Präv Gesundheitsf 2023 · 18:111–118
<https://doi.org/10.1007/s11553-022-00934-4>
 Eingegangen: 8. November 2021
 Angenommen: 23. Januar 2022
 Online publiziert: 18. Februar 2022
 © Der/die Autor(en) 2022

Maike Till¹ · Karim Abu-Omar · Peter Gelius

¹ Department für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

Der Capability-Ansatz in der Bewegungsförderung

Das Beispiel des BIG-Projekts

Einleitung

Die gesundheitliche Ungleichheit zwischen verschiedenen sozialen Gruppen in Deutschland bleibt allen Bemühungen zum Trotz ein zentrales Problem in Prävention und Gesundheitsförderung [14]. So hat sich die Spanne zwischen Geringverdienenden (<60 % des Durchschnittseinkommens) und Personen mit deutlich höherem Einkommen (>150 %) bezüglich der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands zwischen 1994 bis 2014 nicht verringert [18]. Im Gegenteil: Geringverdienende bewerten ihre Gesundheit häufiger als negativ, während diese Einschätzung bei Vielverdienenden seltener geworden ist [18]. Dieser Trend zeigt sich auch in der körperlichen Inaktivität als wichtigem Einflussfaktor auf die Gesundheit [18]. Während die Inaktivität bei Mittel- und Vielverdienenden sank, stieg sie bei Geringverdienenden, wodurch die Spanne der gesundheitlichen Ungleichheit auch in diesem Bereich zunahm [18].

Gesundheitliche Ungleichheit wird in der Literatur meist mithilfe von Determinantenmodellen, wie dem von Dahlgren und Whitehead [6] oder von Schulz und Northridge [34], erklärt. Sie identifizieren Einflussfaktoren für Gesundheit auf verschiedenen Ebenen, z. B. Wissen, Geld, Stressoren und vorhandene Bewältigungsmechanismen, sozialer Kontext und die Beschaffenheit der Lebenswelt. Diese Determinantenmodelle zeigen jedoch nur Zusammenhänge auf, eignen sich aber weniger, um das bestehende Präventionsdilemma vieler Interventionen – das Nichterreichen sozial benachteiligter Gruppen, während die

Mittel- und Oberschicht von präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Maßnahmen profitieren [3] – zu lösen. Daher verwendet die gesundheitliche Ungleichheitsforschung immer häufiger den Settingansatz [16], welcher neben der Verhältnis- auch die Verhaltensebene in den Blick nimmt [7]. Bei Letzterer steht häufig das Empowerment der Zielgruppe als zentraler Mechanismus im Fokus [7], d. h. „Menschen zu befähigen, mittels Nutzung der eigenen personalen und sozialen Ressourcen, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten“ [5]. Empowerment kann dabei sowohl auf Individuen (z. B. Kontrolle über das eigene Leben) als auch auf Organisationen (z. B. Beeinflussung von sozialem Wandel) oder ganze Gemeinschaften (z. B. Veränderung von Austauschprozessen) bezogen sein [17]. Es kann sich sowohl auf Strategien (z. B. Förderung von Strukturbildung oder Partizipation) als auch das methodische Vorgehen (z. B. Niedrigschwelligkeit von Interventionen oder Berücksichtigung von Interessen und Bedürfnissen der Zielgruppe) oder Prozesse des Kompetenzerwerbs bzw. der Ressourcenerweiterung beziehen [5].

Der Empowerment-Ansatz gilt jedoch als relativ „schwammig“ und unpräzise [17], und auch die theoretische Verbindung zu verhältnisorientierten Ansätzen bleibt häufig vage. Eine mögliche Lösung bietet der Capability-Ansatz (CA) von Amartya Sen [35], der ein starkes Augenmerk auf die Schnittstelle zwischen Handlungsmöglichkeiten und Handlungen legt. Er wurde in seinen Grundzügen bereits mehrfach für die Gesundheitsförderung als passendes Konzept eingestuft [1, 2, 9, 19, 26] und wird auch in der

Praxis in zunehmendem Maße eingesetzt [21]. Im deutschsprachigen Raum hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Verwirklichungschancen und Capabilities“ als Leitbegriff der Gesundheitsförderung eingeführt [4], und auch in der Bewegungsförderung hat der CA bereits Anwendung gefunden [8, 9]. Untersucht wurde beispielsweise, welchen Einfluss das kommunale Umfeld auf individuelle Handlungsmöglichkeiten hat [8] oder wie der Ansatz in verschiedenen Settings verwendet werden kann, um körperliche Aktivität zu steigern [9].

