



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Der Settingansatz in der Prävention und Gesundheitsförderung

PRAEH01



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

Thomas Hartmann
Juliane Seidl
überarbeitet von Katherine H. Leith

Der Settingansatz in der Prävention und Gesundheitsförderung

PRAEH01



Prof. Dr. rer. nat. Thomas Hartmann

(geb. 1954) nach dem Studium der Biologie an der Georg-August-Universität Göttingen Wechsel an die Technische Universität Berlin und Tätigkeit in der Biologielehrer-Ausbildung. Promotion zur Biologie und Ökologie der Mistelpflanzen. Danach Tätigkeiten im Umweltamt des Berliner Bezirks Tiergarten und der Wirtschaftsförderung Berlin im Bereich Projektmanagement Biotechnologie. Seit 1998 Hochschullehrer für Humanökologie im Studienbereich Gesundheitswissenschaften des Fachbereichs Sozial- und Gesundheitswesen an der Hochschule Magdeburg-Stendal. Schwerpunkte der Lehr- und Forschungstätigkeit sind Umwelt und Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung, Settingansatz, Gesundheit und Kommunikation, Neue Medien und Kindergesundheit. Studiengangsentwicklung Gesundheitsförderung/Public Health im Rahmen der Umstellung auf das Bachelor- und Mastersystem. Seit vielen Jahren Mitkoordinator des bundesweiten Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH).



Juliane Seidl

(geb. 1985) studierte Gesundheitsförderung und -management an der Hochschule Magdeburg-Stendal mit den Schwerpunkten Gesundheitsbildung und -psychologie sowie Organisationsentwicklung und Management (Dipl. Gesundheitswirtin (FH)). Die Diplomarbeit erfolgte zum Thema „Der Hochschulsport an Fachhochschulen in Deutschland und sein Beitrag zur Förderung der körperlichen Aktivität von Statusgruppen im Setting Hochschule“. Im Anschluss an den Diplomstudiengang absolvierte sie ein Zweitstudium an der University of Bergen/Norwegen im internationalen Programm Master of Philosophy in Health Promotion (M. Phil. Health Promotion) und schrieb ihre Masterarbeit zum Thema „Subjective well-being of coupled mothers and single mothers living in central European countries“. Seit 2007 wirkt sie aktiv mit im bundesweiten Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) und beteiligt sich an diversen Publikationen.



Katherine H. Leith, Ph. D., LMSW

(geb. 1962) ist seit Anfang 2004 als Lehrbeauftragte für den Bereich Soziale Arbeit und seit August 2006 als Direktorin für das Certificate of Graduate Studies in Gerontology an der Universität von South Carolina in den Vereinigten Staaten tätig. Zuvor studierte sie Soziale Arbeit und Public Health (Schwerpunkt Gesundheitsverwaltung). Zudem arbeitete sie ca. zehn Jahre als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Gesundheitswesen und -politik, wo sie in Zusammenarbeit mit öffentlichen Behörden im U.S.-Staat South Carolina mehrere Projekte leitete. Vor ihrer Hochschultätigkeit war sie ca. 7 Jahre als Sozialarbeiterin (case manager), zuerst im öffentlichen Dienst, dann im privaten Bereich, tätig; ihre Lizenz als staatlich anerkannte Sozialarbeiterin besitzt sie weiterhin. Sie ist Autorin zahlreicher Publikationen und engagiert sich ehrenamtlich in diversen Verbänden (z. B. South Carolina Vulnerable Adults Guardian ad Litem Program; Richland County Public Library Books 2 U Program; South Carolina Department of Health & Environmental Control Car Passenger Safety Program).

Die in unseren Studienheften verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Der Settingansatz in der Prävention und Gesundheitsförderung

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Der Settingansatz in der Prävention und Gesundheitsförderung	3
1.1 Prävention und Gesundheitsförderung: Vergleich, Abgrenzung und Definition	4
1.2 Was sind Settings?	5
1.2.1 Evolution und Konzipierung des Begriffs „Settingansatz“	5
1.2.2 Das Setting: Abgrenzung und Definition	8
1.3 Settings und ihr Einfluss auf die Gesundheit	12
1.4 Gesundheitsfördernde Settings: Methodische Schlüsselkonzepte	16
1.5 Settingarbeit durch Vermitteln und Vernetzen	19
Zusammenfassung	24
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	25
2 Gesundheitsfördernde Settings	26
2.1 Soziale Netzwerke	27
2.2 Settings: Versuch einer Systematisierung	29
2.2.1 Intramurale versus extramurale Versorgung	31
2.2.2 Integrierte Versorgung	32
2.2.3 Systematisierung von Settings: Ein zweiter Blick	33
2.3 Ausgewählte Settings in der Prävention und Gesundheitsförderung	35
2.3.1 Setting Stadt	36
2.3.2 Setting Betrieb	39
2.3.3 Setting krankheits- bzw. gesundheitsbezogene Institution	41
2.3.4 Setting erziehende bzw. bildende Einrichtung	45
2.3.5 Setting Hochschule	48
2.3.6 Setting Gefängnis	51
2.3.7 Neue Settings des 21. Jahrhunderts	55
Zusammenfassung	58
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	60

3	Qualität als Kernelement der Settingaktivitäten in der Praxis	61
3.1	Qualität in der Gesundheitsförderung	61
3.1.1	Qualitätssicherung	61
3.1.2	Erfolgskriterien bei der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen	63
3.2	Projekte, Programme und Maßnahmen	66
3.3	Evaluation und Evidenzbasierung im Settingansatz	69
3.3.1	Komplexität von Settings und Settingaktivitäten	75
3.3.2	Evidenzbasis für die Gesundheitsförderung umgedacht	76
3.4	Erfolgreiche Projektplanung	78
3.4.1	Projektplanung, Projektmanagement: Was ist der Unterschied?	80
3.4.2	Die Rolle der Bedarfsanalyse	80
3.4.3	Das Planungsmodell: Wegweiser zum erfolgreichen Projekt	81
	Zusammenfassung	84
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	85
	Schlussbetrachtung	86
	Anhang	
A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen im Text	88
B.	Lösungen zu den Aufgaben im Text	91
C.	Abkürzungsverzeichnis	95
D.	Glossar	96
E.	Literaturverzeichnis	106
F.	Gesundheitsfördernde Settings: Good-Practice-Beispiele	126
G.	Erfolgsfaktoren bei der praktischen Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten in einem Setting	134
H.	Abbildungsverzeichnis	137
I.	Tabellenverzeichnis	138
J.	Sachwortverzeichnis	139
K.	Einsendeaufgabe	143

Einleitung

Im November 1986 veranstaltete die Weltgesundheitsorganisation – die World Health Organization (WHO) – ihre erste weltweite Konferenz zur Gesundheitsförderung. Die Konferenz fand in der kanadischen Hauptstadt Ottawa statt und hatte zum Ziel, alle bis dahin zum Thema Gesundheitsförderung entwickelten Konzepte in einem Aktionsprogramm zusammenzufassen und auf diesem Weg als für wichtig befundene gesundheitspolitische Ziele zu erreichen. Sie stand unter dem Motto „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Natürlich gab es seitdem im Abstand von ca. drei bis fünf Jahren weitere weltweite Konferenzen, die letzte war die 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung, die 2016 in Shanghai, China, stattfand. Aber die Konferenz in Ottawa, Kanada, war und bleibt deshalb von besonderer Bedeutung, weil sie am 21. November 1986 die sogenannte Ottawa-Charta verabschiedete. Diese Charta wurde zum Schlüsseldokument und Grundsatzpapier für gesundheitsfördernde Programme, nicht nur in Deutschland, sondern auf internationaler Ebene und war für den weiteren Entwicklungsverlauf der modernen Gesundheitsförderung ausschlaggebend.

Ein integraler Bestandteil in der Umsetzung der drei grundlegenden Strategien der Ottawa-Charta – Advocate (Interessen vertreten), Mediate (vermitteln) und Enable (befähigen) – ist der Settingansatz. Seit Mitte der 1980er-Jahre bildet er die Basis für gezielte und effektive, politisch und wissenschaftlich untermauerte gesundheitsfördernde Strategien, weil er konkret zum Ausdruck bringt, dass gesundes Leben das Schaffen und Fördern unterstützender ökologischer, wirtschaftlicher, politischer und sozialer Umweltbedingungen erfordert, damit Menschen ein gesundes Leben führen können. Gesund in einer ungesunden Umwelt zu leben ist nicht möglich. Es geht um mehr als nur die medizinische Versorgung oder die Verantwortung von Gesundheitseinrichtungen. Zwar wird der Begriff „Setting“ je nach Fachbereich auch durch „Lebenswelt“ (in den Gesundheitswissenschaften) oder „Sozial-“ oder „Lebensraum“ (in der Sozialen Arbeit) ersetzt, aber alle Begriffe bezeichnen das gleiche: nämlich ein sozialräumliches System, in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen und einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen. Zwischen sozialräumlichen Systemen kann auf vielfältige Weise unterschieden werden, so z. B. zwischen Familie, Kindertageseinrichtung, Schule und Hochschule, Region, Stadt, Stadtteil, Kommune, Krankenhaus und Pflegeeinrichtung, Gefängnis, Unternehmen ... sogar das Internet. Es braucht deshalb komplexe und dem jeweiligen Setting angepasste Strategien, die es ermöglichen, gesundheitsrelevante Interventionen umzusetzen und deren Erfolg zu überprüfen, um der Vielfalt der sozialräumlichen Systeme, in denen Gesundheit gefördert (oder verhindert) werden kann, gerecht zu werden. In jedem Fall soll der Settingansatz ohne zu stigmatisieren die soziale Chancengleichheit von Menschen in den verschiedensten Lebensräumen fördern. Dies ist seit über zehn Jahren auch rechtlich festgelegt: Nach § 20a, Absatz 3 ist es die Aufgabe der Krankenkassen, beratende und finanzielle Unterstützung zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen zu leisten.

In dem vorliegenden Studienheft werden die Grundlagen des Settingansatzes als Kernstrategie in der Prävention und Gesundheitsförderung erarbeitet. Im Folgenden wird primär der Begriff „Gesundheitsförderung“ verwendet, der oft als den Begriff „Prävention“ mit einschließend betrachtet wird. Es stimmt zwar, dass zwischen beiden ein grundsätzlicher Unterschied besteht. Aber die beiden Konzepte greifen ineinander und

bauen aufeinander auf. Genau genommen ist die Gesundheitsförderung auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichtet, während die Prävention auf die Verringerung von Gesundheitsrisiken abzielt. Das eine schließt das andere aber nicht aus, vielmehr hängen beide mehr oder weniger voneinander ab. Schließlich lässt sich argumentieren, dass es zur Förderung von Gesundheit auch immer Verringerung von Risiken braucht, die Gesundheit gefährden. Deshalb geht es im Studienheft hier nicht um ein Entweder-Oder bezüglich der beiden Begriffe, sondern es wird davon ausgegangen, dass sie sich ergänzen und sogar bedingen. In diesem Sinne zielt Gesundheitsförderung auf eine aktive Gesundheitsvorsorge, Suchtprävention und die Entwicklung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen ab. So soll ein gesunder Lebensstil ermöglicht werden, indem sie versuchen, eine physische, psychische, soziale, ökologische und spirituelle Balance herzustellen. Diese Interpretation des Begriffs verinnerlicht die von der WHO erstellte Definition von Gesundheit als ein „Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 2014, S. xi).

