

**Evaluation von Empowerment in der Gesundheitsförderung:
Entwicklung von Kriterien methodischer Qualität auf Basis
einer systematischen Übersichtsarbeit und einer Analyse des
Empowerment-Projekts „GENIESSER Oberpfalz“**



Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanwissenschaften
(Dr. sc. hum.)

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

Vorgelegt von

Verena Lindacher

aus

Fürstenfeldbruck

im Jahr 2016

**Evaluation von Empowerment in der Gesundheitsförderung:
Entwicklung von Kriterien methodischer Qualität auf Basis
einer systematischen Übersichtsarbeit und einer Analyse des
Empowerment-Projekts „GENIESSER Oberpfalz“**



Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanwissenschaften
(Dr. sc. hum.)

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

Vorgelegt von

Verena Lindacher

aus

Fürstenfeldbruck

im Jahr 2016

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

Betreuung: Prof. Dr. med. Julika Loss (Professur für Medizinische Soziologie am
Lehrstuhl für Epidemiologie und Präventivmedizin)

Tag der mündlichen Prüfung: 17.10.2017

Inhalt

<u>1</u>	<u>Einleitung</u>	1
1.1	Gesundheitsförderung: Begriffsbestimmung und Ansatz	2
1.2	Kernkonzept der Gesundheitsförderung: Empowerment	3
1.2.1	Empowerment-Konzept: Begriffsbestimmung und Ebenen	3
1.2.2	Empowerment-Konzept: Prozess und Ergebnis	4
1.2.3	Bedeutung von Empowerment in Gesundheitsförderungsinterventionen	4
1.3	Evaluation in der Gesundheitsförderung	7
1.3.1	Evidenzbasierung und Qualitätssicherung/ -entwicklung in der Gesundheitsförderung	7
1.3.2	Evaluation als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung	9
1.3.3	Evaluation: einige Grundbegriffe	9
1.4	Evaluation von Empowerment	10
<u>2</u>	<u>Fragestellung und Studiendesign</u>	12
<u>3</u>	<u>Systematische Übersichtsarbeit: Methodik</u>	16
3.1	Suchstrategie	16
3.2	Ein-und Ausschlusskriterien	16
3.3	Studienauswahl	18
3.4	Datenextraktion	18
3.5	Entwicklung eines Schemas zur Datenextrahierung	19
<u>4</u>	<u>Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse</u>	23
4.1	Ergebnisse der Literaturrecherche	23
4.2	Ausgewählte Studien und Studiencharakteristika	25
4.3	Ergebnisse der eingeschlossenen Studien	26
4.4	Definitionen und Beschreibungen von Empowerment	33
4.5	Umsetzung von Empowerment und Ansätze	34

4.6 Evaluation von Empowerment	43
4.6.1 Studiendesigns und Datenerhebungsmethoden	43
4.6.2 Begründungen für das gewählte Studiendesign	47
4.6.3 Bewertungen der Autoren des gewählten Studiendesigns: Vor- und Nachteile	48
4.6.4 Indikatoren für Empowerment und Empowerment-Level	55
4.6.5 Nachweis des „Links“ zwischen Empowerment und gesundheitsbezogenen Ergebnissen	58
4.7 Forschungspraxis bei der Arbeit mit dem Empowerment-Konzept	59
4.7.1 Hauptakteure bei der Evaluation	60
4.7.2 Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Kriterien guter Praxis	61
<u>5 Diskussion der Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit</u>	63
5.1 Zentrale Ergebnisse	63
5.2 Qualitätsbeurteilung der Studien	64
5.3 Stärken und Limitationen	65
5.4 Vergleich mit anderen Übersichtsarbeiten	66
<u>6 Entwicklung eines Rahmens: Kriterien methodischer Qualität bei der Evaluation von Empowerment</u>	67
6.1 Methodisches Vorgehen	67
6.2 Kriterienrahmen	68
<u>7 Anwendbarkeit des Kriterienrahmens: Abgleich und Bewertung des Studiendesigns von GENIESSER Oberpfalz</u>	79
7.1 Beschreibung der Intervention GENIESSER Oberpfalz	79
7.2 Begründungen: Komponenten und Eigenschaften des GENIESSER Oberpfalz-Studiendesigns	82
7.3 Abgleich des Kriterienrahmens zur Evaluation von Empowerment mit den Komponenten des GENIESSER Oberpfalz-Studiendesigns	89
7.4 Bewertung des Studiendesigns durch das Projektteam	92
7.4.1 Methodisches Vorgehen	92
7.4.2 Bewertungen	93

<u>8 Diskussion der Anwendbarkeit des entwickelten Kriterienrahmens</u>	102
8.1 Zentrale Ergebnisse	102
8.2 Stärken und Limitationen	103
<u>9 Implikationen für die Evaluation von Empowerment</u>	105
<u>10 Ausblick</u>	111
<u>11 Zusammenfassung</u>	115
<u>Anhang</u>	117
Suchstrings für die verschiedenen Datenbanken	117
Eingeschlossene Studien	118
Leitfaden: Bewertung des Studiendesigns von GENIESSER Oberpfalz	121
<u>Literaturverzeichnis</u>	123
<u>Mein besonderer Dank gilt...</u>	129
<u>Lebenslauf</u>	131
<u>Publikationen und Vorträge im Zusammenhang mit der Dissertation</u>	133
<u>Selbstständigkeitserklärung</u>	135

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign der vorliegenden Arbeit.....	15
Abbildung 2: PRISMA Flow Diagramm.....	24
Abbildung 3: Ablauf der praktischen Implementierung von GENIESSER Oberpfalz....	81
Abbildung 4: Studiendesign GENIESSER Oberpfalz.....	83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schema zur Datenextraktion	21
Tabelle 2: Ausgewählte Studien und Studiencharakteristika	27
Tabelle 3: Empowerment-Ansätze der Studien	37
Tabelle 4: Studiendesigns der eingeschlossenen Interventionen	43
Tabelle 5: Qualitative Datenerhebungsmethoden in qualitativen und Mixed-Methods-Studien	45
Tabelle 6: Übersicht Studiendesigns und Datenerhebungsmethoden zur Evaluation von Empowerment.....	49
Tabelle 7: Indikatoren für Empowerment.....	55
Tabelle 8: Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Evaluation von Empowerment	61
Tabelle 9: Übersichtsschema für die qualitätsgesicherte Evaluation von Empowerment	74
Tabelle 10: Systematik – Ebenen, Datenquellen und Methoden bei der Evaluation von Empowerment in Verbindung mit den spezifischen Interventionsstrategien	77
Tabelle 11: Inhaltliche Struktur des Beobachtungsprotokolls	84
Tabelle 12: Übersicht zum Abgleich der Qualitätskriterien	89
Tabelle 13: Adaption des Harmonisierungsprozesses.....	113

Anmerkung: Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

1 Einleitung

In Deutschland, aber auch weltweit, sind in den letzten Jahrzehnten zentrale Verschiebungen im Krankheitsspektrum beobachtbar [1, 2]. Die Bedeutung chronischer, lebensstilbedingter Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Übergewicht nahm zu – die zugrundeliegenden Hauptrisikofaktoren, beispielsweise ungesunde Ernährung, mangelnde körperliche Aktivität oder Suchtmittelkonsum wie übermäßiger Alkoholgenuss und Rauchen sind jedoch prinzipiell veränderbar. Verknüpft mit der längeren Lebenserwartung, die den demographischen Wandel mitbedingt, drohen die Kosten im Gesundheitswesen drastisch anzusteigen [3-6]. Präventiven Maßnahmen kommt damit ein wichtiges Potenzial im Gesundheitswesen zu. Unter *Prävention* versteht man Strategien, die Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen vermeiden, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern sollen [7]. Mit Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (07/2015, „Präventionsgesetz“) fand diese Thematik Eingang in die politische Agenda, und es wurde eine Grundlage dafür geschaffen, Inhalte von Maßnahmen, zuständige Akteure und deren Übernahme konkreter Aufgaben im Präventionsbereich sowie die Finanzierung rechtlich zu regeln. Gesundheitspolitische Strategien, die die Vermeidung von Krankheiten zum Ziel haben, hat es in Deutschland und vielen anderen Ländern schon seit Jahrzehnten gegeben [8]. Nach dem 2. Weltkrieg richtete sich die Präventionspolitik an den einzelnen Menschen und zielte auf individuelle gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen (z.B. über Aufklärungsmaßnahmen oder konkrete Kursangebote) ab. Diese Form der Verhaltensprävention hat allerdings den Nachteil, dass insbesondere gebildete und wohlhabende Bevölkerungsgruppen mit Interesse an Gesundheitsthemen erreicht werden; diese Gruppen weisen aber ohnehin häufiger einen gesunden Lebensstil auf [9]. Des Weiteren ist dieses Verständnis von Prävention davon geprägt, riskantes Gesundheitsverhalten als Folge individueller Entscheidungen zu beurteilen („*blaming the victim*“) und Betroffenen eine Art Selbstverschuldung zuzusprechen [10]. In den 1980er Jahren kam es demzufolge zu einem Paradigmenwechsel bzw. einer entscheidenden Erweiterung der Perspektive in der Prävention: Die Individualisierung von Risikoverhalten und damit die Vernachlässigung kontextueller und sozialer Einflüsse auf Gesundheit(sverhalten) wurden kritisiert. Stattdessen setzte sich

die Erkenntnis durch, dass Determinanten für Gesundheit und Krankheit entscheidend in den physischen und sozialen Umwelten des Menschen geschaffen werden, so dass die Gesundheit der Menschen nicht nur durch die individuelle Lebensweise, sondern auch durch die Bedingungen, in denen Menschen leben, beeinflusst wird [11].

1.1 Gesundheitsförderung: Begriffsbestimmung und Ansatz

Unter dem Schlagwort *Gesundheitsförderung* (englisch: health promotion) entstand deshalb in den 1980er Jahren eine sozio-ökologische Perspektive auf Gesundheit. Gesundheitsförderung lenkt den Blick auf die Frage, wie und mit welchen Mitteln die gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten von Menschen gestärkt werden können. Die Leitlinien der Gesundheitsförderung kombinieren deshalb zwei Strategien zur Förderung des Gesundheitspotenzials von Menschen, nämlich (1) die individuelle Stärkung persönlicher und sozialer Kompetenzen, sowie (2) die strukturelle und politische Unterstützung z.B. durch die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten bzw. Verhältnisse (= *Settings*: z.B. Kindergärten, Schulen, Betriebe oder Gemeinden).

Auch das neue Präventionsgesetz nimmt Gesundheitsförderung in den Blick und fordert Maßnahmen für alle Altersgruppen und in vielen unterschiedlichen Lebensbereichen. Denn Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sollen dort greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten.

Die Stärkung persönlicher und sozialer Kompetenzen spielt beim Ansatz der Gesundheitsförderung eine entscheidende Rolle, denn nur so können Menschen für die Verhältnissebene sensibilisiert und befähigt werden, selbst die Kontrolle über Determinanten von Gesundheit zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit verbessern [12].

Der Idee von Gesundheitsförderung liegt die Vorstellung zugrunde, dass Gesundheitsförderung nicht für oder an Menschen, sondern durch und mit Menschen funktioniert. Konzepte wie Partizipation, Teilhabe, Gemeinschaftsaktivitäten und Partnerschaften zur Ausübung von Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange nehmen in diesem Zusammenhang Abstand vom sogenannten *Top-down*-Ansatz und betonen *Bottom-Up*-Ansätze, indem die (gesundheitlichen) Prioritäten, Bedarfe und Bedürfnisse der betroffenen Personengruppen Berücksichtigung finden [13]. Ziel dieser Ansätze sind

eine erhöhte Selbstbestimmung und Autonomie, sowie eine Stärkung der Möglichkeiten und Kompetenzen der Menschen, damit sie sich für diejenigen Gesundheitsthemen einsetzen, die in ihrer aktuellen Lebenssituation relevant sind. Damit sind Bottom-Up-Maßnahmen auch wichtig für die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderungsprogrammen, da so eher sichergestellt werden kann, dass die Projekte den Bedürfnissen der Teilnehmer entsprechen und von ihnen mitgetragen werden. Das Schlüsselkonzept der Gesundheitsförderung *Empowerment* greift diesen Leitgedanken konzeptuell auf.

Die gesundheitspolitische Fixierung dieser Vision von Gesundheitsförderung erfolgte 1986 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Ottawa Charta for Health Promotion [14]. Spätere Folgekonferenzen der WHO zu Gesundheitsförderung wie 1997 in Jakarta und 2005 in Bangkok haben sich auch weiterhin zu den Grundprinzipien der Ottawa Charta bekannt [12, 15].

1.2 Kernkonzept der Gesundheitsförderung: Empowerment

Seit der Veröffentlichung der Alma-Ata-Erklärung (1978) und der Ottawa Charta (1986) stellt Empowerment das zentrale Element der WHO-Vision von Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung dar [14, 16]. Die Wurzeln des Empowerment-Konzeptes liegen im politischen Bereich und der Einforderung von mehr Mitsprache- und Entscheidungsmöglichkeiten durch benachteiligte Gruppen wie in der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung in den späten 1950er und 1960er Jahren geschehen [17]. Der Einzug in den Gesundheitsbereich erfolgte durch das Aufgreifen des Konzeptes durch die WHO.

1.2.1 Empowerment-Konzept: Begriffsbestimmung und Ebenen

In der Public-Health-Literatur mangelt es nicht an Definitionen für Empowerment: Empowerment wird dabei als ein mehrdimensionaler Prozess verstanden, durch den Menschen Verständnis und Kontrolle über persönliche, soziale, politische und wirtschaftliche Determinanten gewinnen, um Maßnahmen ergreifen zu können, die das eigene Gesundheitsverhalten und die eigene (gesundheitsbezogene) Lebenssituation verbessern [18-21]. Dabei kombiniert Empowerment persönliche Kontrolle mit einer sozialen und kollektiven Handlungskomponente, sodass Empowerment oftmals auch als per-

sönliche und soziale Gesundheitskompetenz bezeichnet wird [19, 22]. Empowerment-Prozesse können sich dabei auf Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen, sowie auf ganze Gemeinden beziehen – die Literatur unterscheidet deshalb zwischen individuellem (oder psychologischem) Empowerment, Organisations- und Community Empowerment [23]. Die Transformation der ungleichen Machtbeziehung zwischen Bürgern, Mitgliedern einer Organisation oder Gemeinden und jeweiligen Entscheidungsträgern ist dabei ein Kernmerkmal [24].

Die Ebene des individuellen Empowerment spiegelt sich beispielsweise in der Ausbildung individueller Selbstwirksamkeitserwartung wider [20]. Empowerment kann auch auf der Ebene von Organisationen bzw. Gemeinden ausgebildet werden; dann geht es um individuelle Kompetenzen und Fähigkeiten, die mit kollektiven Elementen bzw. Fähigkeiten von Gruppen verknüpft sind. Diese Ebenen von Empowerment sind durch aktive Teilhabe (Partizipation), kritisches Bewusstsein, Führungsverantwortung oder Interessenvertretung in der Organisation bzw. Gemeinde repräsentiert [23, 25-27].

1.2.2 Empowerment-Konzept: Prozess und Ergebnis

Empowerment kann wie zuvor beschrieben als ein Prozess bzw. eine schrittweise Entwicklung betrachtet werden, die Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Endpunkte fördern können. Aus Sicht der breiten, ganzheitlichen Perspektive der WHO auf den Gesundheitsbegriff und auf Gesundheitsförderung oder aus Sicht von Wissenschaftlern wie Labonte (1992), Wallerstein (1992) oder Rissel (1994) [19, 28, 29], können Empowerment und Kontrolle (power) als eigenständiges gesundheitsbezogenes Ergebnis (auch: Outcome, Endpunkt) gelten, da diese Konzepte essentielle Grundlagen für Gesundheit sind.

1.2.3 Bedeutung von Empowerment in Gesundheitsförderungsinterventionen

Aufgrund seiner zentralen Rolle in der Gesundheitsförderung wurde der Empowerment-Ansatz weltweit in zahlreichen Programmen zur Gesundheitsförderung implementiert. Eine Auswahl an bekannten internationalen und nationalen Projektbeispielen wird nachfolgend beschrieben.

1. Tenderloin Seniors Outreach Project, San Francisco (USA)

Das „Tenderloin Seniors Outreach Project“ gilt als Prototyp eines Empowerment-Projekts: Im von Kriminalität, mangelnder Infrastruktur und schlechten Wohnbedingungen geprägten Stadtviertel Tenderloin (San Francisco, USA) wurden im Rahmen einer über zwölf Jahre andauernden Initiative in den 1980er- und 1990er Jahren ältere Einwohner ermutigt, an Gruppentreffen teilzunehmen. Ziel war es, Kompetenzen zu fördern und sozialen Austausch anzustoßen. Sozialer Kontakt entwickelte sich systematisch, indem zunächst Blutdruck-Screenings, später wöchentliche Diskussions- und Selbsthilfegruppen etabliert wurden. Die Bewohner sollten gemeinsam Probleme definieren, die Ursachen dafür analysieren und daraus Handlungspläne entwickeln. Als Schlüsselthemen der Gruppe kristallisierten sich Kriminalität und Gewalt im Stadtviertel, sowie schlechte Einkaufsmöglichkeiten heraus. Die Menschen machten sich deshalb für ein „Safehouse“-Projekt stark, um die Sicherheit im Viertel zu verbessern, und engagierten sich für die Einrichtung von selbstgeführten Mini-Supermärkten, sodass sich die Ernährungssituation verbesserte [30, 31].

2. The New Zealand Prostitutes Collective, Neuseeland

Eine Fallstudie, an der sich Empowerment u.a. als zentraler Motor für die Verbesserung gesundheitsbezogener Lebensbedingungen beobachten ließ, ist die Etablierung des ‚New Zealand Prostitutes Collective‘. Die Illegalität der Prostitution in Neuseeland brachte zum Teil schwere psychosoziale Folgen für Prostituierte mit sich. Diskriminierung, Marginalisierung und Stigmatisierung sowie deren gesellschaftliche Formen Missbrauch und Gewalt gegenüber Prostituierten resultierten. Mit der Intention, die Gesetzgebung zur Prostitution zu ändern, um für diese Berufsgruppe die gleichen Rechte wie bei anderen Arbeitnehmern zu erreichen und damit einhergehend gesundheitliche und sicherheitsbezogene Aspekte zu garantieren, bildete sich ein Netzwerk aus Betroffenen aus, dem es als Kollektiv gelang, Kontakt mit Gesundheitsexperten und politischen Entscheidungsträgern aufzubauen und so in der Folge die verschiedenen Politikebenen zu durchlaufen, bis schließlich eine Gesetzesänderung zur Legalisierung der Prostitution und entsprechende Schutzvorschriften in Kraft traten [32].

Auch im europäischen (bzw. deutschen Kontext) wurden einige Programme auf Basis des Empowerment-Konzepts durchgeführt:

3. BIG: Bewegung als Investition in Gesundheit, Erlangen

Zur Zielgruppe des Projektes „Bewegung als Investition in Gesundheit“ (BIG) gehörten sozial benachteiligte Frauen, wie beispielsweise Arbeitslose und Alleinerziehende oder Migrantinnen. Das Projekt zielte darauf ab, die Teilhabemöglichkeiten an den positiven Effekten von körperlich-sportlicher Aktivität zu verbessern. Im Rahmen eines partizipativen Planungsprozesses, an dem Frauen aus der Zielgruppe sowie Experten und politische Entscheidungsträger aus den jeweiligen Stadtvierteln teilnahmen, wurde ein Maßnahmenkonzept für verschiedene Settings entwickelt und umgesetzt. Zu den realisierten Angeboten gehörten wohnortnahe und kostengünstige Bewegungsprogramme mit Kinderbetreuung, Frauenbadezeiten sowie Schwimm- und Selbstverteidigungskurse. Gleichzeitig wurden Projektbüros eingerichtet, die von den Frauen (bis heute) selbst geführt werden und über die die Projektarbeit koordiniert wird [33].

4. PaKoMi: Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten, Berlin

Ziel des Projektes war es, in mehreren Fallstudien Lebenswelten und Bedürfnisse von Migranten besser zu verstehen und darauf aufbauend bedürfnisgerechte und kultursensible Maßnahmen zur HIV-Prävention für und zusammen mit Migranten zu entwickeln [34]. Es konnte eine Reihe von Empfehlungen für die Gestaltung von HIV-Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden, die sich an Akteure in Politik, Präventionspraxis und Wissenschaft richten [35].

Auch im neu geschaffenen Präventionsgesetz wird gleich zu Beginn die Verbindung zum Empowerment-Konzept im Sinne individueller Kompetenzen und der Übernahme von Verantwortung jedes Einzelnen hergestellt:

§ 1 SGB V: „...umfasst auch die Förderung der **gesundheitlichen Eigenkompetenz** und **Eigenverantwortung** der Versicherten.“

Dementsprechend fanden auch der Bottom-Up- und Mitwirkungsansatz durch die betroffenen Bevölkerungsgruppen bei der Entwicklung von Maßnahmen, sowie Strategien, die Empowerment im Kern beschreiben, Eingang in das Präventionsgesetz:

§ 20a SGB V: „Hierzu erheben sie **unter Beteiligung der Versicherten** und der **für die Lebenswelt Verantwortlichen** die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung.“

Die praktische Bedeutung von Empowerment in Maßnahmen, die im Rahmen des gesetzlichen Auftrags finanziell gefördert werden und durch verschiedene Public Health-Akteure entwickelt und implementiert werden, wird hervorgehoben.

1.3 Evaluation in der Gesundheitsförderung

1.3.1 Evidenzbasierung und Qualitätssicherung/ -entwicklung in der Gesundheitsförderung

Fragen der *Qualitätssicherung und -entwicklung* (= *Qualitätsmanagement*) haben in den letzten Jahren auch in der Gesundheitsförderung an Bedeutung gewonnen [36]. Seinen Ursprung hat die Qualitätssicherungsthematik im Gesundheitsbereich auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung von Patienten. Evidenzbasierung von Maßnahmen ist dabei ein Teil von Prozessqualität und wird unter dem Begriff *evidenzbasierte Medizin* zusammen gefasst: Hierbei versteht man als Praxis der evidenzbasierten Medizin, die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung [37].

Auch im Feld von Public Health entwickelten sich Tendenzen, Programme zu entwickeln, die sich an Wirksamkeitsnachweisen auf Basis systematisch erhobener Daten orientieren (*evidence-based Public Health*):

„Evidence-based Public Health is the development, implementation and evaluation of effective programmes and policies in public health through application of principles of scientific reasoning, **including systematic uses of data and information systems** and appropriate use of programme planning models“[38].

Die Notwendigkeit für einen evidenzbasierten Ansatz bei der Etablierung von Public Health-Interventionen besteht darin, dass derartige Maßnahmen nicht nur positive Folgen haben können, da sie von verschiedenen Gruppen unterschiedlich wahrgenommen werden und beispielsweise stigmatisierend wirken können oder aber Wahlmöglichkeiten betreffen können (z.B. Rauchverbote). Zudem werden begrenzte Ressourcen gebunden [39].

Zu den Kernfunktionen von Public Health gehören auch Gesundheitsförderung und Empowerment [40, 41]. Im Zuge dieser Entwicklungen gewann der Bereich der Evidenzbasierung auch für diese Felder an Wichtigkeit, da auch Gesundheitsförderer begründete Entscheidungen in Bezug auf Interventionen treffen müssen, nicht zuletzt aufgrund des Kostendrucks im Gesundheitsbereich. Evidenz in der Gesundheitsförderung wird benötigt, um bestmögliche Strategien für Gesundheitsförderung zu identifizieren und Praktiker bei der Projektentwicklung zu unterstützen [42].

Die Sicherstellung eines Qualitätsniveaus bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen kann gelingen, wenn die Entwicklung von Maßnahmen auf Basis theoretischer Konzepte erfolgt und Vorerfahrungen anderer Projekte ebenso berücksichtigt werden wie Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe (= *Konzeptqualität*). Die Gewährleistung von *Struktur- und Prozessqualität* mit ausreichenden materiellen und personellen Ressourcen und zuverlässiger Durchführung und Verlaufssteuerung schafft weitere Voraussetzungen die intendierten Ziele und Wirkungen zu erreichen [43, 44]. Die Förderung dieser strukturellen Bedingungen, Prozesse und Konzeptionen, die zur Entwicklung von Qualität notwendig sind, bezeichnet man als Qualitätsentwicklung.

Qualitätsmanagement liegt dabei ein dynamisches Vorgehen zugrunde: Der kontinuierliche Prozess der Qualitätsverbesserung orientiert sich am *Gesundheitspolitischen Aktionszyklus (Public Health Action Cycle)*, der ein Rahmenkonzept für Interventionsprozesse in der Gesundheitsförderung anbietet. Dabei sollen sich Maßnahmen an folgendem Handlungskreislauf orientieren: Nach der Phase der Problembestimmung, Strategieformulierung und Umsetzung erfolgt die Datenerhebung zur Bewertung der Intervention, schließlich werden die gewonnenen Erkenntnisse in die nächste Planung und Umsetzung einer Intervention eingebracht (Rückkopplung) [45].

1.3.2 Evaluation als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung

Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen kann in diesem Sinne als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung dienen, da durch eine wissenschaftliche Begleitung von Maßnahmen aussichtsreiche Ansätze und Schwachstellen identifiziert werden könnten, die anschließend als evidenzbasierte Vorerfahrungen in neue Projekte einfließen können. Qualitätsmanagement und Evaluation nehmen aus diesem Grund auch einen zentralen Stellenwert im neu geschaffenen Präventionsgesetz ein, sodass die Notwendigkeit zur Evaluation ebenfalls gesetzlich fixiert ist.

„§ 201 SGB V: Zur **Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität** der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren **wissenschaftlicher Evaluation**.“

1.3.3 Evaluation: einige Grundbegriffe

Allgemein versteht man unter Evaluation (= Bewertung) im Bereich Gesundheitsförderung einen Prozess der den Nutzen einer Gesundheitsförderungsmaßnahme oder bestimmter Komponenten einer Intervention bestimmen soll auf Basis zuvor festgelegter Kriterien [46]. Man unterscheidet bei der Evaluation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zwischen *Prozess-* und *Ergebnisevaluation* [47, 48].

Eine Prozessevaluation versucht die Durchführung und Akzeptanz einer Intervention mittels begleitender Analysen zu beurteilen und zieht dafür Parameter wie Programmtreue oder auftretende strukturelle und personelle Probleme heran. Wesentlicher Zweck der Prozessevaluation ist, dass die Ergebnisse dazu beitragen können, gezielte Verbesserungen in der Programmgestaltung vorzunehmen. Die Prozessevaluation kann gleichzeitig helfen, die in der Ergebnisevaluation ermittelten Erfolge oder Misserfolge einer Intervention durch spezifische Programmelemente zu erklären [49]. Die Verbindung der Prozessevaluation zum Feld der Qualitätssicherung wird an dieser Stelle ersichtlich.

Ziel einer Ergebnisevaluation ist es Auswirkungen auf Zielgruppe bzw. auf Strukturen und Verhältnisse zu erfassen [50]. Im Englischen tauchen in Bezug auf die Ergebnisevaluation zwei unterschiedliche Begrifflichkeiten auf, nämlich „outcome evaluation“ und

„impact evaluation“. Während sich die outcome evaluation auf kurzfristig erfassbare Effekte stützt, die zur Entwicklung des eigentlich intendierten Ergebnisses beitragen sollen, wie beispielsweise Wissen, Fähigkeiten und Kenntnisse oder spezifische Verhaltensweisen, fokussiert eine impact evaluation auf letztendliche und oft langfristige Ergebnisse einer Intervention hinsichtlich Morbidität und Mortalität auf Bevölkerungsebene oder individuelle physiologische Indikatoren [46]. In der Literatur wird diese sprachliche Unterscheidung je nach Fachgebiet und Wertevorstellung allerdings oftmals nicht eingehalten, sodass der deutsche Begriff Ergebnisevaluation in dieser Arbeit übergreifend verwendet wird.

Zu den Funktionen und Aufgaben von Evaluationen in der Gesundheitsförderung gehört es Planungs- und Entscheidungshilfen für Akteure in diesem Feld zu liefern, ob untersuchte Maßnahmen fortgeführt, modifiziert oder beendet werden sollten. Sie liefert die Informationsgrundlage mit der Entscheidungen bezüglich bestimmter Maßnahmen und damit der Einsatz vorhandener Ressourcen realisiert werden können [51]. Die Verknüpfung von Evaluation und Qualitätsentwicklung ist unverkennbar: Wie weiter oben beschrieben liegt der Schwerpunkt der Qualitätssicherung auf der Art und Weise der Umsetzung und Durchführung von Maßnahmen unter Berücksichtigung verschiedenster Aspekte [52]. Evaluationen können die Grundlage für Umsetzung und Durchführung der Maßnahmen bereitstellen und daher als Teil oder gar Voraussetzung für Qualitätsentwicklung dienen.

1.4 Evaluation von Empowerment

Nachdem sich Empowerment in der Gesundheitsförderung zu einem führenden Konzept entwickelt hat, stieg das Interesse von Forschung und Praxis an adäquaten Evaluationsmethoden für Empowerment [24]. Obwohl Empowerment in der Vorstellung der WHO als Kernstrategie der Gesundheitsförderung gilt, existiert kein Goldstandard für dessen Evaluation. Die Operationalisierung und Erfassung bzw. Messung dieses mehrdimensionalen Konzeptes hat sich als schwierig erwiesen [53]. Die interdisziplinäre Verwendung von Empowerment über diverse Wissenschaftsbereiche hinweg, z.B. Public Health, Sozialwissenschaften oder Psychologie, resultierte in zahlreichen Definitionsansätzen und methodischen Zugängen zur Erfassung von Empowerment. Es exis-

tieren allerdings einige Vorschläge für die Evaluation von Empowerment hinsichtlich Methoden und Indikatoren zur Operationalisierung: Im Bereich standardisierter Evaluationsmethoden liegt eine erste systematische Übersichtsarbeit vor, die mehrere quantitative Skalen zur Messung von Empowerment vorstellt und die Gütekriterien dieser Messinstrumente analysiert [54]. Neben standardisierten Instrumenten werden auch einige qualitative Ansätze für die Evaluation von Empowerment vorgeschlagen z.B. semistandardisierte Interviews [53]. Eindeutige Vorschläge dazu, bei welchen Personengruppen (z.B. Zielgruppenmitgliedern oder Multiplikatoren) Datenerhebungen zur Evaluation von Empowerment durchgeführt werden sollen, liegen bislang nicht vor. Experten empfehlen außerdem eine Reihe von Indikatoren für die Erfassung von Empowerment. Als Indikatoren für individuelles Empowerment wurden verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt, beispielsweise Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstwertgefühl, Entwicklung von Wissen und Fähigkeiten oder Bereitschaft zur Teilnahme an kollektiven Aktivitäten [18, 29, 55]. Laverack und Labonte (2000) schlagen neun verschiedene Indikatoren für Community Empowerment vor (Partizipation, Führungsfähigkeit, Organisationsstrukturen, Problemlösefähigkeit, Ressourcenmobilisierung, kritisches Bewusstsein, Netzwerke/ Partnerschaften, Rolle externer Akteure, Programmdurchführung), wobei die Autoren empfehlen, das Ausmaß der Beteiligung der Gemeindemitglieder in jedem der genannten Bereiche zusammen mit den Zielpersonen zu bestimmen [56]. Auch tatsächliche Veränderungen von Lebensbedingungen und Umweltfaktoren, die wiederum in Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Entwicklungen stehen können, werden als Indikatoren empfohlen: So könnten beispielsweise politische Veränderungen oder Zugang zu Ressourcen z.B. zu Informationen im Zusammenhang mit der Erfassung von Empowerment dokumentiert werden [57, 58]. Strukturelle Indikatoren bzw. strukturelle Veränderungen beispielsweise in Bezug auf Infrastrukturen, Kompetenzen, Ressourcen oder Netzwerke spielen daher bei der Evaluation eine große Rolle.

Die Evaluation von Interventionen, die mit dem Empowerment-Ansatz arbeiten, ist für die Entwicklung effektiver und qualitätsgesicherter Maßnahmen zur Förderung von Empowerment zentral. Adäquate Studiendesigns, Methoden und Indikatoren sind dafür unabdingbar, um zu erkennen welche Interventionsansätze funktionieren.

2 Fragestellung und Studiendesign

In der Literatur fehlt bislang eine systematische Untersuchung dazu, welche Studiendesigns und Methoden für die Evaluation von Empowerment im Bereich Gesundheitsförderung bisher gewählt wurden. Eine Analyse von Evaluationsansätzen und deren Vor- und Nachteile erscheint deshalb sinnvoll und hilfreich für die Arbeit von Forschern und Praktikern aus dem Feld der Gesundheitsförderung.

Ziel dieser Arbeit ist es deshalb, systematisch zu untersuchen, wie Empowerment in Interventionen der Gesundheitsförderung evaluiert wird und welche Trends sich hierbei identifizieren lassen. Besonderes Augenmerk soll außerdem auf Bewertungen und Begründungen von Autoren für bestimmte Studiendesigns gelegt werden. Zunächst wird aber die Verwendung von Empowerment auf konzeptueller Ebene analysiert:

- Welches Verständnis von Empowerment herrscht in Interventionen vor? Wie wird Empowerment von den Autoren beschrieben?
- Welche Komponenten des Empowerment-Konzepts werden erfasst (Ebenen, Prozesse, Ergebnisse)?

Im darauffolgenden Schritt soll herausgearbeitet werden, wie Empowerment in den eingeschlossenen Gesundheitsförderungsinterventionen operationalisiert wird (Gestaltung und Umsetzung von Interventionen). Zum jeweils verwendeten Studiendesign sollen nachfolgende Unterfragestellungen durch die eingeschlossenen Studien beantwortet werden:

- Wie sehen Studiendesigns zur Evaluation von Empowerment aus?
- Welche Erfassungs- und Messinstrumente werden für die Evaluation von Empowerment verwendet?
- Welche Indikatoren für die Operationalisierung von Empowerment werden verwendet?
- Wie begründen Autoren ihre Konzeption des Studiendesigns?
- Wie bewerten Autoren ihre Konzeption des Studiendesigns?

- Wie wird die Evaluation in der Praxis umgesetzt: Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen/ Good-Practice-Kriterien werden berücksichtigt?

Aufbau der vorliegenden Arbeit (Abbildung 1)

Hierzu wird zunächst eine systematische Übersichtsarbeit auf Basis einer elektronischen Datenbankrecherche angefertigt. Für die Identifikation relevanter Studien werden Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Die interessierenden Daten aus den eingeschlossenen Studien werden extrahiert und anschließend analysiert und zusammengefasst.

Im Anschluss daran soll ein Kriterienrahmen auf Basis der Ergebnisse der Übersichtsarbeit entwickelt werden, welcher bewährte Komponenten und Eigenschaften von Studiendesigns (Begründungen und Bewertungen der Autoren) sowie Qualitätskriterien bzw. Good-Practice-Kriterien für die Evaluation von Empowerment enthält. Literatur aus dem Bereich komplexer Interventionen soll zur Erweiterung der Systematik herangezogen werden.

Schließlich wird in einem dritten Teil das Studiendesign einer abgeschlossenen Gesundheitsförderungsintervention („GENIESSER Oberpfalz“), deren Ziel die Implementierung und Evaluation von Empowerment war, vorgestellt. Anschließend soll ein Abgleich der Eigenschaften dieses Studiendesigns und der verwendeten Qualitätskriterien mit dem entwickelten Kriterienrahmen erfolgen. Mittels qualitativen-leitfadengestützten Interviews mit den beteiligten Forschern der ausgewählten Intervention soll erhoben werden, wie die Forscher die Evaluation von GENIESSER Oberpfalz im Abgleich mit den Empfehlungen bewerten – diese Anwendung des Kriterienrahmens soll überprüfen, inwieweit die Systematik funktioniert ist, um die Evaluation einer Empowerment-Intervention zu bewerten.

Die Zweiteilung ermöglicht es, zwei Blickwinkel auf die Problemstellung hinsichtlich der Erfassung von Empowerment in der Gesundheitsförderung zu werfen: Die systematische Aufarbeitung des Literaturstandes zu Erfassungsmethoden von Empowerment kann mit Perspektiven von Forschern, die in operativen Tätigkeiten bei der Evaluation involviert waren, trianguliert werden. Diese Zweiteilung des Studiendesigns in Evidenz-

synthese und Interviews mit Experten liegt auch in der Logik von evidence-based-Public Health begründet:

„[Evidence-based Public Health] integrates the **best available evidence with the knowledge and considered judgements from stakeholders and experts** to improve health.“ [59]

Abschließend wird überprüft, ob der Kriterienrahmen auf Basis des Abgleichs noch erweitert bzw. präzisiert werden kann.

