

Bachelor-Arbeit

Bachelor of Science in Social Work
Soziokultur BB-21-1

Jacqueline Schreiber

Gesundheitliche Ungleichheit in der Schweiz: Ansätze der Soziokulturellen Animation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit

Diese Arbeit wurde am 11.08.2025 an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2025

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht, inwiefern die Soziokulturelle Animation (SKA) zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in der Schweiz beitragen und dadurch gesundheitliche Ungleichheiten verringern kann. Im Zentrum steht die Frage, welche Potenziale die SKA im Kontext der Quartiersarbeit bietet, um gesundheitliche Chancengleichheit für sozioökonomisch benachteiligte Menschen zu stärken. Auf Grundlage einer Literaturlarbeit werden zentrale Konzepte wie Verhältnisprävention, Settingansatz und soziale Determinanten von Gesundheit analysiert und mit den Grundprinzipien der SKA, Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung, systematisch verknüpft.

Die Arbeit zeigt, dass die SKA geeignet ist, benachteiligte Menschen zu erreichen, strukturelle Zugangsbarrieren abzubauen und gesundheitsfördernde Lebenswelten partizipativ mitzugestalten. Sie kann dabei soziale Ausschlussmechanismen durchbrechen und resiliente Strukturen in benachteiligten Lebenswelten aufbauen. Zudem eröffnet sie praxisnahe, kulturell verankerte, niederschwellige und dialogische Zugänge zur Gesundheitsförderung. Die Arbeit gliedert sich in eine theoretische Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Ungleichheit, eine Analyse gesundheitsbezogener Präventionsansätze sowie eine exemplarische Betrachtung partizipativer Praxisprojekte der SKA im Quartier. Aufbauend darauf werden Handlungsempfehlungen für Fachpersonen der SKA in der Quartiersarbeit formuliert sowie Voraussetzungen für eine nachhaltige Wirkung diskutiert. Abschliessend reflektiert die Arbeit Herausforderungen wie Ressourcenknappheit, fehlende institutionelle Verankerung und die Schwierigkeit, partizipative Wirkungen systematisch zu messen, und zeigt Perspektiven für die strategische Weiterentwicklung der SKA im Feld der Gesundheitsförderung auf.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	I
Inhaltsverzeichnis.....	II
Widmung.....	IV
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Zielsetzung und Fragestellung	4
1.3 Aufbau der Arbeit.....	6
2 Theoretischer Rahmen (Theoriefrage 1)	8
2.1 Begriffsklärung: Gesundheitliche Ungleichheit.....	8
2.2 Faktoren, die zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen	11
2.3 Fazit	15
3 Massnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit (Theoriefrage 2) ..	16
3.1 Präventionsansätze auf individueller und gemeinschaftlicher Ebene	16
3.2 Settingansatz als strategische Grundlage der Gesundheitsförderung	19
3.3 Gesundheitliche Chancengleichheit als gesundheitspolitisches Leitziel.....	22
3.4 Fazit	24
4 Soziokulturelle Animation (SKA) und Gesundheitsförderung in der Quartiersarbeit (Praxisfrage)	25
4.1 Grundprinzipien und Ziele der SKA.....	25
4.2 Rolle der SKA in der Gesundheitsförderung	27
4.3 SKA-Ansätze zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit	29
4.4 Vergleich von SKA mit anderen Ansätzen der Gesundheitsförderung	32
4.5 Fazit	34
5 Praxisorientierte Handlungsempfehlungen der SKA zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit	36
5.1 Relevanz der SKA für Fachpersonen in der gesundheitsbezogenen Quartiersarbeit ...	36
5.2 Praxisnahe Handlungsempfehlungen für die SKA im Quartier.....	37
5.3 Wirkung sichern: Nachhaltige SKA-basierte Gesundheitsförderung gestalten	40

5.4 Fazit: Voraussetzungen, Stolpersteine und Perspektiven für die Umsetzung von SKA in der Gesundheitsförderung	42
6 Schlussfolgerungen und Ausblick	44
6.1 Zentrale Erkenntnisse zur Rolle der SKA in der Gesundheitsförderung	44
6.2 Implikationen für Theorie und Praxis der SKA	45
6.3 Ausblick: Offene Fragen und Forschungsbedarf	47
6.4 Gesamtschlusswort: Relevanz der SKA für eine sozial gerechte Gesundheitsförderung	48
7 Literaturverzeichnis	50
8 Anhang	56
A Determinantenmodell zur multisektoralen Gesundheitspolitik (BAG, 2005)	56
B Einfaches Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit (Mielck, 2010)	57
C Partizipationsstufen (Stade, 2019)	58
D Gesellschaft als System und Lebenswelt: Herausbildung der Zwischenposition (Hangartner, 2013)	59

Widmung

Diese Arbeit ist tief in meiner persönlichen Motivation verwurzelt. Meine geliebte Mutter hat mir fundamentale Werte wie einen starken Gerechtigkeitsinn eingeprägt und mir beigebracht, mich mit Hingabe und Herzblut dafür einzusetzen, wenn etwas ungerecht ist. Mich hat dieses Thema schon immer interessiert und mich in meiner Haltung, Denkweise und meinem Handeln sehr stark geprägt und beeinflusst. Das hat mich bewegt, eine Menschenrechtsprofession wie die Soziale Arbeit zu studieren und diesen Beruf auszuüben. Meine Arbeit ist eine Widmung an meine geliebte Mutter, die ich unendlich über alles liebe und vermisse. Ich trage dich immer bei mir in meinem Herzen und spüre dich sehr nahe bei mir. In ewiger Liebe und Verbundenheit, deine Tochter Jacqui.

1 Einleitung

Dieses Kapitel führt in die Thematik der Bachelorarbeit ein. Es beschreibt die Ausgangslage, erläutert die Zielsetzung und zentrale Fragestellung und stellt den Aufbau der Arbeit vor.

1.1 Ausgangslage

Wie Weber und Hösli (2020) darlegen, sind die Chancen, ein gesundes Leben zu führen, in der Schweiz ungleich verteilt (S. 3, 5). Auch laut dem Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2018) haben sozioökonomisch benachteiligte Menschen ein höheres Risiko, an körperlichen und psychischen Erkrankungen zu leiden (S. 5–6, 16). Sie weisen eine kürzere Lebenserwartung auf und sind häufiger von chronischen Krankheiten betroffen. Gesundheitliche Ungleichheit steht in engem Zusammenhang mit sozialen Determinanten wie Bildung, Einkommen, Beruf, Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund (BAG, 2018, S. 3; Weber & Hösli, 2020, S. 6–8; siehe Anhang A). Menschen in prekären Lebensverhältnissen sind dadurch stärkeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und haben einen eingeschränkten Zugang zu gesundheitsförderlichen Ressourcen (BAG, 2018, S. 3; Weber & Hösli, 2020, S. 6).

In der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) des BAG und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) wird betont, dass Präventionsmassnahmen gezielt auf Menschen in vulnerablen Situationen ausgerichtet sein müssen. Dazu zählen unter anderem sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit niedrigem Einkommen, bildungsferne Gruppen sowie Personen mit sprachlichen oder kulturellen Barrieren. Die Strategie fordert, deren spezifische Lebenswelten stärker zu berücksichtigen und niederschwellige, partizipative Gesundheitsangebote bedarfsgerecht weiterzuentwickeln (BAG & GDK, 2016, S. 37–38, 45–46).

Eine zentrale Frage betrifft die Bewertung sozialer Unterschiede im Gesundheitszustand, insbesondere, wann diese als ungerecht gelten. In Kapitel 2 wird gezeigt, wie die Unterscheidung zwischen *health inequalities* und *health inequities* aufgebaut ist und welche Bedeutung sie für gesundheitspolitisches Handeln hat (Mielck, 2010, S. 85–86; Weber, 2020, S. 20–21).

Weber (2020) erweitert den Diskurs, indem er gesundheitliche Chancengleichheit als ein gesundheitspolitisches Leitziel definiert, das darauf abzielt, allen Menschen gleiche Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit zu bieten. Anstelle des Ziels einer «gleichen Gesundheit für alle» wird hier die «gleiche Chance auf Gesundheit für alle» hervorgehoben (S. 25-26). In Anlehnung an Weber (2020) stellt gesundheitliche Ungleichheit ein sozioökonomisch bedingtes Problem dar (S. 28). Zudem zeigt er auf, dass Gesundheitsverhalten nicht immer frei gewählt werden kann (S. 58). Daraus leitet sich die Notwendigkeit kombinierter Ansätze aus Verhaltens- und Verhältnisprävention ab (S. 62). Eine vertiefende Auseinandersetzung mit diesen Strategien erfolgt in den Kapiteln 2 und 3.

Auf Bundesebene bildet die NCD-Strategie eine zentrale Grundlage. Sie verfolgt vier übergeordnete Ziele: die Dämpfung der Krankheitslast, die Reduktion vorzeitiger Todesfälle, die Eindämmung der Kostensteigerung sowie die Förderung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung. Gleichzeitig betont sie die Notwendigkeit intersektoraler Zusammenarbeit und struktureller Prävention zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit (BAG & GDK, 2016, S. 5–7, 47).

Auch Kaba-Schönstein und Kilian (2023) machen deutlich, dass viele Gesundheitsangebote unbeabsichtigt sozial exkludierend wirken können. Besonders problematisch sind soziallyagenblinde Massnahmen, die mit hohen sprachlichen oder kulturellen Anforderungen, fehlender Lebensweltorientierung oder mangelnder Partizipation einhergehen. Solche Angebote orientieren sich häufig an den Bedürfnissen der Mittelschicht und erreichen primär privilegierte Gruppen, während sozial benachteiligte Menschen gerade nicht erreicht werden. Dies kann nicht nur Zugangsbarrieren verstärken, sondern auch zu einer unbeabsichtigten Vergrößerung gesundheitlicher Ungleichheiten führen. Gleichzeitig weisen die Autor*innen auf die Gefahr paternalistischer Haltungen hin, wenn Gesundheitsförderung nicht mit, sondern nur für benachteiligte Gruppen gedacht wird. Entscheidungen darüber, was für sie wichtig ist, ohne diese einzubeziehen, wirken bevormundend und widersprechen dem Prinzip der Partizipation, das verlangt, dass betroffene Gruppen mitentscheiden. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesen Herausforderungen erfolgt in Kapitel 4.3.

Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen stellt sich die Frage, welche professionellen Zugänge benachteiligte Zielgruppen wirksam erreichen können. Die Soziokulturelle Animation (SKA) kann in diesem Zusammenhang einen wertvollen Beitrag leisten. Sie ist niederschwellig, arbeitet partizipativ und zielgruppenübergreifend, mit dem übergeordneten Ziel, soziale Kohäsion zu fördern. Diese Eigenschaften machen sie besonders wirksam, um auch Menschen zu erreichen, die, wie Kaba-Schönstein und Kilian (2023) betonen, durch sozialsituationenblinde Gesundheitsförderung oft ausgeschlossen werden. Dazu zählen beispielsweise sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung oder mit Migrationshintergrund. Während klassische Gesundheitsinterventionen in diesen Gruppen oft als bevormundend wahrgenommen werden, weil sie ohne Einbezug der Betroffenen geplant sind (Kaba-Schönstein & Kilian, 2023), setzt die SKA auf Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung. Indem sie diesen Menschen aktive Teilhabe ermöglicht, schafft sie praxisnahe Handlungsperspektiven und trägt so zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit bei.

Die professionellen Grundhaltungen der SKA sind durch eine sozialräumliche, reflexive und machtbewusste Arbeitsweise geprägt. Sie orientieren sich an den realen Alltags- und Lebenswelten der Menschen und verfolgen das Ziel, soziale Ungleichheiten abzubauen sowie tragfähige Lebensverhältnisse im Sozialraum zu gestalten. Damit positioniert sich die SKA als relevante Akteurin im Feld der gesundheitsbezogenen Quartiersarbeit (Thiersch et al., 2012, S. 175–196; Hangartner, 2013, S. 295).

Die Förderung sozialer Kohäsion, die Husi (2022) als zentrales gesellschaftliches Ziel beschreibt, stellt ein wesentliches Wirkfeld der SKA dar. Kohäsion meint in diesem Sinne nicht soziale Homogenität, sondern das Herstellen von Verbundenheit in Vielfalt sowie das Ermöglichen gleichwertiger Zugehörigkeit und Teilhabe, unabhängig von Herkunft, Status oder Lebensform (S. 57–70).

Die Verbindung zwischen dem Settingansatz der Gesundheitsförderung und der Lebensweltorientierung der SKA wird in der Fachliteratur mehrfach hervorgehoben. Aufgrund dieser gemeinsamen Ausrichtung in Haltung und Methodik lassen sich beide Ansätze wirkungsvoll miteinander verknüpfen (Franzkowiak, 2008, S. 201–213; Homfeldt, 2012, S. 495–496; Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1986).

Die NCD-Strategie greift dieses Prinzip auf, indem sie strukturelle Prävention in Lebenswelten fördert, die an den Bedürfnissen vulnerabler Zielgruppen ausgerichtet sind (BAG & GDK, 2016, S. 37–38), und betont dabei auch die Bedeutung gesundheitsförderlicher Infrastrukturen wie Quartiere mit attraktiven, sicheren Velowegen oder Spielzonen (S. 47).

Die Quartiersarbeit als zentrales Handlungsfeld der SKA bietet hier ein besonders relevantes Setting. Im Quartier lassen sich gesundheitliche Herausforderungen alltagsnah identifizieren, partizipativ bearbeiten und gemeinschaftlich lösen. So können gesundheitliche Belastungen gezielt auf Ebene der Lebenswelt angegangen werden. Durch eine sozialraumorientierte, partizipative Arbeitsweise können benachteiligte Gruppen in gesundheitsfördernde Prozesse eingebunden und ihre Ressourcen gestärkt werden.

Die SKA nimmt im Kontext der Quartiersarbeit mit ihren partizipativen, lebensweltbezogenen und emanzipatorischen Ansätzen eine wichtige Rolle bei der Förderung von Chancengleichheit ein (AvenirSocial, 2010, S. 10–11; Hochschule Luzern – Soziale Arbeit et al., 2017).

Vor diesem Hintergrund richtet sich die Arbeit an Fachpersonen der SKA, die in Quartieren tätig sind und sich mit Fragen der Gesundheitsförderung befassen. Im Zentrum steht die Auseinandersetzung mit dem Potenzial der SKA zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und der Frage, wie daraus Impulse für eine praxisnahe Weiterentwicklung in diesem Handlungsfeld abgeleitet werden können. Die konkrete Zielsetzung und Fragestellung werden im folgenden Abschnitt aufgegriffen.

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

In dieser Arbeit wird untersucht, welches Potenzial die SKA in der Quartiersarbeit hat, um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und damit gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Im Zentrum steht die Frage, welche Haltungen, Methoden und Handlungsansätze der SKA geeignet sind, um auf gesundheitliche Ungleichheit zu reagieren und diese gezielt zu reduzieren.

Die SKA nimmt dabei eine vermittelnde Rolle ein, indem sie zwischen systemischer Gesundheitsförderung und den Lebenswelten benachteiligter Menschen Brücken baut und bedarfsorientierte, partizipative Zugänge ermöglicht (AvenirSocial, 2010, S. 9).

Wie Franzkowiak (2008, S. 196–214), Homfeldt (2012, S. 495–496) und Thiersch et al. (2012, S. 175–196) darlegen, zielen zentrale Prinzipien der SKA wie Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung auf die aktive Gestaltung von Lebenswelten und weisen inhaltliche Schnittmengen mit der Verhältnisprävention auf. In Anlehnung an Kaba-Schönstein und Kilian (2023) wird deutlich, dass klassisch gesundheitsbezogene Angebote häufig an sozial benachteiligten Gruppen vorbeigehen. Um diese Zielgruppen wirksam zu erreichen, braucht es Ansätze, die partizipativ, lebensweltbezogen und niederschwellig gestaltet sind, wie sie von der SKA umgesetzt werden. In der SKA wird ein ähnlicher Fokus unter dem Begriff Lebensweltorientierung verfolgt, wie ihn Homfeldt (2012, S. 495–496) sowie Thiersch et al. (2012, S. 175–196) beschreiben. Beide Konzepte sind eng miteinander verwoben und schaffen theoretisch wie praktisch eine relevante Verbindung zwischen Gesundheitsförderung und der SKA (Franzkowiak, 2008, S. 196–214; Homfeldt, 2012, S. 495–496; Thiersch et al., 2012, S. 175–196).

Daraus ergibt sich, dass die Prinzipien der SKA eine geeignete Grundlage bieten, um sozialraumorientierte Handlungsansätze insbesondere im Kontext der Quartiersarbeit zu entwickeln und umzusetzen. Diese Ausrichtung gründet auf einer professionsethischen Haltung, die auf soziale Gerechtigkeit, Teilhabe und Selbstbestimmung zielt (Hochschule Luzern – Soziale Arbeit et al., 2017).