Konkret geht es um die Stärkung von Wissen jedes Einzelnen zur Verbesserung seiner Gesundheit sowie um Einflussnahmen auf Umweltfaktoren, Gesellschaft und Politik. Wie sich das in der Praxis gestalten kann, wird anhand einer Reihe von Settings (Schule, Betrieb, Wohnviertel, medizinische Einrichtung, Gefängnis und Internet) beispielhaft vorgestellt und es werden jeweils zentrale Merkmale aufgezeigt. Dazu gehören z.B. die statistischen Berichtssysteme, die jeweiligen Zielgruppen, die in den Lebenswelten erreicht werden können, wie auch die nationalen bzw. internationalen Netzwerkstrukturen einzelner Settings. Am Ende des vorliegenden Studienhefts werden Erfolgsfaktoren des Settingansatzes bewertet. Dazu werden Methoden und Instrumente kurz eingeführt, Good-Practice-Projekte vorgestellt und die damit anvisierten Ergebnisse kritisch reflektiert.

Lernziele

Insgesamt strebt das Studienheft folgende Lernziele an. Nach der Bearbeitung des Studienheftes

- sind Sie mit den zentralen Begriffen (wie z.B. Setting, Netzwerk und Vernetzung) und Grundlagen des Settingansatzes in der Prävention und Gesundheitsförderung vertraut und können diese sachkundig artikulieren.
- kennen Sie die wesentlichen Settings der Gesundheitsförderung und ihre Netzwerke.
- können Sie die Einflussfaktoren von Settings auf die Gesundheit und deren Wechselwirkungen benennen.
- können Sie die methodischen Elemente von Settinginterventionen anwenden, sodass Sie in die Lage sind, (settingunabhängig) Maßnahmen eigenständig zu planen und durchzuführen.
- können Sie die komplexen strukturellen und funktionellen Dynamiken von Settinginterventionen erklären und diese anhand von Erfolgsfaktoren bewerten.

Viel Spaß bei der Lektüre und viel Erfolg!

Katherine H. Leith

1 Der Settingansatz in der Prävention und Gesundheitsförderung

Nach dem Bearbeiten dieses Kapitels können Sie den Settingbegriff allgemein definieren und den Unterschied zwischen „Gesundheitsförderung in einem Setting“ und „gesundheitsförderndem Setting“ beschreiben. Sie kennen die wichtigsten Grundlagen und Prinzipien des Settingansatzes und die gesetzlichen Rahmenbedingungen, in denen der Settingansatz zur Anwendung kommen soll. Darüber hinaus sind Sie mit dem Netzwerkbegriff allgemein sowie der Bedeutung von „Vermitteln und Vernetzen“ als einer der drei zentralen Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung vertraut. Ebenso sind Sie in der Lage, Settings der Gesundheitsförderung in die dazugehörigen Netzwerke einzuordnen.

Wie in der Einleitung zu diesem Studienheft erklärt, ist der Begriff des Settings eng mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung aus dem Jahre 1986 verbunden. In der Charta heißt es, dass Gesundheitsförderung darauf abzielt,

Definition 1.1:

„allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel“ (WHO, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986).

Nachdem das alltägliche Leben immer in einem kontextspezifischen Umfeld stattfindet, können gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht „setting-los“ betrachtet werden. Laut der WHO bildet „[d]ie enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt [...] die Grundlage für einen sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit. [...] Gesundheit wird von den Menschen in der alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986). Die Grundidee ist, Gesundheit und Wohlbefinden durch die Gestaltung der Lebenswelten der Menschen zu fördern. Die WHO bekräftigte mit der Charta ihre Überzeugung, dass „Gesundheit für alle“ in erster Linie durch Förderung von Gesundheit, nicht durch Verhütung von Krankheit, erzielt werden muss. Die Charta sollte die orientierende Anleitung geben und enthält dazu drei in der Einleitung bereits erwähnte Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsfelder (vgl. Habermann-Horstmeier, 2017, S. 27 f.). Diese fünf Handlungsfelder sind die Basis für den „Mehrebenenansatz“ der Gesundheitsförderung (vgl. Kaba-Schönstein, 2018, S. 232). Die drei Handlungsstrategien (Advocate, Mediate, Enable) bilden den Rahmen einer ganzheitlichen Gesundheitspolitik.

Hinweis:

Wer die Ottawa-Charta im Gesamttext lesen will, kann sie mithilfe des folgenden Links herunterladen:

<http://www.aon.media/5wx36g> (05.05.2023)

1.1 Prävention und Gesundheitsförderung: Vergleich, Abgrenzung und Definition

Die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ werden meistens austauschbar verwendet, was aus praktischer Sicht verständlich ist, weil die meisten Interventionen beide Bereiche mit einbringen (vgl. Duplaga et al., 2016, S. 456; Tengland, 2010a, S. 218). Aus theoretischer Sicht sind beide in Hinblick auf ihre Orientierung, paradigmatische Grundlage, Interventionsrichtung, Prinzipien und Absichten sowie ihren primären Adressaten differenzierbar (vgl. Tab. 1.1).

Tab. 1.1: Prävention und Gesundheitsförderung: Gemeinsamkeiten und Unterschiede (vgl. Schlicht, 2018, S. 8)

	Prävention betont:	Gesundheitsförderung betont:
Bezug, Orientierung	Vermeidung von Krankheit; Minderung oder Beseitigung jener Risiken, die die Gesundheit gefährden oder beeinträchtigen	Stärkung von Gesundheit; Identifizierung und Förderung jener Ressourcen, die die Gesundheit und das Wohlbefinden erhalten und unterstützen
paradigmatische Grundlage	das bio-medizinische Modell, das physische Störungen als krankheitsverursachend sieht und anhand naturwissenschaftlicher Methoden die Faktoren sucht, die diese verursachen	das sozial-ökologische Modell, das von dem interaktiven Person-in-Umwelt-Ansatz ausgeht und den Schlüssel aller Handlungen und Reaktionen in der subjektiven Einschätzung der Umwelt sieht
primärer Adressat	das riskante (= ungesunde) individuelle Verhalten; die schädliche Umwelt	die Faktoren und Bedingungen gesundheitsfördernder Person-in-Umwelt-Interaktionen
Interventionsrichtung	„downstream“; ausgerichtet auf individuelles Handeln auf der Mikroebene; es wird erst interveniert, wenn Risiken bereits sichtbar werden	„upstream“; ausgerichtet auf umweltliche Bedingungen und politische Regelungen auf der Meso- und Makroebene; es wird interveniert, bevor Risiken auftreten
Prinzipien und Absichten	primordiale, primäre, sekundäre, tertiäre und quaternäre Prävention	Chancengleichheit, Menschenrechte; soziale Ressourcen, individuelle und Lebenskompetenz, Empowerment und Enabling

Die paradigmatische Grundlage hat eindeutig eine Sonderrolle. Sie bildet die Ausgangsebene, von der sich alle anderen Faktoren ableiten. Prävention stützt sich auf das biomedizinische Modell und definiert Gesundheit als negatives Konzept, als das Fehlen

oder die Abwesenheit von Krankheit. Im Gegensatz dazu stützt sich Gesundheitsförderung auf das sozial-ökologische Modell, das Gesundheit als positives Konzept definiert, als ganzheitliches Wohlbefinden (vgl. Tengland, 2010a, S. 204; 2010b, S. 324 f.). So gesehen will Prävention den physischen gesundheitlichen Status quo wiederherstellen oder erhalten, während Gesundheitsförderung das gesundheitliche Empfinden insgesamt stützen und stärken will (vgl. McDonald, 1998, S. 27). Obwohl dieser Unterschied in der Praxis weniger spürbar ist, erfordert er dennoch ein interpretierendes Umdenken. Es geht nicht (nur) darum, was nicht getan werden soll, sondern darum, was getan werden soll (vgl. Korp, 2008, S. 20).

Abschließend lässt sich sagen, dass Gesundheitsförderung als umfassenderes Konzept betrachtet werden kann, das die Prävention mit einschließt. Gesundheit kann auch ohne präventive Maßnahmen – ohne Krankheit zu verhindern – gefördert werden, z.B. durch das Stärken von Selbstbewusstsein. Aber Krankheit präventiv zu verhindern bedeutet immer auch, Gesundheit zu fördern (vgl. Tengland, 2010a, S. 209).

Übung 1.1:

Was ist Ihre persönliche Definition von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention? Sind Förderung und Prävention eindeutig unterschiedliche und getrennte Konzepte? Begründen Sie Ihre Antwort!



1.2 Was sind Settings?

Der Begriff Setting, vom englischen Wort *setting*, oder Kontext, Lebens- und Handlungsraum, Milieu, Rahmen, Schauplatz, Situation, Umgebung, wird in der Gesundheitsförderung seit den 1980er-Jahren verwendet. Seine Wurzeln gehen noch ca. 10 Jahre weiter zurück. Schon in der Erklärung von Alma Ata (das heutige Almaty in Kasachstan), erlassen im September 1978 während der Internationalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung der WHO, steht, dass die primäre Gesundheitsversorgung u. a. die erforderlichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote bereitstellen muss. Darüber hinaus muss sie sich neben dem Gesundheitsbereich auch auf alle damit verbundenen Lebensbereiche beziehen, einschließlich Landwirtschaft, Viehzucht, Ernährung, Industrie, Bildung, Wohnungsbau, öffentliche Arbeiten und Kommunikation (vgl. Birn, 2018, S. 1155; WHO, 1978). Sie legte den Grundstein dafür, die Verantwortung für und Bestimmung von Gesundheit nicht weiterhin dem medizinischen Bereich und den Ärzten zu überlassen, sondern sie auf den sozialen, durch den menschlichen Lebensraum bedingten Bereich und alle Bürger zu erweitern (vgl. Diesfeld, 1999, S. 72; Sutter, 2017, S. 96).

1.2.1 Evolution und Konzipierung des Begriffs „Settingansatz“

Ende der 1970er-Jahre begann das Office of Health Information and Health Promotion der amerikanischen Regierung (später: Office of Disease Prevention and Health Promotion), sich nach Settings zu organisieren, wie z.B. klinische Settings, erzieherische oder bildende Settings und kommunale Settings. In Europa übernahm zur gleichen Zeit das Regionalbüro für Europa der WHO eine führende Rolle in der Entwicklung und Verbreitung des Settingansatzes. Das Konzept wurde als ein integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung 1986 in der Ottawa-Charta anerkannt. Da aber die Ausführungen der Charta relativ abstrakt blieben, gründete die WHO zeitgleich das Gesunde Städte-Netz-

werk, in dem der Settingansatz zum ersten Mal konkret umgesetzt wurde und das sich zu einer weltweiten Bewegung entwickelt hat (vgl. Naidoo; Wills, 2019, S. 418). Parallel dazu wurden dann weitere Settingprojekte initiiert, wie z. B. gesunde Schulen, gesunde Krankenhäuser, gesunde Betriebe und noch andere „gesunde“ Settings (vgl. Altgeld, 2004, S. 5; Conrad, 2013, S. 16; Green et al., 2000, S. 11).

