

# Bachelorarbeit

## Bevölkerungsorientierte Ansätze der Gesundheitsförderung



---

**FHNW Olten, Studiengang APS**

**Autorin:  
Tanja Iff**

Wissenschaftliche Betreuung:  
Dr. Maria Dickson-Spillmann

Praxispartner:  
Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Nationale Präventionsprogramme  
Eva Bruhin lic. phil. MPH, Leiterin Geschäftsstelle Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)

Frühlingssemester 2015

---

## Abstract

Unser Lebensstil und unsere Lebensbedingungen haben sich in den letzten Jahren verändert. Dadurch sind nichtübertragbare Krankheiten wie Krebs oder Diabetes angestiegen. Diese werden durch Risikofaktoren wie Alkoholmissbrauch oder Rauchen begünstigt, welche von individuellen Lebensstilen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängen (BAG, 2015). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeitet eine Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, um den Risikofaktoren entgegenzuwirken. Zur Erreichung der Bevölkerung stehen folgende drei Ansätze zur Auswahl: Setting-, Zielgruppen- und Lebensphasenansatz. Ziel dieser Studie war es, durch Literaturrecherche und Experteninterviews positive und negative Aspekte dieser Ansätze wie auch Beispiele aus der Praxis aufzuzeigen, um den bevorzugten Ansatz zu identifizieren. Es zeigte sich, dass alle Ansätze bei der Erarbeitung einer Strategie miteinzubeziehen sind, um den grösstmöglichen Effekt bei der Bevölkerung zu erreichen.

Der Bericht umfasst 124'979 Zeichen (inkl. Leerzeichen, ohne Anhang).

## Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Bachelorarbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung nur der angegebenen Quellen verfasst zu haben.

Schönbühl, 1. Juni 2015

Tanja Iff

## Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei meinem Praxispartner, der Abteilung Nationale Präventionsprogramme bedanken, die mir durch die Zusammenarbeit ermöglichte, mich mit dem spannenden Thema der öffentlichen Gesundheitsförderung auseinanderzusetzen. Ein besonderer Dank geht an Eva Bruhin für die hilfreiche und angenehme Zusammenarbeit.

Auch möchte ich mich bei Dr. Maria Dickson-Spillmann für die gute Betreuung während der Bachelorarbeit und die wertvollen fachlichen und wissenschaftlichen Hinweise bedanken, mit denen sie mich unterstützt hat.

Nicht zuletzt geht mein Dank an die Experten und Expertinnen, die mit ihrem fachlichen Wissen, ihren spannenden Ansichten und ihren Erfahrungen in den Interviews einen wesentlichen Bestandteil zur Bachelorarbeit beigetragen haben.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1	Praxispartner und Ausgangslage .....	2
1.2	Fragestellung .....	3
1.3	Abgrenzung.....	3
1.4	Aufbau.....	3
1.5	Begriffsdefinitionen .....	4
1.5.1	Nichtübertragbare Krankheiten.....	4
1.5.2	Gesundheitsförderung .....	4
1.5.3	Prävention .....	4
1.5.4	Settingansatz .....	4
1.5.5	Zielgruppenansatz .....	5
1.5.6	Lebensphasenansatz.....	5
<b>2</b>	<b>Methodisches Vorgehen.....</b>	<b>5</b>
2.1	Forschungsinteresse .....	5
2.2	Literaturrecherche .....	6
2.3	Experteninterviews.....	6
2.3.1	Interviewleitfaden .....	7
2.3.2	Interviewpartner/-innen .....	8
2.3.3	Durchführung.....	9
2.4	Auswertung .....	9
2.4.1	Transkription.....	9
2.4.2	Qualitative Inhaltsanalyse.....	9
<b>3</b>	<b>Ergebnisse Literatur .....</b>	<b>12</b>
3.1	Settingansatz .....	12
3.1.1	Vorteile .....	13
3.1.2	Herausforderungen.....	14
3.1.3	Evaluation .....	15
3.1.4	Erfolgsfaktoren .....	15
3.2	Zielgruppenansatz .....	15
3.2.1	Vorteile .....	16
3.2.2	Herausforderungen.....	16
3.2.3	Evaluation .....	17
3.2.4	Erfolgsfaktoren .....	17
3.2.5	Sozioökonomisch benachteiligte Zielgruppe .....	17
3.3	Lebensphasenansatz .....	18
3.3.1	Vorteile .....	19
3.3.2	Herausforderungen.....	19

---

3.3.3	Forschungsergebnisse .....	20
3.4	Ansatzübergreifende Ergebnisse .....	20
<b>4</b>	<b>Ergebnisse Experteninterviews.....</b>	<b>21</b>
4.1	Ergebnisse Wissenschaft.....	21
4.1.1	Settingansatz .....	21
4.1.2	Zielgruppenansatz .....	22
4.1.3	Lebensphasenansatz.....	23
4.1.4	Ansatzübergreifende Ergebnisse.....	24
4.2	Ergebnisse Kantone.....	25
4.2.1	Settingansatz .....	25
4.2.2	Zielgruppenansatz .....	26
4.2.3	Lebensphasenansatz.....	27
4.2.4	Ansatzübergreifende Ergebnisse.....	28
4.3	Ergebnisse Projektverantwortliche Gesundheitsförderung .....	28
4.3.1	Settingansatz .....	28
4.3.2	Zielgruppenansatz .....	29
4.3.3	Lebensphasenansatz.....	29
4.3.4	Ansatzübergreifende Ergebnisse.....	31
4.4	Praxisbeispiele .....	31
4.4.1	Praxisbeispiel Kantone .....	31
4.4.2	Praxisbeispiele Organisationen .....	32
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>36</b>
5.1	Literatur.....	36
5.2	Experteninterviews.....	37
5.3	Handlungsempfehlungen .....	39
5.4	Ausblick .....	40
<b>6</b>	<b>Reflexion .....</b>	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>42</b>
<b>8</b>	<b>Verzeichnisse .....</b>	<b>43</b>
8.1	Literaturverzeichnis .....	43
8.2	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	45
<b>9</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>45</b>

## 1 Einleitung

Wir leben in der heutigen Zeit doppelt so lange wie die Menschen vor hundert Jahren. Die gestiegene Lebenserwartung ist hauptsächlich auf unsere verbesserte Lebensqualität zurückzuführen. Dazu gehören Fortschritte im Bereich Medizin, der Ausbau von Sozialversicherungen, der fortgeschrittene Wandel von Wirtschaft und Gesellschaft oder auch die Verbesserung von Bildung (BAG, 2015). Folgen sind der demographische Wandel und die Anpassung unserer Lebensstile. Dadurch, dass sich beispielsweise unsere Konsummuster wie Rauchen oder erhöhter Alkoholkonsum verändert haben, bringt dieser Wandel auch einen zentralen negativen Aspekt mit sich: Die Zunahme nichtübertragbarer Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Leiden der Atemwege oder muskuloskelettale Krankheiten (darunter werden Erkrankungen des Bewegungssystems wie chronische Rückenschmerzen verstanden). Diese nichtübertragbaren Krankheiten werden durch die Globalisierung ungesunder Lebensweisen angetrieben. Beispielsweise kann ungesunde Ernährung zu erhöhtem Blutdruck, erhöhtem Blutzucker, erhöhten Blutfettwerten oder Übergewicht führen. Durch die genannten Zwischenrisikofaktoren können Herz-Kreislauf-Erkrankungen hervorgerufen werden. Weitere Risikofaktoren sind Alkoholmissbrauch, Rauchen oder Bewegungsmangel (WHO, 2015). Diese nichtübertragbaren Krankheiten gelten in unserer Gesellschaft als häufigste Todesursache. Gemäss Bundesamt für Statistik waren 2013 in der Schweiz 74,6% der Todesfälle bei den Männern und 75,6% bei den Frauen auf folgende vier nichtübertragbare Krankheiten zurückzuführen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane und Diabetes (Bundesamt für Statistik, 2013, zitiert nach BAG, 2015). Die Erkrankungen verursachen durch die lange Dauer und langsame Entwicklung einerseits ein grosses Leid bei den betreffenden Personen (WHO, 2015) und andererseits wird das Gesundheitssystem in struktureller, finanzieller und personeller Hinsicht vor grosse Herausforderungen gestellt (BAG, 2015). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2015) geht davon aus, dass diese nichtübertragbaren Krankheiten in nächster Zeit weiter ansteigen werden.

Gegen die genannten Krankheiten kann aber auch etwas unternommen werden. Durch Massnahmen, die den individuellen Lebensstil verbessern, wie gesündere Ernährung, weniger Alkoholkonsum oder mehr Bewegung, kann die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung verringert werden. Auch können Massnahmen zur Verbesserung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nichtübertragbare Krankheiten reduzieren und Todesfälle vermeiden. Es ist die Aufgabe der Gesundheitspolitik, in die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten zu investieren, da viele Faktoren wie Einkommen, Bildung und auch die Umwelt einen direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben (BAG, 2015). Beispielsweise ist die Armut eng mit nichtübertragbaren Krankheiten verbunden, da sozioökonomisch benachteiligte Gruppen einem grösseren Risiko von Konsum schädlicher Produkte ausgesetzt sind, wie Tabak oder ungesundes Essen (WHO, 2015). Um die Auswirkungen nichtübertragbarer Krankheiten auf Mensch und Gesellschaft zu verringern, schlägt die WHO (2015)

vor, sich auf die Prävention von Risikofaktoren, die eng mit der Krankheit zusammenhängen, zu konzentrieren. Dies sind hauptsächlich der Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und schädlicher Alkoholkonsum. Durch die Schaffung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik kann die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten gefördert werden (WHO, 2015).

## 1.1 Praxispartner und Ausgangslage

Verschiedene nationale Präventionsprogramme (Alkohol, Tabak sowie Ernährung und Bewegung), die seit 2008 bestehen, bekämpfen bereits die Hauptrisikofaktoren nichtübertragbarer Krankheiten und bilden das Dach verschiedener nationaler, kantonaler und kommunaler Präventionsaktivitäten. Die Programme werden mit Kantonen, NGOs (Non-Profit Organisationen) und weiteren Akteuren der Gesundheitsförderung umgesetzt. Der Bundesrat hat aufgrund der gesundheitspolitischen Gesamtschau „Gesundheit2020“ beschlossen, die Bereiche Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensiver zu berücksichtigen. Das Ziel der Strategie „Gesundheit2020“ ist es, das Gesundheitssystem den Bedürfnissen entsprechend, auch aufgrund der bereits genannten Entwicklungen und Herausforderungen in der Einleitung, weiterzuentwickeln. Aufgrund dessen hat sich der „Nationale Dialog Gesundheitspolitik“, eine Plattform von Bund und Kantonen, 2013 für die Erarbeitung einer Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) entschieden. Die Vision der Strategie lautet wie folgt:

*Mehr Menschen bleiben gesund oder leben trotz chronischer Krankheit selbständig. Weniger Menschen leiden an vermeidbaren Behinderungen und sterben vorzeitig an vermeidbaren nichtübertragbaren Krankheiten. Die Bevölkerung wird unabhängig ihres sozioökonomischen Status unterstützt, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu gestalten sowie einen gesunden Lebensstil zu pflegen (BAG, 2015).*

Es ist Ziel der Strategie, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern sowie Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein gesünderes Verhalten begünstigen. Im Fokus dabei steht die Verbesserung der Entscheidungsfähigkeit, beispielsweise indem Personen beschließen, weniger Alkohol zu trinken. Gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen können etwa durch klare und einfach verständliche Lebensmittelbezeichnungen erschaffen werden. Die Strategie soll bestehende krankheitsspezifische Teilstrategien optimieren und Perspektiven für die Weiterentwicklung der bereits laufenden Präventionsprogramme (Alkohol, Tabak, Ernährung und Bewegung) aufzeigen sowie die Prävention der Gesundheitsversorgung stärken. Integriert im Leitungsgremium der Strategie nichtübertragbarer Krankheiten sind Bund, Kantone und die Organisation Gesundheitsförderung Schweiz. Zusätzlich wirken auch NGOs, Forschungsexperten/-innen und weitere Akteure mit. Die Teilprojekte werden in Arbeitsgruppen erarbeitet. Das Leitungsgremium befindet sich nun in der Erarbeitung der Strategie, welche einerseits die Bevölkerung für Gesundheitsthemen sensibilisieren soll und andererseits Rahmenbedingungen für ein gesünderes Verhalten schafft (BAG, 2015).



## 1.2 Fragestellung

Um die Bevölkerung zu erreichen, stehen verschiedene Ansätze der Gesundheitsförderung zur Verfügung: Setting-, Zielgruppen- und Lebensphasenansatz. Ziel dieser Bachelorarbeit ist es herauszufinden, *welcher bevölkerungsorientierte Ansatz für die NCD-Strategie zu bevorzugen ist*. Einerseits soll diese Arbeit erläutern, welche Aspekte für einen Setting-, einen Lebensphasen- und einen Zielgruppenansatz sprechen. Zusätzlich sind nationale und internationale Entwicklungen hinsichtlich der drei Ansätze ein wichtiger Bestandteil. Auch sollen Praxisbeispiele anderer Organisationen dem BAG aufzeigen, welche Vorgehensweisen in Bezug zu den genannten Ansätzen Erfolge bringen und welche positiven und negativen Aspekte sich in der Praxis herausstellen. Um die genannten Fragestellungen zu beantworten, wurden die verschiedenen Ansätze in einem ersten Schritt aufgrund in der Literatur vorhandenen Ergebnissen verglichen. In einem zweiten Schritt fanden Interviews mit Experten/-innen aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung statt.

## 1.3 Abgrenzung

Wie bereits beschrieben, beschränkt sich die Bachelorarbeit auf folgende drei Ansätze der Gesundheitsförderung: Setting, Zielgruppen und Lebensphasen. Die NCD-Strategie ist zudem eine allgemeine Strategie und bezieht sich nicht auf einzelne Risikofaktoren bzw. einzelne Gesundheitsprojekte. Die Arbeit begrenzt sich auf bevölkerungsorientierte Ansätze der Gesundheitsförderung, da es Ziel der Strategie ist, durch Massnahmen die ganze Bevölkerung und nicht Individuen zu erreichen. Durch die Experteninterviews konnte in erster Linie Wissen zu den Ansätzen innerhalb der Deutschschweiz erfasst werden. Durch die Literaturrecherche und Fragen innerhalb der Experteninterviews zum nationalem und internationalem Stand bezüglich der Verwendung und Entwicklung der Ansätze war es das Ziel, auch nationale Aspekte über die Deutschschweiz hinweg und internationale Aspekte in die Arbeit zu integrieren.

## 1.4 Aufbau

Nach der Definition der zentralsten Begriffe im nächsten Kapitel, wird das methodische Vorgehen bezüglich der Literaturrecherche und der Experteninterviews genauer geschildert. In einem nächsten Kapitel werden die Ergebnisse der Literatur, gegliedert anhand der drei Ansätze, vorgestellt. Kapitel 4 erläutert die Resultate aus den Experteninterviews, gefolgt von Beispielen aus der Praxis. Die Resultate aus der Literatur und den Experteninterviews werden anschliessend diskutiert und Empfehlungen sowie ein Ausblick aufgrund der Ergebnisse erläutert. Abgeschlossen wird die Arbeit mit einer Reflexion und der Schlussfolgerung.

## 1.5 Begriffsdefinitionen

### 1.5.1 Nichtübertragbare Krankheiten

Nichtübertragbare Krankheiten sind auch bekannt als chronische Krankheiten und nicht von einer Person auf eine andere übertragbar. Ausserdem sind sie von langer Dauer und langsamer Entwicklung. Die 4 Hauptgruppen nichtübertragbarer Krankheiten sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (wie Herzinfarkt oder Schlaganfall), Krebs, chronische Leiden der Atemwege (wie chronische Lungenerkrankungen oder Asthma) und Diabetes. Zu Risikofaktoren, die nichtübertragbare Krankheiten begünstigen können, zählen vor allem mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung, Alkoholmissbrauch und Tabakkonsum (WHO, 2015).

### 1.5.2 Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta definiert Gesundheitsförderung als „Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986). Sie umfasst die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensstilen sowie gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und beinhaltet Massnahmen zur Stärkung aller individuellen und kollektiven Ressourcen, die für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit relevant sind, ohne Fokussierung auf eine bestimmte Krankheit (Waller, 2006). Sie zielt darauf ab, soziale, ökonomische sowie Umweltbedingungen (Determinanten) so zu verändern, dass diese positiv auf die individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheit wirken, zum einen durch das Stärken von Kräften und zum anderen durch das Fördern von Ressourcen (Hurrelmann et al., 2010).

### 1.5.3 Prävention

Prävention steht als Oberbegriff für Massnahmen, die das Auftreten, die Ausbreitung und die negativen Auswirkungen von bestimmten Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Unfällen verhindern sollen (BAG, 2007). Die Prävention zielt auf die Vermeidung bzw. Minimierung von Risiken für Gesundheit ab. Prävention sagt im Gegensatz zu Gesundheitsförderung aus, welches Leiden verhütet oder früh erkannt werden soll und es wird nach möglichen Risikofaktoren gesucht (Waller, 2006). Es existiert jedoch keine scharfe theoretische und praktische Abgrenzung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung und es sind Überschneidungen zwischen Aktivitäten der Prävention und Aktivitäten der Gesundheitsförderung vorhanden (Anderson, 1984).

### 1.5.4 Settingansatz

Ein Setting wird zum einen als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und zum anderen als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet werden können. Beim Settingansatz stehen die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren, im Fokus (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2011). Als Settings sind Lebensbereiche definiert, in welchen Menschen einen grossen Teil ihrer Zeit verbringen. Dies kann beispielsweise der

Arbeitsplatz oder die Schule sein. Der Mensch wird bei diesem Ansatz eng mit den Settings in Bezug gebracht, da diese zentralen Einfluss auf die Gesundheit haben können (Cold, Bräunling, Geene, Kilian, Sadowski & Weber, 2014).

### 1.5.5 Zielgruppenansatz

Nach der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011) werden Zielgruppen als einen Teil der Bevölkerung bzw. eine Gruppe von Personen definiert, die gezielt mit bestimmten Angeboten (z.B. Aufklärungskampagnen, Trainingsprogrammen) erreicht werden sollen.

### 1.5.6 Lebensphasenansatz

Der Lebensphasenansatz verweist auf definierte Altersabschnitte im Lebenslauf (wie frühe Kindheit, Adoleszenz, Erwachsenenalter oder auch hohes Alter) sowie auf spezifische Übergangsphasen (wie Schwangerschaft, Scheidung oder auch Jobwechsel), die für den Einfluss auf Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten verantwortlich sein können (BZgA, 2011).

## 2 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das qualitative Forschungsverfahren erklärt und begründet. Zur Beantwortung der bereits erläuterten Fragestellungen wurde qualitativ gearbeitet. Flick (2011) beschreibt die qualitative Sozialforschung dadurch, Lebenswelten von innen heraus, aus Sicht der handelnden Menschen zu verstehen. In einem ersten Teil wird das Forschungsinteresse beschrieben, gefolgt vom Vorgehen der Literaturrecherche. Zum Schluss werden die Methoden zur Erarbeitung, Durchführung und Auswertung bezüglich der Experteninterviews aufgezeigt.

### 2.1 Forschungsinteresse

Gemeinsam mit dem Auftraggeber wurde das Forschungsinteresse diskutiert und daraus die grundlegenden Forschungsfragen ausgearbeitet. Wie bereits in der Einleitung beschrieben, ist die Hauptfragestellung, *welches für die künftige NCD-Strategie der bevorzugte bevölkerungsorientierte Ansatz ist*. Dabei standen folgende Unterfragen für die Arbeit im Vordergrund:

- Was spricht aus nationaler und internationaler Sicht für einen setting-, zielgruppen- oder einen lebensphasenspezifischen Ansatz?
- Welches sind die aktuellen Entwicklungen bezüglich der Ansätze?
- Welche Vorteile und Herausforderungen ergeben sich bei der Verwendung der Ansätze?
- Welche Erfahrungen wurden in der Praxis mit den Ansätzen gemacht?

Die Fragen werden anhand einer Literaturrecherche und durchgeführten Experteninterviews beantwortet.

## 2.2 Literaturrecherche

Um einen ersten Überblick über das Thema zu gewinnen, wurde im Voraus Literatur zu den drei Ansätzen der Gesundheitsförderung gesucht. Nach Literatur wurde im Schweizer Bibliotheksverbund Nebis, in den Datenbanken der Rektorenkonferenz der Fachhochschule der Schweiz KFH (Psyndex, Psycinfo) und in Google Scholar recherchiert. Im Fokus standen hauptsächlich folgende Stichwörter: Setting, Lebensphasen, Zielgruppen, Gesundheitsförderung, Prävention, WHO, Evaluationen, Forschung. Die Stichwörter wurden auch kombiniert, um die Suche etwas einzuschränken, da die einzelnen Stichwörter jeweils eine grosse Anzahl an Suchergebnissen lieferten. Auch wurden sie sowohl in deutscher Sprache, wie auch in englischer Sprache verwendet. Auch Synonyme, wie beispielsweise beim Settingansatz der Lebensweltansatz, wurden als Stichwörter angewendet. Fündig bezüglich der Themen wurde die Autorin in Lehrbüchern, Publikationen und auf Internetseiten. Als wichtige Quelle diente die Internetseite der WHO, die viele Themen oder auch neueste Erkenntnisse veröffentlicht. Auch wurden der Autorin Berichte, die allenfalls Themen der Bachelorarbeit beinhalten könnten, durch den Praxispartner weitergeleitet. Die gefundene Literatur wurde anschliessend nach den Ansätzen durchsucht. Dabei war vor allem das Ziel, Vorteile und Herausforderungen der Ansätze zu identifizieren. Auch aktuelle Forschungsergebnisse, Evaluationen oder Vorgehensweisen, die sich als erfolgreich herausstellten, standen im Fokus bei der Durcharbeitung der Literatur. Zusätzlich wurde in den gefundenen Büchern und Publikationen nach weiteren wichtigen Autoren im Literaturverzeichnis gesucht. Allgemein zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention ergaben sich sehr viele Suchergebnisse. Meistens werden jedoch Definitionen und Beschriebe der Ansätze erläutert. Vorteile oder auch Herausforderungen wurden wiederum weniger beschrieben. Auch Evaluationen und aktuelle Forschungsergebnisse waren kaum zu finden.

## 2.3 Experteninterviews

Die vorliegende Arbeit verwendet zur Erhebung der Daten leitfadensbasierte Experteninterviews. Das Experteninterview wird als Leitfadeninterview den halbstandardisierten Interviews und als Befragungstechnik im Feld der qualitativen empirischen Sozialforschung zugeordnet. Beim Experteninterview steht die Person mit ihrer Eigenschaft als Experte/in für ein bestimmtes Handlungsfeld im Vordergrund (Flick, 2010). Ziel der Interviews war es, die individuellen und subjektiven Erfahrungen in Bezug zur Arbeit mit den Ansätzen in den verschiedenen Bereichen zu erheben, sowie positive und negative Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Interviews zu erfragen. In dieser Arbeit wurden als Experten/-innen Personen definiert, die in der Gesundheitsförderung tätig sind durch die Arbeit bei einem Kanton, durch die Arbeit in einer gesundheitsfördernden Organisation als Projektverantwortliche/r, durch die Mitarbeit in der Forschung oder Wissenschaft oder auch durch das Dozieren an einer (Fach)Hochschule oder Universität. Ausserdem hatten die Experten/-innen bereits mindestens 5 Jahre Erfahrung in der Gesundheitsförderung.

### 2.3.1 Interviewleitfaden

Aufgrund der Fragestellung und der Ziele der Arbeit wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden erstellt. Die halbstandardisierte Interviewmethode eignet sich für die vorliegende Untersuchung besonders gut, da genügend Flexibilität und Offenheit gelassen werden kann, um komplexe, zusammenhängende und selbstgesteuerte Erzählungen seitens der Befragten besser erfassen zu können als in standardisierten Interviews oder Fragebögen (Gläser & Laudel, 2006). Es kann einerseits strukturiert vorgegangen und dennoch explorativ Erfahrungen erhoben werden.

Um bei der Erstellung des Interviewleitfadens möglichst offen und dennoch strukturiert vorzugehen, wurde bei der Definition der Fragen methodisch nach der SPSS-Methode (Sammeln-Prüfen-Sortieren-Subsumieren) vorgegangen. Dadurch wurde einerseits dem theoretischen Vorwissen aus der Literaturrecherche und andererseits den impliziten Erwartungen an die Interviews Rechnung getragen (Helfferich, 2005). Im ersten Schritt (Sammeln) wurden möglichst viele Fragen gesammelt. In einem zweiten Schritt wurde geprüft, ob die jeweiligen Interviewfragen brauchbar, zielführend oder offen genug waren. Auch wurden Fragen umformuliert. In einem dritten Schritt (Sortieren) wurden die Fragen in zwei Kategorien eingeteilt. Im ersten Teil ging es darum, das allgemeine Wissen der Experten/-innen zu den Ansätzen abzufragen und im zweiten Teil, hauptsächlich bei den Experten/-innen der Bereiche „Kantone“ und „Projektverantwortliche Gesundheitsförderung“ (die Bereiche werden im nächsten Kapitel vorgestellt), Beispiele aus der Praxis zu erfassen, welche im Kapitel 4.4 beschrieben werden. In einem vierten Schritt (Subsumierung) wurde ein geeigneter Ablauf festgelegt und Einstiegs- und Abschlussfragen formuliert. Das Interview ist so aufgebaut, dass in einem ersten Teil die Fragen sehr offen gestellt werden, um das allgemeine Wissen der Experten/-innen zu erfassen und dann in einem zweiten Teil die Fragen zur Praxis folgen, um auch das spezifische Wissen der Experten/-innen zu erheben. Durch eine allgemein formulierte Einstiegsfrage wurde an das Thema herangeführt. Um die Reliabilität und die Vergleichbarkeit der verschiedenen Interviews zu gewährleisten, wurden in jedem Interview dieselben Leitfadenfragen gestellt. Es war aber möglich, die Reihenfolge der Fragen, je nach Gesprächsverlauf, anzupassen und interviewspezifisch vertiefende Fragen zu stellen. Auch wurde während des gesamten Prozesses der Fragensausarbeitung überprüft, ob wirklich alle Aspekte des Forschungsinteresses in den Fragen abgebildet sind. Der Fragebogen wurde im Vorfeld an die Interviewteilnehmenden geschickt, um möglichst ergiebig das Wissen und die Erfahrungen aus den Interviews zu erfassen. Aus Ressourcen Gründen war es nicht möglich, einen Pre-Test mit einer Expertin oder einem Experten durchzuführen. Nach den ersten zwei Interviews wurden Kleinigkeiten des Leitfadens angepasst. Die ersten beiden Interviews sind jedoch trotzdem Teil der Ergebnisse, da sie wichtige Erkenntnisse in Bezug zur Fragestellung geliefert haben. Der Interviewleitfaden ist im Anhang 2 zu finden.