Frahsa et al. haben ein Modell für die Nutzung des CA in der Bewegungsförderung entwickelt [9], um in laufenden Projekten die Wechselwirkungen zwischen Handlungen und Strukturen der Bewegungsförderung interventionsbegleitend zu analysieren [40]. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es aufzuzeigen, wie dieses Modell auch für die detaillierte Evaluation bereits abgeschlossener Interventionen der Bewegungsförderung genutzt werden kann, um Wirkungen in verschiedenen Bereichen und auf mehreren Ebenen sichtbar zu machen und in Beziehung zueinander zu setzen. Als Grundlage dient das BIG-Projekt, kurz für „Bewegung als Investition in Gesundheit“, welches bereits von Abel und Fröhlich als Beispiel für die Nutzung des CA in der Gesundheitsförderung eingeführt wurde [1].

Methodik

Der Capability-Ansatz

Eine Besonderheit des CA ist sein Fokus auf die vorhandenen Möglichkeiten, aus

Abb. 1 ▲ Das Grundkonzept des Capability-Kreislauf für das BIG-Projekt auf Basis von Till et al. [40]

denen Personen Verhaltensweisen aktiv auswählen können [36, 37]. Es geht nicht nur um das tatsächliche Handeln einer Person, sondern insbesondere auch um jene Optionen, welche zur Verfügung stehen, jedoch *nicht* aktiv umgesetzt werden [23]. Der in Abb. 1 dargestellte „Capability-Kreislauf“ [40] illustriert, dass der CA zur Konzeptualisierung dieser Zusammenhänge folgende zentrale Elemente nutzt [9]: (a) Ressourcen, (b) Umwandlungsfaktoren, (c) Handlungsmöglichkeiten („capabilities“), (d) individuelles Bewegungsverhalten („achieved functionings“) und (e) „agency“.

Aus Sicht des CA werden ausreichend vorhandene Ressourcen, wie Geld oder das Angebot von Dienstleistungen, nicht automatisch in Verhalten umgesetzt, in unserem Fall zu empfohlenen Bewegungsverhalten [30]. Vielmehr werden Ressourcen durch Umwandlungsfaktoren in ein Spektrum von Handlungsmöglichkeiten überführt. Aus diesen kann ein Individuum aktiv ein Verhal-

ten wählen, das es als wertvoll erachtet [36, 37]. Wie Abb. 1 grafisch darstellt, spielen beim Transfer von Ressourcen in Handlungsmöglichkeiten verschiedene Umwandlungsfaktoren eine Rolle. Diese werden in zwei Kategorien unterteilt: individuelle und strukturelle Umwandlungsfaktoren.

- **Individuelle Umwandlungsfaktoren** umfassen Elemente, welche in der Bewegungsförderung besonders gut durch das Konzept der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz dargestellt werden können, d. h. (1) körperliche Verfassung, (2) Wissen über körperliche Aktivität (z. B. Wissen über die gesundheitsförderlichen Aspekte der körperlichen Aktivität), und (3) Elemente der personalen Handlungseigenschaften, sprich Selbstwirksamkeit oder Motivation [38].
- **Strukturelle Umwandlungsfaktoren** beinhalten soziale und umweltbezogene Faktoren. Erstere sind z. B.

das örtliche Klima, Infrastruktur und bauliche Beschaffenheit, Letztere Elemente umfassen das gesellschaftliche Umfeld, dessen Aktivitätsniveau bzw. Akzeptanz für Bewegung sowie die Möglichkeiten, Wünsche und Ideen hinsichtlich Bewegung einzubringen, z. B. durch eine Bürgerinitiative [24, 26].

