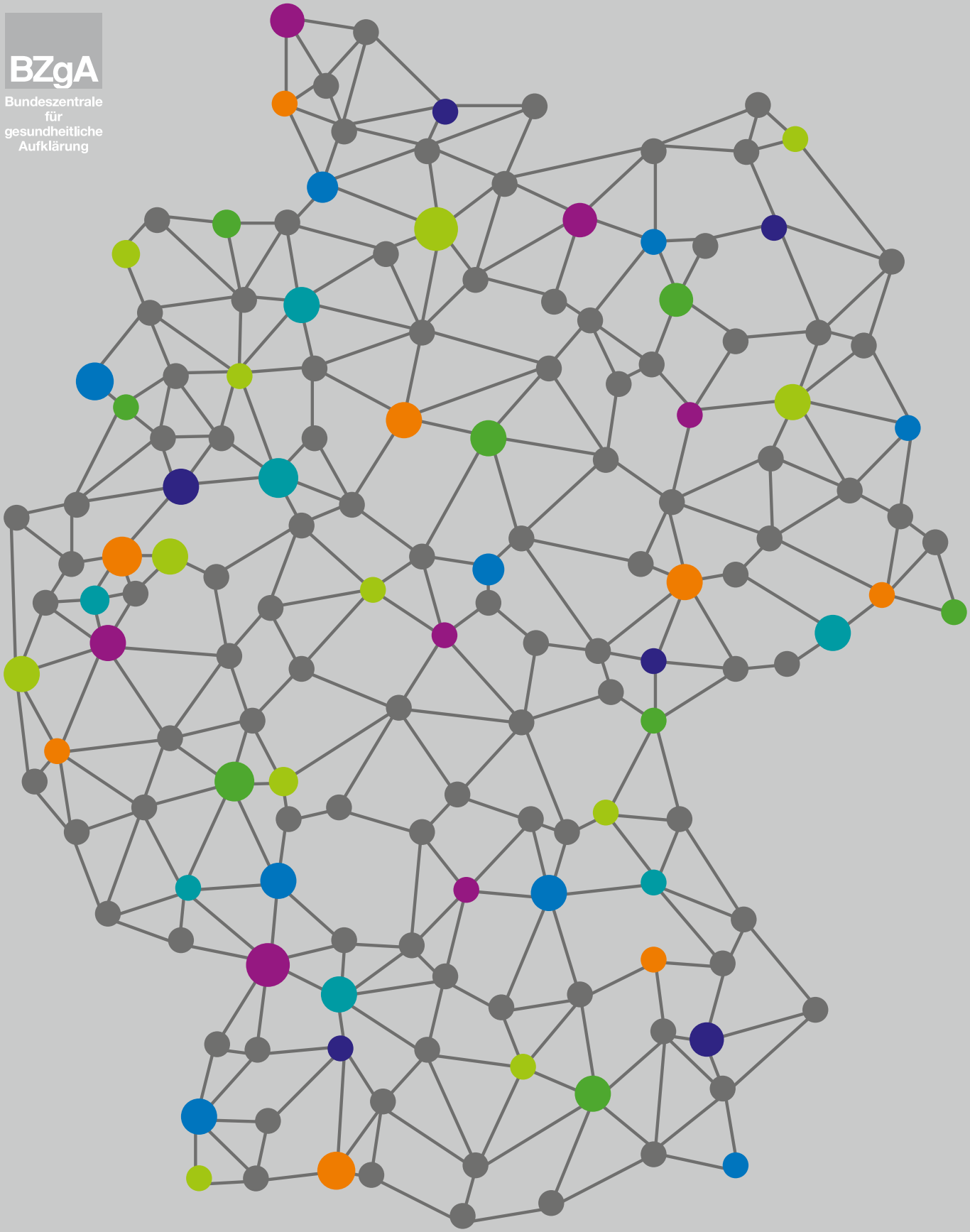
BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Gute Praxis
für gesundheitliche Chancengleichheit –
Die Good Practice-Kriterien und Praxisbeispiele

Gute Praxis für gesundheitliche Chancengleichheit – Die Good Practice-Kriterien und Praxisbeispiele

Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik)
Prof. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal)
Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern)
Susanne Jordan (Robert Koch-Institut)
Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen)
Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.)
Dr. Frank Lehmann (BZgA)
Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig)
Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München)
Rolf Reul (Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V.)

