



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.

---



University of Applied Sciences

**APOLLON** Hochschule  
der Gesundheitswirtschaft

**Thomas Hartmann  
Juliane Hesse**

**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 über zehn Jahren Mitkoordinator des bundesweiten Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH).



**Juliane Hesse**

(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.

---

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf Inhalt und Gestaltung 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
<b>Kapitel 1</b>	
1 Grundlagen des Settingansatzes in der Prävention und Gesundheitsförderung.....	3
1.1 Merkmale, Bereiche und Rahmenbedingungen des Settingansatzes.....	3
1.2 Netzwerk- und Vernetzungsbegriff.....	18
Zusammenfassung .....	25
Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	27
<b>Kapitel 2</b>	
2 Prävention und Gesundheitsförderung in ausgewählten Settingbereichen .....	28
2.1 Politisch-geografische Lebenswelten am Beispiel des Settings Stadt.....	28
2.2 Gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Institutionen am Beispiel des Settings Krankenhaus.....	35
2.3 Einrichtungen der Erziehungs- und Bildungskette am Beispiel des Settings Kindertageseinrichtung.....	42
Zusammenfassung .....	49
Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	50
<b>Kapitel 3</b>	
3 Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention – illustriert am Beispiel des Settings Kindertageseinrichtung.....	51
3.1 Erfolgsfaktoren .....	51
3.2 Projekte und Organisationen .....	54
3.3 Partizipation und Empowerment .....	57
3.4 Qualitätssicherung, Evaluation und Evidenz .....	62
3.5 Good Practice im Setting Kindertageseinrichtung.....	66
Zusammenfassung .....	70
Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	72

---

Schlussbetrachtung.....	73
-------------------------	----

## Anhang

A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen .....	75
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	78
C.	Abkürzungsverzeichnis .....	81
D.	Glossar .....	83
E.	Literaturverzeichnis .....	92
F.	Abbildungsverzeichnis .....	105
G.	Tabellenverzeichnis .....	106
H.	Sachwortverzeichnis .....	107
I.	Einsendeaufgabe.....	109

## Einleitung

Liebe Studierende,

der Begriff „Setting“ bezeichnet ein sozialräumliches System in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen und einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen. Es kann nach Familie, Kindertageseinrichtung, Schule und Hochschule, Region, Stadt, Stadtteil, Kommune, Krankenhaus und Pflegeeinrichtung sowie Unternehmen unterschieden werden. Die Vielfalt der aufgeführten sozialen Systeme erfordert komplexe und angepasste Strategien, um gesundheitsbezogene Interventionen anzuwenden und deren Erfolg zu überprüfen.

Der Settingansatz gilt seit Ende der 1980er-Jahre als zentrales Instrument zur Umsetzung der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung.

Settingorientierte Interventionen zielen darauf ab, die Rahmenbedingungen des sozialen Systems so zu verändern, dass dadurch die gesundheitsbezogenen Ressourcen der Gruppen und Individuen einer Organisation im Sinne der Verhältnisprävention gestärkt werden. Indirekt wird auch ein Effekt auf das individuelle Gesundheitsverhalten angenommen, ohne vordergründig auf die Verhaltensprävention abzielen. Zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen gilt der Settingansatz als Kernstrategie. In den Gesundheitswissenschaften wird für das Setting auch der Begriff „Lebenswelt“ benutzt. In der Sozialen Arbeit wird bevorzugt von „Sozialraum“ gesprochen bzw. gehen die Ursprünge auf die gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit zurück.

Der Settingansatz soll ohne zu stigmatisieren die soziale Chancengleichheit, insbesondere im Kindesalter, fördern. Dies ist seit 2008 im § 20 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V für die Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich festgeschrieben. Die gesetzlichen Krankenversicherungen fördern nach dem Settingansatz Kindertageseinrichtungen und Schulen dahingehend beratend und finanziell.

In dem vorliegenden Studienheft werden die Grundlagen des Settingansatzes in der Prävention und Gesundheitsförderung erarbeitet. Eine Trias der Settingkonzepte bestehend aus Stadt, Krankenhaus und Kindertageseinrichtung wird beispielhaft vorgestellt und zentrale Merkmale aufgezeigt. Dazu gehören z. B. die statistischen Berichtssysteme; die jeweiligen Zielgruppen, die in den Lebenswelten erreicht werden können als auch die nationalen bzw. internationalen Netzwerkstrukturen einzelner Settings.

Die drei Typologien, die in diesem Studienheft behandelt werden, können unterteilt werden in:

1. die politisch-geografisch geprägten Lebenswelten mit dem Schwerpunkt „Stadt“,
2. die gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Institutionen mit dem Schwerpunkt „Krankenhaus“,
3. die Einrichtungen der Bildungskette mit dem Schwerpunkt „Kindertageseinrichtung“.

Am Ende des vorliegenden Studienhefts werden Erfolgsfaktoren des Settingansatzes am Beispiel der Kindertageseinrichtung bewertet. Dazu werden Methoden und Instrumente kurz eingeführt, Good-Practice-Projekte vorgestellt und die damit zu erzielenden Ergebnisse kritisch reflektiert.

Im Folgenden wird primär der Begriff Gesundheitsförderung verwendet, der den Begriff Prävention mit einschließt. Diese beiden Konzepte greifen ineinander, wobei die Gesundheitsförderung auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichtet ist und die Prävention auf die Verringerung von Gesundheitsrisiken abzielt. Im Studienheft liegt hier keine Entweder-oder-Frage bezogen auf die beiden Begrifflichkeiten vor, sondern es wird davon ausgegangen, dass sie sich ergänzen und ineinandergreifen.

Aus gesellschaftspolitischen Gründen und weil überwiegend Frauen den Erzieherberuf ergreifen, sprechen wir in diesem Studienheft von „Erzieherinnen“. Die männlichen „Erzieher“ sind darin immer inbegriffen. In allen anderen Fällen wenden wir geschlechtsneutrale Berufsbezeichnungen an, weil auch immer beide Geschlechter gemeint sind.

## Lernziele

In diesem Studienheft befassen Sie sich mit zentralen Begriffen (wie z. B. Setting, Netzwerk und Vernetzung) und Grundlagen des Settingansatzes in der Prävention und Gesundheitsförderung. Sie kennen die wesentlichen Settings der Gesundheitsförderung und ihre Netzwerke. Zudem können Sie die Einflussfaktoren von Settings auf die Gesundheit und deren Wechselwirkungen benennen. Ein weiteres Lernziel ist die Vermittlung fundierter Kenntnisse über die methodischen Elemente von Settinginterventionen, sodass Sie in die Lage versetzt werden, (settingunabhängig) Maßnahmen eigenständig zu planen und durchzuführen. Nach erfolgreicher Absolvierung dieses Studienhefts sind Sie von der Komplexität von Settinginterventionen überzeugt und können diese anhand von Erfolgsfaktoren bewerten.

Viel Spaß bei der Lektüre und viel Erfolg!



## Kapitel 1

# 1 Grundlagen des Settingansatzes 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 einem „gesundheitsfördernden 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.*

## 1.1 Merkmale, Bereiche und Rahmenbedingungen des Settingansatzes

Der Begriff **Setting** (engl.: Kontext, Lebens- und Handlungsraum, Milieu, Rahmen, Schauplatz, Situation, Umgebung) wird in der Gesundheitsförderung seit den 1980er-Jahren verwendet. In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung aus dem Jahre 1986 heißt es, dass Gesundheit von den Menschen in der alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird, dort wo diese spielen, lernen, arbeiten und lieben. Die Grundidee der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist es hierbei, Gesundheit und Wohlbefinden durch die Gestaltung der Lebenswelten der Menschen zu fördern (vgl. WHO, 1986).

Grossmann und Scala (2003, S. 205) definieren den Settingbegriff folgendermaßen:

„Ein Setting wird einerseits als soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. Es ist andererseits ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können.“

Rosenbrock und Hartung (2011a) sehen in einem Setting einen Sozialzusammenhang, der durch eine Kombination aus formaler Organisation, regionaler Situation, gleicher Lebenslage und gemeinsamer Werte bzw. Vorzüge gekennzeichnet ist.

