

Settingansatz / Lebensweltansatz

Susanne Hartung¹

Rolf Rosenbrock²

¹ Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg, Germany

² Germany

Abstract

Der Settingansatz, in der deutschen Übersetzung „Lebensweltansatz“, stellt die Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar. Mit dem Settingansatz wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen gesundheitsförderlichen bzw. -erhaltenden oder auch gesundheitsbelastenden individuellen, sozialen oder ökologischen Einflussfaktoren ist. Die Anwendung des Settingansatzes bedeutet, diese Einflussfaktoren systematisch in einem an dem Public Health Action Cycle orientierten, koordinierten und partizipativen Lern- und Entwicklungsprozess positiv und nachhaltig im Sinne der Gesundheit der Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen. Fest verankert ist der Settingsansatz in der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation von 1986 und seit 2015 auch im Präventionsgesetz.

Keywords: Gesundheitsförderung, Prävention, Partizipation, Kommune, Betrieb, Evidenz, Organisationsentwicklung

Setting und Lebenswelt

Ein Setting – im deutschen Sprachraum auch als „Lebenswelt“ bezeichnet – ist ein Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Dieser soziale Zusammenhang ist relativ beständig und seinen Mitgliedern auch bewusst. Er drückt sich aus durch formale Organisationen (z. B. Betrieb, Schule, Kita), regionale Situationen (z. B. Kommune, Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslagen (z. B. Rentner/Rentnerinnen), gemeinsame Werte oder Präferenzen (z. B. Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale.

In der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung wird der Settingbegriff am häufigsten für soziale Systeme wie formale Organisationen oder regionale Situationen verwendet. Bezogen auf eine regionale Situation wird ein Setting auch als ein „sozialräumliches System“ aufgefasst ([1], S. 21).

Die Begriffe Lebenswelt und Setting werden im deutschen Sprachraum in der Prävention und Gesundheitsförderung zumeist synonym verwendet. Die Verwendung des Lebensweltbegriffs in der Gesundheitsförderung ist dabei nicht völlig deckungsgleich mit der Verwendung in älteren sozialwissenschaftlichen Konzepten [2], weshalb es Versuche der Differenzierung zum Settingbegriff gibt (u. a. [3]).

Einstieg Settingansatz

Der Settingansatz bezieht sich auf die Settings, in denen Menschen sich aufhalten und damit auf die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. Der Settingansatz stellt die Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar. Er ist eine Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Aktivitäten zur Gesundheitserziehung, die sich mit Information und Appellen an Einzelpersonen wenden. Mit dem Settingansatz wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitserhaltenden oder gesundheitsbelastenden Einflussfaktoren ist. Diese Einflussfaktoren können individuell, sozial, organisatorisch, ökonomisch oder ökologisch sein. Die Anwendung des Settingansatzes bedeutet, diese Einflussfaktoren systematisch in einem koordinierten und partizipativen Lern- und Entwicklungsprozess positiv und nachhaltig im Sinne der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen.

Die Entwicklung des Settingansatzes

Für die Entwicklung der Gesundheitsförderung war die Einführung des Settingansatzes und seine feste Verankerung in der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung 1986 ein bedeutender Schritt [4]. Er ist das Ergebnis aus (u. a. Ruckstuhl 2021, [2]):

- der Erkenntnis des begrenzten Erfolgs des biomedizinischen Versorgungssystems mit Blick auf die immer bedeutender gewordenen chronischen Krankheiten,
- dem – auch dadurch – gestiegenen Interesse an den Einflüssen der Lebensweisen, der sozialen und der ökologischen Lebensbedingungen auf die Gesundheit,
- emanzipatorischen Einflüssen der Neuen Sozialen Bewegungen wie der Gesundheitsbewegung, der Frauenbewegung sowie der Selbsthilfobewegung und
- der Kritik an der Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen durch die Gesundheitserziehung.

Die „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“ [4] gilt als das Grundsatzdokument für den Settingansatz. Das hierin dargestellte Verständnis des Settingansatzes basiert auf einem ganzheitlichen, multifaktoriellen und ressourcenorientierten Gesundheitsverständnis, das vor allem die psychosozialen Bedingungen und Kontextfaktoren sowie deren Wechselwirkungen als Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Individuen und Gruppen in den Blick nimmt. Die Bedeutung des Settingansatzes für die Gesundheitsförderung wurde in den folgenden WHO-Konferenzen immer wieder bestätigt und als bewährte Umsetzungsstrategie der fünf Handlungsfelder hervorgehoben [5] ([Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#)).