Hinweis:

Wer gerne mehr über das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland wissen will, kann sich hier informieren:

<http://www.aon.media/k152zi> (05.05.2023)

So gilt der Settingansatz heute als Kernstrategie in der Gesundheitsförderung. Aufgrund seiner wichtigen Stellung und Funktion wird er sogar als „Königsweg“ zum gesünderen Leben bezeichnet (Conrad, 2013, S. 17; Schneider, 2014, S. 182). Aber auch andere Ansätze können zum Tragen kommen (vgl. Greene et al., 2000, S. 10; Torp et al., 2014, S. 3):

- *Themenansatz:* macht bestimmte „Problem-Themen“ zum gesundheitsfördernden Schwerpunkt (z. B. HIV/AIDS, Rauchen, Bewegungsarmut)
- *Zielgruppenansatz:* fokussiert bestimmte Zielgruppen, um sie gesundheitsfördernd zu unterstützen (z. B. obdachlose Menschen, arme Kinder)



Beispiel 1.1:

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vereint in ihrer „Rauchfrei“-Kampagne den Themenansatz mit dem Zielgruppenansatz. Sie stellt kostenlos Informationsmaterialien zum Rauchausstieg für Jugendliche und Erwachsene zur Verfügung. Weitere Informationen finden Sie mithilfe des nachfolgenden Links: <http://www.aon.media/oa42qs> (05.05.2023)

Gesundheitsförderung in Settings oder gesundheitsfördernde Settings?

Trotz gesundheitsfördernder Initiativen in verschiedenen Settings sind Settings nicht automatisch gesundheitsfördernd. Es ist möglich, gesundheitsfördernde Interventionen in einem Setting anzubieten, ohne dass auf die settingspezifischen strukturellen und funktionellen Rahmenbedingungen Rücksicht genommen wird. Zu unterscheiden sind zwei theoretische Konzeptualisierungen (vgl. Barić; Conrad, 1999, S. 16, 18):

- *Gesundheitsförderung in einem Setting:* Dieser Ansatz beinhaltet die Umsetzung von Projekten oder Programmen in einem bestimmten Setting, die darauf abzielen, die Gesundheit der Menschen zu verbessern, die in diesem Setting leben. Das Setting wird hierbei zur Erreichung einer bestimmten Zielgruppe genutzt, um dort Angebote der Verhaltensprävention anzubieten. Abläufe bzw. Strukturen im Setting bleiben grundsätzlich unverändert.
- *gesundheitsförderndes Setting:* Dieser Ansatz erfordert einen Politik- und Strategiewechsel des Settings, indem gesundheitsfördernde Aspekte mit in die alltäglichen Aktivitäten einbezogen und alle Teile des Settings partizipativ integriert werden. Zusätzlich werden diese Aspekte und/oder ihre Einbeziehung in das bestehende Qualitätssicherungssystem bewertet. Es geht um alle Systeme, die durch ihre Struktur und Aufgaben eine anerkannte soziale Einheit darstellen.

Gesundheitsfördernde Settings setzen komplexe und strukturelle Maßnahmen, z.B. systemische Organisationsentwicklung, Gestaltung der physischen und sozialen Umwelt sowie klassische Maßnahmen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung, gemeinsam um. Um ein Setting zu einem gesundheitsfördernden Setting zu machen, bedarf es bestimmter organisatorischer Veränderungsprozesse (vgl. Barić; Conrad, 1999; Trojan; Legewie, 2001):

- Bildung neuer Infrastrukturen mit anderen Settings in Form von Allianzen, Kompetenzzentren und Netzwerken;
- Integration des Gesundheitsmotivs mit anderen höherrangigen Zielen des Settings, z.B. aus dem Politikbereich;
- Schaffung einer gesunden Settingumwelt;
- Schaffung langfristiger Veränderungsprozesse (lernendes Setting);
- Umsetzung eines ganzheitlichen, d.h. sowohl individuums- als auch strukturorientierten Konzeptes.

Ein gesundheitsförderndes Setting schließt die Gesundheitsförderung im Setting mit ein, da ebenso gesundheitserzieherische wie verhaltensbasierte Maßnahmen ihre Berücksichtigung finden (vgl. Bauch, 2002). Die Perspektive erweitert sich von einem ausschließlich auf die einzelne Person und ihr riskantes Verhalten konzentrierten Schwerpunkt gesundheitsfördernder Aktivitäten zu einem Fokus auf die psychosozialen und kontextspezifischen Bedingungen und ihre Wechselwirkung und Einflussnahme auf die Gesundheit aller. Die traditionell auf individuelle Defizite und Risikofaktoren ausgerichtete Definition von Gesundheit wird hiermit zu einem multifaktoriellen und ressourcenorientierten Verständnis von Gesundheit ausgebaut (vgl. Dadaczynski et al., 2016, S. 215).

Beide definitorischen Bestimmungen sind mit den unterschiedlichen Konzeptualisierungen von Verhaltensprävention und Verhältnisprävention zu vergleichen. Auf diese beiden Begriffe wird in Abschnitt 1.3 noch genauer eingegangen. Hier nur so viel: Gesundheitsförderung in Settings richtet sich auf Verhaltensmodifikation der Zielgruppe(n) in einem Setting und ist paternalistisch zu verstehen. Dagegen zielen gesundheitsfördernde Settings auf eine Änderung der vorherrschenden umweltlichen Verhältnisse und wirken emanzipatorisch (vgl. Altgeld, 2004, S. 28; Hensen; Hensen, 2013, S. 230 f.). Die konzeptionelle Verlagerung von Gesundheitsförderung in Settings auf gesundheitsfördernde Settings signalisiert eine Neuorientierung. Die Frage „Was soll die Gesundheitsförderung für Sie tun?“ wird ersetzt durch die Frage „Was können Sie für sich selbst tun, und wie kann die Gesundheitsförderung Ihnen dabei helfen?“ (Barić; Conrad, 1999, S. 12).

„Kollektiv werden die Mitglieder eines Settings als Expert_innen ihrer eigenen Situation ermuntert, Veränderungsprozesse und Umgestaltungen anzustoßen und Steuerungsverantwortung zu übernehmen. Mittels Partizipation, integrierten, sektorenübergreifenden Konzepten und einer Orientierung auf lokale Lernprozesse soll auf diese Weise mehr soziale sowie gesundheitliche Teilnahme ermöglicht werden“ (Bär, 2015, S. 23).



Setting-Analyse als Mittel zum gesundheitsfördernden Setting

Ein wichtiger Punkt auf dem Weg zu einem gesundheitsfördernden Setting ist, darauf zu achten, dass nicht nur die Gesundheitsprobleme dieses Settings analysiert werden, sondern das Setting selbst. Eine solche Analyse sollte mindestens die folgenden Punkte mit einbeziehen (vgl. Conrad, 2013, S. 22):

- Art, Größe und Lage des Settings;
- Ziele und Interessen des Settings;
- bisherige wirtschaftliche Lage;
- bisherige Erfahrungen mit dieser Art von Setting;
- gängige Vorstellungen zum Setting und zu Gesundheit und wie dagegen die Mitglieder ihr Setting und Gesundheit sehen;
- Träger/Geldgeber des Settings;
- Macht-, Organisations- und Entscheidungsstrukturen;
- Verknüpfungen des Settings mit seinem weiteren Umfeld.

1.2.2 Das Setting: Abgrenzung und Definition

Als Hintergrund für die Entwicklungen hin zum gesundheitsfördernden Setting lässt sich die gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland nennen. Es bestehen z. B. im Hinblick auf die Lebenserwartung große Unterschiede zwischen der obersten und untersten sozialen Schicht (vgl. Bär, 2015, S. 21). Dabei geht es um Gesundheitschancen, um „die politischen und wirtschaftlichen Bedingungen eines Landes, kulturelle Spannungen, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe, die finanziellen Spielräume, die Wohnbedingungen, den Bildungsgrad und die privaten Lebensformen [...] als einschränkende oder ermöglichende Bedingungen für die Entfaltung von gesundheitlichen Verhaltensweisen und damit für die Gesundheit“ (Hurrelmann; Richter, 2013, S. 27). Settings, die diese Chancen erfolgreich, d. h. gesundheitsfördernd wahrnehmen, lassen sich anhand einer Reihe von zentralen Elementen charakterisieren (vgl. Altgeld, 2004, S. 27 f.; Bauer, 2019, S. 153; Dadaczynski et al., 2016, S. 215 f.; Dooris, 2009, S. 30; Dooris et al., 2007, S. 331 ff.; Kilian et al., 2009, S. 20; Naidoo; Wills, 2019, S. 419 f.):

- *Ökologisches Modell von Gesundheit:* Dieser Auffassung von Gesundheit liegt der sozial-ökologische Person-in-Umwelt-Ansatz zugrunde, nach dem gesundes Leben durch sich gegenseitig beeinflussende strukturelle Rahmenbedingungen und Geschehnisse der Mikro-, Meso- und Makroebene entsteht und geprägt wird.
- *Systemische Perspektive:* Gesundheitsfördernde Interventionen müssen, um erfolgreich zu sein, genauso individuelle Verhaltensweisen beeinflussen (durch Kompetenzstärkung) wie auch die Verhältnisse innerhalb des Settings. Das Setting wird als komplexes, nicht vorhersagbares soziales System verstanden, das aufgrund seiner Offenheit mit anderen Settings interagiert.
- *Prozessorientierung:* Es geht hier um ganzheitliche Änderungsprozesse, die sich auf Methoden der Organisationsentwicklung berufen, statt vorgegebene, festgefügte Programme zu implementieren. Gesundheit wird zum selbstverständlichen Bestandteil aller Entscheidungs- und Planungsprozesse.

- *Partizipation und Empowerment*: Den Zielgruppen, auf die die gesundheitsfördernden Maßnahmen gerichtet sind, muss es möglich sein, an der Planung und Durchführung dieser Maßnahmen aktiv teilzunehmen. Dazu gehört, dass sie zur Wahrnehmung der eigenen gesundheitsbezogenen Interessen überhaupt befähigt sind (werden).

Vor allem das letzte Element, Partizipation und Empowerment, spielt eine wichtige Rolle. Auf diese beiden Begrifflichkeiten wird in Abschnitt 1.4 genauer eingegangen. Hier nur so viel: Menschen, die aktiv an der Gestaltung gesundheitsfördernder Aktivitäten beteiligt sind, sind in der Lage, Gesundheitskompetenz zu entwickeln. Menschen mit Gesundheitskompetenz besitzen Wissen und Fähigkeiten, die es ihnen ermöglichen, sich selbstbestimmt und selbstverantwortlich innerhalb ihres alltäglichen Lebens und Lebensraumes für ihre eigene Gesundheit einzusetzen (vgl. Faltermaier, 2018, S. 107; Habermann-Horstmeier, 2017, S. 78; Hurrelmann; Richter, 2013, S. 227). Das entspricht wiederum dem der Sozialen Arbeit inhärenten *strengths-approach* oder Stärkemodel.

Übung 1.2:

Überlegen Sie bitte kurz: Wann haben Sie das letzte Mal konkret etwas an Ihrem Verhalten verändert, um gesünder zu leben? Welche Kompetenzen haben Sie dazu benötigt? Welche waren funktional, interaktiv oder kritisch?