Nach Engelmann und Halkow (2008, S. 30) umfasst ein Setting sowohl konkrete Orte als auch größere sozialräumliche Einheiten:

„Ein Setting kann sich aber auch auf Individuen, Gruppen oder soziale Einheiten beziehen, die nicht an einen bestimmten Raum oder Ort gebunden sind.“



Settings sind Basis für praktische Anwendungen von Maßnahmen, Projekten und Prozessen zur Organisationsentwicklung der Gesundheitsförderung.

Beispiele für einzelne Settings sind Region, Stadt, Stadtteil, Kommune, Unternehmen, Krankenhaus, ambulante Praxis, Pflegeeinrichtung sowie Familie, Kindertageseinrichtung, Schule und Hochschule.



### Übung 1.1:

Überlegen Sie, welche Settings Sie in Ihrem Lebenslauf bisher kennengelernt haben.

In Kapitel 2 werden die einzelnen Settings in den Bereichen politisch-geografische Lebenswelten, gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Institutionen sowie Einrichtungen der Erziehungs- und Bildungskette zusammengefasst und näher vorgestellt. Da die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bzw. das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) ein integraler Bestandteil aller arbeitsplatzbezogener Settingansätze ist, wird sie in Kapitel 2 ebenfalls kurz mit aufgeführt. Der Wirtschaftsbereich mit den Unternehmen (Betrieben) wird in diesem Studienheft nicht thematisiert, weil die Darstellung von BGF/BGM in diesem Kontext zu umfangreich ist.

Abb. 1.1 gibt Ihnen einen Überblick über die Einordnungsmöglichkeiten von o.g. Settings in die politisch-geografischen und formalen Bereiche von Organisationen.

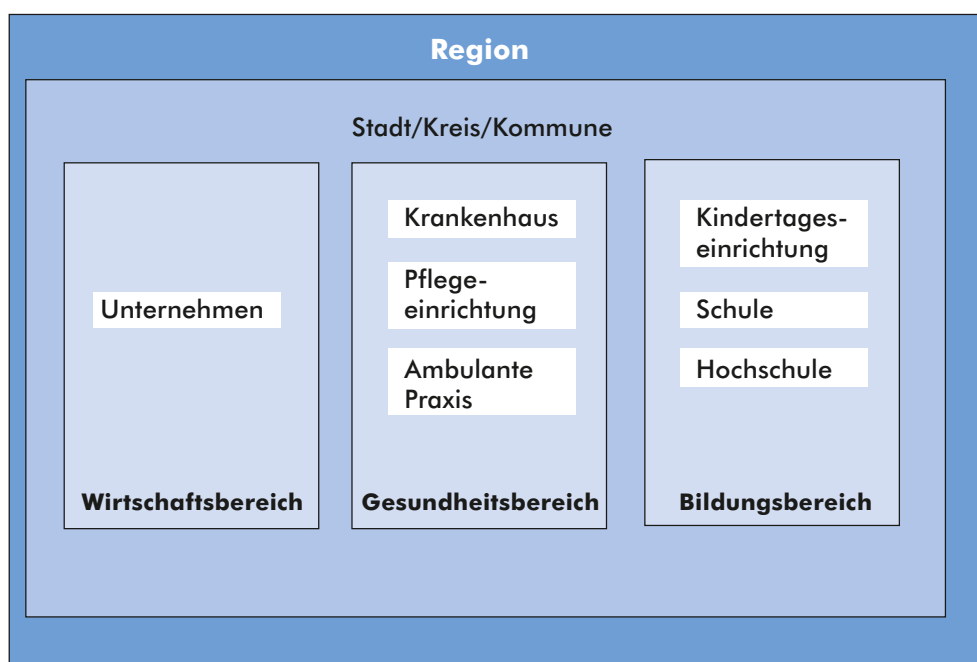


Abb. 1.1: Einordnung der Settings in die politisch-geografischen und formalen Bereiche von Organisationen (Siebert, 2006, S. 19)

In der Gesundheitsförderung wird theoretisch unterschieden zwischen

- Gesundheitsförderung in einem Setting und
- gesundheitsförderndem Setting

**Gesundheitsförderung in einem Setting** hat eine lange Tradition und impliziert die klassische Durchführung von Gesundheitsförderungsaktivitäten in einem spezifischen Setting z.B. in Form von Programmen und Projekten. Das Setting wird hierbei zur Erreichung einer bestimmten Zielgruppe genutzt, um dort Angebote der Verhaltensprävention anzubieten. Abläufe bzw. Strukturen im Setting bleiben grundsätzlich unverändert und bilden lediglich den Rahmen der Intervention. Gängige Themenbereiche sind beispielsweise Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung (vgl. Baric; Conrad, 1999; Rosenbrock, Hartung, 2011a).

Ein **gesundheitsförderndes Setting** ist ein neuartiges Konzept, das einen Politik- und Strategiewechsel durch die Einbeziehung aller Statusgruppen und gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten des Settings beinhaltet (Partizipation). Komplexe und strukturelle Maßnahmen, z.B. systemische Organisationsentwicklung, Gestaltung der physischen und sozialen Umwelt sowie klassische Maßnahmen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung, werden in einem gesundheitsfördernden Setting gemeinsam umgesetzt.

„Im Kern steht der Gedanke, durch ermöglichende, initiierende, unterstützende und begleitende Intervention von außen Prozesse im Setting auszulösen, mit denen die Nutzer und Nutzerinnen die physischen und sozialen Strukturen und Anreize des Settings nach ihren Bedürfnissen mitgestalten und diesen Einfluss auch subjektiv erleben (Empowerment).“ (Rosenbrock; Hartung, 2011a, S. 498)

Ein anerkannter Status, die Zugehörigkeit zu einem Netzwerk sowie die Schaffung von Allianzen machen zudem den qualitativen Unterschied zu Gesundheitsförderung in einem Setting deutlich (vgl. Baric; Conrad, 1999).

Der Idealfall, ein Setting zu einem gesundheitsfördernden Setting zu machen, zieht bestimmte organisatorische Veränderungsprozesse nach sich, die wie folgt zusammengefasst werden können (vgl. Baric; 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.

Anzumerken ist, dass ein gesundheitsförderndes Setting die Gesundheitsförderung im Setting mit einschließt, da ebenso gesundheitserzieherische wie verhaltensbasierte Maßnahmen ihre Berücksichtigung finden (vgl. Bauch, 2002).



In der Praxis sind die beiden Ansätze „Gesundheitsförderung in einem Setting“ und „gesundheitsförderndes Setting“ nicht voneinander zu trennen, da es auch für die Organisationsentwicklung symbolhafter Maßnahmen, wie der Ausrichtung von Gesundheitstagen, bedarf (vgl. Hartmann; Hesse, 2013).



### Übung 1.2:

Erklären Sie mit Ihren eigenen Worten, warum „Gesundheitsförderung in einem Setting“ und ein „gesundheitsförderndes Setting“ in der Praxis nicht zu trennen sind.

## Der Settingansatz

Der Settingansatz ist die Antwort auf die limitierten Erfolge traditioneller Aktivitäten zur Gesundheitserziehung. Auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, Kanada (1986) wurde der Settingansatz erstmals durch das „Gesunde Städte-Projekt“ etabliert. Zumeist von der WHO initiiert, gibt es seither Programme, die den Settingansatz in z.B. Region, Unternehmen, Krankenhaus, Schule und Hochschule in Form von einzelnen Projekten oder Gründung von Netzwerken vorantreiben. Die sechs internationalen Folgekonferenzen der WHO zur Gesundheitsförderung haben den Settingansatz als wichtigste Kernstrategie der Gesundheitsförderung stets in ihr Programm aufgenommen und ihn in seiner Anwendung bestätigt und fortgeschrieben.

### Tipp!

Die WHO ist weltweit eine der führenden Organisationen, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung aktiv auseinandersetzt. Wer mehr über die Geschichte der globalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung nachlesen will, kann sich in englischer Sprache die „Milestones of Health Promotion“ kostenfrei herunterladen unter: [www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf) (24.07.2012)

Der Settingansatz bezieht sich auf die Lebenswelten der Menschen und deren Rahmenbedingungen hinsichtlich der Wechselbeziehungen zwischen ökonomischer, sozialer und ökologischer Umwelt und Lebensstilfaktoren (vgl. Rosenbrock; Hartung, 2011a). 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. Grundsätzliches Anliegen dieses Ansatzes ist das Schaffen gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen (Lebenswelten), um gesundheitlichen Chancenungleichheiten vorzubeugen (vgl. Altgeld; Kolip, 2010). Als sozial-räumliches und sozialökologisches Konzept geht der Settingansatz davon aus, dass die Gesundheit der Menschen durch die Schaffung gewisser Lebensverhältnisse gefördert werden kann (vgl. Baric; Conrad, 1999; Grossmann, Scala, 2003).