Ziel ist es, das Potenzial der SKA aufzuzeigen, mit ihren Grundprinzipien und Arbeitsweisen Brücken zur Gesundheitsförderung im Quartier zu bauen, insbesondere dort, wo klassisch gesundheitsbezogene Interventionen an ihre Grenzen stossen, etwa bei der Ansprache von Menschen mit geringen Ressourcen oder der Entwicklung partizipativer, empowernder Gesundheitsangebote.

Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang zwischen Settingansatz und SKA erfolgt in Kapitel 3.2. Aufbauend auf diesen Überlegungen stellt sich die zentrale Fragestellung dieser Arbeit: «Wie kann die SKA zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in der

Quartiersarbeit beitragen?» Diese Fragestellung ist gesellschaftlich relevant und besonders bedeutsam für die Praxis der SKA. Die Quartiersarbeit dient in dieser Arbeit als Anwendungskontext, wird jedoch nicht theoretisch vertieft analysiert. Der Fokus liegt auf der Rolle der SKA im Kontext gesundheitlicher Chancengleichheit.

Zur Beantwortung der Fragestellung werden drei Leitfragen untersucht:

Theoriefrage 1:

Was ist unter gesundheitlicher Ungleichheit zu verstehen und welche Faktoren tragen zu ihrer Entstehung bei?

Theoriefrage 2:

Welche Massnahmen existieren zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit und welche Rolle spielt dabei der Settingansatz?

Praxisfrage:

Welche Ansätze der SKA sind besonders geeignet, um die gesundheitliche Chancengleichheit für sozioökonomisch benachteiligte Menschen zu fördern?

Diese Leitfragen bilden den inhaltlichen Rahmen der Arbeit. Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über ihren Aufbau und erläutert die Herangehensweise zur Beantwortung der Fragestellungen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Nach der Einleitung mit Ausgangslage, Zielsetzung und Fragestellung werden in Kapitel 2 die theoretischen Grundlagen zur gesundheitlichen Ungleichheit dargelegt. Dabei wird aufgezeigt, wie der Begriff gesundheitlicher Ungleichheit insbesondere anhand der theoretischen Überlegungen von Mielck (2010) eingeordnet wird, welche sozialen Determinanten ihn beeinflussen und welche Konzepte zur gesundheitspolitischen Anwendung in der Schweiz existieren. Ziel dieses Kapitels ist es, ein Verständnis dafür zu schaffen, welche Unterschiede im Gesundheitszustand als sozial ungerecht gelten können und wie gesundheitliche Chancengleichheit in diesem Zusammenhang gefasst wird.

Kapitel 3 befasst sich mit bestehenden Ansätzen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. Der Fokus liegt auf der Verhältnisprävention, insbesondere dem Settingansatz der Gesundheitsförderung. In einem zweiten Schritt wird aufgezeigt, inwiefern sich die Haltungen und Methoden der SKA mit dem Settingansatz verbinden lassen und wie sie eine Brücke zwischen verhältnisorientierter Gesundheitsförderung und den Lebenswelten benachteiligter Menschen schlagen können.

Kapitel 4 widmet sich der praktischen Umsetzung. Es untersucht, welche konkreten Handlungsansätze der SKA geeignet sind, um gesundheitliche Chancengleichheit in der Quartiersarbeit zu fördern. Anhand von Praxisbeispielen wird veranschaulicht, wie partizipative, lebensweltbezogene und empowernde Interventionen gestaltet werden können, die auch schwer erreichbare Zielgruppen einbeziehen.

Kapitel 5 formuliert praxisorientierte Handlungsempfehlungen für Fachpersonen der SKA, die in Quartieren tätig sind und sich mit Fragen der Gesundheitsförderung befassen. Dabei werden Gelingensbedingungen, Stolpersteine und Kriterien für eine nachhaltige Umsetzung reflektiert.

Kapitel 6 bildet mit dem Abschnitt «Schlussfolgerungen und Ausblick» den Abschluss der Arbeit. Es führt zentrale Erkenntnisse zusammen, reflektiert die Rolle der SKA und zeigt künftige Entwicklungs- und Forschungsbedarfe auf.

2 Theoretischer Rahmen (Theoriefrage 1)

Dieses Kapitel bildet die theoretische Grundlage der Arbeit. Es klärt zunächst zentrale Begriffe wie gesundheitliche Ungleichheit und gesundheitliche Chancengleichheit und beleuchtet deren gesellschaftliche Ursachen. Dabei werden unterschiedliche theoretische Perspektiven und empirische Befunde herangezogen, um die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten zu erklären. Im Fokus stehen insbesondere das Modell von Mielck (2010), sozialepidemiologische Konzepte sowie die Rolle sozialer Determinanten. Ziel ist es, ein fundiertes Verständnis dafür zu entwickeln, weshalb bestimmte Bevölkerungsgruppen einem höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind und welche strukturellen Faktoren dabei eine Rolle spielen. Diese Grundlagen sind zentral, um in den folgenden Kapiteln praxisrelevante Handlungsansätze ableiten zu können.

2.1 Begriffsklärung: Gesundheitliche Ungleichheit

Im Anschluss an die in der Einleitung eingeführte Unterscheidung zwischen *health inequalities* und *health inequities* wird in diesem Abschnitt der theoretische Bezugsrahmen der gesundheitlichen Ungleichheit vertieft.

Eine zentrale Frage lautet, welche Unterschiede im Gesundheitszustand als ungerecht gelten. Mielck (2010) unterscheidet zwischen *health inequalities*, die wertneutral alle Unterschiede beschreiben, und *health inequities*, die als strukturell, vermeidbar und moralisch ungerecht gelten (S. 85–86). Weber (2020) ergänzt, dass erstere häufig auf biologische Ursachen zurückzuführen sind, während zweitere auf soziale Ungleichheiten und benachteiligende Lebensbedingungen verweisen und deshalb als vermeidbar und ungerecht eingestuft werden können (S. 20–21).

Gesundheitliche Ungleichheit wird bei Weber (2020) als ungleich verteilte Gesundheitschancen zwischen Bevölkerungsgruppen verstanden. Diese beruhen auf sozialen Determinanten wie Bildung, Einkommen, beruflicher Stellung, Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund, die häufig kumulativ wirken (S. 20–21, 28). Im Sinne einer intersektionalen Perspektive lässt sich ergänzend sagen, dass dadurch komplexe Mehrfachbenachteiligungen entstehen können.

Eine vertiefende soziologische Erklärung für diese Reproduktionsmechanismen richtet sich auf Bourdieus Konzept der Kapitalformen: «ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital und soziales Kapital» (Bourdieu, 1983; zit. in Hemminger, 2019, S. 75–78). Deren ungleiche Verteilung strukturiert den Zugang zu Bildung, sozialer Teilhabe und damit auch zu Gesundheitschancen. Diese Ungleichheiten sind nicht zufällig, sondern tief in gesellschaftlichen Macht- und Klassestrukturen verankert und werden über Institutionen wie das Bildungssystem weitergegeben.

Zudem betont Weber (2020), dass gesundheitliche Ungleichheit kein individuelles, sondern ein strukturelles Problem ist, das oft ausserhalb des Handlungsspielraums Einzelner liegt (S. 28; S. 58). Er unterstreicht daher die Bedeutung eines kombinierten Vorgehens, das sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention umfasst (S. 62).

Die WHO (1986) betont in der Ottawa-Charta, dass Gesundheit wesentlich durch soziale, politische und ökonomische Rahmenbedingungen bestimmt wird. Der Zugang zu Ressourcen, soziale Teilhabe und Lebensbedingungen beeinflusst damit massgeblich die gesundheitliche Lage von Bevölkerungsgruppen.

Auch das BAG (2018) weist auf empirisch belegte Unterschiede in der Schweiz hin: Menschen mit niedrigem Bildungsstand, geringem Einkommen oder prekärem Erwerbsstatus leiden häufiger unter chronischen Erkrankungen, leben kürzer, bewerten ihre Gesundheit deutlich schlechter, nutzen seltener Präventionsangebote und berichten häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen sowie einem erschwerten Zugang zu gesundheitsförderlichen Ressourcen (S. 3, 5–7, 16–21). Diese empirischen Tendenzen korrespondieren mit dem Konzept des sozialen Gradienten, wie ihn Mielck (2010) beschreibt: Je ungünstiger die sozioökonomische Stellung eines Menschen, desto schlechter ist in der Regel sein Gesundheitszustand (S. 85–86). Diese Kontinuität zeigt sich auch international: Richter und Hurrelmann (2009) weisen nach, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten durch die gesamte Sozialstruktur ziehen (S. 16–17).

Darüber hinaus verorten Richter und Hurrelmann (2009) gesundheitliche Ungleichheit in einem Spannungsverhältnis zwischen individuellen Verhaltensweisen und gesellschaftlichen Strukturen (S. 16–17). Diese Perspektive auf das Zusammenspiel von individuellen und strukturellen Faktoren knüpft direkt an die Analyse von Kaba-Schönstein & Kilian (2023) an,

die Gesundheit ausdrücklich als Ergebnis sozialer Determinanten verstehen. Diese unterscheiden zwischen vertikalen Ungleichheiten wie Bildung, Einkommen und Stellung im Beruf sowie horizontalen Ungleichheiten wie Geschlecht, Alter, Behinderung oder Migrationserfahrung. Beide Dimensionen treten häufig gleichzeitig auf und sind durch Intersektionalität miteinander verknüpft.

Diese Sichtweise wird durch Crenshaw (2010, S. 33–54), Winker und Degele (2009, S. 19–21) sowie Riegel und Scharathow (2012, S. 20–23) untermauert: Intersektionale Diskriminierungen erzeugen kumulative Risiken, die gezielte, differenzsensible Interventionen erforderlich machen.

In Anlehnung an Kaba-Schönstein und Kilian (2023) zeigt sich, dass strukturelle Barrieren wie fehlende Partizipation, sprachliche Hürden oder sozialsagenblinde Angebote bestimmte Gruppen systematisch ausschliessen und dadurch bestehende Ungleichheiten verstärken. Besonders betroffen sind Menschen mit geringem Einkommen, niedrigem Bildungsniveau, Migrationshintergrund oder Behinderungen.

Schliesslich betonen Weber und Hösli (2020, S. 3 und 5) und, angelehnt an Kaba-Schönstein und Kilian (2023), dass gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet, allen Menschen unabhängig von ihrer sozialen Lage gerechte Chancen auf ein gesundes Leben und auf Partizipation zu ermöglichen. Dieses Verständnis unterstreicht die Bedeutung struktureller Veränderungen.

Das Konzept gesundheitlicher Chancengleichheit integriert zusätzlich eine menschenrechtliche Perspektive: Die UN-Konvention über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte verpflichtet die Vertragsstaaten, das erreichbare Höchstmass an Gesundheit für alle zu ermöglichen, unabhängig von Status oder Herkunft (United Nations, 1966, Art. 12).

Zur weiteren theoretischen Fundierung folgt nun eine Analyse des Modells von Mielck (2010), das zentrale Mechanismen der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit systematisch darstellt.

2.2 Faktoren, die zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen

Die in Kapitel 2.1 dargestellten empirischen Befunde lassen sich durch das Modell von Mielck (2010) theoretisch untermauern. Dieses bietet eine systematische Erklärung dafür, wie soziale Ungleichheit in gesundheitliche Ungleichheit übergeht. Im Zentrum der folgenden Analyse steht die Frage, wie soziale Ungleichheit über verschiedene vermittelnde Mechanismen zu gesundheitlicher Ungleichheit führt. Das Modell unterscheidet vier zentrale Mechanismen: soziale Ungleichheit, Unterschiede bei den gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen, Unterschiede bei der gesundheitlichen Versorgung sowie Unterschiede beim Gesundheitsverhalten (Mielck, 2010, S. 83; siehe Anhang B).

Soziale Ungleichheit

Soziale Ungleichheit wird in diesem Modell als Ausgangspunkt verstanden. Sie umfasst sowohl vertikale als auch horizontale Differenzierungen innerhalb der Gesellschaft. Vertikale Ungleichheiten beziehen sich auf hierarchische Unterschiede nach Bildung, Einkommen oder Beruf. Horizontale Ungleichheiten betreffen Merkmale wie Geschlecht, Migrationshintergrund oder eine Behinderung. Diese Ungleichheitsverhältnisse führen zu einer ungleichen Verteilung zentraler Ressourcen (Mielck, 2010, S. 79–80). Dadurch können die Chancen auf soziale Teilhabe eingeschränkt werden. Weber (2020) zeigt, dass gesundheitliche Unterschiede in allen Altersgruppen auftreten und besonders Menschen mit geringer Bildung, niedrigem Einkommen oder einer einfachen beruflichen Stellung betreffen. Sie spiegeln sich unter anderem in einer höheren Erkrankungshäufigkeit und einer geringeren Lebenserwartung (S. 28). Zudem weist er darauf hin, dass sozial benachteiligte Gruppen häufig über eine geringere Gesundheitskompetenz verfügen und bestehende Angebote ihre Situation und Bedürfnisse oft unzureichend berücksichtigen (S. 30). Er betont ausserdem, dass sich mehrere ungleichheitsrelevante Merkmale überschneiden können und dadurch die Benachteiligung verstärken, ein Aspekt, der im Konzept der Intersektionalität gefasst wird (S. 42–43). Auch in Anlehnung an Kaba-Schönstein und Kilian (2023) zeigt sich, dass strukturelle Bedingungen wie Armut, sprachliche Barrieren oder mangelnde Partizipation bestehende gesundheitliche Ungleichheiten weiter verschärfen können.

Aufbauend auf den Ausführungen von Kaba-Schönstein und Kilian (2023), Mielck (2010, S. 80) und Weber (2020, S. 42–43) lässt sich festhalten, dass eine besondere Herausforderung in der

Überlagerung mehrerer Benachteiligungen liegt. So können beispielsweise ein niedriger Bildungsstand, prekäre Erwerbsverhältnisse und ein unsicherer Aufenthaltsstatus zusammentreffen. Solche Mehrfachbelastungen werden im Konzept der Intersektionalität beschrieben, das aufzeigt, wie sich soziale Ungleichheiten in ihrer Wirkung gegenseitig verstärken können. Daraus ergibt sich, dass Gleichheit im Zugang allein nicht ausreicht; vielmehr müssen auch strukturelle Barrieren und soziale Machtverhältnisse aktiv adressiert werden, um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

Unterschiede bei den gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen

In Anlehnung an Mielck (2010) wirken sich soziale Ungleichheiten über Unterschiede bei gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen auf den Gesundheitszustand aus. Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind überproportional häufiger gesundheitsgefährdenden Umweltbedingungen, körperlich belastenden Arbeitsplätzen oder psychosozialen Stress ausgesetzt. Gleichzeitig stehen ihnen weniger Ressourcen zur Verfügung, um diese Belastungen zu bewältigen, etwa stabile soziale Netzwerke, gesundheitsrelevantes Wissen oder finanzielle Rücklagen (S. 82).

Angelehnt an Weber (2020) kann angenommen werden, dass auch Kinder aus sozioökonomisch belasteten Haushalten bereits früh im Lebenslauf mit erhöhten gesundheitlichen Risiken konfrontiert sind, was langfristig negative Auswirkungen haben kann (S. 28, 32–33). Der ungleiche Zugang zu gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen verstärkt diese sozialen Ungleichheiten zusätzlich (S. 7).

Auch der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) weist darauf hin, dass ungleiche Teilhabe an gesunden Lebensbedingungen, wie Bildung, Wohnraum, Einkommen oder sozialer Integration, wesentlich zu gesundheitlichen Ungleichheiten beiträgt. Er betont, dass insbesondere verhältnispräventive Ansätze und soziale Teilhabe notwendig sind, um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern (S. 8, 18–19). Weber (2020) ergänzt, dass gesundheitliche Chancengleichheit nicht allein durch individuelles Verhalten erreichbar ist, sondern strukturelle Lebensbedingungen gezielt verbessert werden müssen (S. 62).

Unterschiede bei der gesundheitlichen Versorgung

Ein weiterer relevanter Mechanismus sind angelehnt an Mielck (2010) Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung. Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen haben oft erschwerten Zugang zu medizinischen Leistungen und erhalten nicht dieselbe Qualität an Beratung, Diagnose und Behandlung. Strukturelle Hürden wie Sprachbarrieren, mangelnde Gesundheitskompetenz oder eingeschränkte zeitliche Ressourcen können zusätzlich dazu führen, dass Krankheiten zu spät erkannt oder unzureichend behandelt werden (S. 82–83).

Weber (2020) hebt hervor, dass Unterschiede in der Zugänglichkeit, Qualität und Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten wesentlich zu gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen. Er weist darauf hin, dass sich Personen mit tiefem Bildungsniveau oft nur unzureichend im Gesundheitssystem zurechtfinden und einkommensschwache Personen häufiger aus Kostengründen auf medizinische Leistungen verzichten. Zudem berücksichtigen bestehende Angebote die Situation und Bedürfnisse sozial benachteiligter Menschen oft nur unzureichend (S. 30). Vor diesem Hintergrund lässt sich schließen, dass Unterschiede in der Versorgung bestehende Disparitäten im Gesundheitsverlauf zusätzlich verstärken.