Der Settingansatz: Definitionen

Obwohl der Settingansatz heute fest in der Gesundheitsförderung etabliert und als Schlüsselstrategie zur Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen akzeptiert ist, fehlt ein Konsens darüber, wie der Begriff „Setting“ probat zu definieren ist. Seit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 ist eine Vielzahl von Begriffsbestimmungen entstanden, die sich definitorisch zwar annähern, aber relativ weit gefächert sind. Ursprünglich wurde der Begriff „Setting“ im wörtlichen Sinn als räumliche Umgebung ausgelegt. So verkündete die WHO in ihrem 1998 erschienenen „Health Promotion Glossary“, dass ein Setting ein Ort oder sozialer Kontext ist, der typischerweise räumlich begrenzt ist, Beteiligte mit verschiedenen Rollen aufzeigt und als Organisation strukturiert ist (vgl. WHO Europe, 1998, S. 19). Von dieser ursprünglichen Definition haben sich unzählige definitorische Varianten abgeleitet. So greifen Barić und Conrad (1999, S. 18) die Konzeptualisierung des Begriffs Setting als Organisation auf, indem sie ihn allgemein auf Gruppen von Menschen beziehen, die ihre Aktivitäten zum Erreichen gemeinsamer Ziele fortlaufend aufeinander abstimmen. Im Kontrast dazu steht die Definition von Wenzel (1997), der Settings als räumliche, zeitliche und kulturelle Bereiche im alltäglichen Leben einstuft, in denen zwischenmenschliche Beziehungen stattfinden und die maßgeblich sind für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen und -bedingungen.

Weitere Definitionen bringen dieses auf immaterielle, psychosoziale Zustände bezogene Verständnis von Settings ebenfalls zum Ausdruck. Settings sind sowohl Mittel zu als auch Produkte von zwischenmenschlichen, sozialen Interaktionen. Sie sind spezifische Orte im Raum-Zeit-Kontinuum, die die Interpretation von sozialen und psychologischen Prozessen sowie deren Beeinflussung durch wirtschaftliche und politische Faktoren ermöglichen (vgl. Poland et al., 2000, S. 342 f.). Sie sind soziale Systeme, in denen einerseits eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf die Gesundheit bestimmter Personengruppen einwirkt und andererseits diese Einflüsse auf und Bedingungen von Gesundheit

und Krankheit auch gestaltet werden können (vgl. Grossmann; Scala, 2003, S. 205). Settings sind konkrete Orte sowie größere sozialräumliche Einheiten, die sich auf Individuen, Gruppen oder soziale Einheiten beziehen können, die nicht an einen bestimmten Raum oder Ort gebunden sind (vgl. Engelmann; Halkow, 2008, S. 30). Sie werden zu sozialen Zusammenhängen, in denen Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und die Einfluss auf ihre Gesundheit haben (vgl. Hartung; Rosenbrock, 2015). Sie stellen die soziale und physische Umgebung dar, in der Menschen gesundes Verhalten lernen und praktizieren, wobei ihr persönliches Gesundheitsverhalten wiederum auf ihre soziale und physische Umgebung zurückwirkt (vgl. Schneider, 2017, S. 230). Im weitesten Sinne fördern sie das ganzheitliche Wohlbefinden, als soziale Orte, die bereichern, Krisen überwinden helfen, äußere und innere Ressourcen in kollektiven Zusammenhängen erhalten wollen und so zu einem kollektiven Wohlbefinden und zur Widerstandsfähigkeit von Gemeinden/Gemeinschaften beitragen möchten (vgl. Röhrle, 2018, S. 164).

Definition 1.2:

„Ein Setting ist ein relativ dauerhafter und den Nutzern bzw. Akteuren auch subjektiv bewusster Sozialzusammenhang. Er kann durch eine formale Organisation (z.B. Schule, Betrieb) konstituiert sein, durch einen gemeinsamen sozial-räumlichen Bezug (z.B. Stadtteil, Dorf, Quartier), durch eine gemeinsame Lebenslage (z.B. Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund, Ruhestand), durch gemeinsame Wertorientierungen (z.B. religiöse Überzeugungen, sexuelle Orientierungen) oder auch durch eine Kombination dieser Merkmale.“ (Rosenbrock, 2015, S. 216).



Übung 1.3:

Welche Settings haben Sie in Ihrem Leben bisher kennengelernt? Wählen Sie eines aus Ihrem Berufsalltag (z.B. Pflegeeinrichtung, Krankenhaus, Schule, Betrieb) und überlegen Sie, welche Schlüsselpersonen und Zielgruppen Sie für die Umsetzung des Settingansatzes mit ins Boot (z.B. in einen Steuerkreis) holen würden.

Allen Definitionen sind explizit oder implizit drei zentrale Merkmale eigen, nämlich dass ein Setting ein „anerkanntes soziales System“ ist, dass es Einfluss auf die Gesundheit ausübt und dass die in ihm bestehenden Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet und beeinflusst werden können (vgl. Engelmann; Halkow, 2008, S. 31). Zusätzlich sind Interventionen leichter und erfolgreicher in sozialräumlich definierten Settings umzusetzen als in Lebenswelten, die durch gemeinsame Überzeugungen oder Lebenslagen gebildet sind (vgl. Rosenbrock, 2015, S. 216). Ausschlaggebend ist drittens und in jedem Fall, dass der Settingansatz mit seinen Interventionen nicht die einzelne Person fokussiert, sondern die sozialen Bereiche, in denen sich das menschliche Leben entfaltet. Es muss sich das ganze Setting verändern, damit sich das Verhalten des Einzelnen verändern kann (vgl. Naidoo; Wills, 2019, S. 418 ff.).

Teilsettings und Supersettings

In gesundheitsfördernden Settings geht nicht nur (und nicht primär) um individuelle Verhaltensweisen, sondern um die Verhältnisse im Sozialzusammenhang des Settings. Gesundheitsfördernde Settings haben eine integrierende, synergistische Funktion, da sie verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen vereinen. Es wäre aber ein Fehler, jedes Setting als eigenständiges, von anderen Settings unabhängiges System zu sehen. Stattdessen ist zu überlegen, inwieweit sich Settings ähnlich sind oder voneinander un-

terscheiden und in welchem Grad sie mit anderen Settings interagieren oder verbunden sind (vgl. Naidoo; Wills, 2019, S. 420). Settings können in übergreifende Gesamt- oder Supersettings und einzelne Teilsettings eingeteilt werden, die in Bezug zueinander stehen (vgl. Abb. 1.1).

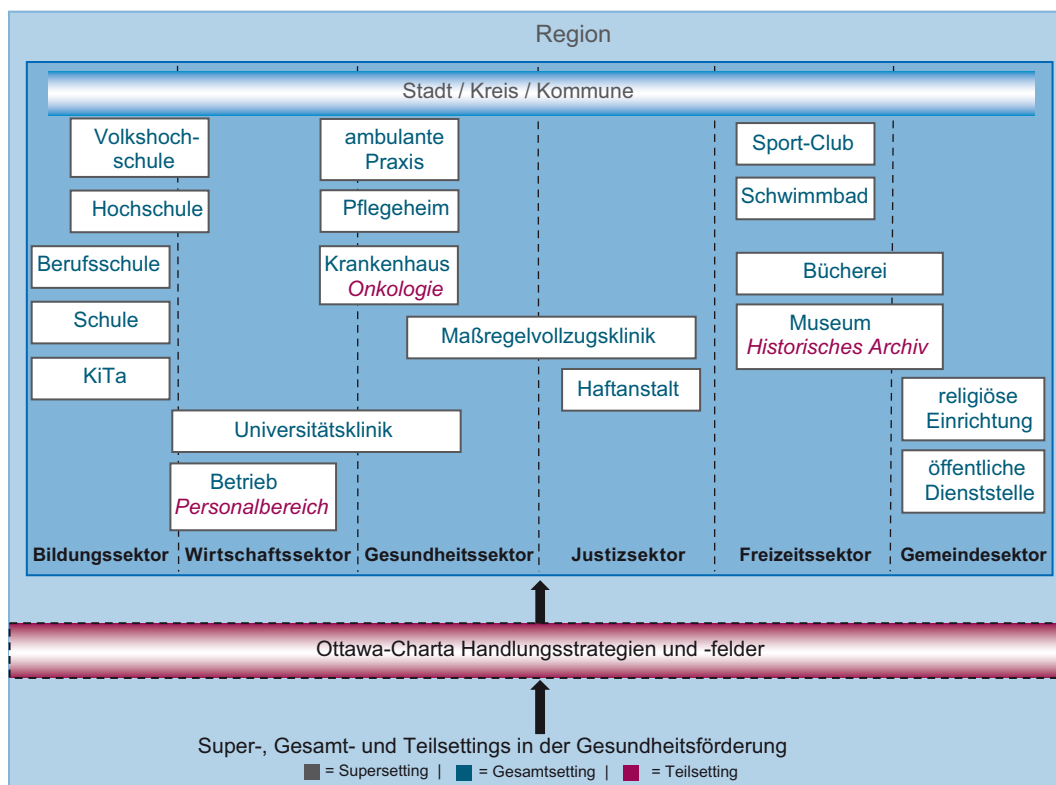


Abb. 1.1: Einteilung der Settings in der Gesundheitsförderung nach Sektoren (vgl. Dooris, 2009, S. 30; 2004, S. 41; Siebert, 2006, S. 19)

Settings bestehen nicht in einem Vakuum und sind nicht singuläre Einheiten. Sie überlappen sich mit anderen Settings und Settingnutzer/-innen bewegen sich zwischen ihnen hin und her. Gesundheitliche Probleme, die sich in einem Setting manifestieren, können ihre Ursache in einem anderen Setting haben. Gleichzeitig setzen sich Settings aus vielen „Mikroumgebungen“ zusammen, die unterschiedlichen Settingnutzern/-innen unterschiedliche Erfahrungen zu unterschiedlichen Zeiten bieten. Jedes Setting hat mehrere Funktionsebenen und Stakeholders, wobei Bereiche jeweils wie Bausteine zusammengesetzt oder wie russische Puppen ineinander untergebracht sind (vgl. Dooris, 2004, S. 41; Dooris et al., 2007, S. 331 f.; Poland et al., 2000, S. 343). Jedes Setting besteht aus vielen solcher „Teilsettings“. Die medizinische Fakultät ist z. B. ein Teilsetting des Gesamtsettings Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Der ausschlaggebende Punkt ist, dass Teilsettings eigene Entscheidungs- und Organisationsmacht zur Erfüllung bestimmter Aufgaben im Rahmen der Gesamtaufgaben des übergeordneten Settings haben (vgl. Conrad, 2013, S. 23). Oft lassen sich gesundheitsfördernde Interventionen leichter in einem Teilsetting umsetzen als im Gesamtsetting, weil seine Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe überschaubarer und somit einfacher zu analysieren, verändern und evaluieren sind. Solche Teilsettings können dann zu „Multiplikatoren“ werden, d. h. sie können anderen Teilsettings als Vorbild dienen (vgl. Conrad, 2013 S. 23). Ähnlich verhält es sich mit dem „Supersetting“-Ansatz. Hier kommen wichtige Stakeholder – die „Personen und Gruppen, die ein besonderes Interesse an einem (ge-

sundheitsfördernden) Prozess oder einem Projekt (...) haben“ (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 52) – mehrerer Gesamtsettings auf einer politisch-geographischen Ebene zusammen, um Ressourcen und Fachwissen organisatorisch und koordiniert zu bündeln und gemeinsame Ziele zu erreichen. Der Supersetting-Ansatz ist mehr als ein Multisetting-Ansatz, da er durch die Bildung von neuen Partnerschaften und Netzwerken einen synergistischen Effekt erzielt (vgl. Bloch et al., 2014, S. 141). Das Verknüpfen von Settings ist rein intuitiv eine gute Idee, da es die gesundheitsfördernden Settings inhärente Komplexität, Ganzheit und Vernetzung anerkennt (vgl. Dooris, 2013, S. 46). In diesem Sinne verbindet der Supersetting-Ansatz Top-down-Implementierung von Programmen mit Bottom-up-Beteiligung von Settingnutzer/-innen. Einerseits werden Einzelne oder Gruppen in Top-down-Programme integriert; gleichzeitig werden Bottom-up-Ziele wie Partizipation und Empowerment von einer Nebensache zur Hauptsache befördert (vgl. Laverack, 2010, S. 29).