Abb. 1.2 zeigt Ihnen exemplarisch, wie Handlungsstrategien und Handlungsfelder im Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung dargestellt werden können.

Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung	Interessen vertreten („advocate“): Aktives Eintreten für die Gesundheit, mit dem Ziel, politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische und Umwelt- sowie Verhaltensfaktoren zu beeinflussen.
	Befähigen und ermöglichen („enable“): Bestehende Unterschiede im Gesundheitszustand verringern und selbstbestimmt ein größtmögliches Gesundheitspotenzial entwickeln, mit Hilfe von Konzepten der Kompetenzförderung und des Empowerment.
	Vermitteln und vernetzen („mediate“): Mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens aktiv und dauerhaft kooperieren.
<b>Handlungsfelder und -ebenen der Gesundheitsförderung (Mehrebenenmodell)</b>	
Politik ↓	<b>Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik („build healthy public policy“):</b> Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die Tagesordnung gesetzt werden, da Gesundheitsförderung über medizinische und soziale Versorgung hinausreicht. Handelnde in allen Politikbereichen müssen die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen tragen sowie Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen.
Gemeinwesen ↓	<b>Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen („create supportive environments“):</b> Gesundheitsförderung realisiert anregende, befriedigende und sichere Arbeits- und Lebensbedingungen, schützt die natürliche und soziale Umwelt sowie erhält natürliche Ressourcen. Die Grundlage ist der sozial-ökologische Weg zur Gesundheit durch die enge Verbindung von Mensch und Natur.
Institution ↓	<b>Gesundheitsdienste neu orientieren („reorient health services“):</b> Die Gesundheitsdienste bilden ein Versorgungssystem, welches weniger auf medizinisch-kurative Betreuungsleistungen und mehr auf die Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist. Die Bedürfnisse der Menschen sollen ganzheitlich betrachtet werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsdienste sollen eine verbesserte Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen gesundheitsrelevanten sozialen, ökonomischen und politischen Kräften ermöglichen.
Gruppen ↓	<b>Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen („strengthen community action“):</b> Unterstützung von Nachbarschaften, Gemeinschaftsaktivitäten von Bürgerinnen und Bürgern, Selbsthilfeaktivitäten sowie Gemeinden mit vermehrter Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle über eigene Gesundheitsbelange sind zentrale Anliegen der Gesundheitsförderung.
Individuen	<b>Persönliche Kompetenzen entwickeln („develop personal skills“):</b> Durch Informationen, gesundheitsbezogene Bildung, Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten unterstützt die Gesundheitsförderung die Persönlichkeitsentwicklung von Individuen. Sie fördert Menschen mehr Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen und auf ihre Lebenswelt auszuüben sowie Entscheidungen im Alltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugutekommen. Menschen sollen zu lebenslangem Lernen und in verschiedenen Lebensphasen befähigt werden, Veränderungen in ihrem Alltag vorzunehmen, die ihrer Gesundheit zugutekommen. Des Weiteren sollen Menschen befähigt werden, mit eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umzugehen.

Abb. 1.2: Handlungsstrategien und Handlungsfelder im Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung (Kaba-Schönstein, 2011; WHO, 1986, zitiert nach Keydel, 2011, S. 23)

Gesundheitsförderliche Maßnahmen basierend auf dem Settingansatz werden deshalb als so Erfolg versprechend angesehen, weil sie im Alltag bzw. unmittelbaren Lebensumfeld der Zielgruppe stattfinden (vgl. Altgeld; Kolip, 2010). Die Fokussierung auf definierte Sozialräume (Settings) ermöglicht es, die Zielgruppe bzw. Akteure von gesundheitsförderlichen Interventionen genauer zu bestimmen, geeignete Zugangswege zu finden und vorhandene Ressourcen effektiv zu nutzen (vgl. Altgeld; Kolip, 2010).



Die zugrundeliegende Idee des Settingansatzes ist, dass Gesundheit im Alltag hergestellt, aufrechterhalten und verbessert werden kann (vgl. Altgeld; Kolip, 2010).



### Übung 1.3:

Wählen Sie sich ein Setting aus Ihrem Berufsalltag (z. B. Pflegeeinrichtung, Krankenhaus, Unternehmen) und überlegen Sie sich, welche Schlüsselpersonen und Zielgruppen Sie für die Umsetzung des Settingansatzes mit ins Boot (z. B. in einen Steuerkreis) holen würden.

Beim Settingansatz steht die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip in das soziale System im Vordergrund von gesundheitsförderlichen Aktivitäten und nicht primär das Individuum, wie es beispielsweise bei der traditionellen Gesundheitserziehung der Fall ist. Vielmehr ermöglicht der Settingansatz die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen (vgl. Altgeld; Kolip, 2010).

„Es geht hier darum, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen von Menschen im Rahmen sozialer Organisationen über einen längeren Zeitraum hinweg positiv und nachhaltig zu beeinflussen.“ (Troschke, 2008, S. 79)

Der Settingansatz hat das Potenzial, klassische Maßnahmen, z. B. zur Gesundheitserziehung, mit strukturellen Maßnahmen, z. B. der Organisationsentwicklung, zu verknüpfen.

Im Sinne der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings arbeitet der Settingansatz aus diesem Grund unter anderem mit den Methoden der Organisationsentwicklung. In diesem komplexen Prozess sind alle Ebenen einer Organisation durch Veränderungsprozesse betroffen. Hierfür ist ein hohes Maß an Kompetenz für Managementprozesse (z. B. Projektmanagement) und Strukturentwicklung (z. B. Organisationsentwicklung) notwendig (vgl. Engelmann; Halkow, 2008).

Die Ursache für die vermuteten Erfolgsaussichten des Settingansatzes sehen Poland et al. (2000, S. 12) in folgendem Sachverhalt:

„Settings come equipped with readily definable structures, routines, pathways of entrée and of change, are relatively stable over time, are less amorphous than community or ‘society’, and are more easily operationalized than a focus on specific risk groups.“

Die Stärke des Settingansatzes liegt in seiner Bündelung vieler gesundheitsfördernder Maßnahmen an einem sozialen Ort (Synergieeffekt):

„Die Besonderheit des Setting-Ansatzes liegt mithin darin, dass [...] er alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung einschließt, sie aber nicht auf Menschen, sondern auf Sozialräume fokussiert, in denen Menschen interagieren.“ (Bauch, 2002, S. 69)

Nach Kolip (2003) sind beim Settingansatz die zu berücksichtigenden Maßnahmen durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Konzentration sowohl auf das Individuum als auch auf Strukturen (Ganzheitlichkeit)
- Kombination von Zielen aus Prävention und Gesundheitsförderung
- Voraussetzung sind bestimmte Infrastrukturen
- Anregungen zur Selbstentwicklung werden gegeben und Kompetenzen im Umgang mit Problemen im sozialen System werden erhöht
- Erfolg versprechend, wenn Gesundheitsmotiv mit z.B. Qualität, Organisationsentwicklung, Imageverbesserung oder Kostensenkung verknüpft wird
- Voraussetzung sind langfristige Veränderungsprozesse

Der Settingansatz ist ein ressourcenorientierter Ansatz, d.h. Programme der Gesundheitsförderung setzen an vorhandenen Kommunikations- und Handlungsmustern an (vgl. Grossmann; Scala, 2003). In einem Setting besteht die Möglichkeit zu beobachten, zu messen und zu intervenieren. Der Ansatz ist intersektoral und multidisziplinär ausgerichtet (vgl. Blättner; Waller, 2011). Der Settingansatz gilt als dynamisch und systemisch. Er geht davon aus, dass in jedem Setting Gesundheit beeinflusst werden kann, die sich sowohl durch umwelt- als auch personenbezogene Maßnahmen fördern lässt (vgl. Kickbusch, 2003).

Die Betonung der Aktivitäten im Settingansatz liegt in der aktiven Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) am gesamten Planungs-, Umsetzungs- und Entscheidungsprozess sowie in der Vermittlung von Kompetenzen, die zum selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Handeln befähigen können (Empowerment) (vgl. Geene, 2007).



