Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 42 (2016)
Heft: 3

Artikel: Grundlagen, Grenzen und Herausforderungen der Gesundheitsförderung

Autor: Dür, Wolfgang

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800342

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Grundlagen, Grenzen und Herausforderungen der Gesundheitsförderung

Mit der wegweisenden Definition von Gesundheit hat die Weltgesundheitsorganisation WHO vor 70 Jahren eine stille Revolution im Gesundheitsverständnis ausgelöst, die in der Folge der Ottawa Charta seit 30 Jahren mehr und mehr Form annimmt. Im Zentrum stand bis zuletzt, neben dem Ziel der individuellen Verhaltensänderung durch Gesundheitskompetenz, der sogenannte Settingansatz, der die Arbeits- und Lebensbedingungen in spätmodernen Gesellschaften aus dem Innen ihrer Organisationen verändern will. Heute sind die Grenzen beider Ansätze erkennbar. Die Gesundheitsförderung steht vor neuen Herausforderungen.

Wolfgang Dür
Priv. Doz. Mag. Dr. phil., Institut für Soziologie, Universität Wien, Wissenschaftlicher Leiter des Wiener Instituts für Gesundheitsforschung, AT-1190 Wien, Hackhofergasse 8-10, wolfgang.duer@univie.ac.at, www.gesundheitsforschung.wien

Schlagwörter:
Gesundheitsförderung | Ottawa-Charta | Settingansatz | Partizipation | Empowerment

Gesundheit

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung begann 1946 mit der Formulierung des Gründungsdokuments der WHO bzw. 1948 mit dessen Verabschiedung durch die Generalversammlung der UNO. Darin steht die berühmt gewordene Definition, die in der Gesundheitsforschung und in der Gesundheitspolitik nach und nach ein radikales Umdenken ausgelöst hat: «Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten oder Behinderung».[1] Die stille Revolution bestand einerseits darin, Gesundheit positiv zu definieren und sie damit zum potenziellen Gegenstand von Politik zu machen – als Gegenteil von Krankheit hat ja Krankenversorgungspolitik genügt. Andererseits ging es darum, den Wirkungsbereich einer möglichen Politik aus einer verengten, nur den Körper und die Psyche umschliessenden Sichtweise zu lösen und auf den gesamten sozialen Kontext des Lebens auszudehnen. Es hat dann einige Jahrzehnte gedauert, dieser programmatischen Definition griffige, für die Anwendung in Wissenschaft, Politik und Praxis geeignete Konkretisierungen nachzuschieben. Diese betonen einerseits den Aspekt der Funktionalität der Gesundheit, indem sie als individuelle Fähigkeit und innere Ressource[2] aufgefasst wird, und andererseits den Aspekt des Wohlbefindens bzw. der angenehmen Empfindungen, die eintreten, wenn ein Individuum zwischen den Anforderungen der Umwelt und den eigenen Ressourcen eine Balance herstellen kann.[3]

Um Gesundheit als innere Ressource zu verstehen, wurden verschiedene Konzepte vorgelegt, die alle auf die Bedingungen und Möglichkeiten verweisen, wie Individuen mit Herausforderungen und Stressoren aus der Umwelt fertigwerden können. Solche Konzepte, die im Sinne der Stress-Coping-Theorie[4] auf die sogenannten individuellen Adaptationsmechanismen abstellen, betreffen Kohärenzsinn[5], Resilienz[6] oder Selbstwirksamkeit[7] u.a. Als Fähigkeit ist Gesundheit genau wie andere Fähigkeiten erlernbar und steigerungsfähig. Diese Vorstellung trägt die Gesundheitserziehung bzw. die neu entfachte Aufmerksamkeit für «health literacy» (Gesundheitskompetenz) und für Fitness.

