SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Gesundheitsförderung - ein Konzept und seine Entwicklung in Deutschland

Hornberg, Claudia; Liebig-Gonglach, Michaela; Pauli, Andrea

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL)

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Hornberg, C., Liebig-Gonglach, M., & Pauli, A. (2018). Gesundheitsförderung - ein Konzept und seine Entwicklung in Deutschland. In S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger, & A. Rüdiger (Hrsg.), *Planung für gesundheitsfördernde Städte* (S. 37-58). Hannover: Verl. d. ARL. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-59423-6

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY-ND Lizenz (Namensnennung-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY-ND Licence (Attribution-NoDerivatives). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

AKADEMIE FÜR
RAUMFORSCHUNG UND
LANDESPLANUNG

Hornberg, Claudia; Liebig-Gonglach, Michaela; Pauli, Andrea

Gesundheitsförderung – ein Konzept und seine Entwicklung in Deutschland

URN: urn:nbn:de:0156-0853039

CC-Lizenz: BY-ND 3.0 Deutschland

S. 37 bis 58

Aus:

Baumgart, Sabine; Köckler, Heike; Ritzinger, Anne; Rüdiger, Andrea (Hrsg.):
Planung für gesundheitsfördernde Städte

Hannover 2018

Forschungsberichte der ARL 08

Claudia Hornberg, Michaela Liebig-Gonglach, Andrea Pauli

GESUNDHEITSFÖRDERUNG – EIN KONZEPT UND SEINE ENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND

Gliederung

1 Einleitung
2 Gesundheitsförderung und Prävention – zwei Konzepte, unterschiedliche Denktraditionen, ergänzende Handlungsansätze
3 Das Konzept der Salutogenese und die Bedeutung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums als Fundament für Gesundheitsförderung
4 Die Konzeption des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung
5 Welche Antworten kann die Gesundheitsförderung auf die Herausforderungen und Zukunftsfragen in der Stadtplanung/-entwicklung geben?
Literatur

Kurzfassung
Das heutige Leitbild der Gesundheitsförderung ist historisch betrachtet maßgeblich durch die unterschiedlichen medizinischen Glaubens- und Denkrichtungen der vergangenen Epochen geprägt worden. Mit dem Wandel der gesundheitlichen Problemfelder hat sich auch das Verständnis von Gesundheitsförderung kontinuierlich verändert und weiterentwickelt. Neue Erkenntnisse über krankheitsvermeidende und gesundheitsfördernde Lebensweisen, die Entdeckung neuer Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken in Verbindung mit den sozialen Lebensverhältnissen als wichtige Gesundheitsdeterminanten spiegeln sich dementsprechend in aktuellen Leitbildern von Gesundheitsförderung wider.

Für das auf Public Health bezogene Konzept der Gesundheitsförderung im Rahmen städtebaulicher Maßnahmen hat der auf dem salutogenetischen Modell basierende *Setting-Ansatz* besondere Bedeutung. Dieser Ansatz intendiert, dass mittels gezielter Stadtplanung und Stadtentwicklung Lebens(um)welten geschaffen und verstetigt werden können, die nachhaltig einen positiven Beitrag zum Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden in den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen leisten.

Schlüsselwörter
Gesundheitsförderung – Gesundheitsdeterminanten – Lebenswelten – Salutogenese – Setting-Ansatz

Promoting health – a concept and its development in Germany

Abstract
Historically, today's model of health promotion has been shaped by different medical beliefs and lines of thoughts. As health problems have changed, so our understanding

of them has changed and continuously developed. Accordingly, our current models of health promotion include new insights into disease-preventing and health-promoting lifestyles, but also the discovery of new morbidity and mortality risks in connection with social living conditions as important determinants of health.

The salutogenic model is of particular relevance for the public health related concept of health promotion in the context of urban health, creating and stabilising living environments through urban planning and development with the aim of making a long-term positive contribution to sustaining health and well-being for the various population groups.

Keywords
Determinants of health – health promotion – living environment – salutogenesis – setting approach

1 Einleitung

Das im Jahr 2015 verabschiedete Präventionsgesetz, das dem sog. Setting-Ansatz und den gesundheitsförderlichen Lebenswelten hohe Bedeutung einräumt, zeigt deutlich, dass die Bemühungen um den Erhalt von Gesundheit die Zuständigkeitsbereiche der Krankheitsversorgung zunehmend überschreiten. Städte und Gemeinden werden in die Pflicht genommen, Lebens-Räume bzw. Lebens-Umwelten vorzuhalten, die den Bürgerinnen und Bürgern „gesunde", respektive die Gesundheit erhaltende oder/und verbessernde Lebensverhältnisse bieten (siehe hierzu ausführlich Beitrag von Rauland/Böhme/Köckler). Der Begriff der Gesundheitsförderung ist in diesem Kontext eine wichtige Größe und aus dem Handlungsrepertoire vieler Disziplinen (z. B. Public Health, Soziale Arbeit, Pflege, Medizin) nicht mehr wegzudenken.

Gesundheitsförderung mit Stadtplanung und Stadtentwicklung in Verbindung zu bringen, ist weitaus weniger gängig, erfreut sich aber international und national wachsender Aufmerksamkeit, sowohl aufseiten von Public Health als auch aufseiten der Disziplinen und Berufsgruppen, die bislang wenig Berührung mit dem Thema Gesundheit hatten. Das Wissen um die Bedeutung von Stadtplanung und Stadtentwicklung für die Gesundheit der Menschen ist aber keineswegs neu. *Dass* eine konsequent gesundheitsorientierte Stadtplanung und -entwicklung einen aktiven Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung leisten kann, dürfte unumstritten sein. Was bleibt, ist jedoch die Frage nach dem „Wie" und damit die Frage, ob mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung für diese Aufgabe ein tragfähiges Fundament zur Verfügung steht. Unverzichtbar ist letztlich die Frage, welches Verständnis von Gesundheit im eigentlichen Sinne die Basis für die Gesundheitsförderung bildet. Welches sind die zentralen Pfeiler, auf denen Gesundheitsförderung seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta im Jahr 1986 fußt? Wie verhält sich Gesundheitsförderung zur Prävention und wo liegen Unterschiede, wo sind Gemeinsamkeiten auszumachen? Und nicht zuletzt: Welche Relevanz hat Gesundheit im Kontext von Stadtplanung und Stadtentwicklung zeitgeschichtlich betrachtet, d. h. an welchen Stellen konnten erste grundlegende Gedanken zur Gesundheitsförderung in diesem Handlungsfeld wirksam werden?

2 Gesundheitsförderung und Prävention – zwei Konzepte, unterschiedliche Denktraditionen, ergänzende Handlungsansätze

In der Gegenüberstellung von Prävention und Gesundheitsförderung wird schnell deutlich, dass diese nicht nur unterschiedlichen theoretischen Ursprungs sind und in unterschiedlichen Kontexten entstanden, sondern dass sie auch auf der praktischen Ebene unterschiedlichen Handlungslogiken und Zielen verpflichtet sind.

Beide Ansätze sind nicht als gegensätzliche, sich ausschließende Kategorien zu verstehen, sondern als sich ergänzende, ineinandergreifende und voneinander profitierende. So integrieren zahlreiche Aktivitäten, die unter dem Label „Prävention" firmieren (z. B. Prävention ernährungsbedingter Erkrankungen), zugleich Maßnahmen der Gesundheitsförderung, wie z. B. Bewegung und Stressabbau. Die Prävention hat insofern nicht unwesentlich von den Entwicklungen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung profitiert und wesentliche Impulse aufgegriffen. Dies lässt sich untermauern, betrachtet man die Entwicklungsleitlinien der Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit der Ottawa-Charta im Vergleich zur (Krankheits-)Prävention und ihrer Nähe zur Epidemiologie (vgl. „Koch'sches Modell der Übertragung von Infektionskrankheiten") und Medizin (Tietze/Bellach 1997; Waller 1995; Franzkowiak 2003a). Zudem lassen die aktuellen Konzepte und Strategien eine zunehmende Auflösung der ehemals stringenten Zuordnung im Sinne von Verhaltensorientierung (Prävention) versus Verhältnisorientierung (Gesundheitsförderung/-schutz), individuumbezogen (Prävention) versus bevölkerungsbezogen (Gesundheitsförderung/-schutz) etc. erkennen. Die Überschneidungsbereiche zwischen beiden Ansätzen sind auf der Ebene der konkreten Interventionen fließend, Unterschiede bestehen vor allem hinsichtlich konzeptioneller Rahmungen.

Innerhalb der Prävention wird zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention differenziert. Auf der Ebene der Verhaltensprävention, deren Zielgruppe der/die Einzelne oder bestimmte Risikogruppen sein können, werden vor allem die Verhaltensparameter fokussiert, die sich entsprechend dem Risikofaktorenmodell als relevante gesundheitliche Parameter, z. B. für chronische körperliche Erkrankungen, erwiesen haben (z. B. Rauchen, Fehlernährung) und die mittels spezifischer Präventionsmaßnahmen verhindert werden sollen (Waller 1995). Unspezifische Maßnahmen mit verhältnispräventiver Ausrichtung zielen in erster Linie auf die materiellen, sozialen und kulturellen Lebens- und Umweltbedingungen, die Gesundheit und Krankheit maßgeblich beeinflussen (Franzkowiak 2003b). In der Literatur hat sich zudem der Begriff der „strukturellen Prävention" etabliert, der sich auf verschiedene Systemebenen (z. B. individueller sozialer Nahraum, Gesundheitspolitik etc.) bezieht (Gutzwiller/Wydler/Jeanneret 1999).

