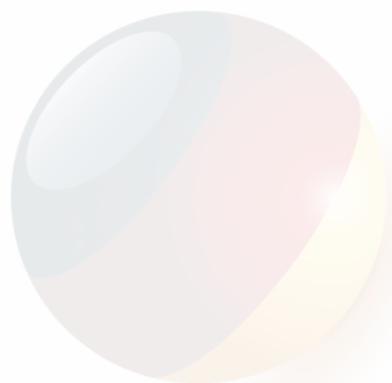




## Studienbrief

# Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten



---

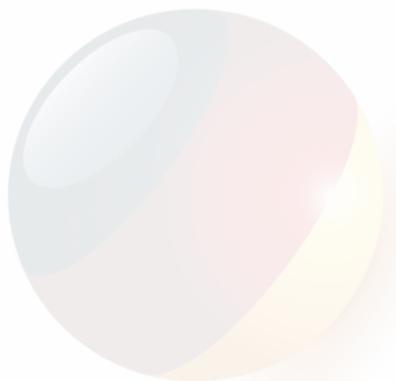
# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	3
Inhaltsverzeichnis.....	5
Ergänzende Hinweise zum Studienbrief.....	9
Übergeordnete Lernziele des Studienmoduls.....	10
<b>1 Vom individuellen Ansatz zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Einordnung.....</b>	<b>15</b>
2.1 Gesundheitswissenschaften/Public Health .....	16
2.2 Gesundheitspolitischer Kontext der Gesundheitsförderung auf internationaler Ebene.....	19
2.2.1 Globalstrategie der WHO „Gesundheit für alle 2000“ .....	19
2.2.2 Ottawa Charta der Gesundheitsförderung.....	20
2.2.3 „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region .....	21
2.2.4 „Gesundheit 2020“ – Rahmenkonzept der Europäischen Union für das 21. Jahrhundert ...	23
2.3 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention .....	26
2.3.1 Der Setting-Ansatz im Präventionsgesetz .....	26
2.3.2 Nationale Präventionsstrategie .....	28
2.3.3 Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz .....	30
2.3.4 Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie.....	34
2.3.5 Potenziale und Grenzen des Präventionsgesetzes.....	35
2.4 Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) .....	36
2.5 Schlussfolgerungen für die Praxis der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung .....	39
<b>3 Der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung und Prävention. ....</b>	<b>43</b>
3.1 Einfluss der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen auf die Gesundheit.....	44
3.1.1 Soziale Lage und gesundheitliche Ungleichheit .....	46
3.1.2 Bildung und Gesundheit .....	49
3.1.3 Migration und Gesundheit .....	51
3.1.4 Wohnsituation und Wohnumgebung.....	53
3.2 Grundlagen des Setting-Ansatzes.....	54
3.2.1 Begriffsdefinition „Setting der Gesundheitsförderung“ .....	55
3.2.2 Eingrenzung von Settings der Gesundheitsförderung .....	58
3.2.3 Wirkungstheorien der Gesundheitsförderung in Settings .....	58
3.2.4 Methodische Kernelemente des Setting-Ansatzes .....	61
3.2.5 Praxis des Setting-Ansatzes .....	62
3.2.6 Wirksamkeit des Setting-Ansatzes .....	64
3.2.7 Der Setting-Ansatz nach §20 SGB V.....	67
3.3 Lebensphasenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention in Settings .....	71
3.3.1 Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter .	71
3.3.2 Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Erwerbsalter .....	72
3.3.3 Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Alter .....	74
3.4 Handlungspotenziale für die Gesundheitsmanagerin und den Gesundheitsmanager .....	75