Erwartete Ergebnisse dieser Arbeit sind einerseits eine (1) breitest mögliche Datengrundlage zur Evaluation von Empowerment in der Gesundheitsförderung auf Basis der Übersichtsarbeit und andererseits ein (2) Kriterienrahmen, der eine Orientierungsbasis mit Qualitätskriterien für die Evaluation von Empowerment sein soll (entwickelt auf Basis der Übersichtsarbeit und den Erfahrungen von Forschern auf im Rahmen der Intervention GENIESSER Oberpfalz). Der analoge zweiteilige Aufbau des Studiendesigns der vorliegenden Arbeit ist in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

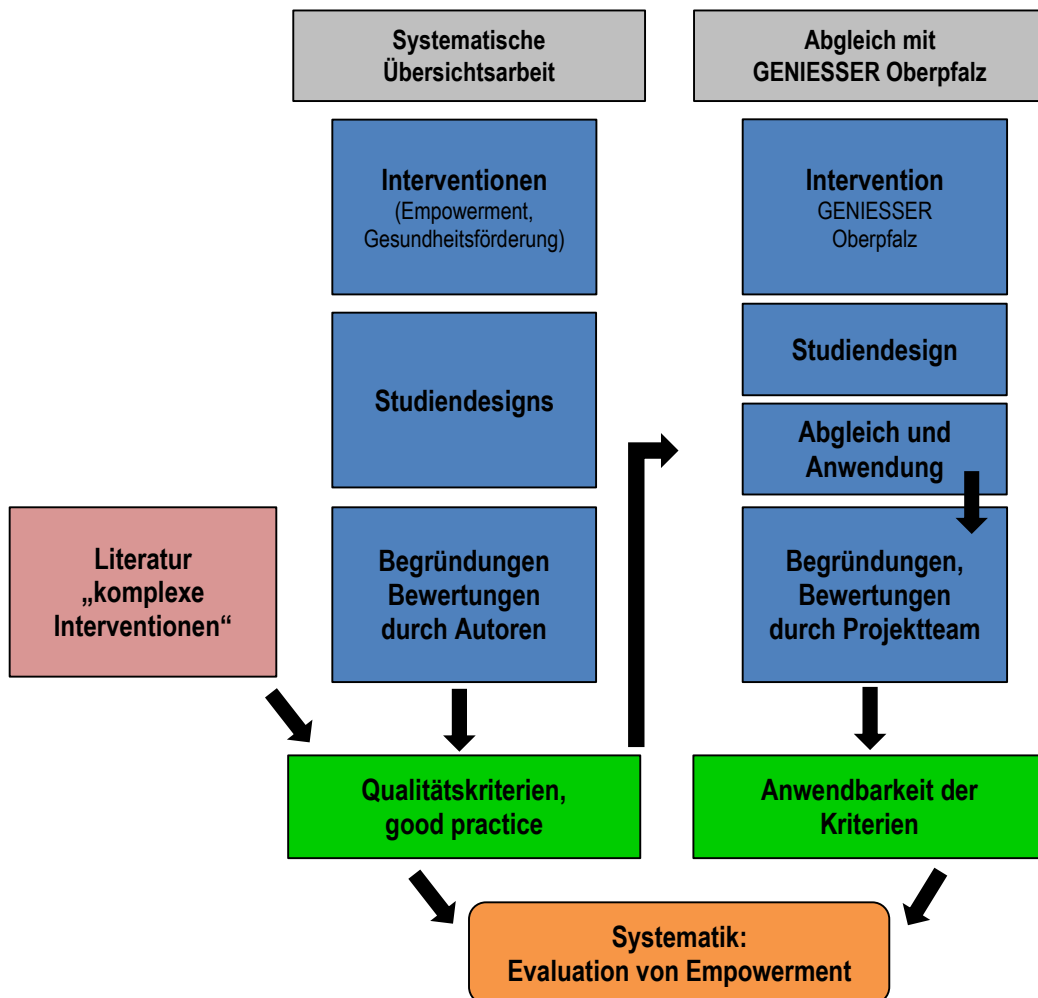


Abbildung 1: Studiendesign der vorliegenden Arbeit

3 Systematische Übersichtsarbeit: Methodik

Im Rahmen der systematischen Übersichtsarbeit sollten alle vorhandenen internationalen Studien gesucht, ausgewählt und die relevanten Daten extrahiert werden, die zur Beantwortung der definierten Fragestellung beitragen. Die systematische Übersichtsarbeit wurde bei PROSPERO, einer internationalen Datenbank prospektiv registrierter systematischer Übersichtsarbeiten, eingetragen [60]. Sie wurde in Anlehnung an die PRISMA-Kriterien erstellt, um einerseits die Qualität und Offenlegung des Recherche-Prozesses zu garantieren, sowie andererseits die Kriterien zur adäquaten Darstellung des Vorgehens und der Ergebnisse zu erfüllen [61].

3.1 Suchstrategie

Die Identifizierung relevanter Artikel erfolgte über eine elektronische Datenbankrecherche. Aufgrund der interdisziplinären Beschäftigung mit dem Empowerment-Konzept wurden unterschiedliche Fachdatenbanken ausgewählt. Die Datenbanken Pubmed (inkl. MEDLINE), PsychInfo, Web of Science, sowie MEDPILOT wurden für die Literatursuche genutzt. Pubmed diente der Identifizierung gesundheitswissenschaftlicher und medizinischer Literatur; zur Auffindung von Literatur aus Psychologie und verwandter Gebiete wurde PsychInfo genutzt. Die Datenbank Web of Science ermöglicht die parallele und interdisziplinäre Recherche in einem umfangreichen Datenbank-Angebot unter einer Suchoberfläche und bietet auch sozialwissenschaftliche Literatur. MEDPILOT stellt insbesondere eine breite Auswahl deutschsprachiger Medizinliteratur zur Verfügung. Mit Hilfe der Suchkombination [Empowerment AND health promotion] bzw. [Empowerment UND Gesundheitsförderung], sowie der relevanten MeSH-Terms wurde gemäß der Fragestellung in Titeln, Abstracts und Schlagworten gesucht. Die Literatursuche fand im Juli 2015 statt. Alle Quellen wurden mit dem Bibliographie-Programm EndNote (Thompson Reuters) verwaltet.

3.2 Ein-und Ausschlusskriterien

Für die systematische Übersichtsarbeit waren Publikationen relevant, die nach 1986 veröffentlicht wurden, da zu diesem Zeitpunkt das Empowerment-Konzept mit der

Ottawa Charta for Health Promotion [14] Einzug in die Gesundheitsförderung hielt. Publikationen mussten für einen Einschluss in die Übersichtsarbeit folgende Kriterien erfüllen:

- Originalartikel: Lediglich empirische Arbeiten (Interventionen), die als Originalarbeiten publiziert wurden, wurden eingeschlossen.
- Empowerment als Teil der theoretischen Fundierung: Der theoretische Hintergrund des Empowerment-Konzepts wurde aufgearbeitet und Empowerment war ein grundlegendes Ziel der Intervention.
- Bezug zu Gesundheitsförderung: Die Logik der Intervention folgte der Vision von Gesundheitsförderung der WHO.
- Wissenschaftliche Evaluation von Empowerment: Die Intervention beinhaltete eine wissenschaftliche Evaluation von Empowerment, die auf einer empirischen Datenerhebung basierte.

Als Ausschlusskriterien wurden formuliert:

- Fehlender Gesundheitsbezug: Die Studie fokussierte ausschließlich auf Empowerment beispielsweise in den Kontexten Frauenrechte, Bürgerrechte, Bildung, Entwicklungshilfe, etc.
- Empowerment von Professionellen: Die Intervention war an Fachkräfte des Gesundheitswesens gerichtet.
- Patienten-Empowerment: Die Intervention war an Patienten (= Menschen mit spezifischer Diagnose) gerichtet, mit dem Ziel eines besseren Selbstmanagements von Krankheiten.
- Sprache: Die Publikation war weder auf Englisch noch Deutsch verfügbar.
- Anderes Publikationsformat: Die Intervention wurde nicht als Originalartikel veröffentlicht, sondern z.B. als Monographie, Bericht, Übersichtsartikel oder Diskussionspapier.

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden a priori unter anderen auf Basis des P(opulation)-I(ntervention)-C(omparison)-O(utcome)-Schemas festgelegt. Richardson et al. (1995) [62] entwickelten diesen Hilferahmen im Bereich der evidenz-basierten Medizin zur Formulierung von wissenschaftlichen Fragestellungen. Die vier beschrie-

benen Variablen wurden adaptiert und um weitere Kriterien ergänzt. Eingeschlossen wurden demnach empirische Arbeiten (in deutscher oder englischer Sprache), die Empowerment im Rahmen einer Gesundheitsförderungsintervention umsetzen und evaluieren. Das Evaluationsvorgehen muss beschrieben werden. Zielgruppe der Intervention sollen gesunde Personen oder Gruppen sein, jedoch keine Patienten.

3.3 Studienauswahl

Die Ergebnisse der Recherche wurden zunächst von zwei Personen (Verena Lindacher, Berit Warrelmann) unabhängig und gegeneinander verblindet auf Basis von Titel und Abstract auf die Erfüllung der zuvor definierten Einschlusskriterien überprüft. Fälle, in denen die Reviewer nicht übereinstimmten wurden diskutiert, um Konsens über Ein- oder Ausschluss zu erlangen. Im nachfolgenden Schritt wurden alle, als potenziell geeignet eingestuften, Studien nochmals von beiden Reviewern gegeneinander verblindet anhand der Volltexte beurteilt und hinsichtlich eines Einschlusses geprüft.

3.4 Datenextraktion

Für die Extraktion der relevanten Daten aus den identifizierten Studien, wurde ein Kategorienschema auf Basis der Fragestellung und deren Unterfragestellungen entwickelt. Das vorliegende Schema wurde zunächst an einem Teil der ausgewählten Studien auf seine Anwendbarkeit hin überprüft. Mit dem Kategorienschema können sowohl Rahmenvariablen zur Intervention als auch Angaben zur konzeptionellen Umsetzung und Evaluation von Empowerment erfasst werden. Zunächst wurde jede der ausgewählten Studien einzeln einer Inhaltsanalyse unterzogen, um Daten zu den verschiedenen Analysekatoren (siehe Beschreibung unter Kapitel 3.5 und Tabelle 1) zu generieren. Die Datenextrahierung zeigte sich als iterativer und diskursiver Prozess. Aus diesem Grund wurden die Daten im Anschluss an die Datenextrahierung durch die Autorin nochmals überprüft und validiert, um eine mögliche Veränderung des Blickwinkels während des Prozesses entgegen zu wirken.

3.5 Entwicklung eines Schemas zur Datenextrahierung

Das Datenextraktionsschema enthält fünf Oberkategorien mit jeweils mehreren Unterkategorien zur Analyse der eingeschlossenen Artikel. Das Schema wurde deduktiv gemäß der initialen Forschungsfragen entwickelt. Als Ordnungsrahmen für die Hauptkategorien diente die allgemeine Gliederung eines wissenschaftlichen Artikels (Hintergrund, Methodik, Ergebnisse, Diskussion). Im nächsten Schritt wurden die Unterkategorien zur Beantwortung der Fragestellungen entwickelt und den Oberkategorien so zugeordnet, dass die interessierenden Daten in der Regel in den entsprechenden Passagen eines Artikels zu finden sind. Die Kategorien werden nachfolgend einzeln beschrieben.

Rahmenvariablen

Die Rahmenvariablen dienen der Beschreibung der allgemeinen Charakteristika der Studien. Hierzu zählen Autor und Publikationsjahr, die Zielgruppe der Intervention und das jeweilige Setting bzw. der Kontext, in dem die Intervention stattfindet. Auch die Herkunft, damit ist der Ort der Initiierung der Intervention gemeint, wird festgehalten. Der Gesundheitsbereich oder das gesundheitsbezogene Thema, auf das die Intervention abzielt, wird extrahiert, ebenso die Fragestellung der jeweiligen Studie.

Empowerment-Konzept

Zur Beantwortung der Fragestellung ist es notwendig Daten zu unterschiedlichen Aspekten rund um das Empowerment-Konzept zu analysieren. Neben der Dokumentation der verwendeten Empowerment-Ansätze, werden außerdem die zugrundeliegenden Definitionen von Empowerment und die zugehörige Referenzliteratur festgehalten. Des Weiteren werden die jeweiligen Beschreibungen von Empowerment in den Artikeln extrahiert und Angaben zur jeweiligen praktischen Interventionsmaßnahme (z.B. hinsichtlich des Durchführungsmodus und der Organisation dieser). Anschließend soll erfasst werden wie Empowerment innerhalb der Interventionsmaßnahme operationalisiert wird.

Evaluation von Empowerment

Hinsichtlich methodischer Vorgehensweisen werden die Unterkategorien Studiendesign und Datenerhebungsmethoden analysiert, sowie die Anwendung wissenschaftlicher Gütekriterien bzw. Qualitätssicherungsmaßnahmen. Ferner werden Ebenen und Indikatoren extrahiert. Sofern die Autoren der jeweiligen Studie den Zweck oder Nutzen einer bestimmten Datenerhebungsmethode berichten, wird auch dies im Rahmen der Analysekategorie *Evaluation von Empowerment* dokumentiert. Analog zur Dokumentation des Verständnisses von Empowerment als Prozess oder Ergebnis wird die Durchführung einer Prozess- oder Ergebnisevaluation notiert. Schließlich werden Daten zum Bezug zwischen Empowerment- und gesundheitsbezogenen Ergebnissen extrahiert. So kann die Frage beantwortet werden, inwieweit die Verbindung zwischen Empowerment und gesundheitlichen Auswirkungen wie z.B. Verhaltensänderungen dokumentiert wird, indem beide Komponenten in der Evaluation der jeweiligen Studie berücksichtigt werden. Bei den Unterkategorien zur Evaluation von Empowerment werden auf der Ebene der praktischen Durchführung Akteure und deren Kompetenzen im Bereich Evaluation von Empowerment festgehalten.

Ergebnisse

Die zentralen Kernergebnisse der Studien werden extrahiert.

Diskussion

Schließlich werden die Diskussionsteile der eingeschlossenen Artikel untersucht und Angaben der Autoren zu deren Begründungen für das gewählte Studiendesign, sowie die Bewertung der Autoren hinsichtlich der Operationalisierung und Erfassung von Empowerment festgehalten.

Tabelle 1: Schema zur Datenextraktion

Analysekategorie	Unterkategorie	Beschreibung & Handlungsanweisung
Hintergrund: Rahmenvariablen	Autor(en), Publikationsjahr	Autor(en) der Studie, Publikationsjahr?
	Ziel	Welches Ziel verfolgt die Intervention? Was ist das Empowerment-Ziel, was ist das Gesundheitsziel?
	Setting/ Kontext	In welchem Setting wird die Intervention durchgeführt? Andernfalls ist der Kontext (örtlich und zeitlicher Rahmen) zu notieren.
	Zielgruppe	Was ist die Zielgruppe der Intervention z.B. sozialbenachteiligte Frauen, Senioren, etc.? Wer wird empower (direkt / indirekt)?
	Gesundheitsbereich	In welchem Gesundheitsbereich ist die Intervention zu verorten / zu welchem Gesundheitsthema wird gearbeitet?
	Fragestellung/ Forschungsfrage	Welche Fragestellung untersucht die Studie?
Hintergrund: Empowerment-Konzept	Referenz-Literatur Beschreibung von Empowerment	Auf welche Definition von Empowerment stützt sich die Intervention unter Angabe der Referenz-Literatur? Wie beschreiben die Autoren Empowerment?
	Umsetzung von Empowerment	Wie ist die Interventionsmaßnahme gestaltet und wie wird Empowerment innerhalb dieser operationalisiert?
	Empowerment-Ansatz	Welche Empowerment-Ansätze lassen sich identifizieren (z.B. Informationsvermittlung, Empowerment von Multiplikatoren)?
Methoden: Evaluation	Ebene(n)	Auf welchen Ebenen (Level) wird Empowerment in der Intervention erfasst?
	Indikatoren	Welche Dimensionen zur Erfassung/ Operationalisierungen von Empowerment wurden herangezogen?
	Forschungslogik, Studiendesign	Welche grundsätzliche Haltung und methodischen Arbeitsweisen bestimmen die wissenschaftliche Praxis der Evaluation?
	Datenerhebungsmethode(n) Datenquelle	Welche Datenerhebungsmethoden werden zur Erfassung von Empowerment herangezogen? Wie sind die Datenerhebungsmethoden angeordnet? Auf welche Personengruppe ist die jeweilige Datenerhebungsmethode ausgerichtet?

Systematische Übersichtsarbeit: Methodik

Analysekategorie	Unterkategorie	Beschreibung & Handlungsanweisung
	Zweck/ Nutzen des Einsatzes einer bestimmten Datenerhebungsmethode	Für welchen Zweck wird eine bestimmte Datenerhebungsmethode eingesetzt? Welchen Nutzen versprechen sich die Autoren vom Einsatz einer bestimmten Datenerhebungsmethode?
	Wissenschaftliche Gütekriterien/ Qualitätssicherung	Welche wissenschaftlichen Gütekriterien bzw. Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden berücksichtigt?
	Prozess- und Ergebnisevaluation	Welche Formen von Evaluation werden in Bezug auf Empowerment durchgeführt?
	Bezug: Empowerment – gesundheitsbezogene Ergebnisse	Inwieweit wird der Bezug zwischen Empowerment und Gesundheit dokumentiert (Gesundheitsoutcomes, Gesundheitsverhalten)?
	Akteur: Durchführung der Evaluation	Welche(r) Akteur(e) führen/ führt die Evaluation durch? Beispielsweise: - Extern - Wissenschaftler, beteiligt an operativen Tätigkeiten - Projektleitung
	Schulung (Knowhow) hinsichtlich - Empowerment - Datenerhebung	Werden die Akteure für die Evaluation hinsichtlich des Empowerment-Konzepts bzw. hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Datenerhebung geschult?
Ergebnisse	Ergebnisse der Interventionen	Welche zentralen Ergebnisse werden dokumentiert?
Diskussion	Begründung für gewähltes Studiendesign	Wie begründen die Autoren die Entscheidung für das gewählte Studiendesign?
	Bewertung der - Operationalisierung - Erfassung	Wie bewerten die Autoren die gewählte Operationalisierung und Erfassung des Empowerment-Konzepts?

4 Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an den Empfehlungen zur Aufbereitung qualitativer bzw. kategorialer Daten im Rahmen systematischer Reviews nach Evans (2002) [63] bzw. an Sandelowski et al. (2007) [64], die eine „qualitative Metazusammenfassung“ zur Synthese quantitativer und qualitativer Studien vorschlagen. Demnach folgt auf die Identifizierung relevanter Studien, der Arbeitsschritt der Zusammenstellung der Kernergebnisse. Die zentralen Ergebnisse werden tabellarisiert und im Folgenden nach gemeinsamen Trends oder Unterschieden analysiert. Die verschiedenen Phänomene werden anschließend narrativ beschrieben. Die Kernergebnisse werden analog des Datenextraktionsschemas aufgebaut.

4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Datenbankrecherche ergab 2501 Treffer (814 in PubMed, 1303 in Web of science, 191 in PsychINFO, 193 in MEDPILOT). Nach der Entfernung von Duplikaten und weiterer Artikel (z.B. aufgrund anderer Sprachen wie Deutsch und Englisch) konnten 1580 Artikel für das Screening von Titel und Abstract herangezogen werden. Durch die Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien während des Sichtungs-Prozesses wurden 108 Artikel als potenziell geeignet identifiziert und einer Analyse der Volltexte unterzogen. Schließlich wurden 25 Artikel in die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossen. Ein zweiter Suchvorgang fand innerhalb der Referenzen bereits eingeschlossener Studien statt, hierbei konnte ein weiterer Artikel in die Übersichtsarbeit eingeschlossen werden, sodass insgesamt 26 Studien einer inhaltlichen Analyse unterzogen wurden. Der Prozess der Studiauswahl ist nachfolgend in einem Flow-Diagramm (Abbildung 2) dargestellt.

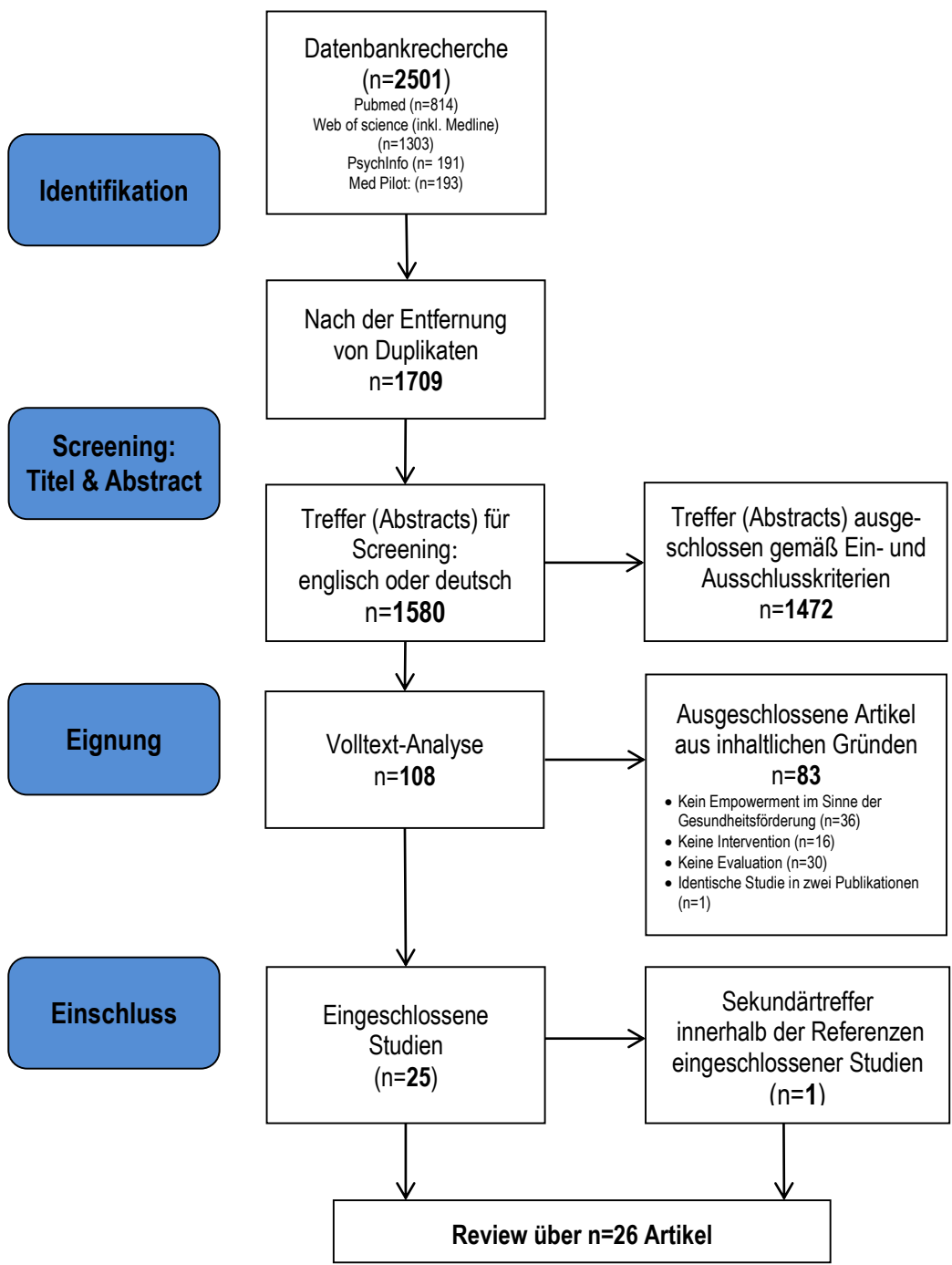


Abbildung 2: PRISMA Flow Diagramm

4.2 Ausgewählte Studien und Studiencharakteristika

Der Großteil der Studien wurde von Forschern aus westlich orientierten Industriestaaten durchgeführt (Nordamerika: n=13, Europa: n=7, Australien: n=1, Asien: n=1). Weniger häufig fanden Studien in Schwellenländern in Afrika und Lateinamerika statt (n=4). In einigen Fällen (n=6) war der Ort der Durchführung einer Intervention in einem Schwellen- oder Entwicklungsland angesiedelt (Indien, Vietnam, Südafrika, Nepal), die verantwortliche Forschungseinrichtung, befand sich allerdings in den USA oder Kanada. Alle Studien mit Ausnahme von Wallerstein & Bernstein (1988) wurden in den letzten beiden Jahrzehnten veröffentlicht (1990er: n=3, 2000er: n=12, 2010er: n=10). Während drei Studien auf Gemeinden als Ganzes fokussierten (3, 19, 20), waren 23 der 26 Studien an spezifische demographische, soziokulturelle professionelle oder ethnische Gruppen gerichtet. Über die Studien hinweg konnten elf verschiedene Zielgruppen identifiziert werden. Diese sind entweder in Bezug auf Alter, Geschlecht oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe definiert. Dabei kann es sich um Berufsgruppen (Landarbeiter, Prostituierte), Zugehörigkeiten zu einem spezifischen Setting (Schule), Vertreter bestimmter sozialer Rollen (Mütter), ethnische Gruppen (Aborigines) oder Neigungen (Homosexuelle) handeln. Die Studien von Backman et al. (2011) und die zwei deutschen Studien (22, 23) beschreiben die Teilnehmer als sozial benachteiligt, wobei bei der Analyse der verwendeten Definitionen und Beschreibungen von Empowerment an späterer Stelle deutlich wird, dass die soziale Benachteiligung der Teilnehmer auch durch andere Autoren aufgegriffen wird. Die häufigsten Gesundheitsthemen der Interventionen waren HIV/ Aids (n=6), gefolgt von (legalem) Substanzkonsum (n=5) und körperlich-sportlicher Aktivität (n=4). Nachfolgende Tabelle 2 fasst zunächst alle eingeschlossenen Interventionen und entsprechende Rahmendaten zusammen.

Mit Ausnahme von sieben Studien setzen alle Gesundheitsförderungsinterventionen daran an, die Zielgruppe direkt zu empowern. Empowerment-Strategien werden hier direkt bei den Zielgruppen umgesetzt. Ein kleiner Teil (n=7) wählt einen Multiplikatoren-Ansatz als Empowerment-Strategie (siehe Kapitel 4.5). Die Interventionen verfolgen zum Teil Ziele auf unterschiedlichen Ebenen: So werden verschiedene Populationen (Individuen, Community) tangiert (z.B. die Interventionen 3, 5, 8, 17, 23) und mehrere Outcomes (z.B. 2, 3) auf verschiedenen Ebenen (z.B. 23) angestrebt.

4.3 Ergebnisse der eingeschlossenen Studien

Eine Zusammenfassung der Ziele und Kernergebnisse der eingeschlossenen Studien findet sich ebenfalls in Tabelle 2. Die meisten Studien, die qualitative oder Mixed-Methods für die Evaluation von Empowerment einsetzen, berichten positive Interventionseffekte in Form von Veränderungen von Empowerment oder die Implementierung von Empowerment-Prozessen bei der Zielgruppe. In anderen Fällen wurden Kategorien oder Indikatoren für Empowerment identifiziert. Quantitative Studien gehen auf Veränderungen im Empowerment ein (signifikant: n=6) oder Assoziationen zwischen Empowerment und bestimmten Verhaltensweisen oder anderen Konzepten (z.B. Engagement, Inanspruchnahme des von Leistungen des Gesundheitssystems oder Selbstwertgefühl) (signifikant: n=2).

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Tabelle 2: Ausgewählte Studien und Studiencharakteristika

Autor(en), Jahr	Ziel der Studie	Setting	Zielgruppe	Ergebnisse
(1) Arneson und Ekberg, 2005	Qualitative Evaluation einer betrieblichen Gesundheitsförderungs-Intervention basierend auf dem Konzept des problem-basierten Lernens mit dem Ziel Empowerment-Prozesse anzustoßen	Schweden, öffentliche Organisationen/ Behörden	Arbeitnehmer	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung sechs deskriptiver Kategorien/ Indikatoren für Empowerment: Reflexion, kritisches Bewusstsein/Verständnis, Selbstmanagement, Gruppenbindung, soziale Unterstützung - Korrespondenz zu etablierten Theorien zu Komponenten in Empowermentprozessen
(2) Backman et al., 2011	Evaluation der Wirksamkeit eines Kurrikulums zur Veränderung verschiedener Empowerment-bezogener Indikatoren in den Bereichen Obst- und Gemüsekonsum sowie körperliche Aktivität	USA, öffentliche Einrichtungen in der Gemeinde, medizinische Versorgungszentren	Sozialbenachteiligte, afro-amerikanische Frauen	<ul style="list-style-type: none"> - Signifikante Veränderungen in fünf Empowerment-Messungen in der Interventionsgruppe - Verbessertes Gesundheitsverhalten in der Interventionsgruppe
(3) Becker et al., 2005	Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogramms zur Steigerung des Empowerment der Bewohner und Reduzierung von Ungleichheiten durch die Realisierung von bedürfnisgerechten Projekten in der Gemeinde zum Thema HIV/ AIDS, Freizeitmöglichkeiten, Umgebungs- und Wohnfaktoren	Brasilien, Gemeinde	Gemeindebewohner	- Implementierung von individuellen und kollektiven Empowermentprozessen
(4) Blanchard et al., 2013	Durchführung einer Sekundäranalyse hinsichtlich Empowerment-Outcomes repräsentativer Befragungsdaten, die im Rahmen verschiedener Community-Mobilization-Programmen (HIV/ AIDS) erhoben wurden	Kanada, Bezirke in Südindien	Prostituierte	<ul style="list-style-type: none"> - Assoziation von Engagement in HIV-Programmen und „Community Mobilization“ mit Empowerment-Domänen (sig.) - Assoziation von Empowerment und Selbstwirksamkeit hinsichtlich Kondomnutzung und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Ziel der Studie	Setting	Zielgruppe	Ergebnisse
(5) Booker et al., 1997	Implementierung eines peer-basierten Gesundheitsförderungsprogramms: Ausbildung von Landarbeitern als Laien-Gesundheitsförderer (partizipativer Ansatz) Fokus auf Empowerment der Landarbeiter selbst	USA, landwirtschaftliche Betriebe	Landarbeiter mit Migrationshintergrund	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung von 5 deskriptiven Kategorien, die graduelle Veränderungen von Empowerment widerspiegeln - Leichter Anstieg von individuellem Empowerment bei 24 von insgesamt 27 Teilnehmern
(6) Campbell & Mzaidume, 2001	Qualitative Fallstudie einer gemeindebasierten Peer-Ansatz-Intervention (HIV/ AIDS) zur Analyse von Empowerment	UK, südafrikanische Goldmine	Prostituierte	<ul style="list-style-type: none"> - Niedriges Niveau an sozialem Kapital bei der Zielgruppe (als Surrogat für Empowerment) nach der Intervention
(7) Cargo et al., 2003	Entwicklung eines theoretischen Frameworks für das Konzept Youth Empowerment im Rahmen einer partizipativen Gesundheitsförderungs-Intervention im Gemeindesetting	Kanada, Gemeinde/ Quartier	Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> - „Machtübertragung“ an die Jugendlichen in Form von Übernahme der Sprecherrolle, Entscheidungsfindung und Handeln - Positive Veränderungen in der Weiterentwicklung der Jugendlichen und ihrer sozialen Integration in die Gemeinschaft
(8) Crossley, 2001	Exploration von Empowerment im Rahmen eines partizipativen Gesundheitsförderungsprogramms zur Stärkung sozialer Netzwerke und unterstützender Lebenswelten als Strategie gegen riskante sexuelle Praktiken	UK, Liverpool	Homosexuelle Männer	<ul style="list-style-type: none"> - Verstärkung von sozialer Unterstützung und Selbstwertgefühl - Hinweise auf verschiedene Verflechtungen zwischen diesem Prozess und Safer-Sex-Praktiken
(9) de la Luz Martinez-Maldonado et al., 2007	Analyse von Faktoren, die zum Empowerment von Senioren beitragen, im Rahmen eines Aufklärungsprogramms zum Thema aktives Altern	Mexiko, ländliche Gemeinde	Senioren	<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhtes Gefühl von Empowerment, Kreativität und Selbstentfaltung bei den Teilnehmenden
(10) Dickson, 2000	Beschreibung der Effekte, die aus einem Gesundheitsförderungsprogramm resultieren, die als Surrogat für Empowerment gelten	Kanada, Stadtteil	ältere Aborigine-Frauen	<ul style="list-style-type: none"> - Zahlreiche Veränderungen nach der Teilnahme, die kongruent mit Empowerment sind

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Ziel der Studie	Setting	Zielgruppe	Ergebnisse
(11) Hendrickson et al., 2002	Dokumentation von Empowerment im Rahmen eines gemeindebasierten Kinderernährungsprojektes	USA, ländliche Gemeinden in Vietnam	Mütter	- Gesteigertes/r Wissen, Selbstvertrauen und Informationsaustausch zu Kinderpflege und Ernährung (= identifizierte Empowerment-Domänen) bei den Müttern der Interventionsgruppe (die Mütter der Kontrollgruppe berichteten minimale Veränderungen dieser Domänen)
(12) Jara et al., 2014	Abschätzung der Effekte eines Multiplikatoren-Trainings (auf Basis der psychologischen Empowerment-Theorie)	USA, Los Angeles County	Multiplikatoren/ Laien-Gesundheitsförderer im Setting Schule	Gesteigerte(s) Selbstwirksamkeit, Wissen und Einstellung für eine Verbesserung der lokalen Schulpolitik hinsichtlich Wohlbefinden einzutreten
(13) De Jongh et al., 2014	Exploration der Erfahrungen von Schülern, die an einem Camp teilnahmen, sowie dessen Auswirkungen auf die Entwicklung von Führungskompetenzen	Südafrika, Schule	Schüler	- Entwicklung von Kapazitäten von Führungsverantwortung als Teil eines breiter angelegten Empowerment-Prozesses
(14) Kang et al., 2008	Untersuchung der Effekte eines Empowerment-Programms zum Thema Stillen	Südkorea, Geburtskliniken	Mütter	Signifikant - höhere „Still“-Empowerment-Scores - weniger Probleme beim Stillen - höhere Stillraten in der Interventionsgruppe
(15) Kasmel & Andersen, 2011	Entwicklung und Anwendung eines Erfassungs-Tools für Community-Empowerment im Rahmen dreier Gesundheitsförderungsprogramme (Sicherheit, Drogenmissbrauch und AIDS, Lebensqualität)	Dänemark/ Estland, benachteiligte Region Rapla	Erwachsene Bewohner, Senioren	- Anstieg in den organisationsbezogenen Domänen von Gemeinde-Empowerment beim Gemeindearbeitskreis

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Ziel der Studie	Setting	Zielgruppe	Ergebnisse
(16) Kasmel & Tanggaard, 2011	Erfassung des individuellen gemeindebezogenen Empowerments (als Voraussetzung für Community-Empowerment) im Rahmen dreier Gesundheitsförderungsprojekte (Sicherheit, Drogenmissbrauch und AIDS, Lebensqualität)	Dänemark/ Estland, ärmliche Region Rapla	Erwachsene Bewohner, Senioren	- Höheres individuelles gemeindebezogenes Empowerment nach der Implementierung eines Empowerment-Rahmenprogramms bei den Gemeindearbeitsgruppen (sig.)
(17) Kim et al., 2011	Dokumentation des Ausmaßes von Empowerment als Folge einer Intervention zur Reduzierung von Gewalt in der Partnerschaft	Südafrika, ländliche Gemeinden	Frauen	- Signifikante Risikoreduzierung von Gewalt in der Partnerschaft (bezogen auf das vergangene Jahr) um mehr als die Hälfte - Verbesserungen aller neun Empowerment-Indikatoren (n. sig.) - Qualitative Dokumentation von gestiegenem Empowerment
(18) Marr-Lyon et al., 2008	Entwicklung eines Instruments zu Erfassung von Youth Empowerment (im Rahmen des „Youth Empowerment Tobacco Prevention Programs“)	USA, <i>Setting wird nicht beschreiben</i>	Jugendliche	- Aktive Partizipation als Mediator des Zusammenhangs zwischen Empowerment und Selbstwertgefühl - Assoziation von einem Zuwachs an Empowerment mit einem Zuwachs an aktiver Partizipation, was wiederum mit einem Zuwachs an Selbstwertgefühl assoziiert war
(19) Masi et al., 2003	Bestimmung des Einflusses einer internetbasierten Intervention zur Verbreitung von Gesundheitsinformationen auf die Entwicklung von Empowerment	USA, Stadtteil in Chicago	Bürger	- Signifikante Verbesserung von Empowerment bezogen auf gesundheitliche Entscheidungen nach der Bereitstellung eines Internetzugangs und Trainingseinheiten in der Interventionsgruppe
(20) Purdey et al., 1994	Beschreibung zweier Health-Development-Projekte, die auf Gruppenbildung abzielen, Identifizierung von Outcomes, die als Indikatoren für Community Empowerment dienen können	Kanada, ländliche Region in Nepal	Bewohner	- Identifizierung von Outcomes, die als Indikatoren für gemeindebezogenes Empowerment dienen können