Meilensteine und erste Denkansätze auf dem Weg zum Leitbild der Gesundheitsförderung

In jedem Kulturkreis, jeder Gesellschaft und jeder Epoche finden sich Anhaltspunkte für ein spezifisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, aus dem bestimmte Praktiken und Handlungsansätze zum Umgang mit Gesundheitsstörungen sowie zur Erhaltung von Gesundheit abgeleitet wurden. Über alle zeitlichen Epochen hinweg lassen sich diesbezüglich unterschiedlichste Glaubenssysteme und Denkrichtungen aus-

machen, die meist (noch) weit entfernt waren von dem, was heute als medizinische behandelnde Disziplin auf der einen und Gesundheitsförderung, respektive Prävention, auf der anderen Seite wissenschaftlich etabliert ist.

Der Vollständigkeit halber erfolgt zunächst ein komprimierter und größere Zeitsprünge umfassender Rückblick auf wichtige Entwicklungsprozesse, die als Wegbereiter und Vorläufer heutiger Prävention und Gesundheitsförderung gelten. Zur Vertiefung der Thematik sei an dieser Stelle auf medizinhistorische Schriften und historische Texte der Sozialmedizin verwiesen (z. B. Bergoldt 1999; Schlagen/Schleiermacher 2002; Flügel 2012).

Krankheitsbekämpfung und Gesundheitsvorsorge in der kulturgeschichtlichen Retrospektive

Gesundheit und ihre Erhaltung hatten bereits in der Antike einen hohen Stellenwert als Voraussetzung für ein „glückliches" Leben. *Hippokrates von Kos* (466–377 v. Chr.) gilt bis heute als Wegbereiter und Begründer zentraler Paradigmen der abendländischen Medizin. Eng damit verbunden ist das von Hippokrates begründete und auf gesundheitsrelevanten Faktoren wie Ernährung, Bewegung, Reinigung, Wohnung, Ausscheidung etc. fokussierte Regelwerk der Diätetik als Voraussetzung und Grundlage für individuelles Wohlbefinden. Durch den Arzt *Galen* (129–199 n. Chr.) erfuhr die Diätetik eine grundlegende Erweiterung, indem der Entstehung von Krankheiten über den gesamten Lebenszyklus hinweg krankheitsvermeidende und die Gesundheit bewahrende Lebensweisen (im Sinne einer gesunden Lebensführung) entgegengesetzt wurden. Zugleich sah man den einzelnen Menschen in der Pflicht, sich für seine Gesundheit einzusetzen und Verantwortung für diese zu übernehmen – ein Umstand, der deutliche Parallelen aufweist zu der bis heute immer wiederkehrenden Diskussion, wieviel Eigenverantwortung dem Einzelnen für die Erhaltung seiner Gesundheit im Gesundheitssystem zuzumuten ist. Herausragend an der Diätetik ist, dass sie als Gesundheitslehre sowohl ein erstes, grundlegendes Verständnis von der Bedeutung präventiver Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit erkennen lässt und darüber hinaus die enge Verbindung zwischen den vorherrschenden Krankheiten und den Lebensweisen der Menschen herstellt (Eijk 2011; Eckart 2005).

Das „neue" Verständnis der gezielten Beeinflussbarkeit von Gesundheit durch Maßhalten, sittliches Verhalten und geistige Tugenden als wesentliche Eckpfeiler für körperliche Gesundheit und der Einklang von Körper und Seele wurden im Christentum bis in das Mittelalter von einem strengen religiösen Glauben überlagert. Demzufolge mussten Krankheiten (u. a. als Folge menschlichen Fehlverhaltens gegenüber Gott) im wahrsten Sinne des Wortes bis zur Erlösung durch Gott „durchlitten" und „ertragen" werden. Die Vorstellung von Krankheit als selbstverschuldetem oder als gottgegebenem Schicksal, das es als unbeeinflussbar hinzunehmen galt, wich seit Beginn der frühen Neuzeit (um 1500 n. Chr.) einer sich weiterentwickelnden medizinischen Wissenschaft. In Alchemie ausgebildete Heilkundige diagnostizierten Krankheiten, indem sie Normabweichungen in der stofflichen Zusammensetzung des menschlichen Organismus analysierten und mit entsprechenden Arzneien behandelten. Der Fokus auf Gesundheitserhaltung verlor entsprechend an Bedeutung und das Erfordernis, sich mit dem Erkrankten selber zu befassen, spielte in diesem Geschehen nur noch eine untergeordnete Rolle (Haug 1991).

Die Entdeckung der Hygiene im Kontext der Gesundheitsvorsorge

Angesichts der in den Folgejahren wachsenden Zahl wissenschaftlicher Nachweise für Zusammenhänge zwischen Umwelteinflüssen (z.B. Ernährungssituation, Hygiene, Arbeitssituation etc.) und Krankheiten wurde der Ruf nach der Verantwortung des Staates für diesen Bereich laut. Handlungsleitend waren hier jedoch zunächst weniger altruistische Motive im Sinne der Gesunderhaltung der Bevölkerung als vielmehr wirtschaftliche Erwägungen vor dem Hintergrund, die Wettbewerbsfähigkeit der Staatswirtschaft zu stärken. Die daraus abgeleitete konkrete Forderung nach einer durch den Staat zu organisierenden und sicherzustellenden Gesundheitsvorsorge geht auf den Arzt Johann Peter Frank (1745–1821) zurück. Er vertrat die Auffassung, dass es in der Verantwortlichkeit des Staates liege, der Bevölkerung angemessene („hygienische") Wohn- und Arbeitsverhältnisse zur Verfügung zu stellen und durch vorbeugende Medizin und Gesundheitsvorsorge die Begrenztheit der kurativen Medizin und der bloßen Gefahrenabwehr im Gesundheitsschutz zu überwinden. Mit seinem Einsatz gilt Frank bis heute als Wegbereiter einer modernen Sozialhygiene und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und nicht zuletzt als Vorreiter der heute etablierten Verhältnisprävention. Der besondere Verdienst seiner Arbeit liegt darin, dass er explizit auf unzureichende Lebensumstände und die daraus resultierende mangelnde Hygiene (z.B. Trinkwasserqualität) als Krankheitsursache und zentrales Moment sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen aufmerksam machte. Eng damit verbunden war das Eingeständnis einer begrenzten Reichweite von Appellen an die „Eigenverantwortung" der Bürger hinsichtlich einer gesunden Lebensweise (Flügel 2012).

Die von Frank als krankheitsverursachendes Moment beklagten Umwelteinflüsse und Lebensverhältnisse verschärften sich mit der industriellen Revolution Ende des 18. und mit Beginn des 19. Jahrhunderts zusehends. Bereits ab den 1830er Jahren verwiesen öffentliche Gesundheitsbehörden vielerorts auf die Verelendung und die gehäuften Krankheitsfälle in den feuchten und überbelegten Wohnungen der städtischen Unterschichthaushalte. Desolate Wohn- und Lebensbedingungen in Massenunterkünften (Überbelegung, Feuchtigkeit, mangelnde Lüftung etc.) bei gleichzeitig fehlender sozialer Sicherung bedeuteten für die Arbeiterschaft systematische Benachteiligung und gesundheitliche Risiken. Epidemien (z.B. Cholera, Typhus, Tuberkulose) hatten es entsprechend leicht, sich zu verbreiten und forderten viele Todesopfer (Hörmann 1997; Rodenstein 1988). Bahnbrechend waren daher im Laufe des 19. Jahrhunderts die Arbeiten des britischen Ingenieurs Chadwick. Beauftragt von der britischen Regierung, fokussierte er im Jahr 1842 im „Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain" den Zusammenhang von Lebensverhältnissen, Armut und Krankheit. Mit seinem Entwurf geschlossener Rohrleitungssysteme zur Wasserver- und -entsorgung legte er einen wichtigen Grundstein zur Verbesserung der hygienischen Verhältnisse und der Gesundheit in Städten, was zu Recht als Wendepunkt in der Krankheitsprävention und als wegbereitend für die moderne Stadthygiene zu bezeichnen ist.

Im Kontext der sich entwickelnden Hygiene als spezifisches Konzept der Gesundheitslehre waren Beziehungen zwischen gebauter Umwelt und spezifischen Krankheitsbildern etwa ab 1870 Gegenstand gezielter epidemiologischer Untersuchungen: die Zusammensetzung und Beschaffenheit von Böden, Luft- und Wasserqualität sowie der Einfluss des Sonnenlichtes auf die menschliche Physiologie standen dabei im Zentrum

des Interesses. Letztlich wurde klar, dass Infektionsepidemien den Ver- und Entsorgungsproblemen in den Bereichen Trinkwasser, Müll, Abwasser, Fäkalien etc. geschuldet waren und nach umfassenden hygienischen Reformen verlangten (Rodenstein 1996). „Mehr Licht, mehr Luft, mehr Sonne" lautete daher das Leitprinzip der späteren städtebaulichen Charta von Athen (Rodenstein 1988).

Die Wurzeln moderner Public-Health-Konzepte und sozialer Ungleichheitsforschung sind in den sozialhygienischen Bewegungen des 19. Jahrhunderts unverkennbar und aufs Engste mit Namen wie Max von Pettenkofer und Rudolf Virchow als Mitbegründer der neuzeitlichen Öffentlichen Hygiene und Sozialmedizin verbunden. Folgerichtig beschreiben sie als Ziel der Hygiene „(...) die Gewährleistung lebenserhaltender und lebensfördernder Umwelt- und sozialer Verhältnisse und Strukturen in einer Solidargemeinschaft sowie die Förderung gesundheitsgerechter individueller Verhaltensweisen" (Kistemann/Engelhart/Exner 2002: 9).