<b>4</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kindertageseinrichtung</b>	<b>79</b>
4.1	Bedeutung von Kindertageseinrichtungen als Settings der Gesundheitsförderung und Prävention	80
4.1.1	Zentrale Gesundheitsprobleme von Vorschulkindern	82
4.1.1.1	Unfälle	83
4.1.1.2	Bewegungsmangel im Vorschulalter	83
4.1.1.3	Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter	84
4.1.1.4	Psychosoziale Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen im Vorschulalter	85
4.1.2	Gesundheitsrelevantes Verhalten von Vorschulkindern	87
4.1.2.1	Bewegungsverhalten von Vorschulkindern	88
4.1.2.2	Ernährungssituation von Vorschulkindern	91
4.1.2.3	Medienkonsum von Vorschulkindern	97
4.1.3	Einfluss von Kindertageseinrichtungen auf die Gesundheit von Vorschulkindern	99
4.1.4	Gesundheits- und Arbeitssituation von Erzieherinnen und Erziehern	101
4.1.5	Einbezug der Eltern	106
4.1.6	Herausforderungen und Defizite der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen	107
4.2	Gesundheitsförderungsprozess in Kindertageseinrichtungen nach § 20 SGB V	110
4.2.1	Ziele der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen nach § 20 SGB V	111
4.2.2	Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen nach § 20 SGB V	112
4.2.3	Spezielle Förderkriterien für Leistungen in Kindertageseinrichtungen nach § 20 SGB V	112
4.3	Konzepte der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen	113
4.3.1	Handlungsansätze für die Gesundheitsmanagerin und den Gesundheitsmanager	113
4.3.2	Modellprojekt „Bewegungsfreundlicher Kindergarten“	115
4.3.2.1	Ausgangssituation und Projektziel	115
4.3.2.2	Rückenschule für Kinder	116
4.3.2.3	Anpassung der Bewegungsverhältnisse	120
4.4	Organisationsentwicklung zur gesunden Kindertageseinrichtung	124
<b>5</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule</b>	<b>131</b>
5.1	Bedeutung von Schulen als Settings der Gesundheitsförderung und Prävention	132
5.1.1	Zentrale Gesundheitsprobleme von Schulkindern und Jugendlichen	133
5.1.1.1	Unfälle bei Schulkindern und Jugendlichen	133
5.1.1.2	Bewegungsmangel im Setting Schule	134
5.1.1.3	Übergewicht und Adipositas bei Schulkindern und Jugendlichen	137
5.1.1.4	Psychosoziale Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen bei Schulkindern und Jugendlichen	138
5.1.2	Gesundheitsverhalten von Schulkindern und Jugendlichen	141
5.1.2.1	Bewegungsverhalten von Schulkindern und Jugendlichen	141
5.1.2.2	Ernährungssituation von Schulkindern und Jugendlichen	144
5.1.2.3	Freizeitverhalten und Medienkonsum von Schulkindern und Jugendlichen	150
5.1.2.4	Gesundheitliches Risikoverhalten von Schulkindern und Jugendlichen	155
5.1.3	Einfluss von Schulen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	161
5.1.4	Gesundheits- und Arbeitssituation von Lehrerinnen und Lehrern	163
5.1.5	Herausforderungen und Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen	166
5.2	Gesundheitsförderungsprozess in Schulen nach § 20 SGB V	170
5.2.1	Ziele der Gesundheitsförderung in Schulen nach § 20 SGB V	170
5.2.2	Umsetzung der Gesundheitsförderung in Schulen nach § 20 SGB V	171
5.2.3	Spezielle Förderkriterien für Leistungen in Schulen nach § 20 SGB V	171
5.3	Konzepte der Gesundheitsförderung in Schulen	172
5.3.1	Handlungsansätze für die Gesundheitsmanagerin und den Gesundheitsmanager	172
5.3.2	Modellprojekt „fit für pisa“ – Umsetzung und Effekte des täglichen Sportunterrichts	174
5.3.2.1	Ausgangssituation und Projektziele von „fit für pisa“	174