Die Handlungsmöglichkeiten sind die Gesamtmenge aller Handlungsoptionen, die aus der Verbindung von Ressourcen und Umwandlungsfaktoren resultieren. Eine breite Auswahl an Möglichkeiten leistet nach Sen [20] an sich schon einen wichtigen Beitrag zur Freiheit und zum Wohlbefinden von Menschen. Zugleich bildet sie die Basis für das tatsächliche Handeln. Hierbei kann aus den vorhandenen Möglichkeiten ein Verhalten resultieren, dass in zwei unterschiedliche Kategorien eingeordnet werden kann: (1) das eigentliche Gesundheitsverhalten des Individuums („achieved

M. Till · K. Abu-Omar · P. Gelius

Der Capability-Ansatz in der Bewegungsförderung. Das Beispiel des BIG-Projekts

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Befähigung verschiedener Zielgruppen und der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit stehen bei Projekten der Bewegungsförderung häufig im Fokus. Die dabei oft als theoretische Basis eingesetzten Determinanten- und Empowerment-Ansätze weisen in der konkreten Projektarbeit jedoch Nachteile auf. Als Alternative hat in den letzten Jahren der Capability-Ansatz (CA) eine zunehmende Verbreitung gefunden. Bisher haben allerdings nur wenige Arbeiten untersucht, welche Vorzüge dieser Ansatz hat und wie er sich in Projekten der Gesundheitsförderung einsetzen lässt.

Ziel. Dieser Beitrag soll aufzeigen, wie der CA für die Evaluation bereits abgeschlossener Interventionen der Bewegungsförderung

nutzbar gemacht werden kann, Wirkungen in verschiedenen Bereichen sichtbar macht und sie in Beziehung zueinander setzt.

Methodik und Material. Mithilfe des CA wurde die Arbeit des Projekts exemplarisch evaluiert. Dafür wurden über einen Zeitraum von 16 Jahren entstandene Projektpublikationen ($n = 37$) einer systematischen Dokumentenanalyse unterzogen.

Ergebnis. Die Einordnung des Projekts in ein Capability-Modell illustriert das breite Spektrum von Ergebnissen einer partizipativen Intervention zur Bewegungsförderung auf verschiedenen Ebenen. Der Ansatz ermöglicht es zudem, die Verbindungen von Verhaltens- und Verhältnisebene sowie zwischen der

„Zielgruppe“ und Multiplikator:innen im Setting zu veranschaulichen.

Schlussfolgerung. Der CA ermöglicht Projekten der Bewegungsförderung eine systematische Betrachtung von Wirkungen auf Verhaltens- und Verhältnisebene, und nimmt neben dem Individuum auch das Kollektiv in den Blick. Er bietet somit die Chance, Empowerment- und Determinantenansätze der Ungleichheitsforschung systematisch zu verbinden und für die Projektevaluation nutzbar zu machen.

Schlüsselwörter

Befähigungsansatz · Körperliche Aktivität · Partizipation · Gesundheitsförderung · Empowerment

The Capability Approach in physical activity promotion. Using the example of the BIG project

Abstract

Background. The empowerment of different target groups and the reduction of health inequalities are a main focus of many health promotion projects. However, determinant and empowerment approaches, which are often used as theoretical basis for such projects, have a number of drawbacks. Recently, the Capability Approach (CA) has been increasingly employed as a potential alternative. To date, however, only few studies have investigated the benefits of this approach and its applicability in health promotion.

Objective. The aim of this paper is to demonstrate how the CA can be used for the ex-post evaluation of physical activity

promotion projects, how it demonstrates intervention effects in different areas, and how it helps link them to each other.

Methods. We used the BIG-Project, targeting socially disadvantaged women across different settings, as an example for employing the CA. For the evaluation, we systematically analyzed $n = 37$ project documents published over a 16-year period.

Results. Categorizing BIG into the capability model highlights the broad spectrum of effects of a participatory intervention for physical activity on different levels. The approach also demonstrates the links between structure and agency for physical activity

as well as between the “target group” and setting professionals/policymakers.

Conclusion. The CA facilitates the systematic evaluation of intervention effects on structures and agency, focusing both on the individual and the collective level. As such, it provides an opportunity to systematically link empowerment and determinant approaches and to use them for evaluating projects aimed at the reduction of health inequalities.

Keywords

Capability approach · Physical activity · Participation · Health promotion · Empowerment

functioning“; [24]) und (2) Handlungen, welche sich auf die Veränderung der Umwelt beziehen und dadurch die Möglichkeiten für das Gesundheitsverhalten des Individuums und/oder anderer Personen verbessern. Letzteres wird im CA „Agency“ genannt [9, 26]. Für die Bewegungsförderung sind besonders der Schritt der Umwandlung von Ressourcen zu Capabilities und das tatsächliche Umsetzen des Bewegungsverhaltens der jeweiligen Zielgruppe von Bedeutung [36].