Nach Kickbusch (2003) definieren die Beteiligten des sozialen Systems im Rahmen des Settingansatzes gemeinsam Gesundheitspotenziale und arbeiten Prioritäten bzw. Verbesserungspotenziale heraus. Demzufolge verbinden sich mit dem Settingansatz

- persönliches Empowerment,
- soziale Interaktion und soziales Kapital sowie
- verbesserte Lebensumwelten, gesunde Organisationen.

Tabelle 1.1 beschreibt die methodischen Schlüsselemente des Settingansatzes. Es ist jedoch anzumerken, dass idealerweise Interventionen in Settings immer einem Mehrebenenmodell (vgl. Abb. 1.2) folgen. Ein komplexes, theoriegeleitetes Modell der Gesundheitsförderung zur Rechtfertigung des Settingansatzes existiert bisher nicht, sondern lediglich einzelne Theorien und Modellvorstellungen (vgl. Engelman; Halkow, 2008).

**Tabelle 1.1:** Methodische Schlüsselemente des Settingansatzes (Engelman; Halkow, 2008, S. 52)

Methodisches Schlüsselement	Handlungsebene	Ziel(e)	Hintergrund Ottawa-Charta
Vermittlung von Lebenskompetenzen	individuelle Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• individuelle Befähigung, die Bedingungen des eigenen Lebens und der sozialen Lebenswelt zu verstehen</li> <li>• Entwicklung von Problemlösungsstrategien und Bewältigungskompetenzen</li> </ul>	„Persönliche Kompetenzen entwickeln“
Partizipation und Empowerment	Schnittstelle zwischen individueller Ebene und Verhältnisebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Befähigung, eigene Interessen zu erkennen und zu vertreten</li> <li>• Erleben von Eigenaktivität und damit Schaffung eines Bewusstseins von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung</li> <li>• Vertretung eigener Interessen bei der Gestaltung und Verbesserung der Verhältnisse</li> </ul>	<p>„Persönliche Kompetenzen entwickeln“</p> <p>„Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“</p>



Methodisches Schlüsselement	Handlungsebene	Ziel(e)	Hintergrund Ottawa-Charta
Schaffung struktureller Rahmenbedingungen	Schnittstelle zwischen Verhältnisebene und struktureller Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffung einer gesunden physischen, psychischen und sozialen Umwelt im Setting</li> <li>• Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Prozesse des Settingalltags</li> <li>• Verknüpfung mit anderen Settings durch Netzwerke und Allianzen</li> </ul>	„Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen“

In der Literatur wird das Thema **theoriegeleitete Settinginterventionen** nahezu gänzlich ausgeklammert. Der Settingansatz scheint aber ein geeignetes Mittel zu sein, um Einflüsse sozialer Systeme auf die individuelle Gesundheit in Interventionen einzubinden. Engelmann und Halkow (2008, S. 37) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin:

„Ausgangspunkt aller Maßnahmen mit Gesundheitsbezug und so auch der Aktivitäten im Rahmen des Setting-Ansatzes sind theoriegeleitete Annahmen und Erwartungen bezüglich der Ergebnisse der Handlungen auf die Gesundheit.“

Engelmann und Halkow (2008, S. 40) versuchen in einem einfachen Modell, vorhandene Erklärungsansätze der möglichen Einflüsse von Settings auf die Gesundheit abzubilden (vgl. Abb. 1.3). Die Dimensionen Verhalten, Verhältnisse und Gesundheit stehen in vielschichtiger Beziehung zueinander und bieten Ansätze für gegenseitige Beeinflussung bzw. Veränderung.

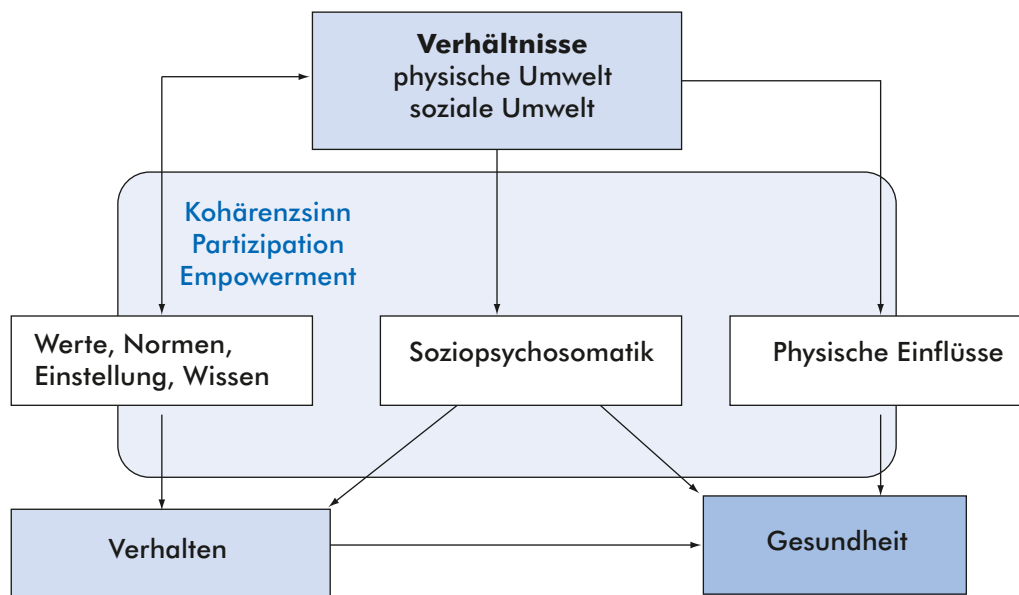


Abb. 1.3: Zusammenfassung der Ansätze zur Erklärung des Einflusses von Settinginterventionen auf die Gesundheit (Engelmann; Halkow, 2008, S. 40)

Ein einzelnes theoriegeleitetes Modell, das bei der Anwendung des Settingansatzes in Prävention und Gesundheitsförderung zum Einsatz kommt, steht als solches aufgrund der ausgesprochenen Komplexität von Settinginterventionen nicht zur Verfügung.

In der Praxis wird eher auf verschiedene Theorien und Modelle bzw. Teilaspekte zurückgegriffen. Sie entstammen verwandten wissenschaftlichen Disziplinen und weisen unterschiedliche Anwendungsbereiche auf, wie in Tabelle 1.2 exemplarisch gezeigt wird.

**Tabelle 1.2:** Bekannte Theorien und Modelle in der Gesundheitsförderung (vgl. Nutbeam; Harris, 2010)

Anwendungsbereich	Theorien bzw. Modelle
Theorien und Modelle zur Erklärung des individuellen Gesundheitsverhaltens und von Verhaltensänderungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Belief Model/Modell der Gesundheitsüberzeugungen</li> <li>• Theory of Reasoned Action and Planned Behaviour/Theorie des rationalen Handelns und des geplanten Verhaltens</li> <li>• Transtheoretical Stages of Change Model/Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung</li> <li>• Social Cognitive Behaviour/sozial-kognitive Theorie</li> </ul>

Anwendungsbereich	Theorien bzw. Modelle
Theorien zur Erklärung der Veränderungen in Gemeinschaften und von kommunalen Gesundheitsaktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Community Mobilization (Planning, Action, Development) Theory/Theorie der Mobilisierung von Gemeinschaften (Planung, Handlung, Entwicklung)</li> <li>Diffusion of Innovation Theory/Diffusionstheorie – Verbreitung von Innovationen</li> </ul>
Theorien zur Anleitung von Kommunikationsstrategien zur gesundheitsfördernden Verhaltensänderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health Literacy Model/Modell der Gesundheitskompetenzen</li> <li>Communication-Behaviour Change Theory/Theorie der Veränderung von Kommunikation und Verhalten</li> <li>Social Marketing Theory/Theorie des sozialen Marketings</li> </ul>
Theorien und Modelle zur Erklärung von Organisationsveränderungen und der Entwicklung gesundheitsfördernder organisationsbezogener Praktiken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizational Change Theories/Theorien der Organisationsentwicklung</li> <li>Intersectoral Action Models/Intersektorale Handlungsmodelle</li> </ul>
Theorien und Modelle zur Erklärung von Entwicklung und Implementation einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik	<ul style="list-style-type: none"> <li>A Framework for Making Healthy Public Policy/Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik</li> <li>Evidence-based Policy Making to Promote Health/Evidenz-basierte Politik zur Förderung von Gesundheit</li> <li>Health Impact Assessment/Gesundheitsverträglichkeitsprüfung</li> </ul>

Derzeit existiert kein umfassendes, theoriegeleitetes Erklärungsmodell für die Anwendung des Settingansatzes. In der Praxis sind jedoch einzelne Theorien und Modelle aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen verfügbar, aus denen einzelne Aspekte und Handlungsoptionen gezielt auf Settingaktivitäten im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung übertragen werden können (vgl. Engelmann; Halkow, 2008).