5.3.2.2	Projektaufbau und -umsetzung von „fit für pisa“ .....	175
5.3.2.3	Wirksamkeit von „fit für pisa“ .....	176
5.3.3	Programm „Klasse 2000“ – Stark und gesund in der Grundschule.....	177
5.3.4	Projekt „Clever in Sonne und Schatten“ .....	178
<b>5.4</b>	<b>Organisationsentwicklung zur gesundheitsfördernden Schule .....</b>	<b>180</b>
<b>6</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Betrieb .....</b>	<b>186</b>
<b>6.1</b>	<b>Bedeutung von Betrieben als Settings der Gesundheitsförderung und Prävention.....</b>	<b>187</b>
6.1.1	Wandel der Arbeitswelt.....	187
6.1.2	Arbeits- und Gesundheitssituation der erwerbstätigen Bevölkerung .....	188
6.1.2.1	Fehlzeiten am Arbeitsplatz .....	188
6.1.2.2	Arbeitsbedingte körperliche Belastungen und gesundheitliche Auswirkungen.....	192
6.1.2.3	Arbeitsbedingte psychische Belastungen und gesundheitliche Auswirkungen.....	194
6.1.3	Herausforderungen und Defizite der Gesundheitsförderung in Betrieben.....	198
<b>6.2</b>	<b>Der Betriebliche Gesundheitsförderungsprozess nach § 20 SGB V.....</b>	<b>204</b>
6.2.1	Leistungsarten und Förderkriterien .....	205
6.2.2	Handlungsfelder und Präventionsprinzipien.....	206
<b>6.3</b>	<b>Konzepte der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb .....</b>	<b>208</b>
6.3.1	Handlungsansätze für die Gesundheitsmanagerin und den Gesundheitsmanager .....	208
6.3.2	Konzept zur Prävention von Muskel-Skeletterkrankungen in der Arbeitswelt.....	209
6.3.2.1	„DHfPG-Programm MSE“ Ausgangssituation .....	210
6.3.2.2	„DHfPG-Programm MSE“ Ziele und Zielgruppen .....	210
6.3.2.3	„DHfPG-Programm MSE“ Aufbau und Ablauf .....	210
6.3.3	Konzept zur Förderung der psychosozialen Gesundheit im Betrieb.....	214
6.3.3.1	Ausgangssituation.....	215
6.3.3.2	Ziele und Zielgruppen .....	215
6.3.3.3	Aufbau und Ablauf.....	216
<b>6.4</b>	<b>Betriebliches Gesundheitsmanagement – Organisationsentwicklung zu gesunden Betrieben ...</b>	<b>218</b>
6.4.1	BGM als Managementansatz.....	219
6.4.2	Prozessmodell zur Umsetzung von BGM .....	221
6.4.3	Modellprojekt „Phoenix Contact“ .....	225
<b>7</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention älterer Menschen im Setting Kommune</b>	<b>234</b>
<b>7.1</b>	<b>Bedeutung der kommunalen Ebene für die Gesundheit älterer Menschen .....</b>	<b>235</b>
7.1.1	Prozess des Altwerdens .....	236
7.1.2	Zentrale Gesundheitsprobleme im Alter .....	237
7.1.2.1	Altersphysiologische Veränderungen.....	237
7.1.2.2	Körperliche Erkrankungen und Präventionspotenziale im Alter.....	238
7.1.2.3	Psychische Erkrankungen und Präventionspotenziale im Alter .....	242
7.1.2.4	Lebenssituation und soziale Gesundheit im Alter .....	244
7.1.3	Gesundheitsbeeinflussende Faktoren im Alter .....	245
7.1.3.1	Stellenwert von Gesundheit im Alter .....	245
7.1.3.2	Lebensstil und Gesundheitsverhalten im Alter .....	246
7.1.3.3	Soziale Lage, Sozialbeziehungen und weitere Umweltfaktoren .....	250
7.1.4	Herausforderungen und Defizite der Gesundheitsförderung älterer Menschen auf kommunaler Ebene .....	251
<b>7.2</b>	<b>Gesundheitsförderungsprozess in Kommunen nach § 20 SGB V .....</b>	<b>253</b>
7.2.1	Ziele der Gesundheitsförderung in Kommunen nach § 20 SGB V .....	254
7.2.2	Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kommunen nach § 20 SGB V .....	254
7.2.3	Spezielle Förderkriterien für Gesundheitsförderung in Kommunen nach § 20 SGB V .....	255
<b>7.3</b>	<b>Kommunale Gesundheitsförderung für ältere/alte Menschen .....</b>	<b>255</b>
7.3.1	Handlungsansätze für die Gesundheitsmanagerin und den Gesundheitsmanager .....	255
7.3.2	Modellprojekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ .....	256