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Kooperationsverbund GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Das Projekt wurde gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

01 Vorwort 06

02 Einleitung 08
Entstehung und Entwicklung der Good Practice-Kriterien 09
Die Good Practice-Steckbriefe: Was zeichnet sie aus? 12
Die Good Practice-Kriterien als Beitrag zur Qualitätsentwicklung 14
Ergebnis des Kooperations- und Forschungsprojekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ 15
Perspektiven: Arbeit mit und Weiterentwicklung der Good Practice-Kriterien 15
Wie dieses Fachheft aufgebaut ist und wie Sie es nutzen können 16
Literatur 18

03 Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung 20
01 Konzeption 27
02 Zielgruppenbezug 31
03 Setting-Ansatz 35
04 Multiplikatorenkonzept 39
05 Nachhaltigkeit 43
06 Niedrigschwellige Arbeitsweise 47
07 Partizipation 51
08 Empowerment 55
09 Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung 59
10 Qualitätsmanagement 63
11 Dokumentation und Evaluation 67
12 Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis 71

04 Beispiele guter Praxis 78

05 Anhang 248
Weiterführende Informationen 249
Schlagwortverzeichnis – Titelliste 252
Schlagwortverzeichnis – Kriterienzuordnung der Beispiele guter Praxis 256
Schlagwortverzeichnis – Bundesländer 260

01 Vorwort

Vorwort

Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit hat seit seiner Gründung das Ziel, den lebenswelt-bezogenen Ansatz der Gesundheitsförderung („Setting-Ansatz“) zu stärken; sowohl durch die Entwicklung individueller Ressourcen als auch durch die gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebensbedingungen.
Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit bietet deshalb gute Voraussetzungen, die Gesundheit von Menschen in schwierigen Lebenslagen zu stärken. Die Umsetzung ist anspruchsvoll: Es gilt, im Rahmen partizipativer Strategien vor allem diejenigen Menschen in die Planung, Aktivitäten, Bewertung und Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen einzubeziehen, die besonders stark davon profitieren sollen. Dies stellt sicher, dass die Maßnahmen bedarfs- und zielgruppengerecht gestaltet und damit nachhaltig wirksam sind.

Um diesen Ansatz in die Praxis bringen zu können, braucht es Qualifizierung und fachliche Unterstützung. Deshalb hat der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit 12 Good Practice-Kriterien entwickelt, anhand derer Beispiele einer gelingenden und motivierenden Praxis zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit identifiziert und verbreitet werden können. Sie geben Impulse zur Diskussion darüber, wie Gesundheitsförderung umgesetzt werden sollte, wie sie wirkt und wie wir positive Wirkungen erreichen können.
Die in dieser Veröffentlichung vorgestellten „Steckbriefe“ der Good Practice-Kriterien sind ein großer Entwicklungsschritt: Neu ist, dass für jedes der 12 Kriterien neben der Definition jetzt auch eine Stufenleiter zur Umsetzung vorliegt. Diese dient als Orientierungshilfe und veranschaulicht, wie ein Entwicklungsprozess hin zu einer besseren Praxis für jedes der Kriterien aussehen kann. Gleichzeitig ermöglicht die Stufenleiter, die eigene Arbeit einzuschätzen: Auf welcher Stufe befinden wir uns gerade? Was können, was wollen und was sollten wir tun, um eine der höheren Stufen zu erreichen?

Ich wünsche mir, dass wir mit diesem Fachheft einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland leisten können.
Die Beschäftigung mit den Good Practice-Kriterien ist ein sehr guter Ausgangspunkt, über alle Träger und Maßnahmen hinweg ein gemeinsames Verständnis dafür zu entwickeln, was „gute Praxis“ in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung ausmacht und was bei ihrer Umsetzung zu beachten ist.

Die vorliegenden Steckbriefe der Good Practice-Kriterien wurden unter Beteiligung zahlreicher Akteure erarbeitet. Ein besonderer Dank gilt dem beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, seiner Unterarbeitsgruppe sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit. Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. koordiniert als Geschäftsstelle die Aktivitäten im Kooperationsverbund. Bei allen an diesem intensiven Prozess Beteiligten bedanke ich mich ganz herzlich!