Unterschiede beim Gesundheitsverhalten

In Anlehnung an Mielck (2010) ist auch das Gesundheitsverhalten stark sozial beeinflusst. Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status zeigen im Durchschnitt häufiger gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie ungesunde Ernährung, Rauchen oder eine geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten. Diese Verhaltensweisen sind jedoch nicht primär Ausdruck individueller Entscheidungen, sondern vielmehr Folge begrenzter Handlungsspielräume, fehlender Ressourcen oder chronischer Belastungssituationen (S. 82–84).

Angelehnt an Weber (2020) ist Gesundheitsverhalten eng mit sozialen Bedingungen verknüpft. Menschen mit tiefer Bildung und niedrigem Einkommen erfüllen seltener Bewegungsempfehlungen, weisen im Durchschnitt ein ungünstigeres Ernährungsverhalten auf und verfügen häufiger über eine geringe Gesundheitskompetenz (S. 29–30). Vermeintlich individuelle Entscheidungen und Verhaltensweisen sind in konkrete Lebens- und Arbeitsbedingungen eingebettet, weshalb die Annahme, sie würden frei und bewusst gewählt, so nicht haltbar ist (S. 58). Eine wirksame Gesundheitsförderung muss deshalb beide Ebenen

berücksichtigen: Verhaltensprävention zielt auf individuelle Entscheidungen und Kompetenzen, während Verhältnisprävention strukturelle Lebensbedingungen in den Blick nimmt, die gesundheitsfördernd oder -belastend wirken (S. 62).

Die beschriebenen Mechanismen münden letztlich in einer ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen. Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind häufiger chronisch krank, psychisch belastet und haben eine signifikant geringere Lebenserwartung. So liegt der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Männern aus der höchsten und niedrigsten Einkommensgruppe in Deutschland bei rund zehn Jahren (Mielck, 2010, S. 80). Vergleichbare Tendenzen lassen sich auch in der Schweiz feststellen, wie Daten des BAG (2018, S. 3, 5) zeigen.

Angelehnt an Mielck (2010) wird die Kausalrichtung betont: Nicht Krankheit macht arm, sondern Armut macht krank. Diese Perspektive unterstreicht die Bedeutung struktureller Lebensverhältnisse für gesundheitliche Ungleichheit und macht deutlich, dass gesundheitspolitische Strategien vorrangig auf diese Bedingungen zielen sollten. Eine ausschliessliche Fokussierung auf individuelles Verhalten droht, soziale Ursachen zu übersehen und strukturelle Ungleichheiten zu reproduzieren. Gesundheitsbezogene Unterschiede sind nicht zufällig oder selbstverschuldet, sondern Ausdruck strukturell bedingter sozialer Ungleichheit und damit gezielt beeinflussbar (S. 82–84).

Auch Pfister et al. (2023) betonen, dass eine der grössten Herausforderungen gesundheitlicher Chancengleichheit darin besteht, dass sozioökonomisch benachteiligte Familien mit klassischen Angeboten der Gesundheitsförderung besonders schwer zu erreichen sind. Ihre Ergebnisse zeigen, dass viele Präventionsangebote diese Zielgruppen verfehlen, da sie zu wenig an deren Lebensrealitäten anknüpfen. Die Autor*innen plädieren deshalb für eine stärkere Einbettung gesundheitsförderlicher Massnahmen in bestehende Alltagskontexte und institutionelle Settings, etwa in Kindertagesstätten, Schulen oder die medizinische Grundversorgung, da sich betroffene Menschen dort ohnehin aufhalten. Sie betonen die Notwendigkeit niederschwelliger, partizipativer und lebensweltorientierter Zugänge, um paternalistische Wirkungen zu vermeiden, die Lebensrealitäten der Zielgruppen stärker zu berücksichtigen und dadurch bestehende gesundheitliche Ungleichheit nicht zu reproduzieren, sondern gezielt zu verringern (10–12). Diese Erkenntnisse lassen sich auch auf

weitere schwer erreichbare Zielgruppen übertragen, etwa sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung oder mit Migrationshintergrund, sofern sie von vergleichbaren strukturellen Barrieren betroffen sind. Vor diesem Hintergrund ergeben sich für die SKA wichtige Anknüpfungspunkte: Mit ihrem partizipativen, lebensweltorientierten und auf Empowerment ausgerichteten Ansatz kann sie gezielt dazu beitragen, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, insbesondere dort, wo bestehende Angebote diese Gruppen bislang nicht erreichen.

2.3 Fazit

Die theoretischen Grundlagen nach Mielck verdeutlichen, dass gesundheitliche Ungleichheit eng mit sozialen, ökonomischen und strukturellen Bedingungen verknüpft ist. Sie entsteht nicht zufällig, sondern folgt einem erkennbaren Muster entlang gesellschaftlicher Macht- und Ressourcenverteilung. Das vorgestellte Modell zeigt, wie soziale Ungleichheit über unterschiedliche gesundheitliche Belastungen, Ressourcen, Zugänge zur Versorgung und Gesundheitsverhalten systematisch in gesundheitliche Ungleichheit übergeht.

Dabei wurde deutlich, dass gesundheitliche Ungleichheit nicht auf individuelles Verhalten reduziert werden kann. Vielmehr sind gezielte strukturelle Veränderungen erforderlich, um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, etwa durch verhältnispräventive Ansätze, die soziale Lebensbedingungen verbessern. Ergänzend weist Weber darauf hin, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten häufig durch das Zusammenwirken mehrerer Benachteiligungen verstärken und daher auch strukturelle Barrieren und Machtverhältnisse adressiert werden müssen.

Zudem macht die Analyse deutlich, dass sozioökonomisch benachteiligte Gruppen von klassischen Angeboten der Gesundheitsförderung oft nicht erreicht werden. Mit ihrem Fokus auf Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung bietet die SKA zentrale Ansätze, um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

3 Massnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit (Theoriefrage 2)

Dieses Kapitel beleuchtet bestehende Strategien zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. Es stellt zentrale Präventionsansätze vor, insbesondere die Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention, und führt in den Settingansatz der Gesundheitsförderung ein. Zudem wird das gesundheitspolitische Leitziel gesundheitlicher Chancengleichheit erläutert. Die theoretischen Grundlagen schaffen eine Basis, um die Rolle der SKA im Kontext gesundheitsförderlicher Quartiersarbeit in den folgenden Kapiteln vertieft zu analysieren.

3.1 Präventionsansätze auf individueller und gemeinschaftlicher Ebene

Zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit stehen verschiedene Präventionsstrategien zur Verfügung, die unterschiedliche Ebenen adressieren. In Anlehnung an Weber (2020) lässt sich die grundlegende Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention heranziehen: Während Verhaltensprävention auf individuelle Lebensweisen abzielt, setzt Verhältnisprävention an strukturellen Lebensbedingungen an (S. 62). Beide Ansätze verfolgen das Ziel, Gesundheit zu fördern, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Ausrichtung und Wirkungstiefe.

Die Verhaltensprävention richtet ihren Fokus auf das Gesundheitsverhalten einzelner Menschen. Ziel ist es, diese zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren. Laut Pfister et al. (2023) stellt die erschwerte Erreichbarkeit sozial und gesundheitlich benachteiligter Gruppen über gesundheitsförderliche Massnahmen eine zentrale Herausforderung in der Prävention dar. Diese Problematik zeigt sich insbesondere auf der Ebene der vermittelnden Faktoren: Das Erreichen dieser Gruppen über verhaltens- oder verhältnisorientierte Interventionen gilt als notwendige Voraussetzung, um wirksam auf gesundheitliche Ungleichheiten einzuwirken und deren Abbau zu ermöglichen (S. 13). Verhaltensorientierte Ansätze wirken dabei häufig sozial selektiv, da Menschen in benachteiligten Lebenslagen seltener erreicht werden oder weniger davon profitieren. Dieses Ungleichgewicht ist wesentlich bedingt durch strukturelle Barrieren wie eingeschränkte

Gesundheitskompetenz, begrenzte Ressourcen oder einen erschwerten Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten (Weber, 2020, S. 8).

Gleichzeitig betont Weber (2020), dass sich strukturelle Probleme wie gesundheitliche Ungleichheit nicht allein mit individuumzentrierten Massnahmen lösen lassen. Gesundheitsförderliche Interventionen, die ausschliesslich auf den Lebensstil oder die individuelle Gesundheitskompetenz fokussieren, reichen nicht aus, um soziale Unterschiede wirksam zu reduzieren (S. 8). Er hält auch fest, dass materiell-strukturelle Lebensbedingungen die grösste Erklärungskraft für die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit besitzen (S. 8, S. 59). In Übereinstimmung damit unterstreichen Pfister et al. (2023), dass strukturell-materielle Faktoren und der gesellschaftliche Kontext den wirkungsvollsten Hebel zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit darstellen. Darüber hinaus betonen sie, dass der Zugang, die Qualität und die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Angeboten entscheidend für die Erreichbarkeit gesundheitlich benachteiligter Gruppen sind. Besonders solche Angebote, die evidenzbasiert, gut in der Lebenswelt verankert, niederschwellig und chancengerecht ausgestaltet sind, spielen eine zentrale Rolle beim Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten (S. 12–14).

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Verhältnisprävention an besonderer Bedeutung. Sie setzt bei den sozialen und strukturellen Lebensbedingungen an und zielt darauf ab, gesundheitliche Chancengleichheit nachhaltig zu verbessern. Die Ottawa-Charta der WHO (1986) hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass Gesundheit massgeblich durch Faktoren wie Wohnen, Bildung, Erwerbsarbeit und soziale Unterstützung bestimmt wird. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, soziale Determinanten gezielt zu verbessern, etwa durch sozial gerechte Stadtentwicklung, partizipative Sozialplanung oder gesundheitsförderliche Bildungssettings (Weber, 2020, S. 59, 62–63). In Anlehnung an Mielck (2010) ist dies besonders bedeutsam für mehrfach benachteiligte Gruppen, deren Handlungsspielräume stark eingeschränkt sind (S. 82–84).

Die in der Ottawa-Charta (1986) formulierte salutogenetische Perspektive bietet zudem einen erweiterten Bezugsrahmen: Sie fokussiert auf die Fähigkeit zur Selbstbestimmung, den Zugang zu persönlichen Ressourcen sowie die Stärkung des sozialen Umfelds. Ziel ist dabei nicht nur die Reduktion von Krankheitsrisiken, sondern die Förderung umfassenden Wohlbefindens.

Ein integrierter Ansatz besteht darin, Verhaltens- und Verhältnisprävention gezielt miteinander zu kombinieren. Weber (2020) betont, dass Gesundheitsförderung dann besonders wirksam ist, wenn sie sowohl individuelle Verhaltensweisen stärkt als auch strukturelle Bedingungen verbessert (S. 62–63). Die Herausforderung liegt darin, diese Verbindung kontextsensibel und zielgruppengerecht zu gestalten. Gerade bei schwer erreichbaren Gruppen, die durch soziallagenblinde Gesundheitsförderung oft ausgeschlossen bleiben, erweist sich die Verhältnisprävention als besonders wirksam, da sie strukturelle Barrieren abbaut und Teilhabechancen verbessert (Kaba-Schönstein & Kilian, 2023).

Neben diesen etablierten Präventionsansätzen gewinnen zunehmend auch integrierte Zugänge wie die Früherkennung und Frühintervention (F+F) an Bedeutung. Ausgehend vom Modell der Salutogenese, das die Frage in den Mittelpunkt stellt, was Menschen gesund erhält, verfolgt F+F das Ziel, individuelle Ressourcen und das gesundheitsförderliche Umfeld zu stärken sowie Risikofaktoren frühzeitig zu identifizieren. Der Ansatz ist nicht nur auf individuelle Symptome fokussiert, sondern zielt darauf ab, strukturelle Bedingungen zu verändern, indem er in konkreten Lebenswelten wie Schulen, Gemeinden oder Arbeitskontexten verankert ist. Damit trägt F+F zur Bewältigung gesellschaftlicher und gesundheitlicher Herausforderungen wie Risikoverhalten, Sucht oder psychischer Erkrankungen bei. F+F beruht dabei unter anderem auf den Grundsätzen der Chancengerechtigkeit und Chancengleichheit und garantiert die Nichtdiskriminierung. Der Ansatz setzt auf eine wertschätzende, motivierende Beziehung, auf die Achtung der Rechte der Betroffenen und fördert deren Selbstbestimmung bei der Wahl der Massnahmen (Mösch Payot, 2025, S. 6). Seine systemübergreifende, kooperative Umsetzung macht F+F anschlussfähig an den Settingansatz, da beide darauf abzielen, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu gestalten und sozial benachteiligte Gruppen partizipativ einzubinden.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die SKA an Bedeutung. Durch ihre lebensweltorientierte und partizipative Arbeitsweise bietet sie ein praxisnahes Instrument zur Umsetzung verhältnispräventiver Gesundheitsförderung. Indem sie Räume für Mitgestaltung schafft, soziale Unterstützung fördert und Handlungsmöglichkeiten erweitert, ermöglicht sie es, benachteiligte Menschen gezielt einzubinden (Franzkowiak, 2008, S. 196–214; Homfeldt, 2012, S. 495–496; Thiersch et al., 2012, S. 175–196). Die in diesem Kapitel dargelegten Ansätze bilden die theoretische Grundlage für den im nächsten Abschnitt vertieft behandelten

Settingansatz, der als strategisches Konzept der Gesundheitsförderung diese Überlegungen weiter systematisiert.

3.2 Settingansatz als strategische Grundlage der Gesundheitsförderung

Der Settingansatz gilt als zentrale strategische Grundlage moderner Gesundheitsförderung. Die Ottawa-Charta der WHO (1986) verankerte dieses Verständnis erstmals international. Sie betont, dass Lebenswelten selbst zum Ausgangspunkt gesundheitsförderlicher Aktivitäten werden müssen, um Teilhabe zu ermöglichen und soziale Ungleichheit zu reduzieren. Darüber hinaus fordert sie, Gesundheit systematisch in allen Politikfeldern zu verankern, also im Sinne von «Health in All Policies», und bezieht sich ausdrücklich auf Chancengleichheit als politisches und soziales Ziel. Dies stärkt den Settingansatz als eine gesundheitsförderliche Strategie, die über den Gesundheitssektor hinausgreift und Lebenswelten ganzheitlich einbezieht.

Auf dieser Grundlage betont Weber (2020), dass eine effektive Umsetzung von «Health in All Policies» konkrete strukturelle Massnahmen erfordert, um benachteiligte Gruppen gezielt zu erreichen. Dazu gehört insbesondere die intersektorale Zusammenarbeit zwischen der Gesundheitspolitik und anderen gesellschaftlichen Bereichen wie Bildung, Raumplanung, Sozial- und Wirtschaftspolitik, um gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen (S. 60). Ebenso ist es zentral, die finanzielle Zugänglichkeit zu gesundheitsfördernden Angeboten zu verbessern. Weber (2020) nennt hierzu konkrete Beispiele wie Vergünstigungen und steuerliche Abzüge für Sportkurse für Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien, die finanzielle Barrieren abbauen und Anreize für gesundheitsförderliches Verhalten schaffen sollen (S. 62). Eine wichtige Voraussetzung für wirksame Interventionen ist darüber hinaus die gezielte Erreichung und Definition vulnerabler Zielgruppen. Diese basiert auf theoretischen Überlegungen und empirischen Erkenntnissen zur sozialen Benachteiligung (S. 16, 54). Schliesslich hebt Weber (2020) die Bedeutung der Kooperation zwischen medizinischen Akteurinnen und Akteuren und anderen relevanten Fachbereichen hervor. Diese gilt als zentraler Erfolgsfaktor, um besonders schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen bedarfsgerecht einzubinden und zu unterstützen (S. 10, 60). Solche kooperativen Ansätze

lassen sich mit lebensweltorientierten Arbeitsweisen wie der SKA verbinden, die partizipativ in sozialen Räumen agiert.

