

Der Setting-Ansatz

Der umfassende Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention

Text: Carlo Fabian | Bilder Schwerpunkt: Christa Boesinger

Gesundheitsförderung und Prävention sind komplexe Handlungsfelder. Einerseits in der phänomenologischen Abgrenzung zueinander, andererseits was die Ziele und methodischen Ansätze anbelangt. Gleichsam gibt es sehr viel fundiertes Wissen und Erfahrungen sowie Modelle und Ansätze, um gute Arbeit leisten zu können. Im Wesentlichen geht es darum, Schutzfaktoren zu stärken und Risikofaktoren zu minimieren. Wie das gemacht wird, ist vielfältig. Der Setting-Ansatz ist dabei in vielerlei Hinsicht ein sehr interessanter und leitender Ansatz.

Im Diskurs der Gesundheitsförderung und Prävention wird oft zwischen personenorientierten (verhaltensorientierten) und verhältnisorientierten Ansätzen unterschieden. Diese Abgrenzung ist allerdings nur bedingt zielführend. Im Diskurs über die Verortung von Verhalten und Verhältnis, aber auch grundsätzlich in der Auslegeordnung von Gesundheitsförderung und Prävention ist der Setting-Ansatz hilfreich und richtungweisend. Der Ansatz gilt als Schlüsselstrategie zur Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta (World Health Organization 1986). Da wurde das Augenmerk gesundheitsfördernden Handelns auf die sozialen Systeme (Schule, Quartier, Verein etc.) gelegt. Neben dem Individuum und der Bevölkerung als komplexer Gesamtheit wurden neu auch *räumliche und soziale Strukturen* als Ziele gesundheitsfördernder Massnahmen in den Fokus genommen (Altgeld 2004). Trotz hoher Komplexität sind Prävention und Gesundheitsförderung sinnvoll und nutzbringend, und gerade Präventionsarbeit ist viel mehr als das, was bisweilen bedauerlicher- und fälschlicherweise behauptet wird: «Präventionsarbeit ist vielfach durch Verbotshaltungen und Abschreckungen gekennzeichnet und es wird Kindern vermittelt, was alles nicht sein darf.» (zit. nach Baier 2013).

Gesundheit wird im Alltag hergestellt

Dem Setting-Ansatz folgend, soll Gesundheit im Alltag der Menschen hergestellt und aufrechterhalten werden. «Ein Setting ist ein Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Dieser soziale Zusammenhang ist relativ dauerhaft und seinen Mitgliedern subjektiv bewusst. Er drückt sich aus durch formale Organisation (z. B. Betrieb, Schule, Kita), regionale Situation (z. B. Kommune, Stadtteil,

Quartier), gleiche Lebenslage (z. B. Rentner/Rentnerinnen), gemeinsame Werte bzw. Präferenzen (z. B. Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale» (zit. nach Hartung & Rosenbrock 2011, S. 497). Menschen gehen in den Settings also ihren alltäglichen Aktivitäten nach, sind engagiert und involviert. Kontextbezogene, organisationale und persönliche Faktoren interagieren und beeinflussen die Gesundheit (vgl. auch Fabian, Drilling, Niermann & Schnur 2017).

Ein Setting ist nicht immer abschliessend definierbar und abgrenzbar und ist auch sozial konstruiert. Eine Schule beispielsweise ist zwar relativ klar beschreib- und somit definierbar: Das Schulhaus, die Lehrpersonen, die SchülerInnen, die Schulsozialarbeit, die Abwärtspersonen etc. gehören in der Regel alle dazu. Hingegen werden wohl je nach Situation und Aktivitäten beispielsweise auch Eltern oder externe Fachstellen als Teile des Settings gesehen. Zudem gibt es rege Fluktuationen bei den SchülerInnen und Lehrpersonen, was dazu führt, dass das Setting Schule zugleich Stabilität und Dynamik zeigt.

Gesundheitsfördernde und präventive Projekte haben nur Erfolg, wenn die Menschen, für die die Angebote entwickelt werden, aktiv mitwirken können

Mit dem Setting-Ansatz wird verdeutlicht, dass in unterschiedlichen Lebensbereichen und sozialen Systemen jeweils auch unterschiedliche Rahmenbedingungen herrschen, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen und deshalb für gesundheitsfördernde Massnahmen berücksichtigt werden können und sollen (Sterdt & Walter 2012). Gleichzeitig ermöglicht der Setting-Ansatz die Konzentration gesundheitsfördernder Massnahmen auf eingegrenzte Sozialräume, dadurch gelingt es, «die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, die Zugangswege zu bestimmen und vorhandene Ressourcen zu nutzen» (Altgeld 2004).

Carlo Fabian

ist Professor am Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz.