Dr. Heidrun Thaiss
Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Köln, November 2015

02 Einleitung

Entstehung und Entwicklung der Good Practice-Kriterien
Die Good Practice-Steckbriefe: Was zeichnet sie aus?
Die Good Practice-Kriterien als Beitrag zur Qualitätsentwicklung
Ergebnis des Kooperations- und Forschungsprojekts
„Gesundheitsförderung in Lebenswelten –
Entwicklung und Sicherung von Qualität (QE/QS)“
Perspektiven: Arbeit mit und Weiterentwicklung der Good Practice-Kriterien
Wie dieses Fachheft aufgebaut ist und wie Sie es nutzen können
Literatur

Holger Kilian
Christa Böhme
Raimund Geene
Iris Grimm
Susanne Jordan
Lotte Kaba-Schönstein
Frank Lehmann
Helene Luig-Arlt
Andreas Mielck
Rolf Reul

Einleitung

Entstehung und Entwicklung der Good Practice-Kriterien

Die Kriterien guter Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung – im Folgenden als Good Practice-Kriterien bezeichnet – gehen auf einen Expertenworkshop der BZgA 2001 zurück. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verständigten sich darauf, dass weniger auf weitere Forschungs- und Modellprogramme gesetzt werden solle, sondern es vielmehr einer Interventionsberichterstattung über bestehende Praxisprojekte bedürfe. Zur Umsetzung entwickelte Gesundheit Berlin e. V. im Auftrag der BZgA 2002 eine bundesweite Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit". Innerhalb kurzer Zeit hatten sich mehr als 2.700 Angebote, Projekte und Maßnahmen in diese Online-Datenbank eingetragen und eindrucksvoll das Engagement, die Vielfalt und das breite Handlungsspektrum der Aktivitäten belegt. Die vielgestaltigen Einträge warfen aber auch die Fragen auf, wie diese schwer überschaubare Vielfalt strukturiert und wie „gute Praxis" gefördert werden kann. Um die Praxisdatenbank zum Ausgangspunkt für einen Prozess der Qualitätsentwicklung zu machen, mussten darauf Antworten gefunden werden.

Der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes, der den Aufbau und die Weiterentwicklung der Praxisdatenbank begleitet, setzte sich intensiv mit der Frage auseinander, was „gute Praxis" auszeichnet. Die Expertinnen und Experten des Arbeitskreises trugen die vorliegenden Qualitätskataloge, Forschungsergebnisse und Erfahrungen aus der Praxis zusammen und verdichteten sie zu einem Set von 12 Good Practice-Kriterien. Zentrale Bezugspunkte waren dabei der kurz zuvor entwickelte Good Practice-Ansatz im Rahmen des Städtebauförderprogramms *Soziale Stadt* (Difu 2003) sowie Erfahrungen aus dem Programm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (E & C)".

Warum nicht „Best Practice"?

Zu Beginn des Prozesses war der Anspruch noch, *Best Practice*-Kriterien und -Beispiele zu identifizieren. Schnell zeigte sich jedoch, dass es aus verschiedenen Gründen nicht sinnvoll und auch nicht möglich war, sich auf die „beste" Praxis zu fokussieren: Mit der Praxisdatenbank war zwar erstmals ein bundesweiter Überblick über die gesundheitsfördernde Praxis verfügbar, sie bildete aber längst nicht alle Aktivitäten ab. Entsprechend war die Möglichkeit eingeschränkt, tatsächlich die „besten" Beispiele zu finden. Auch zeigten die ersten Auswahlprozesse, dass es keine standardisierten, für alle gültigen „Best Practice"-Beispiele geben kann, sondern vielmehr die hohe Komplexität der lokalen Themen und Aufgaben jeweils spezifische Antworten erfordert. Es wurde auch deutlich, dass es zahlreiche Aktivitäten kleinerer Einrichtungen mit bescheidenen Ressourcen gab, die durch für sie unrealistische „Best Practice"-Forderungen entmutigt werden würden. Und schließlich begünstigt ein „Best Practice"-Ansatz das Missverständnis, es handele sich um einen Wettbewerb mit Gewinnern und Verlierern. Dieser Gedanke ist nicht vereinbar mit dem Ziel, einen gemeinsamen Ansatz der Qualitätsentwicklung zu entwickeln und umzusetzen.