Der Capability-Kreislauf impliziert zudem, dass Handlungsmöglichkeiten nicht nur auf Ebene der „Zielgruppe“ vorhanden sind, sondern auch bei für das jeweilige Setting relevanten Multiplikator:innen (z. B. politische Entscheidungsträger:innen, Verwaltungsangestellte, Expert:innen für Gesundheitsförderung). Durch ihre Agency beeinflussen Multiplikator:innen die Ressourcen und Umwandlungsfaktoren der Zielgruppe; umgekehrt kann aber auch die Agency der Zielgruppe direkte

Auswirkungen auf die Möglichkeiten von Multiplikator:innen haben.

Das BIG-Projekt

Das im Folgenden untersuchte BIG-Projekt entstand im Jahr 2005 mit dem Ziel, Frauen „in schwierigen Lebenslagen“ (so die von den Teilnehmerinnen selbst gewählte Beschreibung) zu befähigen, sich für ihre eigene Gesundheit einzusetzen, und damit die bewegungsbezogene gesundheitliche Chancengleichheit innerhalb kommunaler Settings [31] zu

Abb. 2 ◀ Mögliche grafische Darstellung der erzielten Ergebnissen und Wirkmechanismen im BIG-Projekt im Capability-Kreislauf nach Till et al. [40]

fördern. Es konnte bislang in 17 deutschen Kommunen umgesetzt werden. In BIG wurden sowohl strukturelle Faktoren des Settings (z.B. vorhandene Sportkurse und -infrastrukturen) als auch individuelle Faktoren (z.B. die Bewegungskompetenz der Frauen) im Rahmen eines partizipativen Ansatzes (kooperative Planung [27]) betrachtet und angesteuert. Im Vordergrund stand die Selbstwirksamkeit [31] und das Wissen um gesundheitsförderliche Aspekte, da teilnehmende Frauen oft wenig Kenntnisse über die positiven Effekte körperlicher Aktivität hatten oder mit dem Konzept „Freizeitsport“ kulturell nicht vertraut waren [22].

Daten und Analyse

Der vorliegende Beitrag fasst ein breites Spektrum an Ergebnissen und Effekten, die an den verschiedenen Standorten von BIG im Verlauf der letzten 16 Jahre entstanden sind, mithilfe des CA systematisch zusammen. Dafür wurden insgesamt 37 Projektpublikationen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [20] unterzogen, um die zentralen CA-Elemente zu identifizieren, die im Rahmen des Projekts angesteuert wurden. Die Ergebnisse wurden anschließend in den „Capability-Kreislauf“ [40] eingeordnet, um das Zusammenspiel der verschiedenen Elemente in BIG zu illustrieren. Die Einordnung erfolgte dabei beispielhaft, da der CA grundsätzlich verschiedene Interpretationen zulässt und seine Kategorien nicht immer trennscharf definiert sind.

Ergebnisse: BIG und Capabilities

Die Ergebnisse umfassen eine Vielzahl an verschiedenen Elementen, welche von veränderten Strukturen und neuen Sporträumen bis hin zu einer Verbesserung der individuellen Gesundheitsparameter von Frauen reichen. ■ **Abb. 2** stellt die in den Capability-Kreislauf eingeordneten Ergebnisse beispielhaft dar.

Ressourcen

Durch BIG konnten auf kommunaler Ebene Ressourcen freigesetzt werden, welche den Frauen die Teilnahme an Sportangeboten ermöglichten. Dazu zählten z.B. dezidierte „Frauenbadezeiten“ in kommunalen Hallenbädern, zu denen Frauen in einem geschützten Umfeld schwimmen bzw. schwimmen lernen können [25, 31]. Je nach Standort entstanden zudem neue Sportkurse [10, 29, 33], Gesundheitsseminare und Sprachkurse [11, 29] sowie die Möglichkeit einer speziell auf die Zielgruppe ausgerichtete Übungsleiterqualifikation [11, 29]. Außerdem wurden neue Räume für die Durchführung der Sportkurse gewonnen und ein Projektbüro zum Management innerhalb der Kommunen eingerichtet [29].