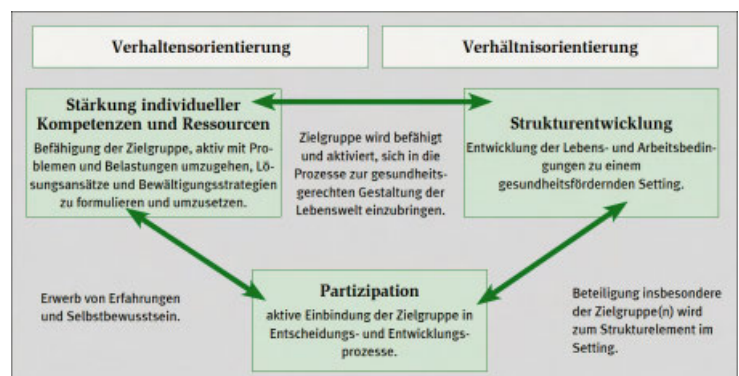
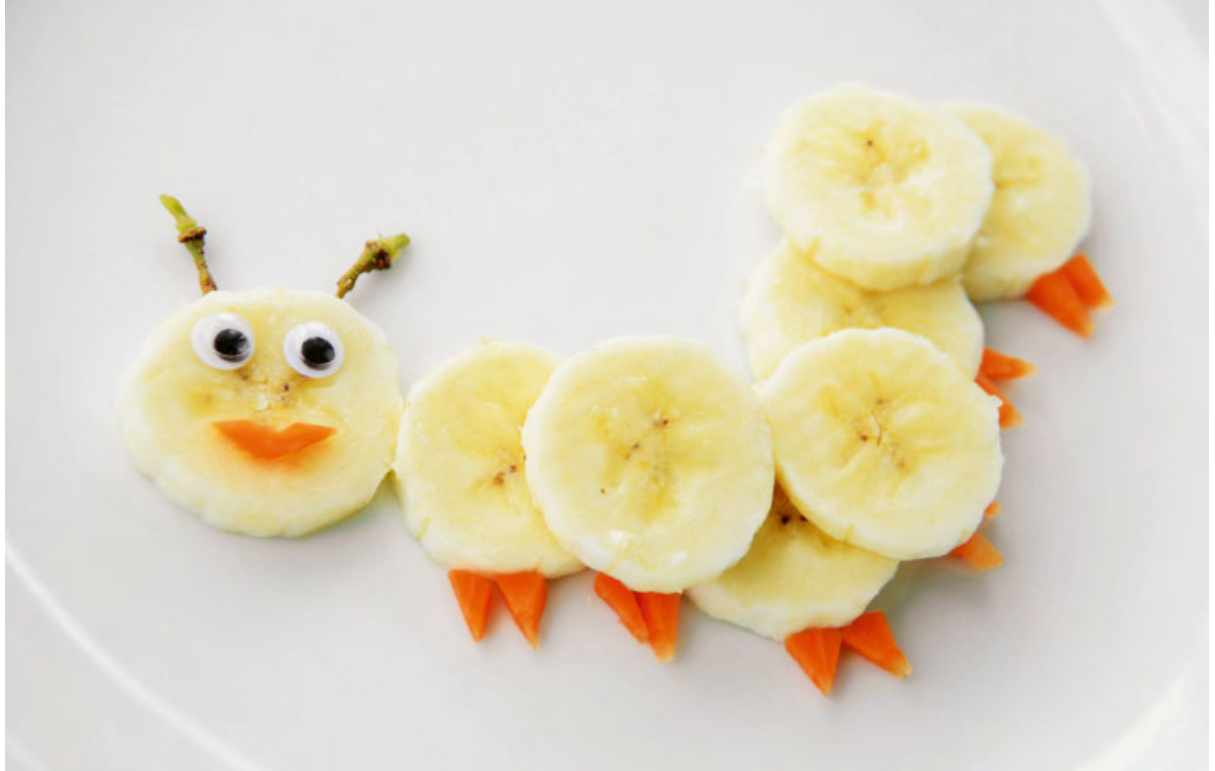


Abbildung 1: Kompetenzen- und Ressourcenstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Setting-Ansatzes (Kilian et al. 2004; zit. nach Gold et al. 2014, S. 15).



Das Modell von Kilian, Geene und Philippi (2004) zeigt die Zusammenhänge der Verhaltens- und der Verhältnisorientierung sowie der Partizipation, aber auch des Empowerments im Setting-Ansatz auf (vgl. Abbildung 1).