Die 12 Kriterien können in drei Gruppen gegliedert werden:

Gruppierung der Kriterien

1. **Basiskriterien:**
- *Konzeption* (Ziele, Wirkungsweisen und -wege sowie der Bezug zu Prävention und Gesundheitsförderung sind klar benannt)
- *Zielgruppenbezug* (die Personengruppen, deren gesundheitliche Situation durch die Maßnahme verbessert werden soll, sind klar benannt)
- *Setting-Ansatz* (Lebenswelten sind gesundheitsgerecht gestaltet)

2. **Zielgruppenorientierung der Maßnahmen:**
- *Empowerment* (einzelne Personen bzw. Gruppen sind befähigt, informierte Entscheidungen zu treffen und umzusetzen)
- *Partizipation* (wichtige Entscheidungsbefugnisse werden an die Mitglieder der Zielgruppen übertragen)
- *Niedrigschwellige Arbeitsweise* (Zugangshürden sind minimiert)
- *Multiplikatorenkonzept* (Multiplikator/innen werden systematisch qualifiziert und einbezogen)

3. **Nachhaltigkeit und Qualitätsentwicklung der Maßnahmen:**
- *Nachhaltigkeit* (die Maßnahme wird verstetigt und dabei kontinuierlich weiterentwickelt)
- *Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung* (die Maßnahme ist in kommunale und andere komplexe Strategien eingebunden)
- *Qualitätsmanagement* (Methoden der Qualitätsentwicklung werden systematisch angewendet)
- *Dokumentation und Evaluation* (Arbeitsergebnisse werden dokumentiert und kritisch reflektiert)
- *Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses* (Indikatoren zur Bewertung der Kosten und der Wirksamkeit des Angebotes werden ermittelt)

Auswahl von Praxisbeispielen

Die Arbeit mit den Good Practice-Kriterien war von Anfang an darauf ausgerichtet, Theorie und Praxis eng zu verzahnen: Sobald die Kriterien vorlagen, wurden Praxisbeispiele gesucht, mit denen sich unterschiedliche Möglichkeiten der praktischen Umsetzung dieser Kriterien veranschaulichen lassen. In diesem Auswahlprozess spielten die „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit" (damals noch unter der Bezeichnung „Regionale Knoten") eine zentrale Rolle. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Koordinierungsstellen empfahlen die Praxisbeispiele aus ihren Bundesländern für die Aufnahme in den Auswahlprozess, die sie als besonders vorbildlich einschätzten.

Der Auswahlprozess

Der Auswahlprozess der Good Practice-Beispiele läuft nach einem strukturierten Verfahren ab: Sind die Verantwortlichen der vorgeschlagenen Praxisbeispiele zur Teilnahme an diesem Auswahlprozess bereit, dann füllen sie zunächst eine Checkliste aus und schätzen ein, wo mit Blick auf die 12 Good Practice-Kriterien die Stärken und ggf. auch die Entwicklungsbedarfe ihrer Arbeit liegen. In einem ersten Gespräch mit der bzw. dem für die Erstellung der Beschreibungstexte zuständigen Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes wird gemeinsam festgelegt, welche drei Kriterien zusätzlich zu den verbindlichen Kriterien *Konzeption* und *Zielgruppenbezug* vertieft werden sollten. Anschließend erläutern die Praxisanbieter ausführlich ihre Arbeit und stellen ergänzendes Material zu Inhalten, Prozessen

und Ergebnissen zur Verfügung. Neben der Beschreibung der drei ausgewählten Kriterien enthält jede Good Practice-Beschreibung auch eine Kurzdarstellung des Praxisbeispiels sowie weitere Informationen zum Hintergrund des Angebotes, zum Vorgehen bei der Umsetzung sowie zu den im Prozessverlauf gesammelten Erfahrungen („Lessons Learned"). Der Text wird anschließend zwei Mitgliedern des beratenden Arbeitskreises zur weiteren Prüfung vorgelegt. Deren Fragen, Anmerkungen und Änderungswünsche sind dann die Grundlage für den Feinschliff des Textes. Dieser Abstimmungsprozess zwischen den Anbietern des Praxisbeispiels, der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes und den Mitgliedern des beratenden Arbeitskreises kann mehrere Durchgänge erfordern. Am Ende liegt dann eine abgestimmte Beschreibung des Good Practice-Beispiels vor.

Veröffentlichung der Beispiele

Die Beschreibungen der ausgewählten Praxisbeispiele stehen allen Interessierten in der bundesweiten Praxisdatenbank unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank zur Verfügung und können nach differenzierten Kriterien recherchiert werden. Die bis einschließlich 2011 ausgewählten Beispiele wurden in mehreren Auflagen in der Fachheft-Reihe „Gesundheitsförderung Konkret" veröffentlicht (BZgA 2011a) und sind auf der Website www.bzga.de unter „Infomaterialien" als PDF-Dateien verfügbar.