Die Stresstheorie und insbesondere die an sie anschliessende Theorie der Salutogenese[8] modellieren die grundlegenden Mechanismen, durch welche die gesellschaftlichen bzw. sozialen Verhältnisse im weitesten Sinn des Wortes zu den äusseren Bedingungen der Gesundheit von Individuen und Populationen werden können. Die Komplexität dieser Faktoren wird durch die sozialökologische oder ökosystemische Theorie der menschlichen Entwicklung[9] und durch das Modell des sogenannten Policy Rainbow der Gesundheitsförderung[10] ins Bild gesetzt, die beide das Verhältnis des Individuums zu den sozialen Mikro-, Meso- und Makro-Ebenen als eine Art Zwiebelmodell vorstellen. Durch die Gesundheits- und Sozialreformen des späten 19. Jahrhunderts sowie durch die WHO-Definition und die genannten wissenschaftlichen Theorien und Modelle wurden Gesundheit und Krankheit des einzelnen zu einer allgemein-gesellschaftlichen Angelegenheit gemacht. Die Gesundheit der Bevölkerung wurde dadurch zu einem öffentlichen Gut bzw. zu einer der zentralsten Ressourcen moderner Gesellschaften.

Gesundheitsförderung

Dieses Verständnis wurde erstmals von der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung[11] in aller Deutlichkeit ausgesprochen. Gesundheitsförderung ist die gesellschaftliche Praxis, das öffentliche Gut Gesundheit zu schützen und als Ressource zu entwickeln, indem gewaltfreie, demokratische, gerechte, solidarische, die individuellen Potenziale optimal entwickelnde Gemeinschaften sowie Mensch und Natur schonende Wirtschafts-, Arbeits- und Lebensbedingungen hergestellt werden. Gesundheitsförderung versteht sich dabei als Ergänzung und Verstärkung jener anderen

gesellschaftlichen Diskurse und Bewegungen, mit denen sie diese Prinzipien teilt, am offensichtlichsten mit dem Umwelt- und Klimawandeldiskurs.[12] Die Gesundheitsförderung hat in diesem Sinn grosse Ziele, die weit über die Propagierung gesunder Lebensstile hinausgehen.

Als politisches Projekt muss sie sich mit den Möglichkeiten zur Veränderung der sozialen bzw. gesellschaftlichen Verhältnisse befassen, um negative strukturelle Einflüsse auf die Gesundheit zu minimieren und ein Verhalten der Individuen zu ermöglichen, das die positive oder, wenn man so will, substanzielle Gesundheit fördert. Diesen Ansatz drückt die Ottawa-Charta in einem vielzitierten Satz nahezu poetisch aus: «Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.» Ihr Ziel ist es, «allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen». Weiter konkretisiert sie, dass es dabei wohl auch darum geht, «Kontrolle über die eigenen Lebensumstände» zu erlangen – und darin liegt eigentlich ihr Sprengstoff, denn damit werden Fragen der politischen Gestaltung und, gebündelt im Konzept des Empowerments, der Verteilung gesellschaftlicher Macht und ihrer Nutzung angesprochen. Zur Umsetzung definiert sie in guter Managementtradition drei Strategien und fünf Handlungsfelder, wobei die Qualität aller Massnahmen in diesen Feldern durch eine Reihe von Prinzipien abgesichert werden soll.

Die Strategien lauten:

- «Interessen vertreten»: insbesondere von Personen und Gruppen, die dazu nur eingeschränkt in der Lage sind. Diese Strategie kulminiert einerseits in der Forderung, dass Massnahmen der Gesundheitsförderung, welcher Art auch immer, partizipativ zu gestalten seien in dem Sinn, dass sie die AdressatInnen der Massnahme in deren Konzeption und Umsetzung miteinbeziehen, wird in jüngerer Zeit aber auch zur Begründung der paternalistischen Strategie des «Nudgings»[13] herangezogen, die man zutreffend und mit allen problematischen Implikationen als Zwangsbeglückung übersetzen kann;
- «befähigen und ermöglichen», was sich sowohl auf Wissensvermittlung und individuelles Lernen bezieht als auch auf die Veränderung von strukturellen Gegebenheiten in den Arbeits- und Lebenswelten im Sinne des WHO-Slogans «Make the healthy choice the easy choice»;
- «vermitteln und vernetzen», was dem Rechnung trägt, dass die Gesundheit zwar von Erfahrungen in praktisch allen Lebensbereichen beeinflusst werden kann, aber weder im Staat bzw. in der Politik noch in der Zivilgesellschaft, also in den Organisationen des täglichen Lebens, eine so übergeordnete und einseitig-funktionale Verantwortung definiert werden kann. Intersektorale Kooperation ist daher eine der dringlichsten Forderungen der Gesundheitsförderung, ausgedrückt in der offiziellen Gesundheitspolitik der EU und dem Konzept der «Health in All Policies» (HiAP).