Pasteur, Koch, Pettenkofer, aber auch andere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben mit ihren Theorien über die Entstehung von Epidemien (z. B. durch mangelnde Abwasserbeseitigung) der Forderung eines gesundheitsgerechten Städtebaus das notwendige Fundament verliehen. Sie führten angesichts der baulichen und städtebaulichen Folgen des aufkommenden Industriezeitalters und der Urbanisierung im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts zu weitreichenden hygienischen Standardsetzungen und Sanierungsmaßnahmen in den Städten (Schäfer 1997).[1] Als ihrer Zeit weit voraus sind daher auch die Bemühungen des im Jahr 1873 gegründeten „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege" (DVöG) zu bewerten: Bauhygiene wurde hier bereits als ein wichtiges Betätigungsfeld öffentlicher Gesundheitspflege definiert. Ihr wurde sowohl eine politikberatende Funktion als auch eine Vermittlerrolle in der Transformation des theoretischen Hygienewissens in die Praxis zugesprochen (Rodenstein 1992).

Ein grundlegender Beitrag zur Etablierung der Sozialhygiene liegt von Mosse und Tugendreich aus dem Jahr 1913 vor. Die Autoren diskutieren in ihrem umfangreichen Werk „Soziale Ätiologie der Krankheiten" gesundheitsbeeinträchtigende Einflüsse von Lebensbedingungen (z. B. defizitäre Wohnbedingungen mit Feuchtigkeit, Lichtmangel, ungenügender Belüftung und Heizung) auf das Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehen. Als vordringliche Aufgabe der Sozialhygiene formulieren sie: „[...] zu zeigen, welcher graduelle Anteil bei der Entstehung und Verlauf der Krankheiten dem sozialen Faktorenkomplex zukommt" (Mosse/Tugendreich 1913: 4).

Auch die Arbeiten von Virchow zeichnet bis heute ein fortschrittliches Denken aus, da er den Verlauf von Krankheiten in ihrer geographischen Ausprägung aufzeigen und auf diese Weise sozio-ökonomische Faktoren als mitunter krankheitsverursachende Größen darstellen konnte. Als einer der bedeutendsten sozial engagierten Ärzte seiner Zeit betonte Virchow folgerichtig die soziale Dimension der medizinischen Tätigkeit

1 Richtungsweisend war in dieser Hinsicht Frankreich mit der Gründung des „Comité consultatif d' hygiène publique" im Jahr 1851, das Fragen der Stadthygiene und Assanierung behandelte. Hygieniker, Statistiker und Sozialpolitiker widmeten sich innerhalb des Komitees disziplinübergreifend unter anderem der Verbesserung der Hygiene und der Lebensverhältnisse der Arbeiterklasse in Paris.

und forderte jenseits einer individualistisch verstandenen Eigenverantwortung staatliche Interventionen zum Schutz der Gesundheit der sog. unterprivilegierten Bevölkerungsgruppen (Oppolzer 1986). Seine Forderung nach einer sozialen Medizin hat im Hinblick auf die heutigen Gesundheitsreformdebatten kaum an Aktualität eingebüßt. Trotz dieser Erkenntnisse mussten weitere Jahrzehnte vergehen, bevor im Zuge der Entwicklung von Public Health sozial benachteiligte Lebensverhältnisse als eine wichtige Gesundheitsgröße entsprechende Aufmerksamkeit in der Medizin und in der Gesundheitsversorgung erhielten.

Die Instrumentalisierung der Sozialhygiene zur sog. „Rassenhygiene" im Nationalsozialismus hat die Tradition der Sozialhygiene jäh unterbrochen, durch Vermischung der naturwissenschaftlich fundierten Hygiene mit dem nationalsozialistischen Gedankengut der „Rassenhygiene". Diese Art der Instrumentalisierung und Pervertierung hat die Sozialhygiene nachhaltig beeinflusst und der Öffentlichen Gesundheitsfürsorge einen erheblichen Bedeutungsverlust weit über das Ende des 2. Weltkrieges hinaus beschert (Weingart/Kroll/Bayertz 1993).

Zivilisationskrankheiten im Zentrum präventivmedizinischer Bemühungen
Lag vor dem Nationalsozialismus der Fokus im Gesundheitswesen auf der Vermeidung von Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose), traten nach den Entbehrungen der Kriegs- und Nachkriegsjahre und mit steigendem Lebensstandard in den 1950er Jahren die sog. „neuen Wohlstandskrankheiten" und hier vor allem die koronaren Herzerkrankungen sowie die ihnen zugrunde liegenden „Risikofaktoren"[2] in das Blickfeld der Medizin. Im Zuge neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und technologischer Fortschritte konnte sich die kurativ orientierte Medizin und mit ihr ein ausgeprägtes naturwissenschaftliches biomedizinisches Denken, das sich in erster Linie für Krankheitsprozesse und abweichende körperliche Funktionsparameter interessierte, eine dominante Position in der Gesundheitsversorgung verschaffen.

Auf der Suche nach den verursachenden Faktoren für das neue Spektrum an chronischen Krankheiten ging es vorrangig darum, bestimmte Laborparameter, z. B. Cholesterin- und Blutdruckwerte, sowie Verhaltensweisen wie Rauchen, Bewegungsmangel und Über-/Fehlernährung mit der Krankheitsentstehung in Verbindung zu bringen und frühe Krankheitszeichen, z. B. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einer entsprechenden Therapie zuzuführen. Präventive Bemühungen verlagerten sich folglich auf das individuelle Verhalten, das als selbst zu verantwortender Risikofaktor für eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit angenommen wurde. Das sog. epidemiologische Risikofaktorenmodell und daraus abgeleitete präventivmedizinische Bemühungen mit einem Schwerpunkt auf verhaltensorientierter, appellativer Gesundheitserziehung erlebten in dieser Zeit ihre Hochphase.

Die 1960er und 1970er Jahre waren zudem die Zeit der großen epidemiologischen Kohortenstudien und Programme, in denen teilweise über Jahrzehnte hinweg die Bevölkerung ganzer Gemeinden/Städte hinsichtlich potenzieller Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Wirkungsweise präventiver Maßnahmen beob-

2 „Risikofaktoren sind definierbare Ursachen, durch deren Wirkung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit entsteht, zu erkranken und/oder zu versterben" (Brennecke/Schelp1993: 40).

achtet wurde (Siegrist 1998; von Troschke, 1989). Internationale Bekanntheit haben u. a. die Framingham-Studie in den USA, das Deutsche Herz-Kreislauf-Programm (DHP) und das finnische Nord-Karelien-Projekt (Laaser 1986) erlangt. Die „Gemeinde" diente in diesen Studien und Programmen zunächst als ein geographisch definiertes Gebiet, das dem epidemiologischen Kriterium einer abgrenzbaren Interventionspopulation entsprach (medizinisch-epidemiologischer Ansatz). Parallel dazu entwickelte sich im weiteren Verlauf ein sozialwissenschaftlicher Ansatz. Er sollte zu einer besseren interdisziplinären Kooperation von Ärzteschaft, anderen gesundheitsbezogenen Berufsgruppen und wichtigen Multiplikatoren in der Gemeinde beitragen. Es galt, eine möglichst große Zahl von Bürgerinnen und Bürgern für die Teilnahme an den Präventionsmaßnahmen, z. B. Nichtraucher-, Sport- und Gewichtsreduzierungsprogramme, sowie für die Inanspruchnahme der gesundheitsfördernden Angebote in den unterschiedlichen Teilbereichen der Gemeinde (z. B. Arbeitsplätze, Bildungs- und Freizeiteinrichtungen) zu gewinnen. Dahinter stand die Absicht, die intendierten Ziele zu erreichen: Veränderungen individuellen „Risikoverhaltens" und damit die Verringerung der Morbiditäts- und Mortalitätsraten, aber auch eine Verbesserung präventiver Strukturen in der Gesundheitsversorgung. Wenngleich die Gemeindeorientierung in den Herz-Kreislauf-Programmen/-Studien vorrangig funktionale Aspekte hatte, sind in diesem sozialwissenschaftlichen Ansatz erste Bezüge zum sog. Setting-Ansatz[3] auszumachen. Ebenso finden sich grundlegende Elemente der in den Vereinigten Staaten in den 1960er Jahren entwickelten Gemeindepsychologie (vgl. Sommer/Ernst 1977) als eine Grundlage für die späteren Gesundheitsförderungskonzepte und die sog. „gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit" in der Tradition der Sozialen Arbeit (Ruckstuhl 2011).

Die eher ernüchternden Erfolge der gemeindebasierten Programme (Troschke v./Klaes/Maschewsky-Schneider 1991) bestätigten letztlich die wachsenden medizinkritischen Stimmen in den 1970er Jahren. Diese richteten sich gegen die häufig reduktionistische (ausschließlich biomedizinische) Betrachtung einzelner medizinischer Parameter als Risikofaktoren für potenzielle spätere Erkrankungen und die Tendenz, gesellschaftliche Problemlagen und Missstände (z. B. Überforderung am Arbeitsplatz) als behandlungs- und therapiebedürftige Krankheiten zu definieren bzw. zu stigmatisieren und damit in den Verantwortungsbereich des medizinischen Systems zu verlagern – mit der Folge steigender Kosten im und für das Gesundheitssystem.