Die **Formen der Settingaktivitäten in der Praxis** sind komplex und vielfältig. Whitelaw et al. (2001) haben versucht, die Vielfalt an unterschiedlichen Settingkonzeptionen zu erfassen, und beschreiben fünf verschiedene, aber z.T. sich überschneidende bzw. nicht immer voneinander abgrenzbare Modelle der Settingpraxis, wie in der Tabelle 1.3 dargestellt. Die fünf Modelle der Settingaktivitäten sind in

der Abfolge von der reinen Verhaltensprävention bis zur reinen Verhältnisprävention angeordnet. Dem Settingansatz im engeren Sinne entspricht das organische Modell.

**Tabelle 1.3:** Modelle der Settingaktivitäten in der Praxis (in Anlehnung an Whitelaw et al., 2001)

Typ	Merkmale
Passives Modell	<ul style="list-style-type: none"> <li>individuelles, gesundheitsbezogenes Verhalten steht im Mittelpunkt der Settinginterventionen</li> <li>Setting bildet Zugangsweg zu Individuum bzw. Gruppen</li> <li>Vermittlung von Gesundheitsinformationen, um Verhaltensänderungen herbeizuführen</li> <li>im Verständnis von „Gesundheitsförderung in einem Setting“</li> </ul>
Aktives Modell	<ul style="list-style-type: none"> <li>individuelles, gesundheitsrelevantes Verhalten steht im Mittelpunkt der Settinginterventionen</li> <li>Verhaltensänderungen sind durch strukturelle Merkmale im Setting mitbestimmt</li> <li>Modifikation der Verhältnisse ist erforderlich</li> </ul>
Vehikelmodell	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bearbeitung einzelner Gesundheitsthemen in Settinginterventionen</li> <li>Projekte zielen auch auf Systemveränderungen im Setting ab</li> <li>Hauptaugenmerk liegt auf strukturellen Merkmalen und deren Einfluss auf die Gesundheit</li> </ul>
Organisches Modell	<ul style="list-style-type: none"> <li>soziale Systeme sind das Produkt der Prozesse des gemeinsamen Zusammenlebens von Individuen und Gruppen</li> <li>Beeinflussung von Gesundheit der Menschen im Setting stark über psychosoziale Faktoren</li> <li>Herbeiführung systemischer Veränderungen angestrebt</li> <li>Schlüsselkonzepte sind Partizipation und Empowerment</li> </ul>
Umfassendes Modell	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesundheit wird durch Settingeinflüsse gestaltet</li> <li>Settings sind übergeordnete Systeme</li> <li>Individuum hat kaum Gestaltungsmöglichkeiten</li> <li>Maßnahmen werden top-down angeregt und umgesetzt</li> </ul>

Das „organische Modell“ entspricht am ehesten den Vorstellungen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, wobei das „passive Modell“ eher abgelehnt wird, weil es nicht im Sinne der Gesundheitsförderung auch Strukturveränderungen anstrebt (vgl. Engelmann; Halkow, 2008).

Die **Verbreitung und Akzeptanz** des Settingansatzes ist für die Entwicklung der Gesundheitsförderung nicht nur im Zusammenhang durch die von der WHO initiierten Projekte, sondern auch in nationalen Gesetzestexten und anderen Dokumenten von herausragender Bedeutung (vgl. Rosenbrock; Hartung, 2011a).

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) betont die Vorteile des Settingansatzes, z.B. den diskriminierungsfreien Zugang zur Zielgruppe, die Möglichkeiten zur Integration von Elementen der Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie die Fokussierung auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen der Zielgruppen. Es ist anzumerken, dass der Settingansatz vor allem im Hinblick auf die Verringerung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen von Bedeutung ist, da er ein gezieltes Erreichen sozial benachteiligter Gruppen ermöglicht (vgl. SVR, 2005).

Dieser Ansatz ist im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (2010, S. 12 f.) aufgegriffen worden. Dort steht:

„Ein besonderer Vorteil von Settings besteht auch darin, dass sich einerseits sozial Benachteiligte dort am besten erreichen lassen (aufsuchende Information und Intervention), andererseits jegliche Form einer kontraproduktiven Stigmatisierung vermieden wird, da in diesen Settings nicht ausschließlich sozial Benachteiligte anzutreffen sind.“

Im § 20 des Sozialgesetzbuches (SGB) V Abs. 1 und 2 wurde der Settingansatz als geeignete Strategie zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten gesetzlich festgeschrieben, obwohl sich in einer Organisation in der Regel Versicherte verschiedener Krankenkassen zusammenfinden. Das Gesetz hat dazu geführt, dass die gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren verstärkt Anstrengungen unternommen haben, den Settingansatz beratend und finanziell zu fördern. Allerdings sind im Jahr 2010 laut Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenkassen (vgl. MDS; GKV, 2012) nur ca. 7 % der gut 300 Millionen Euro für die Prävention und Gesundheitsförderung in den Settingansatz investiert worden und dies mit unterschiedlicher Interventionstiefe. Detaillierte Ausführungen zum Stand der Förderung des Settingansatzes durch die gesetzlichen Krankenkassen enthält das Kapitel 3.

Zusammengefasst ist der Settingansatz durch folgende zentralen **Merkmale** gekennzeichnet (vgl. Altgeld; Kolip, 2010; Rosenbrock, Gerlinger, 2012):

- Bestimmung und Eingrenzung von Akteuren und Zielgruppen gesundheitsförderlicher Maßnahmen
- Entwicklung von gesundheitsrelevanten Kompetenzen bei allen Beteiligten durch einen aktivierenden, partizipativen und transparenten Prozess
- komplexe Formen der Organisation, Evaluation und Standardisierung
- Vorhandensein von hierarchie- und gruppenübergreifenden Kooperations- und Kommunikationsstrukturen
- Vermeidung von Diskriminierungen der Zielgruppen

- Identifizierung von geeigneten Zugangswegen und Nutzung vielfältiger Ressourcen
- relative Stabilität positiver gesundheitsbezogener Veränderungen
- Problematik von Effektivität- und Effizienzmessungen
- Verknüpfung des Individuum- und strukturbezogenen Ansatzes (Verhaltens- und Verhältnisprävention)

Im Folgenden gibt Ihnen Tabelle 1.4 eine Übersicht zu ausgewählten Projektdatenbanken im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Auf den vorgestellten Seiten erhalten Sie vielfältige Anregungen zur settingorientierten Projektarbeit aus verschiedenen Settings bzw. auf unterschiedlichen Ebenen.

**Tabelle 1.4:** Ausgewählte Projektdatenbanken im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings (vgl. GVG 2012a/gesundheitsziele.de; Müller, Dörge, 2011)

Projektdatenbank	Ebene/ Reichweite	Internetauftritt	Setting(s)
European Portal for Action on Health Inequalities	europaweit	<a href="http://www.health-inequalities.eu/HEALTH-EQUITY/EN/good_practice_database">www.health-inequalities.eu/HEALTH-EQUITY/EN/good_practice_database</a>	A, B, C
Fonds Gesundes Österreich	Österreich	<a href="http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/fgoe_project_search_form">www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/fgoe_project_search_form</a>	A, B, C
Datenbank für Projekte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention	Schweiz	<a href="http://www.quint-essenz.ch/de/project_profiles">www.quint-essenz.ch/de/project_profiles</a>	A, B, C
Gesundheitsförderung Schweiz	Schweiz	<a href="http://www.gesundheitsfoerderung.ch/index.php">www.gesundheitsfoerderung.ch/index.php</a>	A, B, C
Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH)	bundesweit	<a href="http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_HS_national/D4_Projektdatenbank1.html">www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_HS_national/D4_Projektdatenbank1.html</a>	C
Bertelsmann Stiftung	bundesweit	<a href="http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-6485EC54-6EF01F14/bst/hs.xsl/projekte.htm">www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-6485EC54-6EF01F14/bst/hs.xsl/projekte.htm</a>	A, B, C
Bundestransferstelle Soziale Stadt	bundesweit	<a href="http://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/SozialeStadt/soziale_stadt_node.html">www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/SozialeStadt/soziale_stadt_node.html</a>	A

