

Anforderungen an eine zeitgemäße Suchtprävention: Der Setting-Ansatz

Prof. Dr. Marion Laging, Hochschule Esslingen

FACHTAGUNG
SUCHTPRÄVENTION - GLÜCKSSPIEL IN DER PRAXIS

Frankfurt/Main, 21. + 22.05.2018

Überblick / Inhalt

- **Setting und Lebenswelten – Charakteristische Merkmale**
- **Setting und soziale und gesundheitliche Ungleichheiten**
- **Typen von Setting-Ansätzen**
- **Setting-Ansätze und Präventionsketten**

Setting und Lebenswelten

Charakteristische Merkmale

„Moderne Suchtprävention erreicht ihre Zielgruppen systematisch in ihren Lebenswelten und ist bestrebt, eine gesundheitsförderliche Veränderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen zu bewirken“

Drogen- und Suchtbericht 2018

*„**Lebenswelten** ... sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, der Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“*

§ 20a Abs. 1 SGB V

*„Gesundheit soll als Leitbild in den **Lebenswelten** etabliert werden“.*

GKV, Leitfaden Prävention, 2016

Was ist ein Setting (Lebenswelt)?

Setting = relativ dauerhafter und den Nutzern bzw. Akteuren auch subjektiv bewusster Sozialzusammenhang.

Ein Setting konstituiert sich durch:

- eine formale Organisation (z.B. Schule, Betrieb)
- einen gemeinsamen sozialräumlichen Bezug (z.B. Stadtteil, Dorf, Quartier)
- eine gemeinsame Lebenslage (z.B. Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund, Ruhestand),
- gemeinsame Wertorientierungen (z.B. religiöse Überzeugungen, sexuelle Orientierungen)
- durch eine Kombination dieser Merkmale.

(Rosenbrock 2015)

Was ist ein Setting (Lebenswelt)?

Wann ist ein Setting relevant für Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung?

Wenn von ihm wichtige Einflüsse ausgehen auf

- Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen
- auf die Wahrnehmung von Gesundheit sowie auf
- (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen)

(Rosenbrock 2015)

Setting, Lebenswelt, Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit entstehen im **Alltag** und in den **Lebenswelten** und werden dort aufrecht erhalten.

In Lebenswelten können die **Bedingungen für Gesundheit und Krankheit** mitgestaltet werden.

Lebenswelten verfolgen in der Regel andere **Primärzwecke** als die Gesundheitsförderung und Prävention.

Dies setzt voraus, dass die **Verantwortlichen für die Lebenswelt** bereit sind, an der Umsetzung GF und Prävention mitzuwirken und sich mit einer angemessenen Eigenleistung daran zu beteiligen.

Welche Settings sind besonders vielversprechend für Prävention und Gesundheitsförderung?

Je **mehr vorgegebene Strukturen und Interaktionen** sich dort finden

Je **größer die Verbindlichkeit dieser Strukturen und Interaktionen** ist

Je **klarer die Nutzergruppen und Interessenten (stakeholder)** definiert und organisiert sind

Je **geringer die Fluktuation der Personen** in der Gruppe ist und

Je mehr **partizipative Verfahren in Kultur und Routine** des Setting bereits verankert sind.

→ In sozialräumlich definierte Settings lässt sich leichter und mit mehr Erfolg intervenieren als in Lebenswelten, die durch gemeinsame Überzeugungen oder Lebenslagen gebildet sind.

(Rosenbrock 2015)

In Lebenswelten können die Bedingungen für Gesundheit und Krankheit mitgestaltet werden, wenn....

