

# Prävention in Lebenswelten – der Setting-Ansatz

## *Prevention in Living Environments – the Setting Approach*

Rolf Rosenbrock

**Zusammenfassung:** Das voraussichtlich im Jahr 2016 in Kraft tretende Präventionsgesetz wird den Lebenswelt-Ansatz in der Primärprävention und Gesundheitsförderung quantitativ und qualitativ aufwerten. Während die überwiegend individualmedizinisch zu bearbeitenden Felder der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention gesetzlich und finanziell im Wesentlichen etabliert sind, fehlt für die nicht-medizinische bzw. soziale Primärprävention bislang eine entsprechende Grundlage. Angesichts der Dominanz chronisch-degenerativer Erkrankungen und der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen, die in Deutschland groß ist und zunimmt, liegen hier aber sehr große Potenziale für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Die geeigneten Interventionsebenen dafür sind die Sozialzusammenhänge, von denen relevante Einflüsse auf die Gesundheit bzw. Anreize für gesundheitsrelevantes Verhalten ausgehen (Lebenswelt/Setting). Die Güte von Interventionen erweist sich an der Erfüllung von fünf Kriterien: 1. Einheit von Belastungssenkung und Ressourcenförderung, 2. Aufwertung unspezifischer Interventionen, 3. Priorität der Kontextbeeinflussung, 4. Priorität der Partizipation und 5. angemessene Qualitätssicherung. Diese Kriterien werden vorbildhaft in der betrieblichen Gesundheitsförderung in Form von partizipativer Organisationsentwicklung erfüllt. Die Übertragbarkeit des Ansatzes ist erprobt bzw. befindet sich in der Erprobung in KiTas, Schulen, Stadtteilen, sozialen Brennpunkten etc.

*Schlüsselwörter:* Prävention; Gesundheitsförderung; Public Health; Ungleichheit; Lebenswelt; Setting

**Summary:** In Germany, a law concerning prevention that is scheduled to take effect in 2016 will qualitatively and quantitatively enhance the existing emphasis on living environments in primary prevention and health promotion. Whereas the spheres of primary, secondary and tertiary prevention, areas for which care mostly occurs on an individual and medical basis, have long been established both legally and financially; social or other non-medical primary prevention efforts lack such backing. Given the dominance of chronic-degenerative diseases and of socially induced health inequalities, which remain important in Germany and continue to increase in significance, these are the areas where there is great potential for improving population health. The most apt zones of intervention are the social structures that help to produce the elements involved in impacting health and any incentives for healthful behaviours (living environments/setting). Interventions can be assessed and valued based on their ability to fulfil several criteria: 1. joint stress reduction and resource enhancement, 2. enhancement of unspecific interventions, 3. prioritization of context and its framing, 4. prioritization of participation and 5. quality assurance. Workplace health promotion in the form of participative organizational development offers one example of an intervention that successfully fulfils these criteria. The transferability of this approach has been tested in day-care facilities, schools, city districts, disadvantaged neighbourhoods, etc.

*Keywords:* Prevention; Health Promotion; Public Health; Social Inequality; Living Conditions; Setting

Voraussichtlich im Jahr 2016 erhält die primäre Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland eine neue gesetzliche Grundlage. Ein recht ambitionierter Versuch im Jahre 2005 [1] und zwei deutlich schwächere Entwürfe in den Jahren 2008 und 2013 waren aus je verschiedenen Gründen im parlamentarischen Verfahren gescheitert. Auch an dem jetzt aktuellen

Regierungsentwurf gibt es viel, zum Teil heftige Kritik [z.B. 2, 3]: In einem sind sich Autoren und Kritiker des Entwurfs dabei einig: Dass es einen Fortschritt bedeutet, wenn künftig für Prävention in Lebenswelten (Settings), also Gesundheitsförderung in Betrieben und anderen Lebenswelten, statt der aktuell ca. 80 Millionen Euro zukünftig mit rund 280 Millionen Euro mehr

als das Dreifache an Ressourcen zur Verfügung stehen sollen. Grund genug, den Interventionstyp „Prävention in Lebenswelten“ in den Gesamtzusammenhang der Prävention einzuordnen und sich mit seiner Begründung, den zugrunde liegenden Konzepten und Problemen seiner Anwendung und der Wirkungsbestimmung, zu beschäftigen.