7.3.2.1	Ausgangssituation und Projektziele von „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ .....	257
7.3.2.2	Aufbau und Umsetzung von „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ .....	258
7.3.2.3	Wirksamkeit von „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ .....	259
7.4	Strategische Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene – Das „Gesunde Städte- Netzwerk“ .....	260
8	Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen .....	265
8.1	Bedeutung von Pflegeeinrichtungen als Settings der Gesundheitsförderung und Prävention ....	266
8.2	Der Gesundheitsförderungsprozess nach § 5 SGB XI .....	266
8.2.1	Ziele der Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB V.....	266
8.2.2	Umsetzung der Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB V .....	268
8.2.3	Umsetzungs- und Ausschlusskriterien .....	268
8.3	Konzepte der Gesundheitsförderung im Setting Pflegeeinrichtung .....	269
8.3.1	Handlungsansätze für die Gesundheitsmanagerin und den Gesundheitsmanager .....	269
8.3.2	Forschungsprojekt „QualiPEP“ .....	271
8.3.3	Lübecker Modell Bewegungswelten .....	271
8.4	Organisationsentwicklung zur gesundheitsfördernden Pflegeeinrichtung .....	273
9	Gesundheitsfördernde Lebenswelten – Ein Fazit .....	276
	Nachwort .....	277
	Anhang .....	279
	Lösungen und Kommentare zu den Übungen, Glossar und Literatur des Studienbriefs in ILIAS .....	279
	Prüfungsleistung .....	279
	Tabellenverzeichnis .....	280
	Abbildungsverzeichnis .....	281



# 1 Vom individuellen Ansatz zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

---



## Lernziele

---

### Nach der Bearbeitung des Kapitels . . .

- erkennen Sie die Grenzen der individuellen Gesundheitsförderung und können die Potenziale lebensweltbezogener Interventionen grundlegend einschätzen,
  - kennen Sie die Ottawa-Charta als Grundlagendokument der Gesundheitsförderung,
  - haben Sie einen Überblick über den Aufbau und die grundlegenden Zielintentionen des Studienbriefes.
- 

Einerseits ermöglicht unser hoch technisiertes und modernes Gesundheitssystem, dass sich die Lebensspanne der Menschen stetig verlängert. Andererseits ist dieses ohne Zweifel äußerst leistungsfähige System nicht in der Lage, die Zunahme der Zivilisationskrankheiten (z. B. Diabetes mellitus, Adipositas oder auch die chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates) zu verhindern. Eine wirksame Vorbeugung dieser Krankheiten ist bisher keineswegs gelungen.

Die Gesundheit eines Menschen unterliegt vielfältigen Einfluss- und Risikofaktoren. So haben das persönliche Verhalten, aber auch die genetischen Anlagen einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit einer Person. Gesundheitliche Unterschiede werden aber auch durch die Umwelt- und Lebensbedingungen wie auch durch die ökonomischen und politischen Verhältnisse einer Gesellschaft geprägt. In den Industrienationen haben sich die Lebens- und Arbeitsbedingungen grundlegend geändert. Die zunehmende Technisierung der Arbeitswelt und die Reduktion der Arbeitszeit haben dazu geführt, dass der Anteil der körperlichen Arbeit auf ein Minimum gesunken ist. Die Kehrseite der vordergründigen Mobilität der modernen Gesellschaft ist eine extrem verminderte körperliche Aktivität, welche in vielerlei Hinsicht die Gefahr gesundheitlicher Beeinträchtigungen für unseren Organismus birgt. Die zunehmende Inaktivität sowie die durch Überfluss geprägte Nahrungssituation und damit in Verbindung stehend die zunehmende Verbreitung von Übergewicht und Adipositas stellen über die gesamte Lebensspanne hinweg zentrale Gesundheitsrisiken innerhalb der Bevölkerung dar (Bouchard, Blair & Haskell, 2012).