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Ziel der Studie	Setting	Zielgruppe	Ergebnisse
(21) Rissel et al., 1996	Durchführung einer Pilotstudie zur Bestimmung der psychometrischen Eigenschaften eines Instruments zur Erfassung von Empowerment im Rahmen eines schulbasierten Projekts zum Thema übermäßiger Alkoholkonsum	USA, Schule	Schüler	<ul style="list-style-type: none"> - Höhere Empowerment-Scores nach der Intervention (n. sig.) - Signifikante und inverse Assoziation von Empowerment und Alkoholkonsum nach Kontrolle für Peer-Einfluss und Selbstwirksamkeit - Assoziation von aktiver Partizipation mit psychologischem Empowerment in einem Gruppenprojekt
(22) Röger et al., 2011	Exploration der Unterschiede bezüglich individueller Empowerment-Outcomes in einer Gruppe sozial-benachteiligter Frauen, die an einem Gesundheitsförderungsprojekt zum Thema körperliche Aktivität teilnehmen	Deutschland, Stadtteil, Betrieb, Sportverein	Sozial-benachteiligte Frauen	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung individueller Empowerment-Outcomes bei allen Interviewpartnern - Stärkste Verbesserung beobachtbar bei Personen, die an der Planung, Implementierung und Evaluation teilnahmen
(23) Stolzenberg et al., 2012	Evaluation einer gemeindebasierten Intervention, die einen Peer-Ansatz („Stadtteilmütter“) nutzt, um die Lebenschancen für Kinder in einem sozial-benachteiligten Bezirk verbessern durch das Empowerment ihrer Mütter	Deutschland, Stadtteil	sozial-benachteiligte Mütter	<ul style="list-style-type: none"> - Effekte auf Mütter und Stadtteilmütter hinsichtlich individuellem Empowerment (soziale Unterstützung, Kompetenzerwerb)
(24) Swendeman et al., 2009	Übertragung der Strategie des "Womens' Empowerment" auf den Bereich HIV/ STI-Prävention	USA, Kalkutta	Prostituierte	<ul style="list-style-type: none"> Signifikante Verbesserung: - Wissen zu Krankheiten, Schutzmaßnahmen, Risikowahrnehmung - Verhandlungsgeschick hinsichtlich sexueller Verweigerung - Soziale Unterstützung - Adressierung ökonomischer und lebensweltbezogener Herausforderungen

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Ziel der Studie	Setting	Zielgruppe	Ergebnisse
(25) Tsey et al., 2010	Durchführung einer qualitativen Analyse zur Synthese verschiedener Evaluationen von Empowerment-Programmen für australische Ureinwohner zum besseren Verständnis darüber, welchen Beitrag Community Empowerment Programme zur Gesundheit leisten können	Australien, Gemeinde	Aborigines	- Einfluss persönlicher Veränderungen auf andere Individuen und Systeme über die Zeit → ökologische, mehrstufige Dimensionen von Empowerment
(26) Wallerstein & Bernstein, 1988	Wissenschaftliche Begleitung eines Präventionsprogramms zum Thema Alkohol- und Drogenmissbrauch	USA, Gemeinde und Schule	Schüler	- Signifikanter Zuwachs der Risikowahrnehmung - Mangel an Risikowahrnehmung als beitragendes Element zu gesundheitlichem Risikoverhalten

4.4 Definitionen und Beschreibungen von Empowerment

Das häufigstes Verständnis von Empowerment lehnt sich an die Ottawa Charta der WHO (1986) [14] an, die als Kernmerkmal des Konzepts „*Gewinnung von Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen*“ formuliert. Einige Studien orientieren sich an der WHO-Definition sehr ähnlichen Beschreibung für Empowerment von Rappaport (1984, 1987) [21]. Diese Beschreibungen und Verständnisse konzipieren unter Empowerment *Selbstbestimmung und Autonomie*, sowie *Entscheidungsfreiheit durch Teilhabe und Mitbestimmung*. An zweiter Stelle rangieren die Definitionen von Wallerstein (1992, 2006) innerhalb der eingeschlossenen Interventionen. Wallerstein legt in ihrer Definition von Empowerment darüber hinaus den Fokus auf den Aspekt des *Aktivwerdens und Maßnahmen zu ergreifen (action)*. Auch Community Empowerment als tatsächlicher *sozialer Handlungsprozess* bzw. Selbstorganisation von Gruppen wird betont. Zum Teil greifen die Interventionen auch den von Wallerstein betonten Blickwinkel auf die Gruppe der sozial Benachteiligten bzw. marginalisierte Gruppen auf, die in besonderer Weise Empowerment bedürfen und von diesen Ansätzen profitieren [19, 24]. Wallerstein hebt in ihrer Definition von 2006 des Weiteren den Einfluss des *Wechselspiels zwischen individueller Ebene und struktureller oder Kontextebene* für Empowerment hervor: Sechs Studien gehen in den Beschreibungen von Empowerment explizit auf diesen Punkt ein (8, 11, 17, 20, 24, 25). Auch Israel et al. (1994) [18] werden einige Male im Zusammenhang mit dem Verständnis von Empowerment zitiert. Diese Definition differenziert zwischen individuellem, organisationsbezogenem und Community Empowerment und bietet zu jeder Ebene Operationalisierungsmöglichkeiten an:

- Individuelles Empowerment: Entscheidungsmacht, Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl
- Organisationsbezogenes Empowerment: Shared decision making
- Community Empowerment: Soziale Unterstützung, Konfliktbewältigung, Einflussmöglichkeiten auf Gemeindeebene

Anlehnungen der eigenen Beschreibungen von Empowerment an dieses Verständnis erfolgt durch Studien, die sich auf die Erhebung von individuellem („psychologischem“) Empowerment konzentrieren oder eine Erfassung auf mehreren Ebenen durchführen;

in der späteren Operationalisierung von Empowerment orientieren sich die jeweiligen Autoren auch an den in dieser Definition vorgeschlagenen Indikatoren (s. Kapitel 4.6.4) (6, 11, 19, 22).

4.5 Umsetzung von Empowerment und Ansätze

Zur Rahmung der Untersuchung bisheriger Vorgehensweisen bei der Evaluation von Empowerment wurde zunächst analysiert welches Verständnis von Empowerment in der jeweiligen Studie vorliegt (s. Kapitel 4.4). Die nachfolgende Tabelle 3 illustriert nun, wie die Interventionen hinsichtlich Aufbau, Modus und Führung praktisch gestaltet wurden und das Empowerment-Konzept in den eingeschlossenen Interventionen operationalisiert wurde. Schließlich können aus den vorangehenden Informationen der verschiedenen Empowerment-Ansätze bzw. -Strategien zusammengefasst werden.

Es fällt auf, dass viele Projekte die Interventionsmaßnahme in Form eines Kurses, eines Curriculums oder durch eine andere Form der Informationsvermittlung gestalten. Diese werden in der Regel durch Experten durchgeführt (möglicherweise Implikation latenter hierarchische Strukturen und einseitige Kommunikationsflüsse bzw. top-down-Vorgehen). Drei Studien nutzen ausschließlich Kursformate (2, 11, 18). Ähnlich häufig werden zur Umsetzung der Intervention Arbeitsgruppen oder moderierte Gruppenformate (z.B. Workshops, Diskussionsrunden) etabliert, die Moderation erfolgt oft durch Experten, teilweise aber durch Gemeindemitglieder oder Peers; auch bei diesen Umsetzungsformen werden z.T. kursähnliche Situationen zur Informationsvermittlung beschrieben, jedoch wird betont, dass der anwesende Experte moderierend tätig ist (Interaktion, flache Hierarchien). Schließlich kommen auch Mischformen zum Einsatz: z.B. die Schaltung eines Gruppenprojektes hinter ein Lernprogramm (10, 14, 16, 21) oder die Ausbildung von Peer-Trainern nachdem ein Kursprogramm absolviert wurde (5, 6, 9, 12, 23).

Obwohl die Interventionen Empowerment im generischen Sinne verstehen und sich z.T. auf bestehende Definitionen berufen, fällt auf, dass die Operationalisierung des Konzeptes innerhalb der Interventionsmaßnahme variiert. Die Ermutigung der Teilnehmer Bedarfe und Bedürfnisse sowie Probleme zu identifizieren, zu äußern und zu priorisieren ist ein gängiger Weg zur Operationalisierung von Empowerment. Zum Teil

soll dieser Schritt über Multiplikatoren erfolgen, indem diese die eigentliche Zielgruppe zur Problemanalyse anregen. Nicht immer folgt auf die Problemanalyse eine (gemeinsame) Aktion zur Umsetzung bestimmter Maßnahmen noch im Rahmen der Intervention, teilweise aber die Aufforderung dazu. Lediglich Rissel et al. (1996) operationalisieren Empowerment in der Intervention so, das Verständnis der Verhältnisebene zu fördern.

Die Gestaltung der Interventionsmaßnahme und die Umsetzung von Empowerment werden in dieser Arbeit als Empowerment-Ansatz bezeichnet. Die beschriebenen Empowerment-Ansätze lassen sich in sechs Hauptstrategien gruppieren, welche Intervention mit welcher Strategie arbeitet ist außerdem detailliert in Tabelle 3 aufgeführt:

- (1) *Informations- und Wissensvermittlung*: Die meisten Studien nutzen curriculare Schulungs- und Kursprogramme, sowie Workshop-Formate mit dem Ziel Informationen bereit zu stellen und Wissen zu erweitern (n=17) (2, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24).
- (2) *Vermittlung von Kompetenzen und Fähigkeiten*: Des Weiteren zielen einige Studien darauf ab den Erwerb von Kompetenzen und Fähigkeiten zur Lösung spezifischer Probleme oder zum Ausführen bestimmter Handlungen zu fördern (n=5) (15, 16, 18, 25, 26).
- (3) *Gruppenformate*: Die Gründung einer Gruppe oder Organisation zum Austausch, zur gegenseitigen Unterstützung, Vernetzung sowie zur Unternehmung von Gemeinschaftsaktivitäten lässt sich als dritte Hauptstrategie identifizieren (n=8) (10, 13, 14, 15, 16, 24, 25, 26).
- (4) *Multiplikatoren-/ Peer-Ansatz*: Im Rahmen dieser Strategie werden zunächst Multiplikatoren oder Peers geschult (= Empowerment von Multiplikatoren), um danach Informationen- und neues Wissen, aber auch Fähigkeiten, an die Zielgruppe weiterzugeben oder als Moderator in Gruppenformaten zu agieren (n=9) (5, 6, 7, 12, 17, 19, 23, 24, 26). Dieser Befund nimmt gleichzeitig Bezug auf die Zielgruppe: Diese wird im Rahmen eines solchen Ansatzes indirekt empowert über die Zwischenstufe des Empowerments von Multiplikatoren oder Peers.
- (5) *Partizipativer Planungs- und Umsetzungsprozess (Gründung einer Aktionsgruppe)*: Schließlich bezieht diese Strategie die Zielgruppe bei der Planung und

Implementierung (z.T. auch bei der Evaluation) der Intervention mit ein (n=7) (1, 3, 7, 13, 20, 21, 22).

(6) *Bereitstellung von Ressourcen, Abbau von Barrieren*: Diese Strategie umfasst vor allem Aktivitäten auf finanzieller Ebene z.B. Mikrokreditinitiativen (n=3) (4, 17, 24).

Die Studien verwenden oftmals mehrere Empowerment-Strategien zugleich.

Die Analyse der Daten zur Umsetzung von Empowerment zeigte, dass die praktische Umsetzung des Empowerment-Ansatzes häufig sehr informationsbasiert und curricular erfolgt und häufig von Experten geprägt ist (z.T. folgen in einem zweiten Schritt Peers oder Multiplikatoren, die Informationen an die eigentliche Zielgruppe weitergeben). Die Vermittlung von Informationen und Fähigkeiten ist zwar eine unabdingbare Voraussetzung für Empowerment, jedoch betonen die Definitionen und Beschreibungen von Empowerment in den Artikeln aktive und teilhabende Bestandteile sowie soziale Handlungsprozesse als Kernelement dieses Konzepts, sodass es erstaunt, dass zehn Publikationen ausschließlich mit den Strategien Informationsvermittlung und Peer-Education arbeiten.

Tabelle 3: Empowerment-Ansätze der Studien

Autor(en), Jahr	Beschreibung von Empowerment ¹	Interventionsmaßnahme (Modus, Führung)	Operationalisierung von Empowerment in der Interventionsmaßnahme	Empowerment-Ansatz: Strategie, Methode
(1) Arneson und Ekberg, 2005	'True empowerment in this sense requires the individual to make decisions and to actively participate in events that shape her/his life '	Etablierung von 13 heterogenen Arbeitsgruppen, neun Treffen	Ermittlung und Priorisierung von Probleme (Barrieren, Möglichkeiten) durch Arbeitsgruppen, Vorbereitung von Aktionsprogrammen („gesunder Betrieb“) für Veränderungen	Gründung einer Aktionsgruppe: 1. Einbezug der Zielgruppe bei der Identifizierung relevanter Themen/ Probleme 2. Formulierung von Umsetzungsstrategien zur Zielerreichung (problem-based-learning)
(2) Backman et al., 2011	'Inspired by [...] the community-organizing principle of empowerment'	14 Unterrichtseinheiten, die von Personal an Einrichtungen der Gemeinde durchgeführt werden können	Ermutigung der Teilnehmer Anliegen in eigenen Worten zu formulieren, Informationen von Peers und Lösungen für verbreitete Probleme einzuholen und für einen gesunden Lebensstil in ihrer Gemeinde einzustehen	Informationsvermittlung
(3) Becker et al., 2005	'Territorial interventions seek to empower residents and challenge them to become agents of change '	Moderierte Workshops (Unterstützung bei Ideenentwicklung, Systematisierung, Vernetzung, Evaluation)	Organisation von Gemeindemitgliedern in einer Gruppe um Veränderungswünschen Raum zu geben, daraus Aktivitäten zu entwickeln und umzusetzen	Gründung einer Aktionsgruppe: 1. Festlegung von Prioritäten zusammen mit der Zielgruppe 2. Entwicklung und Realisierung bedürfnisgerechter Projekte
(4) Blanchard et al., 2013	'Achieve the power to overcome this disadvantaged position and gain the agency to address their HIV vulnerability'	Kursprogramm mit Anteilen zur Mobilisierung	Proaktive Analyse des eigenen Arbeitsfeldes und der Arbeitsbedingungen; Ermöglichung des Zugangs zu finanziellen Ressourcen	Informationsvermittlung, Abbau externer Barrieren/ Bereitstellung von Ressourcen

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Beschreibung von Empowerment ¹	Interventionsmaßnahme (Modus, Führung)	Operationalisierung von Empowerment in der Interventionsmaßnahme	Empowerment-Ansatz: Strategie, Methode
(5) Booker et al., 1997	'Processes which involve both cognition and action on the part of the individual [...] the process by which individuals begin to relate to the society in which they live'	Kursprogramm	Einbindung der eigenen Erfahrungen der Teilnehmer in Kursprogramm	Informationsvermittlung, Empowerment von späteren Multiplikatoren → Peer Education
(6) Campbell & Mzaidume, 2001	'Experience of participation in project implementation serves to empower members of target groupings by placing health-related knowledge (traditionally the hands of experts) in the hands of ordinary people '	Gemeindegeführtes Peer-Education-Programm	Training hinsichtlich Verständnis und Erkennen von STI, anschließend Aufklärung von Peers zu diesem Thema	Informationsvermittlung, Empowerment von späteren Multiplikatoren → Peer Education
(7) Cargo et al., 2003	'Development of their empowerment potential through active community participation '	Etablierung einer lokalen Arbeitsgruppe	Durchführung einer Gemeindeanalyse → Implementierung eines bedürfnisgerechten partizipativen Projektes für Jugendliche → Gemeindeanalyse	Gründung von Aktionsgruppen
(8) Crossley, 2001	'Understanding of the reciprocal relationship between individuals and their environment [...] value of self-determination and participation in decisions'	Telefon-Hotline, aufsuchende Sozialarbeit, Kursprogramme, Selbsthilfegruppen (Bereitstellung durch Experten)	Versorgung mit Informationen und Gelegenheiten, um persönliche und soziale Fähigkeiten für einen gesunden Lebensstil aufzubauen	Informationsvermittlung, Vernetzungsmöglichkeiten/ Partnerschaften
(9) de la Luz Martinez-Maldonado et al., 2007	'Individual's self-promotion, independence, self-confidence [...] living according to self-imposed values '	Kursprogramm durch Experten, Auswahl einzelner Teilnehmer zur späteren Leitung von Selbsthilfe-/ Aktionsgruppen für Peers	Versorgung mit Informationen, Sprechen zu spezifischen Themen vor der Gruppe, praktische Übungen	Informationsvermittlung, Empowerment von späteren Multiplikatoren → Peer Education

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Beschreibung von Empowerment ¹	Interventionsmaßnahme (Modus, Führung)	Operationalisierung von Empowerment in der Interventionsmaßnahme	Empowerment-Ansatz: Strategie, Methode
(10) Dickson, 2000	'Increased control is synonymous with empowerment'	Wöchentliche Gruppentreffen mit Experten	Versorgung mit Informationen, Gesprächskreise, zur Äußerung eigener Erfahrungen, gemeinsame Organisation von Aktivitäten	Informationsvermittlung, Gemeinschaftsaktivitäten
(11) Hendrickson et al., 2002	„Empowerment is only understood within the context of the family or community “	12-tägiger Ernährungskurs inkl. Rehabilitationsprogramm durch Experten	Versorgung mit Information	Informationsvermittlung
(12) Jara et al., 2014	'Refers to how individuals gain mastery over issues that concern them '	Entwicklung des <i>Parents in Action! Toolkit</i> : 6-stündiges Curriculum für Multiplikatoren durchgeführt vom Projektteam (Experten)	Entwicklung von Kapazitäten bei Multiplikatoren und deren dahinterstehenden Organisationen zur Ermutigung von Eltern sich für gesundheitsfördernde Schulen einzusetzen	Informationsvermittlung, Empowerment von Multiplikatoren
(13) De Jongh et al., 2014	'Is seen as a transactional process whereby adults create an empowering environment through facilitating, teaching, mentoring and providing feedback for youth to become empowered '	4-tägiges Camp für Schüler (diese sind wiederum in moderierten Projektgruppen an der jeweiligen Schule involviert, die Aktivitäten umsetzen) durchgeführt vom Projektteam (Experten)	Öffentliches Sprechen vor der Gruppe, Gemeinschaftsaktivitäten, Talentwettbewerbe	Gemeinschaftsaktivitäten, Gründung einer Aktionsgruppe
(14) Kang et al., 2008	'[...] subjects actively joining the groups that they belong to '	Vierwöchiges moderiertes Kursprogramm (Experte fungiert in erster Linie als Moderator)	Gelegenheit eigene Erfahrungen einzubringen und Probleme selbstständig zu identifizieren	Informationsvermittlung, Möglichkeit zum Austausch in der Gruppe
(15) Kasmel & Andersen, 2011	„Is to mobilize local communities to address their health and social needs and to work inter-sectorally to solve local problems“	Etablierung von lokalen Arbeitsgruppen	Organisation und Durchführung von Maßnahmen, Erstellung und Distribution von Informationsmaterialien	Partizipative Problemlösung, Vernetzung, Gruppengründung, Informationsvermittlung, Vermittlung von Fähigkeiten

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Beschreibung von Empowerment ¹	Interventionsmaßnahme (Modus, Führung)	Operationalisierung von Empowerment in der Interventionsmaßnahme	Empowerment-Ansatz: Strategie, Methode
(16) Kasmel & Tanggaard, 2011	'Reflects one's freedom to decide what goals to pursue'	Etablierung von lokalen Arbeitsgruppen	Organisation und Durchführung von Maßnahmen, Erstellung und Distribution von Informationsmaterialien	Partizipative Problemlösung, Vernetzung, Gruppengründung, Informationsvermittlung, Vermittlung von Fähigkeiten
(17) Kim et al., 2011	'A dynamic interplay between gaining internal skills and overcoming external barriers '	Kombination eines Kursprogramms im Gruppenformat (wobei einzelne Teilnehmer danach zu Peer-Educators ausgebildet wurden) mit einer Mikrokredit-Komponente	<i>Wird nicht genau beschrieben</i>	Informationsvermittlung, Peer-Ansatz, Abbau externer Barrieren/ Bereitstellung von Ressourcen
(18) Marr-Lyon et al., 2008	„Sense of personal competence , a desire for, and a willingness to take action in the public domain '	Workshops zum Training bestimmter Fähigkeiten, Diskussionsrunden angeleitet durch Peers	Unterstützung der Teilnehmer im Bereich Tabakprävention aktiv zu werden	Vermittlung von Informationen und Fähigkeiten
(19) Masi et al., 2003	'To make informed health care decisions '	Internetbasiertes Gesundheitstraining (inkl. Informationen zu lokalen Versorgungsstrukturen)	Ermütigung jedes Teilnehmers mit den anderen Trainingsteilnehmern in Austausch zu treten, sowie sich selbst als Gesundheitsexperte in der Nachbarschaft zu engagieren	Online-Informationsvermittlung Empowerment von Multiplikatoren → Peer Education
(20) Purdey et al., 1994	„Increase their capacity to act individually and with others to affect change [...] development of healthy communities '	Bildung eines Arbeitskreises aus Bewohnern und Experten	Gemeinsame Reflexion, Problemanalyse und Aktion	Gründung einer Aktionsgruppe, partizipativer Planungs- und Umsetzungsprozess
(21) Rissel et al., 1996	„Must be earned through a process of participation [...] and claiming authority for themselves	Curriculum, Gruppenaktivität	Verständnis der Verhältnisebene: Rolle des Umfeldes bei der Beeinflussung des Alkoholkonsums Jugendlicher	Informationsvermittlung, Gründung einer Aktionsgruppe

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Beschreibung von Empowerment ¹	Interventionsmaßnahme (Modus, Führung)	Operationalisierung von Empowerment in der Interventionsmaßnahme	Empowerment-Ansatz: Strategie, Methode
(22) Röger et al., 2011	'That is enabling people and communities (especially disadvantaged communities) to take control over their own lives'	Gemeinsame Planung, Implementierung von Maßnahmen von Zielgruppe, Experten und Entscheidungsträgern	Zielgruppe: Prioritätensetzung, Maßnahmvorschläge, Mitwirkung bei der Umsetzung	Kooperativer Planungsprozess in Form von Arbeitsgruppen
(23) Stolzenberg et al., 2012	'Regarding the dimensions of social support and competence building '	Ausbildung von Frauen der Zielgruppe als "Stadtteilmütter" durch Experten: die Stadtteilmütter verfügen über erleichterten Zugang und können daraufhin Präventionsarbeit leisten	Empowerment der Mütter durch die Stärkung ihrer persönlichen und Erziehungskompetenz	Informationsvermittlung, Empowerment von Multiplikatoren → Peer Education
(24) Swendeman et al., 2009	'Aim to enhance agency with explicit attention to structure or context '	Aufklärungsprogramm durch hochrangige Experten z.T. Ausbildung als Peer-Educators, Gründung einer Berufsorganisation, Mikrokredite	<i>Wird nicht genau beschrieben</i>	Informationsvermittlung Empowerment von Multiplikatoren → Peer Education, Gruppengründung, Abbau externer Barrieren/ Bereitstellung von Ressourcen
(25) Tsey et al., 2010	' Social action process that promotes participation of people and communities towards goals of increased individual and community control, improved quality of life and social justice '	Etablierung eines 30-stündigen Lernprogramms in der Gruppe	Erfahrungsaustausch der Teilnehmer sollen in der Gruppe, dadurch Entwicklung von Bewusstsein für eine unterstützende soziale Umgebung	Gruppengründung und -aktivitäten, Vermittlung von Fähigkeiten

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Beschreibung von Empowerment ¹	Interventionsmaßnahme (Modus, Führung)	Operationalisierung von Empowerment in der Interventionsmaßnahme	Empowerment-Ansatz: Strategie, Methode
(26) Wallerstein & Bernstein, 1988	'Power to act with others to effect change '	Gespräche in Kleingruppen (moderiert durch Studenten) mit (Sucht)Patienten- und Angehörigen, Ausbildung als Peer-Educators	Teilnehmer als Partner an der Seite von Experten und Patienten, Ermutigung Fragen zu stellen, um das kritische Bewusstsein zu schärfen, anschließend Peer-Education	Gruppengründung und -aktivitäten, Vermittlung von Fähigkeiten, Peer Education

¹: wörtliche Zitate

4.6 Evaluation von Empowerment

4.6.1 Studiendesigns und Datenerhebungsmethoden

Die Studien weisen eine Vielzahl unterschiedlicher Studiendesigns und methodischer Herangehensweisen auf, qualitative Datenerhebungsverfahren dominieren. In die Systematische Übersichtsarbeit konnten **8** Interventionen (31 %) mit quantitativen Studiendesigns eingeschlossen werden (2, 4, 14, 16, 18, 19, 21, 24). Diese Projekte fertigten Ergebnisevaluationen an. Bei den übrigen **18** Studien (69 %) handelt es sich um qualitative (1, 3, 5, 6, 11, 13, 15, 20, 22) oder Mixed-Methods-Designs (7, 8, 9, 10, 12, 17, 23, 25, 26). Zwei der qualitativen Studien führten Prozessevaluationen durch (1, 20), fünf fokussierten auf Prozess- und Ergebnisevaluationen gleichzeitig (3, 5, 6, 13, 22). Bei zwei der qualitativen Studien erfolgte ausschließlich eine Ergebnisevaluation (11, 15). Innerhalb der Mixed-Methods-Ansätze führte der Großteil der Arbeiten sowohl eine Prozess- als auch eine Ergebnisevaluation durch (7, 8, 9, 10, 23, 25, 26), zwei Studien stützten sich ausschließlich auf die Erfassung von Empowerment als Ergebnis (12, 17).

Tabelle 4: Studiendesigns der eingeschlossenen Interventionen

	Quantitativ (n=8)	Qualitativ (n=8(9))	Mixed-Methods (n=9)
Pre-Posttest-/ Posttest-Studie (ein Studienarm)	n=3 (16, 18, 21)	n=3 (1, 13, 15)	n=2 (8, 12)
(Quasi)-experimentelle-Studie (zwei Studienarme: Interventions- und Kontrollgruppe)	n=4 (2, 14, 19, 24)	n=1 (11)	n=2 (17, 26)
Querschnittstudie (ein Messzeitpunkt)	n=1 (4)	---	---
Längsschnittliche Prozessbegleitung	---	n=4 (3, 5, 6, 22)	n=5 (9, 10, 7, 23, 25)

Eine weitere Studie kann als qualitativ-explorativ eingestuft werden, weitere Informationen z.B. zur Struktur des Studiendesigns fehlen (20). Bemerkenswert ist, dass der (quasi)-experimentelle Studientyp, der weit oben in der Evidenzhierarchie angesiedelt ist, häufig verwendet wird. Es fällt außerdem auf, dass Prozessbegleitungen – ein

längsschnittliches Studiendesign mit kontinuierlicher Dokumentation und zahlreichen Messzeitpunkten – zentral bei der Evaluation von Empowerment scheint. Tabelle 6 fasst ausführlich Daten zur jeweiligen Fragestellung sowie zum Studiendesign, zu Datenerhebungsmethoden und Indikatoren zusammen.

Standardisierte Messinstrumente quantitativer Evaluationen

Als quantitative Evaluationskomponenten in rein quantitativen oder Mixed-Methods-Studien (n=13) werden ausschließlich Fragebögen zur Datenerhebung genutzt. Jeder eingesetzte Fragebogen wurde für den spezifischen Fokus der jeweiligen Studie adaptiert oder entwickelt. Lediglich eine Studie (Kang et al, 2008) nutzt die Originalfassung eines validierten Instrumentes, nämlich einen Fragebogen zur Erfassung von Empowerment bezüglich „Stillen“ [65].

Vier quantitative und Mixed-Methods-Studien adaptieren jeweils bestehende oder validierte Instrumente bzw. Skalen. Jede Studie wählt dabei ein anderes Instrument: Rissel et al. (1996) modifizieren eine validierte Skala zu psychologischem Empowerment in Verbindung mit Alkoholkonsum für Erwachsene insoweit, dass sie für Achtklässler eingesetzt werden kann (vereinfachte und an die Zielgruppe angepasste Sprache). Jara et al. (2014) adaptieren Items einer validierten Skala, die im Kontext eines Projektes zur Interessenvertretung bezüglich einer gesünderen Schulumgebung entwickelt wurde [66]. Masi et al. (2003) modifizieren Israel's generische Skala zur „wahrgenommenen Kontrolle“ [18], um unterschiedliche Ebenen von Empowerment zu evaluieren und fügen zusätzliche gesundheitsbezogene Items hinzu. Kasmel & Tanggaard (2011) wählen ein bestehendes generisches Instrument aus, kürzen, validieren und übersetzen es [67].

In vier Studien entwickeln die Autoren eigene spezifische Instrumente für den Kontext ihrer Intervention: Backman et al. (2011) entwickeln ein themenspezifisches Instrument zur Erfassung von Empowerment im Bereich Obst- und Gemüseverzehr sowie körperlich-sportlicher Aktivität. Marr-Lyon et al. (2008) entwickeln und validieren ein Instrument für den Bereich Tabakprävention bei Jugendlichen. Blanchard et al. (2013) setzen einen kultursensiblen und kontextspezifischen Fragebogen zum Thema HIV für eine südindische Region ein, den sie auf Basis eigener existierender Instrumente

adaptieren. Kim et al. (2007) entwickeln spezifische Items für den Bereich Gewalt in der Partnerschaft und HIV-Prävention auf Basis einer Literaturrecherche und passen diese an den südafrikanischen Kontext an; ein Pilottest fand statt. De la Luz-Martinez-Maldonado et al. (2007), Swendeman et al. (2009), Tsey et al. (2010) und Wallerstein & Bernstein (1988) machen keine Angaben zum Ursprung oder zur Entwicklung der verwendeten quantitativen Fragebögen.

Datenerhebungsmethoden in qualitativen und Mixed-Methods-Studien

Die qualitativen und Mixed-Methods-Studien weisen unterschiedliche Studiendesigns auf. Am häufigsten wurden Evaluationen eingesetzt, die engmaschig und laufend dokumentieren (längsschnittliche Prozessbegleitung, n=9). Pre-Post-Studien (n=5) und Kontrollgruppendesigns (n=3) wurden hier weniger genutzt. Fünf Studien folgten dem Ansatz der (partizipativen) Aktionsforschung (3, 9, 10, 15, 20), diese zeichnen sich dadurch aus, dass Forscher und Teilnehmende einer Maßnahme kontinuierlich gemeinsam gesundheits- und Empowerment-bezogene Aspekte beurteilen. Innerhalb dieser der qualitativen und Mixed-Methods-Designs wurde eine Reihe qualitativer Datenerhebungsmethoden eingesetzt, wie in nachfolgend in Tabelle 5 aufgelistet:

Tabelle 5: Qualitative Datenerhebungsmethoden in qualitativen und Mixed-Methods-Studien

Datenerhebungsmethode	Anzahl (n), Referenz(en)
Semi-strukturiertes Interview	n=11 (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 22, 23, 25, 26)
Fokusgruppe	n=7 (1, 7, 8, 12, 13, 17, 23)
Teilnehmende Beobachtung (inkl. Videoaufzeichnung)	n=8 (3, 7, 8, 9, 10, 23, 25, 26)
Dokumentenanalyse	n=3 (7, 8, 9)
Feldtagebuch	n=2 (9, 25)
Semi-qualitative Konsensus-Workshop-Methode (eine Methode zur Anwendung in Gruppenformaten zur Konsensfindung und Lösungsentwicklung)	n=1 (15)
Dokumentation durch reflexive Feedbackrunden	n=1 (23)

Es fällt auf, dass in Publikationen oftmals lediglich eine Auflistung der verwendeten Methoden erfolgt. Eine genauere Beschreibung des Instruments oder der Durchfüh-

rung fehlt häufig. Im Folgenden sollen zwei auffällige methodische Vorgehensweisen bei der Erfassung von Empowerment näher beschrieben werden. Kasmel & Andersen (2011) nutzten die Konsens-Workshop-Methode [68] zur Erfassung von Empowerment: Auf Basis von qualitativen Interviews mit Teilnehmern von Gesundheitsförderungsprogrammen in einer vorherigen Studie der Autoren wurden Dimensionen von Community Empowerment bestimmt. Dabei wurden Indikatoren für drei verschiedene Empowerment-Level (gemeint ist damit das Ausmaß von Empowerment) entwickelt. Jeder Indikator konnte auf einer vierstufigen Skala eingeordnet werden. Zur Identifizierung und Einordnung wurden in mehreren aufeinanderfolgenden Jahren während der Intervention Workshops mit Teilnehmern abgehalten. Mit Hilfe eines Moderators wurde die jeweilige Ausprägung der Empowerment-Indikatoren zunächst von jedem Teilnehmer einzeln bestimmt, um danach mit der gesamten Gruppe einen Konsens zu finden.

Drei qualitative Studien integrieren außerdem reflexive und diskursive Bestandteile in ihrem methodischen Repertoire mit dem Ziel permanenter begleitender Reflexionen zum Fortschreiten der Intervention (7: Beobachtung mit Reflexionen, 10: Beobachtung mit Feldnotizen, 23: reflexive Feedbackrunden).

Datenquellen bei der Evaluation von Empowerment

Die Heterogenität zwischen Studiendesigns und Datenerhebungsmethoden impliziert heterogene Datenquellen. Sieben der qualitativen und Mixed-Methods-Studien können durch den Einsatz unterschiedlicher Erhebungsmethoden Daten unterschiedlicher Quellen, nämlich selbst-berichtete sog. generierte Daten (z.B. Fragebogen, Interview, Fokusgruppe) und natürliche Daten (z.B. Beobachtung, Dokumentenanalyse) erheben (7, 8, 9, 10, 23, 25, 26). Am häufigsten wurde Empowerment über eine Selbst-Auskunft (Fragebogen, Interviews, Fokusgruppen) der Teilnehmer erfasst (n=17). Lediglich eine Studie erfasste Empowerment ausschließlich aus der Perspektive von Dritten, nämlich aus Sicht der Forschenden (3).

Natürliche Daten entstehen non-reaktiv in alltäglichen Interaktionen beispielsweise in Form von Dokumenten oder Gesprächen und werden mittels Dokumentenanalyse oder Beobachtung erfasst. Beobachtungen werden in der Regel als Feldnotizen festgehalten. In den acht Studien, die unter anderem Beobachtungen durchführen, ist nicht im-

mer genau erwähnt, in welcher Form die Daten festgehalten werden. Lediglich Cargo et al. (2003) und Dickson (2000) erwähnen als Art der Dokumentation Feldnotizen. Während bei Dickson die Feldnotizen in erster Linie der schriftlichen Fixierung dienen, geht bei Cargo et al. (2003) das Verfassen der Notizen über die reine Dokumentation hinaus, da die Protokollierung gleichzeitig die theoretischen Reflexionen bezüglich der Beobachtungen enthalten. Weitaus häufiger werden zur Dokumentation von Empowerment jedoch Daten durch Fragebögen und Interviews generiert und sind als reaktiv entstandene Daten einzuordnen.

Da der Kontext einer spezifischen Intervention zentral für die Erfassung von Empowerment ist [24], ist es in Studien, die natürliche Daten dokumentieren, möglich kontextspezifische Vorkommnisse oder tatsächliche Veränderungen von Umgebungsfaktoren festzuhalten neben individuellen und gruppenbezogenen Daten (z.B. dokumentieren Becker et al. (2005) die Schaffung neuer Begegnungsstätten und deren Besucherzahlen). Eine Studie geht bezüglich der Berücksichtigung des Kontextes noch einen Schritt weiter und erhebt nicht nur bei der Zielgruppe oder den Teilnehmern einer Intervention Daten, sondern auch bei Schlüsselpersonen oder Multiplikatoren im weiteren Kontext der Intervention (8).