Projektdatenbank	Ebene/ Reichweite	Internetauftritt	Setting(s)
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Ernährungserziehung in der Grundschule	bundesweit	<a href="http://www.bzga.de/ernaehrung-klasse1-6">www.bzga.de/ernaehrung-klasse1-6</a>	C
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Prävention von Kinderunfällen	bundesweit	<a href="http://www.bzga.de/kindersicherheit">www.bzga.de/kindersicherheit</a>	C
Deutsches Jugendinstitut (DJI)	bundesweit	<a href="http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/allprojekt.php?sprache=D&amp;sortorder=none">www.dji.de/cgi-bin/projekte/allprojekt.php?sprache=D&amp;sortorder=none</a>	C
IN FORM Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung	bundesweit	<a href="http://www.in-form.de/profiportal/in-form-erleben/in-form-partner-werden/partner-logo.html">www.in-form.de/profiportal/in-form-erleben/in-form-partner-werden/partner-logo.html</a>	A, C
Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP)	bundesweit	<a href="http://www.knp-forschung.de/?id=projekte">www.knp-forschung.de/?id=projekte</a>	A, B, C
Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)	bundesweit	<a href="http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/modellprojekte-fruehe-hilfen/?L=0">www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/modellprojekte-fruehe-hilfen/?L=0</a>	C
Robert Bosch Stiftung	bundesweit	<a href="http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/1316.asp">www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/1316.asp</a>	A, B, C
<a href="http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de">www.gesundheitliche-chancengleichheit.de</a>	bundesweit	<a href="http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/">www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/</a>	A, B, C
Forum Gesundheitsziele Deutschland ( <a href="http://gesundheitsziele.de">gesundheitsziele.de</a> )	bundesweit	<a href="http://www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/ren-der.cgi?_cms_page=gz_in_den_bundeslaendern_2">www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/ren-der.cgi?_cms_page=gz_in_den_bundeslaendern_2</a>	A, B, C
Gesundheitszielprozesse der Länder	landesweit	Entsprechend der jeweiligen Landesgesundheitszielprozesse finden sich Settingprojekte auf den Internetpräsenzen der 16 Bundesländer (Zugang über: <a href="http://www.gesundheitsziele.de">www.gesundheitsziele.de</a> )	A, B, C

Projektdatenbank	Ebene/ Reichweite	Internetauftritt	Setting(s)
SettingProjekte-NRW.de	landesweit (Nord- rhein- Westfalen)	<a href="http://www.settingprojekte-nrw.de">www.settingprojekte-nrw.de</a>	im Aufbau
<b>Einordnung der Setting(s) in die folgenden Bereiche:</b> A – politisch-geografische Lebenswelten B – gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Institutionen C – Einrichtungen der Bildungskette			



#### Übung 1.4:

Recherchieren Sie im Internet über die Länderdarstellung von [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) die dokumentierten Settingprojekte in der Projektdatenbank zur Prävention und Gesundheitsförderung des LZG.NRW. Ordnen Sie die Projekte den Settingbereichen zu.

## 1.2 Netzwerk- und Vernetzungsbegriff

Eine der drei zentralen Handlungsstrategien (vgl. Abb. 1.2) in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung lautet „**Vermitteln und Vernetzen**“ (engl.: mediate). Gesundheitsförderung wird hier als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die ein koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Bereiche und Akteure verlangt. Das Glossar der WHO hält dazu Folgendes fest:

„In der Gesundheitsförderung ist Vermittlung 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)

Durch „Vermitteln und Vernetzen“ sollen sowohl horizontale als auch vertikale **Kooperationsstrukturen** aufgebaut werden, die nach Trojan und Süß (2011a) wie folgt voneinander unterschieden werden:

- 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 der verschiedenen Ebenen sollen hierbei zusammenarbeiten, um Konflikte auszutragen und Lösungen herbeizuführen.



„Vermitteln und Vernetzen“ stellt bestimmte **Anforderungen** an alle beteiligten Akteure (vgl. Trojan; Süß, 2011a):

- Arbeitsteilung in Abhängigkeit von spezifischen Kompetenzen
- gleichberechtigte und offene Kommunikation
- Identitätswahrung
- keine Macht-Hierarchien
- kollektive und demokratische Entscheidungen
- wechselseitiges und zufriedenstellendes Geben und Nehmen

Abschließend ist anzumerken, dass Experten sowie Bedienstete des Gesundheitswesens zuständig sind für die Vermittlung zwischen unterschiedlichen Interessen und Bereichen der Gesellschaft sowie deren Vernetzung. Der Vermittlungs- und Vernetzungsbegriff wird oft im Zusammenhang mit Koordination, Kooperation und Kommunikation verwendet (vgl. Trojan; Süß, 2011a).

Im Folgenden geht es nun um die **Bedeutung von Netzwerken und Vernetzung in der Gesundheitsförderung**. In der Gesundheitsförderung bedeutet Netzwerkarbeit

„die Generierung eines gemeinsamen Werte-, Ziel- und Handlungsrahmens auf den unterschiedlichen Ebenen, unter Einbeziehung der relevanten Akteure, bei klarer Festlegung von Prioritäten, von Handlungsfeldern, von Zielgruppen, von zeitlichen und regionalen Bezügen, der Festlegung der finanziellen Ressourcen und der Evaluation der ergriffenen Maßnahmen aber auch in die Schaffung von strukturellen und organisatorischen Bezügen.“ (Meinlschmidt, 2005, S. 10)

Ein **gesundheitsförderndes Netzwerk** dient der/dem (vgl. Jungk, 1996):

- effektiven Programm-, Planungs- und Ressourcennutzung,
- gemeinsamen Koordinierung,
- Herstellung eines inhaltlichen und/oder organisatorischen Zusammenhangs gesundheitsrelevanter Angebote,
- langfristigen kommunikativen Austausch- und Verständigungsprozess.

Der Aufbau von Netzwerkstrukturen wird als praktische Umsetzungsstrategie von Gesundheitsförderung gesehen. Nach Altgeld (2011) können gesundheitsbezogene Netzwerke nur dann funktionieren, wenn gewisse **Herausforderungen** bewältigt werden:

- Wahrnehmung gemeinsamer Interessen der beteiligten Akteure
- Vorhandensein von engagierten, erfahrenen oder zumindest akzeptierten Trägern oder Einzelpersonen
- Formulierung gemeinsamer Zielvorstellungen

- Schaffung klar festgelegter Netzwerkstrukturen und -routinen
- Mobilisierung von verschiedensten Ressourcen
- Transparenz und gemeinsame Verantwortung bei Erfolgen und Misserfolgen
- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung- bzw. Optimierungsvorgänge auch noch nach Zielerreichung

Der **Settingansatz** findet seine Anwendung innerhalb einzelner Settings bzw. in der Gründung von Netzwerken. Beim Settingansatz geht es um den Erfahrungsaustausch und den Lerneffekt mit ähnlichen Institutionen und Organisationen primär innerhalb gleichwertiger Netzwerke, z.B. der gesunden Stadt, des gesundheitsfördernden Krankenhauses oder der gesunden Schule. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass nicht jedes Setting für die Gründung von Netzwerken geeignet ist. Die von der WHO proklamierten Settings werden in der Regel stärker, z.B. durch die Europäische Union, gefördert als andere Netzwerke.

Trotz des hohen Stellenwerts des Settings Kindertageseinrichtung für die kindliche Entwicklung hat die WHO hier noch kein Netzwerk auf übergeordneter Ebene proklamiert. Der Bedarf nach Informationsaustausch ist jedoch gerade hier groß wie beispielsweise die bundesländerbezogenen Netzwerke in Brandenburg und Niedersachsen zeigen. Weitere Ausführungen hierzu finden Sie in Kapitel 2.3.

Es sollte davon auszugehen sein, dass der Netzwerkgedanke in Bezug auf den Settingansatz erweitert werden könnte, indem sich Settings mit vergleichbaren Rahmenbedingungen austauschen bzw. Settings unterschiedlicher Organisationen innerhalb einer Region bzw. Stadt miteinander kommunizieren. Leider gibt es hierfür keine Beispiele, sodass hier offensichtlich Netzwerkstrukturen (noch) nicht funktionieren (vgl. Hartmann; Hesse, 2013).