## Interventionsbedarf

Die medizinische Seite der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ist in Deutschland – bei allen Defiziten – in ihren Grundzügen gut geregelt und vor allem über SGB II, III, V, VI, VII, VIII, IX und XI auch verlässlich finanziert. Die große Versorgungslücke liegt in der nicht-medizinischen Primärprävention. Das ergibt sich aus einem Blick auf die großen Linien der Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung: Am kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung um knapp zwei Jahre pro Jahrzehnt hat die kurative Medizin einen Anteil von max. einem Drittel [4: Bd. I, Kap. 2, Zf. 95]. Der „Rest“ von ca. zwei Dritteln geht auf eine – im Einzelnen und in ihren wechselseitigen Abhängigkeiten durchaus nicht immer klare – Mischung aus verbesserten Lebens-, Arbeits-, Wohn-, Erholungs- und Verkehrsverhältnissen, auf bessere Bildung und Ernährung und in der Folge auch auf gesundheitsgerechteres Verhalten zurück [5–7].

Ungefähr drei Viertel des Krankheits- und Sterbe geschehens und auch der Versorgungsausgaben erklären sich in den reichen Ländern aus den wenigen großen und regelmäßig chronisch-degenerativ verlaufenden Krankheiten (Herz-Kreislauf, Krebse, Muskel-Skelett, Diabetes, COPD sowie – mit der steilsten Steigerung – psychische Erkrankungen) und Unfällen [8: Bd. I, Kap. 3]. In den meisten Fällen kann die Medizin hier nicht wirklich heilen, es muss – meist lebenslang – therapiert und/oder unterstützt werden. Das ist der wichtigste Grund dafür, dass für ca. ein Fünftel der Versicherten ca. vier Fünftel der Versorgungskosten aufgewendet werden müssen [9].

Alle diese Erkrankungen sind aber grundsätzlich zu einem sehr hohen Anteil der nicht-medizinischen Primärprävention zugänglich. Unter den chronisch Kranken sind Menschen aus den unteren Sozialschichten stark überrepräsentiert [8, Bd. I, Kap. 3]. Die Chancen für ein gesundes und langes Leben sind in Deutschland extrem ungleich verteilt [10]: Arme Männer (Frauen) sterben in Deutschland 10,8 (8,4) Jahre früher als wohlhabende. Zudem werden bei ihnen chronisch-degenerative Erkrankungen 3,5 (0,8) Jahre früher behandlungsbedürftig, sodass arme Menschen

im Durchschnitt 14,3 (9,2) gesunde Jahre weniger zu leben haben als wohlhabende.

Diese sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen folgt der sozialen Schichtung der Gesellschaft und bildet ein Kontinuum. Mit der zunehmenden sozialen Spreizung vergrößern sich die Abstände sowohl in der Morbidität als auch in der Mortalität [8, 11, 12]. Die Unterschiede erklären sich zu ca. der Hälfte aus den Folgen gesundheitlich riskanteren Verhaltens in den Unterschichten (vor allem Ernährung, Bewegung, Rauchen, Stressregulation), die andere Hälfte aus der direkten „Wirkung“ der sozialen Lage [13, 6, 12].

Versuche, das Gesundheitsverhalten durch Information, Erziehung, Kurse, Kampagnen und Aufklärung zu verändern, führen zu nur geringen und meist nicht nachhaltigen Erfolgen [8, Bd. I, Kap. 4]. Und auch Verbesserungen der medizinischen Versorgung können dieses Problem nur geringfügig vermindern.

## Interventionsprofil

Gebraucht werden daher vor allem nicht-medizinische Interventionen und Strategien der Primärprävention, die insbesondere bei sozial benachteiligten Menschen vorrangig chronisch-degenerative Erkrankungen verhüten oder zeitlich verschieben.

In Auswertung wissenschaftlicher Befunde und praktischer Erfahrungen wurden mit der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO im Jahr 1986 Fundamente und Eckpunkte für eine Herangehensweise vorgelegt, mit denen diese zentrale Herausforderung erfolgreich bearbeitet werden kann. Die Qualität einer diesem Ansatz folgenden Primärprävention lässt sich an fünf Kriterien feststellen [14, 7, 15: Bd. 2].

### Belastungssenkung und Ressourcenförderung

Ziel der Prävention ist nicht nur die Senkung von Gesundheitsbelastungen (durch die soziale Lage und riskantes Verhalten), sondern mindestens ebenso stark die Steigerung von Gesundheitsressourcen (vor allem Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Einbindung in soziale Netze). Diese Ressourcen steigern

nicht nur die Widerstandskraft gegen gesundheitliche Belastungen (Resilienz), sondern befähigen auch besser zur Veränderung sowohl des Verhaltens als auch der – gesundheitlich belastenden bzw. gesundheitlich belastendes Verhalten begünstigenden – Lebenswelt. Das ist der Aspekt der Gesundheitsförderung.

### Aufwertung unspezifischer Interventionen

Die Beeinflussung von allgemein gesundheitsförderlichen Faktoren (Partizipation, soziale Unterstützung, Selbstwertgefühl, Achtsamkeit) hat in der Regel einen größeren präventiven Effekt, als die unmittelbare Bearbeitung von Faktoren, deren kausale Beziehung zu Krankheitsentstehung (z.B. Bewegungsmangel, Tabakrauchen) sehr viel enger ist [15: Bd. II, Kap. 6; 16].