„Interventionen, die auf einen SuperSettingansatz beruhen, zeichnen sich in erster Linie dadurch aus, dass sie integrativ sind, aber auch partizipatorisch, befähigend, kontextspezifisch und wissensbasiert“. (Bloch et al., 2014, S. 143)

1.3 Settings und ihr Einfluss auf die Gesundheit

In Settings kommt eine Vielzahl von Faktoren zusammen, die sich positiv (als Gesundheitschancen) oder negativ (als Gesundheitsrisiken) auf den Gesundheitsstatus der Settingnutzer/-innen auswirken können. Sie sind den Gesundheitsdeterminanten des Regenbogenmodells von Margret Whitehead und Göran Dahlgren gleichzusetzen, das all diese Faktoren auf fünf halbkreisförmig übereinander gelagerten Ebenen anordnet. Sie können in drei Gruppen unterteilt werden (vgl. Tab. 1.2). Personale Faktoren entsprechen der innersten Ebene, Ebene 1, im Kern des Regenbogen-Halbkreises. Verhaltensfaktoren entsprechen Ebene 2 und Verhältnisfaktoren entsprechenden Ebenen 3, 4 und 5. Bis auf die personalen Faktoren können alle Einflussfaktoren verändert werden und bieten Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung. Gemäß dem Mehrebenenansatz geht diese ganzheitlich und systemisch vor, um die größtmögliche Wirkung zu erzielen. Mehr-Ebenen-Interventionen sind hochkomplex und aufwendig, da sie Einflussfaktoren aller drei Gruppen berücksichtigen und Maßnahmen für die jeweiligen Faktoren unterschiedlicher Gruppen konzipieren (vgl. Nöcker, 2016, S. 516).

Tab. 1.2: Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 23 f.)

Bedingungsfaktor		Beispiel
Personale Faktoren 	intrapersönliche Eigenschaften und Merkmale, die in den meisten Fällen nicht manipulierbar sind	<ul style="list-style-type: none"> genetische Disposition körperliche Konstitution psychische Konstitution Behinderungen ethnische Herkunft
	individuelles Handeln, insbesondere im Hinblick auf die Vermeidung oder Entstehung von chronischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> Ess-, Schlafgewohnheiten körperliche Aktivität Tabak-, Alkohol-, Drogenkonsum Sexual-, Hygieneverhalten Selbstvertrauen Bewältigungskompetenzen Vorsorgeverhalten
Verhältnisfaktoren 	Bedingungen in der unmittelbaren Umgebung und/oder weitläufigeren Umwelt, die gesundheitsfördernd oder -schädigend wirken	<ul style="list-style-type: none"> sozioökonomischer Status Bildungsangebote wirtschaftliche Verhältnisse Arbeitsbedingungen politische Stabilität Wohnverhältnisse Luft-, Wasser- und Bodenqualität Freizeitmöglichkeiten Qualität der Versorgungsangebote



Gesundheitsstatus der Settingnutzer

Wichtig ist, zu erkennen, dass alle Faktoren unabhängig voneinander die Gesundheit beeinflussen. Gleichzeitig bedingen und verschärfen sie sich gegenseitig und können auf diese Weise einen kumulativen Effekt haben. Hilfreich ist in diesem Zusammenhang die Trias von sozialer Umgebung, Psyche und Somatik, die vorgibt, dass soziale Gesundheit und Krankheit Resultate der Interaktion von sozialer Umgebung, psychischem Erleben (z.B. Stressreaktion) und somatischen patho- und salutogenetischen Reaktionen sind (vgl. Engelmann; Halkow, 2008, S. 39). Die Gesundheitsförderung orientiert sich am Modell der Salutogenese, das der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky in seinem 1979 erschienen Buch *Health, Stress and Coping* vorstellte. Er stellt die drei Einflussfaktoren Verständnis (*comprehensibility*), Machbarkeit (*manageability*) und Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit (*meaningfulness*) als Kohärenzgefühl (*sense of coherence*) in den Mittelpunkt der Entstehung von Gesundheit – und Krankheit. Als einen weiteren wichtigen Baustein sah er die „generalisierten Widerstandsressourcen“, nämlich individuelle, kulturelle und soziale Fähigkeiten und Möglichkeiten, Probleme zu lösen bzw. Schwierigkeiten zu meistern. Antonovsky wollte mit seinem Modell einen Gegenpunkt zu dem bis dahin vorrangigen medizinischen Modell setzen (vgl. Bengel; Strittmatter, 2001, S. 140 ff.).

Hinweis:

Eine genauere Beschreibung des Modells der Salutogenese sprengt den Rahmen dieses Studienhefts. Das Modell ist aber für ein besseres Verständnis der Gesundheitsförderung und gesundheitsfördernder Settings von zentraler Bedeutung. Die Veröffentlichung nimmt konkret auf die Anwendung der Salutogenese in der Gesundheitsförderung Bezug. Sie finden sie unter folgendem Link:

<http://www.aon.media/tsz69f> (05.05.2023)

Eine vierte Gruppe von Einflussfaktoren – in Tab. 1.2 unter Verhältnisfaktoren subsumiert – ist das gesundheitliche Versorgungssystem. Die medizinische Versorgung beeinflusst durch ihre präventiven Leistungen, wie z.B. Schutzimpfungen, sowie ihre kurativen Therapien den Gesundheitsstatus der Settingnutzer/-innen (vgl. Gutzwiller; Paccaud, 2015, S. 14). Dazu zählen der Zugang zu Gesundheitsdiensten und die Qualität der Leistungserbringung (vgl. Marty; Salvi, 2018; S. 3). Zugang zu und Qualität von Gesundheitsdiensten stellen zusammen mit den Kosten dieser Dienste eine wichtige Trias dar, die ihren direkten Ausdruck in gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen finden. Sie kommen dem sprichwörtlichen Gordischen Knoten gleich, da es (fast) unmöglich scheint, die Gesundheitskosten zu senken und gleichzeitig aber Zugang und Qualität zu heben (vgl. Cox, 2009, S. 2017).

**Übung 1.4:**

Lesen Sie das Fallbeispiel von Frau M. durch. Sie finden es unter folgendem Link:

<http://www.aon.media/10dbfv> (05.05.2023)

Welche wichtigen personalen, Verhaltens- und Verhältnisfaktoren erkennen Sie, die auf die Gesundheit und Krankheit von Frau M. Einfluss nehmen? Achten Sie bei Ihrer Antwort bitte sowohl auf Schutz- als auch Risikofaktoren.

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Der Settingansatz geht davon aus, dass Gesundheitsprobleme durch eine komplexe Wechselbeziehung zwischen ökonomischen, sozialen, institutionellen, usw. Bedingungen im Umfeld der Settingnutzer/-innen und deren individuellem Verhalten erzeugt werden (Grossmann; Scala, 2006, S. 66; Naidoo; Wills, 2019, S. 162). In der Gesundheitsförderung wird in dieser Hinsicht traditionell zwischen der Verhaltensprävention und der Verhältnisprävention unterschieden. Beide Ansätze stellen zwei Seiten derselben Medaille dar und eine kompetente, fachkundige Umsetzung gesundheitsfördernder Programme vereint idealerweise verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen, um somit den gesundheitsfördernden Effekt zu optimieren. Oft wird auf die Spannung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention hingewiesen. Der Settingansatz integriert zweierlei methodische Aspekte absichtlich miteinander: zum einen die Gewichtung von Verhältnis- und Verhaltensprävention, zum anderen die Intensität der Nutzung des Settings (als Zugangsweg oder für Organisationsentwicklung). Es handelt sich nicht um einen Kompromiss, sondern um zwei „sich ergänzende, ineinandergreifende und voneinander profitierende“ Teilstrategien eines ganzheitlichen Ansatzes (Hornberg et al., 2018, S. 39), um die „Einsicht“, dass das eine ohne das andere nicht sein kann“ (Engelmann; Halkow, 2008, S. 42). Sie folgt dem bio-psychozialen und sozial-ökologischen Modell

und dem Person-in-Umwelt-Ansatz, die davon ausgehen, dass menschliches Verhalten nicht wirklich zu verstehen ist, ohne es in Zusammenhang mit seinem sozialräumlichen Kontext zu stellen.

„Der Settingansatz zeichnet sich durch die Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen aus: Das Element der Strukturbildung (Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen zur organisatorischen Festigung einer gesunden Lebenswelt) umfasst verhältnisbezogene Maßnahmen. Ziel ist es, gesundheitsförderliche Strukturen im Setting zu entwickeln und zu gestalten“ (Kuhlman, 2009, S. 17).



Gleichzeitig lässt sich argumentieren, dass verhältnispräventive Maßnahmen Vorrang haben müssen, wenn praxisrelevante, gesundheitspolitische und sozialversicherungsspezifische Präventionsmaßnahmen erfolgreich in Settings umgesetzt werden sollen. Es ist notwendig, gesundheitsförderliche Strukturen und Netzwerke aufzubauen, um settingbezogene Veränderungen zu erzielen (vgl. DeBock et al., 2017, S. 2). Die beiden Ansätze können folgendermaßen beschrieben werden (vgl. Habermann-Horstmeier, 2017, S. 37 ff.; Faltermaier, 2018, S. 108; Franzkowiak, 2018, S. 780; Hurrelmann; Richter, 2013, S. 153 f.; Leppin, 2018, S. 51 f.; Naidoo; Wills, 2019, S. 162):

- *Verhaltensprävention:* Dieser Ansatz nimmt konkret Bezug auf das Risikoverhalten klar definierter Zielgruppen. Es geht hier darum, schädliche, negative, sich auf die Gesundheit des Einzelnen nachteilig auswirkende Verhaltensweisen zu ändern. Gleichzeitig soll er dazu animiert werden, förderliche, positive, der Gesundheit zuträgliche Verhaltensweisen oder auch medizinische Interventionen anzunehmen. Auf das Setting wird nicht explizit eingegangen, es dient lediglich als Mittel zum Zweck. Typische verhaltenspräventive Maßnahmen sind die Gesundheitsaufklärung, -erziehung und -beratung.
- *Verhältnisprävention:* Bei diesem Ansatz rücken die ökologischen, sozialen, ökonomischen, kulturellen, usw. Bedingungen des Settings in den Mittelpunkt. Es geht darum, schädliche, negative, sich auf die Gesundheit aller (oder vieler) Settingnutzer/-innen nachteilig auswirkende Verhältnisse zu ändern. Gleichzeitig sollen salutogene, positive, die Gesundheit fördernde Ressourcen gestärkt werden. Weil dazu verschiedene Settingbereiche integriert werden müssen, setzen verhältnispräventive Maßnahmen i.d.R. gesundheits-, sozial-, wirtschafts-, umwelt-, und steuerpolitisch an und sind oft normativ-regulatorisch – durch Gesetze, Verordnungen, usw. – verankert.