Franzkowiak (2008) beschreibt Settings als soziale Systeme mit spezifischen Strukturen, Regeln, Ressourcen und sozialen Beziehungen, in denen gesundheitsrelevantes Verhalten durch die materielle und soziale Umwelt beeinflusst wird (S. 208). Aufbauend darauf betont Homfeldt (2012), dass der Settingansatz Verhaltens- und Verhältnisprävention auf konzeptioneller Ebene verbindet: Einerseits werden die im Setting lebenden Menschen aktiv beteiligt, in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt und zur gesundheitsförderlichen Mitgestaltung ihrer Lebenswelt befähigt, andererseits zielt er auf die Veränderung struktureller Rahmenbedingungen (S. 495–496). Ziel ist es dabei, die Lebenswelt der Zielgruppe so zu beeinflussen (Verhältnisse), dass ein gesundheitsförderliches Verhalten die einfachste Option ist, ganz im Sinne des Leitprinzips «make the healthy choice the easy choice». Dieses Prinzip verfolgt das Ziel, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die gesunde Entscheidung naheliegt und mühelos getroffen werden kann, oder anders gesagt: dass die gesunde Entscheidung zur einfachen Entscheidung wird. So werden individuelle Gesundheitsziele durch unterstützende Lebenswelten realisierbar. Dieses Verständnis ist zentraler Bestandteil der NCD-Strategie, welche betont, dass verhältnispräventive Massnahmen wie die Schaffung sicherer und attraktiver Wege für den Veloverkehr, ein ausgewogenes Verpflegungsangebot in Schulen und Betrieben sowie der Schutz und die Gestaltung von Natur- und Erholungsräumen entscheidend dazu beitragen, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu ermöglichen (BAG & GDK, 2016, S. 47–48).

Auch auf nationaler Ebene findet sich dieser strategische Ansatz wieder. In der Schweiz ist der Settingansatz breit in den gesundheitspolitischen Strategien verankert. Die NCD-Strategie (BAG & GDK, 2016) betont insbesondere die gezielte Förderung vulnerabler Bevölkerungsgruppen durch lebensweltorientierte Massnahmen (S. 6). In diesem Zusammenhang lassen sich alltagsnahe Settings wie Quartiere, Gemeinschaftszentren oder Jugendtreffs als zentrale Handlungsorte verstehen, um sozioökonomisch benachteiligte Menschen effektiv zu erreichen. Auch der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) betont, dass sozillagenbezogene Gesundheitsförderung nur wirksam ist, wenn sie an realen Lebensbedingungen ansetzt, partizipative Prozesse stärkt und institutionelle Strukturen verändert (S. 3–4, 8–9). Daraus ergeben sich Handlungsspielräume,

um gemeinsam mit sozial benachteiligten Menschen in ihren jeweiligen Lebenswelten gesundheitsfördernde Veränderungen zu gestalten.

In diesem Kontext wird die Relevanz der SKA deutlich: Ihre Prinzipien decken sich weitgehend mit jenen des Settingansatzes. Homfeldt (2012) beschreibt die SKA als lebensweltorientierte Praxis, die partizipative Prozesse in sozialen Räumen gestaltet, soziale Beziehungen stärkt und Menschen zur aktiven Mitgestaltung ihrer Umwelt befähigt (S. 495–496). Auch Thiersch et al. (2012) verorten die SKA in einem sozialräumlichen Handlungsfeld, das an den alltäglichen Lebensbedingungen benachteiligter Menschen ansetzt, lebensweltbezogen ausgerichtet ist und auf Empowerment zielt (S. 175–196). Aktuelle Beiträge betonen, dass Lebensweltorientierung als konzeptionelle Grundlage für sozialarbeiterisches und gesundheitsbezogenes Handeln gilt, da sie auf die subjektive Bedeutung konkreter Lebensverhältnisse fokussiert und deren partizipative Veränderung anstrebt (Grunwald & Thiersch, 2018, S. 303–315).

Die Quartiersarbeit als zentrales Setting der SKA eröffnet ein vielversprechendes Handlungsfeld, um gesundheitliche Belastungen im Alltag frühzeitig zu erkennen, gemeinsam mit den Betroffenen Lösungsansätze zu entwickeln und soziale Kohäsion zu fördern. In ihrer lebensweltorientierten und partizipativen Ausrichtung wirkt die SKA als praxisnaher Ansatz verhältnispräventiver Gesundheitsförderung und schlägt eine Brücke zwischen strategischer Gesundheitsplanung und konkreten Lebensverhältnissen benachteiligter Menschen.

Insgesamt zeigt sich, dass der Settingansatz nicht nur eine theoretische Grundlage der Gesundheitsförderung darstellt, sondern zugleich eine wichtige Verbindung zur SKA eröffnet. Beide Perspektiven gehen davon aus, dass Gesundheit nicht verordnet, sondern gemeinsam gestaltet werden muss, in den sozialen Räumen des Alltags.

Damit schafft der Settingansatz auch einen zentralen Bezugspunkt für das gesundheitspolitische Leitbild der Chancengleichheit, wie im nächsten Abschnitt vertieft ausgeführt wird.

3.3 Gesundheitliche Chancengleichheit als gesundheitspolitisches Leitziel

Gesundheitliche Chancengleichheit ist in der Gesundheitsförderung ein zentrales normatives Ziel. Sie zielt darauf ab, allen Menschen vergleichbare Voraussetzungen zu bieten, um ihre Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen oder weiterzuentwickeln, unabhängig von ihrem sozialen, ökonomischen oder rechtlichen Status. Im Fokus stehen dabei nicht gleiche gesundheitliche Ergebnisse, sondern gleiche Möglichkeiten, gesund leben zu können (Weber, 2020, S. 25–26). Chancengleichheit wird dabei als gesellschaftliches Grundprinzip verstanden, das auch in der gesundheitsbezogenen Praxis als leitende Orientierung dient.

In der Schweiz ist dieses Verständnis gesundheitlicher Chancengleichheit inzwischen fest in strategischen Leitlinien verankert. Das BAG (2018) bezeichnet gesundheitliche Chancengleichheit als zentralen gesundheitspolitischen Wert und fordert, soziale Unterschiede im Zugang zu Prävention, Gesundheitsförderung und medizinischer Versorgung systematisch zu reduzieren (S. 3). Die NCD-Strategie von BAG und GDK (2016) verwendet in ihrem Wortlaut den Begriff «Chancengerechtigkeit» als eines ihrer sechs spezifischen Ziele und betont die Notwendigkeit, vulnerable Bevölkerungsgruppen gezielt zu fördern (S. 5, 7). Sie verweist auf gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen, die allen Menschen unabhängig von sozioökonomischem Status ermöglichen sollen, gesund zu leben (S. 33, 37, 45–47). Dabei greift sie dieses Prinzip auf, indem sie strukturelle Prävention in Lebenswelten fördert, die auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppen ausgerichtet sind (S. 37–38), und betont die Bedeutung gesundheitsförderlicher Infrastrukturen wie Quartiere mit attraktiven, sicheren Velowegen oder Spielzonen (S. 47). Im Originalbegriff spricht die Strategie hierbei von «Chancengerechtigkeit» im Zugang zu Prävention und Gesundheitsförderung, was hier im Sinne von Chancengleichheit verstanden wird (S. 7, 47). In ihrer Definition gesundheitlicher Chancengerechtigkeit hebt sie hervor, dass alle Menschen, ungeachtet sozialer, ökonomischer, ethnischer oder geschlechtsspezifischer Unterschiede, einen fairen und gerechten Zugang zu Gesundheitsressourcen benötigen, um ihre Gesundheit entwickeln, gestalten und erhalten zu können (S. 56).

Vor diesem Hintergrund betonen Weber und Hösli (2020), dass zur Verwirklichung gesundheitlicher Chancengleichheit gezielte Interventionen erforderlich sind, die explizit an

strukturellen Determinanten wie Bildung, Einkommen und Arbeitsbedingungen ansetzen (S. 6–7). Kaba-Schönstein und Kilian (2023) warnen zudem, dass soziallagenblinde Angebote bestehende gesundheitliche Ungleichheiten unbeabsichtigt verstärken können. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) hebt hervor, dass diesem Anspruch nur durch einen ganzheitlichen Ansatz entsprochen werden kann, der auf Partizipation, Empowerment, sozialräumliche Vernetzung und intersektionale Perspektiven setzt (S. 3–4, 8–9). Diese Prinzipien stimmen weitgehend mit den Grundhaltungen der SKA überein, sodass diese einen relevanten Beitrag zur Umsetzung gesundheitspolitischer Zielsetzungen leisten kann. Gesundheitliche Chancengleichheit wird in diesem Verständnis nicht als sektoral isoliertes Ziel, sondern als gesamtgesellschaftliches Leitbild gefasst, das strukturelle Veränderungen im Sinne sozialer Gerechtigkeit erfordert.

Wie bereits in den Kapiteln 3.1 und 3.2 dargestellt, hebt auch die Ottawa-Charta der WHO (1986) hervor, dass gesundheitliche Ungleichheiten strukturell bedingt sind und über politische, ökonomische und soziale Faktoren bekämpft werden müssen. Sie fordert eine gesundheitspolitische Gesamtverantwortung und betont, dass Chancengleichheit, soziale Gerechtigkeit sowie menschenwürdige Lebensbedingungen zentrale Voraussetzungen für Gesundheit sind. Darüber hinaus ruft sie zur aktiven Förderung von Selbstbestimmung, Partizipation und Solidarität auf.

In diesem Sinne beinhaltet das Leitprinzip gesundheitlicher Chancengleichheit auch eine menschenrechtliche Perspektive: Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen (United Nations, 1966) anerkennt in Artikel 12 das Recht jedes Menschen auf das erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit. Die Vertragsstaaten sind dazu verpflichtet, Rahmenbedingungen zu schaffen, die allen Personen, unabhängig von ihrer sozialen Lage, den Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglichen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, soziale Ungleichheiten gezielt abzubauen und strukturell benachteiligte Gruppen systematisch zu stärken.

Die SKA steht mit ihrer lebensweltorientierten, professionsethischen Ausrichtung für soziale Gerechtigkeit, Partizipation und die Förderung von Selbsttätigkeit. Sie arbeitet ressourcenorientiert, greift die Bedürfnisse der Menschen vor Ort auf, unterstützt das Knüpfen sozialer Netzwerke und begleitet partizipative Prozesse. Besonders im Kontext der

Quartiersarbeit schafft sie Räume für Mitgestaltung und stärkt das soziale Zusammenleben (Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, 2017).

3.4 Fazit

Die Analyse hat gezeigt, dass gesundheitliche Ungleichheiten nicht allein durch individuelle Verhaltensänderungen überwunden werden können, da gerade sozial benachteiligte Menschen von klassischen Gesundheitsangeboten oft nicht erreicht werden. Strukturelle Barrieren, soziale Ausschlussmechanismen und mangelnde Passung zur Lebensrealität führen dazu, dass gerade jene mit erhöhtem Gesundheitsrisiko oft unberücksichtigt bleiben. Deshalb sind verhältnispräventive Strategien und der Settingansatz zentrale Grundlagen, um gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen und Teilhabe zu ermöglichen.

Im Zentrum steht dabei das gesundheitspolitische Leitziel gesundheitlicher Chancengleichheit, das nur durch ganzheitliche, lebensweltorientierte und partizipative Zugänge realisiert werden kann. Gerade hier kann die SKA eine zentrale Brückenfunktion einnehmen. Ihre lebensweltorientierte, partizipative und auf Empowerment ausgerichtete Praxis schafft Zugänge zu vulnerablen Zielgruppen, stärkt soziale Beziehungen und eröffnet neue Handlungsperspektiven auf Quartiersebene. Damit ergänzt und verstärkt sie zentrale Elemente der Verhältnisprävention und des Settingansatzes, insbesondere dort, wo etablierte Gesundheitsangebote nicht mehr ausreichen.

Die SKA trägt somit aktiv zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit bei. Welche konkreten Potenziale sie dabei entfalten kann, wird im folgenden Kapitel vertieft.

4 Soziokulturelle Animation (SKA) und Gesundheitsförderung in der Quartiersarbeit (Praxisfrage)

Dieses Kapitel untersucht die Rolle der SKA in der Gesundheitsförderung. Es erläutert zunächst deren zentrale Grundprinzipien wie Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung und beschreibt, wie diese im Kontext der Quartiersarbeit zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen können. Dabei wird die SKA sowohl theoretisch verortet als auch mit klassischen Ansätzen der Gesundheitsförderung verglichen. Anhand konkreter Praxisbeispiele wird aufgezeigt, wie partizipative und sozialraumorientierte Zugänge besonders benachteiligte Zielgruppen erreichen und strukturelle Barrieren abbauen können. Die dargestellten Erkenntnisse bilden die Grundlage für die abschliessenden Handlungsempfehlungen im nächsten Kapitel.

4.1 Grundprinzipien und Ziele der SKA

Die SKA basiert auf einem wertebasierten, handlungsorientierten Konzept, das auf die Förderung einer aktiven Zivilgesellschaft sowie den Abbau sozialer Ungleichheit ausgerichtet ist (Hochschule Luzern – Soziale Arbeit et al., 2017). Im Sinne dieses Ansatzes schafft sie Räume für Partizipation, Solidarität und Selbstorganisation, gerade für Menschen, die sonst wenig Gehör finden, und trägt so zur sozialen Kohäsion, Gerechtigkeit und Gesundheitsförderung bei. Im Zentrum stehen die drei Handlungsprinzipien Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung, die als Leitlinien für professionelles Handeln gelten (Friz, 2019, S. 42–48; Stade, 2019, S. 50–67; El-Maawi & Gretler Heusser, 2019, S. 89–95).

Die Prinzipien lebensweltorientierter SKA zielen darauf ab, sowohl individuelle als auch kollektive Gestaltungsspielräume im sozialen Raum zu erweitern. Dabei sollen Menschen in benachteiligten Lebenslagen nicht lediglich als Zielgruppe adressiert, sondern aktiv in die Entwicklung ihrer Lebensbedingungen einbezogen werden (Thiersch et al., 2012, S. 175–196). Ergänzend betont Homfeldt (2012), dass sozialraumorientierte Gesundheitsförderung nicht bei individuellen Verhaltensmustern ansetzt, sondern soziale, kulturelle und strukturelle Lebensbedingungen berücksichtigt. Partizipation und Empowerment gelten dabei als zentrale Handlungsprinzipien, um gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken (S. 495–496).

Partizipation ist dabei mehr als nur Mitwirkung: Sie meint die gleichberechtigte Teilhabe an gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen und die Einflussnahme auf die Gestaltung des eigenen Umfelds (Stade, 2019, S. 50–67; siehe Anhang C). Empowerment bezieht sich auf Prozesse der Selbstermächtigung, in denen Menschen individuelle und kollektive Ressourcen (wieder)entdecken und nutzen, um ihre Lebenssituation aktiv zu verändern (Friz, 2019, S. 42–48). Lebensweltorientierung bildet den konzeptionellen Rahmen dieser beiden Prinzipien und rückt die subjektive Sichtweise der Menschen auf ihre alltägliche Realität in den Mittelpunkt (Thiersch et al., 2012, S. 175–196; Homfeldt, 2012, S. 495).

Die SKA verfolgt dabei das Ziel, «die Menschen in ihrem Bestreben zu unterstützen, ihre soziale, kulturelle und politische Umwelt mitzugestalten» (Hochschule Luzern – Soziale Arbeit et al., 2017). Sie fördert Kooperationsformen, die Vielfalt anerkennen, Dialog ermöglichen und soziale Kohäsion stärken (Husi, 2022, S. 57–70; Weiss & Zimmermann, 2024, S. 15–27). Dabei orientiert sie sich an Prinzipien der Inklusion, Solidarität und Nachhaltigkeit, Grundwerte, die in engem Zusammenhang mit den globalen Zielen für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) stehen (EDA, 2020a; EDA, 2020b). Insbesondere die SDGs 3 («Gesundheit und Wohlergehen») und 10 («Weniger Ungleichheiten») bieten eine inhaltliche Schnittstelle zur SKA, da beide Zielsetzungen einen Fokus auf strukturelle Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten legen und partizipative sowie sozialraumorientierte Ansätze fördern (EDA, 2020a; EDA, 2020b).

Ergänzend ist zu betonen, dass zentrale menschenrechtliche Referenzdokumente wie die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (United Nations, 1948) und die Behindertenrechtskonvention (United Nations, 2006) den Grundwerten der SKA, Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung, eine völkerrechtlich fundierte Grundlage verleihen. Diese Dokumente unterstreichen das Recht auf soziale Teilhabe und die Notwendigkeit, soziale Ausgrenzung aktiv zu bekämpfen, zentrale Anliegen der SKA.

Im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit wird deutlich, dass die SKA mehr ist als ein Methodenrepertoire. Vielmehr stellt sie ein professionelles Handlungsfeld dar, das mit seinen Grundprinzipien gezielt an gesellschaftliche Macht- und Ressourcenverhältnisse rührt und damit einen relevanten Beitrag zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten kann.

4.2 Rolle der SKA in der Gesundheitsförderung

Die SKA weist aufgrund ihrer Grundprinzipien und Arbeitsweisen ein hohes Potenzial für die Gesundheitsförderung auf. Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung bilden zentrale Ansatzpunkte, die mit zentralen Strategien der Gesundheitsförderung übereinstimmen und diese wesentlich ergänzen. Ein besonderer Bezugspunkt ist die Ottawa-Charta der WHO (1986). Sie formuliert fünf zentrale Handlungsstrategien: die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen sowie die Neuausrichtung der Gesundheitsdienste.