4.6.2 Begründungen für das gewählte Studiendesign

Viele Autoren erwähnen keine expliziten Gründe für die Wahl eines bestimmten Studiendesigns. Autoren, die *quantitative Messinstrumente* einsetzen, begründen dies durch die Messung von „Veränderungen“ und den statistischen Nachweis der „Wirksamkeit“ einer Intervention (2, 16, 18, 19, 24).

Autoren, die *qualitative Studiendesigns* nutzen, betonen den Vorteil einer engen und dynamischen Prozessbegleitung während des Ablaufs der Intervention (1, 3). Dickson (2000) hebt den Vorteil einer Erhebung natürlicher Daten hervor, da so die Datenerhebung nicht in das natürliche Geschehen eingreift. Das Prinzip der Triangulation von Datentypen und Datenquellen wurde als wichtiger Grund für den Einsatz von *Mixed-Methods-Designs* genannt (8, 10, 17): Die Einbeziehung aller relevanten Stakeholder wurde als Strategie bewertet, die Objektivität der Ergebnisse zu maximieren, die Kom-

bination unterschiedlicher Datensätze erlaube eine kontextspezifische und umfassende Ergebnisgrundlage.

4.6.3 Bewertungen der Autoren des gewählten Studiendesigns: Vor- und Nachteile

Drei Artikel weisen in ihrem Diskussionsteil auf die Limitation hin, dass ausschließlich selbst-berichtete Daten der Zielgruppe erhoben werden und damit eine objektive oder breitere Perspektive auf Empowerment schwierig ist (2, 11, 22). Mehrfach wird von Autoren außerdem bedauert keine Kontrollgruppe etabliert zu haben, da so potenzielle Veränderungen von Empowerment nicht eindeutig der Intervention zugeordnet werden können (5, 12, 21). Ein fehlender Vorher-Nachher-Vergleich bzw. Nicht-Randomisierung der Teilnehmer werden ebenfalls als Limitation gewertet (4, 14). Dickson (2000) erwähnt das Problem der Doppelrolle der Projektinitiatoren, die im Rahmen der Intervention als Praktiker und Forscher zugleich handeln. Zwei *quantitative* Studien sehen die begrenzte Anzahl an Items für Empowerment und kleine Stichprobengrößen als Einschränkung, da so keine komplexen kausalen Modellierungen durchgeführt werden können (15, 18). *Qualitative* Methoden werden als besonders geeignet für die Evaluation von Empowerment beurteilt, da sie flexibler gestaltet werden können und somit an kulturelle und kontextuelle Bedingungen anpassbar sind (11). Autoren, die *Mixed-Methods-Designs* nutzen, äußern sich besonders positiv gegenüber der Strategie der Triangulation von Daten und Datenquellen: Diese wird als bedeutendes Element zur Steigerung der Validität der Ergebnisse bezüglich Empowerment bewertet (12). Interviews mit Schlüsselpersonen aus dem weiteren Gemeindeumfeld werden als vielversprechende zusätzliche Datenquelle beurteilt (22).

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Tabelle 6: Übersicht Studiendesigns und Datenerhebungsmethoden zur Evaluation von Empowerment

Autor(en), Jahr	Fragestellung	Studiendesign	Datenerhebungsmethode(n) für Empowerment	Self-Report, objektive Beobachtung
(1) Arneson und Ekberg, 2005	Welche Erfahrungen machen Teilnehmer der Intervention? Welche Konsequenzen hat dies für betrieblichen und organisationsbezogenen Wandel und Gesundheit?	Post-Test-Studie (ein Studienarm), qualitativ	Semi-strukturierte Fokusgruppen	Self-Report
(2) Backman et al., 2011	Welche Veränderungen treten im Zeitverlauf bei Wissen, Einstellung, Überzeugung, Selbstwirksamkeit, Empowerment, Obst-/ Gemüsekonsum und körperlicher Aktivität auf?	Quasi-experimentelle Interventionsstudie, quantitativ	Fragebogen mit 6 Items	Self-Report
(3) Becker et al., 2005	(1) Welche periodischen Veränderungen zeigen die Baseline-Indikatoren? (2) Welche lokalen Aktivitäten entstehen?	Längsschnittliche Prozessbegleitung, qualitativ (Partizipative Aktionsforschung)	Teilnehmende Beobachtung	Objektive Beobachtung
(4) Blanchard et al., 2013	Welche Assoziationen bestehen zwischen Mitwirkung an Community Mobilization-Programmen, selbstberichtetem Empowerment und HIV-Risikoreduktion und sozialem Wandel?	Sekundäranalyse auf Basis einer quantitativen Querschnittstudie (vier Studienarme)	Fragebogen mit 22 Items	Self-Report
(5) Booker et al., 1997	(1) Wie verändert sich Empowerment im Zeitverlauf? (2) Welche Empowerment-Kategorien können entwickelt werden?	Längsschnittliche Prozessbegleitung, qualitativ	Semi-strukturierte Interviews	Self-Report
(6) Campbell & Mzaidume, 2001	Wie können verschiedene Dimensionen von sozialem Kapital in der Gemeinde beschrieben werden?	Längsschnittliche Prozessbegleitung, qualitativ	Semi-strukturierte Interviews	Self-Report

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Fragestellung	Studiendesign	Datenerhebungsmethode(n) für Empowerment	Self-Report, objektive Beobachtung
(7) Cargo et al., 2003	Welcher Prozess liegt dem Empowerment von Jugendlichen zugrunde?	Längsschnittliche Prozessbegleitung, qualitative Mixed-Methods	Semi-strukturierte Interviews, Beobachtung mit Reflexionen, Fokusgruppen, Dokumentenanalyse	Self-Report, objektive Beobachtung
(8) Crossley, 2001	Inwieweit nehmen es beteiligte homosexuelle Männer und Agenturen wahr, zuvor formulierte Ziele zu erreichen (Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl)?	Post-Test-Studie (ein Studienarm), qualitative Mixed-Methods	Dokumentenanalyse, teilnehmende Beobachtung, Tiefeninterviews mit Schlüsselpersonen, semi-standardisierte Interviews mit Teilnehmenden (TN), Fokusgruppen mit TN	Self-Report, objektive Beobachtung
(9) de la Luz Martinez-Maldonado et al., 2007	Welche Faktoren, die zum Empowerment von Senioren beitragen, lassen sich im Rahmen eines Aufklärungsprogramms zum Thema aktives Altern (=Ziel) definieren?	Längsschnittliche Prozessbegleitung, qualitative Mixed-Methods (Aktionsforschung)	Fragebogen, Videoaufnahmen, Dokumentenanalyse, Feldtagebücher, Tiefeninterviews	Self-Report, objektive Beobachtung
(10) Dickson, 2000	Welche Effekte hat die Teilnahme am Programm auf die Großmütter?	Längsschnittliche Prozessbegleitung, qualitative Mixed-Methods (partizipative Aktionsforschung)	Semi-strukturierte Interviews, Beobachtung mit Feldnotizen	Self-Report, objektive Beobachtung
(11) Hendrickson et al., 2002	Welche Empowerment-Domänen können in Phase I identifiziert und in Phase II exploriert werden?	Quasi-experimentelle Interventionsstudie, qualitativ	Semi-strukturierte Interviews	Self-Report
(12) Jara et al., 2014	(1) Inwieweit erfahren die Laien-Gesundheitsförderer Veränderungen des Wissens, ihrer wahrgenommenen Einstellung oder Selbstwirksamkeit? (2) Wie beeinflusst die Teilnahme die Intention von gemeindlichen Organisationen nachfolgende Aktivitäten zu unterstützen?	Pre-Post-Studie (ein Studienarm), Mixed-Methods	Fragebogen mit 34 Items, Fokusgruppen (Post-Test)	Self-Report

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Fragestellung	Studiendesign	Datenerhebungsmethode(n) für Empowerment	Self-Report, objektive Beobachtung
(13) De Jongh et al., 2014	(1) Welche Erfahrungen machen Teilnehmer und wie wirkt sich die Teilnahme auf ihre Schülerrolle aus? (2) Wie konnte das Camp die Teilnehmer unterstützen, Anliegen zu ihrer persönlichen, schulischen und häuslichen Umgebung zu bewältigen?	Post-Test-Studie (ein Studienarm), qualitativ	Fokusgruppen	Self-Report
(14) Kang et al., 2008	Hypothesen: (1) Der „Still-Empowerment“-Score ist bei Müttern, die am „Still-Empowerment“-Programm teilnehmen, signifikant höher. (2) Bei Müttern, die am Empowerment-Programm teilnehmen, treten weniger Probleme beim Stillen auf. (3) Bei Müttern, die am Empowerment-Programm teilnehmen, ist die Still-Rate signifikant höher.	Quasi-experimentelle Interventionsstudie, quantitativ	Fragebogen mit 19 Items	Self-Report
(15) Kasmel & Andersen, 2011	Inwiefern treten bei der Durchführung dreier Programme (durch den Einsatz eines Empowerment-Rahmenprogramms) Veränderungen in den organisationsbezogenen Domänen von Community Empowerment auf?	Pre-Post-Studie (ein Studienarm), semi-qualitativ (partizipative Aktionsforschung)	Consensus Workshop-Methode	Self-Report
(16) Kasmel & Tanggaard, 2011	Wie verändern sich die Bewertungen der Teilnehmer hinsichtlich ihres individuellen gemeindebezogenen Empowerment nach dem Empowerment-Rahmenprogramms?	Pre-Post-Studie (ein Studienarm), quantitativ	Fragebogen mit 20 Items	Self-Report

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Fragestellung	Studiendesign	Datenerhebungsmethode(n) für Empowerment	Self-Report, objektive Beobachtung
(17) Kim et al., 2011	(1) Wie wirkt sich die Intervention auf eigens erlebte Gewalt in der Partnerschaft im vergangenen Jahr und Empowerment aus? (2) Wie können Veränderungen in partnerschaftlichen Beziehungen qualitativ beschrieben werden?	Cluster-randomisierte experimentelle Interventionsstudie, Mixed-Methods	Fragebogen mit 9 Items, Fokusgruppen	Self-Report
(18) Marr-Lyon et al., 2008	Fungiert aktive Partizipation als Mediator der Beziehung zwischen Empowerment und Selbstwertgefühl bei Jugendlichen, die an Empowerment-basierten Tabakpräventionsprogrammen teilnehmen?	Post-Test-Studie (ein Studienarm), quantitativ	Fragebogen mit 27 Items	Self-Report
(19) Masi et al., 2003	Hypothesen: (1) Zugang zum Internet führt zu erhöhtem Empowerment hinsichtlich gesundheitlicher Themen. (2) Mittels Training und Unterstützung können Personen, die über Internetzugang verfügen, als Meinungsführer fungieren, bei ihrem Umfeld positive Einstellungen gegenüber Technik und Empowerment zu beeinflussen.	Quasi-experimentelle Interventionsstudie, quantitativ	Fragebogen mit 8 Items	Self-Report
(20) Purdey et al., 1994	Wie kann der Empowerment-Prozess verstanden werden?	Qualitatives Design (partizipative Aktionsforschung)	<i>Wird nicht beschrieben</i>	---

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Fragestellung	Studiendesign	Datenerhebungsmethode(n) für Empowerment	Self-Report, objektive Beobachtung
(21) Rissel et al., 1996	<p>(1) Wie reliabel und valide ist ein Fragebogen zur Messung von alkoholspezifischem psychologischem Empowerment?</p> <p>(2) Ist höheres psychologisches Empowerment mit Alkoholkonsum assoziiert?</p> <p>(3) Inwiefern ist aktive Partizipation in Gruppenprojekten zum Thema Alkohol mit alkoholspezifischem psychologischem Empowerment assoziiert?</p>	Pre-Post-Studie (ein Studienarm), quantitativ	Fragebogen mit 21 Items	Self-Report
(22) Röger et al., 2011	<p>(1) Welche Formen von Empowerment können auf individueller, gemeinde- und organisationsbezogener Ebene erreicht werden?</p> <p>(2) Inwiefern beeinflusst das Ausmaß der individuellen Beteiligung die Form der Empowerment-Ergebnisse?</p> <p>(2) Welche gemeinde- und organisationsbezogenen Prozesse sind für ein effektives Empowerment von Individuen entscheidend?</p>	Längsschnittliche Prozessbegleitung, qualitativ	Semi-strukturierte Interviews	Self-Report

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Fragestellung	Studiendesign	Datenerhebungsmethode(n) für Empowerment	Self-Report, objektive Beobachtung
(23) Stolzenberg et al., 2012	<p>(1) Gelingt es Frauen mit unterschiedlicher kultureller Herkunft als Stadtteilmütter zu rekrutieren?</p> <p>(2) Gelingt es den Stadtteilmüttern Zugang zu schwer erreichbaren Familien zu bekommen?</p> <p>(3) Ist die Arbeit der Stadtteilmütter für die kontaktierten Familien hilfreich? Wie bewerten sie diese?</p> <p>(4) Welche Ziele hinsichtlich frühkindliche Erziehung, Kindererziehung und Inanspruchnahme von Angeboten wurden erreicht?</p> <p>(5) Sind Professionelle bereit mit dem Programm zu kooperieren? Wie bewerten sie die Arbeit?</p>	Längsschnittliche Prozessbegleitung, Mixed-Methods	Semi-strukturierte Interviews, Feedback-Runden, teilnehmende Beobachtung, Fragebogen	Self-Report, objektive Beobachtung
(24) Swendeman et al., 2009	Welchen Effekt hat eine Empowerment-Interventionen auf 21 Variablen, die HIV/ STI-programmbezogene Ergebnisse widerspiegeln?	Quasi-experimentelle Interventionsstudie, quantitativ	Fragebogen mit 21 Items	Self-Report
(25) Tsey et al., 2010	Welchen Beitrag leisten Community-Empowerment-Programme für die Gesundheit?	Sekundäranalyse auf Basis einer längsschnittlichen Prozessbegleitung, Mixed-Methods	Semi-strukturierte Interviews, Feedback-Fragebogen, Beobachtung, Tagebücher mit Reflexionen	Self-Report, objektive Beobachtung
(26) Wallerstein & Bernstein, 1988	Inwiefern beeinflusst die Intervention persönliche und gemeindebezogene Veränderungen?	Experimentelle Interventionsstudie, Mixed-Methods	Fragebogen, semi-strukturierte Interviews, Beobachtung	Self-Report, objektive Beobachtung

4.6.4 Indikatoren für Empowerment und Empowerment-Level

Über die eingeschlossenen Studien hinweg wird eine große Bandbreite an Indikatoren zur Beschreibung oder Messung von Empowerment genutzt. Die verschiedenen Indikatoren sind zunächst in Tabelle 7 aufgelistet. Es fällt auf, dass einige Indikatoren wie Selbstwirksamkeitserwartung, kritisches Bewusstsein oder Gruppenzugehörigkeit verbreitet eingesetzt werden. Manche Interventionen formulieren aber auch spezifische Indikatoren für die eigene Intervention und den jeweiligen Kontext (z.B. Kang et al., 2008).

Tabelle 7: Indikatoren für Empowerment

Autor(en), Jahr	Indikatoren für Empowerment	Rolle von Empowerment (Mediator, Outcome)
Arneson und Ekberg, 2005	Reflexion, kritisches Bewusstsein/ Verständnis, Selbstmanagement, Gruppenbindung, soziale Unterstützung	Outcome
Backman et al., 2011	Wahrnehmung der eigenen Fähigkeit zur Identifizierung von Barrieren und Lösungsmöglichkeiten (Selbstwirksamkeitserwartung)	Outcome
Becker et al., 2005	Selbstwertgefühl, Veränderung der Handlungsmöglichkeiten, Wahrnehmung politischer Rechte, Involvement, Mobilisierung (Community Mobilization)	Outcome
Blanchard et al., 2013	„Power within“: Selbstwertgefühl, -vertrauen; „Power with“: kollektive Identität, Solidarität; „Power over“: Zugang zu Sozialleistungen	Mediator
Booker et al., 1997	Selbstwirksamkeitserwartung, kollektive Identität, Wissen über soziale und politische Strukturen, Wissenstransfer zwischen verschiedenen Lebensbereichen	Outcome
Campbell & Mzaidume, 2001	Selbstwirksamkeitserwartung	Outcome
Cargo et al., 2003	Selbstwertgefühl, -vertrauen, Kompetenz, kritisches Bewusstsein, Äußerung von Bedürfnissen, Fällen von Entscheidungen, „aktiv werden“	Outcome
Crossley, 2001	Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstwertgefühl	Outcome
de la Luz Martinez-Maldonado et al., 2007	Selbstvertrauen, Handlungsfähigkeit, Wissenserweiterung, Beteiligung/ Mitwirkung	Outcome
Dickson, 2000	Selbstsorge, Selbstwertgefühl, Selbstachtung, Identifizierung von Stärken und Bedürfnissen, Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten, Gruppenbindung, Engagement, für etwas eintreten	Outcome

Systematische Übersichtsarbeit: Ergebnisse

Autor(en), Jahr	Indikatoren für Empowerment	Rolle von Empowerment (Mediator, Outcome)
Hendrickson et al., 2002	Zugang zu Ressourcen, Wissen, Zuversicht, Fällen von Entscheidungen, Teilhabe an sozialen Aktivitäten, gemeinschaftliche Unterstützung, soziale Beziehungen, gemeinschaftliche Problemlösungen	Outcome
Jara et al., 2014	Selbstwirksamkeitserwartung, Wissen, wahrgenommene Einstellung/ Grundhaltung	Outcome
De Jongh et al., 2014	Leadership Capacity als Surrogat für Empowerment: Selbstwertgefühl, Fällen von Entscheidungen, Kommunikationsfähigkeit, Verständnis für Gender, Macht und Gruppendynamik, Durchsetzungsvermögen und Teambildung	Outcome
Kang et al., 2008	Kenntnisse zum Thema Stillen, Wunsch zu Stillen, stillbezogene Adhärenz, soziale Unterstützung, sozialpolitisches Empowerment	Outcome
Kasmel & Andersen, 2011	Aktivierung der Community, Kompetenzerweiterung, Erweiterung spezifischer Fähigkeiten (skills), unterstützende Umweltfaktoren, Partizipation, Einbeziehung von Schlüsselpersonen, Führungsfähigkeit (leadership), Netzwerke, Gruppierungen in der Gemeinde, kritisches Bewusstsein, Wissen, Informationsweitergabe, Ressourcenmobilisierung	Outcome
Kasmel & Tanggaard, 2011	Selbstwirksamkeitserwartung, Intention, Partizipation, Motivation, kritisches Bewusstsein	Outcome
Kim et al., 2011	Selbstvertrauen, finanzielle Unabhängigkeit, Infragestellung von geschlechterbezogenen Normen („power within“), Autonomie/ Entscheidungsmacht, wahrgenommener Beitrag zum Haushalt, Kommunikation, Beziehung zu Partner („power to“), Teilhabe, kollektives Handeln („power with“)	Outcome
Marr-Lyon et al., 2008	Partizipation, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstwertgefühl, Einbindung in Organisationen, Zufriedenheit	Outcome
Masi et al., 2003	Kontrollwahrnehmung hinsichtlich Entscheidungen, Einflussmöglichkeiten in der Gemeinde, Einflussmöglichkeiten in der Gemeinde hinsichtlich gesundheitsbezogener Belange	Outcome
Purdey et al., 1994	Selbstvertrauen, Führungsfähigkeit, kritisches Bewusstsein, Fähigkeiten (skills), Wissen, Problemlösungsfähigkeiten, soziale Unterstützung, organisatorische und pädagogische Handlungsmöglichkeiten, shared decision making	Outcome
Rissel et al., 1996	Wahrnehmung des Bedürfnisses nach Teilhabe an einer Gruppe, Selbstwirksamkeitserwartung, kritisches Bewusstsein, Teilnahmebereitschaft an Gemeinschaftsaktionen	Mediator

Autor(en), Jahr	Indikatoren für Empowerment	Rolle von Empowerment (Mediator, Outcome)
Röger et al., 2011	Selbstwirksamkeitserwartung, wahrgenommene Kompetenz, Verständnis gegenüber Bedarfen und Bedürfnissen der Gemeinde, Ausbildung von Fähigkeiten (skills), kritisches Bewusstsein, soziale Kontakte/ Netzwerke, Möglichkeiten an Entscheidungen mitzuwirken, offene Strukturen, Zugang zu Gemeinderessourcen	Outcome
Stolzenberg et al., 2012	Wissenszuwachs, Selbstwertgefühl, Erziehungskompetenz, verbesserte Beziehung zu Kindern, Status in der Familie, Aufhebung von Isolation, Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem	Outcome
Swendeman et al., 2009	Wissen, Fähigkeiten (skills), Reflexion, soziale Unterstützung, politische Teilhabe, finanzielle Sicherheit	Mediator
Tsey et al., 2010	Transformation und Veränderung: z.B. Selbstreflexion, Bewusstsein, Hoffnung, Vision, Umgang mit Emotionen, Selbstsorge Soziale Einbindung/ Unterstützung: z.B. Empathie, Gemeinschaftsaktivitäten Umweltbezogene Restriktionen und Chancen (Optimismus, Führungsfähigkeit (leadership))	Mediator
Wallerstein & Bernstein, 1988	Kritisches Bewusstsein, Selbstvertrauen, Empathie, Verantwortung, Führungsfähigkeit (leadership), Veränderung in der Kommunikation, Wirksamkeit in der Beeinflussung anderer	Outcome

Aus dieser Aufstellung der verwendeten Indikatoren zur Operationalisierung von Empowerment in Interventionen der Gesundheitsförderung lassen sich verschiedene Dimensionen für Empowerment formulieren:

- „Klassische“ *individuelle* kognitive und motivationale Indikatoren wie beispielsweise spezifisches Wissen und Fähigkeiten (z.B. Fertigkeiten im Bereich Stillen), Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstmanagement, Motivation, Intention. Diese Indikatoren wurden in allen Studien verwendet (n=26).
- Indikatoren für Empowerment-basierte Interventionen, die *Gruppen oder Organisationen* einschließen: Diese umfassen Kompetenzen von Gruppen oder Individuen in Gruppen, wie Partizipation, soziale Kontakte, soziale Unterstützung oder partizipative Entscheidungsfindung und werden in 19 Evaluationen berücksichtigt.
- Individuelle und gruppenbezogene Indikatoren, die die *politische Dimension* von Empowerment repräsentieren, und in Interessenvertretung und kollektivem

Handeln resultieren: Zentrale Indikatoren sind beispielsweise Vision, Reflexion, Problemlösefähigkeit, kritisches Bewusstsein, Führungsfähigkeit, Ressourcennobilisierung oder Netzwerkbildung; diese Indikatoren wurden am wenigsten berücksichtigt (n=15).

Zwölf Studien nutzen Indikatoren aus allen drei Bereichen (1, 3, 4, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 24). Vier Evaluationen beschränken sich auf individuelle kognitive und motivationale Indikatoren (2, 6, 8, 12). Drei Studien verwenden Indikatoren, die die individuelle kognitiv-motivationale und die politische Dimension von Empowerment repräsentieren (7, 19, 26). Die sieben übrigen Studien kombinieren individuelle kognitiv-motivationale Indikatoren und organisationsbezogene Indikatoren.

4.6.5 Nachweis des „Links“ zwischen Empowerment und gesundheitsbezogenen Ergebnissen

Wallerstein (2006) greift in ihrem Review die Herausforderung auf, den theoretisch angenommenen Link zwischen Empowerment und gesundheitsbezogenen Ergebnissen empirisch nachzuweisen, und beschreibt einige experimentelle Arbeiten, in denen Bottom-Up- und Top-Down-Interventionsgruppen hinsichtlich Auswirkungen auf gesundheitsbezogene Parameter verglichen wurden.

In diese Arbeit wurden fünf Studien eingeschlossen, die Veränderungen im Gesundheitsverhalten evaluieren mit dem Ziel den theoretisch angenommenen Link zwischen Empowerment und Gesundheitsverhalten mit statistischen Methoden zu belegen. Für die Analyse wurden Chi²-Tests und T-Tests eingesetzt. Die Forscher formulierten die Hypothese, dass gesundheitsbezogene Verhaltensweisen sich signifikant verbessern würden als Folge einer Exposition mit der Intervention. In beiden Studien wurden signifikante Veränderungen im Gesundheitsverhalten gemessen (gestiegener Verzehr von Obst und Gemüse (Backman et al., 2011), höhere Stillrate (Kang et al., 2008)). Zwei Studien verwendeten Regressionsmodelle, um den Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Empowerment und der Häufigkeit der Kondomnutzung bzw. Alkoholkonsums zu ermitteln (Blanchard et al., 2013, Rissel et al., 1996). Blanchard et al. (2013) untersuchten die Hypothese, ob individuelles und kollektives Empowerment das Resultat von Mobilisierungsprozessen von Gemeinschaften sind. Mittels Regressionsanalyse

stellten sie fest, dass Engagement in HIV-Programmen und Mobilisierungsaktivitäten signifikant mit Empowerment assoziiert waren. Kondomnutzung und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems waren ebenfalls signifikant mit Empowerment assoziiert. Rissel et al. (1996) berichteten höhere Empowerment-Scores nach der Intervention (nicht signifikant), jedoch war Empowerment signifikant invers assoziiert mit Alkoholkonsum. Lediglich Backman et al. (2011) und Kang et al. (2008) verwendeten experimentelle Studiendesigns, um den „Link“ zwischen Empowerment und Verhalten zu überprüfen, und konnten daher kausale Zusammenhänge identifizieren.

Wallerstein & Bernstein (1998) dokumentierten selbstberichtete Verhaltensänderungen, berichteten allerdings nicht wie der statistische Zusammenhang zwischen Empowerment und Gesundheitsverhalten dokumentiert wurde.

Inwiefern tatsächliche Verhaltensänderungen im Rahmen einer Intervention als Wirkungsnachweis für Empowerment erfasst werden sollten, lässt sich allerdings diskutieren. In der Gesundheitsforschung existieren zwei unterschiedliche Sichtweisen auf gesundheitliche Verhaltensweisen. Aus dem Blickwinkel der engeren biomedizinischen Perspektive lässt sich nur schwer argumentieren, inwiefern sich die Entwicklung oder Steigerung von Empowerment in konkrete gesundheitsbezogene Ergebnisse wie Verhaltensweisen übertragen lässt, da die Dokumentation dieses Zusammenhangs herausfordernd ist. Aus Sicht der ganzheitlichen Gesundheitsförderungsperspektive der WHO stehen Empowerment und Indikatoren wie Kontrolle und Selbstbestimmung per se für Gesundheit. Ausprägungen von Empowerment wie Selbstwirksamkeitserwartung oder Kontrolle können nach Tengland (2007) als Moderatoren für konkrete gesundheitliche Verhaltensweisen bezeichnet werden [69].

4.7 Forschungspraxis bei der Arbeit mit dem Empowerment-Konzept

Neben der Analyse von konzeptionellen Umsetzungen und Operationalisierungen von Empowerment und dessen Evaluation, sollen in dieser Übersichtsarbeit außerdem forschungspraktische Aspekte bei der Arbeit mit dem Empowerment-Ansatz dargestellt werden. Hierzu wurden Angaben zu Akteuren, die die Erhebung von Empowerment

durchführen, Angaben zu deren Kompetenzen, sowie Daten zu qualitätssichernden Maßnahmen bei der wissenschaftlichen Praxis extrahiert.

4.7.1 Hauptakteure bei der Evaluation

Mit Ausnahme von einer Studie (Swendeman et al., 2009) sind die Forschenden der jeweiligen Intervention selbst für die Datenerhebung zuständig. Swendeman et al. (2009) setzten zur Evaluation von Empowerment lokale Mitarbeiter ein: Grund dafür war die Durchführung der Datenerhebung in der Landessprache. Bei Purdey et al. (1994) wurden neben den Forschenden auch Bewohnerinnen wissenschaftlich geschult zur Unterstützung bei der Datenerhebung. Auch weitere Interventionen, die mit partizipativen Aktionsforschungs-Ansätzen arbeiten, beziehen Probanden bzw. Gemeindemitglieder in den Forschungsprozess mit ein (Dickson, 2000; Kasmel & Andersen, 2011). Die wissenschaftliche Schulung und Betreuung der lokalen Mitarbeiter erfolgte durch die Forschenden. Bei Crossley (2001) wird der Akteur für die Datenerhebung nicht erwähnt, wahrscheinlich handelt es sich um die Autorin selbst.

In drei Arbeiten (Blanchard et al., 2013; Kang et al., 2008; Röger et al., 2011), wird eine Schulung der Forschenden erwähnt. Jedoch wird dabei nicht näher beschrieben, ob es sich beispielsweise um eine theoretische Aufarbeitung des Empowerment-Konzepts handelt oder zur Vorgehensweise bei der Datenerhebung geschult wird.

Man kann nur vermuten, warum in den meisten Projekten die Evaluation durch die Forschenden erfolgt: Möglicherweise liegt es an der Komplexität des Forschungsgegenstandes Empowerment, der eine tiefe Auseinandersetzung mit dem Konzept erfordert, was möglicherweise bei Forschenden in einer bestimmten Intervention vorausgesetzt werden kann. Vor allem im Rahmen von qualitativen Datenerhebungsmethoden ist ein konzeptuelles Verständnis von Empowerment notwendig, da es sich dabei um reaktive, interaktive Verfahren handelt. Lediglich Dickson (2000) trifft eine Aussage dazu, dass Teilnehmende der Intervention in den Prozess der Planung der Evaluationsinstrumente mit einbezogen werden im Sinne einer qualitätssichernden Maßnahme und weil man weiß, dass mitunter auch dieser Prozess „empowernd“ wirken kann. Auch andere Autoren beziehen Gemeindemitglieder oder aber auch Experten an unterschiedlichen Stufen des Forschungsprozesses mit ein – jedoch ist der Einbezug bei diesen Studien

nicht schon vorneherein im Forschungsansatz der Partizipativen Aktionsforschung impliziert (wie z.B. bei Dickson, 2000), sodass diese Interventionen im nachfolgenden Abschnitt zu generellen Qualitätssicherungsmaßnahmen berücksichtigt werden.

4.7.2 Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Kriterien guter Praxis

Einige Autoren erwähnen in ihren Artikeln Maßnahmen zur Qualitätssicherung oder Kriterien guter Praxis, die auf unterschiedlichen Stufen des Forschungsprozesses implementiert wurden. Verschiedene Herangehensweisen an die Thematik der Qualitätssicherung sind in nachfolgender Tabelle 8 aufgelistet, wie sie in 24 von 26 Studien gefunden wurden.

Tabelle 8: Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Evaluation von Empowerment

Stufe der Datenerhebung	Stufe der Datenanalyse
1. Intensive Beteiligung der Forscher	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Arbeiten zu zweit</u>: Forscher 1: Durchführung der Fokusgruppen; Forscher 2: Beobachtung, Prüfung von Unklarheiten (1) • <u>Engmaschige Begleitung</u>: längsschnittliche Involvement von Forschern (7, 15) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Kollaborative Analyse</u>: Lesen der Interview Transkripte durch 3-4 Forscher, Zuordnung der Daten zu den Empowerment-Kategorien (5) • <u>Selbstreflexion</u> der Forscher (1)
2. Beteiligung von Zielgruppenvertretern und Experten	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Kollaborative Entwicklung</u> von Indikatoren für Empowerment und Datenerhebungsinstrumenten mit Vertretern der Zielgruppe oder Experten aus Forschung oder Praxis (5, 10, 11, 13, 15, 16, 21, 25) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Respondent validation</u>: Verifikation der Daten durch die Zielgruppe (7, 10)
3. Ausweitung der Datenquellen	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Beteiligung unterschiedlicher Stakeholder</u> (Schlüsselpersonen, Zielgruppe) bei der Evaluation (8, 22) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Triangulation</u> von Daten (7, 8, 12)
4. Kontinuierliche Anpassung	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Laufende Weiterentwicklung</u> des Interviewleitfadens auf Basis von Beobachtungen bei der Feldarbeit (7) • <u>Laufende Diskussion</u> zum Vorgehen bei der Evaluation (15) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Unabhängige Überprüfung</u> der Codebuchs während der laufenden Inhaltsanalyse durch zwei Forscher (22)

Kooperation mit der Zielgruppe und Beratung durch Experten aus Forschung und Praxis werden am häufigsten in qualitativen Designs eingesetzt (38 %). Danach folgen

quantitative (25 %) und Mixed-Methods-Studien (20 %). Einige der genannten Strategien spiegeln eine Prozessorientierung beim Evaluationsvorgehen wieder: Es zeigt sich, dass eine erhebliche Anzahl der eingeschlossenen Studien (n=11) die Phase der Datenerhebung und der Datenanalyse als schrittweisen und diskursiven Prozess innerhalb der Forschergruppe oder aber in Austausch mit Zielgruppenvertretern bzw. Experten beschreibt.

5 Diskussion der Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit

5.1 Zentrale Ergebnisse

Die systematische Literatursuche erzielte 26 Treffer zu Empowerment-basierten Interventionen zu verschiedenen Gesundheitsthemen (beispielsweise HIV, körperlich-sportliche Aktivität, Substanzkonsum), die eine empirische Evaluation von Empowerment durchführten.

Am häufigsten wird Empowerment in Form von Strategien zur Wissens- und Informationsvermittlung umgesetzt. Gruppengründungen, Empowerment von Multiplikatoren und partizipative Planungs- und Umsetzungsprozesse kommen in etwa gleich häufig vor (n=8, n=7, n=7). Die Komponente des „Aktivwerdens“ des Empowerment-Konzeptes wird explizit nur bei letztgenannten Strategien (Gruppenformat, Planung und Umsetzung) in der Praxis operationalisiert. Partizipative Planungs- und Umsetzungsprozesse spielen in den Interventionen eher eine untergeordnete Rolle.

Die Autoren setzen ein breites Spektrum an Studiendesigns und Datenerhebungsmethoden ein. Die Mehrheit der Studien verwendet qualitative oder Mixed-Methods-Designs (n=18). Die verwendeten qualitativen Erhebungsverfahren weisen eine große Bandbreite auf, sie reichen von semi-strukturierten Interviewverfahren (Einzelinterviews, Fokusgruppen) über Beobachtungen bis hin zu Reflexionsgesprächen. Heterogenität spiegelt sich auch in der Wahl der Messinstrumente in den quantitativen Studien wieder: Jede Studie nutzte einen eigenen spezifischen Fragebogen, entweder als Modifizierung oder Adaption bereits bestehender Instrumente oder als komplette Instrumentneuentwicklung. Auch die verwendeten Indikatoren für Empowerment variieren zwischen den Studien. Indikatoren aus dem Bereich individueller Kompetenzen und Motivationen kommen in allen Studien vor. Die Mehrzahl (n=19) berücksichtigt mit der Wahl der Indikatoren auch die politische Dimension von Empowerment. Weniger als die Hälfte der Studien deckt Indikatoren aus allen drei Dimensionen ab. Den Nach-

weis des Zusammenhangs zwischen Veränderungen von Empowerment und Veränderungen im Gesundheitsverhalten berechnen fünf quantitative Studien. Auffällig war, dass ein Kernprinzip von Empowerment, nämlich die Beteiligung und Aktivierung der Zielpersonen einer Maßnahme, sich teilweise in den umgesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen widerspiegelt. Einige Autoren arbeiten so bei der Entwicklung der Datenerhebungsmethoden und bei der Auswertung dieser mit Vertretern der Zielgruppe zusammen.

5.2 Qualitätsbeurteilung der Studien

Die PRISMA-Kriterien benennen als einen Schritt bei der Anfertigung einer systematischen Übersichtsarbeit die Durchführung einer Qualitätsbeurteilung (quality assessment). Hierbei sollen die methodische Exaktheit der Arbeiten und das Risiko von Verzerrungen (Bias) beurteilt werden. Ziel ist es nämlich – dies rührt vor allem aus dem Ursprung von systematischen Reviews im Bereich der klinischen Forschung her – möglichst hochwertige, robuste und homogene Studien (in der Regel randomisierte-kontrollierte Studien) zu einer gepoolten Aussage zusammenzufassen. Systematische Übersichtsarbeiten zu Public Health-Interventionen sind diesbezüglich jedoch häufig mit Herausforderungen konfrontiert. Public Health-Interventionen wohnt Komplexität inne: mehrstufige Interventionen, mit unterschiedlichen Zielpersonen in unterschiedlichen Settings, verschiedenen Studiendesigns und multiplen Ergebnissen auf mehreren Ebenen sind keine Seltenheit [70]. Auch in dieser Übersichtsarbeit liegen sehr heterogene Studien hinsichtlich Studiendesigns vor (Tabelle 4). Dies ist aber insbesondere als ein Ergebnis zur Beantwortung der Fragestellung, nämlich wie sich die Evaluation von Empowerment in der Gesundheitsförderung gestaltet, zu beurteilen und weniger als ein Befund, der im Rahmen der Qualitätsbeurteilung einzuordnen ist. Als zukünftige Forschungsfrage ergibt sich daher Lücken hinsichtlich des „reporting“ bestimmter Aspekte in Empowerment-basierten Gesundheitsförderungsinterventionen zu identifizieren. Das Aufzeigen von Lücken im Bereich der Evaluation vom Empowerment bzw. Lücken in der Darstellung könnte Autoren von Primärstudien in diesem Feld zukünftig als Empfehlung dienen den Anforderungen an die Berichtweise von Forschungsergebnissen in diesem Feld gerecht zu werden. So könnte indirekt die Anfertigung hochwertiger Übersichtsarbeiten gefördert werden.