### 2.3.2 Interviewpartner/-innen

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden mit dem Auftraggeber 11 Expertinnen und Experten ausgewählt, welche im Gebiet der Gesundheitsförderung tätig sind. Um von einem breiten Wissen und Erfahrungsschatz von den Experten/-innen profitieren zu können, wurden Interviewpartner/-innen aus verschiedenen Bereichen ausgesucht:

- Wissenschaft
- Kantone
- Projektverantwortliche Gesundheitsförderung

In den „Kantonen“ wurden Experten/-innen, die sich mit der Gesundheitsförderung in den Kantonen beschäftigen, befragt. Unter „Wissenschaft“ wurden jene Experten/-innen eingeordnet, die an einer Hochschule dozieren, Weiterbildungen im Bereich der Gesundheitsförderung anbieten oder sich mit der aktuellen Forschung bezüglich der Ansätze befassen. Im Bereich „Projektverantwortliche Gesundheitsförderung“ wurden Interviewpartner/-innen gewählt, die beim Bund oder in Organisationen Programme oder Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung leiten oder darin mitarbeiten. Ziel war es, pro Bereich mindestens 3 Experteninterviews durchzuführen. Die Kontaktaufnahme erfolgt per E-Mail. In Tabelle 1 sind die befragten Expertinnen und Experten aufgeführt. Im Anhang 1 sind zudem Informationen zum Ausbildungsgang und der Anzahl Jahre Erfahrung der Experten/-innen in der Gesundheitsförderung erläutert.

Tabelle 1: Interviewpartner/-innen

Name	Institut	Funktion	Bereich
Martin Hafen	Hochschule Luzern	Dozent + Projektleiter	Wissenschaft
Mathis Brauchbar	Avocacy ag	Partner advocacy ag; Kommunikations-, Strategie- und Politikberater im Gesundheitswesen	Wissenschaft
Felix Wettstein	Institut Soziale Arbeit und Gesundheit (ISAGE)	Dozent und Mitarbeiter des ISAGE	Wissenschaft
Christine Vögele	Kanton Aargau	Wissenschaftliche Mitarbeiterin + Leiterin „Gesundheitsförderung im Alter“	Kantone
Tamara Estermann	Kanton Luzern	Leiterin Programm „Gesundheit im Alter“	Kantone
Irene Renz	Kanton Basel-Stadt	Leiterin Abteilung Gesundheitsförderung	Kantone
Christian Jordi	RADIX	Leiter RADIX Ostschweiz; Leiter Gesunde Gemeinden	Projektverantwortlicher
Quinta Schneiter	Gesundheitsförderung Schweiz	Projektleiterin Ernährung und Bewegung	Projektverantwortliche
Holger Schmid	Institut Soziale Arbeit und Gesundheit (ISAGE)	Leiter ISAGE; Mitarbeit in Projekten der Gesundheitsförderung	Projektverantwortlicher
Thomas Spahn	BAG (Bereich Migration)	Leiter Sektion Migration und Gesundheit	Projektverantwortlicher
Alberto Marcacci	BAG (Bereich Ernährung und Bewegung)	Leiter Sektion Ernährung und Bewegung	Projektverantwortlicher

### 2.3.3 Durchführung

Um ein einheitliches Verständnis bezüglich der Ansätze zu gewährleisten, wurden nebst dem Interviewleitfaden auch die Definitionen zu den Ansätzen (Anhang 3) im Voraus per Mail an die Interviewteilnehmer/-innen geschickt. Zusätzlich waren die genannten Definitionen während des Interviews schriftlich aufgelegt und in der Einleitung nochmals kurz erläutert worden. In einer kurzen Einführung wurde das Projekt vorgestellt sowie der Ablauf des Interviews erklärt. Die Aufnahme der Interviews erfolgte mit einem Diktiergerät und die Dauer betrug zwischen 24 und 59 Minuten. Anschliessend fand eine Anonymisierung der Interviews statt. Auch die Praxisbeispiele, welche in Kapitel 4.4 beschrieben werden, wurden anonymisiert, da der Fokus auf den Erfahrungen der Experten/-innen bezüglich der Ansätze lag und es nicht das Ziel war, die Praxisbeispiele zu evaluieren.

## 2.4 Auswertung

### 2.4.1 Transkription

Die Interviews fanden in schweizerdeutschen Dialekten statt und sind sinngemäss ins Hochdeutsche übersetzt worden. Ein Interview fand zudem in Französisch statt und wurde ins Hochdeutsche transkribiert. Füllwörter, längere Pausen oder Lachen, sowie andere sprachliche Besonderheiten wie Seufzen, Stottern usw. sind nicht speziell gekennzeichnet worden, da es in dem Projekt um das Abfragen von Wissen ging, und diese keine relevanten Auswirkungen für die Auswertungen hatten. Durch die Verwendung einer komplexen Transkriptionsstrategie wären viele Details in der Übersetzung verloren gegangen. Speziell bei Experteninterviews ist es zudem so, dass der Inhalt des Gesagten als wichtiger beurteilt wird, als das gesprochene Wort selbst, weil davon ausgegangen werden kann, dass die Interviewpartner/-innen Experten/-innen auf ihrem Gebiet sind und sich deshalb inhaltlich verständlich ausdrücken (Flick, 2011). Deshalb war eine genaue Transkription des gesprochenen Wortes nicht sinnvoll, da sich aufgrund der Auswertung keine verbesserte Interpretierbarkeit der Daten ergeben hätte (Bruce, 1992, zitiert nach Flick, 2011).

### 2.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Die transkribierten Interviews wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Der Hauptgrund für die Verwendung der qualitativen Inhaltsanalyse war, dass sie sich hervorragend dazu eignet, grosse Mengen an Kommunikationsdaten auszuwerten und diese auf ein überschaubares Mass an relevanten Aussagen zu reduzieren. Die Auswertung erfolgte also sowohl strukturierend als auch zusammenfassend. Die Daten sind reduziert, verdichtet und zum Schluss interpretiert worden (Mayring, 2010).

Aufgrund der Fragestellung wurde entschieden, die qualitative Datenanalyse vor allem deduktiv durchzuführen. Die deduktive Methode hat zum Ziel, das Material mittels eines bestehenden Kategoriensystems zu analysieren. Dabei sind Kategorien durch die im Voraus durchgeführte Literaturrecherche abgeleitet und analysiert worden. Auch der Interviewleitfaden diente als ergänzender

Stützpunkt. Zusätzlich wurden einige induktive Schritte miteinbezogen, was die Bildung von neuen Kategorien aus dem Textmaterial heraus beinhaltet (Mayring, 2010). Es hat sich folgendes Kategoriensystem ergeben:

Tabelle 2: Kategoriensystem

1 Settingansatz	1.1 Vorteile
	1.2 Herausforderungen
	1.3 Erfolg/Erfolgsfaktoren
2 Zielgruppenansatz	2.1 Vorteile
	2.2 Herausforderungen
	2.3 Erfolg/Erfolgsfaktoren
3 Lebensphasenansatz	3.1 Vorteile
	3.2 Herausforderungen
	3.3 Erfolg/Erfolgsfaktoren
4 Ansatzübergreifend	4.1 aktueller Stand national
	4.2 aktueller Stand international
	4.3 Erfolgsfaktoren
	4.4 Entwicklung / Wandel
	4.5 Forschung
5 Praxisbeispiele	5.1 Vorgehen
	5.2 Vorteile
	5.3 Herausforderungen
	5.4 Bewältigungsmöglichkeiten
	5.5 Erfolge
	5.6 Zukunftsperspektive



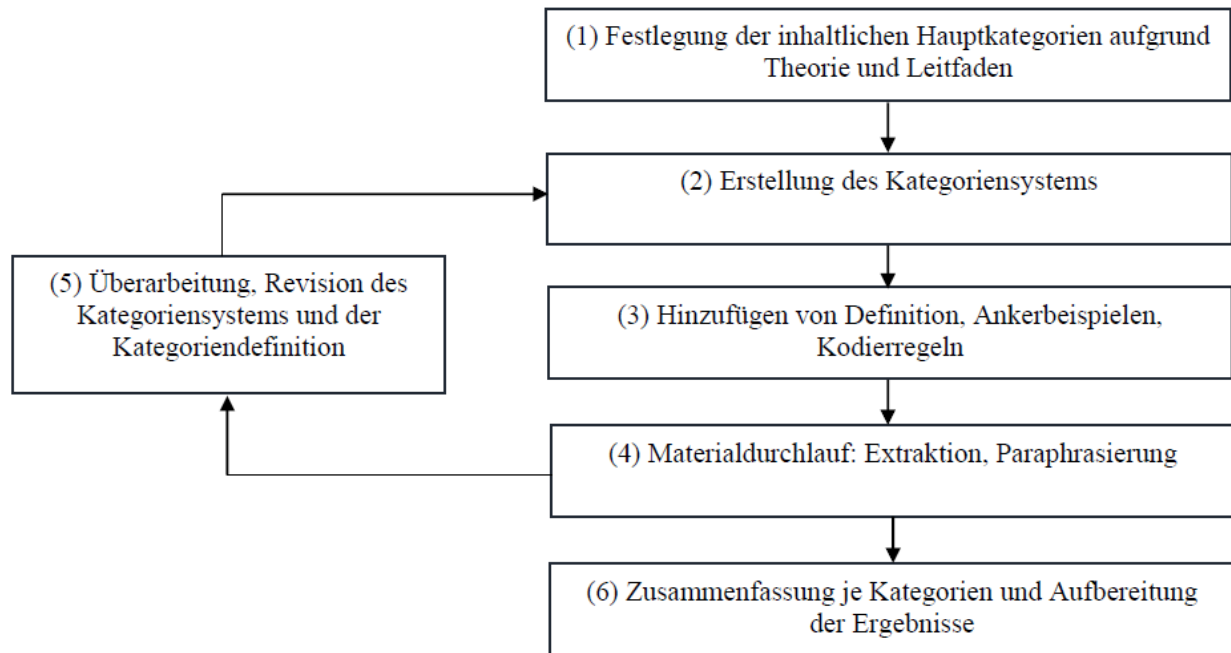


Abbildung 1 : Vorgehen bei der Auswertung nach qualitativer Inhaltsanalyse (in Anlehnung an Mayring, 2010, S. 93)

Abbildung 1 zeigt das methodische Vorgehen bei der Auswertung. Wie bereits erwähnt, wurden in einem ersten Schritt die Kategorien auf der Grundlage der theoretischen Ansätze aus der Literatur und dem Interviewleitfaden erstellt (Schritt 1 und 2). Die erstellten Kategorien wurden anschliessend definiert sowie Ankerbeispiele je Kategorie erstellt und die Kodierregeln festgelegt (Schritt 3). Tabelle 3 zeigt ein Beispiel einer Definition (vollständige Kategoriedefinition Anhang 4).

Tabelle 3: Auszug aus dem Kategoriensystem

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Settingansatz: Vorteile	Aspekt, der sich durch den Settingansatz günstig auswirkt, Nutzen bringt, Gewinn bringt / positive Eigenschaft des Settingansatzes	„Der Vorteil ist die grosse Wirksamkeit des Settingansatzes, insbesondere wenn man auf Rahmenbedingungen geht“ (E3, Z. 43-44)	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition bei Verwendung des Settingansatzes

Es folgte ein deduktiver Materialdurchlauf unter Anwendung des erstellten Kategoriensystems. Aus den Transkripten wurden einzelne Kodierungseinheiten herausgezogen und im Kategoriensystem der passenden Kategorie zugeordnet (Schritt 4). Als Analyseeinheit sind Sinnzusammenhänge bestimmt worden: als kleinste Einheit Teilsätze und als grösste Einheit ganze Abschnitte. Anschliessend wurden anhand des ausgewerteten Datenmaterials neue Kategorien induktiv gebildet (Schritt 5). Auch die induktiv gebildeten Kategorien wurden definiert, bevor schliesslich die restlichen Interviews anhand

dieser Kategorien ausgewertet wurden. Es erfolgte die Einteilung des Textmaterials in das Kategoriensystem und die Zusammenfassung pro Kategorie des in Form von Paraphrasen extrahierten Materials. Darauf folgten die Streichung bedeutungsgleicher Kodiereinheiten und deren Zusammenfassung auf einem höheren Abstraktionsniveau. Dies führte zur Datenreduktion. Der letzte Schritt war schlussendlich die qualitative Analyse der Kategorien und der dazugehörigen Aussagen, sowie die Überführung dieser Analyse in die Textform.

Die einzelnen Bereiche (Kantone, Wissenschaft und Programmverantwortliche Gesundheitsförderung) sind separat ausgewertet worden (eine Excel-Liste pro Bereich / Beispiel Bereich Kantone Anhang 5), um auch auf Vergleiche unter den Bereichen eingehen zu können. Die drei Bereiche beinhalteten die gleichen Kategorien, bis auf den Bereich „Wissenschaft“. Hier wurde der Bereich Praxisbeispiele weggelassen, da diese Experten/-innen nicht direkt an einem Projekt beteiligt sind und somit die Ansätze nicht anwenden. Der Fokus in diesen Interviews lag auf dem ersten Teil und deshalb vor allem auf der Wissenschaft und neuen Erkenntnissen. Die Resultate aus den Interviews werden in Kapitel 4 erläutert.

### 3 Ergebnisse Literatur

Kapitel 3 beschreibt den aktuellen Stand der Literatur bezüglich Setting-, Zielgruppen- und Lebensphasenansatz. Zentral sind die Vorteile und Herausforderungen der verschiedenen Ansätze, sowie bisherige Ergebnisse zu durchgeführten Evaluationen. Da der Lebensphasenansatz ein eher neuer Ansatzpunkt ist, ist dieses Kapitel eher theoretisch aufgebaut und es wird mehr auf Möglichkeiten, die sich durch den Ansatz bieten, eingegangen.

#### 3.1 Settingansatz

„Die Fokussierung auf definierte Sozialräume, sei es das Quartier, der Betrieb, die Schule oder das Krankenhaus, ermöglicht es, die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen“ (Altgeld & Kolip, 2007, S. 45, zitiert nach Hurrelmann et al., 2010). Es werden nicht der einzelne Mensch und sein individuelles Verhalten in den Vordergrund gestellt, sondern das soziale System selber. Trotzdem ist es möglich, einzelne Gesundheitsprobleme oder –risiken zu fokussieren. Der Grundstein des Settingansatz war die Ottawa-Charta (1989) der WHO, welche das Ziel hat, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu erschaffen, um für mehr Chancengleichheit zu sorgen (Hurrelmann et al., 2010). Das WHO-Programm Gesundheit 21 beschreibt den Settingansatz als zentrale Strategie. Durch den Settingansatz wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass Gesundheitsprobleme die Folgen wechselseitiger Beziehungen zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind (BZgA, 2011). Ziel des Settingansatzes ist es, Gesundheit im Alltag herzustellen und aufrechtzuerhalten (Hurrelmann et al., 2010). Durch Verankerung gesundheitsförderlicher Strukturen und Massnahmen sollen nachhaltige Veränderungen bewirkt werden. Wie in Abbildung 2 zu sehen ist, umfassen

Interventionen innerhalb eines Settings folgende drei Aspekte: Stärkung individueller Kompetenzen und Ressourcen, Strukturentwicklung und Partizipation. Auch zeigt sich, dass ein zentrales Element des Settingansatzes die Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention ist (BZgA, 2011). Unter Verhaltensprävention werden Massnahmen verstanden, die das Verhalten der Menschen beeinflussen zur Befähigung zu einem selbst bestimmten Umgang mit Gesundheitsrisiken und zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und zielt auf die Veränderung eines konkreten Risikoverhalten ab. Verhältnisprävention umfasst Massnahmen zur Beeinflussung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen. Sie setzen an strukturellen Risikobedingungen und riskanten Lebensverhältnissen an (Hurrelmann et al., 2010).

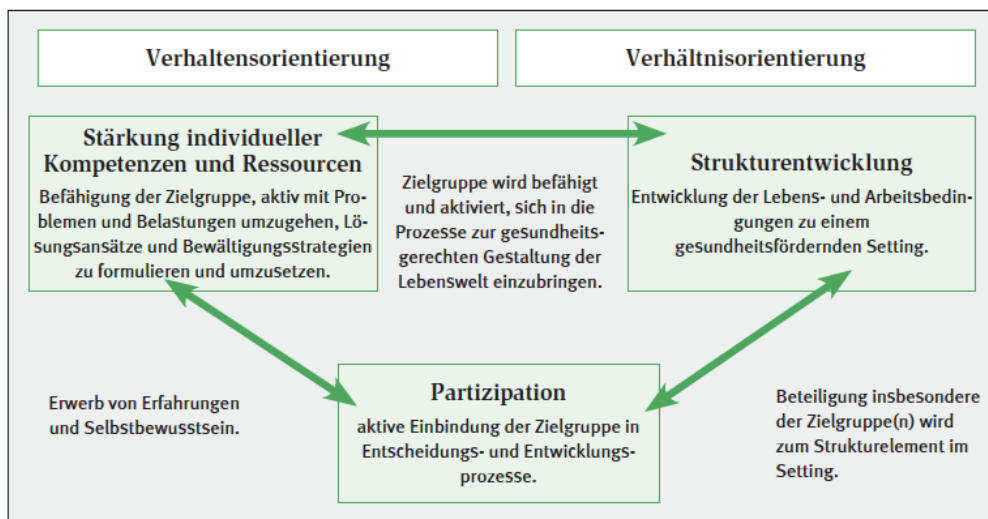


Abbildung 2: Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Settingansatzes (Kilian, Geene & Philippi, 2004, nach Cold et al., 2014, S. 15)

Durch den Settingansatz sollen auch sozial benachteiligte Zielgruppen besser erreicht werden, um dadurch die durch die soziale Lage bedingten schlechteren Gesundheitschancen verbessern zu können (Rosenbrock, 2004, zitiert nach Engelmann & Halkow, 2008).

### 3.1.1 Vorteile

Durch den Settingansatz können sehr kleinräumige Strategien passgenau für das jeweilige soziale System in seinem Sozialraum entwickelt werden (Hurrelmann et al., 2010). Ein Vorteil ist zudem die Möglichkeit der engen Kopplung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention. Auch erleichtert der Settingansatz die hierarchie- und gruppenübergreifende Kooperation und Kommunikation und durch die vermehrte Transparenz, Partizipation und Aktivierung können gesundheitsrelevante Kompetenzen entwickelt werden (BZgA, 2011). Der Settingansatz kann die Aufmerksamkeit verstärkt auf Stellen konzentrieren, wo Gesundheit gefördert und erhalten wird und den Massnahmen deutlich erkennbare Grenzen gesetzt werden können (WHO, 1999, zitiert nach Waller, 2006). Ein weiterer positiver Aspekt der Gesundheitsförderung in Settings ist es, dass sich zentrale und langfristige Einflüsse auf die Gesundheit von Personen konzentrieren, sowohl Risiken als auch Ressourcen (Hurrelmann et al., 2010).

Gesundheitliche Erfolge bei Setting-Interventionen bleiben über Jahre hinweg relativ stabil (BZgA, 2011).

Eine Eigenschaft des Settingansatzes ist es, dass in einem gegebenen sozialen Kontext gleichzeitig unterschiedliche Zielgruppen bzw. Akteure erreicht werden können oder durch Kommunikation (wie Gesetze, Kampagnen etc.) zur Verantwortung gezogen werden. Die veranlassten Massnahmen können anschliessend Auswirkungen auf die Gesundheit einer Vielzahl von Menschen gleichzeitig haben (Pelikan, 2007). Ein Beispiel dafür ist das Setting Schule, wo neben Schülern/-innen auch Lehrpersonen oder Eltern beeinflusst werden (Waller, 2006). Zudem ist der Zugang zu gesundheitsförderlichen Massnahmen und Programmen besonders für sozial benachteiligte Eltern wichtig, da diese über die Anbindung an Settings wie Schule, Kita oder die Strukturen der Familienhilfe Unterstützung erhalten (Rosenbrock & Geene 2004). Die Durchführung von unspezifischen Präventionsprogrammen für alle Bevölkerungsgruppen trägt allein weniger zur Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit bei. Oftmals zeigt sich das Phänomen, dass gerade diejenigen Personen die Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung im grösseren Masse nutzen, die sie am wenigsten nötig haben. Es ist also so, dass sozial benachteiligte Eltern, Kinder und Jugendliche auf Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme angewiesen sind und über die Settings relativ gut erreichbar sind. Zudem unterliegen die an Kitas und Schulen angebotenen Programme kaum dem Problem, die Zielgruppe klein zu halten und damit eventuell eine einhergehende Stigmatisierung zu begünstigen, die wiederum kontraproduktive Effekte und möglicherweise Abwehr- und Trothaltungen nach sich ziehen könnten (Walter & Schwartz, 2003). Ein zentraler Aspekt ist zudem, dass aufgrund der Intervention auf das gesamte Setting keine Diskriminierung von Teilgruppen stattfindet, da die gesamte Setting-Population in die Intervention miteinbezogen wird.

### *3.1.2 Herausforderungen*

Da sowohl die individuelle wie auch die strukturelle Ebene bei der Umsetzung des Settingansatzes berücksichtigt werden sollte, ist dieser sehr anspruchsvoll. Wichtig ist, dass viele Akteure am gleichen Strang ziehen. Vereinfacht wird dies, wenn bereits etablierte Netzwerke und Foren der Zusammenarbeit genutzt werden können (Cold et al., 2014). Oftmals sind Setting-Strukturen gerade in Betrieben sehr resistent gegenüber Veränderungen oder stimmen nicht mit den Unternehmenszielen überein. Es kann also schwierig sein, gesundheitsfördernde Massnahmen gegen konkurrierende Interessen durchzusetzen (Hurrelmann et al., 2010). Auch setzen Partizipation und Selbstverantwortung Fähigkeiten und Freiheitsgrade bei der Bevölkerung voraus, welche gerade in sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen häufig wenig entwickelt sind (Waller, 2006). Ein komplexes theoriegeleitetes Modell zur Gesundheitsförderung in Settings existiert noch nicht, jedoch sind Theorien verfügbar, die einzelne Aspekte und Handlungsoptionen begründen. Es fehlt eine integrierende Theorie oder ein anschauliches Modell zum Settingansatz (Engelmann & Halkow, 2008).

### 3.1.3 Evaluation

Verlaufsdokumentationen, Wirkungsnachweise, Ergebnisindikatoren und Evaluationen sind bislang lückenhaft und liefern konkurrierende Ergebnisse. Ergebnisberichte und Evaluationen aus Projekten liegen vor, jedoch keine Überblicksarbeiten. Evaluationsergebnisse aus Setting-Interventionen finden sich in vielfältigen und wenig vergleichbaren Formen und sind wissenschaftlich nicht abgesichert. Auch sind die Evaluationsmethoden vielfältig. Es steht deshalb offen, ob der Settingansatz als komplexe und systemische Intervention wirksam ist und die Gesundheit der Menschen dadurch tatsächlich gefördert und verbessert wird. Wenn Wirkmechanismen beschrieben werden, beziehen diese sich oftmals auf Vermutungen und stehen in enger Verbindung mit dem jeweiligen spezifischen Setting, seinem Kontext und seinen lokalen Akteuren. So konnte im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung keine Studie nachweisen, dass eine Verbesserung von Rückenproblemen erreicht wird, wenn nach den Grundprinzipien von Setting-Interventionen vorgegangen wird. Es konnten aber positive Ergebnisse zu den Bewegungs- und Ernährungsprogrammen, Raucherentwöhnung oder Stressmanagement ermittelt werden (Engelmann & Halkow, 2008). Die Schwierigkeit ist, dass ganzheitlich konzipierte und in komplexen Organisationen durchgeführte gesundheitsfördernde Massnahmen nur schwer zu evaluieren sind (Waller, 2006).

### 3.1.4 Erfolgsfaktoren

Für die Gesundheitsförderung sind vor allem jene Settings interessant, von denen zentrale Impulse und Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen oder auch Formen der Bewältigung von Gesundheitsrisiken ausgehen. Wichtig für eine Setting-Intervention ist eine klar definierte Mitgliedschaft, geringe Fluktuation, klare Strukturen und Regeln und gute Integration der formellen und informellen Interessenträger im Setting und seiner Veränderung in Planung und Ablauf. Es müssen alle wichtigen Partner miteinbezogen werden (BZgA, 2011). Viele Massnahmen der Gesundheitsförderung werden auf einzelne Einrichtungen wie beispielsweise Schulen, Betriebe, grossstädtische Kommunen oder Krankenhäuser ausgerichtet. Oftmals bleibt der Erfolg jedoch aus, da auch Settings verschiedener Art und deren regionales Umfeld miteinbezogen werden sollten. Beispielsweise bei Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, sich nicht nur auf die Schule oder die Familie zu konzentrieren, sondern beide in die Gesundheitsförderung miteinzubeziehen. Auch weitere Instanzen wie Kindergärten, Freundschaftsgruppen und Freizeitvereine haben einen wesentlichen Einfluss. Die verschiedenen Settings sollten zu einer strategischen Zusammenarbeit bewegt werden können (Hurrelmann et al., 2010). Die Nachhaltigkeit der Wirkung hängt massgeblich davon ab, inwiefern die Lebensbedingungen beeinflusst werden. Information, Aufklärung und Beratung können jedoch einen Teil der Prävention sein (Rosenbrock, 2008, zitiert nach Hurrelmann et al., 2010).