Die Handlungsfelder:

Die Umsetzung der HiAP-Strategie[14] ist zugleich eines der fünf Handlungsfelder der Ottawa-Charta («Eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickeln»). Dieses Handlungsfeld wurde bereits mit der WHO-Deklaration von Alma Ata 1978 «Gesundheit für alle 2000» quasi eröffnet, in der erstmals festgestellt wurde, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht allein vom System der Krankenversorgung gesichert werden kann. Doch auch für dieses System fordert die Ottawa-Charta im Handlungsfeld «Gesundheitsdienste neu orientieren» die Schaffung eines Angebots, das «weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen

hinausgeht». Aus soziologischer Sicht liegt auf der Hand, dass die Forderungen, die sich aus diesen beiden Handlungsfeldern ergeben, äusserst schwierige Aufgaben darstellen, da sowohl eine übergreifende intersektorale Gesamtpolitik für Gesundheit als auch die Umdeutung und Umorganisation der etablierten Krankenversorgung in ein Mischsystem aus Krankenversorgung und tatsächlichem Gesundheitsdienst nicht nur gegen eingespielte Routinen und bürokratische Trägheit, sondern vor allem gegen grundlegende Eigendynamiken der einzelnen Funktionssysteme moderner Gesellschaften (Politik, Recht, Wirtschaft, Krankenversorgung, Wissenschaft etc.) ankämpfen müssen. Die intersektorale Gesamtpolitik muss daher trotz mancher Fortschritte weiterhin als ein Desideratum bezeichnet werden. Für das System der Krankenversorgung ist es schwierig, unter dem Druck der Kosten und der Qualitätssicherung dessen, was kurativ gemacht werden muss, neue Leistungen in ihr Portfolio aufzunehmen.

Die weiteren drei Handlungsfelder zielen auf die Meso- und die Mikro-Ebene der Gesellschaft und fordern Massnahmen und Praktiken ein, durch die die Arbeits- und Lebensbedingungen in Organisationen («Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen») sowie Gemeinden und Gemeinschaften verändert werden («Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen») bzw. durch die die Individuen instand gesetzt werden, für ihre Gesundheit Eigenverantwortung zu übernehmen («Persönliche Kompetenzen entwickeln»). Letzteres entspricht der klassischen Gesundheitserziehung bzw. der Vermittlung von Lebenskompetenzen und hat im Konzept der Gesundheitskompetenz («health literacy») neuen Auftrieb erfahren.

Der Settings-Approach

Angesichts der angedeuteten Schwierigkeiten galten zu Beginn der Bewegung besonders jene beiden Handlungsfelder als vielversprechend, die sich mit den Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen befassen, für die der Terminus «Settings Approach» (oder Settingansatz) gemünzt wurde.[15] Es war und ist ein kluger Schachzug, die Arbeits- und Lebensverhältnisse von innen her verändern zu wollen und mit den Anforderungen der Gesundheit kompatibel zu machen. Es ist faktisch der hauptsächliche Aktivitätsbereich der Gesundheitsförderung, Projekte in und für Settings zu entwickeln und in Settings zu implementieren: in Wirtschaftsbetrieben aller Art, in Schulen, Krankenhäusern, Gefängnissen etc., aber ebenso auch in Gemeinden bzw. Quartieren und Nachbarschaften, weil das die lokalen Lebensräume sind, in denen die Individuen mit den Strukturen in unmittelbaren Kontakt kommen, die durch ihre sozialen und ökologischen Qualitäten auf ihre Gesundheit direkt einwirken, die ihr Denken und Handeln in vielfältiger Weise beeinflussen und die ihren persönlichen Handlungs- und Entscheidungsspielraum erweitern oder einschränken.