Es ist offensichtlich, dass an der weiten Verbreitung der ernährungs- und lebensstilbedingten gesundheitlichen Einschränkungen und Erkrankungen der Mensch selbst Schuld trägt und vorbeugende Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung zwingend erforderlich sind (Naidoo & Wills, 2019).

Im Grunde genommen stellt diese Erkenntnis nichts Neues dar. Seit vielen Jahren wird über unzählige Konzepte und Maßnahmen versucht, das individuelle Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen. Der Erfolg der primär auf das persönliche Verhalten ausgerichteten Maßnahmen nach dem Motto: „Ernähre dich gesund und bewege dich regelmäßig“ ist jedoch als unzureichend zu bezeichnen. Entsprechende Konzepte der individuellen Gesundheitsförderung erreichen zumeist nicht diejenigen Personen, die eigentlich den größten Bedarf haben. Noch immer ist ein risikobehafteter Lebensstil in der Gesellschaft weit verbreitet und nur ein Bruchteil der Bevölkerung erfüllt zum Beispiel die aktuellen Empfehlungen für gesundheitswirksame körperliche Aktivität (Robert Koch-Institut [RKI], 2015).

Zudem zeigt die Datenlage, dass eine defizitäre Gesundheit und soziale Ungleichheit eng miteinander verbunden sind. Personen mit einer niedrigeren Bildung, geringerem Einkommen, einem niedrigeren beruflichen Status und insgesamt ungünstigeren Lebensbedingungen weisen häufig einen schlechteren Gesundheitszustand auf und zeigen öfter gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (RKI, 2015). Gerade diese Personengruppen sind meist nicht in der Lage, ihr Verhalten aus eigenem Antrieb heraus zu verändern und nehmen Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung nicht in Anspruch. Es stellt sich daher die Frage, welche Maßnahmen und Strategien zu ergreifen sind, um den Kampf gegen die vermeidbaren Zivilisationskrankheiten gerade auch für diese Zielgruppen bewusster und effektiver führen zu können.

In diesem Zusammenhang kommt der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten eine besondere Bedeutung zu. Gemäß der „*Ottawa-Charter for Health Promotion*“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) muss „Gesundheit von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt werden, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (World Health Organization [WHO], 1986).



### Übung 1.1

Recherchieren Sie die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO und setzen Sie sich inhaltlich damit auseinander.

Diese Umwelten, in denen Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen und einen großen Teil ihrer Zeit verbringen, werden in der Gesundheitsförderung als Settings bezeichnet. Die Zugehörigkeit zu diesen Settings über die Lebensspanne hinweg gestaltet sich wie folgt: im Kindes- und Jugendalter sind es die Settings Familie, Kindergarten und Schule, im Erwerbsalter das Setting Betrieb und bei alten und sehr alten Menschen ist das unmittelbare Lebensumfeld bzw. der Stadtteil oder die Kommune von besonderer Bedeutung.

Die in diesen Settings vorherrschenden Spiel-, Lern-, Arbeits- und Lebensbedingungen haben einen maßgeblichen Einfluss auf die gesundheitliche Situation jedes einzelnen Setting-Mitgliedes und prägen gesundheitsbezogene Werte, Verhaltensweisen und Einstellungen. Der Setting-Ansatz fokussiert auf die in diesen Lebenswelten vorherr-

### 3 Der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung und Prävention

---



#### Lernziele

---

##### Nach der Bearbeitung des Kapitels . . .

- können Sie die Bedeutung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen als Einflussfaktoren auf die Gesundheit einordnen und Konsequenzen für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung ableiten,
  - können Sie den Begriff „Setting der Gesundheitsförderung“ definieren und zwischen der Gesundheitsförderung in einem Setting und der Entwicklung zu einem gesundheitsfördernden Setting unterscheiden,
  - können Sie die Wirkungstheorien und methodischen Kernelemente des Setting-Ansatzes beschreiben,
  - können Sie die Praxis des Setting-Ansatzes mit den dazugehörigen Netzwerken und den verschiedenen Erscheinungsformen beurteilen,
  - können Sie den Status quo der Wirksamkeit settingbezogener Gesundheitsförderung diskutieren und für die eigene Tätigkeit einordnen,
  - haben Sie einen Überblick über das Grundverständnis und den Gesundheitsförderungsprozess des Setting-Ansatzes nach § 20 SGB V,
  - können Sie Potenziale des Setting-Ansatzes für die praktische Arbeit als Gesundheitsmanagerin und Gesundheitsmanager schlussfolgern.
- 