## 3.2 Zielgruppenansatz

Wie bereits in der Definition beschrieben, werden Zielgruppen als Teil der Bevölkerung bzw. eine Gruppe von Personen gesehen, die gezielt mit bestimmten Angeboten erreicht werden können. Die

Zielgruppen können auf unterschiedliche Weisen differenziert werden, wie durch sozio-demografische Merkmale, Kontextmerkmale oder Risikostatus. Sozio-demografische Merkmale wie Alter, Geschlecht oder sozio-kulturelle Merkmale sind zentrale personale Selektionskriterien zielgruppenspezifischer Präventionsarbeit. Kontextmerkmale beinhalten dagegen, ob die Adressaten präventiver Massnahmen als Einzelperson oder innerhalb eines spezifischen Kontextes, wie z.B. Schüler/Schülerinnen in einer Schule, behandelt werden sollen. Zielgruppen können aber auch definiert werden als soziale Gruppen, die sich in ihrer Lebenssituation und Lebensweise stark unterscheiden. Diese weisen deshalb nicht nur unterschiedliche Risiken und Ressourcen auf, sondern es sind auch spezielle professionelle Zugänge notwendig. Beispiel hierfür sind geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei Frauen und Männern oder auch kultursensible Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund (Hurrelmann et al., 2010).

### *3.2.1 Vorteile*

Durch ausgerichtete Massnahmen auf Zielgruppen kann ein effizienter Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf erreicht werden. Angebote werden bedarfsgerechter als für die Allgemeinbevölkerung angeboten (BZgA, 2011). Durch eine zielgruppenspezifisch gestaltete präventive Massnahme kann der Komplexität von verschieden strukturierten Systemen und der unterschiedlichen Einbindung von Personen in Kontexte Rechnung getragen werden. Daher ist es sinnvoll, Massnahmen nicht an die ganze Bevölkerung zu richten, es sei denn, es handle sich um gesetzliche Massnahmen (Hafen, 2007).

### *3.2.2 Herausforderungen*

Zentral bei der Bildung von Zielgruppen, aber auch eine grosse Herausforderung im Prozess ist es, das richtige Mass zwischen Differenziertheit und Allgemeinheit zu erreichen, da dies für die Wirksamkeit der Massnahme bedeutend ist. Es sollten mehrere Merkmale mit einbezogen werden. Einerseits kann, je differenzierter eine Zielgruppe definiert ist, das mit der Zielgruppenarbeit verbundene Ziel genauer abgegrenzt werden. Andererseits wird dadurch auch die Zahl der angesprochenen Zielgruppenmitglieder verringert. Somit kommt es darauf an, was erreicht werden möchte. Eine weitere Herausforderung, die bei der Umsetzung in der Praxis auftreten kann, ist der Mangel an fehlender Zielgruppenorientierung, der für eine pauschale und undifferenzierte Ansprache an die Gesamtbevölkerung gehalten werden kann. Ein weiterer Fehler kann sein, dass die Zielgruppen nur anhand eines einzigen Merkmals (Risikofaktors) definiert werden. Der Risikofaktorenansatz kann auf fachlich fragwürdige Weise reduziert werden und Adressaten/-innen Desinteresse gegenüber ihren Lebensumständen signalisieren, was die Glaubwürdigkeit und Effizienz dieser Massnahme beeinträchtigen kann (BZgA, 2011). Die Zielgruppen sind deshalb schwer zu erreichen, weil damit auch stigmatisierende Prozesse verbunden sein können und die Interventionen oft sehr vereinfachend auf eine Beseitigung des Risikomerkmals reduziert werden. Eine komplexere Strategie kann durch die Konstellation mehrerer Risiken erreicht werden, die sich aus der Lebenssituation ergeben und daraus

die Zielgruppen bestimmen. Ein Beispiel hierfür ist eine sozial benachteiligte Gruppe, die in materieller oder sozialer Deprivation lebt (Hurrelmann et al., 2010). Wichtig zu bedenken ist auch, dass in der Gesundheitsförderung tätige Institutionen und Fachkräfte meist nur in begrenztem Umfang die Zielgruppe erreichen können, aufgrund von eingeschränkten personellen und finanziellen Ressourcen und Zugangsmöglichkeiten. Deshalb sind sie auf Multiplikatoren/-innen angewiesen. Sie dienen als Transferfunktion zur Unterstützung und Verstärkung von Absichten und Zielen der Prävention und Gesundheitsförderung (BZgA, 2011).

### *3.2.3 Evaluation*

Studien zur Evaluation von Informationskampagnen haben gezeigt, dass der Erfolg einer Kampagne in hohem Masse davon abhängig ist, inwiefern die Bedürfnisse und Interessen spezifisch auf die Zielgruppe eingestellt wurden (von Troschke, 2008).

### *3.2.4 Erfolgsfaktoren*

Um möglichst erfolgreich zu sein (also möglichst viel Veränderung bei möglichst vielen Personen mit möglichst günstiger Kostenstruktur), ist es wichtig, zielgruppenspezifisch vorzugehen und typische Zielgruppenvertreter/-innen in die Planungs- und auch Durchführungsphase miteinzubeziehen (BZgA, 2011). Die Angebote sollten auf Zielgruppen mit hohem Bedarf zugeschnitten sein. Besonders geeignet ist der Zielgruppenansatz für Präventionsprogramme bei jenen Menschen, die einem speziellen Risiko unterliegen. Dies kann zum Beispiel Übergewicht, Rauchen oder ein zu hoher Alkoholkonsum sein. Die Intervention wird anschliessend für die Risikogruppe erarbeitet und ist dadurch sehr spezifisch (Hurrelmann et al., 2010). Zur bevölkerungsweiten Präventionswirkung wird zum einen eine Ansprache der gesamten Bevölkerung empfohlen, um gesamtgesellschaftlich ein günstiges Klima für das Erreichen des präventiven Ziels zu erschaffen („Bevölkerungsstrategie“) und zum anderen eine Ansprache von Teilgruppen, um durch intensive, meist personalkommunikative Massnahmen die Zielgruppen mit besonderem Präventions- oder Gesundheitsförderungsbedarf („Hochrisikostrategie“) zu erreichen (BZgA, 2011). Schlussendlich kann gesagt werden, dass eine differenzierte Anpassung an die jeweilige Zielgruppe unumgänglich ist, um notwendige Bedingungen für eine möglichst breite Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen. Eine konsequente Bedarfsorientierung von Angeboten ist notwendig (Schott & Hornberg, 2011).

### *3.2.5 Sozioökonomisch benachteiligte Zielgruppe*

Eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung spielt die sozioökonomisch benachteiligte Zielgruppe. Angehörige der unteren sozialen Schicht sind verstärkt Risiken ausgesetzt, die sich dann langfristig auf die Gesundheit auswirken können (BZgA, 2011). Sozioökonomische Bedingungen haben während des gesamten Lebens einen Einfluss auf die Gesundheit bzw. das Erkrankungsrisiko (WHO, 2000). Das Problem ist, dass Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote mehrheitlich wahrgenommen und genutzt werden von denjenigen Bevölkerungsschichten, die aufgrund ihrer insgesamt positiven Belastungs- und Gesundheitsbilanz sie am wenigsten brauchen, weshalb der sozioökonomisch

benachteiligten Zielgruppe eine besondere Beachtung geschenkt werden muss (Hurrelmann et al., 2010).

### 3.3 Lebensphasenansatz

Altern ist ein lebenslanger Prozess. Abbildung 3 zeigt, dass Funktionsfähigkeiten (wie Atemkapazität, Muskelkraft, Herz-Kreislauf) in der Kindheit steigen und im frühen Erwachsenenalter den Höhenpunkt erreichen, gefolgt von einem wahrscheinlichen Rückgang. Der Rückgang ist jedoch weitgehend von Faktoren betroffen, die durch das Leben eines Erwachsenen beeinflusst werden können, wie Alkoholkonsum, Rauchen, körperliche Aktivität oder die Ernährung. Somit kann die Beschleunigung des Rückgangs in jedem Alter durch individuelle und politische Massnahmen beeinflusst werden. Beispielsweise kann Raucherentwöhnung und ein Anstieg der körperlichen Aktivität das Risiko einer Herzerkrankung verringern. Weiter wirkt sich die soziale Schichtzugehörigkeit auf die Funktionsfähigkeit aus, beispielsweise durch schlechte Bildung, Armut und schädliche Lebens- und Arbeitsbedingungen (WHO, 2000).

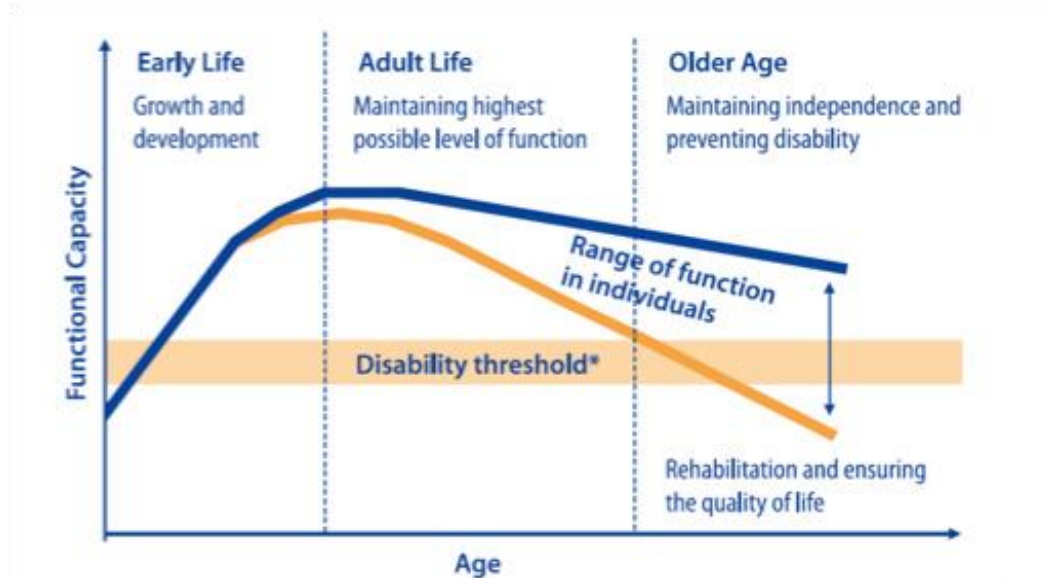


Abbildung 3: Funktionalität entlang der Lebensphasen (WHO/HPS Geneva, 2000 nach WHO, 2000, S. 7)

Der Lebensphasenansatz zielt auf die zugrundeliegenden biologischen, verhaltens- und psychosozialen Prozesse während des Lebens ab. Es sollten vorzugsweise in den Schlüssellebensübergängen, wie beispielsweise von der späten Adoleszenz in das frühe Erwachsenenalter, Sicherheitsnetze oder sogar Sprungbretter angeboten werden, welche den Lebensverlauf verändern können und sich somit positiv auf die Gesundheit auswirken. Es werden oft die Phasen des Übergangs von einer Lebensphase in eine andere als Krisen wahrgenommen und erlebt. Die Gesundheit wird durch die Bewältigung dieser Lebensveränderungen und Entwicklungsaufgaben gefördert. Hingegen kann ein Scheitern zu einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen führen (WHO, 2000). Falls es Widrigkeiten in einer Lebensphase gibt, scheint das Risiko für weitere Widrigkeiten später erhöht zu sein. Es gibt aber auch



Menschen, die elastisch sind und einen ungewöhnlichen und individuellen Weg durch das Leben nehmen (Bartley, 2012).

Bisher standen hauptsächlich die Kindheit und Jugend im Zentrum der Aufmerksamkeit der Gesundheitsförderung, da sich diese Lebensphasen als zentral für die Entwicklung der körperlichen und psychischen Gesundheit herausstellten. In der Lebensphase Kindheit und Jugend geht es nicht nur um die Frage, wie gesundheitsrelevantes Verhalten geprägt und gefestigt wird, sondern auch, wie sich sozial ungleiche Lebensbedingungen langfristig auf die Gesundheit auswirken. Einerseits gibt es kritische Perioden, wo in einer zeitlich begrenzten Entwicklungsphase der Organismus besonders anfällig für irreversible Störungen ist und andererseits eine kumulative Exposition, wo Risiken nicht additiv wirken, sondern von Risikoketten und Pfadmodellen ausgegangen wird, die den Einflüssen im Kindes- und Jugendalter besondere Bedeutung zumessen, weil sie die Richtung für ungleiche Lebens- und Teilhabechancen legen. In der heutigen Zeit werden aber auch das mittlere und höhere Lebensalter zunehmend in den Mittelpunkt gesetzt mit der Frage, welche gesundheitlichen Potenziale genutzt und gefördert werden können (BZgA, 2011).

### *3.3.1 Vorteile*

Der Vorteil des Lebenslaufansatz ist, dass er die zeitliche und soziale Perspektive betont. Beim Lebensphasenansatz können physische und soziale Risiken in verschiedenen Phasen wie der Schwangerschaft, Kindheit, Jugend oder im jungen bzw. mittleren Erwachsenenalter identifiziert werden, welche chronische Krankheitsrisiken oder gesundheitliche Folgen im späteren Erwachsenenalter beeinflussen können (WHO, 2000). Es können unterschiedliche Prozesse hervorgehoben werden. Bestehende Konzepte ermöglichen zudem eine theoretische und empirische Erfassung (Hurrelmann et al., 2010). Auch betont der Lebensphasenansatz die Bedeutung von Altersgruppen und Lebensphasen und erkennt den generationsübergreifenden Kontext, in dem die Individuen existieren. Es werden nicht nur die verschiedenen Episoden der Krankheit beachtet, sondern es wird die zeitliche Dimension des Alterns und der Gesundheit erkannt. Somit wird Krankheit als Teil eines Lebensprozesses angesehen. Der Lebensphasenansatz bietet die Möglichkeit, sich einerseits auf die Gesundheit und andererseits spezifisch auf Krankheitsprozesse zu konzentrieren. Es wird somit die Gesundheitsförderung, Prävention und Heilung als Krankheitsmanagement im Gesamten betont. Der Ansatz ist interdisziplinär und bietet die Möglichkeit, aktuelle „Inseln“ der Lehre miteinander zu verknüpfen, vor allem bei sozialen und psychosozialen Themen (WHO, 2000).

### *3.3.2 Herausforderungen*

Eine Herausforderung stellt sich dadurch, dass je nach Phase und Übergang unterschiedliche Sektoren oder Settings sowie Bezugs- und Fachpersonen zentral sind und die Ansprechpersonen sich ändern können (WHO, 2000). Allgemein wurden Massnahmen bislang wenig evaluiert (Hurrelmann et al.,

2010). Durch mehr Forschung können Lebenslaufmodelle entwickelt sowie spezifische Auswirkungen vorhergesagt werden (WHO, 2000).

### 3.3.3 *Forschungsergebnisse*

Wie bereits erwähnt, werden Evaluationen zum Lebensphasenansatz kaum beschrieben. In Grossbritannien wurden aber Querschnitt- und Längsschnittstudien von Mensch und Gesellschaft durchgeführt. Eine der wichtigsten Längsschnittstudien ist die Geburtskohortenstudie. Sie erweitert das Wissen über Babys und Kleinkinder und öffnet neue Wege für die soziale und biomedizinische Forschung. Die neue UK Life Study vom Jahre 2012 verfolgt Wachstum, Entwicklung, Gesundheit, Wohlbefinden und soziale Lage von mehr als 100'000 britischen Babys und ihren Familien. Es werden sowohl sozioökonomische wie auch biomedizinische Daten erhoben. Ziel ist es, das kritische Zusammenspiel zwischen Genen und Umwelt und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung zu erkunden. Lebenslaufforschung ist nicht nur wertvoll für die Vorhersage, wie das Wohlbefinden junger Menschen durch den Start ins Leben beeinflusst wird, sie zeigt auch deutlich auf, welche Auswirkungen soziale Faktoren auf die Alterung der Bevölkerung haben und wir können sehen, wie widrige Umstände und Verhaltensweisen, die in der frühen Kindheit beginnen, sich später auswirken (Bartley, 2012).

## 3.4 *Ansatzübergreifende Ergebnisse*

Evaluierte nationale (Quentin & Kobusch, 1997, zitiert nach Hurrelmann et al., 2010) und internationale Projekte (Harvard Family Research Project, 1995, zitiert nach Hurrelmann et al., 2010) haben gezeigt, dass es sinnvoll ist, im Interesse von Erfolg und Nachhaltigkeit vermehrt auf integrierte und multimodale Programme zu setzen (Hurrelmann et al., 2010). Dabei sollten je nach Problemlage Schulen, Elternhäuser und auch Kindergärten, Sportvereine oder Ärzte in den Gemeinden/Regionen miteinander zusammenarbeiten, um so zielgruppenaffine Kommunikationsstrategien zum Einsatz zu bringen und die Wirkung zu stärken (Hurrelmann et al., 2010).

Bevölkerungsgruppen mit überdurchschnittlich häufigem Leiden an gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind zu identifizieren, um nach den Ursachen der Variationen in der Gesundheit zu suchen (Schott & Hornberg, 2011). Bei allen Massnahmen mit Gesundheitsbezug sollten theoriegeleitete Annahmen und Erwartungen bezüglich der Ergebnisse der Handlungen auf die Gesundheit als Ausgangspunkt dienen (Engelmann & Halkow, 2008).

Es besteht ein Mangel an Kenntnissen über die Faktoren, die die Gesundheit erhalten oder verbessern (Anderson, 1984). Dort wo über entsprechende Erkenntnisse verfügt wird, wird Prävention desto nachhaltiger, je mehr es gelingt, Verhaltensprävention mit Elementen der settingorientierten Gesundheitsförderung unter dem Stichwort der „integrierten“ Gesundheitsförderung zu verbinden. Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung zeigen, dass sich in der Kindheit und Jugend nur mässige, mit dem zunehmenden Alter aufgrund der Wechselwirkungen mehrerer Entwicklungslinien aber immer

stärker ansteigende Wahrscheinlichkeiten zu erkranken ergeben. Dazu gehören die ansteigende Gesamtbelastung, abnehmende Gesundheitspotenziale und auch die tendenziell langsamer abnehmenden Kompensationschancen (Hurrelmann et al., 2010). Deshalb sollte sich die Gesundheitsförderung vermehrt um geeignete Massnahmen im Kindes- und Jugendalter bemühen, da diese Lebensphase vergleichsweise hohe Gesundheitspotenziale, vielfältige Kompensationsmöglichkeiten und eine relativ geringe steigende Gesamtbelastung beinhaltet (Raithel, 2001, zitiert nach Hurrelmann et al., 2010), aber auch durch ein höheres Mass an psychosozialer Anpassungsfähigkeit und spontaner Lernbereitschaft gekennzeichnet ist (Hurrelmann et al., 2010).

## 4 Ergebnisse Experteninterviews

In diesem Kapitel werden nun die Ergebnisse aus den Befragungen der Expertinnen und Experten, unterteilt in die drei Bereiche, ausführlich dargelegt. Hauptaspekte sind vor allem die Vorteile und Herausforderungen der Ansätze, Erfahrungen bezüglich Erfolg sowie nationale und internationale Entwicklungen. Zum Schluss werden Praxisbeispiele von Organisationen vorgestellt.

### 4.1 Ergebnisse Wissenschaft

In den nachfolgenden Unterkapiteln wird die Sichtweise der Experten/-innen aus der Wissenschaft erläutert.

#### 4.1.1 Settingansatz

Der Vorteil des Settingansatzes sehen die Experten/-innen aus der Wissenschaft darin, dass an den Rahmenbedingungen angesetzt wird und sich die Gesundheitsförderung nicht nur an Individuen richtet. Untenstehende Interviewstelle illustriert diese Ansicht wie folgt:

*„Wenn man wirklich effizient sein möchte, muss man im sozialen System und darin bei den entsprechenden Rahmenbedingungen ansetzen.“ (E9, Z. 40-44)*

Die Interviews haben gezeigt, dass ein definiertes Setting, wie beispielsweise die Schule, den Zugang zu den Personen erleichtert, was sich durch folgende Aussage bestätigt:

*„Mit der Settingorientierung haben wir eine Möglichkeit, die Menschen im Kontext von dem, wo sie einen wesentlichen Teil verbringen, wo sie sich emotional dazugehörig fühlen, dort zu erreichen.“ (E10, Z. 37-39)*

Das Setting wird von den Experten/-innen als ein umgrenztes System erlebt, worin zentrale Aspekte des Settings und Einflussfaktoren erfasst werden können. Als Einflussfaktoren werden im Wesentlichen die strukturellen Bedingungen empfunden. Zudem sind klare Akteure in den Settings tätig, welche die Verantwortung haben, Inhalte der Gesundheitsförderung zu behandeln.

Die Experten/-innen nennen als Nachteil, sich durch Interventionen in Settings zu sicher zu sein, alle Personen erreicht zu haben. Beispielsweise im Setting Schule durch die Annahme, dass alle Personen die Schule besuchen. Die Experten/-innen erklären, dass Themen der Gesundheitsförderung aber oftmals Leute betreffen, die sich aktuell nicht in einer gefestigten Settingzugehörigkeit befinden, was nachfolgende Textpassage illustriert:

*„Und jetzt gibt es die, die tatsächlich ein bisschen zwischen Stühle und Bänke fallen könnten, wo eben, aus welchen Gründen auch immer, aus einem bestimmten Setting rausfallen und nicht gerade daneben wieder zu einem neuen und stabilen Setting zugehörig werden.“ (E10, Z. 268-270)*

Der Settingansatz wird auch als limitiert erlebt, weil nur ein Teil der Settings abgedeckt ist und dementsprechend auch nur einen Teil der Lebensspanne. Zudem werden durch den Settingansatz vor allem positive Entwicklungen von Personen gestärkt, jedoch nicht unbedingt negative Entwicklungen geschwächt, worin Experten/-innen das Problem sehen, dass Personen, die vielleicht aus einer Perspektive der gesundheitlichen Ungleichheit ein Risiko haben, eine schlechte Gesundheit zu entwickeln, über den Settingansatz zu wenig erreicht werden. Eine grosse Herausforderung wird auch auf politischer Ebene wahrgenommen, um Rahmenbedingungen zu ändern. Auch theoretische Herausforderungen werden in den Interviews aufgezählt, vor allem die Komplexität des Settings und der Einfluss mehrerer Bereiche, wie beispielsweise im betrieblichen Kontext die Konkurrenz oder das Marktverhalten. Je kleiner und überschaubarer der Interventionsraum wird, desto wahrscheinlicher ist es, die erwünschte Wirkung erzielen zu können. Je grösser und komplexer die Zusammenhänge werden, desto komplexer gestaltet sich eine Intervention. Ausserdem erläutern die Experten/-innen, dass beim Settingansatz davon ausgegangen wird, dass die Zugehörigkeit zum Setting etwas relativ stabiles ist. Interventionen in Settings sind gemäss den Experten/-innen dann erfolgreich, wenn über gewisse Zeit hinweg mit den gleichen Leuten gearbeitet werden kann.

#### **4.1.2 Zielgruppenansatz**

Die Zielgruppenaspekte werden als Hilfestellung zur Entwicklung eines gewissen Grundverständnisses erlebt. Laut den Experten/-innen muss Gesundheitsförderung auf den verschiedenen Strukturen von Zielgruppen, wie beispielsweise den Unterschieden von sozioökonomisch höheren und sozioökonomisch schwächeren Gruppen, aufbauen. Gute Evidenzen sehen die Experten/-innen bei der Prävention mit Hochrisikogruppen oder mit Risikogruppen, da hier mehr Belastungsfaktoren und weniger Schutzfaktoren vorhanden sind und dadurch der Effekt bei einer Intervention auch grösser ist. Die nachfolgende Interviewstelle zeigt, welche Faktoren insbesondere für die Kommunikation zentral sind.

*„Beim Zielgruppenansatz sehe ich den grossen Vorteil darin, sagen wir wenn es gelingt, Gruppen in der Bevölkerung so zu identifizieren, dass sie tatsächlich untereinander ein grosses gemeinsames Merkmal haben, dass man auch deutlich von anderen unterscheiden kann, wenn das*

*Sachen sind, wo Leute selber sich zugehörig fühlen, dann fühlen sie sich auch angesprochen.“*

(E10, Z. 112-118)

Die Operation im Zielgruppenansatz wird als selektiv empfunden. Gerade in der amerikanischen Literatur wird gemäss den Experten/-innen empfohlen, einen universellen Ansatz zu wählen, um allen Kindern ein Anrecht auf eine angemessene Förderung zu bieten und durch den universellen Ansatz auch wirklich die sozial benachteiligte Bevölkerung zu erreichen. Als weitere zentrale Herausforderung wird die Eingrenzung der Zielgruppe erwähnt.

*„Also beim Zielgruppenansatz sehe ich den Nachteil darin, dass man auf Vorhaben stösst, die zwar den Anspruch haben, zielgruppenspezifisch oder zielgruppenorientiert zu sein, man sich aber zu wenig Mühe gibt, die Gruppen eindeutig einzugrenzen.“* (E11, Z. 134-138)

Die Interviews zeigen, dass durch ein zu grobes Raster bei der Definition der Zielgruppen und einer immer noch heterogenen Gruppen die Erreichung der Zielgruppen durch gleiche Projekte oder ähnliche Aktivitäten unmöglich ist. Als weitere Herausforderung wird auch hier die Komplexität genannt.

#### **4.1.3 Lebensphasenansatz**

Die positiven Eigenschaften des Lebensphasenansatzes sehen die Experten/-innen darin, dass auf Brüche und Übergänge zwischen den Settings eingegangen werden kann. Falls es sich nicht um Normbiografien handelt, ist es schwierig, gerade Personen einer Risikogruppe zu erwischen, die sich in Umbrüchen oder Übergängen zwischen den Lebensphasen oder Settings in kritischen Situationen befinden. Wie untenstehende Textstelle verdeutlicht, kann der Lebensphasenansatz als eine Ergänzung gesehen werden.

*„Also von dort her wäre der Lebensphasenansatz eine Ergänzung für den Settingansatz, weil er sich dann viel stärker auf Ressourcen von einzelnen Personen oder von Risikogruppen konzentrieren kann.“* (E11, Z. 43-47)

Als Nachteil wird bei den Experten/-innen die Komplexität empfunden, da multiple Akteure angesprochen werden. Bis die Koordination funktioniert, kann es ein sehr aufwendiger und langwieriger Prozess sein. Aus den Interviews ging hervor, dass es sich als schwierig herausstellt, ein Modell, das eigentlich aus der soziologischen Forschung kommt, bei der die Phasen und Lebensläufe von Menschen angeschaut werden, in der Praxis anzuwenden. Zudem sei die Forschung noch weniger weit und auch noch nicht alle Lebensphasen, die denkbar wären, stehen im Blickfeld. Als Beispiel wurde aufgrund des demographischen Wandels das höhere Alter genannt. Die Interviews verdeutlichten auch, dass es aufgrund der langen Zeiträume und der grossen Anzahl Probanden schwierig ist, längere Projekte durchzuführen, um Erfolge des Lebensphasenansatzes aufzeigen zu können. In Europa werden derzeit etwa 16 solche Langzeitforschungsprojekte durchgeführt, um auch hier bessere Evidenzen generieren zu können.