Strukturelle Umwandlungsfaktoren

Neben zusätzlichen Ressourcen dokumentieren die verschiedenen BIG-Publikationen eine Veränderung von strukturellen Umwandlungsfaktoren, durch die bestehende Angebote zu den Handlungsmöglichkeiten der Frauen hinzugefügt wurden. Beispielsweise wurde es durch die Bereitstellung von Kinderbetreuung bei Angeboten, niedrige Preise, wohnortnahe Veranstaltungsorte, die Mehrsprachigkeit von Angeboten bzw. ihre Eingrenzung auf reine Frauengruppen für viele Frauen besser möglich, diese Angebote (Ressourcen) zu nutzen [12, 32]. Zudem wurden Netzwerke innerhalb der Zielgruppe sowie zwischen den beteiligten Frauen und politischen Multiplikator:innen ausgebaut [11, 31], wodurch die Nutzung von Angeboten und Strukturen gefördert wurde. Multiplikator:innen profitierten z.B. von der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik [10] oder einer neu implementierten Projektkoordination, durch welche direkte Ansprechpartnerinnen für die Förderung von Frauen in schwierigen Lebenslagen zur Verfügung gestellt wurden [12, 29, 31].

Individuelle Umwandlungsfaktoren

Durch den partizipativen Ansatz konnten die individuellen Umwandlungsfaktoren der Frauen positiv beeinflusst werden. So zeigten Analysen ein verbessertes Selbstbewusstsein, Körperbewusstsein und eine positive Entwicklung der Selbstwirksamkeit [25]. Auch eine Verbesserung der eigenen bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz konnte erzielt werden [25, 29]. Durch die Teilnahme an Bewegungsangeboten („achieved functioning“) zeigte sich zudem eine Verbesserung wichtiger Gesundheitsparameter, welche wiederum ihrerseits die Handlungsmöglichkeiten positiv beeinflussten (s. Kreislauf ■ **Abb. 2**). So zeigten Analysen eine verbesserte Herzfrequenzvariabilität sowie eine Senkung des Blutdrucks und des Stresslevels [15, 29]. Bei einer Befragung wurde zudem eine Veränderung der individuellen Umwandlungsfaktoren der Multiplikator:innen festgestellt: Sie entwickelten im Projektverlauf ein besseres Verständnis für die Zielgruppe und deren Bedürfnisse und änderten ihre Sichtweise zur Notwendigkeit der Bewegungsförderung [13].

„Achieved functionings“

Die Verbesserung von Ressourcen und Umwandlungsfaktoren durch BIG führten zu einer nachweislichen Steigerung der körperlichen Aktivität von Frauen [10, 12, 15, 25, 31]. Dies konnte u.a. durch die aktive Teilnahme von Frauen an den BIG-Bewegungskursen dokumentiert werden, von denen rund 90 % der Zielgruppe zugehörig waren [28]. In einer vom Projektteam durchgeführten Untersuchung berichteten auch „Drop-outs“ der Bewegungskurse, nach ihrem Ausscheiden außerhalb der Kurse aktiver zu sein als zuvor [25].

„Agency“

Neben der Entwicklung von bewegungsförderlichen Maßnahmen ist ein Fokus des BIG-Projekts das Empowerment der Zielgruppe durch die Teilnahme an der Planung und Umsetzung von Maßnahmen [31, 32]. Die partizipative Metho-

de des Projekts, die kooperative Planung nach Rütten [27], fungiert hierbei als eigener struktureller Umwandlungsfaktor, welcher Teilnehmer:innen dazu befähigt, sich aktiv für eine Veränderung im Setting einzusetzen. Die Teilnahme an der Planung kann daher bereits als Agency im Sinne des CA gewertet werden. Darüber hinaus haben sich verschiedene Teilnehmerinnen auch anderweitig für die Bewegungsförderung von Frauen engagiert, indem sie die Ausbildung als „Sportassistentin interkulturell“ absolvierten [29], bei der Rekrutierung von weiteren Frauen aktiv wurden [10] oder sich anderweitig in kommunalen Gremien für Frauen eingesetzt haben [25]. Als Paradebeispiel kann ein Fall gewertet werden, in dem durch den direkten Dialog zwischen Frauen aus einer BIG-Gruppe und Schulleiter:innen die Nutzung der wohnortnahen Sporthalle für die Bewegungskurse ermöglicht wurde [28]. Dieser Vorgang ist exemplarisch für Agency im Sinne des CA, und zwar sowohl von Seiten der Frauen als auch der beteiligten Multiplikator:innen [28].