Dem Setting-Ansatz wird in der Gesundheitsförderung eine Schlüsselfunktion bei der Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta zugeschrieben. Diese definiert Gesundheitsförderung als ein Programm sozialer Veränderung, das die Weiterentwicklung von gesellschaftlichen Institutionen und Organisationen ebenso umfasst wie die Entwicklung persönlicher Kompetenzen (Grossmann & Scala, 2006, S. 9; Schneider, 2017, S. 230).

Die individuelle Gesundheit ist maßgeblich beeinflusst von der Wechselwirkung eines Individuums und seiner sozialräumlichen Umwelt. In seinen unmittelbaren Lebensbezügen (z. B. Familie, Wohnumgebung, Arbeitsplatz) findet der Mensch einerseits seine wichtigsten Unterstützungsressourcen, erlebt andererseits mitunter aber auch gesundheitsnegative Belastungen (Trojan, 2009). Die in diesen Sozialräumen wirkenden Belastungsfaktoren sind oft sehr komplex und über das individuelle Verhalten alleine nur sehr bedingt zu beeinflussen.



### Beispiel

In einem Unternehmen können psychische Gesundheitsstörungen zum Beispiel durch die Art der Arbeitsorganisation bedingt sein. Wird jetzt als alleinige Problemlösungsstrategie vorgeschlagen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zuhause Entspannungsübungen durchführen, mag das zwar bei einzelnen Personen gewisse Symptome lindern, die Ursache, warum der betreffende Betrieb mit hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund psychischer Probleme zu kämpfen hat, bleibt jedoch unverändert. In diesem Fall muss es das Ziel sein, die Probleme der Arbeitsorganisation zunächst zu analysieren und anschließend so zu verändern, dass die psychische Belastungsgefährdung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirksam reduziert wird.

An dieser Stelle setzt der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung an. Strategien der Gesundheitsförderung sollen auf die Lebensbereiche, Systeme und Organisationen (wie Städte und Gemeinden, Kindertageseinrichtungen und Schulen, Betriebe etc.) ausgerichtet werden, in denen Menschen einen großen Teil ihres Alltags verbringen und die mit ihrem sozialen Gefüge und mit ihrer Organisationsstruktur und -kultur die Gesundheit des einzelnen Menschen und ganzer Gruppen sowohl zum Positiven als auch zum Negativen beeinflussen können (Kaba-Schönstein, 2011a; Schneider, 2017, S. 230). Ziel ist es, alle Sozialräume, in denen sich unser tägliches Leben abspielt, gesundheitsförderlich zu entwickeln. Hierzu ist es zunächst erforderlich, die aus der Sozialepidemiologie bekannten Einflüsse der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen auf die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit zu kennen und zu analysieren. Es bedarf der Klärung, was unter einem „Setting der Gesundheitsförderung“ genau zu verstehen ist, wie ein Setting zum Zwecke der Intervention eingegrenzt werden kann, wie Gesundheitsförderung in diesen Settings konkret realisiert werden kann und welche Wirkungen damit zu erzielen sind. Im folgenden Kapitel soll daher das gesundheitswissenschaftliche Konzept der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung mit den methodischen Kernelementen und Umsetzungsstrategien näher präzisiert werden.

### 3.1 Einfluss der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen auf die Gesundheit

Um die Einflussfaktoren und -ebenen der Gesundheit zu veranschaulichen, wurde das Modell von Dahlgren und Whitehead (1991, 2007) in den Studienmodulen „*Gesundheitssystem und Prävention*“ sowie „*Konzepte und Strategien der Individuellen Gesundheitsförderung*“ bereits eingeführt (vgl. Abb. 6). Im Folgenden soll dieses in Bezug zum Setting-Ansatz noch einmal vertiefend erläutert werden.