Auffallend ist aber mit Hinblick auf gängige methodische Anforderungen aus der Literatur, dass die eingeschlossenen Studien gut mit einigen Empfehlungen korrespondieren. Als Stärke der eingeschlossenen quantitativen Studien ist beispielweise zu nennen, dass die Messinstrumente passgenau für das jeweilige Setting und Thema konzipiert werden, um kontextsensitive Daten zu erreichen. 9 von 14 Studien nutzen validierte Fragebögen. In Bezug auf multimethodische Designs ist es ein essentielles Qualitätsmerkmal, die Daten, die aufgrund unterschiedlicher Methoden und Quellen vorliegen, zu integrieren anstatt nebeneinander zu berichten. Diese Triangulation wird von allen mit Ausnahme einer Studie durchgeführt: nur Kim et al. (2007) berichten Ergebnisse aus Fragebögen und Fokusgruppen separat. Eine Schwäche aller eingeschlossenen Studien ist es jedoch, dass Langzeit-Follow-Ups in den eingeschlossenen Studien gänzlich fehlen ($n=0$) und somit Aussagen zur nachhaltigen Wirkung der Interventionen korrekterweise nicht getroffen werden können.

5.3 Stärken und Limitationen

Nach Wissen der Autorin ist die vorliegende Arbeit die erste systematische Übersichtsarbeit zur Thematik Evaluation von Empowerment in Gesundheitsförderungsinterventionen. Des Weiteren wurde bei der systematischen Literaturrecherche die interdisziplinäre wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung und mit dem Empowerment-Konzept berücksichtigt, indem sowohl biomedizinische als auch sozialwissenschaftliche Datenbanken herangezogen wurden. Da die Literatursuche nicht auf einen spezifischen Gesundheitsbereich oder bestimmte methodische Herangehensweisen beschränkt wurde, zeigte die Analyse eine Vielzahl an Vorgehensweisen bei der Evaluation von Empowerment auf und spiegelt die Forschungspraxis in Empowerment-basierten Interventionen wider.

Nichtsdestotrotz weist die vorliegende Übersichtsarbeit auch Limitationen auf. So wurden beispielsweise graue Literatur und Artikel, die nicht auf Englisch oder Deutsch vorlagen, nicht berücksichtigt, sodass ein Publikationsbias nicht ausgeschlossen werden kann. Ursprünglich wurde die Übersichtsarbeit so konzipiert, dass die Recherche nach grauer Literatur Teil der Literatursuche sein sollte. Nach Sichtung der ersten Ergebnisse, beispielsweise in der Datenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ der Bundes-

zentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), wurde jedoch deutlich, dass in den dort vorliegenden Projektberichten kaum ausführliche Beschreibungen der Studiendesigns enthalten waren und somit für die Beantwortung der Fragestellung keine ausreichenden Daten vorlagen. Schließlich weisen die extrahierten und analysierten Daten zum Teil Lücken auf, da diese nicht von den Autoren berichtet wurden.

5.4 Vergleich mit anderen Übersichtsarbeiten

Verglichen mit anderen systematischen Übersichtsarbeiten, die Aspekte in Bezug auf die Evaluation von Empowerment beleuchten, wirft die vorliegende Analyse einen möglichst breiten Blick auf potentielle Vorgehensweisen bei der Evaluation von Empowerment. Cyril et al. (2015) [54] konzentrieren sich in ihrem Review auf die Analyse von Qualitätskriterien quantitativer Messinstrumente für Empowerment. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass viele Instrumente nicht die organisations- und gemeindebezogene Ebene von Empowerment abdecken. Dies entspricht unserer Erkenntnis, dass in allen Studien Indikatoren auf der individuellen Ebene verwendet wurden, die Indikatoren für die gruppenbezogene und/ oder politische Dimension in deutlich weniger Studien angewendet wurden.

Brandstetter et al. (2015) [71] verfolgten in ihrem angefertigten Review das Ziel Empowerment-Interventionen im Ernährungsbereich zu identifizieren, fassten allerdings nur kurz die jeweiligen Studiendesigns zusammen. In der Arbeit wird aber deutlich, dass nur zwei der acht Studien, die in die Überprüfung einbezogen wurden, über die (standardisierte quasi-experimentelle) Erfassung von Empowerment berichteten. Die anderen Studien konzentrierten sich nur auf ernährungsbezogene Ergebnisse oder Gruppenprozesse. Dies spiegelt die Tatsache wider, dass in der vorliegenden Arbeit 30/108 Artikel ausgeschlossen wurden, weil der verwendete Empowerment-Ansatz nicht einer Evaluation unterzogen wurde oder die Methoden und Ergebnisse der Evaluation nicht berichtet wurden.

Ein kritisch-konzeptuelles Review zu Empowerment, das jedoch neben Gesundheitsförderung auch die Felder Versorgung und Rehabilitation einschloss [72], identifizierte acht zentrale Indikatoren für die Operationalisierung von Empowerment, Studiendesigns wurden nicht aufgegriffen.

6 Entwicklung eines Rahmens: Kriterien methodischer Qualität bei der Evaluation von Empowerment

Regeln, Regelmäßigkeiten oder Kriterien, auf Basis derer Evaluationen durchgeführt werden, werden als Messtheorie bezeichnet [73]. Die Messtheorie geht im Bereich theoretischer Konzepte (wie u.a. Empowerment) davon aus, dass alle Messungen und Dokumentationen solcher Konzepte Konstruktionen darstellen, die auf Entscheidungen des Forschers basieren und nicht unmittelbar durch die Untersuchungsobjekte vorgegeben werden. Da Konzepte wie Empowerment theoretisch zwar gut beschrieben und definiert sind, aber nicht immer direkt beobachtet werden können, müssen sie operationalisiert werden (mittels Indikatoren), indem direkt beobachtbare Merkmale herangezogen werden, die auf die Ausprägung des Konzepts schließen lassen. Weitere Bereiche, die durch die Messtheorie aufgegriffen werden, sind Regeln und Vorgehensweisen bei der Gestaltung von Studiendesigns und Erhebungsinstrumenten, Verhalten von Forschern oder aber der Umgang mit dem jeweiligen Forschungskontext im Rahmen einer Evaluation. Ziel jeder Evaluation sollten reliable und valide Messungen sein, weswegen standardmäßig verwendete bzw. bewährte (Qualitätssicherungs)verfahren zentral sind. Übertragen auf den speziellen Bereich der Evaluation von Empowerment wurden deshalb wiederkehrende Muster hinsichtlich Kriterien methodischer Qualität bei der Erfassung von Empowerment in Hinblick auf den theoretischen Hintergrund der Messtheorie identifiziert.

6.1 Methodisches Vorgehen

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Evaluation von Empowerment wurden in einem schrittweisen Prozess entwickelt:

(1) Durch die Anfertigung einer systematischen Übersichtsarbeit in einem ersten Schritt konnte eine Reihe von Kriterien identifiziert werden, die im Zusammenhang mit der Evaluation von Empowerment von den jeweiligen forschenden Autoren als nützlich

bewertet wurden (Kapitel 4.6.3 und als Maßnahmen zur Qualitätssicherung eingesetzt wurden (Tabelle 8).

(2) Als weitere Quelle für Qualitätskriterien wurden theoriebasierte Empfehlungen zur Evaluation von Empowerment herangezogen. Diese existieren nur marginal: Brandstetter et al. führten eine Befragung zu dieser Thematik unter australischen Gesundheitsförderungspraktikern durch [53], die WHO veröffentlichte einen detaillierten Bericht zu Evaluation in der Gesundheitsförderung allgemein [74, 75].

(3) Als Ergänzung der begrenzten theoriebasierten Literatur zu Evaluation von Empowerment wurde deshalb Public-Health-Literatur aus dem Bereich komplexer Interventionen herangezogen und damit die aus der Übersichtsarbeit erarbeitete Liste an Qualitätskriterien durch einen Abgleich erweitert. Der Rückgriff auf Literatur aus diesem Forschungsbereich erfolgt aufgrund der multidimensionalen Struktur des Empowerment-Konzeptes [71, 76]. Weitere Kennzeichen komplexer Interventionen wurden durch die systematische Übersichtsarbeit belegt, beispielsweise unterschiedliche interagierende Komponenten (Zielgruppe, Professionelle, Kontext) in der Intervention oder unterschiedliche Endpunkte (Empowerment und spezifische Gesundheitsverhaltensweisen) [70].

Analog zur Gliederung der initialen Forschungsfragen dieser Arbeit (verwendete Empowerment-Konzepte, verwendete Studiendesigns, etc. siehe Kapitel 2) und den entsprechenden Ergebnisteilen der Übersichtsarbeit werden unterschiedliche Domänen, die verschiedene Qualitätskriterien bzw. Kriterien guter Praxis für die Evaluation enthalten, formuliert (siehe Tabelle 9 nachfolgend).

6.2 Kriterienrahmen

Die folgende Übersicht soll Lesern einen umfassenden Überblick zu Faktoren geben, die bei der Evaluation von Empowerment bedacht werden können, die häufig verwendet werden und von bisherigen Studien empfohlen werden. Dabei ist die entwickelte Kriterienliste eher als Orientierungssahmen zu verstehen, der evidenzbasiert mittels des Reviews über die Forschungspraxis der Evaluation von Empowerment und theoriebasierter Public Health-Literatur zu komplexen Interventionen und zur Evaluation von

Empowerment entwickelt wurde, der eine Reihe von Kriterien vorgibt, von denen möglichst viele erfüllt sein sollten.

Domäne 1: Ebenen und Dimensionen von Empowerment

Bei Empowerment handelt es sich um ein komplexes Konzept, das auf verschiedenen Ebenen auftreten kann. Bei der Evaluation von Empowerment sollten deshalb möglichst viele Ebenen berücksichtigt werden, also Prozesse und Veränderungen auf individueller Ebene (z.B. die Ausbildung persönlicher Kompetenzen, veränderte Verhaltensweisen), auf Ebene einer Organisation, Gruppe oder Community. Auch das Umfeld betreffende Prozesse und Ergebnisse (z.B. Veränderungen auf Verhältnisebene) scheinen zentral. Die Dokumentation von Empowerment auf verschiedenen Ebenen lässt sich am besten durch den Einbezug verschiedener Stakeholder in den Prozess der Datenerhebung (z.B. Datenerhebung nicht nur bei den Teilnehmern einer Intervention, sondern auch bei für die Zielgruppe relevanten Stakeholdern) und durch die Erfassung von Geschehnissen im Kontext der Intervention (z.B. durch Beobachtungen oder durch Analyse öffentlicher Dokumente z.B. Zeitungen) bewerkstelligen. Der Aspekt ist eng verbunden mit den weiter unten beschriebenen Kriterien Triangulation und Objektivierung [53, 74, 75]. In der Literatur werden zahlreiche Indikatoren zur Erfassung des Konzepts verwendet. Diese lassen sich auf Basis der eingeschlossenen Interventionen in drei Hauptgruppen unterteilen. Bei der Evaluation sollte deshalb ein breiter Indikatorenkatalog herangezogen werden, damit Empowerment umfassend dokumentiert werden kann [53].

Domäne 2: Studiendesign, Evidenz

1. Nachdem in vielen Definitionen (u.a. der WHO) Empowerment explizit als Prozess benannt wird und sich der Aspekt der Prozessorientierung auch in der Übersichtsarbeit zeigte, kann für die Gestaltung des Studiendesigns zur Erfassung von Empowerment als Handlungsempfehlung gegeben werden, eine enge Prozessbegleitung der Intervention durchzuführen. Dafür eignen sich längsschnittliche Studiendesigns mit einer engmaschigen und kontinuierlichen Begleitung der Vorkommnisse im Feld bzw. wie-

derholte oder parallele Messungen, zumal diese zuverlässiger sind als Einzelmessungen [77].

2. Des Weiteren kann aufgrund der Datenbasis der Übersichtsarbeit, aber z.B. auch durch die Publikation von Moore et al. (2015) empfohlen werden, einen Mixed-Methods-Ansatz bei der Evaluation hinsichtlich dreier Aspekte zu verwenden [53, 74, 75, 77]: Zur Evaluation von Empowerment sollten quantitative und qualitative Methoden kombiniert werden, der Fokus sollte jedoch auf qualitative Erhebungsverfahren gelegt werden. Innerhalb der Erhebungsmethoden sollte wiederum auf Vielfalt gesetzt werden, beispielsweise könnten bei der Arbeit innerhalb des qualitativen Paradigmas Interviews und Fokusgruppen eingesetzt werden, oder quantitative Fragebögen mit Interviews oder Fokusgruppen kombiniert werden. Schließlich scheint es empfehlenswert, unterschiedliche Datenquellen zu nutzen: Eine Kombination natürlicher und generierter Daten erscheint geeignet, um Empowerment sowohl durch subjektive Selbstauskünfte der Zielpersonen als auch objektive Beobachtungen durch Forscher oder Dritte zu erfassen. Zusammenfassend sollte ein Studiendesign für die Evaluation von Empowerment das Prinzip der Triangulation beinhalten und sowohl Zeitpunkte (→ Längsschnitt) als auch Datenerhebungsmethoden und Perspektiven (→ Zielpersonen, Dritte) nebeneinander anvisieren.

3. Ein Studiendesign sollte außerdem einen gewissen Grad an Flexibilität aufweisen und eine laufende Anpassung oder Erweiterung des Designs und der Instrumente ermöglichen. Qualitative Forschungsdesigns sind in der Regel flexibler, da Fragen in Leitfäden oder Beobachtungskategorien leichter modifiziert werden können, ohne dabei Gütekriterien wie Validität und Reliabilität zu verletzen. Ein qualitatives Vorgehen kann durch die offene Gestaltung von Leitfragen und Beobachtungskategorien Ebenen und Dimensionen von Empowerment möglicherweise umfassender und flexibler erfassen, da keine Beschränkung durch eine Auswahl an Indikatoren vorgegeben ist. Quantitative Designs erfordern dagegen vorgegebene Skalen zur Operationalisierung der Indikatoren. Die Ermöglichung einer flexiblen Anpassung des Designs und der Instrumente an die Gegebenheiten des Feldes kommt einem begleitenden Monitoring der Evaluation gleich und wäre somit Teil der Qualitätssicherung.

4. Sowohl die Ergebnisse des Reviews als auch Publikationen von Experten aus dem Bereich der Evaluation komplexer Interventionen (z.B. Datta & Petticrew, 2013) gehen darauf ein, nicht nur eine Ergebnisevaluation hinsichtlich Empowerment durchzuführen, sondern den Fokus auf den Empowerment-Prozess zu legen. Die Beantwortung zweierlei Fragen dahingehend, wie Empowerment in der Interventionen umgesetzt wird und wie sich Empowerment dabei graduell entwickelt [53, 74, 75, 78], stehen dabei im Vordergrund. So können durch eine Prozessevaluation Funktionsweisen und Mechanismen einer Empowerment-Intervention ermittelt und einzelne Implementierungsschritte besser verstanden werden. Die Frage einer Prozessevaluation danach, was tatsächlich implementiert wurde (unter Berücksichtigung kontextueller Faktoren), kann außerdem Erklärungen bei der Analyse der Outcomes liefern. Im Bereich komplexer Interventionen wird empfohlen, eine Prozessevaluation zunächst als Pilot- oder Machbarkeitsstudie zu werten, um beispielsweise wichtige Akzeptanzfaktoren oder Rekrutierungswege zu explorieren. Für Datenerhebungen im Rahmen der Prozessevaluation werden in der Literatur eher qualitative Verfahren vorgeschlagen. Auch eine Ergebnisevaluation sollte im Bereich Empowerment nicht vernachlässigt werden, für die Abschätzung von Effekten in Bezug auf Empowerment bieten sich in erster Linie quantitative Verfahren an, sodass sich auch in dieser Unterdomäne der zuvor beschriebene Mixed-Methods-Ansatz widerspiegelt.

5. Die Berücksichtigung des Kontextes in der Datenerhebung ist nicht nur wichtig, um den unterschiedlichen Ebenen von Empowerment Rechnung zu tragen, sondern auch aufgrund seines Zusammenhangs mit Implementierung und Outcomes: aufgrund der Tatsache, dass kontextuelle Faktoren das Vorgehen bei der Implementierung beeinflussen können und in der Folge auch die Ergebnisse einer Intervention von der jeweiligen Umsetzung bedingt werden, sollten Vorkommnisse und Spezifitäten auf kontextueller Ebene im Zusammenhang mit der Intervention oder dem Thema der Intervention miterfasst werden. Veränderungen auf kontextueller oder politischer Ebene durch die Intervention sollten dokumentiert werden, da diese einen sichtbaren Empowerment-bezogenen Effekt darstellen können [53].

6. Es sollten außerdem verschiedene, für Prozesse und Ergebnisse relevante externe Stakeholder bei der Evaluation berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass nicht nur die

Teilnehmer einer Intervention selbst-berichtete Auskünfte geben, sondern auch Personen aus dem Umfeld der Intervention. Diese Erweiterung der Datenquellen kann dazu beitragen, die Objektivität der Ergebnisse zu erhöhen. Da Empowerment-Interventionen auf strukturelle Veränderungen abzielen, wie beispielsweise Entwicklung von Kompetenzen, Ressourcenmobilisierung oder die Etablierung von Partnerschaften und Netzwerken, kann eine derartige Erhebung auch einen Beitrag zur Strukturevaluation leisten, indem Kooperationspartner oder Schlüsselfiguren z.B. in einem Setting Auskünfte über Veränderungen auf struktureller oder organisatorischer Ebene geben können (vgl. Domäne 1 und Indikatoren im Kapitel 4.6.4) [36].

7. Bei der Evaluation von Empowerment im Feld der Gesundheitsförderung sollte der Zusammenhang zwischen Empowerment und Gesundheitsverhalten berücksichtigt werden. Neben der Dokumentation von Empowerment-Prozessen und -Ergebnissen sollten auch Verhaltensweisen bzw. -veränderungen erfasst werden. Das ist wichtig, um zu verstehen, ob Empowerment-Prozesse auch Gesundheit bzw. gesundheitsbezogenes Verhalten beeinflussen können.

8. Sowohl Forschung im Bereich von Empowerment-Interventionen als auch Experten aus dem Feld komplexer Interventionen sprechen sich für evidenzstärkende Strategien wie Vergleiche durch Vorher-Nachher-Anordnungen oder Kontrollgruppendesigns aus. Sofern die Möglichkeit für eine Form der Randomisierung gegeben ist, sollte diese genutzt werden.

9. Schließlich empfehlen Campbell et al. (2000) Langzeit-Follow-Ups, um kurz- und langfristige Effekte abzuschätzen [79]. Auch Empowerment-Prozesse werden als langwierig beschrieben. Dieses Kriterium gewinnt in Hinblick auf das Empowerment-Konzept besonders an Bedeutung, da es sich bei Empowerment auch um eine sehr allgemeine Befähigung handelt, die möglicherweise durch eine gesundheitspezifische Intervention angestoßen wird, sich jedoch auf weitere Lebensbereiche und Verhältnisse auswirken kann [18].

Domäne 3: Reflexion und Diskurs

Durch die Übersichtsarbeit kristallisierte sich als weitere zu berücksichtigende Domäne Reflexion und Diskurs heraus. Reflexionen und Diskurse können bei der Evaluation von Empowerment während verschiedener Arbeitsschritte im Forschungsprozess stattfinden. Zu Beginn sollte zunächst unter Beteiligung mehrerer Wissenschaftler das Empowerment-Konzept oder Verständnis von Empowerment der jeweiligen Intervention definiert werden. Darauf aufbauend sollte, ebenfalls in einem reflexiven Prozess, das Studiendesign entwickelt werden. In der Phase der Datenerhebung können reflexive Schleifen beispielsweise im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns dazu dienen das Instrumentarium den Gegebenheiten im Feld nochmals anzupassen. Zum anderen sollten die Akteure Reflexionen der eigenen Rolle vornehmen. Dabei sollten die Doppelrolle der Akteure, nämlich Forscher und Praktiker, und die Beziehung zur Zielgruppe durchdacht werden [53]. So kann die Abschätzung von Verzerrungen bedingt durch die Doppelrolle, die die Arbeit mit dem Empowerment-Ansatz mit sich bringt, gelingen.

Domäne 4: Partizipation bei Datenerhebung und -analyse

Die Evaluation von Empowerment sollte partizipative Elemente in verschiedenen Stufen des Forschungsprozesses beinhalten. Bei der Entwicklung des Dokumentationsinstrumentariums kann es hilfreich sein, Experten aus Forschung oder Praxis außerhalb des Forschungs- oder Projektteams heranzuziehen. Diese können beispielsweise ihren Erfahrungsschatz aus der Praxis einbringen oder die Verständlichkeit von Fragen in Befragungsinstrumenten beurteilen.

Durch das Review hat sich als weiterer Punkt für die Domäne Partizipation ergeben, dass durchaus auch Mitglieder der Zielgruppe in die Entwicklung von Evaluationsmethoden bzw. die Auswertung der Evaluationsergebnisse eingebunden werden können (sog. member checking) z.B. zur Überprüfung von Instrumenten, aber auch der erhobenen Daten bzw. Dateninterpretationen. Die Einhaltung dieses Kriteriums ist mit einer Validierung von Instrumenten und Daten verknüpft.

Entwicklung eines Rahmens: Kriterien methodischer Qualität bei der Evaluation von Empowerment

Tabelle 9 bietet eine Übersicht, die die entwickelten Domänen zur Qualitätssicherung der Evaluation von Empowerment veranschaulicht.

Tabelle 9: Übersichtsschema für die qualitätsgesicherte Evaluation von Empowerment

Domänen und Qualitätssicherungskriterien	Handlungsanleitung	Grundlage/ Quelle der Empfehlung <i>Review</i>	Grundlage/ Quelle der Empfehlung <i>Theorie</i>
Domäne 1: Ebenen und Dimensionen von Empowerment			
1. Empowerment: Mehrebenen-Konzept	a) Betrachtung der Ebenen: Individuum – Organisation – Community – Policy b) Einbezug verschiedener Stakeholder/ Schlüsselpersonen und Kontextinformationen bei der Evaluation zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Ebenen (>Triangulation, Objektivierung, Validierung)	✓	✓
2. Empowerment: Mehrdimensionalität	Nutzung eines umfassendes Sets an Indikatoren für Empowerment	✓	✓
Domäne 2: Studiendesign, Evidenz			
1. Enge Prozessbegleitung	Längsschnittliche, engmaschige Begleitung im Feld, wiederholte Messungen	✓	✓
2. Mixed-Methods-Ansatz/ Triangulation - Art der Daten - Methodenvielfalt - Datenquellen	Kombination quantitativer und qualitativer Daten, Kombination verschiedener Datenerhebungsmethoden, Kombination natürlicher und generierter Daten	✓	✓
3. Flexibilität	Ermöglichung flexibler Komponenten im Studiendesign um laufende Anpassung zu ermöglichen	✓	✓
4. Prozessevaluation	a) Nachzeichnung der graduellen Entwicklung von Empowerment (> enge Prozessbegleitung) b) Dokumentation von Funktionsweisen und Mechanismen der Intervention, ggf. Anpassung, ggf. Pilotstudie (>Flexibilität)	✓	✓
5. Ergebnisevaluation	Bewertung der Wirksamkeit/ Effektschätzung in Bezug auf Empowerment	✓	✓

Entwicklung eines Rahmens: Kriterien methodischer Qualität bei der Evaluation von Empowerment

Domänen und Qualitätssicherungskriterien	Handlungsanleitung	Grundlage/ Quelle der Empfehlung <i>Review</i>	Grundlage/ Quelle der Empfehlung <i>Theorie</i>
6. Integration von Prozess- und Ergebnisevaluation	Berücksichtigung von Prozess- und Ergebnisevaluation im Evaluationskonzept (>Mixed-Methods)	✓	
7. Berücksichtigung des Kontextes	Dokumentation von Geschehnissen im weiteren Kontext der Intervention (z.B. in der Gemeinde), die die Intervention beeinflussen bzw. Dokumentation von Veränderungen im Gemeindekontext durch die Intervention (>Ergebnisevaluation)	✓	✓
8. Objektivierung, Validierung	Einbezug verschiedener Stakeholder/ Schlüsselpersonen bei der Evaluation zur Maximierung der Objektivität der Ergebnisse/ externen Validierung der Ergebnisse	✓	
9. Zusammenhang Empowerment- Gesundheitsverhalten	Dokumentation des Zusammenhangs zwischen Empowerment und Gesundheitsverhalten bzw. der Veränderung	✓	
10. Vergleiche	Einsatz von Pre-/ Post-Vergleichen Kontrollgruppen bzw. Formen von Randomisierung	✓	✓
11. Langzeit-Follow-Up	Empirische Überprüfung, ob kurzfristige Veränderungen in Bezug auf Empowerment nachhaltig wirken		✓
Domäne 3: Reflexion und Diskurs			
1. Reflexionen des Forscherteams zu Konzept und Studiendesign und während der Datenerhebung und Auswertung	Durchführung von forschungsteam-internen Reflexionsgesprächen	✓	✓
2. Selbstreflexion, Rollenreflexion	Reflexion der Rolle der Forscher im Feld bezüglich Interaktion mit der Zielgruppe, Beeinflussung der Situation, Doppelrolle als Forscher und Praktiker	✓	
Domäne 4: Partizipation bei Datenerhebung und -analyse			
1. Kollaboration mit lokalen Experten/ Forschern/ Mitgliedern der Zielgruppe bei Instrumententwicklung	Einbezug verschiedener Stakeholder bei der Entwicklung der Dokumentationsinstrumente	✓	

Entwicklung eines Rahmens: Kriterien methodischer Qualität bei der Evaluation von Empowerment

Domänen und Qualitätssicherungskriterien	Handlungsanleitung	Grundlage/ Quelle der Empfehlung <i>Review</i>	Grundlage/ Quelle der Empfehlung <i>Theorie</i>
2. Respondent validation	Verifizierung der Daten durch die Teilnehmer/ Zielgruppe einer Intervention	✓	

Darauf aufbauend greift nachfolgende Tabelle ausgewählte Kriterien, die sich aus der Anfertigung der systematischen Übersichtsarbeit und dem Rückgriff auf Literatur zu komplexen Interventionen ergaben, nochmals auf und setzt diese in Bezug zu den verwendeten Interventionsstrategien. Sie gibt einen Überblick dazu, welche Ebenen bei der Erfassung von Empowerment bei Anwendung der verschiedenen Empowerment-Strategien berücksichtigt werden sollten. Darüber hinaus enthält die dritte Spalte Vorschläge zu Personen oder anderen Datenquellen, die zur Dokumentation von Empowerment geeignet sein könnten. Die letzte Spalte gibt Vorschläge zu Datenerhebungsmethoden.

Entwicklung eines Rahmens: Kriterien methodischer Qualität bei der Evaluation von Empowerment

Tabelle 10: Systematik – Ebenen, Datenquellen und Methoden bei der Evaluation von Empowerment in Verbindung mit den spezifischen Interventionsstrategien

Empowerment-Strategie	Ebenen	Datenquelle	Vorschläge für Datenerhebungsmethoden
1. Informations-, Wissensvermittlung	Individuum	Zielgruppe	Fragebogen, Interviews, Fokusgruppen, Beobachtungen
	Gruppe*		
2. Vermittlung von Kompetenzen, Fähigkeiten	Individuum	Zielgruppe	Fragebogen, Interviews, Fokusgruppen, Beobachtungen
	Gruppe*		
3. Gruppenformate	Individuum	Zielgruppe	Fragebogen, Interviews, Fokusgruppen, Beobachtungen
	Gruppe		
4. Multiplikatoren-/ Peer-Ansatz	Individuum	Zielgruppe	Fragebogen, Interviews, Fokusgruppen, Beobachtungen
	Gruppe*	Schlüsselpersonen	
5. Partizipativer Planungs- und Umsetzungsprozess	Individuum	Zielgruppe	Fragebogen, Interviews, Fokusgruppen, Beobachtungen, Dokumentenanalyse
	Gruppe		
	Kontext, Politik	Schlüsselpersonen, Dokumente, Korrespondenzen	
6. Bereitstellung von Ressourcen, Abbau von Barrieren	Individuum	Zielgruppe	Fragebogen, Interviews, Fokusgruppen
	Gruppe		
	Kontext, Politik	Schlüsselpersonen, Dokumente, Korrespondenzen	Fragebogen, Interviews, Fokusgruppen Beobachtungen, Dokumentenanalyse

*je nach Konstellation der Individuen im Rahmen der Intervention

Die Empowerment-Strategien *Informations-/ Wissensvermittlung* und *Vermittlung von Kompetenzen/ Fähigkeiten* zielen auf den Anstoß von Empowerment-bezogenen Prozessen und Ergebnissen auf individueller Ebene. Je nachdem in welcher Konstellation die Zielgruppe von der Intervention angesprochen wird – einzeln, in Form einer Gruppe, als organisatorische Einheit oder als Gemeinde als Ganzes, bietet sich die Erhebung individueller (z.B. quantitativer Fragebogen, qualitative Interviews) bzw. gruppenbezogener Daten (z.B. Fokusgruppen) über Selbstauskünfte an. Beobachtende Verfahren durch die Forscher selbst können die Aussagen um natürliche Daten erweitern.

Die Strategie der *Etablierung von Gruppenformaten*, die von eingeschlossenen Interventionen umgesetzt wird, zielt auf die Förderung von Kompetenzen von Gruppen oder Individuen in Gruppen und spricht vor allem soziale Aspekte an. Auch diese Kompetenzen könnten wie bei den beiden zuerst genannten Strategien über individuelle und

gruppenbezogene Interviewverfahren erfasst werden und durch Beobachtungsdaten ergänzt werden.

Wird innerhalb einer Intervention der Ansatz verfolgt zunächst *Multiplikatoren oder Peers zu „empowern“*, die daraufhin an die eigentliche Zielgruppe herantreten, könnte die Datenerhebung bezüglich Empowerment umfassender gestaltet werden. Bei diesem Ansatz könnten sämtliche individuelle, aber auch soziale Prozesse auf Ebene der Zielgruppe, aber auch auf Ebene der Multiplikatoren auftreten, sodass diese beiden Datenquellen bei der Evaluation von Empowerment hilfreich sein könnten – je nachdem, ob Multiplikatoren oder Zielgruppenmitglieder einzeln oder als Gruppe angesprochen werden, bieten sich individuelle oder gruppenbezogene Verfahren (Fragebogen, Interview, Fokusgruppe, Beobachtungen) bei beiden Personenkreisen an. An dieser Stelle wird nun nochmals die zentrale Rolle der Datenquelle Schlüsselpersonen aus dem betreffenden Setting bei der Evaluation von Empowerment deutlich, da auch diese Gruppe Hinweise zu Empowerment bei der Zielgruppe liefern könnten.

Bei den letzten beiden Strategien *partizipativer Planungs- und Umsetzungsprozess* sowie *Bereitstellung von Ressourcen* kommt die kontextuelle bzw. politische Dimension von Empowerment am deutlichsten zum Tragen, da es hierbei um konkrete Veränderungen auf struktureller Ebene geht. Die Erfassung individueller und sozialer Prozesse bei den Teilnehmern einer Intervention könnte wiederum je nach Konstellation über individuelle bzw. gruppenbezogene Befragungsverfahren, aber auch Beobachtungen erfolgen. Die Ebene des Kontextes bzw. die politische Dimension von Empowerment sind möglicherweise besonders für die Evaluation solcher Interventionstypen interessant sein, um tatsächliche Veränderungen im Umfeld und in Bezug auf Lebensbedingungen zu erfassen. Quellen wie Schlüsselpersonen, öffentliche Dokumente oder Korrespondenzen sind denkbar [57].

7 Anwendbarkeit des Kriterienrahmens: Abgleich und Bewertung des Studiendesigns von GENIESSER Oberpfalz

Im Anschluss an das durchgeführte Review wurde nun ein ausgewähltes Studiendesign, das im Rahmen eines BMBF-geförderten Forschungsprojektes („GENIESSER Oberpfalz“) entwickelt wurde, einem detaillierten Abgleich mit den generierten Kriterien unterzogen. Die Begründung zur Auswahl dieser spezifischen Intervention liegt darin, dass die Autorin aktiv in den Prozess der Umsetzung der Intervention, in die Datenerhebung und -auswertung eingebunden war, so dass ein umfassender Einblick in den Evaluationsprozess gewonnen werden konnte. Da die Autorin in der Phase der Entwicklung des Studiendesigns noch nicht Teil des Forschungsteams war, besteht kein Interessenskonflikt in Bezug auf den Abgleich und die Beurteilung des ausgewählten Studiendesigns.

Hierbei wurde zunächst eine Projektbeschreibung von GENIESSER Oberpfalz angefertigt; anschließend wurde die Entwicklung der verschiedenen Komponenten und Instrumente des Studiendesigns sowie Begründungen hierfür, beschrieben. Im Anschluss erfolgte ein strukturierter Abgleich der entwickelten Qualitätskriterien mit den Eigenschaften des Studiendesigns von GENIESSER Oberpfalz. Zur Bewertung der Stärken und Schwächen und Beurteilung des vorliegenden Studiendesigns und Datenmaterials wurden leidfadengestützten Einzelinterviews mit den Mitgliedern des Forschungsteams geführt.

7.1 Beschreibung der Intervention GENIESSER Oberpfalz

GENIESSER Oberpfalz (*Gesunde Ernährung nachhaltig implementieren – Empowerment und Partizipation im Setting stärken und evaluieren: Region Oberpfalz, Laufzeit 2011-2015*) war ein BMBF-gefördertes Gesundheitsförderungsprojekt im Setting Gemeinde zum Thema gesunde Ernährung, dessen konzeptionelle Grundlage Empowerment war. Kernziel der Intervention war zu analysieren, wie das Empower-

ment-Konzept im Gemeindesetting im Ernährungsbereich umgesetzt werden kann und wie die Evaluation von Empowerment gestaltet werden kann. Dazu wurde eine Empowerment-basierte Intervention mit dem Ziel einer nachhaltigen Implementierung gesunder Ernährung entwickelt und umgesetzt. Parallel dazu wurde ein Studiendesign mit einer entsprechenden Methodologie zur Dokumentation von Empowerment entworfen und eingesetzt. Zielgruppe der Intervention waren einerseits Senioren, andererseits Eltern mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren.

Implementierung der Intervention

In fünf Gemeinden im Regierungsbezirk Oberpfalz wurden je zwei Gruppen gegründet (Senioren, junge Eltern). Der Gruppenbildung sowie der Arbeitsphase der Gruppen wurde ein standardisierter Ablauf zugrunde gelegt (siehe Abbildung 3). Die Phase der Vorrekrutierung zielte zunächst auf die Felderschließung und die Kontaktaufnahme mit der Gemeindeverwaltung und wichtigen Multiplikatoren ab, um anschließend Strategien und Materialien für die Rekrutierung von Teilnehmern zu entwickeln. Die Teilnehmer wurden zu regelmäßigen moderierten Gruppentreffen eingeladen. Die ersten drei Termine der Gruppentreffen dienten jeweils zum gegenseitigen Kennenlernen der Teilnehmer und der Bestandsaufnahme hinsichtlich ernährungsbezogener Bedürfnisse. Bei der Moderation durch das Projektteam wechselten sich Elemente der Wissensvermittlung mit interaktiven Formaten ab. In den weiteren Treffen ging es zunehmend darum, dass die Gruppenteilnehmer erste Ideen für ernährungsbezogene Aktivitäten sammeln; diese sollten in der nachfolgenden Projektphase umgesetzt werden. Schließlich sollten die Verantwortung für die Gruppenleitung und die Aktivitäten an die Teilnehmer übergehen; Möglichkeiten zur Ausweitung oder dauerhaften Verstetigung der Aktivitäten bzw. zur Vernetzung mit anderen Initiativen oder wichtigen Schlüsselpersonen in der Gemeinde sollten abschließend eruiert werden.