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass durch BIG Veränderungen sowohl bei den Frauen als auch bei den beteiligten Multiplikator:innen stattfanden, und dass sich die beiden Gruppen v. a. durch ihre Agency gegenseitig positiv beeinflussten (CA-Kreislauf, vgl. [Abb. 2](#)).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass durch die (retrospektive) Verwendung des CA eine ganzheitliche Betrachtung der erzielten Veränderungen auf der Verhaltens- und Verhältnisebene im BIG-Projekt möglich wurde. Wie auch Determinantenmodelle bezieht der CA die Verhältnisse und deren Einfluss auf Bewegung und Gesundheit in die theoretischen Betrachtungen auf der Ebene der Ressourcen und Umwandlungsfaktoren mit ein. Zudem berücksichtigt er Empowerment-Aspekte, die bei der Anwendung ökologischer Modelle zu kurz kommen. Konkret wird Empowerment durch den CA auf zwei Ebenen spezifiziert: (a) auf der individuellen Entscheidungsebene, also mit Blick auf die Befähigung zur Umwandlung von Handlungsmöglichkeiten in ein positi-

ves Gesundheitsverhalten und (b) auf der kollektiven Ebene, sprich der Befähigung zur Verbesserung von Möglichkeiten, welche der Allgemeinheit zugutekommen. Hierdurch gelingt es dem CA, das theoretische Verständnis von Gesundheitsverhalten an einer Stelle zu erweitern, die bei Empowerment-Ansätzen als „unterspezifiziert“ gilt [17]. Für die Bewegungsförderung bringt der CA besondere Vorteile, da er sich nicht nur auf das Bewegungsverhalten bzw. die Angebote innerhalb eines Settings bezieht, sondern auch Gründe für mögliche Verhaltensweisen beleuchtet. Im Sinne der Gesundheitsförderung bietet der CA die Möglichkeit, individuelle Befähigung mit verhältnisorientierten Ansätzen der Ungleichheitsforschung zu kombinieren.

Die vorliegende Ex-post-Analyse des BIG-Projekts unter Verwendung des Capability-Kreislaufs weist jedoch auch Schwächen auf, welche beachtet werden müssen: So greift sie auf Daten von verschiedenen Standorten und über einen längeren Zeitraum zurück. Dadurch wird deutlich, welche Ergebnisse durch das Projekt *insgesamt* erzielt werden konnten. Eine Aufschlüsselung nach Standorten und Projektphasen oder gar Rückschlüsse zur Effektivität sind so jedoch nicht möglich. Dies war jedoch auch nicht das Ziel der Analyse; vielmehr ging es darum zu zeigen, wie mithilfe des CA die vielfältigen Effekte eines Setting-basierten Projektes sinnvoll strukturiert und dadurch Stärken und Schwächen besser sichtbar gemacht werden können.

Es war nicht möglich, die Veränderungen der bestehenden Handlungsmöglichkeiten vergleichend darzustellen. Hierfür wäre eine systematische Prä-Post-Erhebung der objektiv messbaren Handlungsmöglichkeiten nötig gewesen. Allerdings existiert bis zum heutigen Zeitpunkt kein geeignetes, übergreifendes Instrument zur Messung von Handlungsmöglichkeiten im Sinne der Gesundheitsförderung, insbesondere nicht für den Bereich Bewegung [39]. Bestehende Messinstrumente, die sich an den CA anlehnen, sind jeweils speziell für Settings bzw. Zielgruppen entwickelt worden und messen Handlungsmöglichkeiten meist durch subjektive Einschätzung [39].

Auch wäre die Durchführung einer umfassenden Erhebung der Veränderung der Handlungsmöglichkeiten, gepaart mit Veränderungen auf der Ebene des „achieved functioning“ und der Agency, mit einem hohen Ressourcenaufwand verbunden. Im Rahmen von BIG konnten wir auf Daten der letzten 16 Jahre zurückgreifen, welche auf unterschiedlichste Weise erhoben wurden. Bei kürzeren Projekten würde dies jedoch bedeuten, dass eine Vielzahl an Messungen benötigt wird, um Veränderungen auf der Ebene der bestehenden Ressourcen, Handlungsmöglichkeiten und des umgesetzten Verhaltens zu erfassen. Aus diesem Grund sollte für die Messung im Rahmen des CA in der Bewegungsförderung zukünftig ein Rahmen entwickelt werden, welcher für eine Vielzahl an Zielgruppen und Settings anwendbar ist. Dieser benötigt konkrete Indikatoren, welche gemessen werden können, um verschiedene Interventionen unter Anwendung des CA vergleichbar zu machen.