Im Herbst 2015 liegen 120 Beschreibungen guter Praxisbeispiele vor – bei drei Kriterien-Beschreibungen pro Beispiel sind dies mehr als 350 Beschreibungen zur Umsetzung guter Praxis. Eine Auswahl davon findet sich in Teil III dieses Fachheftes.

Akzeptanz und Nutzung der Kriterien

Die 12 Good Practice-Kriterien finden breite Akzeptanz, inzwischen werden sie auf ganz unterschiedlichen Ebenen verwendet:

- Im Kanon der Instrumente und Ansätze zur Unterstützung von Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung sind die Kriterien inzwischen ein fest etabliertes Angebot (vgl. die Übersichten in IN FORM 2015, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2015 sowie Altgeld, Brandes, Bregulla et al. 2015).
- Eine Auswertung der Good Practice-Beispiele im Kontext kommunaler Gesundheitsförderung war Grundlage für die Entwicklung der Handlungsempfehlungen „Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!" und Auftakt für den kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!" (vgl. Kooperationsverbund 2011 und BZgA 2011b).
- Der Leitfaden der gesetzlichen Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V bezieht sich im Abschnitt „Leistungsarten, Förderkriterien und Ausschlusskriterien" explizit auf die 12 Kriterien guter Praxis (GKV-Spitzenverband 2014: 25).
- Die 12 Good Practice-Kriterien werden im Rahmen der Veranstaltungen und Fortbildungen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit intensiv genutzt. So entwickeln zum Beispiel Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Ebene in der *Werkstatt Gesunde Kommune* Ansätze für die Entwicklung und Umsetzung integrierter Gesundheitsstrategien in ihren Kommunen.

Eine systematische Analyse der praktischen Erfahrungen mit diesen 12 Good Practice-Kriterien liegt noch nicht vor. Die Rückmeldungen zeigen jedoch, dass die Kriterien als hilfreicher Beitrag zur Qualitätsentwicklung wahrgenommen werden und dass sie sich gut in die bestehenden Ansätze der Qualitätsentwicklung integrieren lassen. Eine bundesweite Befragung zu den in der Praxis genutzten Methoden und Instrumenten der Qualitätsentwicklung macht deutlich, dass vor allem die von den jeweiligen Trägern vorgegebenen Verfahren genutzt werden, insbesondere in institutionellen

Settings wie Schule oder Kita (vgl. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen 2015). Es ist daher besonders wichtig zu betonen, dass sich die 12 Good Practice-Kriterien gut in die bestehenden Ansätze der Qualitätsentwicklung integrieren lassen.

Entwicklungsbedarf

Bezogen auf die Weiterentwicklung der Good Practice-Kriterien wurde von den Praktikerinnen und Praktiker immer wieder gewünscht, über die Praxisbeispiele hinaus weitere Informationen zur Umsetzung der Kriterien zu bekommen. Dabei wurde oft betont, wie hilfreich die im Rahmen der Partizipativen Qualitätsentwicklung genutzte „Stufenleiter der Partizipation" sei. Diese Stufenleiter beschreibt in neun Umsetzungsstufen (drei davon sind „Vorstufen"), wie sich Beteiligungsprozesse immer umfassender realisieren lassen. Besonders attraktiv an dieser Darstellung ist, dass zum einen der abstrakte Begriff „Partizipation" in relativ konkrete und gut greifbare Ausprägungen gegliedert wird und dass zum anderen diese Ausprägungen in einer aufsteigenden Rangfolge angeordnet sind. Diese Darstellung betont den dynamischen Charakter von Qualitätsentwicklung: Die im Alltagsverständnis oft vorherrschende Zweiteilung („umgesetzt" bzw. „nicht umgesetzt") wird zugunsten der Zielsetzung erweitert, Wege und Möglichkeiten zur schrittweisen Weiterentwicklung der Praxis aufzuzeigen.

Für die Weiterentwicklung der Good Practice-Kriterien griff der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes daher die Idee der „Stufenleiter" auf und beauftragte eine Unterarbeitsgruppe, entsprechende Darstellungen für alle 12 Kriterien zu entwickeln.