#### 4.1.4 *Ansatzübergreifende Ergebnisse*

Die Experten/-innen empfinden die Schweiz hauptsächlich als Vorbild im Bereich der Netzwerke. Diese werden in der Schweiz quantitativ wie auch qualitativ sehr gut verwaltet. In der Schweiz wird eine starke Verwendung des Settingansatzes erlebt im Gegensatz zum Lebensphasenansatz, der, wie die Interviews zeigten, bisher weniger zum Zuge gekommen ist und auch noch nicht gross reflektiert wurde. Als ein negativer Punkt in der Schweiz wird erwähnt, dass praktisch keine guten Evaluationen von Projekten existieren.

Aus der Sichtweise der Experten/-innen wird die Schweiz im Gegensatz zu anderen Ländern als rückständig gesehen. Wissenschaftlich sei klar, dass es eine einheitliche Gesundheitspolitik braucht, was besonders in den skandinavischen Staaten oder auch in Australien bereits gelebt wird. Der Lebensweltenansatz wird als offizieller wahrgenommen in jenen Ländern, die für den Public Health Ansatz mehr Ressourcen zur Verfügung stellen. In den Interviews werden Australien, Kanada, Holland und die skandinavischen Länder als sehr weit vorne beurteilt, da diese auch nationale Gesundheitsziele haben, die über mehrere Jahre angelegt werden. International zeigt sich auch, dass Interventionen in isolierten Settings weniger erfolgreich sind und diese eingebettet werden sollten in ganze Settings, wie beispielsweise in Gemeinden. Es sollte vermehrt in Richtung Gemeinschaft gearbeitet werden. Folgende Textstelle verdeutlicht, dass vor allem Multikomponentenprogramme als erfolgsversprechender im Vergleich zu Einzelmassnahmen angesehen werden.

*„Unterschiedliche Einflussfaktoren werden durch Einzelprojekte avisiert, und die sind eingebettet in ein gesamtes Programm, also werden besser aufeinander abgestimmt als die Einzelangelegenheiten, die normalerweise gemacht werden.“ (E9, Z. 493-497)*

Deshalb werden in den Interviews umfassende Programme mit vielen Einzelprojekten oder Einzelangeboten empfohlen. Wichtig ist es laut den Experten/-innen, die Ansätze nicht losgelöst voneinander zu verwenden, da alle drei Aspekte in jedem Präventionsprojekt mitbedacht werden müssen und sich dann auch ergänzen. Es sei wichtig zu wissen, wie die Ansätze zueinander stehen und Interventionen aufeinander abgestimmt sind. Folgende Überlegungen sind laut den Experten/-innen zentral:

- In welchen Settings soll die Intervention stattfinden bzw. über welche Settings sind die Personen am besten erreichbar?
- In welcher Lebensphase befinden sich die Leute?
- Gibt es spezifische Zielgruppen, die ich fokussieren will?

Auch haben die Interviews gezeigt, dass settingorientierte Ansätze als unzureichend empfunden werden und der Einbezug von Alterskategorien essentiell wird. Die Experten/-innen glauben, dass der Lebensphasenansatz seine Zeit braucht, um wirklich einen Wandel bei den Strukturen zu erreichen und diesen umzusetzen. Auch müsse man sich im Klaren sein, dass innerhalb jedes Settings mehrere

Zielgruppen vorhanden sind und sich Leute in gleichen oder ähnlichen Lebensphasen befinden können, aber sich trotzdem in verschiedenen Settings bewegen.

Auch evidenzbasiertes Arbeiten wird als weiterer Erfolgsfaktor beschrieben. Dort gehe es vor allem darum, in der Wissenschaft zu recherchieren, welche Faktoren welche Folgen haben. In den Interviews verdeutlichen die Experten/-innen zudem, dass die frühe Förderung ein zentraler Punkt ist, obwohl das Feld in der Prävention noch nicht als essentiell angesehen wird, auch wenn das Feld sehr gut erforscht ist. Laut Experten/-innen hat sich gezeigt, dass die einzelnen Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der frühesten Lebensphase und zwar von der Schwangerschaft bis etwa zum 5. Lebensjahr entstehen und ihre Wirkung haben.

*„Wenn dort Sachen schief laufen hat dies Auswirkungen auf das ganze spätere Leben und wenn Sachen dort gut laufen, kann man auch mit settingorientierten Interventionen, Stärkung von Familien und so, kann man da wirklich nachhaltige Effekte nachweisen, die auf das ganze Leben eine Wirkung haben.“ (E9, Z. 65-70)*

Auch für die Volkswirtschaft wird dieser Bereich als lohnend erachtet, da durch Interventionen in den ersten 5 Lebensjahren bei der sozioökonomisch benachteiligten Zielgruppe Kosten zwischen 1:6 und 1:16 eingespart werden können. Die Experten/-innen denken, dass der Bereich frühe Förderung auch in der Schweiz als Interventionsfeld im Lebensphasenansatz an Bedeutung gewinnen wird.

## 4.2 Ergebnisse Kantone

Die Interviews mit Experten/-innen aus den Kantonen haben folgende Ergebnisse geliefert:

### 4.2.1 Settingansatz

Als ein wesentlicher Vorteil wird die grosse Wirksamkeit des Settingansatzes geschätzt. Dies belegt folgende Interviewpassage:

*„Der weitere Vorteil ist die grosse Wirksamkeit des Settingansatzes, insbesondere wenn man auf die Rahmenbedingungen geht.“ (E3, Z. 43-44)*

Durch das Ändern von Rahmenbedingungen sehen die Experten/-innen längerfristige und verankerte Effekte. Auch wird geschätzt, dass der Ort der Massnahme im Settingansatz bekannt ist, wodurch es schon gewisse Zugänge gibt und das Thema und die Kanäle besser bekannt sind. Die Experten/-innen beurteilen die Erreichung vieler Leute, die sich in einem ähnlichen Umfeld bewegen, als weiteren positiven Aspekt des Settingansatzes. Der Settingansatz dient zudem als Denkmodell, da klar ist, wo ich mit meinen Interventionen arbeite und welche Rahmenbedingungen ich zu beeinflussen versuche.

Nachfolgende Textpassage zeigt, dass auch Nachteile durch den Settingansatz auftreten können.

*„(...) dass man so gut ein Setting ist, nie die ganze Bevölkerung trifft, sondern immer eine Selektion hat.“ (E3, Z. 35-36)*

Falls ein universelles Setting, wie die ganze Bevölkerung, gewählt wird, sehen die Experten/-innen aufwändige politische Prozesse, die durchlaufen werden müssen. Gesundheitsfördernde Interventionen, die Veränderungen an den Rahmenbedingungen zum Ziel haben, werden oftmals als teure Prozesse beschrieben, die wiederum auch ein grosses Risiko mit sich bringen. Als eine weitere Schwierigkeit nannten die Experten/-innen zudem, dass jede Person in verschiedenen Settings wirkt oder sich befindet und diese auch nicht genau abgrenzbar sind. Es wird vorgeschlagen, die Settings zu vermengen oder miteinander zu verknüpfen, jedoch ohne die Einzelnen aus dem Blickwinkel zu verlieren. Settings, speziell das Setting Gemeinde, werden zu Beginn als schwieriges Setting wahrgenommen, um sich zu festigen und um Leute zu finden, die für das Thema Gesundheit affin sind.

Beim Settingansatz wird, wenn die Lebensbedingungen und Strukturen positiv beeinflusst werden können, laut den Interviewpartnern/-innen der grösste Effekt gesehen, jedoch verbunden mit dem grössten Aufwand und dem grössten Risiko.

#### 4.2.2 Zielgruppenansatz

In den Interviews wurde der Zielgruppenansatz als Unterordnung vom Setting- und Lebensphasenansatz thematisiert. Massnahmen oder Intervention in der Gesundheitsförderung sollten gemäss den Experten/-innen als System gedacht werden, da die Zielgruppen sich immer in einem bestimmten Setting und in einer bestimmten Lebensphase befinden. Die Zielgruppendefinition sollte in den Fokus gestellt werden. Die Interviews machten deutlich, dass der Zielgruppenansatz gerade für die Erreichung klar bestimmter Personen, wie Menschen mit Risikofaktoren, eine zentrale Funktion hat. Gute Erfolge mit dem Zielgruppenansatz werden speziell im Bereich Sucht gesehen.

Der folgende Interviewausschnitt macht die Hauptnachteile aus Sicht der Experten/-innen im Bereich der Kantone deutlich:

*„Also bei den Zielgruppen finde ich den Nachteil, dass alle anderen Personen wegfallen oder das man vielleicht zu wenig scharf ist in der Zielgruppendefinition.“ (E2, Z. 36-38)*

Die Zielgruppendefinition wird als grosse Herausforderung wahrgenommen. Es besteht die Gefahr, die Zielgruppendefinition zu wenig scharf vorzunehmen und dass die Schärfe auch das Risiko mit sich bringt, nicht alle relevanten Gruppen zu erreichen. Die nächste Interviewstelle zeigt die Schwierigkeiten im Umgang mit der Zielgruppe Migration:

*„Beispiel jetzt Migrationsbevölkerung. Da geben wir uns so Mühe, diese Zielgruppen zu erreichen und unternehmen besondere Anstrengungen. Jetzt hat es aber auch einige Fallstricke dabei, also die Frage der Diskriminierung oder machen wir zu viel für diese Gruppen und vergessen eine andere, machen wir beispielsweise kulturelle Fixation. Also da wirklich fundierte, gute Grundlagen zu legen für den Zielgruppenansatz ist gar nicht so einfach.“ (E3, Zeile 81-88)*



Falls dann die Gruppe definiert ist, stellt sich, wie aus den Interviews klar wurde, die Frage, wie die definierten Zielgruppen erreicht werden können, was vor allem bei vulnerablen Gruppen, Leuten mit anderem Sprachhintergrund oder mit anderem kulturellen Hintergrund sehr schwierig ist. Auch kann es zum Präventionsparadox kommen, wobei jene Zielgruppen, die sowieso kein Problem haben, von den Massnahmen profitieren und die Personen, die erreicht werden möchten, die Angebote nicht nutzen.

#### 4.2.3 *Lebensphasenansatz*

Als spannender Punkt in den Interviews werden die Lebensläufe von Individuen erläutert, um zu erkennen, was in einem Lebenslauf einen Ausschlag gegeben hat, dass im Bereich Gesundheit etwas passiert ist. Dadurch zeigen sich Lebensläufe oder Abschnitte im Leben die ähnlich sind und die die Gesellschaft prägen. Die Lebensphasen werden von den Experten/-innen auch als fließend wahrgenommen und Interventionen durch gesundheitsfördernde Massnahmen sollten früh ansetzen. Nichts desto trotz, kann auch im späteren Alter viel beeinflusst werden. Als sehr zentral werden die Schnittstellen zwischen den Lebensphasen betont, wobei es oft zu Brüchen kommen kann. Wie untenstehende Textpassage aufzeigt, sind auch die kritischen Lebensphasen von hoher Bedeutung:

*„Und zentral sind sicher auch die kritischen Lebensphasen und Lebensübergänge. Beispielsweise die Adoleszenz, Mutterschaft, Pensionierung, Verlust oder Scheidung. Ich glaube das sind wirklich so Sachen, wo man dann speziell schauen muss, dass man dort diese Personengruppen nicht einfach ignoriert oder die durchfallen lässt.“ (E1, Z. 279-286)*

Der Lebensphasenansatz wird als sinnvolles Modell wahrgenommen, was sich durch die folgende Interviewstelle bestätigt:

*„Für mich ist es ein tolles Modell, weil es so umfassend ist, man kann alles darin verpacken. Also für Konzeptionen auf einer übergeordneten Ebene ist es extrem praktisch.“ (E3, Z. 259-260)*

Alle Lebensphasen werden durch das Modell abgedeckt und es finden keine Einzelinterventionen statt, sondern das Ganze wird im Blickwinkel behalten. Die Interviews haben gezeigt, dass gerade im Bereich Alter und frühe Kindheit das Lebensphasenmodell als etabliertes Modell wahrgenommen wird. Es eignet sich gut, um gesundheitsfördernde Massnahmen zu verkaufen und aufzuzeigen, dass die Kantone Angebote von der Zeugung bis zum Tode anbieten. Die Experten/-innen machten in den Interviews auch deutlich, dass Themen und Settings innerhalb der Lebensphasen eingeordnet werden müssen und bei der Umsetzung der Interventionen als Unterstützung dienen.

Der Nachteil sehen die Experten/-innen darin, dass sich das Lebensphasenmodell weiter weg von der Durchführung einzelner Massnahmen befindet. Dadurch ist es auch schwierig, den Erfolg aufzuzeigen. Nachstehende Textpassage illustriert, dass die Schwierigkeit zudem in der Bestätigung von wissenschaftlichen Erkenntnissen liegt:

*„Dort ist wahrscheinlich einfach das Problem, dass man, um so Sachen wissenschaftlich begleiten zu können, langfristige Kohortenstudien braucht, das sind so Studien, die sind extrem teuer und der Drop-out ist extrem hoch.“ (E1, Zeile 209-212)*

Bezüglich Erfolge wird der Lebensphasenansatz von den interviewten Experten/-innen hauptsächlich für die Konzeption als sehr wertvoll empfunden, nicht aber für die Umsetzung.

#### **4.2.4 Ansatzübergreifende Ergebnisse**

Die Experten/-innen schätzen die gute Koordination von Programmen zur Gesundheitsförderung in der Schweiz vor allem im Bereich Ernährung und Bewegung. Auch gibt es Netzwerke für beispielsweise psychische Gesundheit, wo kantonale Verantwortliche sich treffen. Mit Blick nach Frankreich und Deutschland wird das Vorgehen von den Experten/-innen aus den Kantonen ähnlich bewertet. In Deutschland wird momentan stark der Zielgruppenansatz gefördert, um sozioökonomisch benachteiligte Gruppen zu erreichen. Dieser sei aber trotzdem immer innerhalb von Themen oder Settings eingebettet. Also werden beispielsweise Settings, wie Quartiere ausgewählt, in denen sozioökonomisch schwächer gestellte Personen gut erreichbar sind. Die Meinungen bezüglich eines Wandels gehen in den Interviews auseinander. Einerseits wird ein Aufkommen des Lebensphasenansatzes wahrgenommen, jedoch vor allem auf konzeptioneller Ebene gesehen. Andererseits sehen andere Kantone keine Veränderung und der Lebensphasenansatz ist schon länger ein Teil ihrer Programme.

Bezüglich Erfolge sind sich die Experten/-innen der Kantone einig, dass der Fokus auf dem Ziel und der sich daraus ergebenden geeignetsten Strategien liegen soll. Eine Kombination der verschiedenen Ansätze wird als erfolgversprechendste Strategie gesehen, wie untenstehende Textstelle verdeutlicht:

*„Was für mich zentral ist, ist der Mix. Das man sich wirklich gut überlegt, was will ich bei wem erreichen und wie mache ich das und mit wem mache ich das. Also das die vielen W-Fragen zuerst wirklich gut geklärt sind und dass man dann drauf los gehen kann.“ (E1, Z. 287-290)*

Ein zentraler Faktor für den Erfolg ist zudem, Leute für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren und sich mit anderen Kantonen zu vernetzen. Eine hohe Flexibilität und eine Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention werden als zielführende Strategien erlebt.

### **4.3 Ergebnisse Projektverantwortliche Gesundheitsförderung**

Als letzter Bereich werden die Ergebnisse der Projektverantwortlichen Gesundheitsförderung beschrieben.

#### **4.3.1 Settingansatz**

Die Projektverantwortlichen sehen ein definiertes Setting als erleichterten Zugang zu den Personen, wobei innerhalb eines umgrenzten Systems Überlegungen zu Einflussfaktoren gemacht werden können. Der Settingansatz wird als positiver Ansatz gewertet, der versucht, die Umwelt so zu gestalten, dass es nicht zu Problemen kommt. Vereinfacht wird laut den Experten/-innen eine Intervention durch die

bereits vorhandenen Strukturen, auf die zurückgegriffen werden kann. Als Beispiel wird die Schule erwähnt, wo bereits Lehrpersonen vorhanden sind, die mit den Kindern in Kontakt stehen. Durch die Nutzung vorhandener Strukturen werden Ressourcen gespart. Folgender Interviewauszug verdeutlicht auch die langfristige Wirkung durch den Einbezug des ganzen Settings.

*„Ich finde es sogar notwendig, dass man eigentlich das ganze Setting miteinbezieht, wenn man langfristig etwas bewirken möchte.“ (E5, Z. 302-306)*

Das Setting wird als Ansatz erlebt, der viel integrieren und schlussendlich auch viel bewirken kann. Herausforderungen sehen die Experten/-innen durch die Konfrontation und Prioritätensetzung innerhalb des Settings mit anderen Themen ausserhalb der Gesundheitsförderung. Als ein weiterer Nachteil wird erläutert, dass nur dieses eine Setting berührt wird und deshalb für eine globale Erreichung der Bevölkerung in weiteren Settings gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden müssen. Die Wirkung des Settingansatzes wird trotzdem als stark gewichtet.

#### **4.3.2 Zielgruppenansatz**

Als positiver Aspekt wird die Anpassung der Massnahmen auf bestimmte Bedürfnisse der Zielgruppen beschrieben. Nachfolgende Interviewstelle bestätigt zudem die Eingrenzung der Zielgruppe als positive Eigenschaft:

*„Es ist ein Vorteil halt, je genauer man die Zielgruppe eingrenzt, desto besser kann man auf sie eingehen.“ (E6, Z. 61-62)*

Die Projektverantwortlichen sehen Herausforderungen bei den begrenzt vorhandenen Ressourcen. Es werden Kombinationen von breiten Zielgruppenansätzen und spezifischen Gruppen empfohlen. Zusätzlich als Herausforderung sehen die Experten/-innen die Abwägung zielführender Strategien und Überlegungen bezüglich negativer Auswirkungen durch Massnahmen auf eine andere Gruppe. Auch die Kosten werden von den Projektverantwortlichen als zentraler Einflussfaktor beschrieben, da zielgruppenorientiertes Arbeiten teuer ist, auch wenn der Nutzen durch die Wirkung grösser sein könnte, als bei einer allgemeinen Informationskampagne. Die Gefahr der Stigmatisierung ist ein weiterer negativer Effekt, da Gruppen praktisch vom grünen Tisch aus definiert werden. Als eine Herausforderung, aber schlussendlich auch ein Vorteil wird erwähnt, das Bedürfnis bei den Personen, die involviert sind zu erfassen, um gewinnbringende Interventionen zu entwickeln. In den Interviews wird auch der aufwändige Prozess zur Erreichung sozioökonomisch benachteiligter Gruppen beschrieben, da wenig gute Beispiele von Erfahrungen vorhanden sind.

#### **4.3.3 Lebensphasenansatz**

Die Experten/-innen sind sich einig, dass Prävention nur dann effektiv ist, wenn die Massnahmen den Lebensphasen angepasst sind. Es wird grosses Potenzial in Übergängen und Lebensphasen wahrgenommen. Als zentral wird auch erwähnt, sich einerseits über Risiken und andererseits auch über Chancen, die in diesen Übergängen stecken, Gedanken zu machen. Als eine ressourcenorientierte und

kompetenzorientierte Sichtweise wird der Lebensphasenansatz in folgendem Interviewauszug beschrieben:

*„(...) und da wäre für mich ganz wichtig diese ressourcenorientierte und kompetenzorientierte Sichtweise, dass man sich durch Krisen und Übergänge sehr stark neue Kompetenzen aufbauen kann.“ (E6, Z. 275-279)*

Der Lebensphasenansatz ermöglicht es, spezifisch auf die Bedürfnisse in den verschiedenen Lebensphasen einzugehen und diese auch in Planung und Gestaltung der Massnahmen einzubeziehen. Je früher mit gewissen Themen gearbeitet wird (beispielsweise in der Kindheit), desto grösser sind die Chancen, dass die Massnahmen Verhaltensweisen im Erwachsenenalter prägen. Die Experten/-innen schätzen die ganzheitliche Perspektive des Lebensphasenansatzes und die Ermöglichung einer systematischen Vorgehensweise, da durch den Ansatz Wirkungsketten und verschiedene Massnahmen aufgezeigt werden können. Auch können Stakeholder oder Organisationen, die in gesundheitsförderlichen Bereichen tätig sind erfolgreicher zur Zusammenarbeit bewegt werden. Der Lebensphasenansatz wird auch als Chance gesehen, die Themen nicht nur an einem Problem aufzuhängen, sondern dem Gesundheitsthema über längere Zeit in einer Lebensphase Aufmerksamkeit zu schenken und die Themen als Gesamtes zu betrachten.

Im Gegensatz zu den genannten positiven Aspekten ist es laut den Experten/-innen schwierig zu überzeugen, dass die Interventionen Langzeiteffekte haben. Folgende Aussage belegt dies:

*„Das halt einfach wirklich die Nachweisbarkeit und auch das Gewinnen von Ressourcen für solche Massnahmen schwierig ist, weil eben die Langzeitperspektive zuerst mal verinnerlicht und verstanden werden muss.“ (E4, Z. 55-59)*

Auch werden in der Schweiz kaum Projekte über einen längeren Zeitraum angesetzt. Der Lebensphasenansatz zeigt den Projektverantwortlichen eine andere Perspektive auf. Anpassungen an verschiedene Bedingungen, an das Umfeld oder an die Zielgruppen werden dennoch als nötig empfunden.

Die Experten/-innen sehen den zentralen Punkt darin, die Lebensphasen einzeln anzugehen und Angebote zu vernetzen. Die erfolgversprechendsten Ansätze werden in der frühen Kindheit wahrgenommen, was in der Literatur klar erwiesen ist. Es passiert in der Phase von -3 bis 6 noch sehr wenig, obwohl die Wissenschaft appelliert, schon dort mit gesundheitsfördernden Interventionen anzufangen. Bei den Lebensphasen wird ein Ansatz in zwei Teilen als spannende Perspektive gesehen. Also ein Projekt zu konzipieren, dass einerseits die gesamte Lebenslaufentwicklung einbezieht und andererseits die kritischen Lebensphasen in den Fokus nimmt und schaut, was sind eigentlich die Chancen bei solchen Übergängen und entsprechend dann umsetzt bei einer Zielgruppe, die sehr dem Risiko ausgesetzt ist, wie sozioökonomisch benachteiligte Gruppen.

#### 4.3.4 *Ansatzübergreifende Ergebnisse*

In der Schweiz wird ein Defizit bei der theoretischen und letztendlich auch empirischen Fundierung empfunden, weil einerseits viele Personen sich nicht genügend mit den Theorien auseinandersetzen und andererseits neue Projektideen gemacht werden, die nicht bis zum Ende evaluiert sind. Die Experten/-innen sind jedoch der Meinung, dass die Konzentration immer häufiger auf bewährte Modelle gelegt wird. National steigert sich laut den Experten/-innen die Wichtigkeit des Lebensphasenansatzes durch die Integration altersbezogener Themen, wie die frühe Förderung oder der demographische Wandel.

Auch international verdeutlichten die Interviews das Aufkommen des Lebensphasenansatzes. In Skandinavien gebe es immer mehr Längsschnittstudien, die zeigen, wie sich Personen entwickeln. Dabei fliessen Daten aus der ganz frühen Kindheit ein, um Faktoren zu erhalten, die die Entwicklung begünstigen. International und vor allem gerade im englischsprachigen Bereich wird laut Experten/-innen vermehrt theoretisch fundiert vorgegangen. Die Etappen beim Vorgehen im Bereich der Gesundheitsförderung in Deutschland, USA oder auch Österreich werden als ähnlich erlebt wie in der Schweiz, gerade im Bereich des Setting Gemeinde. In Deutschland, vor allem in Berlin, liegt der Fokus stark auf dem Settingansatz und in Kanada wird stark der Lebensphasenansatz praktiziert. Empfehlungen zu den Themen Ernährung, Bewegung oder auch Alkohol, die in Kanada herausgegeben werden, finden auf Grundlage von Altersstufen statt, konstruiert an den drei Lebensphasen Kinder/Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen. Auch in Frankreich, Deutschland und Italien wird gemäss den Experten/-innen der Lebensphasenansatz stark praktiziert.

Auch die Experten/-innen aus dem Bereich Projektverantwortliche Gesundheitsförderung sind der Meinung, dass die Ansätze untereinander nicht wirklich zu trennen sind, weil sich die Zielgruppe ja auch in einem bestimmten Setting befindet. Auch das Thema und der Kontext tragen einen Einfluss bei, zur Auswahl des erfolgversprechendsten Ansatzes.

*„Ich denke da gibt es grosse Überschneidungen zwischen den verschiedenen Ansätzen und den Zielen. Ich finde es sehr wichtig, dass man sich auch wirklich theoretische Gedanken macht, welchen Ansatz man jetzt wählt bzw. eigentlich alle Einsätze miteinbezieht bei den Definitionen von Projekten und dass man dann vor allem empirische Ergebnisse zu Rate zieht, (...)“ (E6, Z. 74-84)*

Auch sollte laut den Experten/-innen vermehrt auf partizipative Ansätze zurückgegriffen werden, um dadurch die Bedürfnisse der Zielgruppen in den Fokus setzen zu können.