Fazit für die Praxis

- Der CA bildet eine gute Basis, verschiedene Sichtweisen (Empowerment und Ungleichheitsforschung, sowie das Verhalten selbst) in der Bewegungs- und Gesundheitsförderung zu integrieren und die vielfältigen Effekte Setting-basierter Interventionen der Bewegungs- und Gesundheitsförderung systematisch darzustellen.
- In Zukunft könnte er daher weitere Anwendung finden, um Interventionen spezifisch an die Zielgruppe anzupassen und dabei individuelle und strukturelle Faktoren sowie Multiplikatoren und deren Handlungsmöglichkeiten zu beachten.
- Er könnte auch helfen, bei Projekten mit kurzer Laufzeit Ergebnisse darzustellen, die weit über die bloßen Effekte auf das Bewegungsverhalten hinaus gehen und stattdessen die ganzheitlichen Wirkungen von Interventionen offenlegen.

Korrespondenzadresse

Maike Till

Department für Sportwissenschaft und Sport,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-
Nürnberg
Gebbertstr. 123b, 91058 Erlangen, Deutschland
maike.till@fau.de

Förderung. Dieser Artikel wurde im Rahmen des Projekts „BIG-5“ verfasst. Die Förderung [520_20 Bc] erfolgt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit (www.gkv-buendnis.de).

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Till, K. Abu-Omar und P. Gelius geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Abel T, Frohlich KL (2012) Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Soc Sci Med* 74(2):236–244. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.028>
2. Abel T, Schori D (2009) Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung. *OZS Osterr Z Soziol* 34(2):48–64. <https://doi.org/10.1007/s11614-009-0012-9>
3. Altgeld T (2009) Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangebo-

- ten und wirkungslosen Kampagnen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS, Wiesbaden, S 405–421. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_23
4. Altgeld T, Bittlingmayer UH (2017) Verwirklichungschancen/Capabilities. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-1126-1.0>. Zugegriffen: 5. Nov. 2021
5. Brandes S, Stark W (2021) Empowerment/Befähigung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-1010-1.0>. Zugegriffen: 5. Nov. 2021
6. Dahlgren G, Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO—strategy paper for europe. Arbeitsrapport institute for future studies
7. Engelman F, Halkow A (2008) Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung (WZB Discussion Paper)
8. Ferrer RL, Cruz I, Burge S, Bayles B, Castilla MI (2014) Measuring capability for healthy diet and physical activity. *Ann Fam Med* 12(1):46–56. <https://doi.org/10.1370/afm.1580>
9. Frahsa A, Abel T, Gelius P, Rutten A (2021) The capability approach as a bridging framework across health promotion settings: theoretical and empirical considerations. *Health Promot Int* 36(2):493–504. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa076>
10. Frahsa A, Beierlorzer B, Pfeifer G, Röger U, Rütten A (2007) Fallbeispiel BIG – Bewegung als Investition in Gesundheit: Ein gesundheitsorientiertes Projekt zur Bewegungsförderung mit Frauen in sozial schwierigen Lebenslagen im Sportverein TV 1848 Erlangen. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Berlin
11. Frahsa A, Klement U, Majzik Z, Wolff A, Rütten A (2012) Bewegung als Investition in Gesundheit – Das BIG-Projekt: Bewegungsangebote, günstig und wohnortnah von Frauen für Frauen. In: Hofmann J, Turan G, Altenberger H, Woerlein H (Hrsg) *Sport und soziale Integration – Chancen, Probleme und Perspektiven für Städte und Kommunen*. Feldhaus, Hamburg, S 38–57
12. Frahsa A, Rutten A, Roeger U, Abu-Omar K, Schow D (2014) Enabling the powerful? Participatory action research with local policymakers and professionals for physical activity promotion with women in difficult life situations. *Health Promot Int* 29(1):171–184. <https://doi.org/10.1093/heapro/das050>
13. Frahsa A, Rütten A (2008) BIG? BIGGER! Von einem lokalen Forschungsprojekt zu einem Modell guter Praxis der Bewegungsförderung mit Frauen in sozial schwierigen Lebenslagen. 14 bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin
14. GKV-Spitzenverband (2020) Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf. Zugegriffen: 5. Nov. 2021
15. Grimm I (2010) Bewegung als Investition in Gesundheit: Das BIG-Projekt. In: BZgA (Hrsg) *Gesundheitsförderung konkret. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*, Bd. 5. BZgA, Köln, S 194–201
16. Kilian H, Brandes S, Koster M (2008) Die Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung-