Treibende Kraft in diesem Prozess waren u. a. diverse soziale Bürgerbewegungen mit dem Anliegen, gesellschaftliche Problemlagen (z. B. wachsende soziale Ungleichheitsverhältnisse und Benachteiligungen) politisch anzugehen und nicht ärztlich-medizinisch zu lösen. Letztlich waren diese Bewegungen somit auch Ausdruck nachlassenden Vertrauens in ein Gesundheitssystem mit Versorgungsmentalität und ohne aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten als „Experten und Expertinnen ihrer eigenen Situation".

3 „Gesundheitsförderung im Setting" bzw. „Gestaltung gesundheitsfördernder Settings" gelten heute in der Gesundheitsförderung als zentrale Handlungsansätze (Engelmann/Halkow 2008).

Mit den Kritikerinnen und Kritikern gründeten sich in den 1970er und vor allem in den 1980er Jahren stetig mehr Laienbewegungen und Selbsthilfegruppen als neues Segment in der Gesundheitsversorgung. „Beteiligung", „Selbstverantwortung" für das eigene Leben und (Selbst-)Befähigung im Sinne von „Empowerment" (Herriger 2010) wurden zu zentralen Schlagworten und Forderungen. Sie nahmen in den 1970er und 1980er Jahren deutlichen Einfluss auf die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und finden sich u.a. in der Ottawa-Charta wieder (Ruckstuhl 2011).

Die Rolle der Weltgesundheitsorganisation auf dem Weg zur Ottawa-Charta
Als wichtiger Wendepunkt in der Entwicklung einer umfassenden Programmatik für die Gesundheitsförderung gilt das Jahr 1978. Während der von WHO und UNICEF einberufenen internationalen Konferenz zur sog. „primären Gesundheitsversorgung" in Alma-Ata wurde das Konzept „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" verabschiedet (WHO 1978): ein Vorhaben mit dem Auftrag, für alle Menschen bis zum Jahr 2000 einen Gesundheitsstatus zu erreichen, der es ihnen ermöglichen sollte, ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen. Die Neuausrichtung in der Arbeit der WHO hatte ihren Höhepunkt im Jahr 1986 mit der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung im kanadischen Ottawa. Das Ergebnis der Konferenz war die Verabschiedung der sog. „Ottawa-Charta" (WHO 1986a; b) als Bilanz langjähriger internationaler Diskussionen[4] vor dem Hintergrund wachsender sozialer Unterschiede in den Chancen auf Gesundheit und als Reaktion auf einen steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen durch die Behandlung von Krankheiten (Waller 1995).

Die Inhalte, die seit der Ottawa-Konferenz im Jahr 1986 unter dem Begriff „Gesundheitsförderung" firmieren, gelten zurecht als Ausgangspunkt eines Paradigmenwechsels innerhalb des engen, vornehmlich an Risikofaktoren, Krankheit und Krankheitsvorbeugung orientierten Systems.

Die Ottawa-Charta repräsentiert den Rahmen für eine Globalstrategie zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität der Menschen. Als zentrales Moment und vordringliche Aufgabe werden dabei der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten und eine sozial gerechtere Verteilung von Gesundheitschancen formuliert – ausgehend von der Erfahrung, dass Gesundheit überwiegend außerhalb der Gesundheitsversorgung in den alltäglichen Lebenswelten der Menschen entsteht und verändert werden kann (Ruckstuhl 2011).

Als gesundheitspolitisches Grundsatzdokument und Aktionsprogramm formuliert die Charta das Paradigma der Gesundheitsförderung, das – im Unterschied zur Fixierung auf Krankheit (Pathogenese) und Risikofaktoren – die Herstellung und Erhaltung von Gesundheit (Salutogenese) in den Mittelpunkt stellt. Gesundheitsförderung geht insofern weit über die auf Individuen bezogene Krankheitsprävention hinaus, indem sie die Frage nach den Rahmenbedingungen für und von Gesundheit betont und den Blick auf gesundheitsrelevante soziale, ökonomische und ökologische Bedingungen in den Lebensweisen und Lebenswelten der Menschen richtet. Entsprechend definiert die Ottawa-Charta Gesundheitsförderung als einen Prozess, der Menschen dazu befä-

4 Einen ausführlichen Überblick über die verschiedenen Entwicklungsprozesse und zeitlichen Abfolgen ist von Kaba-Schönstein (2011a; b), im aktuellen Glossar Gesundheitsförderung zu finden.

higt, mit Belastungen und Stressoren im Lebensverlauf umzugehen und diese so zu verändern, dass daraus keine negativen Folgen für die Gesundheit resultieren. Auf verschiedenen Ebenen in den unterschiedlichen Lebensumwelten und Alltagsbezügen sollen Handlungsmöglichkeiten und Rahmenbedingungen gefördert werden, die der Entfaltung und Ausschöpfung von Gesundheitspotenzialen (Ressourcen) und Schutzfaktoren dienen. Begrifflichkeiten wie „Beteiligung" (Partizipation), „Kompetenz" und „Befähigung" spielen in diesem Anliegen eine wichtige Rolle als Weg und Ziel jeglicher Interventionen, um den Menschen zu ermöglichen, mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erlangen (Bauch 1999).

Neben der Stärkung von Fähigkeiten und Kompetenzen hebt die WHO in ihrer Definition von Gesundheitsförderung auf Interventionen ab, die verändernd auf soziale, ökonomische und umweltbezogene Bedingungen einwirken mit dem Ziel, potenziellen gesundheitsabträglichen Folgen vorzubeugen bzw. diese zu mildern und letztlich zu beseitigen (ebd.). Mit der „Schaffung gesunder Lebenswelten" wird in der Ottawa-Charta ein prioritäres Handlungsfeld für die Gesundheitsförderung benannt: Gemeinden, Stadtteile und Nachbarschaften als zentrale Lebenswelten von Menschen. Dieser Logik folgend, legt die Ottawa-Charta einen Schwerpunkt darauf, Gesundheitsförderung auf die Orte/Räume auszurichten, die Belastungen, wie z. B. hoher Arbeitslosigkeit, defizitären Wohnbedingungen, hohem Verkehrsaufkommen, mangelnden Grünflächen etc., ausgesetzt sind. Eine in erster Linie soziallagenorientierte Verbesserung der konkreten Lebensverhältnisse ist gefordert, die vielfältigen Strukturen und Bedingungen, die die individuelle und öffentliche Gesundheit beeinflussen, zu berücksichtigen (Naidoo/Wills 2010).

Die hier skizzierten Kriterien für gesundheitsfördernde Interventionen verweisen eindrücklich darauf, dass die Ottawa-Charta auf einem sozialökologischen, salutogenetisch orientierten Gesundheitsmodell und einem breiten Gesundheitsverständnis aufbaut.

Das Gesundheitsverständnis im Kontext der Gesundheitsförderung

Ein zentrales Fundament ist die Gesundheitsdefinition der WHO aus dem Jahre 1946 mit dem Verständnis von Gesundheit als „state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO 1946: 1). Ohne die Frage der Angemessenheit oder Tauglichkeit der WHO-Definition von Gesundheit an dieser Stelle aufzugreifen oder zu diskutieren, bleibt festzuhalten, dass sie mit dieser Beschreibung historisch betrachtet bereits sehr früh die Weichen gestellt hat, um das rein biomedizinische Gesundheitsverständnis aufzubrechen und der Vielzahl an Einflussfaktoren auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit zu entsprechen. Die auf den ersten Blick eher statisch anmutende Definition von Gesundheit und die darin angelegte Utopie eines anzustrebenden Ideals von Gesundheit stellt trotzdem bis heute eine wichtige Basis für das Paradigma der Gesundheitsförderung dar. Sie öffnet den Blick für Gesundheit als mehrdimensionales Geschehen, das körperlich-physische, psychische und psychosoziale Gesundheitsfaktoren integriert.

Erst die Ottawa-Charta hat diesem mehrdimensionalen Gesundheitsverständnis zu internationalem Durchbruch verholfen (Naidoo/Wills 2010) und einen grundsätzlichen Perspektivwechsel weg von einem biomedizinischen Krankheitsmodell, hin zu

einem biopsychosozialen Gesundheitsmodell eingeleitet, das psychische, physische und soziale Faktoren als zentrale Gesundheitsdeterminanten in Verbindung mit den Lebensweisen und Lebensumwelten der Menschen bringt.