Es geht bei der Gesundheitsförderung nicht um ein verhaltens- oder verhältnispräventiv orientiertes Entweder-Oder. Stattdessen zeigt die Forschung der letzten Jahrzehnte, dass sich Programme, die beide Ansätze integrieren, leichter umsetzen lassen und erfolgreicher sind. Das hängt damit zusammen, dass Verhalten nur schwer (oder gar nicht) verändert werden kann, wenn die dazu nötigen Umweltbedingungen fehlen. Es ist z.B. kaum mehr möglich, sich zu bewegen, wenn in der Umgebung keine Parkanlagen oder anderweitige Möglichkeiten zur körperlichen Betätigung vorhanden sind (vgl. Habermann-Horstmeier, 2017, S. 43). Die Vielfalt der unterschiedlichen Settingkonzeptionen kann anhand von fünf verschiedenen, aber z.T. sich überlappenden bzw. nicht immer voneinander abgrenzbaren Modellen der Settingpraxis beschrieben werden, die in der Abfolge von der reinen Verhaltensprävention bis zur reinen Verhältnisprävention angeordnet sind (vgl. Tab. 1.3). Dem Settingansatz im engeren Sinne entspricht am besten das organische Modell.



„Es ist sinnlos, ein bestimmtes Verhalten von den Bürgerinnen und Bürgern zu fordern, wenn die Verhältnisse es nicht zulassen.“ (Mathwig, 2007, S. 29)

Tab. 1.3: Modelle der Settingaktivitäten in der Praxis (vgl. Whitelaw et al., 2001, S. 346)

Reine Verhaltensprävention	Form	zentrale Perspektive, Analyse der Problemlösung	wechselseitige Beziehung zwischen Gesundheitsförderung und Setting	praktische Ausrichtung der Settingaktivität
	<i>Passives Modell</i>	Problem und Lösung sind im Handeln und Verhalten einzelner Personen verankert.	Interventionen werden unabhängig vom Setting umgesetzt. Das Setting dient lediglich als Mittel zum Zweck.	Massenmedien, Kommunikation; Gesundheitsberatung, -aufklärung und -erziehung
	<i>Aktives Modell</i>	Das Problem liegt am Einzelnen, die Lösung ist z.T. im Setting zu finden	Das Setting stellt Ressourcen „aktiv“ zur Verfügung.	Massenmedien, Kommunikation; Gesundheitsberatung, -aufklärung und -erziehung; komplementäre Bemühungen zur gesundheitspolitischen Weiterentwicklung und strukturellen Änderung im Bereich eines bestimmten Themas
	<i>Vehikelmodell</i>	Das Problem liegt am Setting, die Lösung in Lernprozessen durch individuell ausgerichtete Projekte.	Gesundheitsfördernde Initiativen sind ein passendes Vehikel, die Notwendigkeit der breiteren Entwicklung des Settings hervorzuheben.	Förderung und Stärkung kollektiver Gemeinwesenaktivitäten
	<i>Organisches Modell</i>	Das Problem liegt am Setting, die Lösung im individuellen Handeln.	Settingspezifische Prozesse, wie z.B. Kommunikation und Partizipation, sind integrale Bestandteile von Gesundheit und deshalb gesundheitsfördernd.	Schwerpunkt auf gesundheitspolitischer Entwicklung und strukturellem Wandel
	<i>Umfassendes Modell</i>	Problem und Lösung sind im Setting verankert.	Weitläufige organisatorische und prozessuale Settingstrukturen sind zentrale Bestandteile einer umfassenden Settingentwicklung.	
	Reine Verhältnisprävention			

1.4 Gesundheitsfördernde Settings: Methodische Schlüsselkonzepte

Heute wird anerkannt, dass Gesundheitsförderung in einem Setting als Ansatz lediglich als „Türöffner“ bzw. „Eintrittskarte“ zu den Zielgruppen der jeweiligen Settings bzw. deren Lebenswelten fungiert – i. d. R. wird hierfür der Begriff „Zugangswege“ verwendet (Conrad, 2018, S. 12). Im Gegensatz dazu binden gesundheitsfördernde Settings ihre

Settingnutzer/-innen als aktiv beitragende Mitglieder in die Mit- und Umgestaltung der settingspezifischen Strukturen ein. Eng verwandt ist das Community-Konzept, abgeleitet vom englischen *community* oder Gemeinde (geografisch), auch Gemeinschaft (sozial). Speziell die Gemeinwesenarbeit nimmt sich zum Ziel, soziales Kapital und Ressourcen auf- und auszubauen, damit die Menschen selbstständig und selbstbestimmt Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen können (vgl. Naidoo; Wills, 2019, S. 334 f.). Diese Arbeit beruht auf den Schlüsselkonzepten des Empowerments und der Partizipation, ohne deren Berücksichtigung sie nicht denkbar – und realisierbar – wäre.

Schon seit 2008 sind in Deutschland über den bundesweiten und von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung initiierten Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit die sieben Arbeitshilfen ***Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung*** erhältlich. Jedes dieser Hefte bietet zahlreiche themenspezifische Ideen, Konzepte und Beispiele zur sozialraumbezogenen Gesundheitsförderung und dient somit der Qualitätsentwicklung und ressortübergreifenden Zusammenarbeit. Seit 2011 fokussieren die Hefte den **kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“** mit dem Ziel, Akteure, Organisationen und Settingnutzer/-innen in ihrer täglichen Zusammenarbeit vor Ort partizipativ und „empowered“ (befähigt) zu unterstützen und anzuleiten (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, o.J.). Überhaupt geht es bei der Gemeinwesenarbeit um Menschen mit „gemeinsamer sozialer Mentalität“, mit einem Gefühl der Zugehörigkeit zueinander, dass sich aus geografischer Nähe, politischer Zusammengehörigkeit, ethnischer Kultur und weiteren Subkulturen wie z.B. ideologische Ausrichtung, sexuelle Orientierung, Lebensweise konstituiert (vgl. Süß; Trojan, 2018, S. 407).

Empowerment

Die Entwicklung hin zu einem gesundheitsfördernden Setting ist nicht ohne Mitwirkung des jeweiligen Settings und seiner Mitglieder möglich. Dem steht entgegen, dass Menschen nicht immer den Wunsch oder das Bedürfnis haben, etwas an ihren alltäglichen Handlungsweisen zu ändern, um gesünder zu leben (vgl. Schlicht, 2018, S. 22). Settingnutzer/-innen – das Setting selbst – stehen gesundheitsfördernden Initiativen und Programmen oft skeptisch oder widerwillig gegenüber. Dieser Skepsis kann am besten entgegengesteuert werden, wenn Settingnutzer/-innen „Kontrollmacht“ darüber haben, was in ihrem Setting konkret geändert werden soll. Schließlich ist es ihr Alltag, ihre persönliche Lebensweise, die verändert werden sollen (vgl. Conrad, 2013, S. 22). Empowerment ist hier zu verstehen als „der Prozess, bei dem sozial benachteiligte Personen zusammenarbeiten, um mehr Einfluss auf die Umstände zu gewinnen, die ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen bestimmen“ (Werner, zitiert nach Laverack, 2010, S. 58). Zu unterscheiden sind das Empowerment des Einzelnen und das der Gemeinschaft. Beim ersteren handelt es sich vor allem in der Gesundheitsförderung um klientenzentrierte Methoden, angewendet mit dem Ziel, „Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit und ihr Leben zu ermöglichen“ (Naidoo; Wills, 2019, S. 166). Das Empowerment der Gemeinschaft schließt das des Einzelnen (auf der Mikroebene) mit ein. Es umfasst darüber hinaus Einrichtungen und sozialpolitische Einflüsse und Wechselwirkungen auf der Meso- und Makroebene. So spiegelt der Prozess des Empowerments in der Gesundheitsförderung die synergistischen Interaktionen und Auswirkungen auf allen drei Ebenen wider und kann anhand eines Kontinuums mit fünf Punkten beschrieben werden (vgl. Abb. 1.2).



Abb. 1.2: Das Kontinuum-Modell des Empowerments (vgl. Laverack, 2010, S. 59)

Zu betonen ist, dass Empowerment des Einzelnen zum selbstbestimmten Handeln entlang des gesamten Kontinuums möglich ist (vgl. Thaller-Schneider; Schnabel, 2018, S. 47). Zu betonen ist aber auch, dass sich Empowerment nicht einfach übertragen lässt – es muss sich von innen heraus bilden (vgl. Laverack, 2010, S. 58).

Partizipation

Wichtig und für den Erfolg gesundheitsfördernder Maßnahmen ausschlaggebend ist, dass der Umsetzungsprozess partizipativ gestaltet wird. Dabei können Settingnutzer/-innen ihren Bedürfnissen nach die organisatorischen, sozialklimatischen etc. Veränderung des Settings selbst identifizieren, anfordern und meist auch (mit-)gestalten (vgl. Hartung; Rosenbrock, 2015, S. 894; Thaller-Schneider; Schnabel, 2018, S. 59).

Definition 1.3:

„Partizipation bedeutet die Formulierung von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen, die Beteiligung an Regelstellungen sowie die aktive Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsfördernder Projekte“ (Halkow; Engelmann, 2008; S. 90).

Das Konzept der Partizipation wird ebenso wie das des Empowerments als Prozess verstanden. Partizipation, ebenso wie Empowerment, ist kein Alles-oder-nichts-Zustand, sondern ein Prozess, an dem Menschen mehr oder weniger teilnehmen. Im Gegensatz zu Empowerment wird Partizipation typischerweise in der Form eines Stufenmodells oder einer Leiter dargestellt. Die Stufen oder Sprossen sind hierarchisch angeordnet und verdeutlichen unterschiedliche Grade von Macht und Einfluss (vgl. Abb. 1.3).

9	Selbstorganisation	Eine Maßnahme bzw. ein Projekt wird von der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt. Häufig entsteht diese Initiative aus eigener Betroffenheit.	geht über Partizipation hinaus
8	Entscheidungsmacht		Partizipation
	Mitbeteiligung		
	Die Zielgruppe bestimmt alle wesentlichen Aspekte einer Maßnahme selbst. Andere sind beteiligt, sie haben jedoch nur eine unterstützende Rolle.		
7	Teilweise Entscheidungskompetenz		Partizipation
	Die Zielgruppe kann bestimmte Aspekte einer Maßnahme selbst bestimmen. Die Verantwortung dafür liegt jedoch weiterhin bei anderen.		
6	Mitbestimmung		Vorstufe der Partizipation
5	Einbeziehung		
	Mitentscheidung		
4	Anhörung		Vorstufe der Partizipation
	Mitsprache		
3	Information		Nicht-Partizipation
2	Anweisung		
	Entscheidungsträger/innen nehmen die Lage der Zielgruppe wahr, definieren aber deren Probleme und die Maßnahmen zur Lösung.		
1	Instrumentalisierung		Nicht-Partizipation
	Die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle. Entscheidungen werden ohne sie getroffen.		