Die meisten europäischen Länder haben für diesen Zweck spezielle Organisationen geschaffen, die solche Projekte einerseits anregen und finanziell fördern und andererseits selber durchführen. Eine wichtige Aufgabe dieser Einrichtungen ist die Sorge um die Qualität der Gesundheitsförderungsprojekte, der sie mit Weiterbildungsangeboten und Evaluationen nachkommen. In den deutschsprachigen Ländern stehen dafür die deutsche Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZGA, der Fonds Gesundes Österreich FGÖ und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.

Methodisch ist der Settingansatz sehr anspruchsvoll. Er verlangt einerseits evidenzbasierte Interventionen, seien es grössere oder kleinere Programme für Verhaltensänderungen, seien es übertragbare Konzepte für Organisationsentwicklungen, etwa in Bereichen wie Organisationskultur, Konfliktmanagement oder «Healthy Ageing». Andererseits erfordert die Implementation dieser Interventionen gekonntes Change Management und das ist, folgt man den Vordenkern dieses Metiers, John Kotter und Dan Cohen, alles andere als eine weitverbreitete Kompetenz.[16]

Oberflächlich betrachtet war der Settingansatz in den vergangenen 30 Jahren einigermassen erfolgreich. In vielen Ländern wurde eine Vielzahl an grösseren und kleineren Projekten gefördert und durchgeführt, die in grossen nationalen und internationalen Netzwerken für Gesundheitsförderung zusammengeschlossen wurden. Es gibt daher Gesundheitsförderungsnetzwerke für Betriebe, Schulen, Universitäten, Gefängnisse, Krankenhäuser, Inseln, teilweise auf nationaler, teilweise auf regionaler Basis. Zweck dieser Netzwerke ist es, die ansonsten isolierten Initiativen in den einzelnen Organisationen zusammenzuführen, einen Gedanken- und Erfahrungsaustausch zu ermöglichen, Innovationen zu disseminieren und für die Anliegen der Gesundheitsförderung in den entsprechenden Gremien anwaltschaftlich einzutreten.

Probleme des Setting-Ansatzes

Es gibt sehr viele positive Berichte über Settingprojekte aus deren Evaluationen. Insbesondere wird über eine Verbesserung des Betriebsklimas bzw. Schulklimas berichtet und über einen Rückgang der Abwesenheitstage wegen Krankheit, was sich in der Produktivität niederschlägt. Es lassen sich in der Literatur daher RoIs (Return on Investment) bis zu einem Verhältnis von 1 zu 4 finden.[17] Aber auch Projekte mit sehr spezifischen Zielsetzungen wurden positiv evaluiert.

Dennoch häufen sich seit einigen Jahren Kritiken an dieser Ausrichtung. Zum einen wird konstatiert, dass die Dissemination der Gesundheitsförderungspraxis nicht in einem Masse stattgefunden hat, wie man sich das vorgestellt hatte. Zum andern wird beklagt, dass die Umsetzung der Gesundheitsförderungsmassnahmen oftmals hinter den ursprünglich formulierten Zielen zurückbleibt. Die Gründe dafür sind vielfältig: da die Umsetzung gemäss dem State of the Art äusserst kompliziert ist, werden oft nur Teile von evaluierten Programmen verwendet. Gesundheitsförderungsmassnahmen finden häufig in weniger wichtigen Nischen der Organisation statt und tragen nicht zu ihren Kernaufgaben bei («Add-on-Massnahmen»). Wo sie das doch tun und die Veränderung von Kernprozessen mit einschliessen («Add-in-Massnahmen»), geschieht das häufig durch kurzatmige Projekte von zu geringer Dauer und Intensität, um wirksam sein zu können. Auch dynamische Rebound-Effekte der Organisation – durch die eine Intervention noch während der Implementation in ihrer Substanz verändert wird – werden häufig nicht erkannt. Hinzu kommt, dass häufig nicht evidenzbasierte Programme gewählt werden, sondern vor Ort zumeist unter Zeitdruck eigene Lösungen entwickelt werden für Probleme, denen kein gründlicher Diagnoseprozess zugrunde lag. Die Implementationsprobleme der Gesundheitsförderung im Settings-Approach sind kein Sonderfall, sondern auch aus anderen Bereichen der Organisationsentwicklung und Unternehmensberatung wohlbekannt und haben mit allgemeinen Veränderungen der Organisation des Arbeitslebens und mit gewandelten Grundhaltungen bei weiten Teilen der Bevölkerung zu tun, was nach neuen Konzepten von Führung und Management ruft.[18]