### Priorität für Kontextbeeinflussung

Die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs steigt mit der Beeinflussung der Bedingungen und der sozialen Zusammenhänge gesundheitsriskanten Verhaltens [17]. Das gilt sowohl auf individueller Ebene als auch im Setting, und es gilt auch im Rahmen von Kampagnen für die gesamte Bevölkerung oder definierte Teilgruppen.

Viele Interventionen entfalten erst dann ihre Wirksamkeit, wenn sie nicht nur (und oft nicht einmal primär) auf die Veränderung der Lebensweise, des Lifestyles bzw. Verhaltens abzielen, sondern auch materielle und sozial belastende ebenso wie stärkende Faktoren und Anreize der physischen und sozialen Umwelt einbeziehen [17]. Damit geraten Faktoren in den Blick, die die Lebensweise, den Lifestyle und das Verhalten prägen; die Intervention erfolgt um ein oder mehrere Glieder der Kausalkette früher im Entstehungszusammenhang (Beeinflussung distaler Faktoren) [18]. Zur Identifikation dieser Faktoren, wie auch zum Entwurf und zur Umsetzung von Veränderungen, sind Kontextkenntnisse und aktive Mitwirkung der Zielgruppen unerlässlich. Gesundheitlich relevant im Sinne der Stärkung von Ressourcen ist für die Zielgruppen sowohl die aktive Teilnahme an der Veränderung als auch das Ergebnis der Intervention: die

### Idealer Ablauf einer betrieblichen Gesundheitsförderung mit Gesundheitszirkeln

Ein dreiseitiger Vertrag zwischen **Management, Betriebsrat** und einer **Gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV) legt Ablauf, Verantwortlichkeiten sowie Finanzierung des Projekts (einschließlich der betrieblichen Umsetzung) fest und etabliert einen **Steuerungskreis**, dem auch der Arbeitsschutz und die Firmenspitze angehören. Die Kasse liefert einen nach Statusgruppen sowie Betriebsteilen bzw. Abteilungen differenzierenden Gesundheitsbericht, dessen Inhalte der Belegschaft als Startsignal des auf Belastungsabbau und Ressourcenförderung zielenden Projekts kommuniziert wird.

Es folgt eine „**aktivierende**“ **Erhebung** in der gesamten Belegschaft zur Wahrnehmung von Belastungen und angenehmen Seiten der Arbeitssituation. „Aktivierend“ deshalb, weil auch jeweils Fragen zu denkbaren und möglichen Verbesserungen gestellt werden. Gesundheitsbericht und Erhebungsergebnisse bilden die Basis für die nach transparenten und kommunizierten Kriterien zu treffende Entscheidung darüber, in welcher Abteilung zuerst interveniert wird. Dort werden auf Zuruf, durch Selbstmeldung oder durch Wahl ca. acht Beschäftigte bestimmt, die in ständiger Rückkopplung mit ihren Kolleg/innen den Gesundheitszirkel bilden.

Der **Zirkel** tagt unter professioneller Moderation (GKV) meist im Zweiwochenrhythmus sechs bis neun Mal für je 90 Minuten. Besprochen werden alle vom Zirkel gewünschten Aspekte der Arbeitssituation: Ergonomie einschließlich Software, Teambildung und -zusammensetzung, Arbeits- und Sozialräume, Arbeitszeit, Pausen, Verpflegung, Leistungsvorgaben, materielle und immaterielle Anreize, Handlungsspielräume, Transparenz, Kommunikation, Führungsverhalten, Weiterbildung, Entwicklungschancen etc.

Die **Beratungsergebnisse** werden zu Verbesserungsvorschlägen verdichtet und – abteilungsöffentlich – protokolliert. Regelmäßig bringt jeder Zirkel mehr als 50 Verbesserungsvorschläge hervor, die sich auf körperliche, psychische und Umgebungsbelastungen, aber auch auf unterstützende Faktoren wie kollegiales und gutes Führungsverhalten beziehen.

