener Prävention. Asgard, St. Augustin
- Tudiver, F u.a. (Eds.) (1992) Assessing Interventions. Traditional and Innovative Methods. Sage, Newbury Park
- Waller, H (1996) Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart
- Walt, G (1994a) Healthy Policy. An introduction to Process and Power. Zed Books, London
- Walter, U. & Schwartz, F W (1996) Forschungsförderung zu Prävention und Gesundheitsförderung in Public Health. In: Troschke, J v, Reschauer, G & Hoffmann-Markwald, A. (Hg.), Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland: 120-128. Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health, Bd. 6, Freiburg
- Walter, U & Schwartz, F W (1997) Evaluation und Präventionsmaßnahmen. In: Klotter, Ch (Hg.), Prävention im Gesundheitswesen: 115-136. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen
- Waltz, E M (1981). Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit – ein Überblick über die empirische Literatur. In: Badura, B (Hg.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung: 40-119. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Wenzel, E (1983) Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5. Köln: BzGA (S. 1-18)

- Weston, R & Scott, D (1998) Evaluating Health Promotion. Stanley & Thurnes, Cheltenham
- Willke, H (1998) Systemisches Wissensmanagement. UTB, Stuttgart
- Windhoff-Heritier, A (1987) Policy-Analyse – eine Einführung. Campus, Frankfurt/M
- Winslow, C E A (1920) The untilled fields of Public Health. In: Science 51: 23-33
- Zapf, W u.a. (1995) Lebenslagen im Wandel: Sozialberichterstattung im Längsschnitt. Campus, Frankfurt/M
- Zeisel, J (1981) Inquiry by design. Tools for environment-behavior research. Brooks/Cole, Monterey, CA
- Zoll, R (1988) Zerstörung und Wiederaneignung von Zeit. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Zurhorst, G (1998). QUEM – Gutachten zum Thema: Methoden zur qualitativen Erfassung von Kompetenzentwicklungsprozessen im außerbetrieblichen Umfeld – ein Transferangebot für betriebliche Weiterbildung