Abb. 1.3: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung (vgl. Thaller-Schneider; Schnabel, 2018, S. 55; Wright, 2016, S. 707)

Auf der untersten Stufe oder Sprosse steht die Nichtbeteiligung, auf der obersten die eigene Entscheidungsmacht und Selbstkontrolle (vgl. Naidoo; Wills, 2019, S. 343). Empowerment bildet die Grundlage für Partizipation (vgl. Thaller-Schneider; Schnabel, 2018, S. 54), gleichzeitig gilt Partizipation als Voraussetzung für Empowerment (vgl. Halkow; Engelmann, 2008, S. 89). Die Überzeugung der eigenen Bemächtigung, die mit Empowerment einhergeht, ist eng mit der Befähigung zum aktiven Mitwirken verknüpft. Dass Menschen an den Entscheidungen, die ihr Verhalten – und letztendlich ihr Leben – beeinflussen, beteiligt sein wollen, bringt der Slogan „Nichts über uns ohne uns“, der seinen Ursprung in der internationalen Behindertenbewegung der 1980er-Jahre hat, sehr gut zum Ausdruck. Er verinnerlicht den Gedanken, dass keine Regelung, Maßnahme oder sonstige Unternehmung ohne die direkte, aktive und volle Teilnahme der Betroffenen stattfinden kann (darf), und bezieht sich vor allem auf traditionell marginalisierte und entrechtete Gruppen.

1.5 Settingarbeit durch Vermitteln und Vernetzen

Eine der drei zentralen Handlungsstrategien (vgl. Abb. 1.1) in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung lautet „Vermitteln und Vernetzen“ (vom englischen *mediate*). Gesundheitsförderung wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die ein koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Bereiche und Akteure verlangt. Da es um unterschiedliche gesundheitliche Interessen geht, hat die Vermittlerfunktion eine wich-

tige Stellung. Sie kommt durch Lobbyarbeit, Kampagnen oder Mitarbeit in Arbeitsgruppen zur Beeinflussung der lokalen oder regionalen Gesundheitspolitik zum Tragen (vgl. Naidoo; Wills, 2019, S. 145).

Definition 1.4:

„[...] der Prozeß, durch den die verschiedenen Interessen (persönliche, soziale, ökonomische) von Individuen und Gemeinschaften sowie unterschiedlichen Sektoren (öffentlichen und privaten) in einer Art und Weise in Einklang gebracht werden, daß Gesundheit gefördert und geschützt wird“ (WHO, 1998, S. 29).

Vermitteln bedeutet, dass alle Interessenvertreter eines Settings im kommunikativen Austausch zusammenkommen, um auszuarbeiten, welche gesundheitsförderlichen Ziele jeder von ihnen anstrebt und wie diese unter einen Hut gebracht werden können. Ein wichtiger Aspekt in diesem Prozess ist eine für jeden der Beteiligten befriedigende Antwort auf die Frage „Was bringt mir das?“. Obwohl die Vorzüge gesundheitsfördernder Settingarbeit be- und anerkannt sind, ist es kaum realistisch, zu erwarten, dass sich Akteure und Einrichtungen mit unterschiedlichem institutionellem Auftrag aus rein altruistischen Motiven zusammenschließen. Nur durch die Bereitschaft, aufeinander einzugehen und Kompromisse auszuhandeln, kann es zum Vernetzen kommen. Vernetzung erfordert das koordinierte, kooperative Zusammenwirken der verschiedenen Sektoren, die im Setting vorzufinden sind (vgl. Abb. 1.2), ebenso wie die engagierte Mitwirkung der Verantwortlichen in Regierungen, Behörden, Verbänden, Industrie und Medien (vgl. Witteriede, 2010, S. 63).

Definition 1.5:

„Vernetzen bedeutet unter anderem, systematisch Erfahrungen auszutauschen, gemeinsam zu lernen, Synergien und Ressourcen optimal zu nutzen und durch die Zusammenarbeit neues Wissen zu schaffen. Es geht aber auch um die Vermittlung zwischen und Vernetzung der unterschiedlichen Politikbereiche, um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu erreichen.“ (FGÖ, o.J.a)

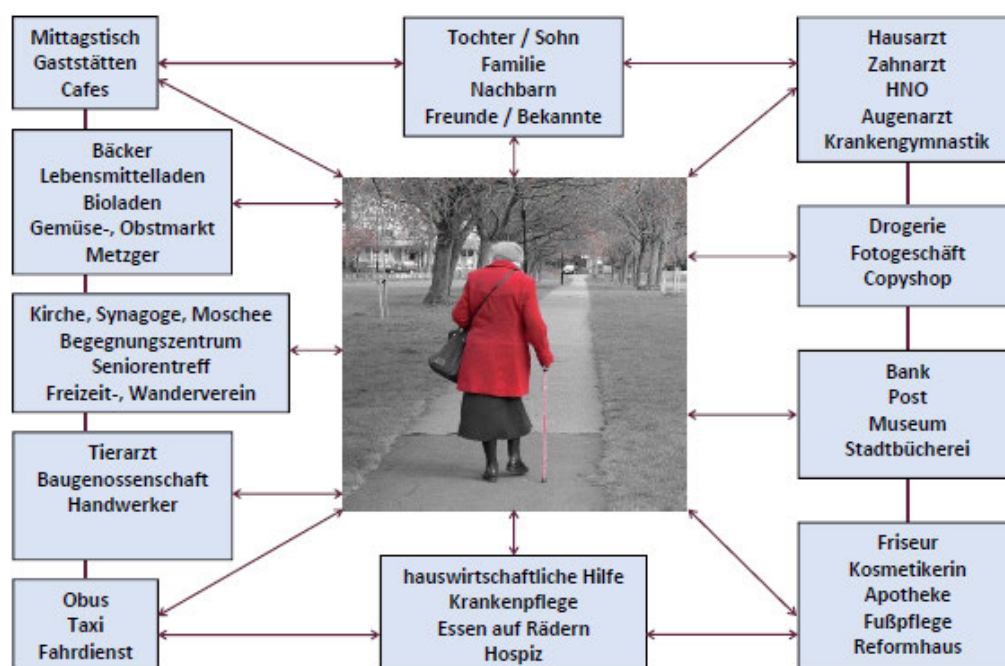
Durch „Vermitteln und Vernetzen“ sollen sowohl horizontale als auch vertikale Kooperationsstrukturen aufgebaut werden, die wie folgt voneinander unterschieden werden können (vgl. Trojan; Süß, 2015, S. 1004):

- Mit horizontalen Kooperationsstrukturen ist die Verknüpfung unterschiedlicher menschlicher Lebensbereiche mit entsprechenden Politiksektoren gemeint. Durch Aktionsbündnisse, Konferenzen und weitere Veranstaltungen sollen gesundheitsfördernde Aktivitäten zustande kommen.
- Mit vertikalen Kooperationsstrukturen ist die Verknüpfung unterschiedlicher politischer Ebenen gemeint. Interessenvertreter verschiedener Ebenen sollen zusammenarbeiten, um Konflikte auszutragen und Lösungen herbeizuführen.
- „Vermitteln und Vernetzen“ beruht auf verschiedenen Kommunikations- und Dialogverfahren, einschließlich Konfliktklärung, Mediation und Kooperationsmanagement. Es müssen dabei alle Beteiligten bereit sein, gewisse Anforderungen bzw. Qualitätskriterien zu beachten (Trojan; Süß, 2015, S. 1005), nämlich:
- gleichberechtigte, offene Kommunikation auf der Basis verabredeter demokratischer Regeln
- wechselseitiges, für alle Beteiligten befriedigendes Geben und Nehmen

- kein Verlust eigenen Profils der Beteiligten
- kollektive Entscheidungen, die Minderheiten einbeziehen
- Zusammenarbeit zwischen Gleichen; keine Macht-Hierarchie
- Arbeitsteiligkeit entsprechend spezifischen Kompetenzen für gemeinsame Ziele
- „lose Koppelung“ und „schwache Bindungen“, um überhöhte wechselseitige Erwartungen zu vermeiden.

Beispiel 1.2:

Vernetzung verschiedener Bereiche eines Settings für gesundes, selbstbestimmtes Leben im Alter (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2015, S. 21):



Abschließend ist zu betonen, dass Vermitteln und insbesondere Vernetzen durch Koordination, Kooperation und/oder Kommunikation entlang „persönlicher Drähte“ zustande kommt. Das beruht auf Flexibilität, Unabhängigkeit, Interdisziplinarität, Multiprofessionalität, Synergieeffekten, besserer Versorgungsqualität und -kontinuität, Anschlussfähigkeit, Innovation, Integration unterschiedlicher Akteure und Institutionen, Stärke (auf einem Dienstleistungsmarkt), Gegenmacht (im Kontext neuer sozialer Bewegungen) und vor allem funktionaler Arbeitsteilung ohne hierarchische Beziehungen (vgl. Trojan; Süß, 2015, S. 1007).

Was sind Präventionsketten?

Um durch Vermitteln und Vernetzen horizontale sowie vertikale Kooperationsstrukturen aufzubauen, müssen sogenannte Präventionsketten geschaffen werden. Es geht um die systemische Perspektive, um „integrierte Gesamtstrategien, die auf kommunaler Ebene den Rahmen schaffen, um das vielfältige Unterstützungsangebot öffentlicher und privater Träger und Akteure besser zu verbinden“ (Richter-Kornweitz et al., 2017, S. 809). Präventionsketten können Settingnutzer/-innen vor allem in schwierigen oder benachteiligenden Lebenslagen sozusagen als „Brücken“ dienen, die ihnen öffentliche

Ressourcen zugänglich machen (vgl. Geene, 2018, S. 385). Zwar wird der Begriff nicht unproblematisch gesehen, da er eine sequenziell-schlüssige Abfolge von „A“ zu „B“ zu „C“ usw. suggeriert. Aber der Vorteil der Präventionsketten liegt darin, dass sie begleitende, ressort- und handlungsfeldübergreifende Übergänge schaffen, die zu einer integrierten kommunalen Infrastruktur führen, indem sie das auf die sich stetig ändernden Rahmenbedingungen abgestimmte, kooperative Handeln aller Akteure unterstützen (vgl. Kilian; Lehman, 2014, S. 45; Richter-Kornweitz, 2013, S. 17). Präventionsketten reihen nicht nur mehrere im Setting vorhandene infrastrukturelle „Glieder“ (Angebote) aneinander, sondern „verketteten“ sie zu einem ganzheitlichen System von gegenseitig nutzbringenden Netzwerken. Das ultimative Ziel von Präventionsketten ist Netzwerkbildung und integrierte Versorgung. Beide Themen werden in Kapitel 2 besprochen. In Deutschland steht das Konzept der Präventionskette vor allem im Zusammenhang mit den notwendigen, umfassenden und ineinandergreifenden gesundheitsfördernden Angeboten, die die Chance von Kindern und Familien in sozioökonomischen Risikolagen auf ein gesundes Aufwachsen erhöhen. Durch Präventionsketten können verfügbare Mittel wirkungsvoll ein- und umgesetzt werden, um ein koordiniertes Zusammenspiel von Jugend, Gesundheit, Sozialem, Bildung und Stadtteil- bzw. Nachbarschaftsentwicklung zu gewährleisten. In diesem Sinne werden präventive Angebote über kommunale Ressortgrenzen hinweg aufeinander abgestimmt, um alters- und bedarfsgerechte Unterstützung zu bieten (vgl. Richter-Kornweitz, 2013, S. 13). Das Ziel ist, biografische Übergänge im Lebenslauf nicht nur zu überbrücken, sondern unterstützend zu verbinden und auszugleichen (vgl. Abb. 1.4). Intersektoral und interprofessionell kommen Akteure und Institutionen zusammen, um Ressourcen, Angebote und Aktivitäten über die unterschiedlichen Handlungsfelder und Ebenen hinweg zu bündeln und somit ein lebenslanges, gesundes Aufwachsen zu fördern (vgl. Kilian et al., 2016, S. 270).