Partizipation, Empowerment

Ein Aspekt der veränderten Grundhaltungen in weiten Teilen der Bevölkerung der spätmodernen oder bereits «nächsten»[19] Gesellschaft berührt ganz unmittelbar Fragen der Partizipation und des Empowerments. Dieser Problemkreis hat eine längere Tradition im medizinisch-kurativen Bereich, wo es um die Einbindung der PatientInnen in Entscheidungen hinsichtlich ihrer Therapie geht. Eine zweite Traditionslinie führt zurück in politische Emanzipationsbewegungen, wo die Begriffe für die Teilnahme schwacher und unterprivilegierter Bevölkerungsgruppen an der Gesellschaft stehen. In beiden Kontexten stösst man auf dasselbe Anwendungsproblem, nämlich dass diese Beteiligung an Entscheidungsprozessen nicht notwendigerweise erwünscht ist, weder von den institutionellen Entscheidenden, seien es Ärzte oder Führungskräfte in Wirtschaft, Politik und Administration, noch von den Betroffenen selbst, seien es PatientInnen, Mitarbeitende oder BürgerInnen. Ein Teil des Problems besteht in realen Interessenskonflikten, die, wenn überhaupt, dann meist nur in sehr aufwändigen Aushandlungsprozessen gelöst werden können.[20]

Herausforderungen

Gesundheitsförderung ist politisch, praktisch und wissenschaftlich ein relativ neues Handlungsfeld, das seine Konzepte aus unterschiedlichen Disziplinen und Erfahrungsräumen bezieht und zu einem einheitlichen, funktionsfähigen Hybrid zusammenfügt. Diese Entwicklung ist noch lange nicht abgeschlossen. Erschwert wird die vereinheitlichende Konzeptentwicklung dadurch, dass die Gesellschaft, für die die Konzepte nützlich sein sollen, sich in einem dynamischen Wandlungsprozess befindet, wobei die wesentlichste und offensichtlichste Veränderung seit Verabschiedung der Ottawa-Charta die Entwicklung des Internets darstellt. Die Gesundheitsförderung steht daher vor einer Reihe von Herausforderungen, wobei den folgenden besondere Aufmerksamkeit zu Teil werden sollte: (1) der Bildung von Allianzen für Gesundheitsförderung, (2) dem Anspruch auf Partizipation und der Aktivierung der Zivilgesellschaft, (3) der Internationalisierung des Diskurses und (4) der Herstellung der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Es ist offenkundig, dass der Settingansatz in einer globalisierten und durch das Internet vernetzten Gesellschaft an Relevanz verliert, weil er das Versprechen, die Gesellschaft aus dem Innen ihrer Organisationen zu reformieren, nicht einlösen kann. Offen ist indessen die Frage, wie die Organisationen unterschiedlichster Provenienz, die nur räumlich verbunden sind, auch sozial und funktional in eine Allianz für Gesundheitsförderung gebracht werden können. Dabei spielt die Frage der Partizipation und der Aktivierung der Zivilgesellschaft für kommunale Gestaltungsanliegen eine zentrale Rolle. Im politischen Bereich werden solche Allianzen unter dem Terminus der intersektoralen Kooperation diskutiert. Auch hier sind die Grenzen des Möglichen absehbar, solange man sich auf nationalstaatlichem Territorium bewegt. Ähnlich wie in der ökologischen Debatte benötigt auch Gesundheitsförderung einen globalisierten Diskurs, da auch wirtschaftliche, soziale und politische Gesundheitseffekte nicht an Staatsgrenzen haltmachen. Das gilt insbesondere für die mittlerweile zentrale Problemstellung der Gesundheitsförderung, der Frage nämlich, wie den gesundheitlichen Folgen der sozialen Ungleichheit beizukommen ist. Hier scheint es vor allem notwendig zu überdenken, inwieweit die Allianz mit dem Management der Wirtschaft tatsächlich die Strategie der Wahl sein kann oder ob sich die Gesundheitsförderung mit ihrer anwaltschaftlichen Parteinahme für die Schwachen und Vulnerablen, für Lebensqualität und Gesundheit, mit ihrer Betonung der individuellen Potenziale, des Empowerments von Einzelnen und Gruppen nicht geradezu als Antidot zum Regime des Shareholder Value positionieren sollte.●

Literatur

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Tübingen.