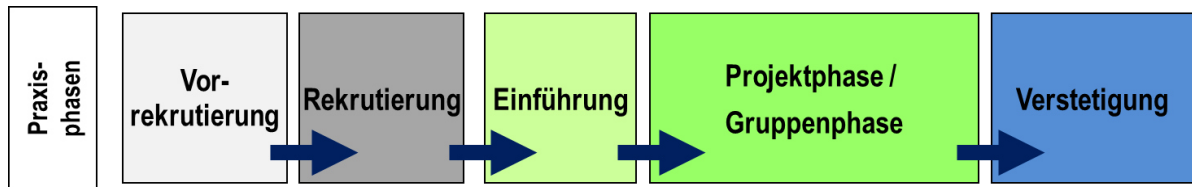


Abbildung 3: Ablauf der praktischen Implementierung von GENIESSER Oberpfalz

Empowerment-Strategien

Die Arbeitsdefinition von Empowerment bei GENIESSER Oberpfalz orientierte sich an WHO-Definition [14] und Rappaport (1987) [21]: Empowerment wurde als ein Prozess definiert, in dem Individuen in Gruppen ermächtigt werden, durch individuelles und kollektives Handeln ihr Verhalten und ihr Lebensumfeld im Ernährungsbereich zu verändern.

Die praktische Umsetzung von Empowerment in der Intervention lief folgendermaßen ab: Die Teilnehmer konnten in den Treffen eigene bedürfnisgerechte Aktivitäten zu gesunder Ernährung entwickeln und realisieren. Die Umsetzung des Empowerment-Ansatzes sah vor, dass die Gruppen eher moderiert als geleitet werden und die Teilnehmer unterstützt werden, eigene Ideen und Bedürfnisse zu äußern. Zum Einstieg und zur Gewöhnung an den Empowerment-Ansatz wurde auf Informations- und Wissensvermittlung gesetzt und zunächst ein teilweise instruktiver Stil verfolgt. Die Wissensvermittlung sollte die Grundlage für ernährungsbezogenes Wissen geben, mit dessen Hilfe Aktivitäten entwickelt werden sollten. Eine schrittweise Überführung eines „vertrauten“ Formats (Ernährungsschulung) in das für die Teilnehmer eher ungewohnte Format des Selbst-Aktivwerdens wurde durchgeführt. So waren die Sitzungen anfangs durch eine Mischung aus Vorträgen zu ernährungsbezogenen Wunschthemen und moderierte Gesprächsrunden gekennzeichnet. Des Weiteren wurden die Teilnehmer für die Verhältnisebene sensibilisiert. Das gemeinsame interaktive Erarbeiten von Inhalten und Ideen sowie Diskussionen unter den Teilnehmern nahmen nach und nach den Hauptteil der Treffen ein. Ziel war, dass die Teilnehmer eigene ernährungsspezifische Bedürfnisse äußerten, daraus Aktivitäten in der Gemeinde umsetzten (Empowerment-Strategie: partizipativer Planungs- und Umsetzungsprozess).

Gruppengründungen im Setting Gemeinde als Kernstrategie in GENIESSER Oberpfalz führten zu einer komplexen Intervention auf mehreren Ebenen: Durch das Zusammenkommen von Individuen in Gruppen konnten theoretisch sowohl individuelles als auch gruppenbezogenes/ gemeindebezogenes Empowerment erreicht werden. Die Äußerung von ernährungsbezogenen Bedürfnissen und Ableitung von Umsetzungsideen erfolgten durch die GENIESSER-Gruppenmitglieder (z.B. Schaffung eines Informationsangebotes für die Gemeinde zu regionalen Einkaufsmöglichkeiten insbesondere von Bio-Lebensmitteln). Ein möglicher gesundheitsbezogener Effekt, z.B. strukturelle Veränderungen oder aber eine Ernährungsweise mit mehr biologischen Lebensmitteln, konnte damit bei allen Bewohnern der Gemeinde eintreten. Als erweiterte(s) Ziel(gruppe) der Intervention konnte damit die Gesamtgemeinde verstanden werden, wohingegen die GENIESSER-Gruppen als Interventionsgruppe bezeichnet wurden.

7.2 Begründungen: Komponenten und Eigenschaften des GENIESSER Oberpfalz-Studiendesigns

Für das Projekt GENIESSER Oberpfalz wurde ein spezifisches Studiendesign entwickelt. Dessen Bestandteile und Eigenschaften sowie Begründungen für bestimmte Vorgehensweisen werden auf den folgenden Seiten gemäß einiger Kategorien, die dem entwickelten Kriterienrahmen entnommen wurden, zusammengetragen und beschrieben.

Enge Prozessbegleitung: Verwendung eines *phasenweisen* Ansatzes und ständige Reflexion

Zur Integration von *Prozess- und Ergebnisevaluation* wurde ein Phasenmodell zur Evaluation im Rahmen einer *Pilotstudie* in Gemeinde 1 entwickelt, das aufeinanderfolgende Implementierungsschritte und Fragestellungen zur Evaluation von Empowerment verknüpft. Jeder Phase waren spezifische Datenerhebungsmethoden zugeordnet. Das Phasenmodell ist in Abbildung 4 dargestellt.

Anwendbarkeit des Kriterienrahmens: Abgleich und Bewertung des Studiendesigns von GENIESSER Oberpfalz

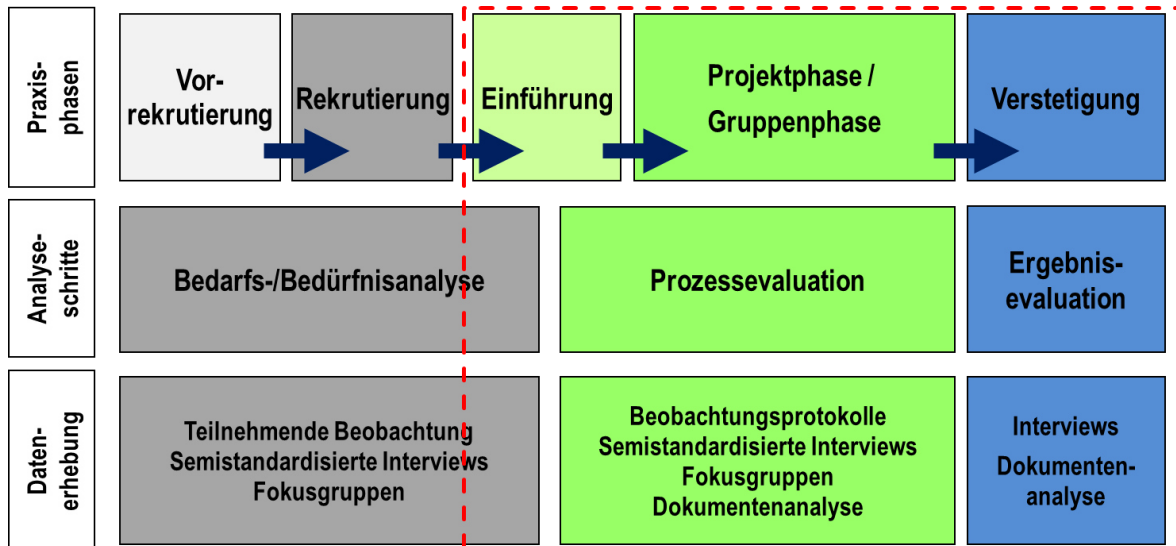


Abbildung 4: Studiendesign GENIESSER Oberpfalz

Erläuterung: Der Vollständigkeit wegen ist das gesamte Studiendesign der Intervention abgebildet. Die Phasen der Vorrekutierung und Rekrutierung haben die Etablierung der GENIESSER-Gruppen zum praktischen Ziel und umfassen den Kontaktaufbau mit der Gemeinde und das Abgreifen lokalen Wissens über Fokusgruppen mit für die Zielgruppe relevanten Stakeholdern (z.B. Seniorenbeauftragte, Erzieher). Die Evaluation von Empowerment beginnt mit der Einführung in die Gruppenphase bis hin zum Rückzug des Projektteams aus den Gruppen (Verstetigung).

Das längsschnittliche Studiendesign sah eine kontinuierliche Begleitung aller Gruppentreffen und -aktivitäten vor und setzte wiederholte Messungen durch Anfangs- und Abschlussinterviews zu Beginn und nach Beendigung der Gruppenphase ein, um verlässlichere Aussagen zu erhalten. Um Prozesse bei Gruppentreffen engmaschig zu dokumentieren, wurden detaillierte semi-standardisierte Feldnotizen zu den inhaltlichen Schwerpunkten Empowerment und gesunde Ernährung, sowie zu Interaktionen zwischen den Teilnehmern und dem Forschungsteam und zum Gesamtgemeindekontext in Form eines Beobachtungsprotokolls zu jeder Gruppensitzung angefertigt. Während der Einführung in die Gruppenphase dienten die Feldnotizen außerdem dazu, Bedarfe und Bedürfnisse der Gruppe festzuhalten, die im Rahmen der gemeinsamen Problemanalyse auftraten. Feldnotizen sind eine qualitative Technik, die auf ethnographischen Forschungsmethoden beruht [80]. Die formalisierte und intersubjektiv-nachvollziehbare Protokollierung aller Vorkommnisse im Feld geht dabei über die reine Beobachtung und Dokumentation dieser hinaus, da sie gleichzeitig ein strukturiertes Verfahren zur Interpretation und zur theoretischen *Reflexion* der Ziele der Intervention sind. An jeder Gruppensitzung nahmen zwei Forscher in *Kollaboration* teil, Forscher 1 moderierte die

Gruppensitzung, Forscher 2 unterstützte die Moderation und konzentrierte sich auf die Beobachtung der Teilnehmer. Im Anschluss an die Gruppensitzung hielten beide Forscher ihre Beobachtungen zur Sitzung getrennt voneinander schriftlich in einer vorstrukturierten Protokollvorlage fest (siehe nachfolgende Tabelle):

Tabelle 11: Inhaltliche Struktur des Beobachtungsprotokolls

Beobachtung
Geschehen Wer macht (sagt) was mit wem und wie? Was sehe, höre ich? Was ist passiert?
Kontext Beeinflussung der Situation durch äußere Rahmenbedingungen?
Multiplikatoren Beeinflussung des Gruppengeschehens durch Multiplikatoren/ Schlüsselpersonen? Was tun und/ der sagen Multiplikatoren/ Schlüsselpersonen im Vorfeld oder nach der Sitzung?
Theoretische Reflexionen
Methoden der Gruppenleitung/ Leiterrolle Stimmung/ Interaktion? Reaktion auf Programm? Konsequenzen für die Gestaltung?
Forscherrolle, Methoden Methodische Konsequenzen bestimmter Beobachtungen?
Projektziele Empowerment, Ernährung, Gruppe, Gemeinde (Prozess, Ergebnis)

Ausgehend von den Notizen diskutierten beide Forscher gemeinsam die Vorkommnisse während der Gruppensitzung und reflektierten die Beobachtungen mit Bezug zu den Forschungsfragen zu Empowerment (Prozess), gesunde Ernährung, Gruppenbildungsprozessen, Moderationsstrategien und dem erweiterten Gemeindekontext. Der Konsens der beiden Forscher zu den theoretischen Überlegungen wurde dem Be-

obachtungsprotokoll beigefügt. Die theoretischen Reflexionen dienten auch als Instrument zur *Rückkopplung und Steuerung* praktischer und methodischer Gesichtspunkte und ggf. zur *Anpassung der Intervention (Flexibilität)*.

Parallel zum Beobachtungsprotokoll einer Sitzung wurde im Vorfeld der Treffen ein Sitzungskonzept angefertigt und als weitere Datenquelle genutzt, welches Daten zur Operationalisierung von Empowerment in den Sitzungen der Intervention liefert.

Der phasenweise Aufbau sollte eine Hilfestellung dazu geben, eindeutig zu definieren, an welcher Stelle im Forschungsprozess man sich gerade befand. Des Weiteren boten die Phasen einen gewissen Grad an *Standardisierung* des Ablaufs, der in jeder Gruppe angewandt werden konnte.

Reflexion und Kollaboration zwischen verschiedenen Akteuren (z.B. mit anderen Forschern, Empowerment-Experten) nahmen bei GENIESSER Oberpfalz in unterschiedlichen Phasen des Forschungsprozesses eine zentrale Stellung ein. In der Anfangsphase der Interventionsplanung wurden interne Workshops der Projektmitarbeiter durchgeführt (n=2; 06/2011, 07/2011) u.a. zum theoretischen Hintergrund des Empowerment-Konzeptes und verschiedenen Empowerment-Ansätzen, so dass das konkrete Interventionsdesign entwickelt werden konnte. Im weiteren Verlauf der Intervention fanden drei weitere interne Projektworkshops (04/2012, 07/2012, 06/2013) statt zur weiteren Anpassung der Intervention, zur Finalisierung des Studiendesigns und zur Festlegung der Fragestellungen.

Darüber hinaus wurden Gespräche mit Experten aus dem Bereich Empowerment, Gesundheitsförderung und Public Health Nutrition organisiert, um bestimmte Aspekte zu Durchführung und Evaluation der Intervention zu diskutieren, beispielsweise zur Entwicklung des Studiendesigns und entsprechender Instrumente. Die Austauschplattformen waren ein Kick-off-Workshop zum Projekt (08/2011) und ein Symposium zum Thema Empowerment (11/2012) organisiert durch das GENIESSER-Projektteam.

Reflexionen zur Datenerhebung und zur Rolle während der Gruppenphase deckt das intersubjektive Beobachtungsprotokoll ab. Nach Beendigung der Gruppenphase führte das Projektteam außerdem eine interne Fokusgruppendifkussion durch zur Wahrneh-

mung und Bewerkstelligung der Gruppenleiterrolle, zum persönlichen Verständnis des Empowerment-Konzeptes, zur Wichtigkeit bestimmter Komponenten und Dimensionen von Empowerment und zum Erwerb einer bestimmten Sichtweise auf das Konzept (10/2014). Des Weiteren wurde die Wahrnehmung der Doppelrolle als Praktiker der Gesundheitsförderung und Forscher in der Fokusgruppe aufgegriffen. So lagen unterschiedliche Datenquellen zu Empowerment nämlich auf Ebene der GENIESSER-Gruppen, der Gemeinde und des Forscherteams vor.

Auch die Auswertung des Datenmaterials inklusiv der Entwicklung eines Kategorienschemas für Empowerment erfolgte jeweils in Zusammenarbeit von mindestens zwei Forschern pro interessierender Fragestellung. Diese werteten das Datenmaterial unabhängig voneinander aus und verglichen die Analysen. Des Weiteren fanden wöchentliche Teammeetings zur Strukturierung, Aufbereitung und Interpretation des Datenmaterials statt.

Mixed-Methods-Ansatz und Triangulation

Die Evaluation von Empowerment erfolgte durch ein qualitativ-exploratives Mixed-Methods-Design. Neben den regelmäßigen Beobachtungsprotokollen (mit Betonung von Empowerment auf Ebene der Gruppe) wurden semi-standardisierte Einzelinterviews mit den Teilnehmern zu Beginn der Gruppensitzungen durchgeführt, um deren Perspektiven hinsichtlich gesunder Ernährung, Essgewohnheiten und Empowerment im Bereich gesunder Ernährung (im Leitfaden operationalisiert über Schwierigkeiten, Lösungswege, Informiertheit, Gesprächspartner für Ernährungsthemen) sowie ihre Motivation und ihre individuellen Bedürfnisse abzufragen. Einzelinterviews am Ende der Gruppenphase sollten die Erfahrungen in der Gruppe (→ als ein Indikator für Empowerment) und Erfahrungen mit den entwickelten Gruppenaktivitäten dokumentieren und mögliche Veränderungen im Ernährungsverhalten erfassen.

Der *Zusammenhang zwischen Empowerment und Gesundheitsverhalten* wurde im Design insofern berücksichtigt, dass in den Einzelinterviews zu Beginn und am Ende der Intervention das konkrete Ernährungsverhalten in Bezug auf gelingende Faktoren und Schwierigkeiten abgefragt wurde und selbige Aspekte später bezüglich Verände-

rungen erfasst wurden. Eine quantifizierbare Größe in Form einer Korrelation konnte aufgrund des fehlenden quantitativen Datenmaterials nicht berechnet werden.

Ein expliziter *Vergleichsvorgang* im Sinne eines Pre-Post-Vergleichs erfolgt bei den Anfangs- und Abschlussinterviews auf individueller Ebene, so dass Aussagen zum Einfluss der Intervention auf Basis qualitativer Interviewdaten getroffen werden konnten.

Speziell zu den entwickelten und realisierten Aktivitäten wurden Fokusgruppendifkussionen mit der ganzen Gruppe durchgeführt, um die individuellen Erfahrungen und Meinungen jedes Teilnehmers zu erhalten, aber auch die Meinungen der Gruppe zu *Auswirkungen der Gruppenaktivitäten auf das eigene Ernährungswissen und Verhalten* sowie auf die erweiterte Gesamtgemeinde abzuschätzen. Es wurden außerdem alle verfügbaren Dokumente und Notizen (z.B. lokale Zeitungsartikel, Korrespondenzen, Fotos von Gruppensitzungen und Aktivitäten) gesammelt, um kontextspezifische Daten zu erhalten. Die Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen von Empowerment (Individuum – Gruppe – Gemeindekontext) erfolgte durch den Einsatz unterschiedlicher qualitativer Datenerhebungsmethoden, die sowohl natürliche als auch generierte Daten lieferten.

Mehrdimensionalität: Breite und Vielfalt an Indikatoren

Durch die Verwendung von Feldnotizen in Form eines strukturierten Beobachtungsprotokolls wurde keine spezifische Auswahl an Indikatoren für Entwicklung von Empowerment vorgegeben. Durch die offene Beobachtung und breite Dokumentation aller Aspekte, die mit der Theorie von Empowerment konsistent sind, sollte eine möglichst große Bandbreite an Indikatoren für Empowerment dokumentiert werden. Mit Bezugnahme auf Laverack & Labonte (2000), Zimmerman & Rappaport (1988), Wallerstein (1992, 1999), Israel et al. (1994) wurden Punkte wie beispielsweise Selbstwirksamkeit, kritisches Bewusstsein, Bereitschaft zur Teilhabe an gemeinschaftlichen Aktivitäten, Führungsfähigkeit, Problemanalysefähigkeit oder Ressourcenmobilisierung [18, 19, 55, 56, 81] dokumentiert. Auf eine beschränkte Vorauswahl an Indikatoren wurde verzichtet, es wurde lediglich ein grober Rahmen durch die Vorgabe der Projektziele gesetzt.

Ein hohes Niveau an konzeptionellem Wissen zu Empowerment beim jeweiligen Forscher ist hierfür Voraussetzung, da jede Beobachtung mit dem theoretischen Hintergrund von Empowerment in Beziehung gesetzt werden muss. Die zweite Beobachtungskategorie *gesunde Ernährung* umfasste Äußerungen der Teilnehmer zu ernährungsbezogenem Wissen bzw. Selbstwirksamkeit sowie die Motivation und Intention der Teilnehmer sich für gesunde Ernährung zu engagieren; außerdem wurden Auswirkungen im Bereich gesunder Ernährung durch die Gruppentreffen und -aktivitäten festgehalten. Zur Berücksichtigung kontextueller Faktoren bei der Evaluation von Empowerment wurde die Wahrnehmung der Verhältnis-/ Gemeindeebene als Einflussfaktor auf gesunde Ernährung dokumentiert und die Motivation der Teilnehmenden verhältnisbezogene Faktoren zu verändern auf Basis der Beobachtungen nachgezeichnet. Der Wirkungsbereich der Gruppenaktivitäten im Setting Gemeinde konnte beschrieben werden. Schließlich wurden im Rahmen der theoretischen Reflexionen Beobachtungen in Bezug auf die Gruppe erfasst: Die Akzeptanz bestimmter methodischer Vorgehensweisen zur Umsetzung von Empowerment während der Gruppensitzung, sowie der Grad der Übertragung von Verantwortung vom Projektteam an die Teilnehmenden fanden Eingang in die Dokumentation.

Die Einzelinterviews und Fokusgruppen konzentrierten sich dagegen auf individuelle bzw. gruppenbezogene Indikatoren zu Empowerment (z.B. Barrieren für gesunde Ernährung oder das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe).

7.3 Abgleich des Kriterienrahmens zur Evaluation von Empowerment mit den Komponenten des GENIESSER Oberpfalz-Studiendesigns

Nachfolgende Tabelle zeigt den Abgleich der im Rahmen dieser Arbeit entwickelten Qualitätskriterien mit den Spezifika des Studiendesigns von GENIESSER Oberpfalz:

Tabelle 12: Übersicht zum Abgleich der Qualitätskriterien

Qualitätssicherungskriterien	Handlungsanleitung	Qualitätskriterien bei GENIESSER Oberpfalz
Empowerment: Mehrebenen-Konzept	a) Betrachtung der Ebenen: Individuum – Organisation – Community – Policy b) Einbezug verschiedener Stakeholder/ Schlüsselpersonen und Kontextinformationen bei der Evaluation zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Ebenen (>Triangulation, Objektivierung, Validierung)	✓ ✓
Empowerment: Mehrdimensionalität	Nutzung eines umfassendes Sets an Indikatoren für Empowerment	✓
Enge Prozessbegleitung	Längsschnittliche, engmaschige Begleitung im Feld, wiederholte Messungen	✓
Mixed-Methods-Ansatz/ Triangulation - Art der Daten - Methodenvielfalt - Datenquellen	Kombination quantitativer und qualitativer Daten, Kombination verschiedener Datenerhebungsmethoden, Kombination natürlicher und generierter Daten	✗ ✓ ✓
Flexibilität	Ermöglichung flexibler Komponenten im Studiendesign um laufende Anpassung zu ermöglichen	✓
Prozessevaluation	a) Nachzeichnung der graduellen Entwicklung von Empowerment (>enge Prozessbegleitung) b) Dokumentation von Funktionsweisen und Mechanismen der Intervention, ggf. Anapassung, ggf. Pilotstudie (>Flexibilität)	✓
Ergebnisevaluation	Bewertung der Wirksamkeit/ Effektschätzung in Bezug auf Empowerment	✓
Integration von Prozess- und Ergebnisevaluation	Berücksichtigung von Prozess- und Ergebnisevaluation im Evaluationskonzept (>Mixed-Methods)	✓

Anwendbarkeit des Kriterienrahmens: Abgleich und Bewertung des Studiendesigns von GENIESSER Oberpfalz

Berücksichtigung des Kontextes	Dokumentation von Geschehnissen im weiteren Kontext der Intervention (z.B. in der Gemeinde), die die Intervention beeinflussen bzw. Dokumentation von Veränderungen im Gemeindekontext durch die Intervention (>Ergebnisevaluation)	✓
Objektivierung, Validierung	Einbezug verschiedener Stakeholder/ Schlüsselpersonen bei der Evaluation zur Maximierung der Objektivität der Ergebnisse/ externen Validierung der Ergebnisse	✗
Zusammenhang Empowerment- Gesundheitsverhalten	Dokumentation des Zusammenhangs zwischen Empowerment und Gesundheitsverhalten bzw. der Veränderung	✓
Vergleiche	Einsatz von Pre-/ Post-Vergleichen Kontrollgruppen bzw. Formen von Randomisierung	✓
Langzeit-Follow-Up	Empirische Überprüfung, ob kurzfristige Veränderungen nachhaltig wirken	✗
Reflexionen des Forscherteams zu Konzept und Studiendesign und während der Datenerhebung und Auswertung	Durchführung von forschungsteam-internen Reflexionsgesprächen	✓
Selbstreflexion, Rollenreflexion	Reflexion der Rolle der Forscher im Feld bezüglich Interaktion mit der Zielgruppe, Beeinflussung der Situation, Doppelrolle als Forscher und Praktiker	✓
Kollaboration mit lokalen Experten/ Forschern/ Mitgliedern der Zielgruppe bei Instrumententwicklung	Einbezug verschiedener Stakeholder bei der Entwicklung der Dokumentationsinstrumente	✓
Member checking	Verifizierung der Daten durch die Teilnehmer/ Zielgruppe einer Intervention	✗
Weitere bisher nicht identifizierte Kriterien:		
Phasenaufbau	Standardisierter, qualitätsgesicherter Ablauf der Evaluation: Verknüpfung von Interventionsschritten mit spezifischen Fragestellungen zu Empowerment und entsprechenden Erhebungsmethoden	✓
Rückkopplung, Steuerung	Dokumentationen zur praktischen Umsetzung von Empowerment im Rahmen der Intervention → Rückkopplung bzw. Steuerung des weiteren Vorgehens bei der Intervention und Berücksichtigung der Konsequenzen für die Evaluation (>Flexibilität, Reflexionen)	✓

Der Abgleich zeigt, dass 15 von 17 Qualitätskriterien im Studiendesign von GENIESSER Oberpfalz berücksichtigt wurden.

Das Qualitätskriterium *Mixed-Methods* wurde nicht vollständig erfüllt, da GENIESSER Oberpfalz lediglich unterschiedliche qualitative (generierte und natürliche) Daten einsetzte, eine *quantitative Erfassung* von Empowerment fehlte. Ziel der Evaluation bei GENIESSER Oberpfalz war die enge Prozessbegleitung und detaillierte Beschreibung individueller, sozialer und gemeindebezogener Veränderungen im Ernährungsbereich, die die Gruppe im Verlauf der Intervention erreichte, nicht jedoch die Messung eines quantifizierbaren Effektes. Dieses Vorgehen bei der Erfassung von Empowerment schien damit flexibel genug, um auf jegliche Prozesse und Veränderungen zu reagieren, die im Rahmen der Intervention Bottom-Up entstehen konnten. Eine geplante und vorstrukturierte quantitative Erfassung von Empowerment schien zu eng für das Ziel und den gewählten Empowerment-Ansatz der Intervention. Außerdem zielte die Gruppengründung auf die Etablierung arbeitsfähiger Gruppen, so dass bei der Planung der Intervention anzunehmen war, dass die Gruppenstärken eher klein ausfallen. Die Teilnehmerzahl der einzelnen Gruppen schwankte zwischen 5-12 Personen, so dass die Quantifizierung von Aussagen bedeutungslos schien.

Für die Zielgruppen relevante Schlüsselpersonen wurden nicht im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation von Empowerment herangezogen.

Aufgrund von personellen und zeitlichen Ressourcen, die auf Förderprojektebene vorgegeben waren, konnten keine Langzeitbeobachtung und keine Verifizierung der Ergebnisse durch die Teilnehmenden realisiert werden.

Zusätzlich lassen sich auf Basis der vorliegenden Studiendesigns zwei weitere Kriterien der Systematik beifügen. Eine enge längsschnittliche Prozessbegleitung wurde im GENIESSER-Studiendesign umgesetzt. Ein zusätzliches damit in Zusammenhang stehendes Kriterium, das in der Übersichtsarbeit und in der Literatur zu komplexen Interventionen nicht benannt wurde, war der Phasenaufbau eines Studiendesigns: Dieser Aufbau verknüpfte verschiedene Stufen von Interventionszielen, mit spezifischen Fragestellungen zu Empowerment und entsprechenden Erhebungsmethoden, somit konnte ein gewissermaßen standardisierter, qualitätsgesicherter Ablauf der Evaluation erfolgen, der innerhalb der Phasen trotzdem Flexibilität ermöglichte. Vergleichbarkeit zwischen Interventionsgruppen bzw. Interventionsgemeinden wurde so gewährleistet.

Ein Aspekt, der durch die theoretischen Reflexionen, die in das Beobachtungsprotokoll eingebettet waren, im vorliegenden Studiendesign besonders zum Tragen kam, war die *Rückkopplung und Steuerung* praktischer und methodischer Schritte. Neben der Dokumentation von Ergebnissen hinsichtlich Empowerment, dienten die Reflexionen auch dazu die praktische Umsetzung von Empowerment in der Intervention anzupassen, aber auch die Steuerung von Erhebungen zu Empowerment vorzunehmen beispielsweise durch die Formulierung von Leitfragen für Fokusgruppen zu projektspezifischen Aktivitäten oder gezielte Nachfragen bei Schlüsselpersonen aus der Gemeinde.

7.4 Bewertung des Studiendesigns durch das Projektteam

Nachfolgend soll analog zur Analyse der Bewertungen der Autoren bezüglich ihrer verwendeten Studiendesigns das GENIESSER-Evaluationsdesign einer Bewertung unterzogen werden im Abgleich mit den entwickelten Empfehlungen.

7.4.1 Methodisches Vorgehen

Um der Frage nachzugehen, ob sich nach Ansicht des verantwortlichen Projektteams das gewählte Studiendesign bei GENIESSER Oberpfalzbewährt hat, und wie bestimmte methodische Vorgehensweisen bewertet werden, wurden leitfadengestützte qualitative Interviews mit den Mitarbeiterinnen des Projektteams (n=5) geführt. Des Weiteren wurden Begründungen für das Nicht-Einhalten bestimmter Kriterien exploriert.

Die befragten Personen repräsentierten unterschiedlichste Handlungs- und Erfahrungsebenen im Projekt. So wurden sowohl die wissenschaftliche Projektleitung (Professorenebene), die insbesondere strategische Aspekte in Bezug auf GENIESSER Oberpfalz innehatte, über die wissenschaftlichen Koordinatorinnen der Studie (Habilitationen), die vor allem analytische Aufgaben erledigten, als auch Mitarbeiterinnen involviert, die hauptsächlich die Feldarbeit, Datenerhebung und -auswertung durchführten. Alle Befragten waren über mehrere Jahre, vier davon über den gesamten Projektzeitraum, in GENIESSER Oberpfalz involviert.

Der für die Befragung entwickelte Interviewleitfaden befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Er ist in drei Fragenblöcke gegliedert und beginnt mit offenen Fragen zu Stär-

ken und Schwächen des GENIESSER-Evaluationsdesigns und Einschätzungen zur vorliegenden Datenqualität. Im nächsten Schritt wurden die im ersten Teil dieser Arbeit entwickelten methodischen Kriterien herangezogen. Die eingehaltenen Kriterien wurden bewertet, das Nicht-Einhalten verschiedener Kriterien wurde analysiert. Im letzten Fragenteil beurteilten die Projektmitarbeiterinnen die Handhabbarkeit der Komponenten und Eigenschaften des GENIESSER-Evaluationsdesign für die Gesundheitsförderungsforschung und -praxis.

Die Interviews fanden im Zeitraum 04/2016-06/016 statt und dauerten zwischen 25 und 48 Minuten. Da das Projekt Ende 2015 abgeschlossen wurde und die Interviews nur einige Monate nach Abschluss erfolgten, war das Projekt im Detail noch sehr präsent, jedoch konnte auch ein gewisser Abstand auf gewahrt werden, aber auf den gesamten Projektkontext zurückgegriffen werden. Die Interviews wurden aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Die Auswertung erfolgte auf Basis der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring [82].

7.4.2 Bewertungen

1. Stärken und Schwächen des Studiendesigns

a) Phasenaufbau: Konkreter Ablaufplan

Nachfolgendes Zitat umschreibt eine Kernaussage zum phasengeleiteten Vorgehen bei GENIESSER Oberpfalz:

„...gut und als eine ganz elegante Lösung [...] bisschen einen Rahmen zu liefern dafür, was jetzt sowohl in der Intervention zu tun ist, als auch auf was in der Analyse zu schauen ist.“ (IP 4)

Der gewählte Phasenaufbau wurde von allen Interviewpartnerinnen als positiv und „*unstrittig*“ (IP 2) bewertet, da so ein gewisser Grad an Standardisierung („*Anleitung*“, IP 1) gewährleistet sei, der eine bessere Vergleichbarkeit der Interventionsgemeinden ermögliche.

Aber auch die Nachvollziehbarkeit des Ablaufs in den Gruppen und die Nachzeichnung der Entwicklung von Empowerment seien so garantiert.

Der Phasenaufbau liefere außerdem einen Rahmen dafür, welche Fragestellungen an welcher Stelle zentral seien, so dass bereits bei der Planung und Umsetzung der Intervention die spätere Auswertung habe antizipiert werden können.

Jedoch wurde in den Interviews von einer Person (IP 1) kritisiert, dass die unterschiedlichen Phasen zur praktischen Umsetzung von Empowerment mit entsprechenden Fragestellungen nicht immer trennscharf gewesen wären und eine feinteiligere Anpassung der Phasen während der laufenden Intervention hilfreich gewesen wäre.

b) Detaillierte, lückenlose und reflexive Dokumentation des Prozesses

Die Datenerhebung zu verschiedenen Zeitpunkten der Intervention mittels unterschiedlicher Methoden, die verschiedenartige Datentypen (natürlich, generiert) erzeugen, wurde positiv bewertet. Insbesondere durch die laufende Dokumentation mittels Beobachtungsprotokollen gelang laut der Interviewpartnerinnen eine detaillierte, gründliche und sinnvoll vorstrukturierte Beobachtung, die eine spätere Nachvollziehbarkeit von Dynamiken und Entwicklungsschritten erlaube.

„Wir hatten sehr gute Vorlagen für die Beobachtungsprotokolle, eine gute Anleitung dafür worauf es ankommt, welche Punkte wichtig zu beobachten sind.“ (IP 1)

Als weiterer Benefit der gewählten Dokumentationsart wurde betont, dass bereits angefertigte Protokolle für später ins Projekt eingestiegene Mitarbeiter eine hilfreiche Anleitung darstellen (implizite „Schulung“), weil diese den gesamten Prozess zur Umsetzung und Entwicklung von Empowerment detailliert aufzeigen würden.

Die zusätzlich zu den Beobachtungen durchgeführten theoretischen Reflexionen wurden aus mehreren Gründen als positiv und zentral für die Evaluation von Empowerment angesehen. Die Reflexionen durch immer zwei Forscherinnen gingen über die chronologische Erfassung der Geschehnisse und Entwicklungen hinaus, indem Beobachtungen z.B. in einen weiteren theoretischen oder gemeindlichen Kontext einge-

ordnet wurden. Sie würden damit auch begründete Konsensfindungen beinhalten. Die Reflexionssituationen erfordern und erlauben darüber hinaus eine tiefgehende Auseinandersetzung mit dem Empowerment-Konzept. Die Interviewpartnerinnen vermuteten, dass sich dieser intensive Diskurs positiv auf die Qualität der Daten auswirke.

Die Steuerung der Intervention und der Evaluation durch die theoretischen Reflexionen im Rahmen der Beobachtungen wurde als sinnvoll erachtet, da bestimmte Vorgehensweisen in den Gruppen im Nachhinein gut verständlich wären, der Verlauf systematisch erfasst würde und somit einen spezifischen Teil der Prozessevaluation darstelle. Eine Rückkopplung von Beobachtungen in die weitere Durchführung der Intervention wäre wahrscheinlich auch ohne Dokumentation der Reflexionen erfolgt, aber wohl eher implizit und weniger systematisch bzw. theoriegestützt, wie nachfolgendes Zitat einer Interviewperson verdeutlicht:

„Dadurch dass wir die theoretischen Reflexionen so gut dokumentiert haben, finde ich, dass das Vorgehen auch im Nachhinein sehr gut nachvollziehbar ist, vor allem, weil unterschiedliche Personen die Gruppen geleitet haben. Die Reflexion erfolgte so auch strukturierter.“ (IP 1)

c) Flexibilität durch Mixed-Methods und Triangulation

Alle Interviewpartnerinnen hatten den Eindruck, Empowerment könne mit dem gewählten multimethodischen qualitativen Design umfassend beschrieben werden. Insbesondere bei sehr offenen, bedürfnisgerecht gestalteten Interventionen, die entstehende Dynamiken erlauben und vorsehen, scheine sich ein qualitativer Ansatz mit kontinuierlicher Datenerhebung und flexiblen Methoden gut zu eignen bzw. sogar notwendig zu sein, um die aufkommenden Entwicklungen engmaschig genug verfolgen zu können. Nachfolgendes Zitat greift diesen Aspekt auf:

„...ist natürlich ein qualitativer Ansatz mit laufender Datenerhebung, mit Datenerhebungsmethoden die flexibel sind und so weiter und so weiter, die einzige Chance da erst mal nah genug dran zu sein.“ (IP 4)

Flexible qualitative Methoden könnten einerseits nach den Bedürfnissen der Zielgruppe, andererseits nach Machbarkeitsgründen ausgewählt werden. Sollten sich weitere Datenquellen als sinnvoll erweisen, könnten diese kurzfristig hinzugezogen werden.