In diesem Zusammenhang zeigt sich eine enge konzeptionelle Nähe zur SKA, insbesondere im Bereich der Quartiersarbeit. Dort gestaltet die SKA gemeinsam mit der Bevölkerung Lebensräume so, dass sie Ressourcen für Gesundheit erschliessen und stärken. Sie setzt dabei direkt bei den sozialen Determinanten von Gesundheit an, also jenen Faktoren, die massgeblich durch die sozialen, ökonomischen und kulturellen Bedingungen im Lebensumfeld bestimmt sind (Franzkowiak, 2008, S. 208, 212–213; Homfeldt, 2012, S. 495–496). In Anlehnung an Mielck (2010) stösst verhaltensorientierte Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Gruppen oft an strukturelle Grenzen. Ihre individuellen Spielräume zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise sind eingeschränkt, etwa durch finanzielle Belastungen, prekäre Wohnverhältnisse oder begrenzte Bildungschancen. Daraus folgt die Notwendigkeit, auf struktureller Ebene anzusetzen (S. 82–84). Dies ist ein Anspruch, den die SKA konsequent verfolgt. Gerade in benachteiligten Quartieren, wo strukturelle Barrieren bestehen und traditionelle gesundheitsbezogene Angebote häufig nicht greifen, kann die SKA durch ihre sozialraumorientierte und beziehungsbasierte Arbeitsweise gezielt dort ansetzen, wo Menschen leben, in ihren alltäglichen Lebenswelten.

Dies entspricht dem Settingansatz, wie er in der Gesundheitsförderung verstanden wird, bei dem Lebenswelten wie Quartiere, Schulen oder Betriebe als Orte für strukturelle und verhaltensbezogene Veränderungen betrachtet werden (Homfeldt, 2012, S. 495–496). Die SKA erweitert diesen Ansatz um partizipative und kulturell eingebettete Methoden, wodurch nicht nur gesundheitsbezogenes Verhalten adressiert, sondern auch kollektive Selbstwirksamkeit gestärkt wird (Thiersch et al., 2012, S. 175–196; Weiss & Zimmermann, 2024, S. 15–27). Die

Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention wird in der Gesundheitsförderung als zukunftsweisend diskutiert.

Die SKA integriert beide Ansätze, indem sie einerseits auf die individuelle Selbstermächtigung der Beteiligten abzielt und andererseits strukturelle Veränderungen im Quartier fördert, beispielsweise durch kulturelle Beteiligungsformate oder Nachbarschaftsprojekte. Dabei stehen nicht verhaltenslenkende Massnahmen im Vordergrund, sondern die gemeinsame Aushandlung gesundheitsförderlicher Bedingungen im sozialen Raum (El-Maawi & Gretler Heusser, 2019, S. 89–95; Stade, 2019, S. 50–67).

Diese Prinzipien lassen sich nicht nur im Konzept der SKA wiederfinden, sondern entsprechen auch den «Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung», wie sie im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) dargestellt sind. Diese zeigen auf, dass gesundheitsförderliche Massnahmen besonders wirksam sind, wenn sie soziallagenbezogen, lebensweltorientiert und partizipativ geplant werden. Viele der in der Broschüre benannten Kriterien, wie Zielgruppenbezug, Niederschwelligkeit, Nachhaltigkeit, Empowerment, Partizipation und Vernetzung, gelten auch als zentrale Prinzipien der Schweizer Gesundheitsförderung (S. 13–62).

Weber und Hösli (2020) greifen diese Kriterien in Form einer adaptierten Checkliste auf und ergänzen sie durch praxisnahe Hinweise, die sich insbesondere für die Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote im schweizerischen Kontext eignen (S. 14–15). In Anlehnung an Kaba-Schönstein und Kilian (2023) zeigt sich darüber hinaus, dass soziallagenblinde Gesundheitsförderung unbeabsichtigt zur Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen kann. Damit unterstreichen sie die Notwendigkeit, sozial bedingte Unterschiede systematisch in der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung mitzudenken. Die Orientierung an soziallagenbezogenen Kriterien trägt zugleich dazu bei, die Qualität gesundheitsbezogener Interventionen zu verbessern und paternalistische Wirkungen zu vermeiden, indem betroffene Gruppen aktiv einbezogen werden.

Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz (AvenirSocial, 2010) betont zudem das ethische Fundament der Profession, das auf Teilhabe, Inklusion und sozialer Gerechtigkeit beruht (S. 10–11). Diese Werte korrespondieren mit den Prinzipien der Ottawa-Charta der WHO (1986)

und verdeutlichen, dass sich die SKA sowohl methodisch als auch normativ in das Feld der Gesundheitsförderung einfügt.

Damit zeigt sich: Die SKA ist nicht lediglich ein komplementäres Element der Gesundheitsförderung, sondern kann als strategische Partnerin in der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten verstanden werden. Besonders in sozial benachteiligten Kontexten trägt sie dazu bei, bestehende Gesundheitsangebote durch partizipative, lebensweltbezogene und kulturell verankerte Praktiken zu erweitern und dadurch die Reichweite und Wirksamkeit gesundheitsfördernder Massnahmen zu erhöhen (Pfister et al., 2023, S. 5–9; Weiss & Zimmermann, 2024, S. 15–27).

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen stellt sich die Frage, mit welchen konkreten Ansätzen die SKA zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen kann. Diesen Praxisbezug greift das folgende Kapitel auf, indem es beispielhaft aufzeigt, wie sozialraumorientierte und partizipative Methoden in verschiedenen Zielgruppen wirksam umgesetzt werden.

4.3 SKA-Ansätze zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit

Aufbauend auf die zuvor dargestellten theoretischen Grundlagen werden im Folgenden konkrete Ansätze der SKA dargestellt, die zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen können. Ein zentrales Anliegen dieser Bachelorarbeit ist es, das Potenzial der SKA sichtbar zu machen, sozial benachteiligte Menschen nicht nur zu erreichen, sondern sie aktiv in die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten einzubeziehen. Gerade in der Schweiz, wo soziale Ungleichheiten auch gesundheitliche Ungleichheiten bedingen, sind partizipative, lebensweltbezogene und ressourcenorientierte Herangehensweisen besonders gefragt (Weber, 2020, S. 23–25).

Klassische Prävention und Gesundheitsförderung weisen dabei zwei zentrale Schwachstellen auf: Zum einen erreichen viele Massnahmen die Zielgruppen mit erhöhtem Risiko nicht oder nur unzureichend (soziallagenblinde Angebote), zum anderen werden sie von den Betroffenen teilweise als paternalistisch wahrgenommen, da sie nicht auf deren Lebensrealitäten abgestimmt sind und ohne Mitwirkung entwickelt wurden (Kaba-Schönstein & Kilian, 2023).

Um dem entgegenzuwirken, braucht es Ansätze, die partizipativ, empowernd und lebensweltbezogen sind, jene Prinzipien, auf denen die SKA aufbaut.

Die SKA bietet mit ihren sozialraumorientierten und partizipativen Methoden konkrete Handlungsmöglichkeiten, um strukturelle Barrieren im Zugang zu Gesundheitsangeboten abzubauen. Dabei setzt sie auf aufsuchende, niederschwellige sowie kultursensible Zugänge, die nicht nur informieren, sondern gemeinsam mit den Menschen Lösungen entwickeln. Dies stärkt deren Selbstwirksamkeit und ermöglicht es, Gesundheitsressourcen im eigenen Umfeld zu aktivieren (El-Maawi & Gretler Heusser, 2019, S. 89–95). Dabei ist es wesentlich, dass niederschwellige Angebote nicht nur für, sondern mit den Zielgruppen entwickelt werden, partizipativ, kultursensibel und lebensweltbezogen. Nur so können Lebensrealitäten adäquat berücksichtigt und nachhaltige Zugänge geschaffen werden.

Pfister et al. (2023) betonen die Bedeutung der «Erreichbarkeit» in der Suchtprävention gegenüber sozioökonomisch benachteiligten Gruppen. Ihre Forschung zeigt, dass Angebote dann Wirkung entfalten, wenn sie an bereits genutzte Strukturen anknüpfen, etwa in Schulen, Quartiertreffpunkten oder medizinischen Einrichtungen wie Kinderarztpraxen (S. 5–9). Frey (2019) ergänzt, dass durch eine gezielte Vernetzung der Akteurinnen und Akteure im Sozialraum eine kooperative Gesundheitsförderung etabliert werden kann (S. 19–20).

Diese Perspektive steht im Einklang mit dem Settingansatz der Gesundheitsförderung, der nicht auf individuelle Verhaltensänderung allein, sondern auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten zielt. Die SKA erweitert diesen Ansatz durch partizipative Aushandlungsprozesse, wie sie Stäheli (2013) anhand kultureller Projekte beschreibt (S. 225–260). Niederschwellige Formate wie Diskussionsrunden oder gemeinschaftliche Aktivitäten stärken Selbstwirksamkeit, soziale Integration und das Gefühl von Zugehörigkeit (Weiss & Zimmermann, 2024, S. 15–27).

Die «Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung» des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) bekräftigen diesen Ansatz. Sie fordern unter anderem Partizipation, Empowerment, Niederschwelligkeit, Setting-Orientierung, Zielgruppenbezug, Intersektoralität sowie Evaluation, Prinzipien, die sich mit der SKA decken (S. 12–62). Weber und Hösli (2020) verdeutlichen in diesem Zusammenhang, dass

chancengerechte Gesundheitsförderung die Anpassung bestehender Angebote sowie die Entwicklung spezifischer Massnahmen für benachteiligte Gruppen erfordert (S. 14).

Diese Prinzipien spiegeln sich auch in der Praxis wider: Die folgenden exemplarischen Projekte zeigen, wie lebensweltorientierte und partizipative Zugänge konkret dazu beitragen, gesundheitsförderliche Ressourcen zu aktivieren und den SKA-Ansatz wirksam umzusetzen.

Beispiel: Kinder und Jugendliche

Das Projekt «GORILLA» vermittelt Kindern und Jugendlichen Gesundheitskompetenz in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Nachhaltigkeit durch niederschwellige Freestyle-Sportangebote und Workshops in Schulen. Dabei stehen Spass, Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenz im Vordergrund (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025).

Ein weiteres Beispiel ist «OpenSunday» in Zürich. Dieses Projekt ermöglicht Kindern aus benachteiligten Quartieren regelmässige Bewegungsangebote in Schulsporthallen. Die niederschwellige Struktur, das partizipative Konzept und die quartiersbezogene Verankerung fördern physische Gesundheit, soziale Integration und Selbstwirksamkeit (Stiftung IdéeSport, 2025).

Beispiel: Menschen mit Behinderung

Ein innovatives Beispiel stellt das Projekt «Collaboration Handicap et Addictions» dar. Es zielt darauf ab, den Zugang zu Suchtberatung für Menschen mit Behinderungen zu verbessern. In Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus Sozialarbeit, Psychiatrie und Suchthilfe werden partizipative Formate zur Sensibilisierung entwickelt, die sowohl Inklusion als auch Empowerment stärken (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025).

Ein weiteres Beispiel ist das Projekt «SocialEnJeu», das im Kanton Genf durchgeführt wird. Es stärkt die psychische Gesundheit von Jugendlichen mit geistiger Behinderung, indem es partizipative Begegnungsformate mit bestehenden Quartierangeboten verknüpft. Die Jugendlichen gestalten die Aktivitäten aktiv mit, was ihre Selbstwirksamkeit fördert und soziale Inklusion ermöglicht, zentrale Anliegen der SKA (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025).

Beispiel: Menschen mit Migrationshintergrund

Das Projekt «Femmes-Tische/Männer-Tische» setzt auf einen Peer-to-Peer-Ansatz, bei dem Frauen und Männer mit Migrationshintergrund in moderierten Diskussionsrunden gesundheitsbezogene Themen besprechen. Die Gespräche finden in vertrauter Atmosphäre, oft in der Erstsprache, statt. Ziel ist es, Gesundheitskompetenz und Empowerment zu fördern sowie Handlungsspielräume im Alltag zu erweitern (Friz, 2019, S. 42–48; Gesundheitsförderung Schweiz, 2025).

Ein ergänzendes Beispiel ist die «Human Library». In diesem Format treten Menschen mit Migrationshintergrund als «lebende Bücher» in Dialog mit der Öffentlichkeit. Die Idee dahinter ist, Vorurteile abzubauen und kulturelle Teilhabe durch persönliche Begegnung zu fördern. Solche partizipativen Formate können zur psychosozialen Gesundheit und zur Inklusion beitragen (The Human Library Organisation, 2023).

Insgesamt wird deutlich: Die SKA entfaltet besonderes Potenzial dort, wo klassische Gesundheitsförderung nur eingeschränkt greift, in prekären, ausgrenzenden Lebenskontexten. Ihre partizipativen, lebensweltbezogenen Methoden erlauben es, gemeinsam mit den Zielgruppen nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturen zu gestalten.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die SKA durch ihre partizipativen, sozialraumorientierten und empowernden Prinzipien einen wirkungsvollen Beitrag zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten kann. Im folgenden Kapitel wird die SKA mit weiteren Ansätzen der Gesundheitsförderung verglichen, um ihr spezifisches Profil und Potenzial im breiteren Kontext gesundheitsbezogener Praxis herauszuarbeiten.

4.4 Vergleich von SKA mit anderen Ansätzen der Gesundheitsförderung

Die SKA unterscheidet sich in zentralen Punkten von klassischen Ansätzen der Gesundheitsförderung, insbesondere hinsichtlich ihrer methodischen Zugänge, ihrer Grundhaltungen und ihres Umgangs mit sozialer Ungleichheit (Homfeldt, 2012, S. 495–496).

Während viele gesundheitsförderliche Interventionen stark verhaltensorientiert arbeiten, setzt die SKA auf verhältnisverändernde Prozesse, die gemeinsam mit den betroffenen Menschen entwickelt werden (Leppin, 2018, S. 51–54; Franzkowiak, 2008, S. 208–210, 213–214).

Im Mittelpunkt klassischer Gesundheitsförderung stehen häufig edukative Programme, welche die individuelle Lebensführung verändern sollen, etwa durch Aufklärung über Ernährung, Bewegung oder Risikofaktoren. Diese Programme beruhen auf der Annahme, dass Menschen bei entsprechender Information zu gesundheitsförderlichem Verhalten motiviert werden können. Solche Interventionen vernachlässigen jedoch häufig die sozialen, kulturellen oder ökonomischen Bedingungen, die gesundheitsbezogenes Verhalten beeinflussen. Mielck (2010) betont, dass sozial benachteiligte Gruppen oft nicht über die nötigen Ressourcen verfügen, um gesundheitsförderliche Empfehlungen umzusetzen (S. 82–84). In ähnlicher Weise kritisieren Kaba-Schönstein und Kilian (2023) soziallagenblinde Angebote, die wenig an Lebenswelten angepasst sind.

Die SKA hingegen verfolgt eine lebensweltorientierte Herangehensweise, die auf strukturelle Bedingungen eingeht und diese aktiv verändert. Sie fragt nicht primär nach dem individuellen Verhalten, sondern nach den sozialen, politischen und kulturellen Rahmenbedingungen, unter denen Gesundheit möglich ist. Gerade in prekären Lebenslagen, in denen gesundheitsbezogenes Wissen oft vorhanden ist, aber strukturelle Ressourcen fehlen, zeigt sich die besondere Stärke der SKA: Sie aktiviert lokale Netzwerke, setzt auf Empowerment und ermöglicht kollektive Gestaltung von gesundheitsfördernden Lebensräumen (Frey, 2019, S. 16–22; Stadel, 2019, S. 50–67).

Ein weiterer Unterschied liegt in der Rolle der Zielgruppe. Klassische Massnahmen adressieren häufig «Risikogruppen», ohne deren Beteiligung an Planung und Umsetzung sicherzustellen. Dies kann zu einer Defizitorientierung führen oder, wie Kaba-Schönstein und Kilian (2023) hervorheben, als Bevormundung wahrgenommen werden. Die SKA hingegen versteht Menschen nicht als Objekte von Massnahmen, sondern als aktive Subjekte, die ihre Gesundheitsressourcen selbst benennen, aktivieren und weiterentwickeln.

In Anlehnung an den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) unterscheiden sich Ansätze zur Bewertung von Wirkung und Erfolg deutlich: Während klassische Gesundheitsförderung häufig auf standardisierte Evaluationen und messbare Ergebnisse setzt, um Effektivität zu belegen, empfehlen sozialogenorientierte Konzepte verstärkt qualitative, partizipative Verfahren, die sowohl Prozesse als auch Ergebnisse berücksichtigen (S. 59–62). Willener und Friz (2019) betonen ergänzend, dass Wirkung in der SKA häufig im Verlauf sozialer Prozesse entsteht und qualitative Veränderungen wie gestärkte Selbstwirksamkeit, Vertrauen oder neue soziale Netzwerke umfasst, die sich erst während der Projektumsetzung herausbilden. Solche Wirkungen werden als «emergent» bezeichnet, das heisst, sie sind nicht vollständig planbar, sondern hängen vom jeweiligen sozialen Umfeld und vom Verlauf gemeinschaftlicher Prozesse ab. Sie lassen sich zwar nicht immer standardisiert messen, sind jedoch für die nachhaltige Verankerung gesundheitsförderlicher Strukturen im Sozialraum zentral (S. 243–245, 249–251). Damit wird deutlich, dass die Bewertung von SKA-Wirkung nicht auf kurzfristige, klar messbare Ergebnisse reduziert werden kann, sondern auch langfristige, prozesshafte Veränderungen im Blick behalten muss.