Die Good Practice-Steckbriefe: Was zeichnet sie aus?

Mit den Steckbriefen für die 12 Good Practice-Kriterien liegen nun erstmals Abstufungen für die Umsetzung fachlicher Konzepte wie *Empowerment* oder *Niedrigschwellige Arbeitsweise* vor. Alle 12 Steckbriefe sind im Teil II dieses Fachheftes abgedruckt.

Gliederung der Steckbriefe

Der Umfang jedes Steckbriefes ist auf vier Seiten beschränkt. Alle Steckbriefe folgen einer einheitlichen Struktur:

1. Definition: Kurze Erläuterung des Kriteriums. Wo notwendig, verdeutlichen Querverweise die Bezüge zu anderen Kriterien.
2. Stufenleiter der Umsetzung: In einer Grafik werden mögliche Stufen der Umsetzung des Kriteriums dargestellt. Oft ist die niedrigste Stufe lediglich eine „Vorstufe" zur Umsetzung des Kriteriums, die oberste Stufe stellt dagegen die am weitesten ausgereifte Form des Kriteriums dar.
3. Beschreibung der Umsetzungsstufen: Jede Stufe wird kurz erläutert und mit einem Beispiel illustriert.
4. Weiterführende Literatur: Ausgewählte, online verfügbare Verweise auf weiterführende Literatur laden zur vertieften Auseinandersetzung mit den Kriterien ein.

Entwicklungsprozess

Die Entwicklung der Kriterien-Steckbriefe war ein zeitaufwändiger Prozess, in den neben den Mitgliedern der Unterarbeitsgruppe des beratenden Arbeitskreises auch die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit, der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes, weitere Expertinnen und Experten sowie Praktikerinnen und Praktiker einbezogen waren.

Anpassung der Kriterien-Titel

Die Erarbeitung der Steckbriefe wurde auch genutzt, um die Titel einiger Kriterien anzupassen. Insbesondere wurden Doppel-Benennungen vereinfacht. Das Kriterium *Innovation und Nachhaltigkeit* wurde zu *Nachhaltigkeit* verkürzt (mit dem Bezug auf „Innovation" im Erläuterungstext), und *Qualitätssicherung/Qualitätsentwicklung* wurde zu *Qualitätsmanagement*. Bei einem Kriterium wurde der Titel umformuliert: Das Kriterium *Kosten-Nutzen-Relation* trägt nun den etwas präziseren Titel *Ermittlung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses*. Diese Umformulierung ist sinnvoll, da derzeit noch keine Instrumente und Verfahren zur Verfügung stehen, mit denen Praktikerinnen und Praktiker ohne externe Begleitung den „Nutzen" ihres Angebotes ermitteln könnten. Es wäre daher bereits ein wichtiger Schritt, wenn die Anbieter grundlegende Daten zu den Kosten und den möglichen Wirkungen ihres Angebotes ermitteln würden.

Kriterium Setting-Ansatz

Im Prozess der Steckbrief-Erarbeitung zeigte sich auch, dass für das mehrdimensionale Kriterium *Setting-Ansatz* die Darstellung als Stufenleiter nicht geeignet ist: Der Steckbrief verzichtet deshalb hier auf die Stufenleiter und stellt die vier zentralen Dimensionen dar:

- Entwicklung individueller Kompetenzen,
- Aufbau gesundheitsgerechter Strukturen,
- Sicherung von Beteiligung,
- professionelle Koordinierung der Setting-Aktivitäten.

In ihrer Vernetzung machen diese vier zentralen Dimensionen einen gelingenden Setting-Ansatz aus.

Kriterium Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung

Hingewiesen werden muss auch auf die Weiterentwicklung des Kriteriums *Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung:* Die Erläuterung der drei Umsetzungsstufen weicht von der Darstellung in den anderen Steckbriefen ab, indem für jede der Stufen jeweils sechs Dimensionen von „Integration" beschrieben werden, z. B. die Integrierung der relevanten Fachbereiche in der Kommunalverwaltung oder der Adressatinnen und Adressaten des Angebotes.

Qualitätsentwicklung „light"?

Auch wenn bei den Steckbriefen großer Wert auf eine möglichst gut verständliche und kompakte Darstellung gelegt wurde, so sollte doch nicht der Eindruck entstehen, es handele sich hier um eine „light"-Version der Qualitätsentwicklung, die sich mit einer schnellen Lektüre erledigen lässt. Die Steckbriefe sollen vor allem dazu anregen, die eigene Praxis kritisch zu reflektieren, und damit Lern- und Entwicklungsprozesse anstoßen, die eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung unterstützen.