Vertraglich festgelegt und vom Management sofort umgesetzt werden Vorschläge, die den Betriebsablauf nicht gefährden und weniger als z.B. 10.000 Euro kosten. Bei teureren oder komplexen Vorschlägen muss das Management einen verbindlichen Zeitplan für die Umsetzung vorlegen oder eine Ablehnung ausführlich begründen. In der Regel sind mehr als zwei Drittel der Vorschläge sofort umsetzbar, ein weiteres Fünftel mit Abstrichen oder später. Im Ergebnis sinken in sehr erheblichem Ausmaß körperliche und psychische Belastungen (Abhängigkeit des Arbeitstempos von Maschinen oder Kollegen, Zusammensetzung der Teams, Führungsverhalten) und es steigen in gleichem Ausmaß „puffernde“ Faktoren (Arbeit selbst planen und einteilen, Vorschläge einbringen, Arbeitsergebnisse selbst prüfen). Geradezu dramatisch verbessert sich die Kommunikation, sowohl horizontal unter den Kolleg/innen, als auch vertikal mit den Vorgesetzten: Es wird wesentlich und spürbar mehr explizit unterstützt, anerkannt und gelobt, die Kompetenz der Beschäftigten im Betriebsablauf und bei der Betriebsentwicklung gewinnt einen wesentlich höheren Stellenwert.

Im Zusammenhang mit Zirkelprojekten steigt häufig auch die Nachfrage nach „individueller Prävention“, v.a. Kursen (Entspannung, Stressbewältigung, Bewegungsverhalten, Ernährung). Nach Durchlauf der Zirkelarbeit in der ersten Abteilung wird in der nächsten nach dem gleichen Muster interveniert. Im Idealfall wird auf diese Weise in jeder Abteilung alle zwei bis drei Jahre ein Zirkel durchgeführt. Einzelne Kassen, pionierhaft die AOK Niedersachsen, gewähren Unternehmen und Beschäftigten für die qualitätsgesicherte (zertifizierte) Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung einen Bonus in Höhe eines GKV-Monatsbeitrages.

Methodisch gesprochen handelt es sich bei Gesundheitszirkel-Projekten um eine auf Wohlbefinden fokussierte Form **partizipativer Organisationsentwicklung**. Dieser Ansatz ist mit entsprechenden methodischen Modifikationen auch auf andere Lebenswelten übertragbar, wie KiTa, Schule, Freizeiteinrichtungen, Senioreneinrichtungen, soziale Brennpunkte und Stadtteile etc.

Einen guten **Überblick** über die häufig noch experimentelle Anwendung und Weiterentwicklung dieses Ansatzes bietet: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, 5. Auflage, Köln 2011 (enthält Kurzbeschreibungen zu ca. hundert Projekten und ist als pdf verfügbar: [www.bzga.de/botmed\\_60645000.html](http://www.bzga.de/botmed_60645000.html) [40])

### Textkasten Betriebliche Gesundheitsförderung mit Gesundheitszirkeln

Veränderungen im Setting. An Stelle des klassischen Dreischritts der sozialen Prävention: „Information verändert Einstellung und führt zu Verhaltensänderung“ tritt – verkürzt gesagt – ein neuer Dreischritt: „Selbst bewirkte Setting-Gestaltung verändert Einstellung und führt zu Informationsbedürfnis“.

#### Priorität für Partizipation

Gesundheitsprojekte müssen demzufolge auf allen Stufen des Public Health Action Cycle (*assessment, policy formulation, assurance, evaluation*) partizipativ gestaltet werden [16]: einerseits, damit an den tatsächlichen Bedürfnissen der Zielgruppen angesetzt werden kann, und

andererseits, weil der Mangel an Teilhabe an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen selbst eine Gesundheitsbelastung und einen Ressourcenmangel darstellt, dem mit einer solchen Intervention gerade begegnet werden soll.

Die direkte Beteiligung (Partizipation) ist für den Gewinn an Gesundheitsressourcen (empowerment) vielleicht

ebenso wichtig, wie die damit zu erzielenden Veränderungen der Umwelt [16]. Beispielhaft und beispielhaft erfolgreich zeigt sich dies in Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung, bei denen durch Vorschläge in „Gesundheitszirkeln“ durch direkte Partizipation der Beschäftigten die Arbeitssituation in technischer und sozialer Hinsicht verändert wird. Demonstriert wird dies auch durch die HIV/Aids-Prävention, deren Gestaltung in Deutschland wesentlich in den Händen der am stärksten betroffenen Gruppen liegt und von ihnen in den jeweils lokalen Szene-Zusammenhängen organisiert wird. In Deutschland wurde dieses Modell relativ früh und relativ vollständig umgesetzt. Deutschland teilt sich heute mit Finnland den Spitzenplatz der niedrigsten HIV-Neuinfektionsraten in Europa [19].

### Qualitätssicherung

Wie genau im Zusammenwirken dieser Komponenten die gesundheitlichen Wirkungen zustande kommen, wie also „Salutogenese“ genau funktioniert, ist nach wie vor weniger klar, als die nachweisbaren gesundheitlichen Wirkungen selbst.