Einige Interviewpartnerinnen äußerten jedoch die Vermutung, dass quantitative Daten die Datenqualität bezüglich Empowerment möglicherweise hätten weiter erhöhen können, im Sinne einer Vergleichsoption bzw. zur Triangulation der Ergebnisse. Ein weiterer Benefit einer zusätzlichen quantitativen Erfassung von Empowerment hätte laut einer Interviewpartnerin die damit einhergehende methodische Auseinandersetzung mit quantitativen Instrumenten für Empowerment sein können: Die Fragestellung, welche Aussagen zu Empowerment mit bestimmten Datentypen getroffen werden können und wie sich die Anwendbarkeit von spezifischen Instrumenten zeigt, hätte eventuell beantwortet werden und damit der Erfahrungsschatz im Bereich Evaluation von Empowerment erweitert werden können. Aufgrund der Kontextbezogenheit von Empowerment-Interventionen hätte es einigen Befragten sinnvoll erschienen, quantitative Fragebogen-Instrumente auf Basis einer qualitativen Studie zur Identifizierung relevanter Faktoren bezüglich Empowerment zu entwickeln.

Bei ausreichend großer Fallzahl und im Rahmen der Bedarfsanalyse wird eine quantitative Befragung von vielen Interviewten als aussichtsreich bewertet. Auch der Aspekt der größeren Bereitschaft und Aufgeschlossenheit von Teilnehmenden gegenüber quantitativen Erfassungsinstrumenten wird vermutet:

„Ich glaube, das hätten die Leute vielleicht sogar eher mitgemacht als ein qualitatives Einzelinterview. Die Bereitschaft wäre da gewesen.“ (IP 2)

Für die Erfassung von Empowerment scheint sich laut den Interviewpartnerinnen dennoch ein Hauptfokus auf verschiedene, qualitative Methoden am besten zu eignen, wobei Mixed-Methods im Sinne einer Kombination qualitativer und quantitativer Daten als hilfreich gewertet werden, mit dem Ziel eine höhere Validität der Forschungsergebnisse zu erreichen.

Eine Projektmitarbeiterin vertrat die Meinung, dass – sofern man ausschließlich im Bereich der qualitativen Datenerhebung bleibe – die Beobachtungsbögen stärker vor-

strukturiert werden müssten. Auch hätte in den Leitfäden für Interviews und Fokusgruppen mit Hilfe konkreter Indikatoren oder Verhaltensweisen gezielter nachgefragt werden sollen. Als Grund dafür wird angegeben, dass eine Triangulation von verschiedenen Datenmaterialien unterschiedlicher Quellen zum Teil schwierig wäre:

„Ich glaube nämlich, dass so z.B. die Abschlussinterviews nicht unbedingt mit den Fokusgruppen verglichen werden können.“ (IP 3)

d) Zu große Offenheit durch fehlende Auswahl an Indikatoren

Die Tatsache, dass keine Indikatoren für Empowerment im Voraus festgelegt wurden, sondern eine breite Definition zugrunde gelegt wurde, anhand derer erst bei der Reflexion entschieden wurde, inwieweit sich Empowerment identifizieren ließ, wurde als herausfordernd beschrieben. Es erschien vielen Interviewpersonen deshalb besser, im Vorfeld stärker einzugrenzen und festzulegen, welche „Standardindikatoren“ aus der Literatur erfasst werden sollten und welche Indikatoren speziell für die Intervention relevant sein könnten. Dies würde eine Erleichterung bei Dokumentation und Auswertung darstellen, ohne auf eine breite Auswahl an Indikatoren und damit Detailliertheit zu verzichten. Mehr Vorstrukturierung des Beobachtungsprotokolls bzw. detaillierte Interviewfragen wurden nicht als Einschränkung für die Flexibilität des Studiendesigns gewertet, sondern vielmehr als Stütze für die Mitarbeiter bei Datenerhebung und Analyse. Dies hätte auch Vorteile für die Vergleichbarkeit innerhalb der Intervention (zwischen den Interventionsgemeinden) und Interventionen aus der wissenschaftlichen Literatur gehabt.

2. Qualität des Datenmaterials

Zur Beurteilung und Beschreibung von Empowerment wurden von den meisten Interviewpersonen die prozesshafte Dokumentation über die Beobachtungsprotokolle, sowie Dokumentationen zu den konkreten entwickelten Aktivitäten als die aussagekräftigsten Datenmaterialien bewertet. Als Nachteil der gewählten qualitativen Erhebung natürlicher und generierter Daten wurde die starke Abhängigkeit der Datenqualität vom

theoretischen Hintergrundwissen und von der Motivation und Bereitschaft zur Reflexion des jeweiligen Forschers genannt:

„...hängt natürlich extrem stark von dem ab, wie derjenige oder die beiden das Protokoll jeweils geschrieben haben. Wie motiviert die an dem Tag waren, wie viel Energie sie in der fünften Gruppe noch hatten und auch wie weit die Schreibenden bereit waren davon zu interpretieren und zu Schlussfolgern und was auch immer. Also das finde ich fällt schon auf, das da einfach extreme Unterschiede drin sind. Das es Protokolle gibt, die extrem technisch nur so und so viele waren da und der hat das gesagt und der hat das gesagt und jenes und dann sind andere Protokolle wo man das Gefühl hat, da kann man, da ist das halbe Paper schon geschrieben“.

Auch eine fehlende professionelle Schulung im Rahmen von GENIESSER Oberpfalz zu qualitativen Erhebungsverfahren wurde als Schwäche genannt (IP 5).

Eine Vorher-Nachher-Erhebung wurde bei der Erfassung von Empowerment grundsätzlich als sinnvoll bewertet, da Veränderungen besser beobachtbar seien. Durch die qualitativen sehr offenen Anfangs- und Abschlussinterviews (bezüglich konkreter Indikatoren) mit den Teilnehmern könnte Empowerment im Zeitverlauf nicht in seiner Vielschichtigkeit erfasst werden, weil keine konkrete Abfrage der Empowerment-Dimensionen im Leitfaden enthalten sei. Hier wäre möglicherweise auch eine ergänzende quantitative Vorher-Nachher-Erhebung geeignet, weil klarere Aussagen zu erwarten wären und die Frage „*was hat die Intervention bewirkt*“ eindeutiger beantwortet werden könnte, womit möglicherweise auch eine bessere Publizierbarkeit einherginge (IP 1).

3. Bewertungen des Studiendesigns in Bezug auf spezifische entwickelte Qualitätskriterien

a) Fehlende Berücksichtigung von Multiplikatoren/ Schlüsselpersonen bei der Erhebung von Empowerment (Teilnehmer- und Gemeindeebene)

Die fehlende Einbindung von Multiplikatoren bei der Evaluation von Empowerment im Verlauf der Intervention wurde von keiner der Interviewpartnerinnen als einschränkend für die Datenqualität bewertet: Dadurch dass die Multiplikatoren (bis auf Gemeinde 1)

nicht in die fortschreitende Intervention und in die Weiterentwicklung der Gruppe und deren Aktivitäten eingebunden waren, wäre eine externe Einschätzung bezüglich Empowerment wahrscheinlich schwierig bzw. spekulativ gewesen, sodass das eigentliche Ziel einer Einbindung Dritter, nämlich die Objektivierung der Ergebnisse zu Empowerment, nicht erreicht worden wäre.

b) Fehlender Langzeit-Follow-Up

Der fehlende Langzeit-Follow-Up wurde von vielen Interviewpersonen kritisiert: Mit dem gewählten Design sei zweifellos gut beobachtbar, dass und wie sich Empowerment entwickle und, dass Aktivitäten von den Teilnehmern umgesetzt würden. Diese Aktivitäten zeigten sich allerdings oftmals als nicht nachhaltig. Mit einer längerfristig angelegten Erhebung könnte überprüft werden, ob die gemachten Erfahrungen der Teilnehmenden in gesellschaftlichem bzw. politischem Engagement im Ernährungsbereich für zukünftige Beteiligungen, beispielsweise auch in anderen Lebensbereichen, nutzbar bleiben.

c) Fehlende Kontrollgruppe

Das Fehlen einer Kontrollgruppe wurde nicht als Nachteil bewertet, da zumindest bei GENIESSER Oberpfalz durch das Vorliegen mehrerer paralleler Gruppeninterventionen deutlich würde, dass die Entwicklung tatsächlicher konkreter Aktivitäten sehr stark von den individuellen Teilnehmern einer Gruppe abhängen, so dass Unterschiede in den Gruppen nicht unbedingt nur auf das Konzept zurückgeführt werden könnten. Da zuvor keine Endpunkte hinsichtlich konkreter Entwicklungen von Empowerment und Aktivitäten festgelegt wurden und auch nicht bestimmt werden konnten (als Folge des Bottom-Up-Ansatzes), erschien den Interviewpersonen die Etablierung einer Kontrollgruppe nicht sinnvoll.

d) Dokumentation des Zusammenhangs zwischen Empowerment und gesundheitsbezogenen Variablen (z.B. Ernährungswissen, gesundes Ernährungsverhalten)

Die Interviewpersonen betonten, dass es gelänge, aus dem vorliegenden Datenmaterial (Beobachtungsprotokolle, Interviews) abzuleiten, welche Entwicklungen die Teilnehmenden (auf Ebene der Gruppe) in den Gruppensitzungen motiviere, ernährungsbezogene Veränderungen vorzunehmen. Die Dokumentation der Beziehung zwischen der Operationalisierung von Empowerment in den Gruppensitzungen und ernährungsbezogenen Veränderungen in Wissen und Verhalten sei dadurch möglich gewesen. Weniger gut gelang laut einer Projektmitarbeiterin (IP 4) die Verlinkung bzw. Triangulation der verschiedenen Datenquellen (Beobachtungsprotokoll, Interview, Fokusgruppe) hinsichtlich Prozessen und Effekten auf individueller Ebene, da in den Beobachtungsprotokollen nur in Einzelfällen Ergebnisse auf individueller Empowerment-Ebene dokumentiert werden könnten, sofern Teilnehmer sehr aus sich heraus gingen und Führungsrollen einnahmen.

e) Fehlende Einbindung lokaler Experten (z.B. Schlüsselpersonen aus der Gemeinde) bzw. Mitgliedern der Zielgruppe bei der Entwicklung der Studiendesigns

Die fehlende Einbindung lokaler Experten in die Evaluation von Empowerment wurde im Fall der GENIESSER-Intervention nicht bereut, da einerseits ein entsprechender methodischer Fachhintergrund nicht abgreifbar wäre, so dass ein hilfreicher Beitrag fragwürdig erscheine. Im speziellen Anwendungsfall von GENIESSER Oberpfalz fand außerdem ein offener Rekrutierungsansatz statt, so dass es sich um willkürlich zusammengesetzte Gruppen handle, die lokale Akteure nicht gut kannten. Somit hätten keine Aussagen über Entwicklungsmöglichkeiten dieser spezifischen Gruppen (z.B. auf Basis bestehender Erfahrungen mit dieser Gruppe) getroffen werden können.

Ebenso wurde die fehlende Einbindung von Mitgliedern aus der Zielgruppe nicht als einschränkend für die Datenqualität bewertet: Den Interviewpersonen sei im Rahmen von GENIESSER Oberpfalz aufgefallen, dass die Teilnehmenden durch den Forschungskontext teilweise irritiert gewesen seien, so dass die Einbindung in die Entwicklung eines wissenschaftlichen Studiendesigns bzw. ein Überprüfung der Daten im

Nachgang die Zielgruppe vermutlich überfordert hätte, so die Einschätzung einer Interviewperson, und die GENIESSER-Intervention einen „artifiziellen“ Anschein gehabt hätte.

4. Bewährung und Anwendung in der Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung

a) Aufwand

Die gewählte Art der Datenerhebung wurde als aufwendig und zeitintensiv, jedoch nicht als unverhältnismäßig hoch für Forschung bewertet. Als Instrument, das man in guter Praxis der Gesundheitsförderung einsetzen könnte, wurde das Beobachtungsprotokoll genannt. Es könnte laut der Einschätzung der Interviewpartnerinnen für Praktiker als ein Feedback-Instrument dienen, das sowohl Daten zu Geschehnissen enthalte, aber auch Ergebnisse zur Funktionsweise praktischer Umsetzungen von Empowerment im Rahmen einer Maßnahme liefere, sowie Entwicklungsprozesse abbilden könnte.

b) Notwendige Ressourcen und Kompetenzen

Viele führten aus, dass es sinnvoll gewesen wäre, vor der Evaluation eine intensivere Verständigung und damit Schulung zum Konzept Empowerment durchzuführen. Das gemeinsame Verständnis sei eher im Nachhinein definiert worden („*was verstehen wir unter Empowerment*“, IP 4).

8 Diskussion der Anwendbarkeit des entwickelten Kriterienrahmens

8.1 Zentrale Ergebnisse

Die schrittweise Entwicklung von Kriterien methodischer Qualität und entsprechender Handlungsempfehlungen auf Basis verschiedener Evidenzen, nämlich einer systematischen Übersichtsarbeit und einer Analyse theoretischer Public-Health-Literatur zu komplexen Interventionen ist gelungen. Die durchgeführten qualitativen Interviews ermöglichten anschließend eine Anwendung des Kriterienrahmens auf ein konkretes Interventionsbeispiel. Die Anwendung zeigte, dass der Rahmen gut funktioniert, manche Aspekte allerdings projektspezifisch nicht immer zutreffen. Aufgrund der verschiedenartigen methodischen Herangehensweise an die Fragestellung „Evaluation von Empowerment in der Gesundheitsförderung“ konnten die entwickelten Handlungsempfehlungen miteinander trianguliert und damit validiert werden.

Als Kernprinzipien für methodische Qualität für die Evaluation von Empowerment kristallisieren sich insbesondere folgende Aspekte heraus:

- (1) Die Berücksichtigung der Mehrebenenstruktur von Empowerment ist bei der Evaluation zentral. Als Strategien hierfür werden Triangulation und Objektivierung vorgeschlagen. Die Abbildung der Perspektiven von Zielgruppen und Schlüsselpersonen mit aktiver Rolle in der Intervention, sowie strukturellen Veränderungen im jeweiligen Setting scheint der Theorie von Empowerment gerecht zu werden.
- (2) Die Prozessfokussierung bei der Evaluation von Empowerment zur Nachzeichnung auch oftmals langwieriger Abläufe und Entwicklungen scheint unstrittig.
- (3) Damit geht auch der Einsatz von Mixed-Methods einher, da diese die Chance bieten eng und flexibel an den ablaufenden Prozessen zu dokumentieren.
- (4) Der Einbau von Reflexionsschleifen innerhalb des Evaluationsteams zum Empowerment-Konzept und zum vorliegenden Datenmaterial wird als wichtig erachtet.

8.2 Stärken und Limitationen

Nach Wissen der Autorin handelt sich bei dem entwickelten Kriterienrahmen/ Übersichtsschema um die erste systematisch und auf unterschiedlichen empirischen und theoretischen Evidenzen entwickelte Handlungsmatrix für den Bereich Evaluation von Empowerment in der Gesundheitsförderung. Die Stärken und Limitationen der systematischen Übersichtsarbeit wurden bereits an anderer Stelle diskutiert (Kapitel 5.3). Die qualitative Interviewstudie zeichnet sich dadurch aus, dass die Perspektiven interdisziplinärer Interviewpartner, die sich ausführlich mit der Evaluation von Empowerment beschäftigt haben, trianguliert wurden. Zu kritisieren ist allerdings, dass lediglich ein Forscherteam, das im Rahmen einer Empowerment-Intervention zusammengearbeitet hat, befragt wurde und der Einbezug weiterer Experten ausblieb. Die Begründung hierfür liegt darin, dass die entwickelten Kriterien auf Basis eines konkreten aber sehr umfassenden Studiendesigns, in das die Autorin einen intensiven Einblick hatte, diskutiert werden sollten. Die Überprüfung der Anwendbarkeit des Kriterienrahmens auf weitere Interventionen könnte zur weiteren Generalisierung der Kriterien beitragen, weitere Interviews oder gar Fokusgruppen mit Forschern und Experten aus dem Bereich Empowerment könnten einen Konsensprozess anstoßen, der sich zum Ziel setzt abgestimmte Empfehlungen oder Standards für die Evaluation von Empowerment zu entwickeln.

Bisher ist eine weitere qualitative Interviewstudie zur Thematik Evaluation von Empowerment bekannt, die mit australischen Gesundheitsförderungsexperten aus der Praxis (n=17) durchgeführt wurde [53]. Auch hier wurden erste Handlungsempfehlungen für die Auswahl von Empowerment-Indikatoren, Studiendesigns, Datenerhebungsmethoden und -quellen auf Basis von Interviews abgeleitet. Die vorliegende Arbeit ergänzt diese Studie um vielschichtige Details, indem der Bereich der Gesundheitsförderungsforschung mittels Review und Interviewstudie systematisch zur Evaluation von Empowerment untersucht wird und damit die bereits vorliegenden Ergebnisse erweitert.

Die entwickelten Kriterien methodischer Qualität können dabei nicht nur als Leitfaden für die Planung von Evaluationen von Empowerment dienen, sondern auch als Instrument zur methodischen Qualitätsbeurteilung der Evaluation bei Empowerment-

Interventionen, z.B. als Arbeitsschritt in einer Evidenzsynthese. Auch im Sinne eines Orientierungsrahmens zum „Reporting“ relevanter Eigenschaften eines Evaluationsdesigns für Empowerment könnten wichtige Impulse ausgehen.

9 Implikationen für die Evaluation von Empowerment

Die große Bandbreite an Studiendesigns, Datenerhebungsmethoden und Indikatoren, die bei der Evaluation von Empowerment eingesetzt werden, ist eindrucksvoll – selbst unter Berücksichtigung der Heterogenität der eingeschlossenen Interventionen. Dies zeigt deutlich, dass die Forschungspraxis selbst Jahrzehnte nach dem Einzug des Ansatzes als Kernstrategie der Gesundheitsförderung bezüglich der Evaluation von Empowerment noch weit davon entfernt ist Standards zu etablieren. Die Formulierung eines Goldstandards für die Evaluation von Empowerment erscheint indes auch unrealistisch angesichts der Komplexität dieses Mehrebenen-Konzeptes und zahlreicher Definitionen für Empowerment. Die vielfältige Ausgestaltung von Studiendesigns spiegelt auch die zentrale Bedeutung des Kontextes und kultureller Gegebenheiten bei Empowerment-basierten Interventionen und die Notwendigkeit wider, Interventionen an die Bedürfnisse und Prioritäten der Zielpersonen anzupassen [24]. Universallösungen für die Evaluation von Empowerment sind aus diesem Grund möglicherweise nicht geeignet, um das vielschichtige und kontextabhängige Konzept zu erfassen.

Des Weiteren skizzieren die Ergebnisse auch den bislang fehlenden Konsens im betreffenden Wissenschaftsbereich darüber, ob Empowerment einen Prozess darstellt oder als eigenes Outcome zu werten ist [53]. Die Uneinheitlichkeit der dokumentierten Ergebnisse der Interventionen erschwert Lesern den Vergleich zwischen und die Kombination von Studien. Dazu kommt die Schwierigkeit für Gesundheitsförderungspraktiker evidenzbasierte Entscheidungen zur Gestaltung von Interventionen und Maßnahmen zu treffen. Verständigung über einige Basisprinzipien bei der Datenerhebung und ein Kernindikatorensatz könnten hilfreich für die Gesundheitsförderungsforschung und -praxis sein. Die Harmonisierung von Indikatoren für Empowerment und Konsens darüber, welche Dimensionen (individuell, organisationsbezogen, politisch) bei der Evaluation berücksichtigt werden sollten, könnten ein erster Schritt in diese Richtung sein (vgl. Kapitel 10).

Trotz der Bandbreite an verwendeten Studiendesigns sollen nachfolgend einige Richtlinien für die Evaluation von Empowerment vorgestellt werden, die auf Basis dieser Arbeit und weiterer Public-Health-Literatur abgeleitet wurden:

1. Kontrollierte Designs

Die Analyse der bisherigen Evaluationen hat gezeigt, dass Kontrollgruppendesigns zu Empowerment machbar sind und durchaus verbreitet eingesetzt werden (z.B. Backman et al, 2011; Wallerstein & Bernstein, 1988). Dies sollte Forscher ermutigen Kontrollgruppen zu etablieren, sofern die Struktur der Intervention es zulässt. Dieses Vorgehen steht auch im Einklang mit den Verfahrensweisen des Wissenschaftsbereiches Evidence-based Public Health [39]. Für die Wirksamkeitsevaluation von Gesundheitsförderung werden in diesem Fachbereich, der sich auch an den Standards der zentralen Review-Gruppen der Cochrane Collaboration (Cochrane Non-randomized Studies Methods Group, Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC)) orientiert, alternative Studiendesigns mit Kontrollgruppen vorgeschlagen, die z.T. weniger strenge methodische Auflagen erfüllen müssen:

- cluster-randomisierte Studien (Zuordnung von Kontrollen nicht auf der Ebene von Einzelpersonen, sondern auf der Ebene von Gruppen)
- cluster-kontrollierte Studien (Auswahl der Kontrollgruppe anhand pragmatischer Kriterien)
- kontrollierte Vorher-Nachher Studien (Unterschied zu vorherigem Punkt: Messung erfolgt vor dem Beginn der Intervention) [83]

2. Mixed-Methods und Triangulation

Einige Autoren ausgewählter Artikel hoben die Reichhaltigkeit und Detailgenauigkeit qualitativen Datenmaterials besonders positiv hervor vor allem, wenn verschiedene Datenquellen berücksichtigt wurden. Studien, die nur selbstberichtete generierte Daten (quantitativ und qualitativ) erhoben, wurden teilweise als zu eng in ihrer Sichtweise bewertet. Es könnte deshalb sinnvoll sein sowohl weitere Datentypen in die Evaluation zu integrieren (z.B. natürliche Daten, öffentliche Dokumente, Korrespondenzen) als auch weitere Personen neben den Zielpersonen einer Intervention. So können beispielsweise Schlüsselpersonen aus dem Setting der Intervention oder Stakeholder mit Bezug zur Zielgruppe hilfreiche Informationen zu Empowerment liefern. Ein eindrucksvolles Beispiel für Triangulation unterschiedlicher Methoden und Datenquellen zeigt die

Studie von Crossley et al. (2001): Sie verknüpfte qualitative Interviews mit Teilnehmern und Schlüsselpersonen, sowie Fokusgruppen mit natürlichen Daten (Beobachtung, Dokumentenanalyse). Eine weitere Option ist die zusätzliche Erhebung quantitativer Daten (Fragebogen).

Bei der Auswahl von Schlüsselpersonen im Rahmen der Evaluation von Empowerment sollten Akteure in Erwägung gezogen werden, die (1) die Zielgruppe gut kennen (z.B. Lehrer bei einer schulbasierten Empowerment-Intervention) und (2) Akteure, die Veränderungen auf struktureller Ebene beurteilen können (diese Personen stellen sich möglicherweise erst im Laufe der Intervention heraus). Geeignete Schlüsselpersonen sind interventions- und setting-spezifisch zu identifizieren, im Rahmen der Intervention „GENIESSER Oberpfalz“ erwiesen sich aber für die Zielgruppe der Senioren und Eltern mit kleinen Kindern verschiedene Personenkreise als relevant. Bei Senioren könnten beispielsweise Leiter von Seniorengruppen, die häufig von kirchlicher oder gemeindlicher Seite angeboten werden, Personal in Pflegeheimen oder Seniorenbeauftragte wichtige Informanten sein [71].

Bei der Analyse der Studiendesigns wurde deutlich, dass semi-strukturierte Interviews verbreitet genutzt werden: Interviews scheinen daher eine gut umsetzbare Datenerhebungsmethode zu sein, so dass auch Gesundheitsförderungspraktiker ermutigt werden sollten mit dieser Technik in ihrer täglichen Praxis vertraut zu werden.

3. Engmaschige Prozessbegleitung

Viele Autoren gestalteten die Evaluation als kontinuierliche und engmaschige Begleitung der Intervention. Dieses Vorgehen scheint ein geeignetes Verfahren zu sein, die Dynamiken, die die Arbeit mit Empowerment birgt, flexibel zu dokumentieren. Dieses Vorgehen steht im Einklang mit Empfehlungen aus dem Forschungsbereich zur Evaluation von sogenannten „komplexen Interventionen“: Viele Autoren sprechen sich hier für flexible Verfahren aus und die Fokussierung auf die ablaufenden Prozesse [76, 79, 84, 85]. Auch Empowerment-Interventionen werden aufgrund der multidimensionalen Struktur des Konzeptes als „komplex“ bezeichnet, da Empowerment diverse Prozesse und Endpunkte auf verschiedenen Ebenen impliziert [71]. Die Bedeutung der Prozessevaluation im Zusammenhang von Empowerment gründet auch auf der Definition des

Konzeptes als Prozess und Ergebnis: Die Bedeutung einer Nachzeichnung ablaufender, oft langwieriger, Prozesse ist essentiell [20, 56].

Beobachtungen und die Anfertigung von Protokollen mit detaillierten strukturierten Feldnotizen scheinen dafür gut geeignet zu sein. Wichtig ist dabei jedoch, nicht nur den chronologischen Ablauf der Ereignisse in Form eines Ergebnisprotokolls zu dokumentieren, sondern im Vorfeld spezifische Beobachtungskategorien zu definieren, wie beispielsweise persönliche Entwicklung und Reflexionen der Teilnehmenden oder Rahmenbedingungen, die die Intervention beeinflussen [71].

4. Partizipative Elemente in der Evaluation

Einige Studien, die in der Übersichtsarbeit analysiert wurden, beinhalteten mehrfach partizipative Elemente auf den Stufen der Datenerhebung und -analyse des Forschungsprozesses. Beispielsweise überprüften in der Studie von Dickson (2000) Teilnehmende den Interviewleitfaden auf Klarheit und Angemessenheit. Rissel et al. (1996) suchten dagegen den Austausch mit Experten und kooperierten mit einem Alkoholpräventionsforschungsprojekt, um zu explorieren, ob ein Empowerment-Konzept bezogen auf Erwachsene auch bei Jugendlichen angewandt werden kann. Dieses Vorgehen steht im Einklang mit dem Grundprinzip von Empowerment, dass nicht nur die aktive Beteiligung der Zielpersonen vorsieht, sondern auch darauf zielt der Zielgruppe Verantwortung und Entscheidungsmacht zu übertragen. Eine Evaluation, die nur von Experten getragen wird, erscheint daher widersprüchlich zum Grundgedanken von Empowerment [53].

5. Diskurs und Reflexion

Sowohl Reflexion und Diskurs innerhalb des Forscherteams zum Fortgang der Intervention und deren Evaluation in Bezug auf Empowerment, als auch Selbstreflexion der Forscher zur eigenen Rolle im Feld, sollten im Studiendesign berücksichtigt werden. Zeitliche und organisatorische Ressourcen für Diskurse und Reflexionen sollten von Anfang an als fester Bestandteil in das Evaluationsdesign miteingeplant werden. Zwei Strategien sind dabei denkbar: Erstens können Reflexionsteile direkt in die Datenerhe-

bungsinstrumente eingebaut werden z.B. in Beobachtungsprotokolle oder Feedback-Gespräche (Stolzenberg et al., 2012); zweitens kann es sinnvoll sein, dass Reflexionen des Forscherteams in Verbindung mit Monitoring- bzw. Beobachtungsaktivitäten erfolgen, z.B. direkt nach dem Ausfüllen eines Beobachtungsprotokolls [71].

6. Widerspiegelung der Mehrdimensionalität von Empowerment durch Indikatorenauswahl

Schließlich sollte eingehend überlegt werden, welche Indikatoren für Empowerment in der Evaluation aufgegriffen werden und welche Dimensionen in Anlehnung an die jeweilige Umsetzungsform von Empowerment erreicht werden könnten. Die Auswahl an Indikatoren sollte dabei die Mehrdimensionalität des Empowerment-Konzeptes widerspiegeln. Hierfür illustriert die vorliegende Arbeit ein Spektrum an Operationalisierungsmöglichkeiten.

7. Langzeit Follow-Up

Nicht nur Studien, die in die Übersichtsarbeit eingeschlossen wurden (wie z.B. Backman et al., 2011), legen dar, dass Langzeit Follow-Ups notwendig sind, um die Nachhaltigkeit erreichter Effekte zu analysieren. Auch Forscher aus dem Bereich komplexer Interventionen empfehlen weitere Datenerhebungen auch weit nach Beendigung der Intervention, um hochwertige Wirksamkeitsnachweise zu generieren [79]. Dieses Kriterium gewinnt im Zusammenhang mit Empowerment besonders an Bedeutung, da Empowerment auch als sehr allgemeine Befähigung gesehen wird, die zwar spezifisch durch eine gesundheitsbezogene Intervention angestoßen werden kann, sich jedoch in anderen Lebensbereichen auswirken kann [18].

8. Reporting bezüglich der Evaluation in Empowerment-Interventionen

Abschließend könnte der in dieser Arbeit entwickelte Kriterienrahmen (vgl. Kapitel 6) eine Vorlage für das Reporting relevanter methodischer Maximen sein, die eine spezifische Evaluation von Empowerment beinhaltet. Als Orientierung dafür, welche Aspekte nicht nur inhaltlich für eine Evaluation wichtig zu sein scheinen, sondern auch berich-

tenswert und für Leser zentral im Zusammenhang mit der Evaluation von Empowerment, könnten Standards oder gute Praxis für Transparenz gesetzt werden. Die Qualitätsbeurteilung und Vergleichbarkeit von Empowerment-Interventionen könnte so erleichtert werden, sowohl für die Forschung als auch die Praxis.

10 Ausblick

Die vorliegende Arbeit belegt eindrucksvoll mit welchen Herausforderungen die Evaluation von Empowerment konfrontiert ist, indem Forscher ein breites Spektrum an innovativen und komplexen Studiendesigns einsetzen. Für eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Empowerment-Interventionen, scheint es jedoch essenziell einen Minimalstandard bzw. -konsens oder Kriterien guter Praxis zu etablieren, insbesondere mit Bezug auf Ergebnisse. Wie dieses Ziel erreicht werden kann, ohne die Handlungsmöglichkeiten von Forschern einzuschränken auf kontextuelle Rahmenbedingungen zu reagieren und Präferenzen der Zielpersonen im Studiendesign zu berücksichtigen, muss diskutiert werden und in zukünftigen Studien erprobt werden.

Die Stärke der vorliegenden Arbeit liegt vermutlich in ihrer breiten Perspektive auf die bisherige Praxis der Evaluation von Empowerment in der Gesundheitsförderung und könnte demnach als Grundlagenforschung auf diesem Gebiet bezeichnet werden. Ein wichtiger nachfolgender Schritt wäre es, systematische Reviews über homogene Studiendesigns anzufertigen und spezifische methodische Qualitätsbeurteilungen der eingeschlossenen Arbeiten durchzuführen. Hierfür existieren zahlreiche Instrumente (appraisal tools), z.B. spezifische Werkzeuge für bestimmte Designs (z.B. etablierte sich für nicht-randomisierte Beobachtungsstudien die Newcastle-Ottawa-Scale [86]). Harmonisierungsprozesse finden dann innerhalb gleicher Studiendesigns statt.

Diese Arbeit kann einen Grundstein für solche wissenschaftlichen Konsensfindungsprozesse liefern, indem sie eine empirisch erarbeitete Übersicht zur qualitätsgesicherten Evaluation von Empowerment und konkrete Empfehlungen liefert und damit einen Beitrag zur Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung leistet.

An dieser Stelle kann wieder der Bogen zur Evidenzbasierung in der klinischen Forschung und dort etablierten Konsensfindungs-Arbeitsgruppen geschlagen werden: Im Bereich der Outcome-Forschung etablierten sich beispielsweise in den speziellen Feldern der Rheumatologie und der Dermatologie Initiativen (OMERACT, HOME) zur Harmonisierung von Outcomes [87, 88], sowie breit angelegte Initiativen zu Kernout-

comemessungen (COMET) [89] und standardisierten Vorgehensweise für die Auswahl von Instrumenten (COSMIN) [90].

Am Beispiel der dermatologischen HOME-Initiative soll dieser Prozess nun kurz skizziert und auf den Bereich des Empowerment übertragen werden. Die Mitglieder der HOME-Initiative (Harmonizing Outcome Measures for Eczema) veröffentlichten einen „Fahrplan“ für einen schrittweisen systematischen Prozess zur konsensbasierten Entwicklung von Kernoutcomemessungen (Kernindikatoren) und Kerninstrumenten [88]. Ziele dieser Konsensfindungsprozesse sind, ein Minimalset an Kernoutcomemessungen und -instrumenten zu bestimmen und Reportingbias zu verhindern. Dazu kommt der Vorteil die Vergleichbarkeit zwischen Studien zu sichern und damit klinische Entscheidungsfindungen zu unterstützen.

Übertragen auf die Gesundheitsförderung und die Evidenzbasierung derartiger Interventionen hinsichtlich des Kernkonzeptes Empowerment bedeutet dies, Handlungsempfehlungen bzw. Standards oder zumindest einen Minimalkonsens für Indikatoren bei der Evaluation von Empowerment zu bestimmen. Die Vergleichbarkeit von Interventionen, aber auch die Entscheidungsfindung bei Gesundheitsförderern, welche Interventionen geeignet und wirksam sind, soll erleichtert werden. Die Entwicklung derartiger Minimalsets erfordert einen umfassenden, mehrstufigen Ablauf mit Konsensmeetings und Entscheidungsprozessen:

- (1) Erstes Meeting einer Steuerungsgruppe zur Exploration von Interessen und Motivationen in einem kollaborativen Prozess einen Minimalkonsens zu finden
- (2) Delphi-Studien (auch online) für zwischenzeitliche Abstimmungen, z.B. [90]
- (3) Weitere Abstimmungs- und Entscheidungstreffen

Nachfolgende Tabelle fasst zunächst die Schritte des originären HOME-Vorgehens auf und adaptiert dann das Vorgehen des Harmonisierungsprozesses bei HOME auf den Bereich der Harmonisierung der Evaluation von Empowerment:

Tabelle 13: Adaption des Harmonisierungsprozesses

HOME Roadmap [88]	Harmonisierungsprozess hinsichtlich der Evaluation von Empowerment
<p><u>1. Meeting I: Definition des Geltungsbereichs:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition der Kerndomänen des interessierenden Konzepts unter Repräsentanz aller relevanten Stakeholder → Finanzierung notwendig, um Teilnahme zu ermöglichen 	<p><u>1. Meeting I: Definition des Geltungsbereichs:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition der Kerndomänen des interessierenden Konzepts unter Repräsentanz aller relevanten Stakeholder → Finanzierung • Zusammensetzung der Gruppe: Gesundheitswissenschaftler, Gesundheitsförderungspraxis, Vertreter verschiedener Zielgruppen, Förderer, ...
<p><u>2. Kollaborative Definition eines Kernsets an Outcomes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung einer Konsensstudie: als Problemlöseverfahren für Harmonisierungsprozesse haben sich die <p>(1) Delphi-Methode (mehrstufiges Verfahren zur Konsensherstellung auf Basis von Expertenbefragungen) und die</p> <p>(2) Nominal-Group-Technique (Methode zur Ideenfindung und Priorisierung) bewährt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anfertigung eines Protokolls mit klaren Entscheidungskriterien, wann Konsens vorliegt • Typischerweise enthält ein Konsensprozess die Anfertigung systematischer Übersichtsarbeiten als Informationsbasis, des Weiteren sollten Befragungen, Gruppendiskussionen und Abstimmungen auf Meetings stattfinden 	<p><u>2. Kollaborative Definition eines Kernsets an Indikatoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei der Evaluation von Empowerment spricht man weniger von Outcomes, sondern vielmehr von Indikatoren für Empowerment, die bislang sehr heterogen verwendet werden → • Durchführung einer Konsensstudie inkl. Protokoll • <i>Die vorliegende systematische Übersichtsarbeit liefert dafür einen Gesamtüberblick über bislang verwendete Indikatoren</i> • <i>Übersichtsarbeiten über homogene Designs mit zugrundeliegenden Qualitätsbeurteilungen der eingeschlossenen fehlen bislang</i>
<p><u>3. Auswahl von Kerninstrumenten für jede Domäne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Für jede Kerndomäne sollte möglichst das beste Instrument definiert werden • Als Entscheidungsgrundlage sollten wiederum systematische Übersichtsarbeiten mit vorliegenden Instrumenten und deren jeweiligen Messeigenschaften zur Verfügung stehen und ebenso Validierungsstudien 	<p><u>3. Auswahl von Kerninstrumenten für jeden Indikator</u></p> <p>Adaption für Empowerment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der Vielschichtigkeit und Kontextspezifität des Empowerment-Konzeptes ist ein Standardevaluationssystemarium für jede Domäne kein realistisches Ziel, jedoch könnten im Zusammenhang mit Empowerment spezifische Strategien oder Vorgehensweisen bei der Evaluation konsensbasiert „beschlossen“ werden • Informationsbasis: systematische Übersichtsarbeiten (<i>hierfür liegt mit dieser Arbeit die Vorarbeit für die Thematik „Evaluation von Empowerment in der Gesundheitsförderung“ vor, genauso wie die Arbeit von Cyril et al. (2015) [54], die auf quantitative Skalen für Empowerment fokussiert</i>)

HOME Roadmap [88]	Harmonisierungsprozess hinsichtlich der Evaluation von Empowerment
<p><u>4. Dissemination und Implementierung</u> Ziel: Compliance der wissenschaftlichen Community</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publikationen in zentralen Fachzeitschriften, die durch Kommentare und Editorials gestützt werden • Kongressbeiträge • Streuung an Editoren und Gutachter von Fachzeitschriften 	<p><u>4. Dissemination und Implementierung</u> Ziel: Compliance der wissenschaftlichen Community und Gesundheitsförderungspraxis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publikationen in zentralen Fachzeitschriften, die durch Kommentare und Editorials gestützt werden • Kongressbeiträge • Streuung an Editoren und Gutachter von Fachzeitschriften

Der Anstoß eines Harmonisierungsprozesses nach Vorbild einiger klinischer Disziplinen zur Festlegung von Standards bei der Erfassung von Empowerment könnte ein nächster wichtiger Schritt in diesem spezifischen Forschungsbereich der Gesundheitsförderung sein.