## 4.4 **Praxisbeispiele**

### 4.4.1 *Praxisbeispiel Kantone*

Aus den Interviews hat sich gezeigt, dass die Gesundheitsförderung in allen Gemeinden ähnlich abläuft und die gleichen Themen relevant sind. Es wird ein Mix aus allen Ansätzen verwendet. Die wichtigsten Schwerpunkte der Kantone sind frühe Kindheit, Jugend, Suchtprävention, psychische Gesundheit, Alter

und gesundes Körpergewicht. Aufgrund fehlender Ressourcen sind die Angebote nicht überall gleich abgedeckt. In allen Gemeinden wird bei der Konzeption davon ausgegangen, dass die beiden Lebensbereiche Kindheit und Jugend besonders lohnend für gesundheitsförderliche Interventionen sind, beispielsweise gerade beim Thema Ernährung und Bewegung. Und hier vor allem auch der Bereich frühe Kindheit, welcher aber noch am wenigsten etabliert ist. Im Themenbereich Sucht wird viel mit dem Zielgruppenansatz gearbeitet, um die besonders gefährdeten Menschen, die wenige Ressourcen haben oder wenige Kompetenzen besitzen, zu erreichen. Einige Gemeinden haben die Programme als Schaubild in Lebensphasen dargestellt, um zu sehen, ob alle Lebensphasen abgedeckt sind. Dadurch wird Klarheit in die Konzeption gebracht. Weiterhin möchten die Experten/-innen aus dem Bereich Kantone innerhalb der Lebensphasen Themen bezeichnen, mit denen dann gearbeitet wird. Als zentrales Setting werden die Gemeinden mit ihren Rahmenbedingungen gesehen. Es werden mit interessierten Gemeinden gute Lösungen entwickelt, Kooperationen zwischen Gemeinden und Partnern geschaffen und auch gute Beispiele gezeigt. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Vernetzungsarbeit. Als ein klassisches Setting wird die Schule genannt. Dabei geht es allerdings nicht nur um die Rahmenbedingungen, sondern auch um Informationsübermittlung. Es wird versucht, mit verschiedenen Institutionen zusammen zu arbeiten. Was nicht oder nur sehr selten verfolgt wird, ist die allgemeine Bevölkerung als Zielgruppe. Aufgrund von Ressourcen wird vermehrt über Multiplikatoren/-innen (wie beispielsweise die Mütter- und Väterberatungsstelle) gearbeitet, da hier der grösste Kosten-Nutzen-Effekt beobachtet wird. Die Weitergabe der Botschaft durch kleine Zielgruppen ist effektiver und günstiger.

Der beschriebene Mix der Ansätze wird geschätzt, da Programme flexibel gehandhabt werden können. Das ganze Gerüst, die ganzen Ansätze oder das Rahmenkonzept sind sehr wichtig und erleichtern die Handhabung. Allerdings kann der Mix dazu führen, den Überblick über verschiedene Massnahmen zu verlieren. Auch Überschneidungen von Themen (wie Jugend und Sucht), was gerade bei der Konzeption zu einem Durcheinander führen kann, werden als negative Effekte empfunden. Als generelle Herausforderung wird genannt, Leute für ihr Thema zu gewinnen, da Themen der Gesundheitsförderung nicht verpflichtend, also gesetzlich verankert, sind. Zudem haben die Kantone nur wenig mit der Endzielgruppe zu tun und die Organisation in Settings, gerade bei Gemeinden, ist sehr verschieden. Erfolge direkt an der Bevölkerung können keine gemessen werden. Sie ergeben sich aber vor allem durch die grössere Akzeptanz für das Thema Gesundheitsförderung, indem Fragen dieses Themenbereichs gerade in Gemeinden als wichtig gewichtet werden und Netzwerke sich ausbreiten.

#### **4.4.2 Praxisbeispiele Organisationen**

##### **Praxisbeispiel Organisation 1**

Das Ziel des Projekts war es, ein Lebenskompetenzprogramm einzusetzen, dass durch den Einbezug von Schüler/Schülerinnen, Lehrpersonen und Eltern durchgeführt wurde. Es ging darum, dass die Kinder bestimmte Lebenskompetenzen wie der Umgang mit Emotionen oder Herausforderungen in der

Schule lernen. Es wurden für die Schülerinnen und Schüler die Settings Schule und Familie abgedeckt. Einerseits haben die Lehrpersonen eine Stunde so gestaltet, dass bestimmte Lernkompetenzen behandelt werden. Andererseits haben die Eltern ein Training bekommen, wie sie mit schwierigen Erziehungsfragen umgehen können. Auch bekamen die Lehrpersonen ein Programm zu ihrem eigenen Stressmanagement. Die Gruppen konnten durch das Projekt auf ein gemeinsames Ziel eingeschworen werden. Schlussendlich haben sich die Eltern wie auch die Lehrpersonen auch ausserhalb des Projekts getroffen, um an diesem gemeinsamen Ziel des Projektes zu arbeiten. Der Hauptgrund für die Wahl des Setting Schule ergab sich durch die Zielgruppe, weil dort alle Schüler und Schülerinnen in diesem Alter vereinigt sind. Herausforderungen stellten sich beim Erreichen von Eltern mit Migrationshintergrund. Mit Spezialisten/-innen oder Vertreter/-innen von Migrationsvereinigungen, Elternvereinigungen, Schulen usw. wurde in Workshops versucht zu erarbeiten, was die Barrieren sind und warum Leute mit Migrationshintergrund an Projekten nicht teilnehmen. Es stellte sich heraus, dass betroffene Personen negative Erfahrungen mit Schulen gemacht haben. Dies kreierte Ängste und Erinnerungen. Es wurde dann versucht, die Eltern sehr informell mit Kaffee und Kuchen zu empfangen, um sich auszutauschen. Dadurch konnten Eltern mit Migrationshintergrund erreicht werden. Die Umsetzung des Programms war relativ teuer und es war schwierig, für das Projekt Geldgeber zu finden. Durch dieses Programm konnte aber eine positive Kultur hergestellt werden und auch die Teilnahmequote mit ca. 60% der Eltern wurde als ein gutes Resultat gewertet. Die Erziehungshilfen gaben den Eltern mehr Sicherheit bezüglich Erziehungskompetenz.

### **Praxisbeispiel Organisation 2**

Durch die Plattformen „Gesunde Gemeinden“ und „Gesunde Schulen“ steht hier der Settingansatz stark im Fokus. Innerhalb dieser Plattform wird jedoch je nach Angebot auch im Zielgruppenbereich oder Lebensphasenansatz gearbeitet. Den Vorteil eines Settings, beispielsweise der Gemeinden, beschreibt der Projektverantwortliche darin, dass viele Bereiche im Setting verpackt werden können, wie das Bauamt, das Gesundheitsdepartement oder das Sozialdepartement. In den Settings wird anschliessend nach vorhandenen Strukturen und Angeboten gesucht. Es werden auch verschiedene Lebensphasen ins Zentrum gestellt, beispielsweise die Jugendpolitik oder der Übergang von der Jugend ins Erwachsenenalter. Der Settingansatz und der Lebensphasenansatz überschneiden sich. Als zentrales Element bei Interventionen in Gemeinden wird die Einbindung der Politik beschrieben, da dies notwendig ist, um politisch abgestützt arbeiten zu können. Zusätzlich muss eine Struktur innerhalb der Gemeinde aufgebaut werden, die den Prozess führen kann. Dabei sollten alle wichtigen Akteure mit einbezogen werden. Anschliessend werden je nach Themen die Zielgruppen bzw. die Lebensphase bestimmt und dadurch die Schlüsselpersonen in den Prozess miteinbezogen, um die Partizipation und Bevölkerungsnähe zu fördern. Die breite Vernetzung ist ein weiterer wichtiger Punkt. Durch eine Situationsanalyse werden Prioritäten gesetzt und einen Massnahmeplan aufgestellt. Herausfordernd bei diesem Vorgehen nennt der Projektverantwortliche die Dauer des Prozesses, da dieser 4 bis 5 Jahre

dauern könne. Resultate werden vor allem auf der Prozessebene gesehen und sind hauptsächlich spürbar durch die Verankerung des Themas „Gesundheit“ in den Gemeinden.

### Praxisbeispiel Organisation 3

Eine weitere Organisation arbeitet im Programm Ernährung und Bewegung hauptsächlich mit den Kantonen zusammen, wo die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung abgeholt werden. Weiter werden nationale und internationale wissenschaftliche Grundlagen sowie Praxisbeispiele recherchiert. Seit Beginn des Programms wird inhaltlich vorzugsweise mit dem Lebensphasenmodell gearbeitet. Wie Abbildung 4 zeigt, werden im Programm die verschiedenen Lebensphasen von Kindern und Jugendlichen ins Zentrum gestellt, jedoch verbunden mit den Settings. In der Mitte sind mögliche Zielgruppen bzw. Multiplikatoren/-innen für die Interventionen in den Bereichen angegeben. Der Kern bilden die Kleinkinder/Kinder und Schulkinder. In der Adoleszenz passiert weniger, weil da neue Strukturen zu Betrieben und Berufsschulen aufgebaut werden müssten, was aufgrund der fehlenden Ressourcen nicht möglich ist. Die Multiplikatoren/-innen nehmen einen hohen Stellwert ein. Das Programm dient als Rahmen für die Kantone und ihre Projekte und Programme. Ein weiterer zentraler Aspekt des Programms der stark vertreten wird, ist die Kombination der Verhaltens- und Verhältnisprävention. Durch die Verhältnisprävention wird das Umfeld bzw. die Gestaltung der Umwelt ins Auge gefasst, um dadurch für nachhaltige Effekte und Verankerungen von gesundheitlichen Themen oder Interventionen zu sorgen.

Lebensphasen		I	II	III	IV	V	VI
		Schwangerschaft 1. Lebensj. 0-1 Jahr	Kleinkind 2-3 J.	Vorschulstufe 4-6 J.	Primarstufe 6-11 J.	Sekundarstufe I 12-16 J.	Sekundarstufe II Lehre 17-20 J.
Wichtige Einflusspersonen	Familie	Eltern- und Erziehungsberechtigte					
	Gesundheitswesen	Gynäkologe Hebamme Stillberater Pädiater	Pädiater Hausarzt	Pädiater Schularzt Hausarzt Zahnarzt			
	Bildung & Beratung	Geburtsvorbereitung Mütter/Väterberatung	Mütter/Väterberatung Krippe Spielgruppe	Spielgruppe Krippe Kindergarten	Primarlehrer Jugend & Sport	Oberstufenlehrer Sportverein	Gymnasiallehrer Lehrmeister Sportverein
	Peer-groups	Spiekameraden Vereine			Freundeskreis Mitschüler Vereine		

Abbildung 4: Matrix Projekt

Durch das beschriebene Vorgehen kann der Aufbau von Partnerschaften grosse Vorteile bringen. Es entwickeln sich wichtige Synergien. Erfolge zeigen sich dadurch, dass sich der BMI bei den Kindern stabilisiert hat. Durch die enge Zusammenarbeit mit den Kantonen können deren Bedürfnisse und



Probleme sehr gut aufgenommen und Hilfestellungen angeboten werden. Herausforderungen ergeben sich durch die sektionsübergreifende Zusammenarbeit, da die Gesundheit auch Sport, Bildung oder Integration betrifft. Weitere Schwierigkeiten sind die finanziellen und personellen Ressourcen. Auch braucht das Programm Zeit, um sich zu verankern und nachhaltige Wirkungen zu zeigen. Für die Zukunft sollten vermehrt einheitliche Botschaften und eine Stärkung des Themas allgemein gefördert werden.

#### **Praxisbeispiel Organisation 4**

Das Praxisbeispiel der Organisation 4 zeigt, dass die Partner eine wichtige Rolle spielen. Es wurden zu Beginn kontextuelle systemische Analysen gemacht, um zu sehen, welche Akteure bereits im analysierten Bereich arbeiten. Als zentral wird das Wissen der verschiedenen Einflussfaktoren auf das Verhalten beschrieben. Dabei wurden das individuelle physische Verhalten, die Umwelt, psychologische Aspekte und gesellschaftliche Aspekte aufgezählt. Es ergeben sich durch die Analyse verschiedene Settings, bei denen eine Wirkung erzielt werden sollte. Die Organisation 4 orientiert sich in den verschiedenen Sektoren hauptsächlich am Settingansatz und ist für die Rahmenbedingungen zuständig. Nach dem Motto des Programms „Make the healthy choice, the easy choice“ möchte man die Strukturen beeinflussen. In den Bereichen wurde geklärt, welche Akteure seit Jahren einen Platz im genannten Setting haben, um eine Zusammenarbeit auf die Beine zu stellen. Das ganze Programm wird mit weiteren Partnern durchgeführt, die sich zur Erreichung der Bevölkerung mehr an den Lebensphasen orientieren. Durch das Programm werden neue Ansätze in bereits vorhandene Strukturen integriert. Als zentraler Vorteil wurde der Einfluss anderer Akteure genannt. Es werden Synergien kreiert, um das gleiche Ziel auf verschiedenen Niveaus zu verfolgen. Rollen, Zuständigkeiten und Ressourcen können geteilt werden. Nachteile ergeben sich hauptsächlich in der Koordination des Programms und der Kommunikation auf gleicher Linie. Es muss zudem am Anfang viel investiert werden, um die Zusammenarbeit mit Akteuren und die Verankerung der Themen zu etablieren. Die möglichen Erfolge werden schlussendlich aber höher gewichtet als die Herausforderungen. Auch zeigen sich Erfolge bei der Zusammenarbeit mit den Partnern. Die Akteure sind näher zusammengedrückt, Zuständigkeiten konnten verteilt werden und die einheitliche Kommunikation hat sich verbessert. Als Hauptfaktor für den Erfolg des Programms wird die Verwendung aller Ansätze gesehen. Einerseits muss die Vielfalt auf Niveau des Individuums gewährleistet sein und andererseits braucht es einen globalen Ansatz. Durch die Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren werden alle Elemente, also Setting, Lebensphasen und Zielgruppen abgedeckt.

## 5 Diskussion

In den folgenden Kapiteln werden die zentralen Erkenntnisse aus der Literatur und den Experteninterviews, gegliedert anhand der drei Ansätze, zusammengefasst. Zum Schluss werden Handlungsempfehlungen für das BAG erläutert sowie ein Ausblick mit weiteren spannenden Aspekten für die Zukunft dargelegt.

### 5.1 Literatur

#### **Setting**

Der Settingansatz wird in der Literatur, bei Beeinflussung der Rahmenbedingungen, als nachhaltige Strategie mit langfristig stabilen Wirkungen beschrieben. In den Settings ist zudem eine Koppelung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention möglich, wodurch sich die Wirkung der Interventionen verstärken kann. Die Entwicklung gesundheitlicher Kompetenzen durch den Settingansatz ist ein weiterer zentraler Vorteil, da dies auch als ein Ziel der NCD-Strategie definiert wurde. Zudem ist die gute Erreichung von sozial benachteiligten Gruppen, beispielsweise durch Schulen, ein positiver Faktor. Bisher steht jedoch kein komplexes theoretisches Modell zur Gesundheitsförderung in Settings zur Verfügung und Interventionen innerhalb der Settings erweisen sich als sehr anspruchsvoll. Setting-Interventionen sind allgemein schwierig zu evaluieren, wodurch wenige Evaluationen vorliegen oder dann auch konkurrierende Ergebnisse liefern können. Um eine möglichst positive Wirkung zu erzielen, sollten verschiedene Settings, wie Schulen, Kitas oder die Jugendarbeit, sowie vorhandene Partner zu einer strategischen Zusammenarbeit bewogen werden. Der Zugang in die Settings kann sich durch etablierte Netzwerke vereinfachen.

#### **Zielgruppen**

Durch den Zielgruppenansatz können Angebote bedarfsgerechter als für die Allgemeinbevölkerung gestaltet werden. Um eine möglichst grosse Wirksamkeit zu erreichen, ist ein richtiges Mass an Differenziertheit und Allgemeinheit bei der Zielgruppendefinition unumgänglich, jedoch auch sehr herausfordernd. Der Erfolg ist davon abhängig, wie die Bedürfnisse und Interessen spezifisch auf die Zielgruppen eingestellt sind. Geeignet ist der Zielgruppenansatz hauptsächlich bei Personen, die verstärkt einem Risiko ausgesetzt sind. Eine zentrale Zielgruppe in der Gesundheitsförderung sind sozioökonomisch benachteiligte Personen.

#### **Lebensphasen**

Der Lebensphasenansatz betont spezifische Übergänge und Phasen, wodurch sich auch die Möglichkeit bietet, unterschiedliche Prozesse hervorzuheben. Ausserdem werden Risiken identifiziert, welche chronische Krankheiten im späteren Erwachsenenalter beeinflussen können. Die Lebensphasen Kindheit und Jugend stellen mit ihren Ressourcen für die Prävention und Gesundheitsförderung ein erhebliches Potenzial dar. Herausforderungen ergeben sich aufgrund der unterschiedlichen Settings und

Akteure je nach Lebensphase. Der Lebensphasenansatz wird bislang hauptsächlich als theoretisches Modell beschrieben, wodurch auch eine mangelnde Anzahl von Evaluationen innerhalb der Praxis vorhanden ist. Durch mehr Forschung ist die Entwicklung von Lebenslaufmodellen möglich, welche für zukünftige Interventionen einen grossen Beitrag an die Prävention und Gesundheitsförderung leisten können.

Aus der Literatur hat sich gezeigt, dass alle Ansätze ihre Vorteile und Herausforderungen mit sich bringen. Je nach Art der Ziele eines Projekts oder einer Strategie kann der eine oder andere Ansatz zielführender sein. Bei der Erarbeitung gesundheitsfördernder Massnahmen ist es deshalb von Bedeutung, sich Gedanken zu allen Ansätzen zu machen. Auch wird in der Literatur vorgeschlagen, in Zukunft vermehrt auf integrierte und multimodale Programme zu setzen. Zudem ist das Kindes- und Jugendalter ein zentraler Zeitpunkt für Interventionen, da diese mit hohen Gesundheitspotenzialen und Kompensationsrisiken ausgestattet sind. Allgemein sind die Ansätze und auch durchgeführten Interventionen wenig evaluiert, und wenn sie betrieben wurden, erfolgten diese oft mit unangemessenen Mitteln. Auch werden in der Literatur mangelnde Kenntnisse über Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben, beanstandet.

## 5.2 Experteninterviews

Zwischen den Ergebnissen aus den verschiedenen Bereichen der Experteninterviews gab es keine grossen Abweichungen. Wie nachfolgende Zusammenfassung der Erkenntnisse zeigt, werden ähnliche Vorteile, Herausforderungen und Erfolgchancen der Ansätze wahrgenommen.

### Setting

Der Vorteil des Settingansatzes wird hauptsächlich darin gesehen, die Rahmenbedingungen der Settings beeinflussen zu können, was langfristige und verankerte Effekte mit sich bringt. Zudem erleichtert ein definiertes Setting den Zugang für Interventionen sowie die Identifikation zentraler Aspekte, Einflussfaktoren und Akteure. Es können viele Personen, die in einem ähnlichen Umfeld funktionieren, erreicht werden. Jedoch wird der Settingansatz auch als begrenzt wahrgenommen, da nur die sich im Setting befindenden Personen von einer Intervention betroffen sind und somit eine Selektion stattfindet. Oftmals sollten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme sich gerade an jene Personen richten, die keinem festen Setting zugehören. Zudem werden Interventionen innerhalb eines Settings oftmals als politisch aufwändige und komplexe Prozesse wahrgenommen. Auch ist der Zugang zu den Settings oftmals schwierig und die Gesundheitsförderung innerhalb des Settings hat als Thema und für Massnahmen keine Priorität. Trotzdem werden, nebst grossen Risiken und hohem Aufwand, durch Interventionen im Setting starke Effekte und eine hohe Stabilität der Wirkung wahrgenommen, hauptsächlich bei Beeinflussung von Rahmenbedingungen.

## **Zielgruppen**

Der Zielgruppenansatz wird vorzugsweise bei Risikogruppen als zentrale Funktion mit guten Evidenzen erklärt. Die Massnahmen werden auf bestimmte Bedürfnisse der Zielgruppen angepasst. Gemeinsame Merkmale von Personen innerhalb der Gruppen können Zielgruppen von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden, wodurch die Massnahmen spezifischer ausgerichtet sind. Als herausfordernd kann sich die Zielgruppendefinition und Eingrenzung der Zielgruppe herausstellen. Der Zielgruppenansatz ist zudem sehr selektiv auf eine Gruppe ausgerichtet. Es muss aufgepasst werden, dass Interventionen keine negativen Auswirkungen auf andere Gruppen verursachen. Allgemein gestalten sich der Prozess zur Definition und die Erreichung einer Zielgruppe als sehr aufwändig und Ressourcen sind oftmals begrenzt.

## **Lebensphasen**

Die Experten/-innen schätzen am Lebensphasenmodell, dass spezifisch auf verschiedene Übergänge und Brüche innerhalb der Lebensphasen eingegangen werden kann. Chancen und Risiken von Personen werden durch das Modell in Interventionen integriert. Es wird ein grosses Potenzial gesehen, da auch die Erreichung von Personen möglich ist, die sich in diesen Risikophasen befinden und oftmals keinem gefestigten Setting zugehören. Durch das Modell wird eine ganzheitliche Perspektive verinnerlicht und Themen der Gesundheit können über längere Zeit hinweg begleitet werden. Es wird als sinnvolle Ergänzung zum Settingansatz und Zielgruppenansatz angesehen, da diese innerhalb der Lebensphasen für die Umsetzung eingeordnet werden können. Gerade Interventionen in der frühen Kindheit können spätere Verhaltensweisen prägen und neue Kompetenzen aufbauen. Herausfordernd ist hauptsächlich der aufwändige und langwierige Prozess. Die Nachweisbarkeit des Erfolgs ist aufgrund langer Projekte schwierig und die Forschung steht noch am Anfang. Das Modell wird vorzugsweise in der Konzeption als wertvoll empfunden, befindet sich jedoch weiter weg von der Durchführung einzelner Massnahmen. Komplex gestalten sich Massnahmen auch durch die multiplen Akteure, die in den verschiedenen Lebensphasen interagieren.

Die Experteninterviews haben gezeigt, dass die drei Ansätze nicht trennscharf sind, sondern sich ergänzen und bei allen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen miteinbezogen werden müssen. Der Ansatz bzw. eine Kombination der Ansätze muss auf das Ziel, das Thema und auch den Kontext abgestimmt sein, worauf schlussendlich eine geeignete Strategie aufgebaut werden kann. Zentral sind die Überlegungen, was, bei wem, wie und mit wem erreicht werden möchte. Zudem wird innerhalb der Ansätze eine Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention als gewinnbringend gesehen. Auch werden Multikomponentenprogramme empfohlen und vor allem im Vergleich zu Einzelmassnahmen als erfolgsversprechender wahrgenommen, weshalb es ein umfassendes Programm mit vielen Einzelprojekten oder Einzelangeboten braucht. Interventionen sollten nicht in isolierten Settings stattfinden, sondern sich vermehrt in Richtung Gesellschaft bewegen und aufeinander

abgestimmt sein. Bei allen Interventionen ist evidenzbasiertes Arbeiten durch Recherchen in der Wissenschaft unabdingbar. Um eine erfolgreiche Massnahme oder Intervention zu erarbeiten, sind theoretische Gedanken essentiell und empirische Ergebnisse müssen zu Rate gezogen werden. Allgemein überschneiden und ergänzen sich die Ergebnisse aus der Literatur und den Experteninterviews.

Die Praxisbeispiele haben gezeigt, dass immer ein Mix aller Ansätze verwendet wird, um möglichst erfolgreich die Bevölkerung zu erreichen. Es ist wichtig, sich den Vorteilen und Herausforderungen der Ansätze bewusst zu sein, um ein zielführender Aufbau von gesundheitsfördernden Interventionen zu erreichen. Wichtig ist es auch, mit Partnern zu arbeiten und eine möglichst breite Vernetzung aufzubauen sowie Synergien zu entwickeln. Wichtige Akteure, die sich bereits im zu intervenierenden Feld befinden, sollten für die Strategie oder das Programm miteinbezogen werden. Eine zentrale Stelle zur Erreichung der Bevölkerung nehmen zudem die Multiplikatoren/-innen ein.

### 5.3 Handlungsempfehlungen

Im Folgenden wird erläutert, welches Handeln aufgrund des Wissenstands bezüglich der NCD-Strategie und den gemachten Erkenntnissen für das BAG als am sinnvollsten gewertet wird.

Die zentralste Empfehlung ist, alle Ansätze in die Erarbeitung der Strategie miteinzubeziehen, sowie diese auf die Ziele der Strategie auszurichten. Abbildung 5 zeigt ein möglicher Aufbau der Strategie anhand der drei Ansätze. In einem ersten Schritt sollte die ganzheitliche Perspektive der Lebensphasen in den Fokus genommen werden. Darin können kritische Abschnitte und Übergänge, sowie Chancen und Risiken definiert werden.