Dass mit Primärprävention im Setting Erkrankungsraten deutlich gesenkt werden können, zeigt eine sorgfältige Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung [20, 4: Bd. III, Kap. 11], in die ausschließlich solche partizipativ organisierte Projekte eingeschlossen waren, in denen auch die physische und soziale Arbeitssituation verändert werden konnte („Verhältnisprävention“): Der Krankenstand sank – gleichgerichtet in nahezu allen Krankheitsgruppen – um ca. ein Drittel und verblieb dort über die gesamte Nachverfolgungszeit (meist zwei Jahre), während Arbeits- und Lebenszufriedenheit während und nach der Intervention anstiegen. Wie die genauen Wege und Mechanismen von der Intervention zur Wirkung verlaufen, ist dagegen weniger klar.

Plausibel anzunehmen ist, dass sowohl die Beteiligung am Prozess als auch die durch den Prozess veränderte Umwelt positiv auf die Gesundheit einwirken (können). Zum einen verbessern die Teilhabe am und der erlebte Einfluss auf den Veränderungsprozess das Gefühl des Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit regelmäßig sehr erheblich und las-

sen den Wert funktionierender Kollegialität („soziale Unterstützung“, „hilfreiche soziale Netze“) sehr viel deutlicher erleben [21]. Die große Bedeutung dieser Gesundheitsressourcen für die Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen ist ebenfalls gut belegt [22].

Zum anderen können infolge solcher Interventionen gesundheitlich relevante Belastungen in allen sechs gesundheitlich relevanten Dimensionen der Arbeitssituation sinken [23]. Die Veränderungen beziehen sich sowohl auf die Ergonomie (also die Hardware) als auch auf die psychosozialen Dimensionen (Software), wie z.B. Vorgesetztenverhalten, Arbeitszeit- und Pausenregelungen, Transparenz, Entwicklungsperspektiven, Handlungs- und Entscheidungsspielräume. In welchem Mischungsverhältnis Faktoren des Prozesses und solche der veränderten Arbeitssituation wirken, kann jeweils nur im Einzelfall vermutet, kaum aber gemessen werden.

Im Hinblick auf das Kernziel der Primärprävention, die Verminderung von insbesondere chronisch-degenerativen Erkrankungen, ist die Frage der Dauer der Effekte von großer Bedeutung. Durch partizipative Lebensweltinterventionen z.B. in der KiTa soll die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten gesenkt werden, die erst Jahrzehnte später zu erwarten sind. Das macht herkömmliche Wirksamkeitsstudien de facto unmöglich. Eine seltene Ausnahme bildet das Scope Perry Preschool Project, in dem seit 1962 die starken positiven – sozialen und gesundheitlichen – Wirkungen intensiver lebensweltbasierter Interventionen bei Vorschulkindern aus sozial benachteiligten Familien in Michigan/USA über Jahrzehnte verfolgt und nachgewiesen werden konnten [24]. Das bestätigte theoretische wie empirische Forschungen, die die Haltbarkeit früh im Leben erworbener Gesundheitsorientierungen nachwies [25, Bd. I, Kap. 3.2]. Dies kann allerdings auch noch später im Leben auftreten: Es konnte gezeigt werden, dass durch Partizipation ermöglichende Lebensweltinterventionen der *sense of coherence* als generalisierte Schutzressource [26] auch im Erwachsenenalter noch gesteigert, die Erkrankungswahrscheinlichkeit mithin gesenkt werden kann [27].

Die gesundheitliche Wirksamkeit von Lebensweltinterventionen, die hier

nur an einigen Punkten skizziert werden konnte, ist konzeptionell hoch plausibel, vor allem im Hinblick auf betriebliche Gesundheitsförderung auch empirisch gut gesichert, im Ganzen aber sicherlich noch weiter erforschungsbedürftig. Weil zudem Lebensweltinterventionen als „systemische Interventionen“ [28] nicht standardisierbar sind, kommt der Qualitätssicherung der Interventionen eine besondere Bedeutung zu [18, 29]. Besonders aussichtsreich erscheinen dabei Ansätze partizipativer Qualitätsentwicklung [30].

### Prävention und Gesundheitsförderung im Setting

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 [31]. Ein Setting ist dann relevant für Interventionen, wenn von ihm wichtige Einflüsse auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen, auf die Wahrnehmung von Gesundheit sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen. Interventionen in Settings sind desto einfacher zu organisieren und versprechen desto mehr Erfolg, je mehr – unabhängig von der Intervention – vorgegebene Strukturen und Interaktionen sich dort finden, je größer die Verbindlichkeit dieser Strukturen und Interaktionen ist, je klarer die Nutzergruppen und Interessenten (*stakeholder*) definiert und organisiert sind, je geringer die Fluktuation der Personen in der Gruppe ist und je mehr partizipative Verfahren in Kultur und Routine des Setting bereits verankert sind. Grundsätzlich gilt auch: In sozialräumlich definierte Settings lässt sich leichter und mit mehr Erfolg intervenieren als in Lebenswelten, die durch gemeinsame Überzeugungen oder Lebenslagen gebildet sind.