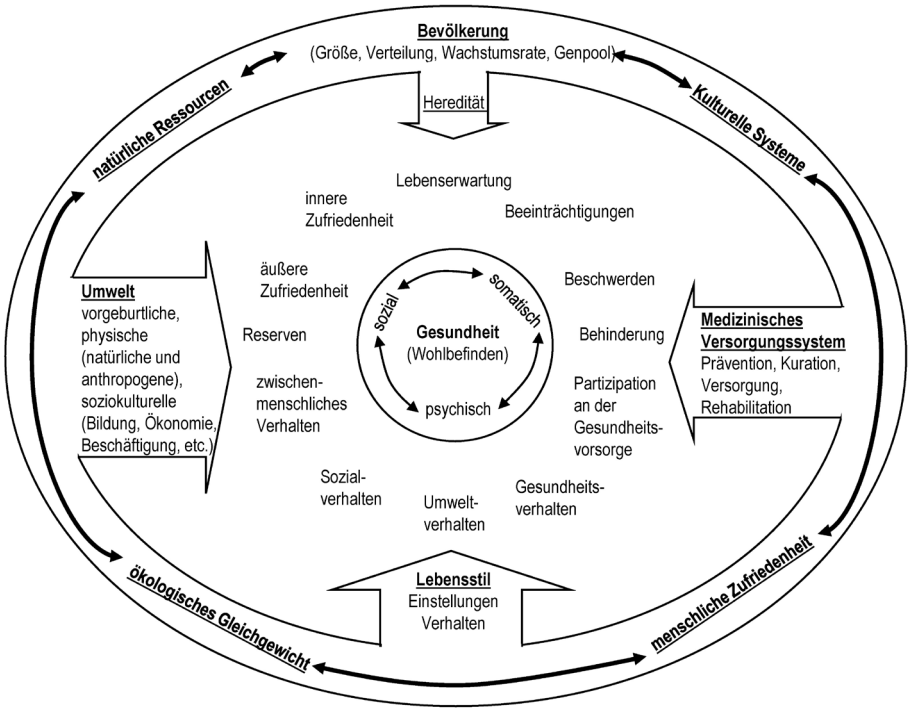

Abb. 1: „Force Field and Well-Being Paradigms of Health" / Quelle: eigene Übersetzung in Anlehnung an Blum 1974; 1981

Ein wichtiger Wegbereiter war in diesem Zusammenhang der Gesundheitsplaner Henrik Blum. Mit seinem zunächst unter dem Namen „Environment of Health" publizierten Modell legte Blum 1974 den Grundstein für die Entwicklung eines komplexen, mehrdimensionalen Gesundheitsverständnisses. Dies war verbunden mit der Vorstellung, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht primär und nicht allein von der Quantität und Qualität der verfügbaren Gesundheitsleistungen abhängig ist, sondern vielmehr ein Konglomerat aus zahlreichen, sich wechselseitig beeinflussenden Größen und simultan wirkenden Kräfte darstellt (Blum 1974): „Heredity, environmental factors, and behavior patterns have far greater influence on man's well-being or health than medical care" (Blum 1974: xiii).

Entsprechend benannte er sein Modell später um in „Force Field and Well-Being Paradigms of Health".

Nach Blum bilden die genetische Ausstattung und damit die Vererbung (Heredität) den Ausgangspunkt für die individuelle Gesundheit, wenn auch nur mit verhältnismäßig geringem Einfluss. Die verfügbare medizinische Versorgung als zweite große Kraft umfasst die verschiedenen Einrichtungen und Leistungen, die das Gesundheitssystem bereitstellt, um die Gesundheit der Bevölkerung durch die diversen präventiven Leistungen/Angebote zu erhalten und zu verbessern. Der Lebensstil eines Menschen wirkt sich mit Blick auf die individuellen Verhaltensmuster und Einstellungen als drittstärkster Faktor auf die Gesundheit aus. Den größten gesundheitsrelevanten Einfluss schreibt Blum jedoch der (Lebens-)Umwelt eines Menschen zu. Sie setzt sich seiner Ansicht nach zusammen aus der physischen und der soziokulturellen Umwelt, die den Menschen umgibt bzw. in der er lebt. Das Zusammenwirken bzw. das wechselseitige Zusammenspiel der vier skizzierten Gesundheitskräfte bezeichnet Blum als „Umgebung des Gesundheitssystems". Sie bilden die Basis für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Gesundheitsversorgung, der er nicht zuletzt gesundheitsfördernde Effekte zuschreibt (Blum 1974; 1981). Die Besonderheit des Modells ist aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive darin zu sehen, dass er bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt die Bedeutung natürlicher Ressourcen und des ökologischen Gleichgewichts für die Bevölkerungsgesundheit hervorhebt – ein Aspekt, der bis vor wenigen Jahren nur am Rande berücksichtigt wurde.

Einen ähnlichen Ansatz, allerdings mit anderer Schwerpunktsetzung, verfolgt der amerikanische Psychiater Engel (1977) mit seinem „biopsychosozialen Modell" von Gesundheit. Gesundheit setzt sich diesem Modell zufolge zusammen aus individuellen Dispositionen (z. B. genetische Ausstattung, körperlich-psychische Konstitution),Verhaltens- und Lebensweisen (z. B. Ernährungs- und Bewegungsverhalten), dem sozialen Nahraum (z. B. Familie, soziale Netzwerke, Freundschaften) sowie den (sozio-) ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (z. B. Wohnbedingungen, Infrastrukturen, Verkehrs- und Grünflächenplanung, medizinische Versorgung), die ineinandergreifen und in einem wechselseitigen Austausch miteinander stehen (Nutbeam 1998).

Ein weiteres, vor allem in den Gesundheitswissenschaften viel zitiertes Modell als theoretischer Hintergrund für die Gesundheitsförderung ist das von Whitehead und Dahlgreen (1991), welches später von Barton und Grant (2006) weiterentwickelt wurde und unter dem Begriff „Regenbogenmodell" (vgl. Abb. 2) Bekanntheit erlangt hat. Unter Public-Health-Gesichtspunkten erweist es sich vor allem im Zusammenhang mit der Thematik „Gesundheitsfördernde Stadtplanung/-entwicklung" als geeignetes, ganzheitliches „sozial-ökologisches" (Bauch 1999; Bengel/Strittmacher/Willmann 1998) Gesundheitsmodell. Es ordnet die vielfältigen biopsychosozialen Gesundheitsdeterminanten verschiedenen Ebenen zu und illustriert, dass menschliches Handeln auf vielfältige Art und Weise Umweltressourcen beansprucht, während Ökosysteme ihrerseits auf diese Inanspruchnahme – mit unter Umständen negativen Folgewirkungen (z. B. Luftschadstoffe, Klimawandel) antworten (Lavin/Higgins/Metcalfe et al. 2006; Williams/Fisher 2007).

Abb. 2: Determinanten von Gesundheit / Quelle: Trojan 2009

Lange Zeit in ihrer Gesundheitsrelevanz unterschätzt, greift das Modell explizit die Bedeutung der sozialen Determinanten von Gesundheit (z.B. Bildung, Einkommen soziale Lebensumwelt, physische Lebensumwelt) in Bezug auf die Verteilung von Gesundheitschancen auf. Neben Faktoren wie Bildung, Einkommen und psychosoziale Risiken determiniert auch die Lebensumwelt mit ihren konkreten Umweltqualitäten bzw. Umweltbelastungen wie Verkehrsaufkommen, Lärm, Luftverschmutzung, Wohnstruktur, Wohnungsqualität, Grünflächen etc. wichtige positive und negative Voraussetzungen für Gesundheit und Krankheit. Daran anknüpfend formulieren Kickbusch und Engelhardt: „Gesundheitsdeterminanten sind in einer Vielfalt gesellschaftlicher Strukturen, Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten verankert und beeinflussen sich gegenseitig, sodass bestimmte Muster der Interaktion von Risikofaktoren und Risikobedingungen – aber auch von Schutzfaktoren – entstehen“ (Kickbusch/Engelhardt 2009: 19). Indem das „Konzept der Gesundheitsdeterminanten“ (Kickbusch/Engelhardt 2009) explizit die Bedeutung von Schutzfaktoren und deren Stärkung betont, ist es in hohem Maße anschlussfähig an das Salutogenesemodell von Aaron Antonovsky, wie es in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung implizit angelegt ist. Als empirisch geprüftes und bestätigtes Erklärungsmodell für Gesundheit und Krankheit hat die Theorie der Salutogenese internationale Bedeutung erlangt. Sie ist in der auf Public Health bezogenen Gesundheitsförderung eine wichtige Basis, um diese z.B. für das Handlungsfeld der Stadtplanung und Stadtentwicklung zu erschließen und in konkrete Interventionsansätze zu überführen. Insgesamt beinhalten alle hier exemplarisch aus der Fülle der vorhandenen Gesundheitsmodelle herausgegriffenen Ansätze wichtige Grundlagen und Anknüpfungspunkte für das Thema Gesundheitsförderung im Sinne von „Urban Health“ (siehe hierzu auch z.B. Galea/Vlahov 2005). Dem Konzept der Salutogenese gebührt in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit.

3 Das Konzept der Salutogenese und die Bedeutung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums als Fundament für Gesundheitsförderung

Wenngleich nachfolgend das salutogenetische Modell mit seinen zentralen Eckpunkten im Mittelpunkt steht, repräsentiert das Salutogenese-Konzept nur *einen theoretischen Zugang* unter vielen. Unterschiedlichste Bezugsdisziplinen von Public Health haben versucht, die Entstehung von Gesundheit und Krankheit mit je unterschiedlicher Gewichtung physischer, psychischer und sozialer Gesundheitsdeterminanten zu erklären und daraus ein in sich schlüssiges Konzept mit entsprechenden Handlungsansätzen abzuleiten. Dies hat eine Fülle an unterschiedlichen Theorien und Modellen hervorgebracht (z.B. Franke 2006).[5] Das Salutogenese-Modell des Medizinsoziologen Antonovsky (1923–1994) zählt zu den Stressbewältigungs-Modellen, die der Frage nachgehen, inwieweit bestimmte Anforderungen und Beanspruchungen im Alltag als (negative) Stressoren wahrgenommen werden und welche Ressourcen erforderlich sind, um diesen Stressoren im Sinne der Gesundheitserhaltung zu begegnen. Nach Antonovsky (1993; 1997) befindet sich der Mensch in einer ständig neu herzustellenden Balance zwischen Belastungen, die als Stressoren wirken können, und protektiven Faktoren. Er bewegt sich damit kontinuierlich auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, dessen Pole durch die Endpunkte „vollkommene Gesundheit" (engl.: health-ease) und „vollständig fehlende Gesundheit" (engl.: dis-ease) begrenzt werden.