Seit der Ottawa Charta orientieren sich eine Vielzahl nationaler und internationaler Netzwerke der Gesundheitsförderung am Settingansatz wie beispielsweise die internationalen und nationalen Netzwerke der Gesunden Städte (www.gesunde-staedte-netzwerk.de).

Gesundheitsförderung in Settings vs. gesundheitsförderliche Settingentwicklung

Grundsätzlich lassen sich, in Anlehnung an Barić und Conrad ([6], S. 16), zwei Arten der settingbezogenen Gesundheitsförderung unterscheiden: die *Gesundheitsförderung im Setting* und die *Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings* ([7], S. 15), [8].

Bei der *Gesundheitsförderung im Setting* wird v. a. die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention, z. B. im Hinblick auf die Risiken unausgewogener Ernährung, mangelnder Bewegung, Stress und Sucht zu platzieren. Die Spannweite von Interventionen reicht von der Benutzung eines Settings als Ablegeplatz für Informationen, die für eine bestimmte Zielgruppe gedacht sind, bis hin zu speziell für eine oder mehrere Gruppen im Setting gestalteten Programmen. Beispielsweise ist sowohl das Auslegen von Ernährungsratgebern an einem Elternabend in der Schule als Intervention im Setting zu verstehen als auch Angebote zur Kompetenzförderung wie dem Umgang mit sozialen Konflikten. Bei diesem Ansatz bilden die Strukturen und Abläufe im Setting den Rahmen der Intervention und werden nicht verändert.

Im Gegensatz dazu steht die *Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings*, die idealtypisch dem Settingansatz entspricht. Bei der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings steht die Partizipation [9] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) der Mitglieder des Settings und der Prozess der systemischen Settingentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt. Beispielsweise hierbei sind die betriebliche Gesundheitsförderung mit ihren Instrumenten der aktivierenden Belegschaftsbefragungen, Betriebsversammlungen und v. a. dem Gesundheitszirkel [10] ([Betriebliche Gesundheitsförderung](#)), aber in zunehmendem Maße auch die Prozesse der integrierten kommunalen Gesundheitsförderung [11], [12] ([Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention](#)), bei der die Ziele einer kommunalen Gesundheitsförderung settingübergreifend verfolgt werden.

Gesundheitsförderung im Setting und gesundheitsförderliche Settingentwicklung lassen sich in der Praxis jedoch nicht immer trennscharf unterscheiden. Wird vom Settingansatz gesprochen, sollte dieses Vorgehen zu möglichst großen Teilen einer Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings entsprechen und die im Weiteren ausgeführten Elemente beinhalten.

Die Elemente des Settingansatzes

Der Settingansatz orientiert sich an der Organisationsentwicklung [13] ([Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung](#)) (u. a. [6], [14]) und den vier Phasen des [Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus](#) [15] (Problembestimmung, Strategieformulierung, Umsetzung, Bewertung).

Ein Vorgehen nach dem Settingansatz entspricht einem komplexen Lern- und Entwicklungsprozess. Nach der Organisationsentwicklung werden durch ermöglichende, initiiierende, unterstützende und begleitende Interventionen von außen Prozesse im Setting ausgelöst. Es ist deshalb von Vorteil, wenn die beteiligten Personen, mindestens die das Vorgehen koordinierenden Personen, Kenntnisse in systemischer Organisationsentwicklung und zu partizipativen Methoden haben. Nach der Organisationsentwicklung wird weiterhin angenommen, dass die Mitglieder die materiellen und sozialen Strukturen sowie Verhaltensanreize des Settings nach ihren Bedürfnissen mitgestalten und diesen Einfluss auch subjektiv erleben [16] ([Empowerment / Befähigung](#)). Angebote zur Unterstützung von Verhaltensmodifikationen werden dabei zumeist ebenfalls einbezogen.