Diese vergleichende Betrachtung macht deutlich, dass die SKA insbesondere dort ihre Stärken entfaltet, wo klassische gesundheitsförderliche Massnahmen an ihre Grenzen stossen, etwa im Hinblick auf die Erreichbarkeit benachteiligter Gruppen, die kulturelle Passung von Angeboten oder die soziale Einbettung von Gesundheitsverhalten.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, Gesundheitsförderung nicht als entweder/oder zwischen klassisch oder soziokulturell zu denken, sondern in einer komplementären Verschränkung beider Logiken. Die SKA kann damit nicht nur als Ergänzung, sondern als kritische Erweiterung bestehender Gesundheitsstrategien verstanden werden, mit besonderem Potenzial für die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

4.5 Fazit

Kapitel 4 hat aufgezeigt, dass die SKA aufgrund ihrer partizipativen, lebensweltbezogenen und empowernden Grundprinzipien ein bedeutendes Potenzial zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit entfaltet. Aufbauend auf ihren normativen Grundlagen sowie dem Settingansatz der Gesundheitsförderung kann die SKA insbesondere in sozial benachteiligten Lebenswelten wirksam werden, dort, wo klassische Gesundheitsstrategien häufig an

Wirksamkeitsgrenzen stossen. Die analysierten Praxisbeispiele veranschaulichen, wie sozialraumorientierte Interventionen konkrete Zugänge zu vulnerablen Zielgruppen schaffen, indem diese aktiv in die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen einbezogen werden. Im Vergleich mit klassischen, oftmals verhaltensorientierten Ansätzen zeigt sich, dass die SKA durch ihren prozessorientierten, struktursensiblen und dialogischen Fokus sowohl inhaltlich als auch methodisch eine relevante Ergänzung und kritische Erweiterung bestehender Gesundheitsförderung darstellt. Sie trägt somit nicht nur zur verbesserten Erreichbarkeit benachteiligter Gruppen bei, sondern fördert langfristig soziale Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen und unterstützt die Entstehung von Wirkungen, die oft emergent und nicht vollständig planbar sind. Die SKA erweist sich insgesamt als professionsethisch fundierter und praxisnaher Ansatz, um gesundheitliche Ungleichheit auf sozial gerechte Weise zu adressieren.

Welche konkreten Handlungsempfehlungen sich aus diesen Erkenntnissen ableiten lassen, zeigt das folgende Kapitel.

5 Praxisorientierte Handlungsempfehlungen der SKA zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit

Dieses Kapitel formuliert praxisorientierte Handlungsempfehlungen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit im Kontext der SKA. Es leitet aus den zuvor dargestellten theoretischen Grundlagen und Praxisbeispielen konkrete Handlungsansätze für Fachpersonen in der gesundheitsbezogenen Quartiersarbeit ab. Im Fokus stehen sowohl die Rolle der Fachkräfte als Ermöglichende struktureller Veränderungen als auch zentrale Prinzipien wie Partizipation, Lebensweltorientierung und intersektorale Vernetzung. Darüber hinaus werden Kriterien für nachhaltige Wirksamkeit und mögliche Stolpersteine in der Umsetzung reflektiert, um Perspektiven für eine strategische Weiterentwicklung der SKA im Gesundheitsbereich aufzuzeigen.

5.1 Relevanz der SKA für Fachpersonen in der gesundheitsbezogenen Quartiersarbeit

Fachpersonen der SKA, die in Quartieren tätig sind, stehen zunehmend vor der Herausforderung, soziale Benachteiligung und gesundheitliche Ungleichheit nicht nur zu erkennen, sondern aktiv zu bearbeiten. Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass sich die SKA mit ihren Grundprinzipien, Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung, als besonders geeignet erweist, um gesundheitsförderliche Prozesse in benachteiligten Sozialräumen anzustossen und langfristig zu begleiten.

Für die Praxis bedeutet dies, dass Fachpersonen ihre Rolle nicht nur als Moderator*innen oder Projektleitende verstehen, sondern als Ermöglichende struktureller Veränderungen. Sie initiieren kooperative Prozesse, in denen Menschen in prekären Lebenslagen nicht nur adressiert, sondern als Subjekte mit eigenen Ressourcen, Interessen und Perspektiven ernst genommen werden (Thiersch et al., 2012, S. 175–196; El-Maawi & Gretler Heusser, 2019, S. 89–95). Damit wird der Anspruch verfolgt, gesundheitliche Chancengleichheit nicht durch standardisierte Programme, sondern durch partizipativ gestaltete Lebenswelten zu fördern (Kaba-Schönstein & Kilian, 2023).

Zugleich zeigt sich in der Praxis der Gesundheitsförderung häufig eine Kluft zwischen Angebotslogiken und Lebensrealitäten vulnerabler Gruppen. Fachpersonen der SKA können hier vermittelnd wirken, indem sie gesundheitsbezogene Angebote kulturell verankern, zielgruppenbezogen ausgestalten und niederschwellig zugänglich machen (Pfister et al., 2023, S. 5–7; Weiss & Zimmermann, 2024, S. 15–27; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 33–35). Wie in Kapitel 4.4 ausgeführt, zeigt sich Wirkung in der SKA oft in langfristigen, prozesshaften und teilweise emergenten Veränderungen, die nicht allein durch standardisierte Kennzahlen erfasst werden können (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 59–62; Willener & Friz, 2019, S. 243–245, 249–251). Für die Praxis bedeutet dies, dass Fachpersonen nicht nur messbare Ziele im Blick behalten, sondern auch die Entstehung solcher qualitativen Effekte aktiv fördern und begleiten müssen.

Für Fachpersonen ergibt sich daraus ein doppelter Auftrag: Zum einen geht es darum, gesundheitsförderliche Strukturen mitzugestalten, die sich an sozialer Gerechtigkeit und inklusiver Teilhabe orientieren. Zum anderen sind sie gefordert, ihre eigene Praxis kontinuierlich zu reflektieren, um paternalistischen Dynamiken vorzubeugen und echte Mitgestaltung zu ermöglichen (AvenirSocial, 2010, S. 10–11; Friz, 2019, S. 42–48).

5.2 Praxisnahe Handlungsempfehlungen für die SKA im Quartier

Die in den vorangegangenen Kapiteln dargelegten theoretischen und praktischen Grundlagen zeigen, dass die SKA über vielfältige Potenziale verfügt, um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, insbesondere in benachteiligten Quartieren. Aufbauend darauf stellt sich die Frage, wie diese Potenziale konkret in der Praxis nutzbar gemacht werden können.

Ein zentrales Handlungselement besteht darin, bestehende gesundheitsbezogene Angebote konsequent an den Lebenswelten der Zielgruppen auszurichten. Kaba-Schönstein und Kilian (2023) kritisieren in diesem Zusammenhang soziallagenblinde Angebote, die aufgrund mangelnder Anpassung an die Lebenswelten den Zugang erschweren und bestehende gesundheitliche Ungleichheiten verstärken können. Mielck (2010) weist darauf hin, dass strukturelle Hürden wie fehlende finanzielle, räumliche oder bildungsbezogene Ressourcen

Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen stark einschränken (S. 82–84). Um diese Barrieren zu überwinden, ist eine verbindliche Einbindung der Zielgruppen in Planung, Durchführung und Evaluation gesundheitsförderlicher Projekte erforderlich, ein zentrales Prinzip der SKA.

Die Praxisbeispiele aus Kapitel 4.3 verdeutlichen, dass partizipative Formate wie Diskussionsrunden, peer-geleitete Gruppen oder künstlerische Projekte wirksam sind, um Vertrauen, Selbstwirksamkeit und kulturelle Anschlussfähigkeit zu schaffen (Stäheli, 2013, S. 225–230; Friz, 2019, S. 42–48). Um solche Formate nachhaltig zu verankern, braucht es Fachpersonen mit dialogischer Haltung, interkultureller Kompetenz sowie Kenntnis sozialräumlicher Dynamiken (El-Maawi & Gretler Heusser, 2019, S. 89–95).

Ein weiterer wichtiger Handlungsschwerpunkt liegt in der ressortübergreifenden Vernetzung. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) betont, dass Gesundheitsförderung nicht allein durch das Gesundheitswesen gelingen kann, sondern die Kooperation mit sozialen, bildungsbezogenen, kulturellen und stadtplanerischen Akteurinnen und Akteuren erforderlich ist, um gesundheitsförderliche Strukturen auf Quartiersebene zu etablieren (S. 8–9, 13–16, 25–28, 33–35). Die SKA bringt hierbei besondere Stärken mit: ihre Fähigkeit zur Brückenfunktion zwischen institutionellen Angeboten und der Lebensrealität der Bevölkerung. Wie Frey (2019) hervorhebt, zeigt sich diese Brückenfunktion insbesondere in zielgruppenorientierten, oft aufsuchenden Formaten wie der Offenen Jugendarbeit oder in aktivierender Gemeinwesenarbeit mit älteren Menschen. Hier tritt neben gesellschaftspolitischen Zielsetzungen stets auch das Pädagogische, genauer das Sozialpädagogische, in den Vordergrund. Gruppen werden dabei zu «intermediären Instanzen» und zentralen Handlungsorten der SKA. Diese Verbindung von sozialpädagogischen, künstlerischen und sozialräumlichen Ansätzen verdeutlicht, wie die SKA zwischen verschiedenen Systemlogiken vermittelt und zugleich lebensweltliche Bezüge wahrt (S. 11).

Auch Stäheli (2013) beschreibt Fachpersonen der SKA als Brückenbauende, die Gemeinschaften bilden oder verbinden und dabei im dynamischen Feld der Soziokultur agieren. Zielgruppen in einem Quartier sind etwa Väter mit Kindern oder Jugendliche mit Migrationshintergrund. Die Fachpersonen stehen, wenn immer möglich, in engem Dialog mit

diesen Zielgruppen. Bedürfnisse und Anliegen werden häufig gemeinsam formuliert und umgesetzt. In ihrem Handeln müssen sie mit divergierenden, widersprüchlichen oder sich rasch verändernden Situationen umgehen können und bewegen sich dabei in intermediären oder vorinstitutionellen Kontexten. Viele Projektsituationen erfordern Improvisationstalent und kreative Fähigkeiten. Damit wird die Brückenfunktion nicht nur als strukturelles, sondern auch als kulturell-kreatives Handlungsprinzip der SKA sichtbar (S. 227).

Die von Hangartner (2013) beschriebene Zwischenposition der SKA konkretisiert diese Brückenfunktion weiter: Fachpersonen der SKA bewegen sich zwischen systemischen Strukturen wie Verwaltungen oder Gesundheitseinrichtungen und der subjektiv erlebten Lebenswelt der Bevölkerung. In dieser vermittelnden Rolle müssen sie sowohl an die Logik institutioneller Systeme anschlussfähig sein als auch die alltagsbezogenen Bedürfnisse und Perspektiven der Menschen im Quartier einbeziehen (S. 274–279; siehe Anhang D).

Gerade diese Verbindung von System- und Lebensweltbezug stärkt die Wirksamkeit der SKA im Quartier: Sie ermöglicht, gesundheitsfördernde Strukturen gemeinsam mit der Bevölkerung zu gestalten und strukturelle wie soziale Barrieren abzubauen. Zugleich ist diese Position herausfordernd, denn Rollenkonflikte, Machtasymmetrien und eine oft begrenzte institutionelle Anerkennung erschweren die Umsetzung. Daher ist die kontinuierliche Reflexion und Stärkung dieser vermittelnden Rolle ein zentrales Anliegen der SKA im gesundheitsbezogenen Handlungsfeld (Hangartner, 2013, S. 274–279).

Gesundheitsförderung entfaltet Wirkung vor allem dann, wenn sie im Alltag der Menschen ansetzt. Angebote wie OpenSunday, GORILLA oder Femmes-Tische/Männer-Tische nutzen bestehende soziale Orte, Schulsporthallen, Gemeinschaftszentren oder private Wohnungen, um niederschwellige Gesundheitsförderung in vertrauten Kontexten zu ermöglichen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025; Stiftung IdéeSport, 2025; Friz, 2019, S. 42–48). Fachpersonen der SKA sind gefordert, solche alltagsnahen Räume zu identifizieren und gemeinsam mit der Bevölkerung zu aktivieren.

Zudem zeigt sich in vielen Programmen der Gesundheitsförderung in der Schweiz, dass die gezielte Kombination aus partizipativer Projektmethodik und strukturverändernden Zielsetzungen besonders wirkungsvoll ist. Die von Gesundheitsförderung Schweiz geförderten

Projekte legen zunehmend Wert auf partizipative Evaluation, Zielgruppenbezug und Nachhaltigkeit (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025). Diese Kriterien stimmen mit den Prinzipien der SKA überein und lassen sich durch die Anwendung integraler Projektmethodik systematisch verfolgen (Willener & Friz, 2019).

Die zuvor beschriebenen Aspekte lassen sich in folgenden Kernempfehlungen bündeln: Gesundheitsbezogene Projekte sollten konsequent lebenswelt- und zielgruppenbezogen geplant werden, um reale Bedarfe und Lebenskontexte angemessen zu berücksichtigen. Zentral ist dabei eine systematische Beteiligung der Menschen im Quartier auf allen Ebenen, von der Bedarfsanalyse über die Konzeption bis hin zur partizipativen Wirkungsmessung. Partizipative, kultursensible und kreative Methoden haben sich dabei als besonders geeignet erwiesen, um Gesundheitswissen nicht nur zu vermitteln, sondern anschlussfähig, alltagsnah und handlungsrelevant zu gestalten. Ebenso ist die ressortübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Akteurinnen und Akteuren im Sozialraum unverzichtbar, um gesundheitsförderliche Strukturen dauerhaft zu etablieren. Die SKA kann darüber hinaus einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie bestehende gesundheitsbezogene Programme kritisch begleitet, weiterentwickelt oder eigene niederschwellige Formate initiiert, die sich an den Bedürfnissen und Ressourcen der Zielgruppen orientieren.

Diese Empfehlungen bilden die Grundlage, um die SKA im Sinne gesundheitlicher Chancengleichheit strategisch weiterzuentwickeln. Im folgenden Abschnitt wird diskutiert, wie dabei Wirkung und Nachhaltigkeit gesichert werden können.

5.3 Wirkung sichern: Nachhaltige SKA-basierte Gesundheitsförderung gestalten

Damit die SKA ihr Potenzial in der Gesundheitsförderung langfristig entfalten kann, braucht es nicht nur innovative Projekte, sondern auch nachhaltige Strukturen, die Wirkung sichern. Nachhaltigkeit bezieht sich dabei nicht allein auf die zeitliche Fortführung von Massnahmen, sondern auf die dauerhafte Verankerung gesundheitsförderlicher Prinzipien und Handlungslogiken im Quartier.

Ein zentraler Faktor hierfür ist die kontinuierliche Einbindung der Zielgruppen über die gesamte Projektdauer hinweg. El-Maawi und Gretler Heusser (2019) betonen, dass nachhaltige Wirkung nicht durch punktuelle Interventionen erzielt wird, sondern durch langfristige Prozesse der Beziehungsgestaltung, Selbstermächtigung und kollektiven Verantwortung. Fachpersonen der SKA übernehmen dabei eine vermittelnde Rolle zwischen institutionellen Anforderungen und den konkreten Lebensrealitäten im Sozialraum (S. 89–95).

Auch Stäheli (2013) hebt hervor, dass kulturelle und partizipative Formate eine nachhaltige Wirkung nur entfalten, wenn sie im Alltag der Menschen verankert werden. Gesundheitsförderung muss anschlussfähig an vorhandene Ressourcen, Netzwerke und kulturelle Ausdrucksformen sein, erst dann entstehen identitätsstiftende Räume, die über die Projektlaufzeit hinaus wirken können (S. 225–230).

Zudem ist Wirkungssicherung eng mit der Evaluation verknüpft. Klassische Wirkungsindikatoren greifen im Kontext der SKA jedoch oft zu kurz. Eine wirksame Sicherung von Ergebnissen erfordert daher Evaluationsmethoden, die neben quantitativen Indikatoren auch qualitative, partizipative Verfahren einbeziehen, um sowohl Prozesse als auch Ergebnisse abzubilden (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 59–62). Dadurch können auch emergente Wirkungen sichtbar werden, wie gestärkte Selbstwirksamkeit, Vertrauen oder neue soziale Netzwerke, die im Verlauf partizipativer Projekte entstehen (Willener & Friz, 2019, S. 243–245, 249–251).