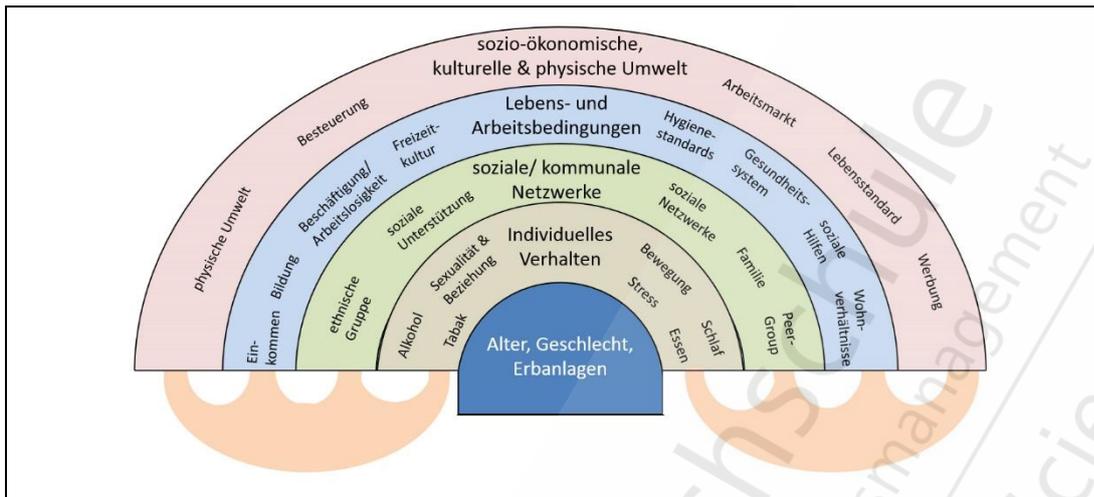


Abb. 4: Einflussfaktoren und -ebenen der Gesundheit (modifiziert nach Dahlgren & Whitehead, 2007, S. 11)

Der innere Kreis bezieht sich auf individuelle *genetische und biologische Faktoren* (Alter, Geschlecht und Erbanlagen), die als Determinanten für die Entwicklung von Krankheiten angesehen werden können. Genetische Faktoren sind weitgehend unveränderbar und der begrenzte Raum für Interventionen liegt im Bereich der Medizin (Naidoo & Wills, 2019, S. 40). Schon vor längerer Zeit konnten Studien von Mc Keown und Lowe (1974) zeigen, dass rein medizinische Maßnahmen nur einen erstaunlich geringen Einfluss auf die Sterblichkeitsraten hatten. Bestimmte genetische Dispositionen (z. B. für die Entwicklung von Übergewicht) wie auch biologische Faktoren (z. B. altersbedingte Leistungs- und Funktionsminderungen), die Gesundheit und Wohlbefinden bestimmen, können allerdings über Faktoren der individuellen Lebensweise beeinflusst werden.

Entsprechend gilt es auf der *Ebene des individuellen Verhaltens*, den Lebensstil von Individuen über die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen sowie über die Bewusstseins- und Kompetenzbildung gesundheitsförderlich zu verändern. Gerade die traditionellen Ansätze der Gesundheitserziehung betonen die Notwendigkeit der individuellen Verhaltensänderung. Dabei sollen spezielle präventive Angebote Lernprozesse in Gang setzen, die auf eine Entwicklung persönlicher Motive und Kompetenzen für einen gesünderen Lebensstil abzielen. Die Erfahrungen zeigen aber, dass Strategien der individuellen Gesundheitsförderung ihre Veränderungspotenziale zumeist überschätzen, da der Gestaltungsspielraum im Alltag (z. B. typische Situation von Kindern im Schulalltag oder von Erwachsenen bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit), individuelle Entscheidungen treffen zu können, häufig nur sehr begrenzt ist (Pelikan, Demmer & Hurrelmann, 1993).