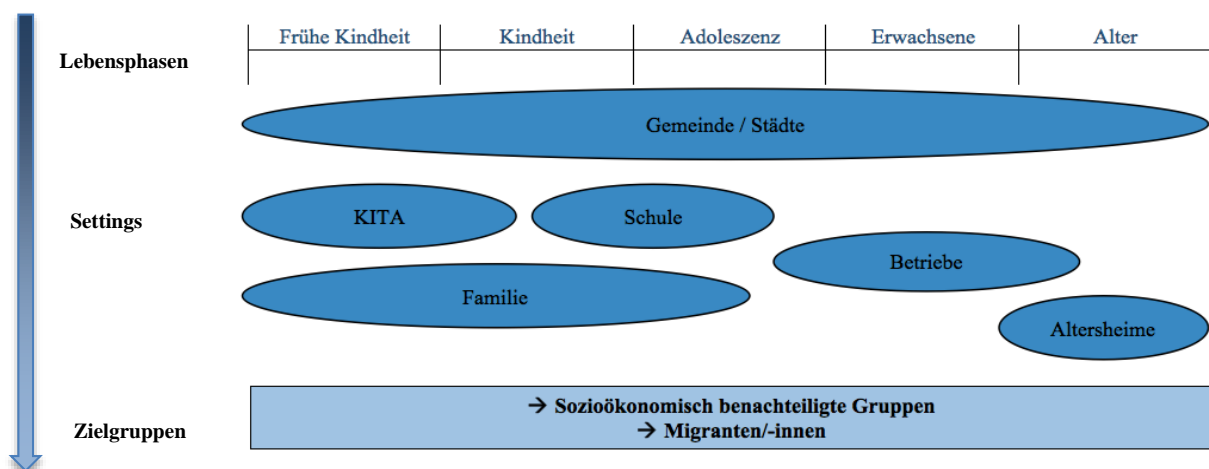


Abbildung 5: Möglicher Aufbau der Ansätze

Anschliessend ist in jeder Lebensphase die Identifikation der dazugehörigen Settings für mögliche Interventionen notwendig. Die Beeinflussung der Rahmenbedingungen ist als es ein Ziel der NDC-Strategie definiert und kann durch Interventionen innerhalb der Settings erreicht werden. Auch für das Ziel „Verbesserung der Gesundheitskompetenzen der Personen“ gelten Settings als ein wichtiger Ort zur Intervention. Als zielführend empfiehlt die Autorin, Einzelmassnahmen in den Lebensphasen und Settings als Ganzes innerhalb der NCD-Strategie einzubetten. In jeder Lebensphase oder allen Settings gibt es Gruppen, wie beispielsweise sozial benachteiligte Personen oder Migranten/-innen, die grösseren Risiken ausgesetzt sind und ein erhöhter Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf bedürfen, weshalb es in einem letzten Schritt zentral sein kann, Interventionen spezifisch für diese Gruppen zu erarbeiten. Die Abbildung zeigt, dass sich der Fokus von oben nach unten bewegt, also von den Lebensphasen, über die Settings bis hin zu Zielgruppen, und immer enger wird. Der Ansatz lässt sich gut anhand der Adoleszenz erläutern. In einem ersten Schritt werden die Risiken und Chancen innerhalb der Adoleszenz, wie beispielsweise die Pubertät oder der Einstieg ins Berufsleben, ermittelt. Es folgt die Bestimmung von Settings, wie die Schule, Betriebe, Gemeinden oder die Familien, wo mit Interventionen angesetzt werden kann. Dabei muss beachtet werden, nicht nur in einem, sondern in mehreren Settings zu intervenieren, und diese verschiedenen Settings zu einem Ganzen innerhalb der Strategie zu integrieren. In einem letzten Schritt wird der Fokus auf die Zielgruppen, die einem höheren Risiko ausgesetzt sind, gelegt. Gerade für Jugendliche aus anderen Ländern kann es aufgrund anderer Kulturen oder der Sprache schwieriger sein, einen Ausbildungsplatz zu finden. Auch können sozial benachteiligte Gruppen einem höheren Risiko zum Konsum von Tabak oder Alkohol ausgesetzt sein. Durch die beschriebenen Empfehlungen werden schlussendlich alle Ansätze für die Prävention- und Gesundheitsförderung miteinbezogen und können je nach Ziel ausgerichtet werden.

Wie bei der Vorstellung des Praxispartners beschrieben, werden bei der Erarbeitung der Strategie bereits wichtige Partner, wie die Gesundheitsförderung Schweiz, Kantone oder auch NGOs miteinbezogen. Für die Umsetzung ist es essentiell, mit den Partnern weiterzuarbeiten, an vorhandenen Strukturen anzusetzen und die Vernetzung des BAGs mit den Partnern zu nutzen. Auch die Programme Alkohol, Tabak und Ernährung + Bewegung sollten als Teile in die Strategie miteinbezogen werden. Zudem ist die Stützung auf klare Theorien und Konzepte aus der Wissenschaft für die Erarbeitung der Strategie und schlussendlich dann auch der Einzelmassnahmen und Einzelinterventionen zentral.

## 5.4 Ausblick

Gesundheitsförderung ist ein eher neues Konzept. Für Evaluationen braucht es Zeit. Viele Projekte sind noch nicht abgeschlossen oder wurden nicht zu Ende evaluiert. Für das Thema Gesundheitsförderung, wie auch in Bezug auf die Ansätze zur Erreichung der Bevölkerung, ist es zentral, Evaluationen durchzuführen und Projekte abzuschliessen, um eine theoretische und empirische Fundierung zu erhalten, welche gerade für die Erarbeitung neuer Projekte sehr hilfreich sein kann und empirisch fundiertes Arbeiten ermöglicht. Auch mehr kontrollierte Längsschnittstudien können im Bereich der

Gesundheitsförderung wichtige neue Erkenntnisse liefern. Allgemein sollte die Gesundheitsförderung in Zukunft vermehrt auf klare Theorien und Konzepte gestützt sein, also auf Vorgehensweisen und Erkenntnisse, die in der Wissenschaft getragen werden.

Für die Zukunft hat sich gezeigt, dass die „Frühe Förderung“ ein immer wichtigerer Themenbereich für Interventionen wird, da in der Forschung bewiesen wurde, welchen Einfluss Massnahmen innerhalb dieser Lebensphasen für spätere Verhaltensweisen und schlussendlich dann auch für die Gesundheit haben können. Auch besteht die Möglichkeit, dass der Lebensphasenansatz, der heute noch ein eher theoretisches Modell ist, in der Praxis an Bedeutung gewinnen wird. Der Einbezug wird als essentiell beschrieben, da der Settingansatz begrenzt ist und nicht auf Übergänge und Brüche zwischen den Settings eingegangen werden kann. Auch hierfür sind vermehrte Evaluationen aus der Praxis notwendig. Der Wandel und die Etablierung des Ansatzes wird jedoch seine Zeit brauchen.

International hat sich bereits gezeigt, dass durch eine umfassende Gesundheitspolitik grosse Erfolge möglich sind. Auch für die schweizerische Gesundheitspolitik könnte es in Zukunft bedeutend sein, eine umfassende Gesundheitspolitik mit nationalen Gesundheitszielen aufzubauen.

## 6 Reflexion

Die Planung, Durchführung und Auswertung der Daten gemäss dem geplanten Vorgehen hat grundsätzlich ohne grössere Zwischenfälle funktioniert. In Bezug auf die Fragestellung (Welcher bevölkerungsorientierte Ansatz ist für die NCD-Strategie zu bevorzugen?) erwiesen sich die zwei Methoden, Literaturrecherche und Experteninterviews als äusserst hilfreich für eine umfassende Analyse der Ansätze. Aus der intensiven Beschäftigung mit der Literatur resultierten der aktuelle Stand und die wichtigen Erkenntnisse zum bearbeiteten Themenbereich. Auch erleichterte der ausführliche Überblick zum Thema die Erarbeitung des Leitfadens für die Experteninterviews.

Die Gesundheitsförderung wird als komplexer und noch junger Bereich wahrgenommen. Dadurch ergab sich auch die Herausforderung, dass die vielen themenspezifischen Begriffe von den Experten/-innen unterschiedlich definiert wurden, was einerseits spannend war, andererseits auch komplex. Dies ist vielleicht auch auf die unterschiedlichen Hintergründe der betreffenden Experten und Expertinnen zurückzuführen. Entgegenzuwirken versuchte die Autorin durch das Zusenden der verwendeten Definitionen in dieser Arbeit vor den Interviews per Mail. Dadurch sollten sich die Interviews auf die genannten zentralen Begriffe mit den dazugehörigen Definitionen dieser Arbeit begrenzen.

Durch die Verwendung von halbstrukturierten Interviews konnte das theoretische und praxisbezogene Wissen der Experten/-innen erfasst werden. Die Interviews waren sehr ausgiebig. Die Unterteilung der Experteninterviews in die drei Kategorien (Kantone, Wissenschaft, Projektverantwortliche

Gesundheitsförderung) zeigte die verschiedenen Blickwinkel auf. Es ergaben sich bei den Interviews grosse Überschneidungen der Ansätze. In zukünftigen Untersuchungen wäre es sinnvoll, einen Pre-Test durchzuführen, um die Interviewleitfäden besser zu testen und auch um besser auf die genannten Überschneidungen der drei Ansätze einzugehen.

Das Forschungsfeld war ohne grössere Probleme zugänglich. In der deutschsprachigen Schweiz ergaben sich keine Schwierigkeiten bei der Akquise von Interviewpartnern/-innen. Auch wäre es spannend gewesen, die französischsprachige Schweiz miteinzubeziehen. Von den angeschriebenen Institutionen stellten sich jedoch kein/e Experte/in für ein Interview zur Verfügung.

Durch die Wahl einer Kombination der deduktiven und induktiven Auswertungsmethode konnte in einem ersten Teil eine Struktur für die Auswertung und die Arbeit aufgebaut werden. Durch die Bildung neuer Kategorien während des Materialdurchlaufs wurden weitere interessante und zentrale Erkenntnisse und Themenbereiche ergänzt. Schlussendlich war ein solides Codesystem vorhanden, wodurch die Interviewinhalte thematisch angemessen unterteilt und zusammengefasst werden konnten. Im Falle einer erneuten Bearbeitung der Thematik würde die Autorin wieder die gleiche Methodik einsetzen, jedoch mit dem Vorbehalt, im Voraus einen Pre-Test durchzuführen.

## **7 Schlussfolgerung**

Abschliessend lässt sich die Fragestellung wie folgt beantworten: Um durch Interventionen einen bestmöglichen Effekt zu erreichen, müssen alle Ansätze in die Erarbeitung einer Strategie miteinbezogen werden. Es ist wichtig, sich den Ansätzen und ihren Vorteile, Herausforderungen und Erfolgsmöglichkeiten bewusst zu sein. Die Anwendung der Ansätze muss schlussendlich auf das Ziel, den Kontext oder auch den Themenbereich abgestimmt sein.



## 8 Verzeichnisse

### 8.1 Literaturverzeichnis

- Anderson, R. (1984). *Gesundheitsförderung: Ein Überblick. Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung*, 6, 1-140.
- Bartley, M. (2012). *Life gets under your skin*. Verfügbar unter: <http://www.ucl.ac.uk/icls/publications/booklets/lguys.pdf> [19.02.2015].
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2015). *Nichtübertragbare Krankheiten*. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=de> [06.05.2015].
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz*. Verfügbar unter: [http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/07495/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6iONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuuq2Z6gpJCGeIR6fWym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A--](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/07495/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6iONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuuq2Z6gpJCGeIR6fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--) [13.05.2015].
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). (2011). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Cold, C., Bräunling, S., Geene, R., Kilian, H., Sadowski, U. & Weber, A. (2014). *Gesunde Lebenswelten schaffen*. Berlin: Gesundheit Berlin Brandenburg.
- Engelmann, F. & Halkow, A. (2008). *Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung*. Verfügbar unter: <http://hdl.handle.net/10419/47403> [14.01.2015].
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2006). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenbrock, R. & Geene, R. (2004). Sozillagenbezogene Gesundheitsförderung im Setting. Sozialräumliche Orientierung in der Planung von Gesundheitsförderungsmassnahmen. In: *Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.), Sozialstrukturatlas Berlin 2003. Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung* (S. 193-206). Berlin.
- Hafen, M. (2007). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg: Verlag für systemische Forschung des Carl Auer-Verlags.
- Helfferrich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.

- Pelikan, J. M. (2007). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemischer Lösungszugang. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 74-81.
- Sawyer, S., Afifi, R., Bearinger, L., Blakemore, S., Dick, B., Ezeh, A. & Patton, G. (2012). Adolescence: A Foundation for Future Health. *The Lancet*, 379, 1630-1640.
- Schott, T. & Hornberg, C. (2011). *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Springer Fachmedien.
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V. & Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- Troschke, J. von (2008). *Grundwissen Prävention Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Waller, H. (2006). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. San Francisco: Jossey-Bass.
- Walter, U. & Schwartz, F.W. (2003). Prävention. Institutionen und Strukturen. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.) *Das Public Health Buch* (S. 189-214). München: Urban & Fischer Verlag.
- WHO (World Health Organization) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [14.01.2015].
- WHO (2000). *A life course approach to health*. Verfügbar unter: [http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc\\_lifecourse\\_training\\_en.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_en.pdf). [22.01.2015].
- WHO (2015). *Noncommunicable diseases*. Verfügbar unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> [24.05.2015].

## 8.2 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung Titelseite: Nichtübertragbare Krankheiten. URL:

<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=de> [13.05.2015]

Abbildung 1: Vorgehen Methodik (in Anlehnung an Mayring, 2010, S. 93) .....	11
Abbildung 2: Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Settingansatzes (Kilian, Geene & Philippi, 2004, nach Cold et al., 2014, S. 15).....	13
Abbildung 3: Funktionalität entlang der Lebensphasen (WHO/HPS Geneva, 2000 nach WHO, 2000, S. 7) .....	18
Abbildung 4: Matrix Projekt Ernährung und Bewegung (als Abbildung verwendet mit Erlaubnis des/der Interviewpartner/-in) .....	34
Abbildung 5: Möglicher Aufbau (eigene Darstellung).....	39
Tabelle 1: Experteninterviewpartner/-innen (eigene Darstellung) .....	8
Tabelle 2: Kategoriensystem (eigene Darstellung) .....	10
Tabelle 3: Beispiel Kategoriendefinition (eigene Darstellung) .....	11

## 9 Anhang

- Anhang 1: Angaben zu den Experten/-innen
- Anhang 2: Interviewleitfaden Experteninterviews
- Anhang 3: Definitionen Ansätze (Experteninterviews)
- Anhang 4: Kategoriedefinitionen
- Anhang 5: Auswertungen Kategorie (Bereich Kantone)

## Anhang 1: Angaben zu den Experten/-innen

Name	Institut	Funktion	Jahre Erfahrung	Ausbildung	Bereich
Martin Hafen	Hochschule Luzern	Dozent + Projektleiter	24	Diplom HFS an der Höheren Fachschule für Sozialarbeit; Lizentiat phil. I an der philosophisch-historischen Fakultät der Uni Basel; Promotion Dr. phil. I an der philosophisch-historischen Fakultät der Uni Luzern	Wissenschaft
Mathis Brauchbar	Avocacy ag;	Partner advocacy ag; Kommunikations-, Strategie- und Politikberater im Gesundheitswesen	12	Studium Molekularbiologie; Weiterbildung in Journalismus, Kommunikationsberatung und Chance Management	Wissenschaft
Felix Wettstein	Institut Soziale Arbeit und Gesundheit (ISAGE)	Dozent und Mitarbeiter des ISAGE	23	Studium an der Uni Zürich mit dem Lizentiat in den Fächern Pädagogik, Geografie und Volkskunde	Wissenschaft
Christine Vögele	Kanton Aargau	Wissenschaftliche Mitarbeiterin + Leiterin „Gesundheitsförderung im Alter“	6	Primar- und Oberstufenlehrerin; lic. phil. I.: Soziologie, Gender Studies, Mensch-Gesellschaft-Umwelt; Master in Public Health	Kantone
Tamara Estermann	Kanton Luzern	Leiterin Programm „Gesundheit im Alter“	8	Studium Geschichte + Volkswirtschaft; Studium Publizistikwissenschaften, Volkskunde, Sozial- und Präventivmedizin	Kantone
Irene Renz	Kanton Basel-Stadt	Leiterin Abteilung Gesundheitsförderung	17	Studium der Pharmazie; Doktorarbeit im Bereich der Pharmazie; Nachdiplom Master of Public Health	Kantone

Christian Jordi	RADIX	Leiter RADIX Ostschweiz; Leiter Gesunde Gemeinden	22	Primarlehrer, Projektmanagement, CAS in Management von Prozessen in der Gemeinde-, Stadt- und Regionalentwicklung	Projektverantwortlicher Gesundheitsförderung
Quinta Schneiter	Gesundheitsförderung Schweiz	Projektleiterin Ernährung und Bewegung	11	CAS FHNW Gesundheitsförderung + Prävention – gesellschaftliche Perspektive; CAS FHNW Gesundheitsförderung + Prävention – individuelle Perspektive; CAS FHNW Projekt- und Kooperationsmanagement in Gesundheitsförderung + Prävention; Master of Advances Studies FHNW in Gesundheitsförderung + Prävention	Projektverantwortliche Gesundheitsförderung
Holger Schmid	Institut Soziale Arbeit und Gesundheit (ISAGE)	Leiter ISAGE; Mitarbeit in Projekten der Gesundheitsförderung	25	Studium der Psychologie in Freiburg (Diplompsychologie) + in Fribourg (Schweiz) mit Promotion	Projektverantwortlicher Gesundheitsförderung
Thomas Spahn	BAG (Bereich Migration)	Leiter Sektion Migration und Gesundheit	16	Lic. Phil I (Ethnologie) / Nachdiplomkurs für Entwicklungsländer (NADEL/ETHZ)	Projektverantwortlicher Gesundheitsförderung
Alberto Marcacci	BAG (Bereich Ernährung und Bewegung)	Leiter Sektion Ernährung und Bewegung	14	Master in Sportwissenschaft (MSc); Master in Public Health Economics and Management (MAs); div. Weiterbildungen im Bereich Ernährung + Sport	Projektverantwortlicher Gesundheitsförderung

## Anhang 2: Interviewleitfaden Experteninterviews

# Leitfaden Experteninterview

### Thema: Bevölkerungsorientierte Ansätze der Gesundheitsförderung

Experte:

Datum, Zeit:

Dauer:

---

### Einleitung

- Bedanken für Interview
- Aufnahme des Interviews ok?
- Inhalt Interview: Wie ich Ihnen bereits kurz im Mail angegeben habe, geht es darum, die verschiedenen bevölkerungsorientierten Ansätze der GF, also der Settingansatz, Lebensphasenansatz und der Zielgruppenansatz miteinander zu vergleichen. Damit alle das gleiche unter den Ansätzen verstehen, möchte ich Ihnen die Definition aufzeigen. → Definition  
Ich werde Sie nun in diesem Interview zu Ihrem Expertenwissen über die verschiedenen Ansätze befragen. Wichtig ist es mir, dass Sie mir Ihre Erfahrungen weitergeben können (aufgrund erarbeiteten Wissens, Forschungstätigkeiten oder Projekten/Programmen). Im ersten Teil des Interviews geht es auf eher allgemeiner und theoretischer Basis um die drei Ansätze, im zweiten Teil werden wir auf ihre konkreten Erfahrungen mit diesen Ansätzen und spezifisch auch auf jene Ansätze mit denen sie arbeiten bzw. wie sie arbeiten eingehen.
- Das Interview wird ca. 45 Minuten dauern.

### Allgemeine/theoretische Fragen

<ul style="list-style-type: none"><li>• Was können Sie zu den verschiedenen Ansätzen der Gesundheitsförderung (Setting, Lebensphasen, Zielgruppen) sagen?</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche Vor- und Nachteile (Herausforderungen) der Ansätze sehen Sie?</li><li>• Was können sie hinsichtlich Erfolg der verschiedenen Ansätze zum Erreichen der Bevölkerung sagen?</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Was können Sie zum aktuellen Stand der Ansätze sagen?</li><li>• Wie sieht es national bzw. auch international aus?</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Wie beurteilen Sie die aktuellen Entwicklungen der verschiedenen Ansätze?</li><li>• Gibt es einen Wandel?</li></ul>	

### Spezifische Fragen zu Arbeit/Projekt

<ul style="list-style-type: none"><li>• Wie gehen Sie in Ihrem Bereich bezüglich Gesundheitsförderung vor? (Ansatz, Ziel, Vorbereitung, Durchführung, Einbezug anderer Organisationen und Personen)</li><li>• Warum wurde dieser Ansatz gewählt?</li><li>• Welches sind die (Haupt-)Faktoren, die sie zum genannten Ansatz bewegt haben?</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche Vor- und Nachteile ergaben sich beim genannten Vorgehen/Ansatz?</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche Herausforderungen stellten sich dabei?</li><li>• Wie wurde mit den Herausforderungen umgegangen?</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Konnte die Bevölkerung erreicht werden? (Erfolg, Nachhaltigkeit?)</li><li>• Wie schätzen Sie den Erfolg ihrer Strategie bzw. des Ansatzes ein?</li><li>• Ist der Erfolg nachhaltig?</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Können Sie das Vorgehen für die Zukunft empfehlen?</li><li>• Würden Sie in Bezug auf das Vorgehen bzw. die Auswahl des Ansatzes etwas anders machen?</li><li>• Falls ja, was?</li></ul>	

## **Anhang 3: Definitionen Ansätze (Experteninterviews)**

# Definitionen

### **Settingansatz/Lebensweltansatz**

In der Setting orientierten Arbeit bzw. dem Lebensweltansatz wird das Setting zum einen als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe beinhaltet und zum andern als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet werden können. Beim Settingansatz stehen die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren, im Fokus (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010).

### **Lebensphasenansatz**

Der Lebensphasenansatz verweist auf definierte Altersabschnitte im Lebenslauf (wie frühe Kindheit, Adoleszenz, Erwachsenenalter oder auch hohes Alter) sowie auf spezifische Übergangsphasen (wie Schwangerschaft, Scheidung oder auch Jobwechsel), die für den Einfluss auf Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten verantwortlich sein können (BZgA, 2011).

### **Zielgruppenansatz**

Unter dem Zielgruppenansatz wird ein Teil der Bevölkerung bzw. eine Gruppe von Personen definiert, die gezielt mit bestimmten Angeboten (z.B. Aufklärungskampagnen, Trainingsprogramme) der Gesundheitsförderung erreicht werden sollen (BZgA, 2011).



#### Anhang 4: Kategoriedefinitionen

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
<b>Settingansatz</b>			
Vorteile	Aspekt, der sich durch den Settingansatz günstig auswirkt, Nutzen bringt, Gewinn bringt / positive Eigenschaft des Settingansatzes	<i>"Der Vorteil ist die grosse Wirksamkeit des Settingansatzes, insbesondere wenn man auf Rahmenbedingungen geht." (E3, Z. 43-44)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition bei Verwendung des Settingansatzes
Herausforderungen	Aspekt, der sich durch den Settingansatz ungünstig auswirkt, wodurch sich Schwierigkeiten ergeben, Nachteile, Probleme oder Erschwernisse / Negativer Aspekt des Settingansatzes	<i>"Also beim Setting ist es natürlich so, dass man so gut ein Setting ist, nie die ganze Bevölkerung trifft, sondern immer eine Selektion hat." (E3, Z. 35-36)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition bei der Verwendung des Settingansatzes
Erfolg / Erfolgsfaktoren	Wirkung, Fortschritte und Gewinne, die sich durch den Settingansatz ergeben Grössen+Aspekte, die eine Wirkung auf den Erfolg haben durch den Settingansatz	<i>"Meine These ist die quasi, der Settingansatz, wenn man auf Lebensbedingungen und auf Strukturen geht, also Verhältnisprävention, ist der grösste Effekt, (...)" (E3, Z. 130-135)</i>	Aussagen zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition bei Verwendung des Settingansatzes
<b>Zielgruppenansatz</b>			
Vorteile	Aspekt, der sich durch den Zielgruppenansatz günstig auswirkt, Nutzen bringt, Gewinn bringt / positive Eigenschaft des Zielgruppenansatzes	<i>"Und dann sehe ich aber auch die Zielgruppen als sehr wichtige Funktion besonders wenn es dann um indizierte Prävention geht." (E2, Z. 78-79)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition bei Verwendung des Zielgruppenansatzes
Herausforderungen	Aspekt, der sich durch den Zielgruppenansatz ungünstig auswirkt, wodurch sich Schwierigkeiten ergeben, Nachteile, Probleme oder Erschwernisse / Negativer Aspekt des Zielgruppenansatzes	<i>"Es ist aber auch nicht so einfach, dann die richtige Zielgruppe zu treffen und auch richtig zu packen." (E3, Z. 79)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition bei Verwendung des Zielgruppenansatzes

Erfolg / Erfolgsfaktoren	Wirkung, Fortschritte und Gewinne, die sich durch den Zielgruppenansatz ergeben Grössen+Aspekte, die eine Wirkung auf den Erfolg haben durch den Zielgruppenansatz	<i>"In unserer Abteilung ist auch die Sucht ein Thema und dort gerade in der Prävention finde ich ist zum Teil ganz wichtig, dass man Zielgruppenspezifisch arbeitet, also dass, dort sehe ich gute Erfolge,(...)." (E2, Z. 74-75)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition bei Verwendung des Zielgruppenansatzes
<b>Lebensphasenansatz</b>			
Vorteile	Aspekt, der sich durch den Lebensphasenansatz günstig auswirkt, Nutzen bringt, Gewinn bringt / positive Eigenschaft des Lebensphasenansatz	<i>"Für mich ist es ein tolles Modell, weil es so umfassend ist, man kann alles darin verpacken." (E3, Z. 52-53)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition bei Verwendung des Lebensphasenansatzes
Herausforderungen	Aspekt, der sich durch den Lebensphasenansatz ungünstig auswirkt, wodurch sich Schwierigkeiten ergeben, Nachteile, Probleme oder Erschwernisse / Negativer Aspekt des Lebensphasenansatzes	<i>"Wenn man eine ganze Lebensphase nimmt, da ist man natürlich dann schon ein bisschen weiter weg vom einzelnen und dann wirds schwieriger den Erfolg aufzuzeigen." (E3, Z. 281-282)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition bei Verwendung des Lebensphasenansatzes
Erfolg / Erfolgsfaktoren	Wirkung, Fortschritte und Gewinne, die sich durch den Lebensphasenansatz ergeben Grössen+Aspekte, die eine Wirkung auf den Erfolg haben durch den Lebensphasenansatz	<i>"Und was ich ganz wichtig finde, ich glaube bei all diesen Sachen, vor allem beim Lebensphasenansatz ist, ich glaube es geht vor allem darum, um die Schnittstellen." (E1, Z. 273-274)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition bei Verwendung des Lebensphasenansatzes
<b>Ansatzübergreifend</b>			
aktueller Stand national	gegenwärtiger nationaler Stand/Stand in der Schweiz zu den Ansätzen oder allgemein zur Gesundheitsförderung / Aktualität der Ansätze in der Schweiz	<i>"National sind alle beteiligt, Setting, Lebensphasen und Zielgruppen, je nachdem mit welchen Partner man zusammenarbeitet." (E2, Z. 86)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition
aktueller Stand international	gegenwärtiger internationaler Stand zu den Ansätzen oder allgemein zur Gesundheitsförderung / Einbezug englischsprachiger Part / Europa	<i>"(...) in Deutschland, dort ist ganz stark der Ansatz gefördert im Moment, finde ich sehr interessant, die sozioökonomisch schwächer Gestellten zu erreichen". (E3, Z. 146-147)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition
Erfolgsfaktoren	Grösse+Aspekte, die eine Wirkung auf den Erfolg haben durch Interventionen in der Gesundheitsförderung	<i>"Wichtig ist, man muss schauen, was für ein Ziel will man verfolgen und entsprechend dem Ziel, wie man das am besten verfolgt, muss man auch den Ansatz verfolgen." (E3, Z. 14-17)</i>	Aussagen über Faktoren/Grössen die den Erfolg von Interventionen in der Gesundheitsförderung begünstigen