Die zentrale Frage der Salutogenese befasst sich damit, warum manche Menschen trotz Belastungen gesund bleiben, während andere unter dem Einfluss vergleichbarer Stressoren erkranken, und wie es gelingen kann, Gesundheit immer wieder neu herzustellen. Die jeweilige Position eines Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wird in der Salutogenese interpretiert als das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen persönlichen und umweltgebundenen gesundheitsfördernden und gesundheitsbelastenden Faktoren bei der Bewältigung von Belastungen, in Abhängigkeit zum jeweiligen sozialen Kontext und zur Lebensgeschichte eines Menschen.

Mit dem salutogenetischen Ansatz treten diejenigen Schutzfaktoren und Bewältigungskompetenzen in den Vordergrund, die Gesundheit erhalten, fördern und die z.B. im Umgang mit potenziellen Stressoren aktiviert werden können. Gesundheit ist somit kein statischer Zustand. Das Gleichgewicht zwischen den die Gesundheit einschränkenden Risikofaktoren und den die Gesundheit erhaltenden Schutzfaktoren befindet sich vielmehr ständig im Fluss und muss immer wieder neu ausbalanciert werden. Für die Entstehung und Erhaltung der Gesundheit sind nach Antonovsky „generalisierte Widerstandsressourcen" verantwortlich (Antonovsky 1997), über die jeder Mensch in unterschiedlicher Ausprägung und Anzahl verfügt. Je ausgeprägter diese Ressourcen sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Herausforderungen und Problemlagen bewältigt werden können.

Als wichtigste Ressource nach diesem Konzept benennt Antonovsky das „Kohärenzgefühl/ Kohärenzerleben" („Sense of Coherence" kurz: „SOC"). Es basiert einerseits auf dem Vertrauen, die Erwartungen der Umwelt zu verstehen, auf dem Gefühl, Anforde-

5 Einen umfassenden Überblick der Konzepte, die für die Gesundheitsförderung zentrale Bedeutung haben, bieten z.B. Nutbeam/Harris (2001).

rungen kontrollieren und bewältigen zu können, sowie auf der Wertschätzung dem eigenen Leben gegenüber, für das sich Anstrengungen lohnen (Antonovsky 1997). Der salutogenetischen Perspektive eigen ist das Bewusstsein, dass Gesundheitsvorsorge sich nicht in der Bekämpfung negativer Stressoren (z. B. Beeinträchtigung der Umweltqualität durch Schadstoffe) erschöpft (zum planerischen Begriff der Vorsorge s. Beitrag Köckler/Rauland). Flankierend hierzu bedarf es weiterer Anstrengungen zur Stärkung und Vermehrung gesundheitsförderlicher Ressourcen, die auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sind:

> auf der personenbezogenen individuellen Ebene (z. B. Bildung, Selbstvertrauen, lebenspraktische Fähigkeiten, Intelligenz, Problemlösungsfähigkeiten),

> auf der Ebene des sozialen Umfeldes (z. B. die Erfahrung von Unterstützung, Familienzugehörigkeit, Einbindung in soziale Netzwerke),

> auf der umweltbezogenen, gesellschaftlichen Ebene (z. B. Verfügbarkeit ausreichender finanzieller Mittel, angemessener Wohnraum) und

> auf der kulturellen Ebene (z. B. Wertorientierungen, Tugenden, Lebenssinn).

Dies untermauert die Notwendigkeit, Menschen und ihre Gesundheit ganzheitlich, eingebettet in komplexe gesellschaftliche Strukturen und Lebensumwelten, zu betrachten. Die damit einhergehende Frage nach den „Interventionsfeldern" für gesundheitsfördernde Angebote führt unmittelbar zum *Setting-Ansatz*. Er stellt innerhalb des salutogenetischen Theoriegebäudes einen wichtigen Referenzpunkt für Interventionsstrategien dar, wenn es um den Praxistransfer und die Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote auf der konkreten Interventionsebene geht.

4 Die Konzeption des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung

Die Versuche, den Begriff des „Settings" oder des häufig synonym verwendeten Begriffs der „Lebenswelt" zu definieren, sind ebenso vielfältig wie die Theorien, auf die der Setting-Ansatz Bezug nimmt. Ursache hierfür ist, dass die Wurzeln des Setting-Begriffs in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen (Philosophie, Soziologie, (Öko-)Psychologie) liegen, die sich aus ihren jeweiligen wissenschaftlichen Bezügen und Erkenntnisinteressen (phänomenologisch, sozialwissenschaftlich-gesellschaftskritisch) heraus mit der Bedeutung von „Lebenswelt" und „Lebensraum" befassen. In diesem Umstand mag auch begründet liegen, dass der Setting-Ansatz bis heute keine in sich konsistente theoretische Basis vorweisen kann, mit der Folge, dass es im Vergleich zur breiten Akzeptanz in der Praxis nach wie vor vielfach an (gesundheits-)wissenschaftlicher Evidenz mangelt (Engelmann/Halkow 2008).

Das Glossar der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) definiert Setting als einen „(...) Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat" (Hartung/Rosenbrock 2015). Ein Setting repräsentiert insofern die alltäglichen (gesundheitsrelevanten) Rahmenbedingungen/Strukturen (z. B. Wohnen, Arbeiten, Lernen, Konsumieren), die die Art und Weise

prägen, wie Menschen ihren Alltag gestalten, wie Gesundheit wahrgenommen wird, auf welche Gesundheitsressourcen zurückgegriffen werden kann bzw. wie diese aktiviert werden können und welche Formen des Umgangs mit Gesundheitsrisiken/Gesundheitsbeeinträchtigungen gepflegt werden (ebd.).

In der Ottawa-Charta wird der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung definiert. Ihn zeichnet aus, dass er über die reine Orientierung am (Gesundheits-)Verhalten der Menschen weit hinausgeht und die Zusammenhänge sowie die wechselseitige Beeinflussung von sozialer Umwelt, gebauter Umwelt und Natur sowie Kultur und Gesellschaft als Dreh- und Angelpunkt gesundheitsrelevanter Interventionen begreift. Charakteristisch für den Setting-Ansatz ist daher die Berücksichtigung individuellen Verhaltens *und* struktureller Verhältnisse. Ressourcenorientierung, Partizipation, Vernetzung und Befähigung/Aktivierung sind weitere markante Merkmale des Setting-Ansatzes. In der Umsetzung des Setting-Ansatzes wird differenziert zwischen „Gesundheitsförderung im Setting" und „Gesundheitsförderung durch Setting-Entwicklung" (vgl. Hartung/Rosenbrock 2015). Ersteres nutzt die alltäglichen Lebenswelten der Menschen, um Zugang zu bestimmten Bevölkerungs(teil)gruppen zu erhalten und an ihren Erfahrungshorizont sowie konkrete Bedarfe und Problemlagen anknüpfen zu können. Das Zweite hat sich erst in den zurückliegenden Jahren entwickelt. Es ist eine Antwort auf wachsende soziale Ungleichheitsverhältnisse, die sich nicht nur auf einer individuellen, sondern auch auf einer konkreten räumlichen Ebene im Sinne benachteiligter und benachteiligender Lebensbedingungen (z. B. infolge von beeinträchtigter Umweltqualität, mangelhafter Wohnsubstanz etc.) manifestieren. Sie verlangen nach einer Verbindung von individuums- und umweltbezogenen Interventionen, die die gesundheitsrelevanten bzw. gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensverhältnisse als solche verändern und optimieren.

Mit dem Setting-Ansatz eröffnet sich folglich die Chance, die gemeinsamen Anliegen von Public Health, Städtebau und Stadtentwicklung sowie die potenziellen Synergien gezielter Kooperation in Gebieten mit gesundheitsbeeinträchtigenden sozialen, umweltbezogenen und städtebaulichen Problemlagen zu bündeln. Im Fokus stehen dann z. B. Stadt, Stadtteil, Wohnquartier, Nachbarschaft oder Gemeinde als physikalisch-gebaute und soziale Lebenswelten. Sie bieten zahlreiche Anknüpfungspunkte für eine Verbindung verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen – nicht zuletzt mit dem Ziel, die Einflussmöglichkeiten der Menschen auf die Rahmenbedingungen ihrer Gesundheit und damit auf Lebensstile und Lebenswelten/-verhältnisse zu verbessern (Richter/Wächter 2009; Hartung/Rosenbrock 2015).

In Programmen und Projekten der sozialen Stadt(teil)entwicklung findet der Setting-Ansatz zunehmend Verwendung, da er sich vor allem für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen (z. B. sozial Benachteiligte, Migranten) als erfolgreich erwiesen hat (Altgeld 2004). Dass sich gesundheitsrelevante Verhaltensweisen stets in einem bestimmten (Lebens- und Umwelt-)Kontext konstituieren und somit Ausdruck einer spezifischen Lebenslage und eines durch diese Lebenslage geprägten Lebensstils bzw. einer Lebensweise sind, ist eine wichtige Erkenntnis und Grundlage für Interventionen, die Gesundheitsförderung über eine Veränderung der Umweltbedingungen anstreben. Die nahezu inflationäre Verwendung des Setting-Begriffs und die Tendenz, jeglichen gesundheitsbezogenen Angeboten zugleich gesundheitsförderliche Effekte

zu unterstellen, läuft allerdings Gefahr, dass Begrifflichkeiten zu einer leeren Worthülse werden und zunehmend verwässern. Zudem wird auf dieses Weise die Tendenz gefördert, sämtlichen Lebensbereichen und Lebensstilen Optimierungsbedarf bei Unzulänglichkeiten zu unterstellen, die es mittels gesundheitsfördernder Interventionen zu korrigieren gilt. Vor einer solchen „Kolonalisierung der Lebenswelten" sind auch diejenigen Disziplinen nicht gefeit, die im Zusammenhang mit gesundheitsorientierter Stadtplanung und Stadtentwicklung der (wiederentdeckten) Erkenntnis folgen, dass Gesundheit als Ressource für das täglichen Leben heute mehr denn je von der Qualität der alltäglichen Lebens*umwelt* und der Lebensverhältnisse der Menschen abhängig ist.