Der verhaltensbezogene Ansatz bildet bis heute eine zentrale Strategie bei vielen Präventionsmaßnahmen. Es lässt sich auch unbestritten, beispielsweise durch ein regelmäßiges Ausdauertraining, das Risiko, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu versterben, senken (Dickhuth & Schlicht, 1997). Eine Prävention, die lediglich an Risikofaktoren orientiert ist, verfehlt jedoch ihre Ziele oft nicht zuletzt deshalb, weil mit diesen Interventionen häufig nicht diejenigen Personen erreicht werden, die eigentlich den

höchsten Präventionsbedarf haben. Gesundheitsfördernde Aktivitäten sollten allerdings gerade auf solche Zielgruppen gerichtet werden, deren Lebenslage durch spezifische Gesundheitsgefährdungen und soziale Nachteile charakterisiert ist (RKI, 2006a).

Gerade in sozial benachteiligten Gruppen scheint der individuelle Ansatz wenig Erfolg versprechend. Die Betroffenen nehmen entsprechende Angebote aus eigenem Antrieb eher selten wahr und lassen sich somit über diesen Zugangsweg nur schwer erreichen. Hier ist eine Umorientierung hin zu Konzepten, die unmittelbar in den Lebensbereichen der Zielgruppen durchgeführt werden und die Menschen dort aktiv aufsuchen, erforderlich. Große Potenziale zur Verbesserung der Gesundheit sind daher in den Bereichen der physischen und sozialen Umwelt zu suchen. Einflussebenen der Gesundheit, die verändert werden können, sind in diesem Zusammenhang (Naidoo & Wills, 2019, S. 55–85):

- die zur Verfügung stehenden *sozialen und kommunalen Netzwerke*, d. h. die Unterstützung und Beeinflussung des sozialen Umfeldes des Einzelnen, welches der Gesundheit förderlich oder hinderlich sein kann;
- die *Lebens- und Arbeitsbedingungen* der Menschen und deren Zugang zu unterstützenden Gesundheitseinrichtungen und sozialen Diensten;
- die allgemeinen Bedingungen der *sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt*, wie z. B. der Lebensstandard und der Arbeitsmarkt.

Die im Modell nach Dahlgren und Whitehead (1991, 2007) dargestellten verschiedenen Ebenen stehen in einem engen Zusammenhang zueinander, bedingen sich wechselseitig und beeinflussen die Gesundheitsentwicklung jedes einzelnen Menschen. Innerhalb einer Gesellschaft unterscheiden sich das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitssituation der Menschen entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen (Naidoo & Wills, 2019, S. 61).

Die soziale Lage und Herkunft, die Bildungsbeteiligung, die ethnische Gruppenzugehörigkeit sowie die Wohn- und Lebenssituation fallen dabei als gesundheitsrelevante Aspekte besonders ins Gewicht und sollen im Folgenden kurz erläutert werden. Die Gesundheitssituation und das Gesundheitsverhalten des Einzelnen, sind somit immer auch im Kontext seines sozialen Umfeldes zu sehen und zu bewerten (Naidoo & Wills, 2019, S. 67).

### 3.1.1 Soziale Lage und gesundheitliche Ungleichheit

Die vorherrschende soziale Lage beeinflusst in entscheidender Art und Weise die Chancen, gesund aufzuwachsen und auch in späteren Jahren eine gute Gesundheit zu erhalten. Bereits von Geburt an können sich Gesundheitsbelastungen summieren und eine gesunde Entwicklung negativ beeinflussen (RKI, 2015, S. 152–154). Dieser in zahlreichen Studien belegte Zusammenhang zwischen einer sozial benachteiligten Lebenslage und der Gesundheit wird auch mit dem Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ umschrieben und ist der nachfolgenden Abbildung dargestellt (Brand, 2018; Lampert & Mielck, 2008; Mielck, 2000, 2005; Mielck & Helmert, 2006; RKI, 2015; Rosenbrock & Gerlinger, 2004).