Entwicklung / Wandel	Entwicklungen/Wandel der Ansätze; Aufkommen bestimmter Ansätze/Vorgehen; Fortschritte	<i>"Also gerade jetzt natürlich auch angeregt durch die Konferenz, habe ich das Gefühl, wen man schaut, eher die Sachen in den Lebensphasen, aber wie gesagt eher auf der konzeptionellen Ebene." (E3, Z. 162-164)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition
Forschung	Forschung, Wissenschaft und Theorien zu den Ansätzen	<i>"Die ganze Frühförderungsforschung aus der USA, die mit Langzeitstudien arbeitet, seit den 60er Jahren, zeigt dies immer wieder. Praktisch jedes Problem, dass Prävention verhindern will, dort eigentlich schon beeinflusst werden kann." (E9, Z. 72-75)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition
<b>Praxisbeispiele</b>			
Vorgehen	Vorgehensweise, Vorgehensschritte, Art und Weise, wie in der Organisation vorgegangen wird	<i>"Ich kann Ihnen mal unsere vier Schwerpunkte nennen, die wir im Moment bearbeiten, das wäre die frühe Kindheit, dann haben wir die Jugend und Suchtprävention und Gesundes Körpergewicht, also ein totaler Mix." (E3, Z. 178-179)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekten gemäss Definition
Vorteile	Aspekt, der sich durch das Vorgehen günstig auswirkt, Nutzen bringt, Gewinn bringt / positive Eigenschaft des Vorgehens	<i>"Also ich glaube, so wie wir jetzt, ich habe das Gefühl es ist eine Mischung von verschiedenen Sachen die wir machen. Ich glaube das ist gut, das bewährt sich so, man kann das flexibel handhaben, man kann vielleicht dann das nehmen wo man möchte, (...)." (E1, Z. 293-296)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition durch das Vorgehen in der Praxis
Herausforderungen	Aspekt, der sich durch das Vorgehen ungünstig auswirkt, wodurch sich Schwierigkeiten ergeben, Nachteile, Probleme oder Erschwernisse / Negativer Aspekt des Vorgehens	<i>"Der Mix, da kommt man nicht ganz draus, ja was machen sie jetzt, machen sie Jugend oder machen sie Sucht." (E3, Z. 258-259)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition durch das Vorgehen in der Praxis
Bewältigungsmöglichkeiten	wie mit genannten Herausforderungen (vorherige Kategorie) umgegangen wird	<i>"Wir haben dann so Netzwerktreffen und da zeigen wir auch, was haben wir gemacht mit ihnen zusammen oder zeigen untereinander wie ist ihr Ansatz, wie kommen sie zum Thema, wie kommen sie zu den Leuten."(E2, Z. 191-193)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition durch das Vorgehen in der Praxis

Erfolg	Wirkung, Fortschritte und Gewinne, die sich durch das Vorgehen ergeben	<i>"Also bei den Gemeinden sehe ich grosse Erfolge, finde ich." (E2, Z. 204)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition durch das Vorgehen in der Praxis
Zukunftsperspektiven	Chancen/Möglichkeiten, die sich in Zukunft durch den Vorgehen ergeben können; Erwartungen an das Vorgehen allgemeine Zukunftsaussichten des Vorgehens	<i>"Ich würde schon gerne auf das setzen, dass man in Zukunft den Lebensphasenansatz anschaut (...)" (E3, Z. 301)</i>	Aussagen, zu einem oder mehrerer genannten Aspekte gemäss Definition durch das Vorgehen in der Praxis

## Anhang 5: Auswertung Kategorie (Bereich Kantone)

Ansatz/Thema	Kategorie	Zitate
Settingansatz	Vorteile	<p><b>E3:</b> Die sind natürlich, dann, dass ist dann wieder ein Vorteil, sehr wirksam, Beispiel, Schutz vor Passivrauchen ist so eines aus meiner Sicht, wo man sagen kann, da ist Setting quasi die ganze Umweltluft, die mein einschnauft und dass war sehr wirksam. (Zeile 38-41)</p> <p><b>E3:</b> Der Vorteil ist die grosse Wirksamkeit des Settingansatzes, insbesondere wenn man auf die Rahmenbedingungen geht. (Zeile 43-44)</p> <p><b>E2:</b> Beim Setting finde ich es spannend, weil dort schon sehr konkret ist, wo das etwas stattfindet, jetzt für mich sind Gemeinden wichtig als Setting. Meine Kollegin hat vor allem Setting Schule, wo sie bearbeitet usw. Und das finde ich eben noch gut, weil man dort schon gewisse Zugänge hat, das schärft ein bisschen die Kanäle, es schärft auch das Thema. (Zeile 22-26)</p> <p><b>E1:</b> Es sind halt so Denkmodelle, dass du weisst wo muss ich das durchtun. Und ich glaube für das ist es wirklich für mich sinnvoll, wenn ich dann irgendwie sage, gut, das ist für mich jetzt settingorientiert wo ich arbeite oder versuche die Rahmenbedingungen zu beeinflussen. (Zeile 262-267)</p> <p><b>E2:</b> Und der Vorteil sehe ich schon in den Settings, dass man auch so ein bisschen ein begrenzten, sage jetzt mal ein Ebenmässiges Feld hat, so ebenmässig das auch sein kann, also ich denke der Ansatz darf man auch nie ausser Acht lassen. (Zeile 177-179)</p>
	Herausforderungen	<p><b>E3:</b> Also beim Setting ist es natürlich so, dass man so gut ein Setting ist, nie die ganze Bevölkerung trifft, sondern immer eine Selektion hat. Und wenn wir jetzt so ein universelles Setting wie die ganze Bevölkerung, die ganze Gesellschaft möchten, sind es aufwändige politische Prozesse, die man durchlaufen muss. (Zeile 35 - 38)</p> <p><b>E3:</b> (bezüglich Passivrauchergesetz). (...) Aber bis wir so weit waren, hat es ziemlich viel gebraucht und es gibt auch immer wieder Rückschläge, weil es so ein politisch diskutiertes Thema ist. (Zeile 41-43)</p> <p><b>E2:</b> Und bei den Setting, dort finde ich ist eine Schwierigkeit, dass jede Person in verschiedenen Settings wirkt oder ist, sich befindet, und die wirklich genau abgrenzen zu können, sagen wir über Milieus oder so, dass finde ich auch ist nicht ganz einfach.. (Zeile 61-65)</p> <p><b>E2:</b> Aber von dem her finde ich eigentlich, also gerade Setting Gemeinde, es ist ein schwieriges Feld um reinzukommen, aber es gibt immer Leute, die so ein bisschen affin sind für Themen (Zeile 198-200)</p> <p><b>E1:</b> Aber es gibt zum Teil in der GF Rahmenbedingungssachen, die dann auch wieder teuer werden, gerade jetzt wenn wir sagen, ja wir müssen halt die Rahmenbedingungen so schaffen, dass wir halt Leute die tiefe Einkommen haben oder einfach sonst sozioökonomisch schlechter gestellt sind, dass das hinauf kommt, ja was machen wir dann, machen wir eine andere Steuerung, machen wir eine Umverteilung, also dann sind es einfach auch Fragen wo von Seiten GF halt dann auch, ja dann ist das halt dann nicht mehr so positiv behaftet. (Zeile 116-122)</p>
	Erfolge / Erfolgsfaktoren	<p><b>E3:</b> Meine These ist die quasi, der Settingansatz, wenn man auf Lebensbedingungen und auf Strukturen geht, also Verhältnisprävention ist der grösste Effekt, aber der grösste Aufwand und das grösste Risiko. (Zeile 130-135)</p> <p><b>E2:</b> Also für uns als Kantone sind es die Settings, würde ich jetzt ganz spontan sagen, weil wir so viele Leute erreichen können, die in einem ähnlichen Umfeld funktionieren. Settings inklusive, wenn ich jetzt an Kinder denke, die sind auch in einer Familie drin, aber dass man dann wie versucht die verschiedenen Settings auch so ein bisschen zu verknüpfen miteinander. (Zeile 70-74)</p> <p><b>E2:</b> aber ich finde auch darum wichtig, dass man die verschiedenen (Settings) auf eine Art vermengt ohne sie aus dem Blickwinkel zu verlieren. (Zeile 65-66)</p>

<b>Lebensphasen-ansatz</b>	Vorteile	<p><b>E3:</b> Für mich ist es ein tolles Modell, weil es so umfassend ist, man kann alles darin verpacken. Also für Konzeptionen auf einer übergeordneten Ebene ist es extrem praktisch. Und da kann man sich wie ein bisschen versichern, haben wir alles. Haben wir für alle etwas. Und von dort her finde ich das ein sehr praktisches Modell. Und im Bereich Alter ist es ein etabliertes Modell, das Lebensphasen. Dort kennen wir fast nichts anderes. Wir haben noch eine andere Lebensphase, wo wir auch fast nichts anderes kennen, das ist die frühe Kindheit. (Zeile 52-58)</p> <p><b>E3:</b> (...) es leuchtet ja auch ein auch, man kann das schon nicht schlecht verkaufen, wen man sagt, man hat Angebote von der Zeugung bis zum Tode. Und ziehen das durch und schauen, haben wir alle wichtigen Themen abgedeckt, wo sich im Laufe des Lebensansatzes ergeben. Aber ohne das geht es nicht, nämlich die wichtigen Themen abdecken. Und dann in den entsprechenden Settings zu platzieren. Also es braucht einen Matrix, wenn man jetzt mit diesem Begriff operieren möchte. (Zeile 169-175)</p> <p><b>E2:</b> Fangen wir doch mal an mit den Lebensphasen, also ich finde das ist etwas sehr wichtiges, weil es das ganze Spektrum abdeckt, es ist nicht so eine Einzelintervention die man einfach macht und dann schaut man nicht was vorher und was nachher war sondern es soll ja so ein bisschen ein Ganzes geben, das finde ich sehr gut. (Zeile 16- 19)</p> <p><b>E2:</b> Und was ich aber über dem Ganzen trotzdem sehe, ist, dass wenn ich das von Kind auf mache und immer weiter führe, und auch sagen kann was haben wir dort gemacht und was ist die Weiterführung, warum fahren wir jetzt mit der Ernährung fort in den Betrieben, wenn wir vorher fourchette verte gehabt haben und die gesunden Kitas und so und wie soll das weitergehen im Alter, wo Mangelerscheinungen weil sie nicht gut essen das Thema ist. Man sieht dann, die Themen gehen über das ganze Leben. (Zeile 256-261)</p>
	Herausforderungen	<p><b>E3:</b> Wenn man eine ganze Lebensphase nimmt, da ist man natürlich dann schon ein bisschen weiter weg vom einzelnen und dann wird schwieriger den Erfolg aufzuzeigen, und von dort her denke ich mir, braucht es, wenn man so Wirkungsmodelle entwickelt, immer quasi den Rückschluss auf die einzelne kleine Thematik / thematischer Zugang. (...) Das ist der Nachteil vielleicht vom Lebensphasenansatz, das er ein bisschen weg ist von den einzelnen Massnahmen die man dann am Schluss macht. (Zeile 281-287)</p> <p><b>E1:</b> Dort ist wahrscheinlich einfach das Problem, dass man für um so Sachen wissenschaftlich begleiten zu können, langfristige Kohortenstudie braucht, das sind so Studien, die sind extrem teuer und der Drop-out ist extrem hoch. (Zeile 209-212)</p> <p><b>E3:</b> Also ich merke jetzt, wir haben ein Programm frühe Kindheit, dann haben die Leute nicht Assoziation was wir alles machen. Von dort her ist der thematische Zugang über themenspezifische Fragestellungen sehr viel einfacher zum Erklären an eine breite Bevölkerungsschicht, mit Ausnahme vielleicht von, gut vielleicht gilt dies auch fürs Alter. (...). Aber so in der frühen Kindheit, denke die, ja was macht man mit Kindern, die sind ja bei der Mutter zu Hause, was muss man da machen, da gibt es nicht so viele Ideen. Jugend denke ich, da gibt es schon auch noch Assoziationen, eben im Bereich Suchtprävention vor allem. (Zeile 110-121)</p>

	Erfolg / Erfolgsfaktoren	<p><b>E3:</b> Also von dort her habe ich das Gefühl, der Lebensphasenansatz ist für und vor allem für die Konzeption sehr wertvoll. Aber nicht für die Umsetzung (Zeile 121-122)</p> <p><b>E1:</b> Was ich noch spannend finde im Moment, neu redet man auch von Lebensläufen, und dort finde ich es spannend, das du vor allem schaust, also du schaust Lebensläufe eigentlich von Individuen an und schaust, was hat in ihrem Lebenslauf irgendeinen Ausschlag gegeben, dass wirklich im Bereich Gesundheit/GF etwas passiert ist. Und wenn du nachher schaust, dass eben wenn du die Individuen anschaust, kannst du nachher wirklich schauen, es gibt so Lebensläufe oder so Abschnitte im Leben die wirklich ähnlich sind und nachher prägen. (Zeile 11-18)</p> <p><b>E1:</b> Oft muss man da schon früher anfangen, man weiss ja das der Lebensstil, das machst du ja nicht erst mit 65, es sind Sachen die sich vorher schon entwickeln. Ich denke darum ist es auch so, also ich denke die Lebensphasen ist oft auch ein bisschen fliessend (...) (Zeile 35-38)</p> <p><b>E1:</b> Was kannst du machen das ein Kind irgendwie zu einem gesunden Lebensstil kommt, aber es gibt auch im Lebenslauf gibt es Sachen, also auch wenn du älter bist kann man noch viel Sachen ändern, also man muss nicht schon alles früh anlegen, sondern es gibt auch Sachen wo man später noch beeinflussen kann. (Zeile 195-199)</p> <p><b>E1:</b> Und was ich ganz wichtig finde, ich glaube bei all diesen Sachen, vor allem beim Lebensphasenansatz ist, ich glaube es geht vor allem darum, um die Schnittstellen. Also wenn du von der einen Phase in die andere kommst. Weil ich glaube einerseits sind einfach Problem, weil das sind, du bewegst dich, du gehst in eine neue Lebensphase, und es kommt einfach auch oft zu Brüchen dort. Wenn dann dort nicht drum herum ist, ich glaube dann ist einfach dann die Gefahr dass etwas schief läuft ist ein bisschen grösser. Also das ist vor allem auch wichtig. Also wir haben hier auch noch als spezielles drin, also das wir irgendwie sagen, Konzentration auf Lebenswelten reden wir jetzt da wieder, also Gemeinden, Schulen, Arbeitsplatz, also ist noch schwierig oder. Und zentral sind sicher auch die kritischen Lebensphasen und Lebensübergänge. Beispielsweise die Adoleszenz, Mutterschaft, Pensionierung, Verlust oder Scheidung. Ich glaube das sind wirklich so Sachen wo man dann speziell schaue muss, dass man dort diese Personengruppen nicht einfach ignoriert oder die durchfallen lässt.(Zeile 273-286)</p>
<b>Zielgruppen-ansatz</b>	Vorteile	<p><b>E2:</b> Und dann sehe ich aber auch die Zielgruppen als sehr wichtige Funktion besonders wenn es dann um indizierte Prävention geht, also dann ist es ganz klar, da will ich ganz bestimmte Leute erreichen und ohne Zielgruppendefinition geht das nicht. (Zeile 78-81)</p>

Herausforderungen

**E2:** Also bei den Zielgruppen finde ich den Nachteile, dass alle anderen wegfallen oder dass man vielleicht zu wenig scharf ist in der Zielgruppendefinition, sehe ich auch als Nachteil. Ist sehr ein Bickelprozess wo man sich ganz gut dafür Zeit nehmen muss und da ist so die Tendenz dass man dann bald mal sagt, das ist meine Zielgruppen aber sie ist nicht ganz gut definiert, also ich mache ein Beispiel, bei Migranten/Migrantinnen. Das ist so ein bisschen mein Thema, also wer ist es genau, welche sind es, sind alle Eltern Migranten/Migrantinnen gleich sozioökonomisch gestellt, sind sie aus der gleichen Sprachkulturgruppe, ethnischen Gruppen, also dass man dort wirklich ganz klar hinschaut und die Schärfe einerseits birgt auch Gefahren, dass man dann aber nur ganz wenige erwischt und eigentlich möchte man es häufig auch so ein bisschen verallgemeinern können, dass es gerade von einem Kanton, ich kann nicht sagen, ich schaue nur für die türkischen Frauen aus dem weiss ich was, sondern ich muss auch eine gewisse Öffnung haben, dass es ein gewisses Mass an Personen wirklich erreichen kann, dass was ich will. (Zeile 36-49)

**E1:** Ich habe das Gefühl was noch schwierig ist, oft machen wir Sachen, oder man ist mit Angebot und Zielgruppe völlig eingeschränkt. Also ich kann dir ein Beispiel geben, wir haben ein Projekt mit der Rheumaliga zusammen gemacht, dort ging es um die Sturzprävention, wenn man es an die Frau oder den Mann bringen möchte sagt man mobil und sicher zu Hause, aber es geht einfach darum, dass die Leute zu Hause nicht umfallen. Und dort ist eigentlich die Zielgruppe wie nicht klar gewesen am Anfang. Man hat vielleicht gedacht, ja es sind Sturzgefährdete Seniorinnen und Senioren, ja wer ist denn das? Sind das die, die schon mal umgefallen sind oder auch andere, also es ist so ganz schwierig das zu definieren, weil dann kann man nicht sagen wir nehmen einfach alle über 65., weil wenn man dann sagt, das Risiko das man 1x umfällt pro Jahr ist dann gross, und ich finde das ist noch schwierig bei diesen Zielgruppengeschichten. Also wie definiert man eine Zielgruppe. (Zeile 69-81)

**E3:** Es ist aber auch nicht so einfach, dann die richtige Zielgruppe zu treffen und auch richtig zu packen. Beispiel jetzt Migrationsbevölkerung, da geben wir uns so Mühe, diese Zielgruppe zu erreichen und unternehmen besondere Anstrengungen. Jetzt hat aber auch einige Fallstricke dabei, also die Frage der Diskriminierung oder machen wir zu viel für diese Gruppe und vergessen eine andere, machen wir beispielsweise kulturelle Fixationen. Also da wirklich auch fundierte, gute Grundlagen zu legen für den Zielgruppenansatz ist gar nicht so einfach. Einfacher ist es im Bereich junge Eltern, aber auch dort muss man dann schauen, kriegen wir wirklich alle. Und da sind wir wieder bei der Migrationsbevölkerung. Erreichen wir die auch oder sozioökonomisch Schwächere (Zeile 79-88)

**E2:** (...)Also die Erreichbarkeit ist immer gerade so von „vulnerablen“ Gruppen, von Leute mit anderen Sprachhintergrund, mit anderen kulturellen Hintergrund, dass zieht sich auch durch von A bis Z, ist immer die gleiche Schwierigkeit. Es kann auch zu Präventionsparadox kommen, dass die die sowieso kein Problem haben die kommen dann, und die die man erreichen möchte, erreichen wir erst recht nicht und dann geht's noch mehr auseinander. (277-283)

**E1:** Oft weiss man eigentlich, wer die Zielgruppe wäre, also ich denke, es ist immer wieder, es sind Leute mit sozioökonomisch tiefen, also wo tief eingestuft werden, Bildung ist immer ein Thema, also man weiss dann zwar wo die sind, aber wie man dann zu denen hin kommt, dass ist dann noch das andere grosse Problem. Dann muss man sich dann manchmal auch frage, setzt man einfach etwas an, dass man sagt wir machen einfach eine allgemeine Information, halt GF, wo man dann sagt, wir kümmern uns primär um die Gesundheit von allen die im Kanton wohnen, (...) (Zeile 84-90)

**E1:** Also dann wenn man die Zielgruppe definiert hat, wie erreicht man die dann? (Zeile 94-95)



	Erfolge / Erfolgsfaktoren	<b>E2:</b> In unserer Abteilung ist auch die Sucht ein Thema und dort gerade in der Prävention finde ich ist zum Teil ganz wichtig, dass man Zielgruppenspezifisch arbeitet, also dass, dort sehe ich gute Erfolge,(...). Und dann sehe ich aber auch die Zielgruppen als sehr wichtige Funktion besonders wenn es dann um indizierte Prävention geht, also dann ist es ganz klar, da will ich ganz bestimmte Leute erreichen und ohne Zielgruppendefinition geht das nicht. (Zeile 74-78)
<b>Ansatzübergreifend</b>	aktueller Stand national	<p><b>E3:</b> Also wenn ich jetzt zum Beispiel nach Basel-Stadt schaue, zu meinen Kolleginnen Basel-Stadt, die haben auch einen Mix, wie wir auch. Es gibt ein Alter, es gibt Frühkindheit, es gibt Migration, alles einzelne Programmteile, es gibt Sucht, das ist ein Thema. Was haben Sie noch... Ist also auch einen Mix. Also ein Mix von Themen und von Lebensphasen. Und jetzt im Aargau ist es auch so. Offensichtlich ist das ein bisschen gängig, Aargau hat Alter, es hat psychische Gesundheit, Gesundes Körpergewicht, betriebliche Gesundheitsförderung, ein Settingansatz, also wirklich eine kunterbunte Mischung mit teilweise Überschneidungen. (...) Also gibt es so wie ein bisschen eine Matrixstruktur. (Zeile 128-138)</p> <p><b>E2:</b> National sind alle beteiligt, Setting, Lebensphasen und Zielgruppen, je nachdem mit welchen Partner man zusammenarbeitet und ich merke auch unsere Partner sind häufig so unterwegs wie wir, also das sie eigentlich mehrere Ansätze verfolgen (Zeile 86-89)</p> <p><b>E1:</b> Und national ist es im Bereich Alter ist das ähnlich, also wenn du jetzt schaust Bewegung und Ernährung, die haben die KAPs, die über die GF-Schweiz koordiniert werden, psychische Gesundheit, da gibt es ein Netzwerk psychische Gesundheit, wo auch die kantonale Verantwortlichen sich treffen. (Zeile 148-515)</p> <p><b>E1:</b> Ich habe so eine Reflexionsgruppe, wo sich die Kantone Graubünden, Aargau, Zug und Luzern treffen, wo wir uns einfach austauschen, und ich finde das sehr wichtig, weil da kann man extrem viel voneinander lernen. Und die würde ich jetzt mal sagen, die Programme Gesundheit im Alter, die arbeiten alle ganz ähnlich wie ich. Also das sind ähnliche, die haben zum Teil mehr Geld, zum Teil versuchen sie die Gemeinde näher an sich zu binden, aber sonst ist es ähnlich von den Ansätzen. (Zeile 157-163)</p>
	aktueller Stand International	<b>E3:</b> aber trotzdem ein bisschen ein Blick nach Frankreich und nach Deutschland, dort ist es gleich, die haben auch, vor allem das Thema Alter ist als Lebensphase, so als Programm subsumiert und dann haben sie auch ganz konkrete Sachen, wie auch das gesunde Körpergewicht zum Beispiel haben sie auch ein ähnliches Programm. „Bien manger, mieux bouger“ oder irgendwo etwas. Also geht es auch um Essen und Bewegen und in Deutschland, dort ist ganz stark der Ansatz gefördert im Moment, finde ich sehr interessant, die sozioökonomisch schwächer Gestellten zu erreichen. Also da ist ganz stark der Zielgruppenansatz wird dort propagiert, aber natürlich dann auch innerhalb jeweils der Themen oder von den Settings. Oder man wählt Settings, wo man davon ausgeht, dass man die sozioökonomisch schwächer Gestellten erreichen kann. Also da habe ich das Gefühl, da können wir auch noch ein bisschen lernen. (Zeile 140-153)

Erfolgsfaktoren	<p><b>E3:</b> Wichtig ist, man muss schauen, was für ein Ziel will man verfolgen und entsprechend dem Ziel, wie man das am besten verfolgt, muss man auch den Ansatz verfolgen. Und da draus kommt vielleicht unser Mix den wir haben. Das vielleicht bei der einen Thematik der Settingansatz der Richtige ist und bei der anderen der Zielgruppenspezifische. (Zeile 14-18)</p> <p><b>E2:</b> Was für mich zentral ist, ist der Mix. Das man sich wirklich gut überlegt, was will ich bei wem erreichen und wie mache ich das und mit wem mache ich das. Also das die vielen W-Fragen zuerst wirklich gut geklärt sind und dass man dann drauf los gehen kann. Und dass man auch Partner dazu anregen kann, in eine solche Richtung zu arbeiten. (287-291)</p> <p><b>E2:</b> man muss das Thema Gesundheit sensibilisieren, man muss Leute gewinnen, motivieren. (247-248)</p> <p><b>E1:</b> Ich glaube man kann es nicht so strikt irgendwie trennen. (...) Aber ich glaube, wichtig ist wahrscheinlich, dass man das nicht vermischt. Und dann denke ich, ich glaube das eine Kombination von den verschiedenen Ansätzen (Zeile 43-47)</p> <p><b>E1:</b> Also ich glaube man muss es mischen können, aber auch schauen, vielleicht Projektbezogen, wo ist was und wirklich so eine flexible Handhabung habe ich das Gefühl, so in der Praxis. (Zeile 52-54)</p> <p><b>E1:</b> so Geschichten wie eine NCD-Strategie, wo man wirklich einfach schaut, ja was sind denn das überhaupt für Krankheiten, wo ist denn das Problem, ich glaube das sind schon auch Sachen die sehr wichtig sind und auch wichtige Inputs geben dann für die Arbeit in solchen Programmen. (Zeile 181-184)</p> <p><b>E1:</b> Und ich glaube wichtig ist, dass man die Ansätze nicht so gegeneinander ausspielt, (Zeile 199-200) (...)</p> <p><b>E1:</b> Was auch wichtig ist, ich finde man muss nicht immer alles neu erfinden, also das man auch irgendwie schaut, was machen die Aargauer oder Bündner, manchmal gibt es vielleicht wirklich Sachen wo es einfach nicht geht, weil es einfach eine andere Struktur ist, aber oft kann man schon auch einiges übernehmen. (Zeile 371-375)</p> <p><b>E1:</b> Also ich denke die ganzen Ansätze eignen sich als Denkmodell und um zu schauen, was wo verordnet werden kann. (Zeile 414-415)</p> <p><b>E1:</b> Wichtig ist, dass die Ziele realistisch sind und ich glaube das ist noch das Gute, wenn du nach solchen Ansätzen arbeitest, es zwingt dich dazu zu überlegen, was mache ich, was möchte ich erreichen, für wer überhaupt, warum eigentlich, wie, welcher Zeitraum, mit wie viel Geld. (Zeile 383-386)</p> <p><b>E1:</b> Was ein grosser Unterschied jeweils macht, das steht und fällt einfach immer mit den finanziellen Möglichkeiten (Zeile 176-177)</p> <p><b>E3:</b> Sehr wichtig, das man massgeschneiderte Programm macht. (Zeile 77-79)</p> <p><b>E1:</b> Und dann denke ich, was ich auch noch wichtig finde bei diesen Ansätzen, ich glaube es muss immer eine Kombination sein zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention, also dass man wirklich immer schaut, irgendetwas an den Rahmenbedingungen an der Struktur auf Policyebene etwas zu machen und auf der anderen Seite auch Sachen, die aufs Individuum abzielen. Ich glaube das ist gerade so wichtig wie wahrscheinlich einer von diesen Ansätzen. Weil ich glaube auch, wenn du ein Thema bearbeitest und du sagst irgendwie, gut, wir arbeiten jetzt einfach voll auf der individuellen Ebene. Also manchmal geht es auch gar nicht, weil du musst ja dann auch Angebote schaffen, die halt längerfristig und verankert beliebt sind und dann geht es nur, wenn du an den Rahmenbedingungen etwas machst. Und was halt auch ist, wenn du an den Rahmenbedingungen etwas ändern möchtest, dann kommst du weg von dem (Zeile 96-106)</p>
-----------------	---