- **regelmäßige** und **kontinuierliche** Integration von Gesundheitsförderung und Prävention
- Im Fokus sind deswegen insbesondere Systeme

des Wohnens

des Lernens

des Studierens

der medizinischen
und pflegerischen
Versorgung

der
Freizeitgestaltung
einschließlich des
Sports

§ 20, SGB V

Ziele der lebensweltbezogenen Interventionen

- eine Kombination von **verhaltens- und verhältnisorientierten** Maßnahmen
- eine Kombination von **universellen, selektiven und indizierten** Maßnahmen
- insbesondere der Aufbau und die Stärkung **gesundheitsförderlicher Strukturen** (Salutogenese, Schutzfaktoren)

Kombination von

Verhältnisbezogenen Maßnahmen	Verhaltensbezogenen Maßnahmen
<p>Unterstützung bei Aufbau und Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beratung zur Umgestaltung gesundheitsrel. Bedingungen, z.B. der Gemeinschaftsverpflegung, Stadtteilgestaltung• Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren• Vernetzung mit anderen Einrichtungen in der Region	<p>Information, Motivation, Kompetenzvermittlung, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none">• Angebote zur Bewegungsförderung, zur gesundheitsförderlichen Ernährung, u. ä.• Training sozial-emotionaler Kompetenzen• Angebote zur Stressbewältigung• Aufklärung zu Suchtgefahren und Suchtprävention• Förderung von Gesundheitskompetenzen

auf Basis des selbst oder unter Nutzung bereits vorhandener Daten ermittelten Bedarfs.

Setting und soziale und gesundheitliche Ungleichheiten

Die Chancen für gesundes Aufwachsen und Leben sind ungleich verteilt und abhängig von der sozialen Lage