Langfristige Wirkung setzt zudem eine verlässliche strukturelle Verankerung voraus. Das bedeutet, dass Projekte nicht isoliert agieren, sondern in bestehende quartiersbezogene Strukturen eingebettet sein müssen und durch kommunale Netzwerke, Aktionsprogramme oder kantonale Gesundheitsstrategien gestützt werden (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025). Die kontinuierliche Präsenz von SKA-Fachpersonen im Quartier, ihre Vernetzung mit anderen Institutionen sowie die Anerkennung ihrer Rolle als Schnittstelle zwischen Alltag, Politik und Gesundheitsversorgung sind dabei zentrale Voraussetzungen.

Nicht zuletzt ist eine kontinuierliche professionsethische Reflexion unverzichtbar. Nachhaltigkeit in der SKA bedeutet, sich konsequent an den Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, Inklusion und Partizipation zu orientieren, und nicht an kurzfristigen Projektlogiken.

Fachpersonen müssen strukturelle Hürden sichtbar machen, Machtasymmetrien kritisch hinterfragen und sich aktiv für gerechtere soziale Bedingungen einsetzen. Nur so kann die SKA ihr Potenzial als transformatorische Kraft entfalten und gesundheitsförderliche Veränderungen dauerhaft wirksam verankern (AvenirSocial, 2010, S. 10–11, 13).

5.4 Fazit: Voraussetzungen, Stolpersteine und Perspektiven für die Umsetzung von SKA in der Gesundheitsförderung

Die vorangehenden Überlegungen haben gezeigt, dass die SKA einen wichtigen Beitrag zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten kann, insbesondere in sozial benachteiligten Quartieren, wo klassische gesundheitsförderliche Angebote an Wirkungskraft verlieren. Damit Fachpersonen ihr Potenzial in der gesundheitsbezogenen Quartiersarbeit entfalten können, braucht es jedoch bestimmte strukturelle, professionelle und konzeptionelle Voraussetzungen.

Zentral ist zunächst die Anerkennung der SKA als relevanter Akteurin im Feld der Gesundheitsförderung. Ihre Rolle muss im institutionellen Gefüge von Gemeinden, Kantonen und Fachstellen sichtbar gemacht und gestärkt werden. Dafür braucht es eine bessere strukturelle Anbindung an bestehende Gesundheitsförderungsprogramme, insbesondere im Rahmen kantonaler Aktionsprogramme oder kommunaler Präventionsstrategien.

Auch professionsintern sind bestimmte Voraussetzungen nötig: Fachpersonen benötigen nicht nur methodische Kompetenzen in partizipativer, lebensweltbezogener und kultursensibler Arbeitsweise, sondern auch ein reflektiertes Verständnis von Gesundheit als sozialem Gut. Das bedeutet, soziale Ungleichheit nicht als Hintergrund, sondern als zentralen Ausgangspunkt gesundheitsbezogenen Handelns zu begreifen. Eine klare professionsethische Haltung im Sinne von Inklusion, Empowerment und sozialer Gerechtigkeit bildet hierfür die Grundlage, wie sie etwa im Berufskodex von AvenirSocial formuliert ist.

Gleichzeitig zeigen sich in der Umsetzung auch Stolpersteine. Zeitlich befristete Projektlogiken, unklare Zuständigkeiten oder mangelnde Ressourcen erschweren eine nachhaltige Wirkung. Besonders herausfordernd ist die systematische Beteiligung marginalisierter Zielgruppen, etwa aufgrund von Sprachbarrieren, institutionellem Misstrauen oder multipler Belastungslagen. Hier sind kreative, niederschwellige und prozessorientierte

Herangehensweisen gefragt, zentrale Stärken der SKA, die jedoch kontinuierliche Präsenz und Beziehungspflege voraussetzen.

Zugleich ist Partizipation kein Selbstläufer. Ohne klare Verankerung, kontinuierliche Einbindung und kritische Reflexion besteht die Gefahr symbolischer Beteiligung, bei der Entscheidungen zwar scheinbar gemeinsam getroffen werden, reale Einflussmöglichkeiten jedoch fehlen. Eine verantwortungsvolle Praxis muss daher sicherstellen, dass Partizipation nicht nur eingefordert, sondern tatsächlich ermöglicht und institutionell gestützt wird.

Trotz dieser Herausforderungen zeigen zahlreiche Praxisbeispiele, dass die Integration der SKA in die Gesundheitsförderung möglich und wirksam ist, wenn ihre Prinzipien ernst genommen, ihre Methoden weiterentwickelt und ihre Rolle politisch und institutionell anerkannt wird. Dabei sollte auch die besondere Fähigkeit der SKA berücksichtigt werden, Wirkungen hervorzubringen, die oft emergent und nicht vollständig planbar sind, wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben. Diese entstehen im Verlauf partizipativer Prozesse und tragen wesentlich zur nachhaltigen Verankerung gesundheitsförderlicher Strukturen bei. Perspektivisch besteht darin die Chance, gesundheitliche Chancengleichheit nicht nur als Ziel, sondern als gemeinsame Praxis im Quartier zu verankern, getragen von einer Profession, die soziale Teilhabe, kulturelle Vielfalt und strukturelle Gerechtigkeit in den Mittelpunkt stellt.

In Anlehnung an Hangartner lässt sich die SKA als vermittelnde Instanz zwischen systemischer Struktur und lebensweltlichem Alltag verstehen, die eine praxisnahe, reflexive Gestaltung gesundheitsförderlicher Prozesse im Quartier ermöglicht. Diese Position erfordert sowohl institutionelle Anschlussfähigkeit als auch lebensweltliche Sensibilität. Aufbauend auf dieser Perspektive kann die SKA zu einer verbindenden Kraft werden, die soziale Gerechtigkeit, kulturelle Vielfalt und gesundheitliche Chancengleichheit als gelebte Praxis im Quartier verankert.

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Dieses abschliessende Kapitel fasst die zentralen Erkenntnisse der Arbeit zur Rolle der SKA in der Gesundheitsförderung zusammen. Es reflektiert theoretische und praktische Implikationen, benennt offenen Forschungsbedarf und skizziert Perspektiven für ihre Weiterentwicklung im Kontext gesundheitlicher Chancengleichheit. Abschliessend wird die Relevanz der SKA für eine sozial gerechte Gesundheitsförderung in benachteiligten Lebenswelten hervorgehoben.

6.1 Zentrale Erkenntnisse zur Rolle der SKA in der Gesundheitsförderung

Die vorliegende Arbeit hat aufgezeigt, dass die SKA ein eigenständiges und wirkungsvolles Konzept zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit darstellt, insbesondere im Kontext benachteiligter Quartiere in der Schweiz. Im Gegensatz zu klassischen, oft verhaltensorientierten Ansätzen richtet sich die SKA auf strukturelle und sozialraumbezogene Bedingungen und setzt dabei konsequent auf Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung als handlungsleitende Prinzipien (Thiersch et al., 2012, S. 175–196; Homfeldt, 2012, S. 495–496; Friz, 2019, S. 42–48).

Die Arbeit hat deutlich gemacht, dass gesundheitsbezogene Benachteiligung nicht allein auf individuelle Verhaltensweisen zurückzuführen ist, sondern wesentlich durch soziale Determinanten wie Bildung, Einkommen oder Wohnbedingungen geprägt wird (Mielck, 2010, S. 82–84; Kaba-Schönstein & Kilian, 2023). Die SKA begegnet dieser Herausforderung nicht durch eindimensionale Präventionsstrategien, sondern durch sozialraumorientierte Prozesse, die auf Dialog, Beziehung und kulturelle Teilhabe setzen (Weiss & Zimmermann, 2024, S. 15–27; Stäheli, 2013, S. 225–230).

Die analysierten Praxisbeispiele zeigen, dass Fachpersonen der SKA wirksame und kreative Methoden entwickeln, um vulnerablen Gruppen Zugang zu Gesundheitsressourcen zu ermöglichen. Besonders hervorzuheben ist die Kombination aus niederschwelliger Ansprache, aktiver Beteiligung und strukturverändernder Wirkung, etwa durch die Gestaltung von

Begegnungsräumen, kulturelle Projekte oder peerbasierte Formate (El-Maawi & Gretler Heusser, 2019, S. 89–95; Gesundheitsförderung Schweiz, 2025).

Zudem wurde deutlich, dass die SKA nicht nur zur Erhöhung der Erreichbarkeit beiträgt, sondern auch langfristige Wirkprozesse anstösst, im Sinne einer sozial nachhaltigen Gesundheitsförderung. Die Analyse hat verdeutlicht, dass nachhaltige Wirkung in der SKA, wie in Kapitel 4.4 dargelegt, nicht primär aus kurzfristigen, messbaren Ergebnissen entsteht, sondern aus längerfristigen, prozesshaften und teils emergenten Entwicklungen, die im Sozialraum verankert werden (Willener & Friz, 2019, S. 243–245, 249–251).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die SKA ein professionsethisch fundierter Ansatz ist, der die Menschen nicht als Objekte gesundheitsbezogener Interventionen versteht, sondern als aktiv Gestaltende ihrer Lebenswelt. Damit positioniert sie sich als unverzichtbare Partnerin für eine sozial gerechte und nachhaltige Gesundheitsförderung in benachteiligten Lebenslagen. Dennoch ist zu beachten, dass die SKA nicht alle gesundheitsbezogenen Problemlagen abdecken kann. Insbesondere bei akuten medizinischen oder psychischen Krisen stösst sie an fachliche und methodische Grenzen und ist auf die Zusammenarbeit mit spezialisierten Diensten angewiesen.

6.2 Implikationen für Theorie und Praxis der SKA

Die zentralen Erkenntnisse dieser Arbeit haben deutlich gemacht, dass die SKA nicht nur über ein theoretisch fundiertes, sondern auch über ein praxiswirksames Potenzial zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit verfügt. Daraus ergeben sich bedeutende Implikationen für die Weiterentwicklung sowohl ihrer theoretischen Fundierung als auch ihrer praktischen Umsetzung in der gesundheitsbezogenen Quartiersarbeit.

Für die Theorieentwicklung bedeutet dies zunächst eine stärkere Verschränkung mit gesundheitswissenschaftlichen und sozialepidemiologischen Konzepten. Insbesondere die Auseinandersetzung mit den sozialen Determinanten von Gesundheit (Mielck, 2010, S. 82–84) sowie mit kritischen Perspektiven auf verhaltensorientierte Gesundheitsförderung (Kaba-Schönstein & Kilian, 2023) kann das theoretische Profil der SKA schärfen und neue Anschlussmöglichkeiten eröffnen. Die theoretische Verortung der SKA im Rahmen des

Settingansatzes der Gesundheitsförderung bietet zudem eine solide Grundlage, um ihre strukturelle Wirksamkeit sichtbar zu machen (Homfeldt, 2012, S. 495–496; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 8, 19).

Gleichzeitig erfordert die praktische Umsetzung eine stärkere Sichtbarkeit der SKA innerhalb gesundheitspolitischer Strukturen und Förderlandschaften. Wie die analysierten Beispiele gezeigt haben, gelingt wirkungsvolle Gesundheitsförderung durch SKA nur dann, wenn die Rahmenbedingungen entsprechende Spielräume eröffnen, etwa in Form langfristiger Finanzierung, interdisziplinärer Kooperationen oder politischer Anerkennung sozialkultureller Arbeit als Bestandteil der Gesundheitsförderung (Frey, 2019, S. 16–22; Gesundheitsförderung Schweiz, 2025).

Ein besonderer theoretischer wie praktischer Impuls ergibt sich aus dem Konzept der Zwischenposition nach Hangartner (2013): Die SKA bewegt sich als vermittelnde Instanz zwischen systemischer Struktur und lebensweltlichem Alltag und kann dadurch gesundheitsförderliche Prozesse praxisnah, partizipativ und reflexiv gestalten (S. 274–279). Diese doppelte Anschlussfähigkeit eröffnet wichtige Handlungsspielräume, erfordert aber zugleich institutionelle Anerkennung, klare Rollenbilder und professionsspezifische Kompetenzen.

Ein weiterer praktischer Impuls ergibt sich in Bezug auf die Professionalisierung: Fachpersonen der SKA benötigen spezifische gesundheitsbezogene Handlungskompetenzen, etwa im Bereich Gesundheitskompetenz, partizipativer Projektmethodik und kultursensibler Kommunikation. Entsprechende Aus- und Weiterbildungsangebote könnten die Brücke zwischen Gesundheitsförderung und soziokultureller Praxis stärken (Friz, 2019, S. 42–48; Willener & Friz, 2019).

Nicht zuletzt zeigt sich auch für bestehende gesundheitsbezogene Angebote die Relevanz, sich für die Perspektiven und Methoden der SKA zu öffnen. Eine stärkere Integration partizipativer, lebensweltbezogener und sozialraumorientierter Prinzipien kann bestehende Strukturen nicht nur ergänzen, sondern kritisch weiterentwickeln, im Sinne einer inklusiveren, gerechteren Gesundheitsförderung.

6.3 Ausblick: Offene Fragen und Forschungsbedarf

Die vorliegende Arbeit hat aufgezeigt, dass die SKA ein relevantes und bislang zu wenig ausgeschöpftes Potenzial in der Gesundheitsförderung besitzt, insbesondere im Hinblick auf die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in benachteiligten Lebenswelten.

Gleichzeitig ergeben sich daraus auch neue Fragen und Herausforderungen, die im Rahmen zukünftiger Forschung und fachlicher Weiterentwicklung bearbeitet werden sollten.

Ein zentraler Forschungsbedarf besteht darin, die Wirkung partizipativer, lebensweltbezogener und sozialraumorientierter Gesundheitsförderung systematisch und differenziert zu erfassen. Viele der in der SKA auftretenden Effekte lassen sich nicht mit klassischen Evaluationsverfahren abbilden, da sie sich häufig nichtlinear, kontextabhängig und prozesshaft entfalten (Willener & Friz, 2019, S. 243–245, 249–251; El-Maawi & Gretler Heusser, 2019, S. 89–95). Dabei handelt es sich, wie in Kapitel 4.4 erläutert, um sogenannte emergente Wirkungen. Zukünftige Forschung sollte sich verstärkt mit der Erfassung dieser Prozesse befassen, um die spezifischen Stärken der SKA in der Gesundheitsförderung noch genauer zu belegen und weiterzuentwickeln.

Zudem stellt sich die Frage, wie sich die strukturellen Rahmenbedingungen für SKA-basierte Gesundheitsförderung in der Schweiz weiter verbessern lassen. Trotz punktueller Förderung durch Programme wie «Communities That Care» (CTC), einem evidenzbasierten, mehrstufigen Präventionsmodell, das Gemeinden unterstützt, die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen partizipativ, vernetzt und nachhaltig zu gestalten (RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung, o. J.), oder durch die «Kantonalen Aktionsprogramme» (KAP), die gesundheitsförderliche Strukturen auf kommunaler Ebene stärken und gezielt an der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen ansetzen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025), fehlt es vielerorts an langfristigen Ressourcen, rechtlicher Anerkennung und verbindlichen Verankerungen in kommunalen Gesundheitsstrategien. Gerade um das Potenzial der SKA in diesem Kontext systematisch zu nutzen, braucht es politikwissenschaftliche Analysen sowie Strategien zur stärkeren Positionierung der SKA im gesundheitspolitischen Diskurs.

Auch auf der Ebene der Ausbildung und Professionalisierung ergeben sich weitere Forschungsfragen: Welche gesundheitsbezogenen Kompetenzen benötigen Fachpersonen der SKA in unterschiedlichen Praxisfeldern? Wie können Themen wie Gesundheitskompetenz,

Intersektionalität oder kultursensible Kommunikation systematisch in Aus- und Weiterbildung integriert werden? Und wie lässt sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Akteurinnen und Akteuren aus «Public Health», Medizin und Sozialer Arbeit stärken?

Schliesslich bleibt die Frage nach der Rolle der SKA im Zuge eines sozial-ökologischen Wandels der Gesundheitsversorgung: Wie kann sie zu mehr gesundheitlicher Gerechtigkeit in Zeiten multipler Krisen beitragen, etwa angesichts wachsender sozialer Ungleichheit, demografischer Verschiebungen oder gesundheitlicher Folgen der Klimakrise? Die Beantwortung dieser Fragen eröffnet ein relevantes Feld für theoretische Reflexion und praxisnahe Forschung, mit dem Ziel, die SKA als innovative Partnerin in der Gesundheitsförderung weiter zu profilieren und zu stärken.