Entwicklungen/ Wandel	<p><b>E1:</b> Ich habe manchmal auch so ein bisschen das Gefühl, dass das auch so ein bisschen Modeströmungen sind, aber da weiss ich wie zu wenig auch. (Zeile 44-45)</p> <p><b>E3:</b> Also gerade jetzt natürlich auch angeregt durch die Konferenz, habe ich das Gefühl, wen man schaut, eher die Sachen in den Lebensphasen, aber wie gesagt eher auf der konzeptionellen Ebene. (Zeile 162-164)</p> <p><b>E2:</b> Für mich ist das kein Wandel nein, weil wir leben das hier schon lang mit dem Lebensphasenansatz, also für mich hat sich nichts verändert diesbezüglich.(...) ich weiss nicht, vielleicht ist es auf nationaler Ebene oder kantonsspezifisch gibt es einen Wandel aber ich würde das ist für uns nicht sagen können. Das ist nichts neues, wir haben auch unser Programm und wir haben das auch dargestellt in einem Schaubild (...). (Zeile 93-99)</p> <p><b>E1:</b> Ich habe jetzt das Gefühl eben das Biografie-Modell, dass ist für mich etwas neues, da habe ich das Gefühl, dass ist etwas, das jetzt kommt. Aber schlussendlich habe ich das Gefühl geht es dann wieder um das gleiche. Ich glaube schlussendlich so die grossen Pflöcke bleiben immer die gleichen. Also du hast das System in der Schweiz, wie jeder Kanton wurstelt ein bisschen, jede Gemeinde macht irgendwie auch noch was sie dann möchte. Ich sage die Steuerungsmöglichkeiten sind immer ähnlich. (Zeile 170-176)</p> <p><b>E1:</b> Was ich das Gefühl habe, was auch immer wichtiger wird, ist so die ganze Geschichte von der Partizipation, ich glaube das ist etwas, dass noch stärker gewichtet werden muss, dass man nicht mehr von Zielgruppen spricht, sondern dass es halt mehr so Dialoggruppen werden. Also ich weiss jetzt auch noch nicht genau wie man das, aber das man die Leute viel mehr auch noch schaut, wer ist denn das eigentlich und wie kann man die, also dass man wirklich auch stärker das einbezieht. (Zeile 215-220)</p> <p><b>E1:</b> Was ich das Gefühl habe, was noch ein wichtiger Ansatz sein könnte, oder wo ich auch spannend finde ist der Life course-Ansatz, weil es gibt ja viele Biografie-Forschung schon in anderen Bereichen, also wieso soll das nicht in GF einfliessen, finde ich auch noch spannend. (Zeile 205-209)</p> <p><b>E1:</b> An der Tagung GF-Schweiz hat eine englische Professorin, Amanday Sauer, die hat ein Referat gehalten und ich fand das sehr spannend, dass du wie schauen konntest, ja eben Babys haben am Anfang vielleicht der gleiche oder einen ähnlichen Lebenslauf und dort kannst du wirklich schauen, also wo muss man irgendwie schauen, dass, es ging dort vor allem ums Geburtsgewicht am Anfang, und wenn das fest auseinander geht kannst du schon so sagen, ja das Kind wird dort und dort ein bisschen mehr Mühe haben. Oder was man auch gesehen hat von einer Schweizerin, die hat auch was gemacht in Forschung von Leuten wo jemand stirbt, also das ist ja ein Einschnitt in einen individuellen Lebenslauf, wo aber du nachher trotzdem parallel aufs ganze ableiten kannst aufs Ganze, das finde ich noch spannend. Also das man das noch ein bisschen reinbringt, also die Lebensphasen (Zeile 18-28)"</p>
Forschung	

<b>Praxisbeispiele</b>	Vorgehen	<p><b>E3:</b> Wir arbeiten jetzt aber auch mit dem Bereich Setting, wo es dann auch um das Verhalten geht. Also Beispiel Schule als klassisches Setting, geht es nicht nur um die Rahmenbedingungen, die Kinder vorfinden in einer Schule, sondern eigentlich auch um klassische Verhaltensfragen. Jetzt zum Beispiel mit dem Thema „Information über sexuelle übertragbare Krankheiten“. Das ist wie so der Ort, wo man die Information abgibt im Setting Schule. Also wir arbeiten noch häufig so mit dieser Begrifflichkeit. Und wenn wir jetzt Setting Schule haben, denken wir nicht nur an die Rahmenbedingungen, die die Schule gibt, sondern auch als idealer Ort für Massnahmen. (Zeile 23-31)</p> <p><b>E2:</b> So ganz spontan würde ich jetzt sagen, dass wir da in unserer Arbeit, zwar auseinanderhalten, also wir haben bestimmte Programme die so laufen und andere so aber es ist immer ein Vermischung von allem, wo man sich aber sehr gut bewusst sein muss, wo stehen wir gerade, was haben wir, welche Zielgruppe ist im Vordergrund (...) Zielgruppendefinition, also überlegen an wen, also was will ich erreichen bei wem und was ist das beste Umfeld/Setting je nachdem (Zeile 5-11)</p> <p><b>E2:</b> (...) wir haben das auch dargestellt in einem Schaubild und dort sieht man, dass wir die Lebensphasen, die sind alle abgedeckt, also kleine Kinder 0-6, dann Schulkinder, dann betriebliches Gesundheitsmanagement, dass das Alter und über all diesen liegt die psychische Gesundheit, also so bilden wir das ab, um auch zu zeigen, wir möchten von der Wiege bis zum Grabe eigentlich alles abgedeckt haben. (Zeile 99-103)</p> <p><b>E2:</b> Also wir haben wie gesagt die fünf Programme, Schwerpunktprogramme plus noch die Sucht. Und jedes von diesen Schwerpunktprogrammen ist ein Teil von der Lebensspanne wie ich es jetzt gerade erklärt habe. Und die funktionieren unterschiedlich die Programme, aber weil wir auf kantonaler Ebene sind arbeiten wir nie mit den direkten Zielgruppen zusammen. Die direkte Zielgruppe von uns ist auf der Metaebene, also sind entweder Multiplikatoren in der Schule, Mütter/Väterberaterinnen, Gemeindevertreter usw., und das zieht sich auch durch bei all den Programmen. Aber die indirekte Zielgruppe die haben wir natürlich trotzdem immer im Fokus, also was wollen wir erreichen bei, sagen wir jetzt gerade im Programm gesundes Körpergewicht, dort geht es um Kinder, ungeborene Kinder bis 6 jährige und dann überlegen wir uns, wer sind da ganz sicher die Multiplikatoren für uns, wer sind die guten Kanäle, welche Gruppen gehören eher zu den Gruppen, müssen nicht unbedingt Migranten/Migrantinnen sein, ist natürlich ein Teil und sozioökonomisch schlechter gestellte Personen und dann versuchen wir über unsere Multiplikatoren oder über unsere Kanäle an die Gruppen heranzukommen , so das sie möglichst effektiv erreicht werden (...) , jetzt bei den Kleinen sind es die Mütter/Väterberaterinnen, dort gehen fast alle hin, bei der Entbindung, also Gynäkologe/Gynäkologin, und das sind für uns ganz wichtige Stellen, weil wir glauben, dass die etwas bewirken können, plus natürlich auch solche Programme die wir unterstützen, wo es einen Peer to Peer-Ansatz hat, wenn möglich, aber das ist nicht immer ganz einfach (Zeile 109-130)</p> <p><b>E2:</b> Aber wir haben auch nicht den Anspruch, dass ich alle 210 Gemeinden bedienen kann mit meinem Altersthema, sondern dass man die, die interessiert, das wir die nehmen und schauen, gute Beispiele, gute Praxis entwickeln können, vielleicht Kooperationen schaffen zwischen Gemeinden oder Gemeinden und Partnern und wenn dann das gelingt, dann ist das auch wie ein Beispiel dass man gut im Kanton hinaustragen kann und dann sind andere wieder motiviert, da auch mitzumachen. (Zeile 171-177)</p>
------------------------	----------	--

**E2:** Jetzt auch bei den chronischen Krankheiten haben wir auch ein grosses Projekt, wo wir uns jetzt einfach an die chronisch Kranken richten, (...) (248-249)

**E1:** Wenn ich jetzt mein Programm, da hast du einfach Gesundheit im Alter, ist eigentlich schon gegeben was es eigentlich ist, ist eine Lebensphase (Zeile 10-11)

**E1:** Sonst denke ich arbeiten wir hier sehr viel mit Lebensphasen. Bewegung und Ernährung, da zielen sie vor allem auf Kinder und Jugendliche, also Kitas bis 20. Im Bereich psychische Gesundheit dort versuchen wir alle Lebensphase so einzubeziehen. Gesundheit im Alter ist der Name schon ein bisschen gegeben, aber es gibt dort natürlich auch Aspekte, dass dort noch andere Lebensphasen rein kommen. (Zeile 28-33)

**E1:** Zielgruppen denke ich, also mit dem arbeiten wir viel, ich glaube auch im Bereich Früherkennung und Frühintervention, halt das das ich so aus dem Sucht Thema ein bisschen mitnehme, das man wirklich schaut, wo sind die besonders frischen Leute, wo sind wirklich die, die wenig Ressourcen haben, wo vielleicht wenig Kompetenzen haben, wie geht man vor allem auf die Leute zu. (Zeile 38-43)

**E1:** manchmal sind wir vielleicht mehr Settingorientiert mit der Gemeinde zusammen wirklich ihre Rahmenbedingungen, ihre Policy etwas zu ändern, (...) (Zeile 49-50)

**E1:** Also was wahrscheinlich noch sinnvoll ist, was wir viel machen ist, wir arbeiten viel nach den Handlungsfeldern/Handlungsebenen wo GF-Schweiz, das wir sagen, wir machen Interventionen, wir arbeiten auf Policyebene, wir machen Vernetzung und wir machen Öffentlichkeitsarbeit. (Zeile 54-58)

**E1:** Also vordergründig habe ich das Gefühl, ist es ganz klar so einen Lebensphasenansatz, also Gesundheit im Alter. Und eben dann innerhalb von diese Ansatz werden verschiedene Ansätze kombiniert, eben die Sucht- und Sturzprävention habe ich ja schon gesagt, also in der Sucht geht es primär darum, dass ich süchtige Leute erreiche, dort versucht man vor allem über Angehörige oder auch über, man hat jetzt auch so einen Leitfaden gemacht für Früherkennung und Frühintervention in Alters- und Pflegeheimen. Und dann was ganz wichtig ist, ist die Geschichte mit den Gemeinden. (Zeile 228-234)

**E1:** ok jetzt planen wir mal längerfristig, wolle wir vielleicht in den nächsten zwei Jahren mal etwas machen zum Thema psychische Gesundheit, Veranstaltung für die Bevölkerung oder gibt es ein Altersleitbild oder gibt es mal ein Konzept zum Thema Wohnen im Alter. Also wo man so versucht, mit den Gemeinden zusammenzuarbeiten. Also diese Aktivität ist für mich ein Setting oder Policyaktivität, aber wenn es dann um einzelne Themen geht ist es nachher wiederum mehr zielgruppenspezifische Sachen oder es geht nachher wieder um Lebensphasen. (Zeile 251-256)

**E1:** Und ein grosser Teil der Arbeit bezieht sich halt darauf, also so die ganze Vernetzungsgeschichte, (Zeile 350-351)

**E3:** Ich denke wir haben einen spannenden Ansatz für sie, da wir ein Mix über alle Ansätze haben. (Zeile 2-3)

**E3:** wie wir probieren den Settingansatz vielleicht auf einem bisschen tieferen Niveau umzusetzen. Also nicht so einen universellen, sondern wir probieren mit den verschiedenen Settings, sage ich jetzt doch einmal, oder verschiedenen Institutionen, die irgend ein Klaster bilden, zusammen zu arbeiten. (Zeile 46-50)

**E3:** Was wir gar nicht oder nur wenig verfolgen ist die Zielgruppe als allgemeine Bevölkerung. Das machen jetzt nicht alle gleich von der Gesundheitsförderung. Viele setzen ganz stark auf grosse Präventionskampagnen. Da haben wir davon Abstand genommen, weil wir die Ressourcen dazu nicht haben und wir eher über den Multiplikatoren/innen Ansatz arbeiten, weil wir das Gefühl haben, hier den grössten Kosten-Nutzen-Effekt zu haben. Wenn wir eine kleinere Zielgruppe auswählen, die die Botschaft weitergeben kann, ist dies einerseits effektiver und andererseits günstiger. Ist unsere These. Als Beispiel hierfür, eine wichtige Zielgruppe sind für uns die Mütter- und Väterberaterinnen. Also im Moment ist es fast ein bisschen so, dass alle sich auf sie stürzen als Zielgruppe und sie fast ein bisschen sagen müssen, nicht ihr auch noch, weil die so viel leisten müssen und nicht so gute Rahmenbedingungen haben. Aber nichts desto trotz ist es ein gutes Beispiel für den Zielgruppenansatz via Multiplikation, weil sie erreichen bei uns jetzt im Kanton 70% von den Eltern mit Kleinkindern und ist von dem her ganz wichtig. (Zeile 88-101)

**E3:** Ich kann Ihnen mal unsere vier Schwerpunkte nennen, die wir im Moment bearbeiten, das wäre die frühe Kindheit, dann haben wir die Jugend und Suchtprävention und Gesundes Körpergewicht, also ein totaler Mix. Wir haben aber kein Angebot für Erwachsenen, wenn man jetzt der Lebensphasenansatz anschauen möchte und keines für Alter, da haben wir einfach keine Ressourcen dafür. Also von dem her, dort decken wir nur die erste Lebenshälfte ab, bis 20. Der erste fünftel muss man vielleicht fast sagen, wenn man die demographische Entwicklung anschaut. Aber wir sind bei der Konzeption von dem davon ausgegangen, dass die beiden Lebensbereiche die besonders lohnenden sind für gesundheitsförderliche Interventionen. Und am allerlohnendsten ist die frühe Kindheit, aber noch am wenigsten etabliert. Und was wir dann noch überlegt haben, was machen wir mit Suchtprävention. Dort ist es dann wirklich schon so, dass die meistens Aktivitäten zum Thema Suchtprävention finden im Jugendalter statt. Also dort hat es, wie ich vorher schon gesagt habe, ziemlich grosse Überschneidungen. (Zeile 178-191)

**E3:** So ein bisschen überschnittiges gibt es im Bereich Jugend, dort ist ganz stark überschritten mit dem Thema Suchtprävention, klassischer Weise. Dort ergibt sich quasi so ein bisschen ein Knüppel aus Jugend und Suchtprävention, ist ganz stark verknüpft, (...) (Zeile 58-61)

**E2:** Ja genau, gerade im Alter ist es so, dass wir, also meine Ansprechpersonen sind in den Gemeinde, also Gemeinderäte plus ihre Entourage im Fokus haben plus auf der anderen Seite sind es die Organisationen, die im Altersbereich arbeiten und das ist auch ein Teil, der ganz wichtig ist für uns, wir versuchen immer Vernetzungsleistungen zu machen, also in allen unseren Programmen geht es darum, dass wir den Austausch untereinander stärken oder auch sie bekannt machen, weil wir haben ganz viel gemerkt, die haben keine Ahnung, was eigentlich der Nachbar die Nachbarin macht, also auch in den Gemeinden. wir gehen viel in die Gemeinden vor Ort, machen so Standartgespräche, wo stehen sie, wohin wollen sie und merken dann bald, aha sie wissen gar nicht das in der Nachbargemeinde das gleiche Thema ist, so Sachen. (...) Und dann ist es auch immer so, dass immer mehr Gemeinde auch die Bevölkerung miteinbeziehen und dass ist natürlich für uns dann schön zu sehen, die gehen vor Ort dann wirklich mit den Zielgruppen. Und in der Schule ist es ähnlich, dort sind unsere Multiplikatoren natürlich die Lehrpersonen, die Schulleitungen, die Institutionen die im Schulbereich arbeiten, sagen wir Berufsberatung und Suchtpräventionstellen und so, das ist wieder ähnlich, es gibt auch ein Netzwerk, es gibt es ein Netzwerk GF-Schule und ein Gesamtnetzwerk wo die Organisationen dabei und auch dort geht es vor allem darum, mit denen zu schauen wo hin sollen wir, wie sollen wir weiter komme (Zeile 134-156)

Vorteile

**E1:** Also ich glaube, so wie wir jetzt, ich habe das Gefühl es ist eine Mischung von verschiedenen Sachen die wir machen. Ich glaube das ist gut, das bewährt sich so, man kann das flexibel handhaben, man kann vielleicht dann das nehmen wo man möchte, (...) (Zeile 293-296)

**E1:** Also ich glaube man muss dann wirklich immer wieder gut schauen, was ist meine Rolle, also das Ganze. Also das ganze theoretische, das ganze Gerüst oder die ganzen Ansätze oder die Rahmenkonzept sind sehr wichtig und sehr gut, weil es gibt einem eine Handhabung, (Zeile 326-329)

Herausforderungen	<p><b>E3:</b> Der Mix, da kommt man nicht ganz draus, ja was machen sie jetzt, machen sie Jugend oder machen sie Sucht (Zeile 258-259)</p> <p><b>E3:</b> Und das es ein bisschen ein Mix ist, wo man nicht ganz klar kommt, ja was macht man jetzt oder. Also das gesunde Körpergewicht ist ein thematischer Zugang, haben wir aber sehr viel Aktivitäten in der Lebensphase frühe Kindheit. Auch dort gibt es die gleiche Überschneidung quasi, wie bei Jugend- und Suchtprävention, von der Konzeption her. Und das gibt ein Durcheinander. (Zeile 269-273)</p> <p><b>E2:</b> Also ich glaube generell ist es schwierig als kantonale Stelle wirklich an die Leute ran zu kommen. Ich sehe das bei den Gemeinden, die haben einfach direkten Kontakt und ich glaube das ist einfach auch wichtig, dass die Leute wissen wer ist da, wer ist die Gemeinderätin und warum macht die das und ich habe ein Bild von ihr. Es ist auf einer anderen Ebene, es ist ein anderer Abstraktionsgrad und das finde ich eine Schwierigkeit generell. Leute zu gewinnen für das Thema, also sei das, vor allem die Organisationen ist nicht so schwierig, Gemeinden sind eher schwierig, weil wir dort auch merken, die haben so viele Themen, die haben nicht nur das Alter wo sie beschäftigt, (...) (Zeile 160-167)</p> <p><b>E2:</b> und ich glaube schon nur der erste Schritt ist ganz schwierig herauszufinden, wer ist da überhaupt zuständig, wo gehen die alle hin (Zeile 124-125)</p> <p><b>E1:</b> ich glaube aber das die Gefahr besteht, dass man sich etwas verzettelt vielleicht und dass man manchmal ein kleines Projekt ein anderes ablöst. (Zeile 296-297)</p> <p><b>E2:</b> Ich finde es eher schwierig überhaupt für das Thema zu sensibilisieren. Weil GF-Themas findet alle lässig, aber es ist nichts verpflichtendes, es ist gesetzlich nicht verankert in dem Sinne, dass ich es machen muss. Und nur schon das finde ich die Schwierigkeit, dass es einfach nice to have ist und nicht irgendwie es „Muss“. (187-191)</p> <p><b>E1:</b> Das Problem ist da, finde ich auch ganz wichtig, aber ich habe null Steuerungsmöglichkeiten weil habe keinen einzigen Leistungsvertrag mit irgendjemanden. (Zeile 311-313)</p> <p><b>E1:</b> Das ist manchmal schon auch schwierig, ich habe dann relativ wenig mit der Endzielgruppe zu tun. Aber ich denke das geht auch anderen so. Die geringe Steuerungsmöglichkeiten und eben bezogen auf die Gemeinden die Füllung, jetzt 83, ja wie willst du das machen, ich versuche jetzt ein bisschen herauszufinden wie die organisiert sind, weil die haben schon auch Gefässe wo sie sich treffen, dass man mehr über so steuern kann, aber das ist dann auch schwierig, weil diese und eine andere Gemeinde das ist dann ganz anders (Zeile 353-359)</p> <p><b>E1:</b> Ich glaube das ist schon noch schwierig, weil jeder, wenn du schaut die Strukturen in diesen Kantonen sind wahrscheinlich auch so verschieden und wahrscheinlich muss man verschiedene Sachen auch anbieten, wo du gut aber auch Nutzen kannst. (Zeile 184-187)</p>
Bewältigungsmöglichkeiten	<p><b>E2:</b> Wir haben dann so Netzwerktreffen und da zeigen wir auch, was haben wir gemacht mit ihnen zusammen oder zeigen untereinander wie ist ihr Ansatz, wie kommen sie zum Thema, wie kommen sie zu den Leuten. Man diskutiert auch wie erreicht man Leute und was wir jetzt auch gerade machen können ist gewisse Pilotprojekte anzustoßen und zu begleiten, dort ist halt dann einfach die Schwierigkeit, dass so ein Projekt häufig überführt werden muss in die Regelstruktur, dass wir dann nicht ewigs weiterfinanzieren können. (191-198)</p> <p><b>E1:</b> Aber ich glaube nichts desto trotz, es ist vieles möglich an Rahmenbedingungen zu ändern, auch mit weniger Aufwand. Also wenn ich jetzt in die Gemeinden schaue, ein grosses Ziel ist, dass die Gemeinde anfangen im Bereich Alter etwas zu machen für ihr GF im Alter. Und das braucht manchmal nicht so viel. Vielleicht reicht es, wen man mal schaut, gibt es irgendeinen Seniorenrat, wo das Thema in die Hand nimmt, schaut was für Thema wir anbieten wollen, wir machen irgendwie eine Veranstaltung zum Thema psychischen Gesundheit oder zum Thema Sucht im Alter, das ist nicht wahnsinnig teuer, aber man muss den Willen haben, das zu machen, es müssen gewissen Personen sagen, ja wir nehmen uns dem an. Es ist wichtig wir wollen längerfristig etwas ändern, dann kann man schon auch mit weniger Geld etwas machen. Aber ich glaube das ist wichtig irgendwie. Weil eben sobald es um Geld kommt und dann finden es plötzlich nicht mehr alle so toll. (Zeile 122-134)</p>

Erfolg/ Erfolgsfaktoren	<p><b>E2:</b> Also bei den Gemeinden sehe ich grosse Erfolge, finde ich. Also nur schon das die Akzeptanz für Thema da ist und eben als wichtig gewichtet wird, dass finde ich, dass merkt man in den Gemeinden. Es ist viel Wertschätzung da, sie betreiben auch viel Öffentlichkeitsarbeit und das ist noch schön, da können wir sie begleiten. (204-207)</p> <p><b>E2:</b> (...) und ich merke das halt, seit ich jetzt hier bin, das hat in allen Programmen hat es einen Progress gegeben und es sind es überall, in allen Netzwerken neue Leute dazu gekommen und das ist immer auch ein Zeichen, dass es wahrgenommen wird. (219-222)</p> <p><b>E1:</b> Und eben ich glaube der Ansatz, ich habe das Gefühl, erfolgsversprechend ist sicher wenn du das flexibel handhaben kannst, wenn du das kombinieren kannst und wenn du auf das Individuum abzielst und den Rahmen, es braucht wie irgendwie beides. Ich glaube dann hast du gute Chancen. (Zeile 368-371)</p>
Zukunfts- perspektive	<p><b>E3:</b> Ich würde schon gerne auf das setzten, dass man in Zukunft den Lebensphasenansatz anschaut, was aber nicht heisst, das nicht gewisse Lebensphasen intensiver berücksichtigen als gewisse andere. Also ich glaube wir werden immer einen Schwerpunkt legen jetzt wo wir schon so viel gemacht haben in diesem Bereich, auf die Frühe Kindheit. Und dann dort die einzelnen Perlen erscheinen lassen und das wären dann die Themen, würde ich jetzt einmal so prognostizieren.(...) Ich habe das Gefühl, dass kann man gut darlegen und gut verkaufen. Aber man kommt nicht darum herum, Themen zu nennen, damit man eine gute Assoziation hat bei der Zielgruppe. Und dann arbeiten wir aber eher mit den Themen. (...) Es hilft mehr so ein bisschen fürs verkaufen, die ganze Perle geht über den ganzen Lebensabschnitt und für die Konzeption, haben wir an alles gedacht. Es ist wie so ein schönes Bild, dass man so mit dem Lebensphasenansatz abhandeln, aber man kommt nicht darum herum, die Themen zu bearbeiten,(...) (Zeile 301-318)</p> <p><b>E2:</b> Ich glaube ich würde das Vorgehen weiterempfehlen. Jetzt gerade so im Alter, da schauen wir jetzt auch so, zum Beispiel, was gibt es noch für andere Settings, die wichtig sind, zum Beispiel die Altersinstitutionen sind ganz wichtig. (239-241)</p>