Zum Setting-Ansatz ist des Weiteren kritisch anzumerken, dass dieser im wissenschaftlichen Sinne nicht auf einem fundierten, theoretischen Konzept basiert, das mit einem einheitlichen methodischem Instrumentarium operiert, sondern vielmehr eine (Handlungs-)Leitlinie für die gesundheitsfördernde, am Bedarf der jeweiligen Zielgruppe orientierte Gestaltung von ausgewählten Lebens(um)welten bietet. Dieser Umstand hat in den zurückliegenden Jahren zu einem wahren Wildwuchs und Nebeneinander von Projekten und Angeboten geführt, die sich allesamt mit dem Label „Setting-Orientierung" schmücken. Während der Begriff und das Verständnis vom Setting sich in den allermeisten Ansätzen auf eine konkrete Institution bzw. einem räumlichen Ansatz folgend auf einen definierten Lebensraum beziehen, wird den ökologischen Rahmenbedingungen von Gesundheit und den ökologischen Lebensbedingungen in diesen Ansätzen dennoch nur wenig Aufmerksamkeit zuteil. Sie blenden damit eine wesentliche Verbindung zwischen Gesundheit und einer intakten ökologischen Umwelt aus, die ihrerseits auf der Balance von Ressourcenverbrauch und Ressourcenregenerierung vor dem Hintergrund nachhaltiger Entwicklung basiert. Eine solche „ökologische Gesundheitsperspektive" fußt auf dem vielfach unterschätzten Zusammenspiel von „Umwelt und Gesundheit" als Thema der Gesundheitsförderung und als Brückenschlag zwischen Umwelthygiene und Gesundheitsförderung. Fehr (1996; 2001) hat auf diesem Gebiet Pionierarbeit geleistet und erstmals den Prototyp eines (idealtypischen) Policy-Zyklus im Sinne „ökologischer Gesundheitsförderung" vorgelegt, die die Verknüpfung kommunaler Fachpolitiken (z. B. Umwelt- und Naturschutz, Stadtplanung) in das Zentrum der Betrachtung stellt.

Unter der Prämisse „ökologischer Gesundheitsförderung" wird deutlich, dass Gesundheitsförderung sich nicht allein auf kleinräumige und lokal begrenzte Interventionen beschränken kann, sondern dass es letztlich auch und nicht zuletzt darum geht, den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen zum Thema zu machen. Dies umfasst „Schonung, Schutz und Wiederherstellung lebenswichtiger Ressourcen" (Fehr 2001: 138) sowie „Rückbau […] und regenerative Maßnahmen, einschließlich Schonung […] straßen- und siedlungsfreier Gebiete" (ebd.: 142).

5 Welche Antworten kann die Gesundheitsförderung auf die Herausforderungen und Zukunftsfragen in der Stadtplanung/ -entwicklung geben?

Seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta vor 30 Jahren ist viel Bewegung in die Diskussion um Gesundheitsförderung und Prävention als wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgaben in Deutschland gekommen. Seither ist eine unüberschaubare Zahl an staatlichen und nichtstaatlichen Initiativen und Zusammenschlüssen zu verzeichnen, die sich im Rahmen von Konferenzen, Gutachten, Entschließungen, Leitlinien, Handlungsempfehlungen etc. in unterschiedlicher Gewichtung und Akzentsetzung mit den vielfältigen Facetten von Gesundheitsförderung und Prävention befassen. Das wird besonders deutlich, wenn man die erste Ausgabe des Glossars Gesundheitsförderung, das von der WHO im Jahr 1998 veröffentlicht wurde, mit der heutigen aktualisierten Auflage vergleicht. Nach wie vor erfüllt das Glossar eine wichtige Aufgabe, indem es die Bedeutung und die Wechselbeziehungen vieler Begriffe, die in Verbindung mit Gesundheitsförderung und Prävention stehen, möglichst konkret und allgemein verständlich erklärt. Unübersehbar sind jedoch die gewachsene Komplexität und thematische Breite des Handlungsfeldes sowie der Erkenntnisgewinn nach nunmehr drei Jahrzehnten Beschäftigung mit der Thematik. Beide Ansätze – Gesundheitsförderung und Prävention – gewinnen angesichts der vielfältigen Herausforderungen an Bedeutung, aber auch an Brisanz, verbunden mit der Gefahr, Gesundheitsförderung und Prävention zu Allheilmitteln hochzustilisieren, die in der Lage sind, für gesellschaftliche Problemlagen maßgeschneiderte Antworten zur Verfügung zu stellen.

War es in erster Linie ein Verdienst stadthygienischer Maßnahmen, die im 19. und 20. Jahrhundert wesentlich dazu beitragen konnten, Seuchen wie Cholera und Tuberkulose zu überwinden, haben die aktuellen gesundheitlichen Problemfelder ihr Erscheinungsbild deutlich verändert. Doch damals wie heute sind die Chancen, Gesundheit zu erhalten und zu fördern, auf das Engste mit gesellschaftlichen Teilhabechancen verbunden. Soziale Ungleichheitsphänomene in der Teilhabe an Lebens*um*welten, deren Infrastrukturen so gestaltet und organisiert sind, dass sie Gesundheit und Wohlbefinden fördern, indem sie z. B. einen aktiven Lebensstil ermöglichen und zugleich Räume für Erholung und Rückzug bieten, rufen auch aktuell mehr denn je nach verantwortungsvoller, gesundheitsprotektiver Stadtplanung und Stadtentwicklung.

„Architektur für mehr Bewegung und Gesundheit" ist im Kontext gesundheitsförderlicher Stadtplanung und -entwicklung im angelsächsischen Raum ein bereits etablierter Ansatz, der vor allem in Verbindung mit den gestiegenen Folgeerscheinungen von Übergewicht, Fehlernährung, Diabetes mellitus, Bewegungsarmut etc. zu sehen ist. So wurden beispielsweise „Richtlinien für ein aktives Stadtdesign" erarbeitet, die u. a. den Umstieg vom motorisierten Individualverkehr auf das Zufußgehen und das Radfahren erleichtern und attraktive Grünräume in Gestalt von Parks, Sport- und Spielplätzen als Motivatoren für mehr Bewegung schaffen sollen. Ähnliche Initiativen und Vorhaben sind auch in Deutschland und insbesondere in Nordrhein-Westfalen seit einigen Jahren auf dem Vormarsch. Beispielsweise bietet der „Leitfaden Gesunde Stadt" konkrete Anhaltspunkte und praxisorientierte Empfehlungen, um gesundheitsrelevante Aspekte bei der Planung zu erkennen, zu bewerten und zu berücksich-

tigen (Baumeister/Köckler/Rüdiger et al. 2016). Gesundheit und Gesundheitsförderung müssen zentrale Eckpfeiler verantwortungsvoller, zukunftsfähiger Stadtplanung und Stadtentwicklung sein, um

a einer wachsenden Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern – unabhängig von der sozialen Zugehörigkeit / dem Sozialstatus – ökologisch intakte Lebensumwelten mit hoher Lebensqualität und sozialintegrativem Potenzial zur Verfügung zu stellen und

b ihnen durch entsprechende gesundheitsfördernde infrastrukturelle Umgebungsbedingungen Entscheidungen für gesundheitsbewusstes Verhalten im Alltag zu erleichtern.

Zukunftsfähige Gesundheitsförderung kann mittels innovativer, kreativer Strategien Antworten auf aktuelle gesellschaftliche Problemlagen und gesundheitspolitische Herausforderungen bereitstellen, wenn sie einer Mehrebenenstrategie folgt, mit klarer Ausrichtung auf Gesundheit und gesundheitsbezogene Bedarfe in unterschiedlichen Lebenswelten (z. B. Arbeiten, Wohnen, Freizeit) über die gesamte Lebensspanne. Der sog. Setting-Ansatz, der mit der Ottawa-Charta Verbreitung gefunden hat und der Gesundheitsförderung mit sozialräumlichen Aspekten im Sinne der Ausrichtung auf Lebensumwelten und Lebensverhältnisse verbindet, dürfte in dieser Hinsicht noch lange nicht ausgeschöpft sein.