Primärprävention und Gesundheitsförderung im Setting lassen sich auf zwei – nicht völlig trennscharfe – verschiedene Arten betreiben, die im Folgenden erörtert werden sollen.

### Primärprävention im Setting

Bei diesem Ansatz wird vor allem die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention (z.B. im Hinblick auf die Großrisiken Ernährung, Bewegung, Stress, Drogen) zu platzieren. Die Spannweite reicht von der Benutzung eines Settings als Ablegeplatz für Informationen für eine bestimmte Zielgruppe bis hin zu speziell für eine oder mehrere Gruppen im Setting partizipativ gestalteten Programmen. Primärprävention im Setting ist Verhaltensprävention. Diese unterscheidet sich aber von der individuellen Prävention dadurch, dass die Zielgruppen nach ihrer Zugehörigkeit zum Setting ausgewählt und dort auch aufgesucht werden. Daraus resultieren vergleichsweise gute Voraussetzungen für die Erreichbarkeit der Zielgruppen, für die Anregung von Kommunikation und sozialer Unterstützung in der Zielgruppe und (damit) für die Nachhaltigkeit von verhaltensmodifizierenden Präventionsprogrammen. Gesundheitsförderung im Setting kann auch – meist flankierend oder zur Erleichterung von Verhaltensmodifikationen – mit Veränderungen im Setting selbst verbunden sein, und insofern auch Elemente der Verhältnisprävention, d.h. der Entwicklung zum gesundheitsförderlichen Setting (s.u.) beinhalten. Dies trifft auch auf zahlreiche Projekte der „peer education“ zu [32], die aus dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen sozial gleich Gestellten gesundheitlichen Nutzen zu ziehen versuchen. Die Wirkung dieser Art Prävention im Setting auf Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen ist unklar. Bei einer Evaluation der Prävention von Tabakrauchen in der Schule nach diesem Ansatz („Be smart – don't start“) waren (eher schwache und nur vorübergehende) Wirkungen am stärksten in Gesamtschulen sowie auch (etwas schwächer) in Gymnasien, nicht aber bei Hauptschülern feststellbar [33]. Dies verweist auf das „Präventionsdilemma“ [34]. Danach wirken gleiche Interventionen bei Schüler/innen aus höheren Sozial-

schichten (und damit häufiger auch mit höheren einschlägigen Kompetenzen) stärker als bei Schüler/innen mit diesbezüglich schlechteren Voraussetzungen. Im Ergebnis kann der „Erfolg“ solcher Interventionen, die dieses Dilemma nicht bewältigen, zu einer Vergrößerung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen führen. „Einfache“, d.h. auf Information und Beratung beruhende Interventionen im Setting können auch „Türöffner“ für das Setting sein, durch die – gewissermaßen als Einstieg bzw. Anbahnung – die Akzeptanz für Interventionen zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings (s.u.) verbessert werden. Häufig genug wird allerdings das „Anbahnungs-Argument“ verwendet, um den Verzicht auf die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings zu legitimieren.

### Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings

Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung im Setting stehen bei der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings die Partizipation und der Prozess der Organisationsentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt [28]. Der Kerngedanke besteht darin, durch ermutigende, ermöglichende, initiiierende und begleitende Intervention Prozesse im Setting auszulösen, mit denen dessen Akteure dieses tatsächlich nach ihren Bedürfnissen mitgestalten und diesen Einfluss auch subjektiv erleben (*empowerment*). Es handelt sich also um systemische Interventionen [35]. Projekte der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings sind gleichsam soziale Reformbewegungen für das jeweilige Setting, die allerdings von außen und damit „synthetisch“ induziert werden. Auch in solchen Setting-Projekten sind Angebote zur Unterstützung von Verhaltensmodifikationen häufig anzutreffen. Der grundsätzliche Unterschied zu ähnlichen Verhaltensinterventionen beim Ansatz „Gesundheitsförderung im Setting“ besteht darin, dass solche Interventionen im Rahmen eines partizipativ gestalteten Prozesses der organisatorischen, sozialklimatischen etc. Veränderung des Settings von den Nutzern des Settings selbst identifiziert, angefordert und meist auch (mit-)gestaltet werden. Sie flankieren dann die partizipative Organisationsentwicklung bzw. sind ein

Bestandteil von ihr. Es ist zum Beispiel hoch plausibel, dass eine Schulung von betrieblichen Managern in menschengerechter Führung [36] dann eine wesentlich größere Wirkung auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Beschäftigten ausübt, wenn sie im Ergebnis einer von den Beschäftigten selbst vorgenommenen Problemanalyse und eines darauf gegründeten Vorschlags zustande kommt, als wenn sie ohne einen solchen Vorlauf von der Geschäftsleitung „verordnet“ wurde. Analoges gilt auch für Gesundheitskurse z.B. im Stressmanagement, aber auch für betriebliche Kampagnen zum „rauchfreien Betrieb“.