Es ist anzumerken, dass deutschlandweit Settingprojekte unterschiedlicher Institutionen und Organisationen ihre Initiativen bislang nicht verstetigen konnten. Zukünftig wird es in der Prävention und Gesundheitsförderung vermehrt darum gehen, Netzwerke in unterschiedlichen Settings zusammenzuführen. Dies könnte beispielsweise mit dem Potenzial der Gesunden Stadt funktionieren, die verschiedene Institutionen und Organisationen unter einem Dach zusammenfassen könnte. Interessanterweise war dies von der WHO mit der Gründung der „Health Promoting Universities“ im Jahr 1998 im Rahmen des Gesunde Städte-Netzwerks auch so intendiert. Weitere Ausführungen hierzu in Kapitel 2.1.

Im Zusammenhang mit dem Settingansatz und den darauf aufbauenden gesundheitsfördernden Netzwerken werden in folgender Übersicht die Ziele, Bedingungen, Voraussetzungen, Qualitätskriterien, Probleme und Anforderungen für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit vorgestellt.

**Tabelle 1.5:** Erfolgreiche Netzwerkarbeit

Erfolgreiche Netzwerkarbeit			
Voraussetzungen und Bedingungen	Qualitätskriterien und Anforderungen	Probleme	Ziele
(vgl. Kardoff, 1996) <ul style="list-style-type: none"> <li>dauerhafte qualitative Bewertung und z. T. Veränderung der Infrastrukturen</li> <li>Entwicklung von Strategien zur Akzeptanzsicherung und Aktionserweiterung</li> <li>Führen von Zieldiskussionen</li> <li>professionelle Koordination</li> <li>regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch</li> <li>eine klare Zielkonzeption (Offenlegen eigener Interessen im Netzwerk)</li> <li>Unterschiedlichkeit (Spezialisierung und Differenzierung)</li> <li>Definition von Systemgrenzen</li> <li>klare Zielvorstellungen und Lösungsbereitschaft</li> <li>Definition und Mobilisierung der Ressourcen</li> <li>Festlegung der Kooperationsbedingungen</li> <li>Netzwerkpflege</li> <li>Äqui- und Multifunktionalität</li> <li>Evaluation und Qualitätssicherung</li> <li>Definition von Grenzen</li> </ul>	(vgl. Hahn et al., 1996; Jungk, 1996; Meinschmidt, 2005; Trojan, Süß, 2011a; Wohlfart, 1996; Müller, 2005) <ul style="list-style-type: none"> <li>flexible und variable Strukturen</li> <li>kollektive und diskursive Entscheidungs- bzw. Aushandlungsprozesse</li> <li>kritisch reflektierende Selbstevaluation</li> <li>offener und konstruktiver Umgang mit Konflikten</li> <li>regelmäßige Außendarstellung/Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>Schaffung von Partizipation und Transparenz</li> <li>ständiger Informationsfluss</li> <li>Wille zur Kontinuität.</li> <li>Fach- und Sozialkompetenz</li> <li>Kooperationsfähigkeit</li> <li>Konflikt- und Kompromissbereitschaft</li> <li>Moderations- und Präsentationsfähigkeit</li> <li>Professionalität</li> <li>Toleranz- und Akzeptanzbereitschaft</li> </ul>	(vgl. Hahn et al., 1996; Jungk, 1996; Wohlfart, 1996) <ul style="list-style-type: none"> <li>Komplexität und Unterschiedlichkeit von Netzwerken</li> <li>lange Kommunikationswege</li> <li>Probleme bei der Terminfindung</li> <li>Schwerfälligkeit von Entscheidungen</li> <li>starke zeitliche Belastung</li> <li>Konkurrenzdenken, Ungleichheit bei der Arbeitsverteilung</li> <li>zeitaufwendige Kommunikations- und Aushandlungsprozesse</li> </ul>	(vgl. Eberle, 2005) <ul style="list-style-type: none"> <li>gemeinsame Plattform zur Problemidentifizierung und Lösungssuche bzw. -umsetzung</li> <li>regelmäßiger Erfahrungsaustausch und Information über praxisnahe Hilfen</li> <li>Steigerung von Motivation und Durchhaltevermögen durch direkten Vergleich</li> <li>Erhalt von Anschlussfähigkeit, Flexibilität, Innovation, Interdisziplinarität, Multiprofessionalität, Stärke und Synergieeffekten</li> </ul>

Siebert (2006, S. 174) betont:

„Die Qualität der settingbezogenen Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung wird sich daher künftig mehr denn je daran messen lassen müssen, inwieweit sozialkompensatorische Ansätze berücksichtigt werden.“

Siebert (2006) benennt die fehlenden personellen sowie finanziellen Ressourcen der Netzwerkmitglieder bzw. deren Koordination als vorrangige Problemfelder bei der settingbezogenen Netzwerkarbeit.

Altgeld (2010, S. 10) führt aus, dass die Vernetzung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen nach gut 20 Jahren der Proklamation des Settingansatzes Ermüdungserscheinungen aufweist. Die stets

„[m]it der Netzbildung verknüpfte Hoffnung, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure aus staatlichen und nicht-staatlichen Zusammenhängen ein Interesse daran entwickelt, gemeinsam an einer Zielstellung zu arbeiten“

erweist sich in der Praxis häufig als zu aufwendig und verläuft darüber hinaus zu unkoordiniert.

Sogenannten **Koordinatoren/Moderatoren** und **Mediatoren** kommt als Vermittlungspersonen zwischen den beteiligten Akteuren eine Schlüsselrolle zu. Diese Personen müssen o.g. Anforderungen gewachsen sein. Außerdem sind Erfahrungen mit Organisationsentwicklungsprozessen von Vorteil. Zu weiteren Aufgaben dieser Schlüsselpersonen gehören beispielsweise die Organisation von Netzwerktreffen, Kontaktpflege zu beteiligten Akteuren sowie Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Jungk, 1996; Lorenz, 1996; Wohlfart, 1996).



Die Bildung von Netzwerken sowie intersektoraler Kooperationen gilt als zentrales Merkmal der Handlungsebenen und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung.

Nun wenden wir uns genauer den **settingbezogenen Netzwerken** zu. Wie wir bereits wissen, wurde der Settingansatz in mehreren internationalen und nationalen Texten in seiner Bedeutung als Kernstrategie der Gesundheitsförderung kontinuierlich erweitert. Darauf aufbauend entstanden in den vergangenen 20 Jahren zahlreiche mehr oder minder etablierte Netzwerke in den verschiedenen Settings.

Die WHO (1998, S. 25) definiert ein Netzwerk wie folgt:

„Eine Gruppierung von Individuen, Organisationen oder Einrichtungen, die auf einer nicht hierarchischen Basis um gemeinsame Themen oder Angelegenheiten organisiert ist, welche aktiv und systematisch auf der Basis von Verantwortungsgefühl und Vertrauen verfolgt werden.“

Netzwerke werden häufig zwischen gleichartigen Settings gebildet (vgl. Baric; Conrad, 1999).

Die WHO initiiert und erhält mehrere Netzwerke zentraler Settings z. B.:

- gesundheitsfördernde Städte/Gemeinden
- gesundheitsfördernde Unternehmen (Betriebe)
- gesundheitsfördernde Krankenhäuser
- gesundheitsfördernde Schulen
- gesundheitsfördernde Hochschulen

Im Rahmen von Modellprojekten wurden Umsetzungsstrategien entwickelt und erprobt sowie hinsichtlich ihrer Wirkungsweise in den o.g. zentralen Settings evaluiert. Wesentliches Anliegen hierbei ist es, verschiedene Organisationsbereiche auf gesundheitsrelevante Potenziale zu prüfen und dabei Gesundheitsrisiken zu minimieren bzw. Gesundheitspotenziale zu maximieren (vgl. Troschke, 2008).