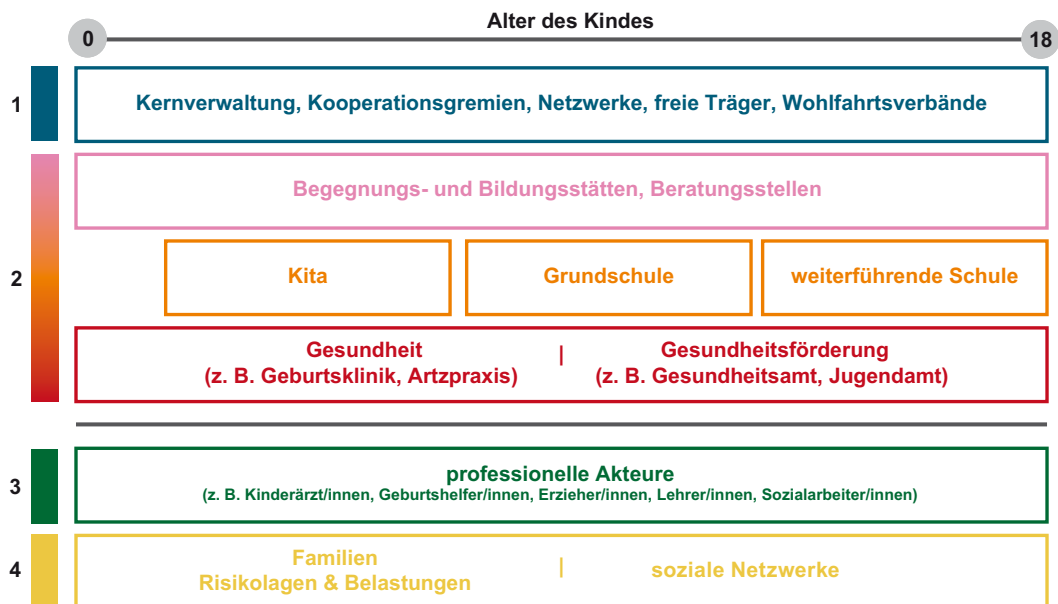


Abb. 1.4: Darstellung des Akteurfelds einer Präventionskette (vgl. Strohmeier et al., 2016, S. 29)

Der bereits erwähnte Partnerprozess *Gesundheit für alle* (ursprünglich *Gesund aufwachsen für alle!*, konzentriert auf Gesundheitsförderung im Bereich Kinder und Jugendliche, ab Herbst 2015 *Gesundheit für alle, erweitert auf alle Lebensphasen*) wurde ins Leben gerufen, um den einzelnen Kommunen in ihren Bemühungen zur

Schaffung von Präventionsketten zu helfen. Er besteht aus einem Netzwerk von mehr als 60 Partnerkommunen (Stand: Januar 2020), das von der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) im jeweiligen Bundesland, dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.) und dem inforo Austauschportal (Redaktion bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.) gefördert wird. Zusätzlich wird es unterstützt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den drei kommunalen Spitzenverbänden (Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund und Deutscher Landkreistag), dem Gesunde Städte-Netzwerk und weiteren Partnern (vgl. Kommunaler Partnerprozess für alle, 2020).

Beispiel 1.3:

Mo.Ki Monheim für Kinder: Die Präventionskette Mo.Ki Monheim für Kinder entstand zwischen 2002 und 2018 in der rheinischen Mittelstadt Monheim (Kreis Mettmann). Der eigentliche Ausgangspunkt war das Berliner Viertel, der bevölkerungsreichste und sozial heterogenste Stadtteil. Der Leitgedanke war, Monheim als einen fördernden Lebensort für jeden jungen Menschen zu gestalten – die Stadt sollte zur kinder- und familienfreundlichsten in Deutschland werden, indem sie ihren Kindern „alles, auf jede erdenkliche Weise“ zukommen ließe, was deren gesundes Aufwachsen fördert. Es wurde eine inhaltlich und räumlich vernetzte Infrastruktur geschaffen, um eine optimale Entwicklung „von der Geburt bis zum Berufseinstieg“ zu ermöglichen. Die Mo.Ki-Präventionskette bietet erweiterbare und spezifisch ergänzende Angebote an, die sowohl altersmäßig früh als auch bei Notlagen und Krisen ansetzen und Bildung und soziale Teilhabe fokussieren (vgl. Holz; Mitschke, 2019, S. 2, 24 ff.). Unter diesem Link erfahren Sie mehr:

<http://www.aon.media/bmv3qx> (05.05.2023)



Übung 1.5:

Wie könnte Ihrer Meinung nach eine Präventionskette gestaltet werden, die Übergänge zwischen Gesundheitsförderung, Altenpflege und Seniorenhilfe schafft? Welche öffentlichen und privaten Träger und Akteure sollte sie settingspezifisch vernetzen, um die Entwicklung kommunaler Strategien für ein gesundes Altern von Menschen innerhalb ihres Quartiers zu gewährleisten?



Der Grundgedanke „Gesundheit für alle“ ist nichts Neues. Schon die WHO nahm sich ihn im Mai 1977 zur zentralen sozialen Zielsetzung. Sie bestätigte ihn erneut mit ihrem im Mai 1998 verabschiedeten Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“, welches zehn Ziele zur Schaffung der erforderlichen Voraussetzungen formulierte, damit Menschen in der gesamten Welt das höchstmögliche Gesundheitsniveau erreichen und wahren können. Weiterhin veröffentlichte die WHO das erweiternde Rahmenkonzept *Gesundheit21*, das zwei Hauptziele, drei Grundwerte, vier Hauptstrategien und einundzwanzig Ziele zur Orientierung und Verwirklichung regionaler Gesundheitspolitik vorgibt. Sein konstantes oberstes Ziel ist, für alle das volle gesundheitliche Potenzial zu erreichen (vgl. WHO, 1999, S. 4 f.). Im September 2012 bekräftigte die WHO dann ihr Bekenntnis und Engagement mit ihrem neuen gesundheitspolitischen Rahmenkonzept *Gesundheit 2020*. Es fokussiert die heutigen großen gesundheitlichen Herausforderungen und strebt die Verbesserung der Gesundheit, vor allem durch die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten, an. Es stützt sich mit seinen zwei grundlegenden strategischen Ausrichtungen

und vier vorrangigen Handlungsfeldern auf die vorangegangenen Rahmenkonzepte und dient als Orientierungshilfe zur Umsetzung verantwortungsvoller gesundheitspolitischer Strategien, die Gesundheit für alle ermöglichen (vgl. WHO, 2013, S. 8, 11). Die Beschlüsse der WHO sind aber nicht rechtsverbindlich. So hängt die Umsetzung der Rahmenkonzepte, auch wenn sie noch so vernünftig und vorteilhaft erscheinen, allein von dem guten Willen der Mitgliedstaaten ab (vgl. Krefßner, 2019, S. 236).

Hinweis:

Hier können Sie sich genauer über das Rahmenkonzept der WHO „Gesundheit 21. Gesundheit für alle“ informieren. Die Veröffentlichung ist kostenlos erhältlich:

<http://www.aon.media/uq5tk8> (05.05.2023)

Zusammenfassung

Ein Setting wird als anerkanntes soziales System betrachtet, das einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit von Gruppen und Individuen ausübt und in dem die Bedingungen von Gesundheit maßgeblich gestaltet werden können. Bei der Gesundheitsförderung in einem Setting wird das Setting zur Erreichung einer bestimmten Zielgruppe genutzt, um dort Angebote der Verhaltensprävention anzubieten, wobei Abläufe bzw. Strukturen im Setting grundsätzlich unverändert bleiben. Ein gesundheitsförderndes Setting beinhaltet wiederum einen Politik- und Strategiewechsel durch die Einbeziehung aller Statusgruppen und gesundheitsfördernden Aspekte in den täglichen Aktivitäten des Settings, in dem komplexe und strukturelle Maßnahmen bzw. organisatorische Veränderungsprozesse gemeinsam umgesetzt werden. Seit Ende der 1980er-Jahre gilt der Settingansatz als Schlüssel- bzw. Kernstrategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO/Ottawa-Charta.

In der Ottawa-Charta wurden mit „Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten“ als eine der fünf zentralen Handlungsebenen der Gesundheitsförderung sowie „Vermitteln und Vernetzen“ als eine der drei zentralen Handlungsstrategien der Settingansatz und seine Bedeutung für die Gesundheitsförderung hervorgehoben. Durch den § 20 SGB V hat der Settingansatz erst in den 1990er-Jahren in Deutschland auf politischer, dann auch auf rechtlicher Ebene in Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen Eingang gefunden. Der Settingansatz wird durch das seit Anfang 2016 geltende Präventionsgesetz verbindlicher durch die Krankenkassen gestärkt und gefördert. Die zugrunde liegende Idee des Settingansatzes ist, dass Gesundheit im Alltag hergestellt, aufrechterhalten und verbessert werden soll. Beim Settingansatz steht die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip in das soziale System im Vordergrund von gesundheitsfördernden Aktivitäten und nicht (primär) das Individuum. Der Settingansatz dient als praktische Umsetzungsstrategie von Maßnahmen im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung. Die erfolgreiche Wirkung dieses partizipativen Ansatzes liegt in der Kombination unterschiedlicher Maßnahmen und Strategien, die auf das gesamte soziale System gerichtet sind und nicht auf einzelne Individuen. Dem Settingansatz liegt die Annahme zugrunde, dass Gesundheit durch Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen positiv beeinflusst werden kann. Der Settingansatz richtet sich in erster Linie auf Sozialräume der Menschen bzw. Alltagszusammenhänge (soziale Systeme) und nicht auf gesundheitliche Probleme als solche. Die Bildung von Netzwerken gilt als zentrales Merkmal der Handlungsebenen und -strategien der Gesundheitsförderung.

Settinginterventionen sind sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert ausgerichtet, d. h. es geht sowohl um gesundheitsrelevantes Wissen, Einstellungen und Verhalten als auch um Veränderungen von Umgebungsbedingungen wie z. B. Arbeitsorganisation und Bewegungsräume. Settinginterventionen sehen ihre Zielgruppe als aktiv Handelnde, die sich an der Planung und Durchführung des Angebots beteiligen (Partizipation). Settinginterventionen zielen darauf ab, Lebenskompetenzen zu vermitteln und die Zielgruppe in der Wahrnehmung ihrer eigenen gesundheitsbezogenen Interessen zu stärken (Empowerment).

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Was ist der Unterschied zwischen „Gesundheitsförderung in einem Setting“ und einem „gesundheitsfördernden Setting“?
- 1.2 Fassen Sie die zentralen Merkmale des Settingansatzes stichpunktartig zusammen.
- 1.3 Stellen Sie dar, warum Vermitteln und Vernetzen wichtige Bestandteile einer erfolgreichen Umsetzung von settingorientierten Maßnahmen sind.