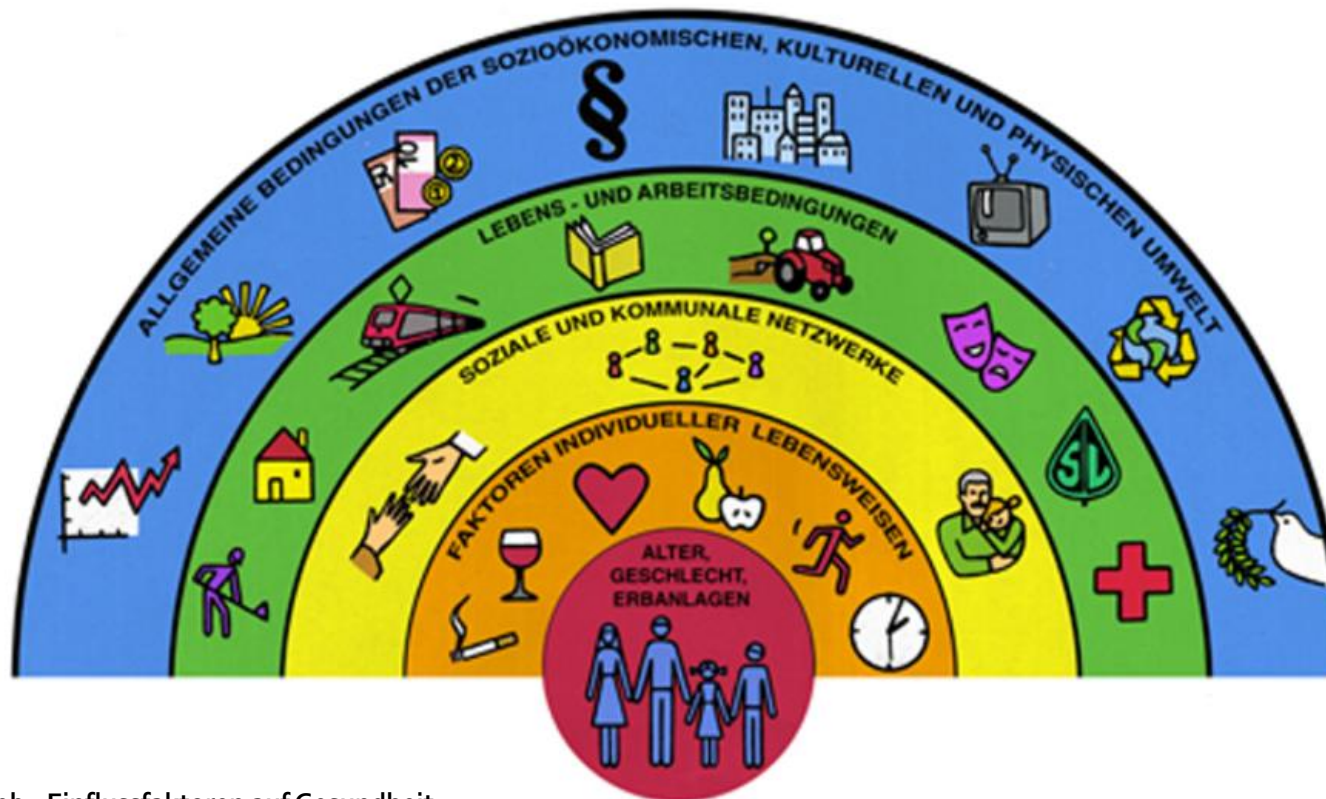


Abb.: Einflussfaktoren auf Gesundheit
(nach Dahlgren & Whitehead, 1993)

Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

Zeigt sich als

- A) erhöhtes Risiko zu erkranken
- B) erschwerten Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem
- C) Schlechtere Rehabilitationschancen

Mit lebensweltbezogenen Interventionen sollen sozial und gesundheitlich Benachteiligte leichter erreicht werden.

Es sollen kontraproduktive Stigmatisierungen vermieden werden, da in Settings in der Regel nicht nur sozial Benachteiligte anzutreffen sind.

(Rosenbrock 2015; Bauer, U., Bittlingmayer, U. & Richter, M. 2008; Mielck, A. 2005, Richter, M. & Hurrelmann, K. 2006, Robert Koch-Institut, 2010.)

Setting und gesundheitliche Ungleichheit

Gesundheitsbezogene Ungleichheiten erklären sich zu ca. 50% aus den Folgen gesundheitlich riskanteren Verhaltens in den Unterschichten (vor allem Ernährung, Bewegung, Rauchen, Stressregulation),

Zu ca. 50% aus der direkten „Wirkung“ der sozialen Lage.

Versuche, das Gesundheitsverhalten nur durch Information, Erziehung, Kurse, Kampagnen und Aufklärung zu verändern, führen meist zu nur geringen und meist nicht nachhaltigen Erfolgen. Verbesserungen der medizinischen Versorgung können ebenfalls dieses Problem nur geringfügig vermindern.

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

Hauptdeterminanten und -strategien zur Bekämpfung gesundheitl. Ungleichheiten

- Individuen stärken
- Gemeinden und Gemeinschaften stärken
- Zugang zu wichtigen Einrichtungen und Diensten verbessern
- makroökonomische und kulturelle Veränderungen anstoßen

(Kaba-Schönstein, Kilian 2018)

Präventionsparadox / Präventionsdilemma

- beschreibt im Kern das "inequality paradox" der selektiven Inanspruchnahme
- Gerade die Adressat*innen und Zielgruppen mit höherem Vorsorge- oder Frühinterventionsbedarf haben eher eine herabgesetzte Akzeptanz und Nachfrage von Präventionsangeboten
- Prävention verstärkt sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit

Typen von Setting-Ansätzen

2 Konzepte / Typen von Setting-Ansätzen:

Gesundheitsförderung / Prävention im Setting

→ Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting wird genutzt, um dort Angebote der verhaltens-bezogenen Prävention (z.B. im Hinblick auf die Großrisiken Ernährung, Bewegung, Stress, Drogen) zu platzieren, z.B.:

- Platzierung von Informationen
- Partizipativ gestaltete Programme für eine oder mehrere Gruppen
- Projekte von Peer-Education

Vorteile:

gute Erreichbarkeit, Anregung von Kommunikation und sozialer Unterstützung, Nachhaltigkeit von verhaltensmodifizierenden Präventionsprogrammen
Unklar, inwieweit gesundheitliche Ungleichheiten effektiv bearbeitet werden

Gesundheitsförderndes Setting

- Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden Personen (individuelle Ebene)
- Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen (Ebene der Strukturbildung)
- Systematische Einbindung möglichst vieler Personen(gruppen) (Partizipation)

Ziel: „lernende Organisation“

Gesundheitsförderliches Setting

Verhaltensorientierung

Verhältnisorientierung

Stärkung individueller Kompetenzen und Ressourcen
Befähigung der Zielgruppe, aktiv mit Problemen und Belastungen umzugehen, Lösungsansätze und Bewältigungsstrategien zu formulieren und umzusetzen.