Siebert (2006) hat in einer Studie 48 Netzwerke der Gesundheitsförderung aus den föderalen bzw. kommunalen Zuständigkeitsbereichen Wirtschaft, Gesundheit, Soziales, Bildung und Sonstiges ermittelt. Das Ergebnis zeigt, dass die Netzwerke elf unterschiedlichen formalen Settings zugeordnet werden können. Diese sind (vgl. Siebert; Hartmann, 2007): Regionen, Städte/Kommunen, Betriebe/Unternehmen, Kindertagesstätten, Allgemeinbildende Schulen, Berufsbildende Schulen, Hochschulen, Einrichtungen der Erwachsenenbildung, Krankenhäuser, Einrichtungen der Pflege und Justizvollzugsanstalten.

Die heterogene Verteilung der settingbezogenen Netzwerke wird einerseits vom Grad der Etablierung der Netzwerke und andererseits durch deren Wirkungsbereiche beeinflusst.



#### Übung 1.5:

Recherchieren Sie im Internet nach einem Netzwerk der zentralen Settings der Gesundheitsförderung und reflektieren Sie kritisch dessen Ziele und Aufgaben.



Netzwerke haben unterschiedliche Reichweiten und können auch settingübergreifend wirken. Der Zusammenhang zwischen Settings und den dazugehörigen Netzwerken wird in der Abb. 1.4 dargestellt. Diese Netzwerke können auf verschiedensten Ebenen (welt-, europa-, bundes- u. landesweit sowie kommunal) unterschiedlich stark organisiert sein. Sie können beispielsweise eingeteilt werden in die Kategorien gesunde Region, gesunde Stadt, gesundheitsförderndes Unternehmen (Betrieb), gesundheitsförderndes Krankenhaus, Pflegeeinrichtung, Justizvollzugseinrichtung sowie der gesundheitsfördernden Bildungskette: Kindertageseinrichtung, Schule und Hochschule (vgl. Siebert; Hartmann, 2010). Aufgrund

der Komplexität von sozialräumlichen Systemen weisen Siebert und Hartmann (2010, S. 307) im Zusammenhang mit der settingübergreifenden Netzwerkbildung darauf hin, dass diese „als Königsdisziplin innerhalb des Settingansatzes bewertet werden [kann]“.

Wie bereits ausgeführt, bildete das Gesunde Städte-Netzwerk die proklamatorische Keimzelle der Gründung und Vernetzung von Settings in Deutschland. Darauf basierte Ende der 1990er-Jahre im Zusammenhang mit Aktivitäten des Bundesministeriums für Gesundheit die Idee der Internetpräsenz settings.de. Hiermit war die Vorstellung verknüpft, allen settingbezogenen Organisationseinheiten eine gemeinsame Internetplattform zu geben und z. B. sich über die zu entwickelnden Methoden auszutauschen. Eine Realisierung der gemeinsamen Internetpräsenz settings.de ist aus finanziellen Gründen allerdings nicht zustande gekommen.

Mitte des letzten Jahrzehnts gab es durch den Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) Bestrebungen, die sich auf den Settingansatz berufenden Netzwerke zu vernetzen. Im Vordergrund dieses Vorhabens stand, sich über die erheblichen Schnittstellen der unterschiedlichen Settings auszutauschen und voneinander zu lernen. Im Kontext des Gesunde Städte-Netzwerkes wurde die Gründung von Teilsettings, wie gesundheitsfördernde Hochschulen, initiiert. Im Prinzip hätte es unter dem Dach einer gesunden Stadt mit z. B. dem gesundheitsfördernden Krankenhaus, den gesunden Kindertageseinrichtungen bzw. Schulen oder Wirtschaftsunternehmen zu Synergien kommen können. Auch thematisch lassen sich zwischen unterschiedlichen Settings Brücken bauen, wie z. B. mit dem Thema Lärm bzw. Nichtrauchen in den Erziehungs- und Bildungssettings. Die hier geschilderten vier Ansätze sind nicht weiter gefördert worden bzw. haben sich nicht verstetigen können.

Zusammengefasst zeigt die Abb. 1.4 den Hintergrund, die Zusammenhänge und die Potenziale der Settings der Gesundheitsförderung auf, bleibt jedoch bis heute ein Konstrukt.

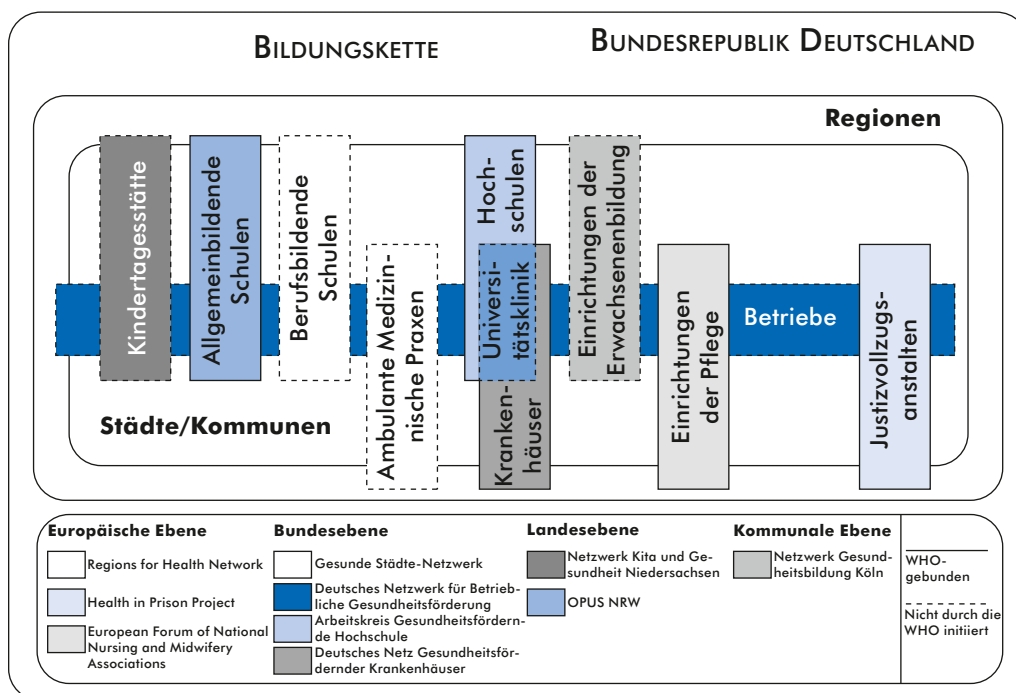


Abb. 1.4: Zusammenhang zwischen den Settings der Gesundheitsförderung und den dazugehörigen Netzwerken (Siebert, 2006, S. 63)

## Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ein Setting als ein anerkanntes soziales System betrachtet wird, das einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit von Gruppen und Individuen ausübt und in dem die Bedingungen von Gesundheit maßgeblich gestaltet werden können. Beispiele für Settings sind z.B. Stadt, Krankenhaus, Kindertageseinrichtung, Schule und Unternehmen. Bei „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 Veränderungsprozessen 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 zur Gesundheitsförderung. Die Grundidee der WHO ist, dass Gesundheit und Wohlbefinden durch die Gestaltung der Lebenswelten der Menschen zu fördern ist. 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 seit den 1990er-Jahren in Deutschland auf politischer Ebene, dann auch auf rechtlicher Ebene in Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen Zugang gefunden.

Wie wir in diesem Kapitel festgestellt haben, ist die zugrundeliegende Idee des Settingansatzes, 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 gesundheitsförderlichen 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. In den vergangenen 20 Jahren entstanden zahlreiche mehr oder minder etablierte Netzwerke in den verschiedenen Settings. Auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung (1986) wurde der Settingansatz erstmals als „Gesunde Städte-Projekt“ etabliert. Ausgehend vom Gesunde Städte-Projekt der WHO haben sich mittlerweile zahlreiche Netzwerke in unterschiedlichen Settings herausgebildet, wie z. B. gesundheitsfördernde Krankenhäuser, Schulen, Hochschulen und Unternehmen. Bundesweit kam es auf nationaler bzw. kommunaler Ebene ebenfalls zu Netzwerkbildungen.

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 partizipativ 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).

Abschließend ist anzumerken, dass derzeit kein umfassendes, theoriegeleitetes Erklärungsmodell für die Anwendung des Settingansatzes existiert. In der Praxis sind jedoch einzelne Theorien und Modelle aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen verfügbar, die auf Settingaktivitäten im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung übertragbar sind.



## 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 Netzwerke und Vernetzen wichtige Bestandteile einer erfolgreichen Umsetzung von settingorientierten Maßnahmen sind.