11 Zusammenfassung

Gesundheitsförderung gilt, existieren keine Empfehlungen für die Evaluation dieses Konzepts im Rahmen von Interventionen. Für die Entwicklung effektiver Interventionen zur Förderung von Empowerment sind jedoch angemessene Studiendesigns, Datenerhebungsmethoden und Indikatoren zur Erfassung von Empowerment unabdingbar. Um besser zu verstehen, welche Evaluationsverfahren für Empowerment bislang genutzt wurden und welche Vor- und Nachteile mit bestimmten Verfahren verbunden sind, wurde zunächst eine systematische Übersichtsarbeit – aufgebaut nach PRISMA – zu Evaluationsverfahren in Empowerment-basierten Gesundheitsförderungsinterventionen durchgeführt. Es konnten 26 Artikel eingeschlossen werden: Die Studien variierten zwischen sechs verschiedenen Empowerment-Strategien, die sich hinsichtlich des Aktivierungsgrades voneinander unterscheiden. Die Studien setzten heterogene Studiendesigns und vielfältige quantitative, qualitative und Mixed-Methods-Datenerhebungstechniken ein. Qualitative und quantitative Verfahren dominierten. Die quantitativen Messinstrumente (ausschließlich Fragebögen) wiesen eine große Heterogenität auf, da hauptsächlich Skalen neu entwickelt wurden oder bestehende Instrumente adaptiert wurden. Alle Studien berücksichtigten Indikatoren, die individuelle Kompetenzen und Motivationen widerspiegeln, wohingegen Indikatoren, die die organisationsbezogenen und politischen Komponenten von Empowerment reflektieren, weniger häufig genutzt wurden. Die Einbeziehung von Adressaten der Intervention bei der Entwicklung des Evaluationsdesigns für Empowerment, sowie die Kombination verschiedener Datenquellen für die Erfassung des Konzeptes wurden als spezifische Instrumente für die Qualitätssicherung der Datenerhebung vorgeschlagen. Lediglich fünf Studien analysierten Veränderungen des Gesundheitsverhaltens und versuchten die theoretische Verknüpfung zwischen Empowerment und Gesundheitsverhalten mit statistischen Methoden zu belegen.

Die Ergebnisse der Übersichtsarbeit zur Forschungspraxis in Bezug auf die Evaluation von Empowerment und die damit verbundenen Begründungen und Bewertungen laut der jeweiligen Autoren lieferten in einem nachfolgenden Arbeitsschritt, zusammen mit theoriebasierter Literatur zur Evaluation von Empowerment und Public-Health-Literatur

aus dem Feld komplexer Interventionen, die Grundlage für die Entwicklung eines Kriterienrahmens. Dieser enthält 17 Kriterien für die qualitätsgesicherte Evaluation von Empowerment. Nach Abgleich mit einer konkreten Empowerment-Intervention (GENIESSER Oberpfalz) unter Mitarbeit der Autorin konnte die Systematik um zwei weitere Kriterien erweitert werden. Zur weiteren Überprüfung der Anwendbarkeit und Funktionsweise des Kriterienrahmens wurden abschließend qualitative Interviews mit dem Forscherteam (n=5) geführt, um einerseits zu explorieren, ob sich das gewählte Studiendesign bei GENIESSER bewährt hat, und wie bestimmte methodische Vorgehensweisen bewertet werden.

Gesamtergebnis der Arbeit ist ein Kriterienrahmen für die qualitätsgesicherte Evaluation von Empowerment, der aus systematischer Übersichtsarbeit und theoriebasierter Public-Health-Literatur entwickelt wurde und auf seine Anwendbarkeit auf eine spezifische Intervention überprüft wurde. Der Kriterienrahmen funktioniert gut, manche Aspekte treffen jedoch projektspezifisch nicht immer zu.

Angesichts der flexiblen und kontextabhängigen Erscheinungsform von Empowerment-Ansätzen, ist die Entwicklung eines Standards für deren Evaluation möglicherweise aber unrealistisch. Nichtsdestotrotz versucht die vorliegende Arbeit den Bereich „Evaluation von Empowerment“ weiter zu entwickeln, indem sie Wege aufzeigt qualitativ hochwertige Evaluationen dieses Konzeptes durchzuführen. Konkrete Empfehlungen bzw. Kriterien guter Praxis für die Evaluation von Empowerment wurden abgeleitet – sowohl für den Forschungs- als auch Praxisbereich der Gesundheitsförderung. Einen weiteren Anhaltspunkt liefern die Handlungsempfehlungen für wichtige Reportingbereiche bei der Evaluation von Empowerment.

Als Aufgabe für die Zukunft dieses Forschungsbereiches wird in Anlehnung an Harmonisierungsprozesse in vorrangig klinischen Disziplinen hinsichtlich Kern-Outcome-Sets und Kernmessinstrumenten skizziert, wie ein methodischer Konsensusprozess zur Evaluation von Empowerment in der Gesundheitsförderung aussehen kann.

Anhang

Suchstrings für die verschiedenen Datenbanken

Pubmed (inkl. Medline)

(empowerment[Title/Abstract] AND health promotion[Title/Abstract])

("Power (Psychology)"[Mesh] AND "Health Promotion"[Mesh])

Web of science

Topic=(empowerment) AND Topic = (health promotion)

Title=(empowerment) AND Title = (health promotion)

PsychInfo

Mehrfeldersuche:

(empowerment and health promotion).ti.

(empowerment and health promotion).ab.

MEDPILOT

(empowerment[Title]) AND health promotion[Title]

(empowerment[Title]) AND Gesundheitsförderung [Title]

Eingeschlossene Studien

- (1) Arneson H, Ekberg K (2005) Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. *Health Promotion International* 20: 351-359.
- (2) Backman D, Scruggs V, Atiedu AA, Bowie S, Bye L, Dennis A, Hall M, Ossa A, Wertlieb S, Foerster SB (2011) Using a Toolbox of tailored educational lessons to improve fruit, vegetable, and physical activity behaviors among African American women in California. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 43: 75-85.
- (3) Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, de Souza R (2005) An innovative geographical approach: health promotion and empowerment in a context of extreme urban poverty. *Promotion & Education Supplement* 3: 48-52.
- (4) Blanchard AK, Mohan HL, Shahmanesh M, Prakash R, Isac S, Ramesh BM, Bhattacharjee P, Gurnani V, Moses S, Blanchard JF (2013) Community mobilization, empowerment and HIV prevention among female sex workers in south India. *BMC Public Health* 13: 234.
- (5) Booker VK, Robinson JG, Kay BJ, Najera LG, Stewart G (1997) Changes in empowerment: effects of participation in a lay health promotion program. *Health Education & Behavior* 24: 452-464.
- (6) Campbell C, Mzaidume Z (2001) Grassroots participation, peer education, and HIV prevention by sex workers in South Africa. *American Journal of Public Health* 91: 1978-1986.
- (7) Cargo M, Grams GD, Ottoson JM, Ward P, Green LW (2003) Empowerment as fostering positive youth development and citizenship. *American Journal of Health Behavior* 27 Supplement 1: 66-79.
- (8) Crossley ML (2001) The 'Armistead' project: An exploration of gay men, sexual practices, community health promotion and issues of empowerment. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 11: 111-123.
- (9) De la Luz Martinez-Maldonado M, Correa-Munoz E, Manuel Mendoza-Nunez V (2007) Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health* 7: 276.
- (10) Dickson G (2000) Aboriginal grandmothers' experience with health promotion and participatory action research. *Qualitative Health Research* 10: 188-213.
- (11) Hendrickson JL, Dearden K, Pachon H, An NH, Schroeder DG, Marsh DR (2002) Empowerment in rural Viet Nam: exploring changes in mothers and health volunteers in the context of an integrated nutrition project. *Food and Nutrition Bulletin* 23: 86-94.

(12) Jara EA, Ritterman Weintraub M, Clifton-Hawkins N, Martinez N (2014) Effects of a Promotor Training on Local School Wellness Advocacy Capacity. *Health Promotion Practice* 15: 63-71.

(13) De Jongh J-C, Wegner L, Struthers P (2014) Developing capacity amongst adolescents attending a leadership camp. *South African Journal of Occupational Therapy* 44: 6-10.

(14) Kang JS, Choi SY, Ryu EJ (2008) Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* 45: 14-23.

(15) Kasmel A, Andersen PT (2011) Measurement of community empowerment in three community programs in Rapla (Estonia). *International Journal of Environmental Research and Public Health* 8: 799-817.

(16) Kasmel A, Tanggaard P (2011) Evaluation of changes in individual community-related empowerment in community health promotion interventions in Estonia. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 8: 1772-1791.

(17) Kim JC, Watts CH, Hargreaves JR, Ndhlovu LX, Phetla G, Morison LA, Busza J, Porter JD, Pronyk P (2007) Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *American Journal of Public Health* 97: 1794-1802.

(18) Marr-Lyon L, Young K, Quintero G (2008) An evaluation of youth empowerment tobacco prevention programs in the Southwest. *Journal of Drug Education* 38: 39-53.

(19) Masi CM, Suarez-Balcazar Y, Cassey MZ, Kinney L, Piotrowski ZH (2003) Internet access and empowerment - A community-based health initiative. *Journal of General Internal Medicine* 18: 525-530.

(20) Purdey AF, Adhikari GB, Robinson SA, Cox PW (1994) Participatory health development in rural Nepal: clarifying the process of community empowerment. *Health Education Quarterly* 21: 329-343.

(21) Rissel CE, Perry CL, Wagenaar AC, Wolfson M, Finnegan JR, Komro KA (1996) Empowerment, alcohol, 8th grade students and health promotion. *Journal of Alcohol and Drug Education* 41: 105-119.

(22) Röger U, Rütten A, Frahsa A, Abu-Omar K, Morgan A (2011) Differences in individual empowerment outcomes of socially disadvantaged women: effects of mode of participation and structural changes in a physical activity promotion program. *International Journal of Public Health* 56: 465-473.

(23) Stolzenberg R, Berg G, Maschewsky-Schneider U (2012) Healthy upbringing of children through the empowerment of women in a disadvantaged neighbourhood: evaluation of a peer group project. *Journal of Public Health* 20: 181-192.

(24) Swendeman D, Basu I, Das S, Jana S, Rotheram-Borus MJ (2009) Empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted diseases. *Social Science & Medicine* 69: 1157-1166.

(25) Tsey K, Whiteside M, Haswell-Elkins M, Bainbridge R, Cadet-James Y, Wilson A (2010) Empowerment and Indigenous Australian health: a synthesis of findings from Family Wellbeing formative research. *Health and Social Care in the Community* 18: 169-179.

(26) Wallerstein N, Bernstein E (1988) Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly* 15: 379-394.

Leitfaden: Bewertung des Studiendesigns von GENIESSER Oberpfalz

A) Hat sich das Studiendesign bewährt?

1. Was sind Deiner Meinung nach Stärken des gewählten und entwickelten Studiendesigns?
2. Was sind Deiner Meinung nach Schwächen des gewählten und entwickelten Studiendesigns?
3. Welche Daten liegen in welcher Qualität vor, welche Daten wären noch hilfreich gewesen? Wie ist Deine Meinung?

B) Spezifische Bewertungen des Studiendesigns in Bezug auf die entwickelten Qualitätskriterien

1. Wie bewertest Du die fehlende quantitative Datenerhebung bei GENIESSER jetzt im Nachhinein?
2. Bei der Erfassung von Empowerment (der Teilnehmer, der Gemeinde) wurden Multiplikatoren bzw. Schlüsselpersonen aus der Gemeinde als Datenquelle nicht berücksichtigt: Wie bewertest Du dies?
3. Es wurde kein Langzeit-Follow-Up (auf Ebene der Teilnehmenden/ auf Gemeindeebene) hinsichtlich Empowerment durchgeführt: Wie bewertest Du dies?
4. Bei der Evaluation von Empowerment werden evidenzstärkende Strategien wie Vorher-Nachher-Vergleiche oder Gruppenvergleiche in der Literatur als sinnvoll erachtet:
 - Wie bewertest Du den eingebauten Pre-Post-Vergleich durch die Anfangs- und Abschlussinterviews bei den Teilnehmenden?
 - Wie bewertest Du das Fehlen von Kontrollgruppen bei GENIESSER?

5. Wie bewertest Du die Dokumentation des theoretisch angenommenen Links zwischen Empowerment und Gesundheitsverhalten bei GENIESSER?
6. Eine Einbindung von lokalen Experten und/ oder Mitgliedern der Zielgruppe ist bei der Entwicklung des Studiendesigns nicht erfolgt? Wie bewertest Du dies?
7. Das Studiendesign weist einen Phasenaufbau auf (Kopplung bestimmter Implementierungsschritte und spezifischer Fragestellungen zu Empowerment und unterschiedlicher Datenerhebungsmethoden): Wie bewertest Du diesen Phasenaufbau?
8. In den theoretischen Reflexionen des Beobachtungsprotokolls ist ein Rückkopplungs- bzw. Steuerungsmechanismus integriert zur weiteren Planung der praktischen Umsetzung von Empowerment und methodischen Erfassung von Empowerment in den Gruppensitzungen: Wie bewertest Du dieses Vorgehen jetzt nach Abschluss der Intervention?

C) Bewährung und Anwendung in der Forschungspraxis und der Gesundheitsförderungspraxis

1. Wie bewertest Du die Handhabbarkeit des Studiendesigns in der Forschungspraxis? (*Anwendung der Datenerhebungsmethoden, Arbeiten zu zweit, Aufwand, Kompetenzen, Datenanalyse*)

Literaturverzeichnis

1. GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators (2016) Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 388: 1603-1658.
2. Plass D, Vos T, Hornberg C, Scheidt-Nave C, Zeeb H, Krämer A (2014) Trends in disease burden in Germany – results, implications and limitations of the Global Burden of Disease Study. *Deutsches Ärzteblatt International* 111: 629-638.
3. Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Gesundheitsberichte Spezial. Band 4: Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze. 2007.
4. Statistisches Bundesamt: Bevölkerung bis 2050. Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Berlin, 2003.
5. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden, 2008.
6. Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Demographischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausaufenthalte und Pflegebedürftige im Bund und den Ländern. 2008.
7. Walter U, Robra BP, Schwartz FW: Prävention. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J et al.: *Public Health*. Urban & Fischer, München, 2012, 196-223.
8. Stöckel S: Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J: *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern, 2004, 21-29.
9. Ullrich B: *Das Präventionsdilemma. Schulische Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. VS, Wiesbaden, 2005.
10. Marantz PR (1990) Blaming the victim: the negative consequence of preventive medicine. *American Journal of Public Health* 80: 1186-1187.
11. Dahlgren G, Whitehead M: *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. WHO Europe, Copenhagen, 2006.
12. World Health Organization: *Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. WHO Europe, Copenhagen, 2005.
13. Nutbeam D (1998) Health Promotion Glossary. *Health Promotion International* 13: 349-364.
14. World Health Organization: *Ottawa Charta for Health Promotion*. WHO Europe, Copenhagen, 1986.

15. World Health Organization: Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. WHO Europe, Copenhagen, 1997.
16. World Health Organization: Declaration of Alma Ata (International Conference on Primary Health Care). WHO Europe, Copenhagen, 1978.
17. Miller T, Pankofer S: Empowerment konkret. Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Lucius und Lucius, Stuttgart, 2000, 10.
18. Israel BA, Checkoway B, Schulz A, Zimmerman M (1994) Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Education Quarterly* 21: 149-170.
19. Wallerstein N (1992) Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 6: 197-205.
20. Zimmerman MA (1995) Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology* 23: 581-599.
21. Rappaport J (1987) Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology* 15: 121-148.
22. Labonte R (1994) Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly* 21: 253-268.
23. Perkins DD, Zimmerman MA (1995) Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology* 23: 569-579.
24. Wallerstein N: What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Europe, Copenhagen, 2006.
25. Laverack G (2007) Building the capacity of Fijian communities to improve health outcomes. *Pacific Health Dialogue* 14: 95-100.
26. Laverack G, Wallerstein N (2001) Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International* 16: 179-185.
27. Peterson NA, Zimmerman MA (2004) Beyond the individual: toward a nomological network of organizational empowerment. *American Journal of Community Psychology* 34: 129-145.
28. Labonte R (1992) Heart health inequalities in Canada: modules, theory and planning. *Health Promotion International* 7: 119-128.
29. Rissel C (1994) Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International* 9: 39-47.
30. Minkler M: Community organizing and community building for health. Rutgers University Press, New Brunswick, 1997.
31. Minkler M, Frantz S, Wechsler R (2005) Social support and social action organizing in a "grey ghetto": the tenderloin experience. 1982-83. *International Quarterly of Community Health Education* 25: 49-61.

32. Laverack G, Whipple A (2010) The sirens' song of empowerment: a case study of health promotion and the New Zealand Prostitutes Collective. *Global Health Promotion* 17: 33-38.
33. Frahsa A, Ruetten A, Roeger U, Abu-Omar K, Schow D (2012) Enabling the powerful? Participatory action research with local policymakers and professionals for physical activity promotion with women in difficult life situations. *Health Promotion International* 29:171-184.
34. von Unger H (2012) Participatory health research with immigrant communities in Germany. *International Journal of Action Research* 8: 266-287.
35. von Unger H, Gangarova T: PaKoMi Handbuch. HIV-Prävention für & mit Migrant/inn/en. Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin, 2011.
36. Loss J, Eichhorn C, Reisig V, Wildner M, Nagel E (2007) Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstrumentes für eine landesweite Gesundheitsinitiative. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2: 199-206.
37. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312: 71-72.
38. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM (2009) Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annual Review of Public Health* 30: 175-201.
39. Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O (2008) Evidence-based Public Health: Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Wissenschaft, Werten und Interessen. *Medizinische Klinik* 103: 406-412.
40. World Health Organization: European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. WHO Europe, Copenhagen, 2012.
41. Centers for Disease Control and Prevention (2016) Core Functions of Public Health and How They Relate to the 10 Essential Services. https://www.cdc.gov/nceh/ehs/ephli/core_ess.htm 20.7.2016.
42. Raphael D (2000) The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International* 15: 355-367.
43. Donabedian A (2005) Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly* 83: 691-729.
44. Kliche T, Töppich J, Kawski S, Koch U, Lehmann H Assessing the quality of structures, concepts, and processes in prevention, health promotion, and education. Requirements and solutions. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 47: 125-132.
45. Rosenbrock R (1995) Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen* 57: 140-144.
46. McKenzie JF, Neiger BL, Thackeray R: Planning, Implementing & Evaluating Health Promotion Programs: A primer. 6th ed. Pearson, Boston, 2013, 373-386.

47. Potvin L, Haddad S, Kl F: Beyond process and outcome evaluation: A comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. WHO Europe, Copenhagen, 2001, 45-62.
48. Naidoo J, Wills J: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2010, 453-480.
49. Linnan L, Steckler A: Process Evaluation for Public Health Interventions and Research: An Overview. In: Steckler A, Linnan L, (eds): Process Evaluation for Public Health Interventions and Research. Jossey-Bass, San Francisco, 2002, 1-23.
50. Nutbeam D (1998) Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. Health Promotion International 13: 27-44.
51. Ovretveit J: Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Hans Huber, Bern, Göttingen, 2002.
52. Ruckstuhl B, Studer H, Somaini B (1997) A quality culture for health promotion! Sozial- und Präventivmedizin 43: 221-228.
53. Brandstetter S, McCool M, Wise M, Loss J (2014) Australian health promotion practitioners' perceptions on evaluation of empowerment and participation. Health Promotion International 29: 70-80.
54. Cyril S, Smith BJ, Renzaho AM (2015) Systematic review of empowerment measures in health promotion. Health Promotion International, doi: 10.1093/heapro/dav059.
55. Zimmerman MA, Rappaport J (1988) Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. American Journal of Community Psychology 16: 725-743.
56. Laverack G, Labonte R (2000) A planning framework for community empowerment goals within health promotion. Health Policy and Planning 15: 255-262.
57. Fawcett SB, Paine-Andrews A, Francisco VT, Schultz JA, Richter KP, Lewis RK, Williams EL, Harris KJ, Berkley JY, Fisher JL, Lopez CM (1995) Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. American Journal of Community Psychology 23: 677-697.
58. Narayan D: The contribution of people's participation to rural water supply: findings from 122 projects. World Bank, Washington, 1992.
59. European Centre for Disease Prevention and Control: Evidence-based methodologies for public health – How to assess the best available evidence when time is limited and there is lack of sound evidence. Stockholm, 2011.
60. Lindacher V, Warrelmann B, Loss J, Curbach J (2014) Evaluation of empowerment in health promotion interventions: a systematic review. PROSPERO, CRD42014013485.
61. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine 6: e1000097.

62. Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS (1995) The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP Journal Club* 123: A12-13.
63. Evans D (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20: 22-26.
64. Sandelowski M, Barroso J, Voils CI (2007) Using Qualitative Metasummary to Synthesize Qualitative and Quantitative Descriptive Findings. *Research in Nursing & Health* 30: 99-111.
65. Kim YM, Park YS (2004) A study on the development of the Korean breastfeeding empowerment scale. *Korean Journal of Women Health Nursing* 10: 360–367.
66. Brenowitz N, Tuttle CR (2003) Development and testing of a nutrition-teaching self-efficacy scale for elementary school teachers. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 35: 308-311.
67. J Jakes S, Shannon L (2002) Community Assets Survey. <http://www.cashlearning.org/downloads/annex-5-communityassetspacket.pdf> (abgerufen am 26.02.2016).
68. Stanfield RB: The workshop book: From individual creativity to group action. R. Brian New Society Publishers, BC, Canada, 2002, 171.
69. Tengland PA (2007) Empowerment: a goal or a means for health promotion? *Medicine, Health Care, and Philosophy* 10: 197-207.
70. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Ritchie S, Nazareth I, Petticrew M (2008) Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*: 337.
71. Brandstetter S, Curbach J, Lindacher V, Rueter J, Warrelmann B, Loss J (2015) Empowerment for healthy nutrition in German communities: a study framework. *Health Promotion International*, doi: 10.1093/heapro/dav092.
72. Kliche T, Kröger G (2008) Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung – Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. *Das Gesundheitswesen* 70: 715-720.
73. Krebs DE (1987) Measurement theory. *Physical Therapy* 67: 1834-1839.
74. World Health Organization: Report on recommendations for health promotion effectiveness. Geneva, 1999.
75. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen D, Potvin L, Springett J, Ziglio. E: Evaluation in health promotion: principles and perspectives. World Health Organization, Geneva, 2001.
76. Petticrew M (2011) When are complex interventions 'complex'? When are simple interventions 'simple'? *European Journal of Public Health* 21: 397-398.
77. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O’Cathain A, Tinati T, Wight D, Baird J (2015) Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council Guidance. *British Medical Journal*: 350.

78. Datta J, Petticrew M (2013) Challenges to evaluating complex interventions: a content analysis of published papers. *BMC Public Health* 13: 1-18.
79. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P (2000) Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*: 321.
80. Strauss A: *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press, Cambridge, 1987.
81. Wallerstein N (1999) Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities. *Social Science & Medicine* 49: 39-53.
82. Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2010.
83. Gerhardus A, Rehfuss E, Zeeb H (2015) Evidenzbasierte Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung: Welche Studiendesigns brauchen wir? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 109: 40-45.
84. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, Guthrie B, Lester H, Wilson P, Kinmonth AL (2007) Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *British Medical Journal*: 334.
85. Jacobs G (2011) "Take control or lean back?" Barriers to practicing empowerment in health promotion. *Health Promotion Practice* 12: 94-101.
86. Stang A (2010) Critical evaluation of the Newcastle-Ottawa scale for the assessment of the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. *European Journal of Epidemiology* 25: 603-605.
87. Tugwell P, Boers M, Brooks P, Simon L, Strand V, Idzerda L (2007) OMERACT: An international initiative to improve outcome measurement in rheumatology. *Trials* 8: 1-6.
88. Schmitt J, Apfelbacher C, Spuls PI, Thomas KS, Simpson EL, Furue M, Chalmers J, Williams HC (2015) The Harmonizing Outcome Measures for Eczema (HOME) roadmap: a methodological framework to develop core sets of outcome measurements in dermatology. *Journal of Investigative Dermatology* 135: 24-30.
89. Sinha I, Jones L, Smyth RL, Williamson PR (2008) A Systematic Review of Studies That Aim to Determine Which Outcomes to Measure in Clinical Trials in Children. *PLOS Medicine* 5: e96.
90. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, Bouter LM, de Vet HCW (2010) The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of Life Research* 19: 539-549.

Mein besonderer Dank gilt...

Die vorliegende Dissertation entstand im Rahmen meiner wissenschaftlichen Tätigkeit an der Professur für Medizinische Soziologie am Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin der Universität Regensburg. An dieser Stelle möchte ich mich bei all denen bedanken, die mich auf unterschiedlichste Weise bei der Fertigstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Allen voran gilt mein Dank meiner Doktormutter **Prof. Dr. med. Julika Loss** für das Vertrauen, das sie in mich bei der Abfassung dieser Arbeit gesetzt hat. Durch ihre langjährigen Vorarbeiten auf dem Gebiet der Evaluation in Prävention und Gesundheitsförderung verdanke ich ihr die gemeinsame Entwicklung meiner Fragestellung. Die fachlichen Gespräche und Diskussionen sowie ihre konstruktiven Anregungen im Rahmen meines Projektes habe ich als hilfreiche Impulse für eine kritische Auseinandersetzung mit meiner Arbeit empfunden. Darüber hinaus sorgte sie in den rund vier Jahren Zusammenarbeit stets für eine angenehme Arbeitsatmosphäre mit viel Freiraum für eigene Ideen. Ihre warmherzige Art und ihre Bemühungen zur individuellen Förderung haben mich auf den zeitweiligen Durststrecken immer wieder motiviert dieses Vorhaben abzuschließen.

Dr. Janina Curbach danke ich herzlich für die maßgebliche Mitentwicklung meiner Fragestellung und ihre methodische Betreuung. Ihre unendliche Geduld beim Festzurren des Themas war mir eine große Hilfe. Bei **Berit Warrelmann** (M. Sc. Public Health Nutrition) möchte ich mich vielmals für ihre Bereitschaft zur Übernahme des doppelblinden Sceenings bedanken und die zahlreichen kollegialen Gespräche. Mein Dank gilt außerdem **Dr. Susanne Brandstetter** für stetige Rückmeldungen zu den verschiedensten Aspekten dieser Arbeit. Alle drei Kolleginnen haben durch ihre Bereitschaft zur Teilnahme an den qualitativen Interviews einen wesentlichen Beitrag zur Verwirklichung des geplanten Studiendesigns dieser Arbeit beigetragen.

Ebenfalls „Danke“ sagen möchte ich allen weiteren Kolleginnen und Kollegen unserer Arbeitsgruppe. Das freundschaftliche Miteinander und die exzellenten Ratschläge von **Prof. Dr. Christian Apfelbacher PhD, Dr. Frank Dodoo-Schittko, Magdalena**

Mein besonderer Dank gilt...

Brandl und **Stefanie Lindl-Fischer** haben die Entstehung dieser Arbeit auf besondere Weise begleitet. Nicht zu vergessen sind an dieser Stelle die „guten Seelen“ des Kollegiums, **Katja Felber** und **Ulrike Peiker**, die für (Projekt)-Nöte immer ein offenes Ohr hatten.

Ein besonderer Dank geht an meine Büronachbarin, Kollegin und Freundin **Jana Rüter** (Dipl. troph.) für ihre herzliche Art, Hilfsbereitschaft und stetige Ermutigung. In schwierigen Momenten dieser Arbeit war sie eine enge Vertraute, der es immer wieder gelang den richtigen Weg aufzuzeigen.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen **Kolleginnen und Kollegen am Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin (Prof. Dr. Dr. med. Michael Leitzmann)**. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit war für meine wissenschaftlichen Tätigkeiten von großem Wert. Über die ganze Zeit haben Diskussionen, kritische Anmerkungen und neue Blickweisen meiner Arbeit weitergeholfen.

Ebenso möchte ich mich bei meinem Zweitgutachter **Prof. Dr. med. Manfred Wildner** und meinen weiteren Prüferinnen und Prüfern für ihre Unterstützung am Endspurt bedanken.

Nicht weniger aufreibend waren die vergangenen Jahre für meine Familie, die mir mit Ausdauer, Ruhe und Geduld stets zur Seite stand und mich immer wieder aufgemuntert hat. Ihnen gilt mein besonderer Dank.

Michael war in dieser nicht immer leichten Zeit mein wichtigster Fels in der Brandung. Danke dafür.

Lebenslauf

VERENA LINDACHER

Geburtsdatum, -ort 29. April 1988, Fürstenfeldbruck

BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

- seit 11/2016 **Project Manager for Maternal and Newborn Health**
European Foundation for the Care of Newborn Infants,
München
- 09/2012-10/2016 **Wissenschaftliche Mitarbeiterin**
Professur für Medizinische Soziologie (Prof. Dr. med. Ju-
lika Loss), Institut für Epidemiologie und Präventivmedi-
zin, Universität Regensburg

AUSBILDUNG

- 10/2010-08/2012 **Masterstudium Public Health, MPH**
Ludwig-Maximilians-Universität München
- Thema der Masterarbeit:
*Status quo gesundheitsrelevanter Themen im sozialen
Online-Netzwerk Facebook: Entwicklung und Anwendung
eines Analyseinstruments für Kommunikationsinhalte auf
Facebook*
- 10/2007-07/2010 **Bachelorstudium Kommunikationswissenschaft, BA**
Ludwig-Maximilians-Universität München
- Thema der Bachelorarbeit:
*Verortung der Fallbeispieltheorie im Transtheoretischen
Modell*
- 07/2007 **Abitur**
Wilhelm-Hausenstein-Gymnasium München

PRAKTIKA UND NEBENTÄTIGKEITEN

- 10/2011-07/2012 **Wissenschaftliche Hilfskraft**
Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienfor-
schung der Ludwig-Maximilians-Universität München
(Lehrstuhl Prof. Dr. Hans-Bernd Brosius)
- 09/2011-03/2012 **Forschungspraktikum**
Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen
in Kooperation mit dem Isar-Amper-Klinikum München
Ost
- 11/2009-03/2012 **Wissenschaftliche Hilfskraft und Tutorin**
Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienfor-
schung der Ludwig-Maximilians-Universität München
- 02/2009-02/2013 **Werkstudentin**
Verlag C.H. Beck, München
- 02/2008-03/2008 **Praktikum**
Karmann Medienproduktion und Verlag GmbH
- 12/2001-12/2008 **Übungsleitung**
TSV München Nord-Ost e. V.

WEITERBILDUNG

- 02/2013 Hochschuldidaktische Fortbildung: Gruppenmoderation
Universität Regensburg
- 10/2011-02/2012 Kurs: Projektmanagement
Ludwig-Maximilians-Universität München
- 10/2008-02/2009 Kurs: Schwedisch II
Ludwig-Maximilians-Universität München
- 04/2008-07/2008 Kurs: Schwedisch für Nicht-Nordisten Stufe I
Ludwig-Maximilians-Universität München
- 10/2007 Seminar: Rhetorik und Präsentationstechniken, Ludwig-
Maximilians-Universität München

Publikationen und Vorträge im Zusammenhang mit der Dissertation

Publikationen

Lindacher, V., Curbach, J., Warrelmann, B., Brandstetter, S., Loss, J. (2016). Evaluation of empowerment in health promotion interventions: a systematic review. *Evaluation & the Health Professions*, *accepted* (IF 2,1).

Loss, J., Warrelmann, B., Lindacher, V. (2016). Gesundheitsförderung: Idee, Konzepte und Vorgehensweisen. In: K. Hurrelmann, M. Richter (Hrsg.). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Springer VS, Heidelberg.

Brandstetter S., Curbach J., Lindacher V., Rueter J., Warrelmann B., Loss J. (2015). Empowerment for healthy nutrition in German communities: a study framework. *Health Promot Int*, e-pub ahead of print, doi: 10.1093/heapro/dav092 (IF 1,9)

Wissenschaftliche Vorträge und Poster

Lindacher, V., Curbach, J., Warrelmann, B., Brandstetter, S., Loss, J. Evaluation von Empowerment in Interventionen der Gesundheitsförderung: eine systematische Übersichtsarbeit. 52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Essen, 14.-16.09.2016 (Vortrag)

Lindacher, V., Brandstetter, S., Curbach, J., Rüter, J., Warrelmann B., Loss, J. Empowerment für gesunde Ernährung: Welche Gruppenaktivitäten entwickeln Senioren und Eltern in bayerischen Gemeinden? – Ergebnisse aus GENIESSER Oberpfalz.

Lindacher, V., Brandstetter, S., Curbach, J., Rüter, J., Warrelmann B., Loss, J. Empowerment für gesunde Ernährung: welche Gruppenaktivitäten entwickeln Senioren und Eltern in bayerischen Gemeinden? – Erfahrungen aus GENIESSER Oberpfalz. 52. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), Halle (Saale), 11.-13.03.2015 (Vortrag)

Lindacher, V., Brandstetter, S., Curbach, J., Rüter, J., Warrelmann B., Loss, J. Empowerment von Senioren für gesunde Ernährung im Gemeindefsetting – Ergebnisse aus dem Projekt GENIESSER Oberpfalz zu Motivationen, Erwartungen und Interessen der Teilnehmenden. 50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Erlangen, 24.-26.09.2014 (Poster)

Warrelmann B., Brandstetter S., Curbach J., Lindacher V., Rüter J., Loss J. Empowerment für gesunde Ernährung bei Senioren und Eltern im Gemeindeforum – Umsetzung bedürfnisgerechter Aktivitäten im Projekt GENIESSER Oberpfalz. 50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Erlangen, 24.-26.09.2014 (Poster)

Lindacher, V., Brandstetter, S., Curbach, J., Rüter, J., Warrelmann B., Loss, J. GENIESSER Oberpfalz: Empowerment für gesunde Ernährung bei Senioren und Eltern. 3. Junges Forum Public Health Nutrition. Fulda, 04.04.2014 (Vortrag)

Lindacher, V., Brandstetter, S., Curbach, J., Rüter, J., Warrelmann B., Loss, J. Aktivierung von Bürgern zum Thema gesunde Ernährung – Motivationen und Interessen von Senioren. 51. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), Paderborn, 12.-14.03.2014 (Vortrag)

Loss J., Curbach J., Lindacher V., Rüter J., Brandstetter S. Umsetzung eines Empowerment-basierten Projekts mit Senioren zu gesunder Ernährung – Ergebnisse der Prozessevaluation. Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Marburg, 18.-20.09.2013 (Vortrag)

Rüter J., Brandstetter S., Curbach J., Lindacher V., Loss J. Umsetzung eines Empowerment-Projektes zum Thema gesunde Ernährung bei Senioren – Genießer Oberpfalz. 18. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin, 06.-07.03.2013 (Vortrag)

Selbstständigkeitserklärung

Ich, Verena Anja Lindacher, geboren am 29.4.1988 in Fürstenfeldbruck erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

München, 23.10.2017

gez. Verena Lindacher