Die Kernstrategien des Setting-Ansatzes sind also der Einbezug und die Beteiligung aller relevanten Akteure, die Prozessorientierung, die Entwicklung integrierter Konzepte und der Einbezug von Interventionen, die sowohl individuelle Verhaltensweisen als auch strukturelle Verhältnisse innerhalb des Settings beeinflussen (Sterdt & Walter 2012). Entsprechend wird von der «Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung» gesprochen (Pelikan 2011). Die Beteiligung aller Akteure, vor allem der Zielgruppe, ist gerade in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention besonders relevant. Gesundheitsfördernde und präventive Projekte haben nur Erfolg, wenn die Menschen, für die die Angebote entwickelt und umgesetzt werden, aktiv mitwirken können (Böhme, Kliemke, Reimann & Süß 2012). Wenn es beispielsweise um das Phänomen Gewalt und dessen Prävention geht, sind die Betroffenen, aber auch deren Umfeld wie Schulen, Betriebe oder Freizeitorganisationen mit den jeweiligen Akteuren adäquat zu involvieren (vgl. auch Fabian, Käser, Klöti & Bachmann 2014).

Partizipation und Empowerment

Partizipation und Empowerment¹ sind zwei in Zusammenhang mit dem Setting-Ansatz relevante *handlungsorientierte Konzepte* und bezeichnen wichtige *Werthaltungen und Arbeitsweisen*. Mit dem Empowerment-Ansatz wendet man sich von einer paternalistischen Ausrichtung ab und setzt den Fokus weg von der individuellen Vorsorge, Betreuung oder Erziehung neu auf Strategien der zielgruppen- und lebensweltspezifischen Aktivierung und Mobilisierung. Mit Empowerment werden Massnahmen, Strategien oder Konzepte bezeichnet, die die Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Individuen oder Gemeinschaften erhöhen und es ihnen so ermöglichen sollen, ihre Interessen eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und ihre Umwelten eigenständig zu gestalten (Kraschl, Drewes & Kleiber 2010).

Bei partizipativen Projekten eröffnen sich durchaus auch kritische Fragen, wie z. B. wer überhaupt «empowert» wer-

den soll. Voraussetzung für Empowerment ist Interesse und Engagement für die Bedürfnisse, Anliegen und Lebenslagen von benachteiligten, schwächeren oder gar gefährdeten Personen.² Es wird allerdings durch den normativen Blick von Professionellen bestimmt, wer als benachteiligt, schwach und gefährdet gilt. «Dieser normative Blick «von oben» steht aber im Widerspruch zum Empowerment-Ansatz, wonach die betreffenden Personengruppen selbst der Motor für Veränderungen sein sollten» (zit. nach ebd., S. 162). Von den benachteiligten Personen wird zugleich die Übernahme von mehr Eigenverantwortung und Eigeninitiative sowie als Folge davon mehr Autonomie erwartet. Dies führt mitunter zu einer Diskussion über das Verhältnis von individueller und gesellschaftlicher Verantwortung. Um Personen von unten her zu empowern, müssen die Mächtigen, also Fachpersonen, Institutionen, Führungspersonen, aber auch die Verwaltung und Politik etc., einen Teil ihrer Macht abgeben. Hier eröffnet sich unmittelbar die Frage, ob das (immer) möglich und auch erwünscht ist. Ein weiterer Punkt betrifft das Dilemma der Selbstbestimmung versus die soziale Kontrolle und beschützende Intervention. So ist bei Personen, die nur über wenige persönliche oder soziale Ressourcen verfügen, darauf zu achten, wie viel Selbstbestimmung und Selbstverantwortung möglich sind, wie viel Schutz (in diesem Sinne eine unterstützende soziale Kontrolle) geboten werden sollte, ohne in eine negative Kontrolle zu kippen (Herriger 2010, S. 223). Diese Punkte sind in der präventiven Arbeit stets zu reflektieren.

Zum Thema Partizipation ist abschliessend zu ergänzen, dass die *partizipativen Prozesse* als solche, namentlich mit Kindern, einen wichtigen Beitrag zu gesundheitsrelevanten Faktoren wie Empowerment und Autonomie, Selbstwirksamkeit, Attribution und Kontrollüberzeugungen sowie Kohärenzgefühl beitragen können (vgl. für eine ausführliche Herleitung Fabian 2016).