Badura, B./Hehlmann, Th. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin Heidelberg: Springer.

Baecker, D. (2011): Studien zur nächsten Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Baric, L. (1993): The Settings Approach–Implications for Policy and Strategy. Journal of the Institute of Health Education 31(1): 17-24.

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

Bronfenbrenner, U. (2009): The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press.

Dahlgren, G./Whitehead, M. (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies.

Goetzel, R.Z./Ozminkowski, R.J. (2008): The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs. Annual Review of Public Health 29(1): 303-323.

Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa.
Jennings, V./Larson, L./Yun, J. (2016): Advancing Sustainability through Urban Green Space: Cultural Ecosystem Services, Equity and Social Determinants of Health, Int. J. Environ. Res. Public Health 13(2): 196.
Kotter, J.P. (1995): Leading change: Why transformation efforts fail. Harvard business review 73(2): 59-67.
Kotter, J.P./Cohen, D.S. (2012): The heart of change: Real-life stories of how people change their organizations. Harvard Business Press.
Laloux, F. (2015): Reinventing Organizations – Ein Leitfaden zur Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit: München: Franz Vahlen.
Laverack, G. (2009): Public health: power, empowerment and professional practice. Palgrave Macmillan.
Lazarus, R.S. (1991): Cognition and motivation in emotion. American Psychologist, 46(4): 352-367.
Pfläging, N. (2014): Organisation für Komplexität: Wie Arbeit wieder lebendig wird – und Höchstleistung entsteht. Redline Wirtschaft.
Scharmer, C.O. (2011): Theorie U – Von der Zukunft her führen. Presencing als soziale Technik. Heidelberg: Carl-Auer.
Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
Ståhl, T., /Wismar, M., /Ollila, E., Lahtinen, E., /Leppo, K. (2006): Health in all policies. Prospects and potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health.
Thaler, R./Sunstein, C. (2009): Nudge. Wie man kluge Entscheidungen anstösst. Berlin: Econ.
Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B. (Hrsg.): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl-Auer.
WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, www.tinyurl.com/8mbju9z, Zugriff 21.04.2016 (Stand 21.09.2011).
WHO Europa (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung, Ottawa, Kanada, 17.-21. November 1986.

Endnoten

1 Vgl. WHO 1946.
2 So zum Beispiel Badura & Hehlmann (2003:18): «Gesundheit ist die Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird». Die funktionalen Aspekte der Gesundheit sind in der International Classification of Functioning and Disability (WHO 2001) systematisch dargestellt.
3 Zum Beispiel Hurrelmann (2006): «Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen, psychischen) und äußeren (sozialen, materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.»
4 Vgl. Selye 1982; Lazarus 1991.
5 Vgl. Antonovsky 1997.
6 Vgl. Welter-Enderlin/Hildenbrand 2006.
7 Vgl. Schwarzer 2004.
8 Vgl. Antonovsky 1997.
9 Vgl. Bronfenbrenner 1981.
10 Vgl. Dahlgren/Whitehead 1991.
11 Vgl. WHO Europa 1986.
12 Vgl. Jennings et al. 2016.
13 Vgl. Thaler/Sunstein 2009.
14 Vgl. Stahl et al. 2006.
15 Vgl. Baric 1993; Baric/Conrad 1999.
16 Vgl. Kotter 1995; Kotter/Cohen 2012.
17 Vgl. Goetzel/Ozminkowski 2008.
18 Vgl. z.B. Scharmer 2011; Pfläging 2014; Laloux 2015.
19 Vgl. Baecker 2011.
20 Vgl. Laverack 2009.