Zielgruppe wird befähigt und aktiviert, sich in die Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Lebenswelt einzubringen.

Strukturentwicklung
Entwicklung der Lebens- und Arbeitsbedingungen zu einem gesundheitsfördernden Setting

Erwerb von Erfahrungen und Selbstbewusstsein.

Partizipation
Aktive Einbindung der Zielgruppe in Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse.

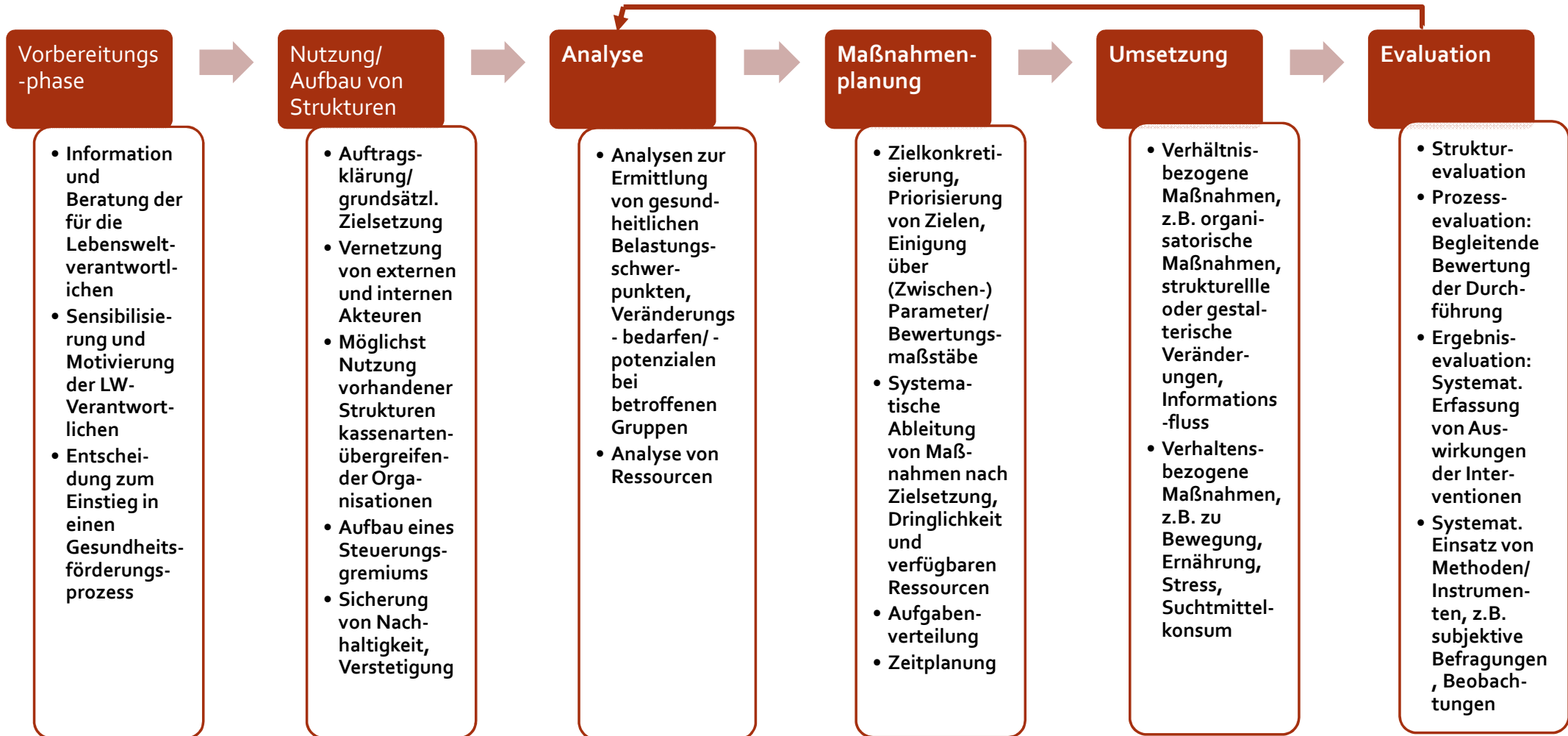
Beteiligung insbesondere der Zielgruppe(n) wird zum Strukturelement im Setting.