Herausforderungen

Der Setting-Ansatz stellt ein (teilweise) normatives Konzept dar, das nicht einfach in seiner Ganzheit umzusetzen ist. Beispielsweise ist das Quartier als Setting, verglichen mit einer Schule, in der Regel sehr viel komplexer. Strukturen, Akteure, aber auch Prozesse oder Werte sind vielfälti-

ger. Gerade hierfür bietet der Setting-Ansatz die Chance – und dazu gibt es viele gute Beispiele, wie die Beiträge in diesem Schwerpunkt zeigen –, dass Verhalten und Verhältnisse nicht als Dichotomie, sondern als sich ergänzende und gegenseitig beeinflussende Elemente betrachtet werden sowie dass mit Organisationsentwicklungsansätzen und Planungsinstrumenten gearbeitet werden kann (z. B. Fabian et al. 2010).³

Fussnoten

- 1 In diesem Text wird mit den Begriffen «Empowerment» und «empowert» gearbeitet. Die anzutreffende Übersetzung «Befähigung» und «befähigt» trifft nur bedingt zu.
- 2 Nicht alle Menschen müssen empowert werden. Ganz viele Menschen sind in diesem Sinne schon stark, autonom und befähigt!
- 3 Vgl. für einen umfassenderen Überblick zum Setting-Ansatz z. B. Fabian et al. (2017).

Literatur

- Altgeld, T. (2004). Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren: Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- Baier, F. (2013). Neue Orientierungen für die Praxis: Von der Präventions- zur Bildungsarbeit. Special. Abgerufen am 11. Juli 2017 unter [www.schulsozialarbeit.ch/cms/content/uploaddocuments/Special-012013PraeventionundBildung\[1\].pdf](http://www.schulsozialarbeit.ch/cms/content/uploaddocuments/Special-012013PraeventionundBildung[1].pdf)
- Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; & Süß, W. (2012). Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Huber.
- Fabian, C. (2016). Der Beitrag partizipativer Prozesse bei der Freiraumentwicklung für die Gesundheit von Kindern. Eine theoretische Annäherung. *Umweltpsychologie*, 112–136.
- Fabian, C.; Caspar, C.; Pannatier, G.; Kneubühler, Y.; Dieth, D.; & Wilhelm, C. (2010). Gesundheitsförderung und Prävention in der Gemeinde. Praxishilfe zur bedarfsgerechten Planung (2. ed.). Bern: RADIX.
- Fabian, C.; Drilling, M.; Niermann, O.; & Schnur, O. (2017). Quartier und Gesundheit – Klärungen eines scheinbar selbstverständlichen Zusammenhangs. In C. Fabian, M. Drilling, N. Olivier & O. Schnur (Eds.), *Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis* (S. 9–37). Wiesbaden: VS Verlag Fachmedien.
- Fabian, C.; Käser, N.; Klöti, T.; & Bachmann, N. (2014). Good-Practice-Kriterien der Prävention von Jugendgewalt in den Bereichen Familie, Schule und Sozialraum. Ein Leitfaden. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Gold, C.; Bräunling, S.; Geene, R.; Kilian, H.; Sadowski, U.; & Weber, A. (2014). *Aktiv werden für die Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung* (Vol. 1): Gesundheit Berlin-Brandenburg.

Hartung, S.; & Rosenbrock, R. (2011). Settingansatz / Lebensweltansatz. In K. Hurrelmann & P. Franzkowiak (Eds.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 497–500). Werbach: Verlag für Gesundheitsförderung.

Herriger, N. (2010). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. (4. ed.). Stuttgart: Kohlhammer.

Kilian, H.; Geene, R.; & Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Eds.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit* (S. 151–230). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Kraschl, C.; Drewes, J.; & Kleiber, D. (2010). Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In J. Drewes & H. Sweers (Eds.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV* (S. 151–169). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.

Pelikan, J. M. (2011). Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann & P. Franzkowiak (Eds.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 400–403). Werbach: Verlag für Gesundheitsförderung.

Sterdt, E.; & Walter, U. (2012). Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. In C. Böhme, C. Kliemke, B. Reimann & W. Süß (Eds.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit* (S. 27–36). Bern: Huber.

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva. Abgerufen am 11. Juli 2017 unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1

Vorschau

Nr. 10/2017: **Lernende Organisationen**

Call for Papers: 1. April | Redaktionsschluss: 15. August
Inserateschluss: 10. September

Nr. 11/2017: **Prostitution**

Call for Papers: 1. Mai | Redaktionsschluss: 15. September
Inserateschluss: 10. Oktober

Nr. 12/2017: **Hilfen zur Erziehung**

Call for Papers: 1. Juni | Redaktionsschluss: 15. Oktober
Inserateschluss: 10. November

Nr. 01/2018: **Spielen**

Call for Papers: 1. Juli | Redaktionsschluss: 15. November
Inserateschluss: 10. Dezember

Nr. 02/2018: **Gemeinwesenarbeit auf dem Lande**

Call for Papers: 1. August | Redaktionsschluss: 15. Dezember
Inserateschluss: 10. Januar

Nr. 03/2018: **Behindertenrechtskonvention**

Call for Papers: 1. September | Redaktionsschluss: 15. Januar
Inserateschluss: 10. Februar

Kontakt: redaktion@sozialaktuell.ch