6.4 Gesamtschlusswort: Relevanz der SKA für eine sozial gerechte Gesundheitsförderung

Die Analyse dieser Arbeit macht deutlich, dass gesundheitliche Ungleichheit in der Schweiz nicht nur ein medizinisches, sondern ein tief verankertes gesellschaftliches Problem ist, geprägt durch soziale, ökonomische und kulturelle Strukturen. Die SKA bietet in diesem Kontext einen bedeutsamen, jedoch bislang wenig systematisch erschlossenen Beitrag zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit. Ihr partizipativer, lebensweltbezogener und ressourcenorientierter Ansatz eröffnet neue Perspektiven für Fachpersonen, die im Quartier tätig sind und dort täglich mit strukturellen Benachteiligungen konfrontiert werden. Damit kann die SKA auch einen Beitrag zur Ausrichtung der Gesundheitsförderung im Sinne von «Public Health» leisten, verstanden als Gesundheitsförderung, die soziale Gerechtigkeit ins Zentrum stellt.

Indem die SKA nicht von Defiziten ausgeht, sondern von Potenzialen und Beziehungen im Sozialraum, kann sie vulnerable Gruppen nicht nur besser erreichen, sondern deren Selbstwirksamkeit und Mitgestaltung gezielt stärken. Dabei geht es nicht nur um individuelle Stärkung, sondern auch um das gemeinsame Hinterfragen und Verändern struktureller Benachteiligungen. Damit verbindet sie Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung mit einer professionsethischen Haltung, die auf soziale Gerechtigkeit und Inklusion abzielt.

Zugleich wird deutlich, dass dieses Potenzial nur dann wirksam werden kann, wenn auch die strukturellen Rahmenbedingungen stimmen. Programme wie CTC oder KAP zeigen exemplarisch, wie gesundheitsförderliche Strukturen auf Ebene der Gemeinden aufgebaut und unterstützt werden können. Solche Programme existieren jedoch nicht flächendeckend, und ihre Wirkung hängt stark von lokaler Umsetzung und politischer Unterstützung ab. Die SKA kann dabei als vermittelnde Instanz wirken, die zwischen institutionellen Strukturen und lebensweltlichen Bedürfnissen Brücken baut. Diese Rolle birgt besondere Chancen, erfordert aber zugleich auch institutionelle Anerkennung und konzeptionelle Klarheit.

Für Fachpersonen der SKA bedeutet das, dass Gesundheitsförderung nicht primär ein neues Arbeitsfeld ist, sondern eine Weiterentwicklung vertrauter Prinzipien und Methoden. Sie eröffnet die Möglichkeit, gesellschaftliche Teilhabe umfassend zu denken und aktiv mitzugestalten. Dabei sollte auch ihre besondere Fähigkeit berücksichtigt werden, Wirkungen hervorzubringen, die oft emergent und nicht vollständig planbar sind, wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben. Diese entstehen im Verlauf partizipativer Prozesse und tragen wesentlich zur nachhaltigen Verankerung gesundheitsförderlicher Strukturen bei. Die Impulse dieser Arbeit sollen dazu anregen, die eigene Praxis weiterzuentwickeln, das Potenzial der SKA sichtbar zu machen und zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in der Quartiersarbeit beizutragen.

7 Literaturverzeichnis

AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis* [Broschüre]. AvenirSocial.

https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf

Bundesamt für Gesundheit. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit: Zahlen und Fakten für die Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit.
<https://www.bag.admin.ch/de/chancengleichheit-zahlen-und-fakten>

Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/de/nationale-strategie-zur-praevention-nichtuebertragbarer-krankheiten>

Crenshaw, K. W. (2010). Die Intersektion von „Rasse“ und Geschlecht demarginalisieren: Eine Schwarze feministische Kritik am Antidiskriminierungsrecht, der feministischen Theorie und der antirassistischen Politik. In H. Lutz, M. T. Herrera Vivar & L. Supik (Hrsg.), *Fokus Intersektionalität: Bewegungen und Verortungen eines vielschichtigen Konzeptes* (S. 33–54). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92555-4_2

Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten. (2020a). Ziel 3: Gesundheit und Wohlergehen. In *Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung*. <https://www.agenda-2030.eda.admin.ch/de/sdg-3-gesundheit-und-wohlergehen>

Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten. (2020b). Ziel 10: Weniger Ungleichheiten. In *Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung*. <https://www.agenda-2030.eda.admin.ch/de/sdg-10-weniger-ungleichheiten>

El-Maawi, R. & Gretler Heusser, S. (2019). Diversity. In A. Willener & A. Friz (Hrsg.), *Integrale Projektmethodik* (S. 89–95). Interact.

- Franzkowiak, P. (2008). Gesundheitsförderung im Settingansatz – ein Konzept auf dem Prüfstand. In A. Paulus & T. Schilling (Hrsg.), *Sozialraumorientierung und Gesundheitsförderung* (S. 195-219). Juventa Verlag.
- Frey, U. (2019). *Kunstorientierte Soziokulturelle Animation: Versuch einer begrifflichen Annäherung* (ISE Working Paper Nr. 6). Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Friz, A. (2019). Empowerment. In A. Willener & A. Friz (Hrsg.), *Integrale Projektmethodik* (S. 42–48). Interact.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2025). *Collaboration Handicap et Addictions*.
<https://gesundheitsfoerderung.ch/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/projekt-collaboration-handicap-et-addictions>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2025). *Femmes-Tische und Männer-Tische*.
<https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme-kap/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/projekt-femmes-tische-maenner>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2025). *GORILLA*.
<https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/gorilla>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2025). *Kantonale Aktionsprogramme*.
<https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2025). *SocialEnJeu*.
<https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/socialenje>
- Grunwald, K. & Thiersch, H. (2018). Lebensweltorientierung. In G. Grasshoff, A. Renker & W. Schröer (Hrsg.), *Soziale Arbeit: Eine elementare Einführung* (S. 303–315). Springer VS.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-15666-4_20
- Hangartner, G. (2013). Ein Handlungsmodell für die Soziokulturelle Animation zur Orientierung für die Arbeit in der Zwischenposition. In B. Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle*

Animation: Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion (2. Aufl., S. 265–324). Interact.

Hemminger, E. (2019). Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In B. Holzer & C. Stegbauer (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Netzwerkforschung* (S. 75–78). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-21742-6>

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Soziokultur Schweiz, Curaviva & AvenirSocial. (2017). *Charta der Soziokulturellen Animation* [Broschüre]. https://soziokulturschweiz.ch/wp-content/uploads/2022/06/220531_Charta_Dez_2017-gender.pdf

Homfeldt, H. G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 489–503). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4_30

Husi, G. (2022). Was ist soziale Kohäsion?: Eine sozialtheoretische Skizze. In F. Baier, S. Borrmann, J. M. Hefel & B. Thiessen (Hrsg.), *Europäische Gesellschaften zwischen Kohäsion und Spaltung: Rolle, Herausforderungen und Perspektiven Sozialer Arbeit* (S. 57–70). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.3224/84742613>

Kaba-Schönstein, L. & Kilian, H. (2023). Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i052-3.0>

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.). (2021). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf

- Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Aufl., S. 47–55). Hogrefe.
- Mielck, A. (2010). Welche sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand sind „ungerecht“? Plädoyer für eine stärkere ethische Reflexion der Zielsetzung „Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit“. In G. Marckmann, D. Strech & J. Wasem (Hrsg.), *Public Health Ethik* (S. 79–94). LIT Verlag.
- Mösch Payot, P. (2025). *Früherkennung und Frühintervention bei Kindern und Jugendlichen – rechtliche Grundlagen*. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/kinder-und-jugend/f-f-.pdf.download.pdf/Fr%C3%BCherkennung%20und%20Fr%C3%BChintervention%20bei%20Jugendlichen,%20Rechtsgrundlagen%20f%C3%BCr%20Schulen%20und%20Gemeinden.pdf>
- Pfister, A., Koschmieder, N. & Wyss, S. (2023). *Wege der Erreichbarkeit sozioökonomisch benachteiligter Familien. Ein umsetzungsorientierter Dialog zwischen Forschung und Praxis in der Suchtprävention*. Seismo. <https://doi.org/10.33058/seismo.30884>
- RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung. (o. J.). *Communities That Care*. <https://www.radix.ch/de/gesunde-gemeinden/angebote/communities-that-care/>
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit. Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl., S. 13–30). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Riegel, C. & Scharathow, W. (2012). Mehr sehen, besser handeln: Intersektionalität als Reflexionsinstrument in der Sozialen Arbeit. *Sozial extra*, 36(9/10), 20–23. <https://doi.org/10.1007/s12054-012-1007-5>
- Stade, P. (2019). Partizipation. In A. Willener & A. Friz (Hrsg.), *Integrale Projektmethodik* (S. 50–67). Interact.

Stäheli, R. (2013). Transformationen – Das Verhältnis von Soziokultureller Animation zu Kultur und Kunst. In B. Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation: Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (2. Aufl., S. 225–260). Interact.

Stiftung IdéeSport. (2025). *OpenSunday*. Gesundheitsförderung Schweiz. <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme-kap/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/projekt-ideesport-opensunday>

The Human Library Organisation. (2025). *The Human Library*. <https://humanlibrary.org/>

Thiersch, H., Grunwald, K. & Köngeter, S. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 175–196). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4_7

United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

United Nations. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht*. Gesundheitsförderung Schweiz; Bundesamt für Gesundheit; Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Grundlagenbericht_Chancengleichheit_in_der_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_in_der_Schweiz.pdf

Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention: Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien. Kurzversion für die Praxis*. Bundesamt für Gesundheit; Gesundheitsförderung Schweiz; Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Kurzversion_Grundlagenbericht_Chancengleichheit_in_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_in_der_Schweiz.pdf

Weiss, S. & Zimmermann, D. (2024). Annäherung an die Soziokulturelle Entwicklung. In S. Weiss & D. Zimmermann (Hrsg.), *Soziokulturelle Entwicklung zwischen Forschung und Praxis* (S. 15–27). Interact / vdf Hochschulverlag. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10833099>

Weltgesundheitsorganisation. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. <https://iris.who.int/handle/10665/349654>

Willener, A. & Friz, A. (Hrsg.). (2019). *Integrale Projektmethodik*. Interact.

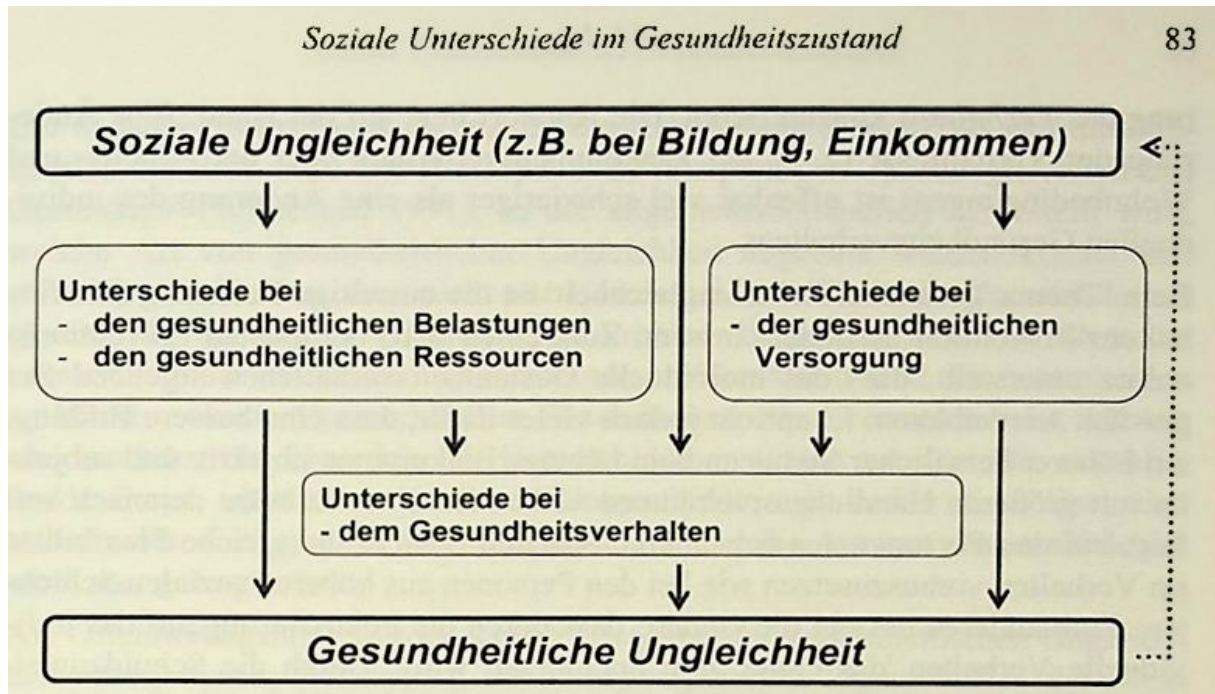
Winker, G. & Degele, N. (2009). *Intersektionalität: Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. transcript Verlag. https://www.transcript-verlag.de/media/pdf/b8/0e/55/tstw1149_1.pdf

8 Anhang

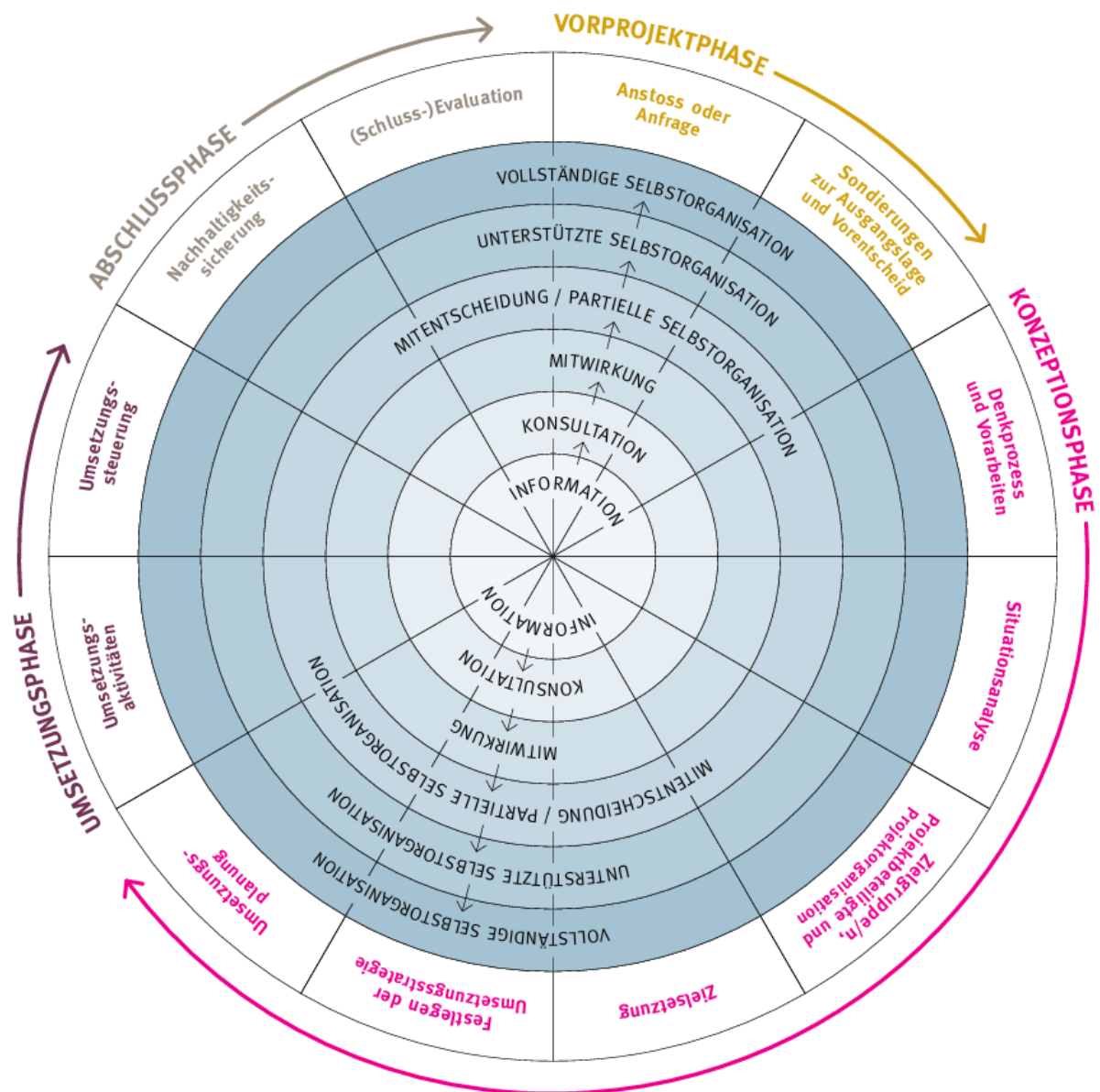
A Determinantenmodell zur multisektoralen Gesundheitspolitik (BAG, 2005)



B Einfaches Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit (Mielck, 2010)



C Partizipationsstufen (Stade, 2019)



D Gesellschaft als System und Lebenswelt: Herausbildung der Zwischenposition (Hangartner, 2013)