Das Gelingen des Settingansatzes, d. h. einer gesundheitsförderlichen Settingentwicklung, hängt von der Integration folgender Elemente ab (u. a. [1]):

- Hohes Maß an Beteiligung der Menschen im Setting [9] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger)
- Kontinuierliche und professionelle Koordinierung
- Entwicklung gesundheitsförderlicher Kontextbedingungen
- Stärkung von Kompetenzen, Ressourcen, Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten [16] ([Empowerment / Befähigung](#))

Die möglichst direkte und kontinuierliche Beteiligung und Teilhabe der Menschen im Setting (Zielgruppen, Akteurinnen und Akteure, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger) an den Entscheidungen bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings bezieht sich auf alle vier Phasen des [Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus](#) [15]: die Definition und Abschätzung der zu bearbeitenden Probleme, die Konzipierung und Festlegung der Intervention, die Durchführung der Intervention sowie die Bewertung, Sicherung und die fortlaufende Weiterentwicklung der Qualität, die möglichst partizipativ erfolgt [17]. Danach sind in der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings wie beispielsweise einer „gesundheitsfördernden Schule“ [18] ([Gesundheitsförderung und Schule](#)) alle Personengruppen zu beteiligen, die einen großen Teil ihres Alltags in der Schule verbringen (d. h. Schülerinnen und Schüler, Beschäftigte). Nur dann können alle Interventionen bedarfs- und bedürfnisgerecht und letztlich erfolgreich sein.

Die aktive Beteiligung der Menschen ist zumeist der grundsätzliche Unterschied zu Interventionen im Sinne einer „Gesundheitsförderung im Setting“. Interventionen werden in der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings nach dem Settingansatz in einem partizipativen Prozess der organisatorischen sozialklimatischen Veränderung des Settings von den Menschen im Setting selbst identifiziert, angefordert und wünschenswerterweise auch (mit-)gestaltet. Auch trägt der Settingansatz zu einer hierarchie- und gruppenübergreifenden Kooperation und Kommunikation bei.

Durch vermehrte Transparenz, Partizipation und Aktivierung entwickeln Zielgruppen [19] ([Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren](#)) gesundheitsrelevante Kompetenzen bereits im Prozess [20]. Zusätzliche Angebote zur Wissenserweiterung und Kompetenzentwicklung können themenspezifisch und bedarfsorientiert ergänzt werden. Eine enge Kopplung dieser verhaltensorientierten Interventionen an verhältnisorientierte Interventionen erfüllt die Voraussetzungen für Lernen auch bei geringer formaler Bildung am besten: Informationen und Aktivitäten knüpfen am Alltag und an den vorhandenen Ressourcen an, Vorstellungen zum Belastungsabbau und zur Ressourcenmehrung werden zwischen koordinierenden Akteurinnen und Akteuren sowie betroffenen Zielgruppen entwickelt und in einem gemeinsamen Lernprozess so weit wie möglich umgesetzt. Da sich die Interventionen auf das gesamte Setting beziehen und alle Personengruppen ansprechen, können vulnerable Personen (z. B. kranke Personen, sozial benachteiligte Familien) zudem besser erreicht und Stigmatisierung und Diskriminierung eher vermieden werden. Bei einer Verbesserung der Lebens-, Lern- bzw. Arbeitsbedingungen können alle Gruppen gewinnen.

Aktuelle Verbreitung des Settingansatzes in Deutschland

Verbreitung findet der Settingansatz in Deutschland z. B. in der betrieblichen Gesundheitsförderung und – unter Übernahme und Weiterentwicklung der dort gesammelten Erfahrungen – in Bildungsstätten (Hochschulen, Schulen, Kitas). Zunehmend ist der Settingansatz auch in Kommunen, Stadtteilen bzw. Quartieren von Bedeutung, hier insbesondere in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, für die sich u. a. der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit einsetzt [21] ([Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit](#)).

Durch die ausdrückliche Verwendung des Setting- bzw. Lebensweltbegriffs im Präventionsgesetz, das im Juli 2015 im Bundestag verabschiedet wurde, wurden Gesundheitsförderung und Prävention in Settings auch gesetzlich weiter gestärkt. Inwieweit die sich auf das Präventionsgesetz beziehenden Interventionen den Settingansatz ganzheitlich unter Beachtung aller vier Elemente des Settingansatzes im Sinne eines systematischen und kontinuierlich koordinierten partizipativen Entwicklungsprozesses umsetzen, muss allerdings kritisch begleitet werden.