Im (idealen) Ergebnis soll ein gesundheitsförderliches Setting den Prozess der Organisationsentwicklung derart verstetigen, dass die dezentralen Erneuerungsprozesse durch die verschiedenen Bereiche des Settings (z.B. die Abteilungen eines Betriebes) wandern bzw. rotieren. Das Setting „erfindet sich“ in partizipativ gestalteten Diskursen auf diese Weise kontinuierlich stückweise neu. Im Ergebnis sollen die Nutzer bzw. Akteure des Settings das sich auf reale Veränderungen in der physischen und sozialen Umwelt gründende Gefühl haben, in einer Umwelt zu leben, die sie selbst nach ihren Bedürfnissen mitgestaltet haben. Die formellen und informellen, die materiellen wie die immateriellen Anreize und Sanktionen sollen eine Steigerung der Aktivierung, der sozialen Unterstützung, des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit bewirken und zu einem Abbau von physischen und psychosozial vermittelten Gesundheitsbelastungen führen.

Auf diese Weise sollen Veränderungen bewirkt werden, die gut sind für Wohlbefinden und Gesundheit der Nutzer. Bei solchen Interventionen bleibt die enge Kopplung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention nicht nur Programm. Da sich die Intervention auf das gesamte Setting bezieht, wird eine Diskriminierung von Zielgruppen vermieden. Auch erleichtert dieser Ansatz hierarchie- und gruppenübergreifende Kooperation und Kommunikation. Darüber hinaus erfüllt das Setting besser als alle bekannten Ansätze der Verhaltensprävention die Voraussetzungen für das Lernen bei geringer formaler

Bildung: Informationen und Aktivitäten knüpfen am Alltag und an den vorhandenen Ressourcen an, gemeinsam werden eigene Vorstellungen zum Belastungsabbau und zur Ressourcenmehrung entwickelt und in einem gemeinsamen Lernprozess so weit wie möglich umgesetzt [37, 38]. Zudem scheinen gesundheitliche Erfolge bei Setting-Interventionen auch zumindest über mehrere Jahre relativ stabil bleiben zu können [39]. Einen Überblick über die aktuelle Entwicklung konkreter Projekte zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings (*good practice*) gibt die Schriftenreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) [40].

### Politische und wissenschaftliche Perspektiven

Primärprävention und Gesundheitsförderung spielen trotz überzeugender Argumente für die Notwendigkeit und starker Evidenz für die Wirksamkeit in der deutschen Gesundheitspolitik eine nach wie vor beklagenswert geringe Rolle – vor allem mit Blick auf die große und wachsende sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen. Es passiert nach wie vor viel zu wenig, das wenige, was gemacht wird, ist meistens wissenschaftlich überholte Verhaltensprävention mit viel Gesundheitsförderungsrhetorik und wenig Nachhaltigkeit. Und auch bei der Prävention in Lebenswelten überwiegt der Typus „Primärprävention im Setting“ bei Weitem den Typus „Entwicklung eines gesundheitsför-

derlichen Settings“, bei dem auch die Strukturen im Setting durch partizipativ entschiedene Aktionen der Nutzer/innen verändert werden können [25, Bd. I, Kap. 3.3].

Die Gründe für diese „Fehlleitung von Ressourcen“ [41] lassen sich im „Darwinschen Gesetz der Prävention“ [42] zusammenfassen: Danach überleben in der (professionellen, wirtschaftlichen, politischen) Konkurrenz um Realisierung nicht jene Konzepte und Methoden der Krankheitsverhütung, mit denen die größte gesundheitliche Wirkung zu erzielen ist, sondern jene, die am ehesten den wirtschaftlichen, politischen und sozialen Bedürfnissen derer entsprechen, die darüber zu entscheiden haben. Innovative und aufwendige Ansätze der nicht-medizinischen Prävention haben meist nur dann eine Chance, wenn sich das Thema Gesundheit mit einem anderen, politisch stärkeren Thema verbindet, bei Aids etwa in der unmittelbaren Kopplung Gesundheit – Bürgerrechte, bei be-

trieblicher Gesundheitsförderung ist es die Themenverbindung Gesundheit – Produktivität/Gewinn [14]. Von einer Situation, in der die bevölkerungsbezogene Gesunderhaltung selbst und insbesondere die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen als eigenständiges und prioritäres Politikziel nicht nur benannt, sondern auch verfolgt wird, sind wir noch sehr weit entfernt, auch wenn ein Gesetz dazu als wichtiger Schritt zu begreifen ist [43].

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock ...



... Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler. Von 1988 bis 2012 Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); Mitglied u.a. in der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer und von 1999–2009 im Sachverständigenrat der Bundesregierung für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G). Ehrenamtlicher Vorsitzende des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes; Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAG FW).

Foto: Der Paritätische Gesamtverband

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock  
 Paritätischer Gesamtverband  
 Oranienburger Straße 13–14  
 10178 Berlin  
 vorsitzender@paritaet.org  
 Tel.: 030 24636307

### Literatur

- Rosenbrock R. Das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention. Ein Regelungsversuch. *Prävent Gesundheitsförd* 2006; 1: 6–11
- Geene R. Etappenziel fast erreicht. *Dr. med. Mabuse* 2015; 213: 16f
- Rosenbrock R. Zumindest die Richtung stimmt. *Dr. med. Mabuse* 2015; 213: 17f
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos, 2002
- WHO Regional Office for Europe. The solid facts. Social determinants of health. 2nd edition. Kopenhagen, 2003
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation. Health Equity through action in the social determinants of health. WHO. Geneva, 2008
- Rosenbrock R, Michel C. Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2007
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2005, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Bd. I: Kooperative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention. Stuttgart: Kohlhammer, 2006
- Winkelhake O, Thormeier K, Miegel U. Die personelle Verteilung von Gesundheitsausgaben 1998/99. *Sozialer Fortschritt* 2002; 51: 58–68
- Kroll L E, Lampert T, Lange C, Ziese T. Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung. WZB Discussion Paper SP I 2008–306. Berlin: WZB, 2008

11. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Lebenslagen in Deutschland. Der 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: BMAS, 2013
12. Wilkinson R, Pickett K. The Spirit Level. Why equality is better for everyone. London: Penguin, 2010
13. Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, Williams DR, Mero RP, Chen J. Socioeconomic factors, health behaviors: results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA* 1998; 21: 1703–1708
14. Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 2014
15. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Band II: Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung, Primärprävention in vulnerablen Gruppen. Baden-Baden: Nomos, 2008
16. Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg.). Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber Verlag, 2012
17. Smedley BD, Syme SL. Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 2001
18. Rosenbrock R. Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention. *ZfEv* 2004; 1: 71–80
19. Rosenbrock R, Schmidt AJ. Aids – neue Herausforderungen für soziale und medizinische Prävention. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2012; 4: 535–42
20. Lenhardt U. Bewertung und Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. *Z Gesundh Wiss* 2003; 1: 18–37
21. Sochert R. Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag, 1998
22. Beck D. Zeitgemäße Gesundheitspolitik in Kleinst- und Kleinbetrieben. Hemmende und fördernde Bedingungen. Berlin: edition sigma, 2011
23. Bertelsmann-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg) Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2004
24. Barnett WS. Effectiveness of early educational intervention. *Science* 2011; 6045: 975–978
25. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), Gutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Baden-Baden: Nomos, 2010
26. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass 1987
27. Udriș I, Rimann M. Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In: Wydler H, Kolip P, Abel T. (Hrsg.) Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim: Juventa Verlag, 2000: 129–148
28. Grossmann R, Scala K. Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement, Weinheim und München: Juventa Verlag, 1994
29. Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, 2012
30. Wright M T (Hrsg.) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber Verlag, 2010
31. Geene R, Lehmann F, Höppner C, Rosenbrock R. Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen. In: Geene R, Höppner C, Lehmann F (Hrsg.) Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 2013: 19–67
32. Nörber M (Hrsg.) Peer Education. Bildung und Erziehung von Gleichaltrigen durch Gleichaltrige. Weinheim: Beltz Verlag, 2003
33. Wiborg G, Hanewinkel R, Kliche K O. Verhütung des Einstiegs in das Rauchen durch die Kampagne ‚Be smart – don’t start‘: eine Analyse nach Schularten. *Dtsch Med Wochenschr* 2002; 9: 430–436
34. Bauer U. Das Präventionsdilemma. Schulische Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005
35. Hafen M. Grundlagen der systemischen Prävention. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2007
36. Geißler H, Bökenheide T, Geißler-Gruber B, Rininsland G, Schlünkes H. Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung. Von der Fehlzeitenverwaltung zum Produktivitätsmanagement. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2003
37. Freire P. Pedagogy of the Oppressed. New York, London: Continuum Publishing, 1970
38. Baric L, Conrad G. Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit. Gamburg: Verlag für Gesundheit, 2000
39. Minkler M (Hrsg.) Community Organizing and Community Building for Health. New Brunswick: Rutgers University Press, 1997
40. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 5., erweiterte Auflage. Köln: BZgA, 2011
41. McKeown T. Die Bedeutung der Medizin für die Gesundheit. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1982
42. Kühn H. Healthismus, Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A. Berlin: edition sigma, 1993
43. Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Bundesratsdrucksache 640/14 vom 29.12.2014