Autoren

Univ.-Prof. Dr. Claudia Hornberg *ist Diplom-Biologin, Diplom-Ökologin und Professorin für Umwelt & Gesundheit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Seit 2016 Vorsitzende des Sachverständigenrates für Umweltfragen (SRU). Arbeits- und Forschungsschwerpunkte (Auswahl): Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung im Handlungsdreieck von Umwelt, Gesundheit und sozialen Lebensbedingungen (Umweltgerechtigkeit), Bedeutung von Stadtgrün als gesundheitsfördernde Ressource in urbanen Lebensumwelten unter besonderer Berücksichtigung des Klimawandels, Umweltmedizin, Environmental Burden of Disease.*

Dr. rer. nat. Michaela Liebig-Gonglach, *Diplom-Biologin und Gesundheitswissenschaftlerin (MPH) ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Umwelt & Gesundheit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Arbeits-/Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes mit dem Schwerpunkt auf gesundheitlichen Aspekten der Energiewende.*

Andrea Pauli, *Dipl. Sozialpädagogin und Gesundheitswissenschaftlerin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, Arbeitsgruppe Umwelt & Gesundheit. Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung unter den Bedingungen sozial benachteiligter Lebensumwelten im Handlungsdreieck von Umwelt, Gesundheit und sozialen Lebensbedingungen (Um-*

weltgerechtigkeit), Gesundheitsfördernde Potenziale von Natur und Naturerfahrungen sowie Gendersensible Gesundheitsforschung unter besonderer Berücksichtigung individueller Lebensverläufe und Lebensumwelten.

Literatur

Altgeld, T. (2004): Expertise: Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. http://www.gesundheit-nds.de/downloads/altgeld.settingexpertise.pdf (02.04.2014).
Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung vs. Krankheitsforschung. In: Franke, A.; Broda M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen, 3-14.
Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen. = Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie 36.
Barton, H.; Grant, M. (2006): A health map for the local human habitat. In: Journal for the Royal Society for the Promotion of Health 126 (6), 252-253.
Bauch, J. (1999): Quo vadis Gesundheitsförderung – Überlegungen zur Rehabilitierung der Gesundheitserziehung. In: Prävention 4 (22), 99-102.
Baumeister, H.; Köckler, H.; Rüdiger, A.; Claßen, T.; Hamilton, J.; Rüweler, M.; Assmann, C.; Baumgart, S.; Hornberg, C. (2016): Leitfaden Gesunde Stadt – Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bielefeld.
Bengel, J.; Strittmacher, R.; Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Köln. = Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 6.
Bergdolt, K. (1999): Leib und Seele: Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens. München.
Blättner, B. (1997): Paradigmenwechsel: von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsbildung und -förderung. In: Weitkunat, R.; Haisch, J.; Kessler, M. (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte. Methoden. Prävention. Versorgung. Politik. Bern, 119-125.
Blum, H. L. (1974): Planning for health. Development and application of social change theory. New York.
Blum, H. L. (1981): Planning for health. Development and Application of Social Change Theory. New York.
Brenneke, R.; Schelp, F. P. (1993): Sozialmedizin. Stuttgart.
Eckart, W. (2005): Geschichte der Medizin. Berlin/Heidelberg.
Engel, G. L. (1977): The Need For a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: Science 196, 129-136.
Engelmann, F.; Halkow, A. (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Berlin. = WZB Discussion Paper 302.
Fehr, R. (1996): Ökologische Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen. In: Fehr, R.; Vogt, A. (Hrsg.): Forum Umweltmedizin NRW 1995: Vernetzung von Informationsstrukturen für umweltbezogenen Gesundheitsschutz. Bielefeld, 5-8.
Fehr, R. (2001): Ökologische Gesundheitsförderung: Analysen – Strategien – Umsetzungswege. Bern.
Flügel, A. (2012): Public Health und Geschichte. Basel.
Franke, A. (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern.
Franzkowiak, P. (2003a): Prävention. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsaufklärung. Schwabenheim an der Selz, 179-180.
Franzkowiak, P. (2003b): Verhaltens- und Verhältnisprävention. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsaufklärung. Schwabenheim an der Selz, 238-239.
Galea, S.; Vlahov, D. (2005): Urban Health: Evidence, Challenges, and Directions. In: Annual Review of Public Health 26, 341-365.
Gutzwiller, F.; Wydler H.; Jeanneret, O. (1999): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Gutzwiller, F.; Jeanneret, O. (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin. Bern, 191-197.
Hartung, S.; Rosenbrock, R. (2015): Settingansatz/Lebensweltansatz. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung.
http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/ (20.06.2016).
Haug, C. V. (1991): Gesundheitsbildung im Wandel. Bad Heilbrunn.
Herriger, N. (2010): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart.
Hörmann, G. (1997): Zur Funktion der Sozialarbeit im Gesundheitswesen: Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung. In: Homfeldt, H. G.; Hünersdorf, B. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied u.a., 11-27.

Kaba-Schönstein, L. (2011a): Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa. https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-ii-internationale-entwicklung-historische-und-programmatische-zusammenhaenge-bis-zur-ottawa-charta-1986-und-den-folgekonferenzen/ (20.06.2016).

Kaba-Schönstein, L. (2011b): Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-iii-internationale-entwicklung-historische-und-programmatische-zusammenhaenge-nach-ottawa-1986-bis-heute/ (20.06.2016).

Kickbusch, I.; Engelhardt, K. (2009): Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: von Meyer, K. (Hrsg.): Gesundheit in der Schweiz: Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern, 19-33. = Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.

Kistemann, T.; Engelhart, S.; Exner, M. (2002): Standortbestimmung: Umweltmedizin, Hygiene und Öffentliche Gesundheit. In: Dott, W.; Merk, H. F.; Neuser, J.; Osieka, R. (Hrsg.): Lehrbuch der Umweltmedizin. Stuttgart, 7-13.

Laaser, U. (1986): Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP): das Modell einer kooperativen Prävention. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): Gemeindenahe Gesundheitserziehung, 155-183.

Lavin, T.; Higgins, C.; Metcalfe, O.; Jordan, A. (2006): Health Effects of the Built Environment: A Review. Dublin u.a.

Mosse, M.; Tugendreich, G. (1913): Krankheit und soziale Lage. Göttingen.

Naidoo, J.; Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln.

Nutbeam, D. (1998): Health promotion glossary. In: Health Promotion International 13 (4), 349–364.

Nutbeam, D.; Harris, E. (2001): Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Gamburg.

Oppolzer, A. (1986): Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit. Hamburg.

Richter, A.; Wächter, M. (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln. = Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 36.

Rodenstein, M. (1988): „Mehr Licht, mehr Luft": Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750. Frankfurt am Main u.a.

Rodenstein, M. (1992): Städtebaukonzepte – Bilder für den baulich-räumlichen Wandel der Stadt. In: Häußermann, H.; Ipsen, D.; Krämer-Badani, T.; Läpple, D.; Rodenstein, M.; Siebel, W. (Hrsg.): Stadt und Raum: Soziologische Analysen. Pfaffenweiler, 31-67.

Rodenstein, M. (1996): Stadt und Hygiene seit dem 18. Jahrhundert. In: Machule, D.; Mischer, O.; Sywottek, A. (Hrsg.): Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Hamburg, 19-31.

Ruckstuhl, B. (2011): Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Weinheim.

Schäfer, U. (Hrsg.) (1997): Städtische Strukturen im Wandel: Beiträge zu den Berichten zum sozialen und politischen Wandel in Ostdeutschland. Opladen. = KSPW-Berichte 5.2.

Schlagen, U.; Schleiermacher, S. (Hrsg.) (2002): Sozialmedizin, Sozialhygiene, Public Health: Konzepte und Visionen zum Verhältnis von Medizin und Gesellschaft in historischer Perspektive. Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte. Berlin. = Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte 5.

Siegrist, J. (1998): Machen wir uns selbst krank? In: Schwartz, F.W; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe. H.; Siegrist, J. (Hrsg.): Das Public Health Buch: Gesundheit im Gesundheitswesen. München/Jena, 110-123.

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

Tietze, K.W; Bellach, B. (1997): Über den Zusammenhang von Prävention und Epidemiologie. In: Klotter, C. (Hrsg.): Prävention im Gesundheitswesen. Göttingen, 137-153.

Trojan, A. (2009): Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. In: Prävention und Gesundheitsförderung 4 (3), 184-194.

van der Eijk, P. (2011): Geschichte der Medizin: Gesundheit – Eigenverantwortung oder Schicksal? In: Deutsches Ärzteblatt 108 (44), A-2330-A-2323.

von Troschke, J. (1989): Gesundheit als Wert. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): 40 Jahre Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland: Rückblick – Ausblick – Perspektiven. Dokumentation des gleichnamigen Symposiums vom 3.–4. April 1989 in Bonn. Bonn, 17-54.

von Troschke, J.; Klaes, L.; Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.) (1991): Erfolge gemeindebezogener Prävention. Ergebnisse aus der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). St. Augustin.

Waller, H. (1995): Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart.

Weingart, P.; Kroll, J.; Bayertz, K. (1993): Rasse, Blut, Gene: Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt.

Wenzel, E. (1983): Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit – Synthese des Seminars. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Bericht über das Seminar „Lebensweisen und Lebensbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit, veranstaltet von der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa. Köln, 2-17. = Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5.

Whitehead, M.; Dahlgren, G. (1991): What can be done about inequalities in health? In: The Lancet 338 (8774), 1059-1063.
WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1978): Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung. Alma-Ata.
WHO – World Health Organization (ed.) (1946): Constitution of the World Health Organization. http://www.euro.who.int/de/who-we-are/who-worldwide (19.02.2010).
WHO – World Health Organization (ed.) (1986a): Ottawa Charta for health promotion: First international conference on health promotion, Ottawa.
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ (08.08.2017).
WHO – World Health Organization (ed.) (1986b): Ottawa Charta for health promotion. In: Canadian Journal of Public Health, 77 (6), 425-430.
WHO – World Health Organization (ed.) (1998): The WHO health promotion glossary. Geneva.
Williams, C.; Fisher, P. (2007): Draft guidance on health in strategic environmental assessment: Consultation document. London.