Fazit und Ausblick

Der Settingansatz hat seit der Ottawa Charta einen festen Platz in der Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung und ist als Kernstrategie der Gesundheitsförderung breit etabliert. Die aktuelle Entwicklung führt dabei zunehmend weg von Interventionen in und der Entwicklung von einzelnen Settings und hin zu settingübergreifenden Strategien, bei denen Kommunen als sogenannte „Dachsettings“ betrachtet werden [11], [12] ([Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention](#)).

Auch wenn Gesundheitsförderung in Settings leichter umzusetzen ist und ihre Bewertung auf einfacheren Wirkungsmodellen beruht, ist für nachhaltige Erfolge dennoch die Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings zu verfolgen. Dabei liegen die Herausforderungen in der Praxis nach wie vor – und bei der Umsetzung settingübergreifender Strategien noch stärker – bei der langfristigen Verfügbarkeit von Ressourcen für partizipative Lern- und Entwicklungsprozesse sowie bei der Untersuchung und Darstellung ihrer sozialen und gesundheitlichen Wirkungen.

Hilfreich für die Praxis ist die Bandbreite der dokumentierten Evidenz. Dies reicht von Ansätzen praxisbasierter Evidenz [22] wie dokumentierten Beispielen guter Praxis (z. B. Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit), veröffentlichten Evaluationsergebnissen und Lessons Learned bis zu wissenschaftlich generierter Evidenz komplexer Interventionen und zunehmend erstellten Übersichtsarbeiten (z. B. www.gkv-buendnis.de/forschung-im-buendnis/datenbank-wissen-fuer-gesunde-lebenswelten). Das hier bereits bestehende Wissen sollte systematisch verbunden, ausgebaut und im Sinne einer umfassenden Umsetzung des Settingansatzes vor allem angewendet werden.

Internetadressen:

- GKV-Bündnis für Gesundheit. Datenbank „Wissen für gesunde Lebenswelten“. Available from: <https://www.gkv-buendnis.de/forschung-im-buendnis/datenbank-wissen-fuer-gesunde-lebenswelten>
- Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund>
- Gesunde Städte-Netzwerk. Available from: <https://www.gesunde-staedte-netzwerk.de>

References

1. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Berlin; 2021 [accessed 2022 Jun 7]. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf
2. Engelmann F, Halkow A. Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); 2008. (WZB Discussion Paper; SP I 2008-302).

3. Dadaczynski K. Prävention und Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. p. 403–12.
4. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. 1986. [accessed 2022 Jun 7]. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
5. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I035-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I035-1.0)
6. Barić L, Conrad G. Gesundheitsförderung in Settings: Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung; 1999.
7. Rosenbrock R. Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A, editors. Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 2004. p. 7–149. (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe; 8).
8. Rosenbrock R, Michel C. Primäre Prävention: Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: MWV, Med. Wiss. Verl.-Ges; 2007. (Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften).
9. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0)
10. Hartung S, Faller G. Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIÖEG:Q4-I042-3.0](https://doi.org/10.17623/BIÖEG:Q4-I042-3.0)
11. Hartung S. Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p. 1–11. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). DOI:[10.1007/978-3-662-55793-8_98-1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8_98-1)
12. Richter-Kornweitz A, Holz G, Kilian H. Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I093-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I093-2.0)
13. Lobnig H, Metzler B, Dietscher C, Pelikan JM. Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I083-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I083-3.0)
14. Grossmann R, Scala K. Gesundheit durch Projekte fördern: ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim, München: Juventa; 2011.
15. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0)
16. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIÖEG:Q4-I10-3.0](https://doi.org/10.17623/BIÖEG:Q4-I10-3.0)
17. Wright MT, editor. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber; 2010. (Prävention und Gesundheitsförderung).
18. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0)
19. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0)

20. Hartung S, Wihofszky P. Partizipation und Gesundheitskompetenz. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M, editors. Gesundheitskompetenz. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p. 1–10. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). DOI:[10.1007/978-3-662-62800-3_125-1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_125-1)
21. Kaba-Schönstein L, Kilian H. Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I052-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I052-3.0)
22. Hartung S. Praxisbasierte Evidenz in Public Health. In: Schmidt-Semisch H, Schorb F, editors. Public Health Disziplin – Praxis – Politik. Wiesbaden: Springer; 2021. p. 349–69. (Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung).

Korrespondenz: Prof. Dr. Susanne Hartung, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg, Germany, E-mail: hartung@hs-nb.de

Zitierhinweis: Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz / Lebensweltansatz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i106-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i106-1.0)

Copyright: © 2026 Susanne Hartung et al.

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>