Partizipation als Schlüsselement

Projekte der Gesundheitsförderung und der Prävention sollen demzufolge in allen Entwicklungsphasen partizipativ gestaltet werden

- a) damit an den tatsächlichen Bedürfnissen der Zielgruppen angesetzt werden kann
- b) weil der Mangel an Teilhabe an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen selbst eine Gesundheitsbelastung und einen Ressourcenmangel darstellt, dem mit einer solchen Intervention begegnet wird.

Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess



Quelle: Modifiziert in Anlehnung an G. Mahltig & S. Voermans (2011): Vernetzung und Qualität – Vernetzung als Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen. In: N. Klusen, A. Meusch & E. Thiel (Hrsg.): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Baden-Baden (Nomos). S.29-56

Setting-Ansatz und Lernprozesse

Von Knowledge – Attitude – Practice (KAP)



Zu Practice – Attitude – Knowledge (PAK)

Anforderungen an Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung

Für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung muss ein praktikables Konzept vorliegen. Dieses Konzept

- berücksichtigt aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und bereits qualitätsgesicherte Interventionsansätze,
- achtet auf eine ausreichende Ressourcenausstattung; hier zu zählen unter anderem finanzielle Mittel, eine angemessene Laufzeit sowie die Planung und Umsetzung durch qualifiziertes und informiertes Personal,
- beinhaltet eine Bedarfs- und Bestandsanalyse,
- beschreibt das zugrunde gelegte Wirkungsmodell,
- setzt »smarte« Ziele (die Ziele sollen spezifisch, messbar, angemessen, realistisch, zeitlich terminiert und ethisch vertretbar/reflektiert/begründet sein),
- bestimmt die Zielgruppe/n sowie geeignete Vermittlungswege,
- dokumentiert den angestrebten Grad der Zielerreichung und die Art seines Nachweises und
- zeigt auf, wie eine Verstetigung der Maßnahme erfolgen soll.

Setting-Ansätze und Präventionsketten

Gestalten von Lebenswelten und Übergängen im Lebenslauf: „Präventionsketten“



Darwin'sches Gesetz der Prävention: „survival of the fittest“

- Medizinische Intervention
- Individuelle Verhaltensmodifikation
- Gesundheitsförderung im Setting
- Gesundheitsförderliches Setting
- Veränderungen sozialer und ökonomischer Bedingungen

(nach Kühn 1993)

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Literatur

- Highlight-Bericht zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Berlin. Verfügbar unter: http://www.gesundheitbb.de/fileadmin/user_upload/MAINdateien/GesBB/Materialien/Projektmaterial/Berlin/Highlight-Bericht_Praeventionsketten_Berlin.pdf [11.7.2017]
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2014). Handbuch zum Auf- und Ausbau der Marzahn-Hellersdorfer Präventionskette. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=Seite12546> [7.11.2017]
- Informationen zu Präventionsketten in Berlin. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/aufgaben-angebote-undschwerpunkte/praeventionsketten-in-berlin/> [7.11.2017]
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. & Richter, M. (Hrsg.) (2008). Health Inequalities, Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.) (2015). Die zerklüftete Republik. Bericht zur regionalen Armutsentwicklung in Deutschland 2014. Berlin: Eigenverlag.
- Mielck, A. (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Kaba-Schönstein, Lotte, Kilian, Holger (2018). Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung /Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. doi: 10.17623/BZGA:224-1052-1.0
- Kühn H. (1993). Healthismus, Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A. Berlin: edition sigma, 1993.
- Rosenbrock, Rolf (2015). Prävention in Lebenswelten – der Setting-Ansatz. Deutscher Ärzte-Verlag, 2015; 91 (5), 213-219.