- Handlungsfelder, Akteure und Qualitätsentwicklung. *Gesundh Ges* 8(2):17–26
17. Kliche T, Kroger G (2008) Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung – Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnis, Dimensionen und Erhebungsprobleme. *Gesundheitswesen* 70(12):715–720. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1102956>
18. Lampert T, Kroll LE, Kuntz B, Hoebel J (2018) Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. Robert Koch-Institut, <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-019>
19. Marmot M (2006) Health in an unequal world. *Lancet* 368(9552):2081–2094. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69746-8)
20. Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim
21. Mitchell PM, Roberts TE, Barton PM, Coast J (2017) Applications of the capability approach in the health field: a literature review. *Soc Indic Res* 133(1):345–371. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1356-8>
22. Mutz M, Burrmann U (2015) Zur Beteiligung junger Migrantinnen und Migranten am Vereinssport. In: Burrmann U, Mutz M, Zender U (Hrsg) *Jugend, Migration und Sport: Kulturelle Unterschiede und die Sozialisation zum Vereinssport*. Springer, Wiesbaden, S 69–90. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06397-9_3
23. Nussbaum M (2003) Capabilities as fundamental entitlements: sen and social justice. *Fem Econ* 9(2–3):33–59. <https://doi.org/10.1080/1354570022000077926>
24. Robeyns I (2005) The capability approach: a theoretical survey. *J Human Dev Capabil* 6(1):93–117. <https://doi.org/10.1080/146498805200034266>
25. Roger U, Rutten 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. *Int J Public Health* 56(5):465–473. <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0214-8>
26. Ruger JP (2010) Health capability: conceptualization and operationalization. *Am J Public Health* 100(1):41–49. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.143651>
27. Rütten A (1997) Kooperative Planung und Gesundheitsförderung Ein Implementationsansatz. *J Public Health* 5(3):257–272. <https://doi.org/10.1007/bf02956335>
28. Rütten A, Abu-Omar K, Frahsa A, Morgan A (2009) Assets for policy making in health promotion: overcoming political barriers inhibiting women in difficult life situations to access sport facilities. *Soc Sci Med* 69(11):1667–1673. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.012>
29. Rütten A, Frahsa A (2012) Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Bewegungsverhältnissen in der Gesundheitsförderung. *B&G Bewegungsther Gesundheitsport* 28(01):6–10. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1283890>
30. Rütten A, Pfeifer K (2017) Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. BZgA, Köln
31. Rütten A, Roger U, Abu-Omar K, Frahsa A (2009) Assessment of organizational readiness for health promotion policy implementation: test of a theoretical model. *Health Promot Int* 24(3):243–251. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap016>

32. Rütten A, Röger U, Abu-Omar K, Frahsa A (2008) Empowerment von Frauen in sozial benachteiligten Lebenslagen: Das BIG-Projekt. *Gesundheitswesen* 70(12):742–747. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1103262>
33. Rütten A, Röger U, Mayer S (2008) Bewegungsprogramme mit Frauen in schwierigen Lebenslagen – Ansätze und erste Ergebnisse einer Interventionsstudie unter besonderer Berücksichtigung der Zielgruppenerreichbarkeit. In: Wegner Mea (Hrsg) *Rehabilitation: Zwischen Bewegungstherapie und Behindertensport*. Czwalina, Hamburg
34. Schulz A, Northridge ME (2004) Social determinants of health: implications for environmental health promotion. *Health Educ Behav* 31(4):455–471. <https://doi.org/10.1177/1090198104265598>
35. Sen A (1985) *Commodities and capabilities*. North-Holland, Amsterdam
36. Sen A (1993) *Capability and well-being*. In: Nussbaum M, Sen A (Hrsg) *The quality of life*. Clarendon Press, Oxford
37. Sen A (1999) *Commodities and capabilities*. OUP Catalogue,
38. Sudeck G, Pfeifer K (2016) Physical activity-related health competence as an integrative objective in exercise therapy and health sports—conception and validation of a short questionnaire. *Sportwiss* 46(2):74–87. <https://doi.org/10.1007/s12662-016-0405-4>
39. Till M, Abu-Omar K, Ferschl S, Reimers AK, Gelius P (2021) Measuring capabilities in health and physical activity promotion: a systematic review. *BMC Public Health* 21(1):353. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10151-3>
40. Till M, Gelius P, Abu-Omar K, Abel T Using the capability approach in health promotion projects: a framework for implementation