Die Good Practice-Kriterien als Beitrag zur Qualitätsentwicklung

Die Good-Practice-Kriterien formulieren verschiedene Anforderungen an „gute Praxis", deren Umsetzung es wahrscheinlich(er) macht, dass die gesundheitsfördernden Maßnahmen adressatengerecht und wirkungsvoll gestaltet werden („Promising Interventions"). Diese Anforderungen sind in den Steckbriefen allgemein formuliert und müssen in der jeweiligen konkreten Anwendung immer wieder spezifiziert (d. h. „übersetzt") werden. Dabei können sich z. B. die folgenden Fragen stellen: Wie und in welchem Umfang kann *Partizipation* gewährleistet werden? In welchen Handlungs- und Kompetenzbereichen sollten die durch die Maßnahme angesprochenen Personen befähigt werden *(Empowerment)*? Für die konkrete Planung und Durchführung eines Angebotes ist es also unabdingbar, die praktischen Bedingungen und Möglichkeiten vor Ort genau zu kennen und das Angebot entsprechend zu gestalten. Die Kriterien erklären nicht, was im Einzelfall zu tun ist. Sie können aber sensibilisieren für die Frage, ob und wie das eigene Angebot verbessert werden könnte.

Kontext-Sensibilität

Entscheidend ist immer der konkrete Kontext der jeweiligen Arbeit: Wie sind die Ausgangsbedingungen, welche finanzielle und personelle Ausstattung steht zur Verfügung, welche Partner sind eingebunden, und welche Meilensteine sollen erreicht werden? Möglicherweise zeigt sich, dass es im konkreten Einzelfall für einige der Kriterien nicht realistisch oder sinnvoll ist, die höchste Umsetzungsstufe anzustreben. Dann kann jedoch geprüft werden, ob im Zuge einer schrittweisen Qualitätsentwicklung später eine höhere Stufe zu erreichen ist.

Einbindung in QE-Ansätze

Mit dieser Herangehensweise formulieren die Good Practice-Kriterien also einen fundierten und umfassenden fachlichen Rahmen für die Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Da die Kriterien keine Vorgaben für die konkreten Arbeitsschritte im Prozess der Qualitätsentwicklung machen, lassen sie sich gut in bestehende, trägerspezifische Ansätze einbinden. Wer sich mit den Good Practice-Kriterien auseinandersetzen will, um seine Arbeit zu reflektieren, muss also die bislang genutzten Systeme von Qualitätsentwicklung und -management nicht verlassen, sondern kann die 12 Kriterien als fachliche Ergänzung in das bislang genutzte Verfahren einbeziehen. Damit sind die Kriterien geeignet, handlungsfeld- und trägerübergreifend als ein gemeinsamer Bezugsrahmen für die Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zu dienen.

Ergebnis des Kooperations- und Forschungsprojekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität (QE/QS)“

Handlungsbedarfe und -empfehlungen

- Bestehende Offenheit für Fragen der Qualität in der Gesundheitsförderung nutzen
  - › Förderung des Austauschs innerhalb und zwischen Settings
  - › Förderung des Dialogs und der Wertschätzung zwischen Trägerstrukturen und Lebenswelten
  - › Förderung von Beratung und Prozessbegleitung zwischen Fachkräften in Lebenswelten und Gesundheitsförderstrukturen
- Ein bundesweites Netzwerk von landesspezifischen Qualitätsnetzwerken bestehend aus Landesvereinigungen und entsprechenden Organisationen sowie Trägerorganisationen von Lebenswelten anstreben
- Sinnvoll erscheinen verbindliche Koordinationsfunktionen auf kommunaler, Stadtteil- und Quartiersebene
- Eine Bund-Länder-Transferstruktur für QE/QS der Gesundheitsförderung in Lebenswelten erscheint hilfreich
- Anschlussfähigkeit QE/QS der Gesundheitsförderung an Qualitätsmanagement-Systeme in Lebenswelten fördern

(Quelle: Altgeld et al., Gesamtprojektbericht „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“, Köln, 2015, Bestell-Nr.: 60583002)

Perspektiven: Arbeit mit und Weiterentwicklung der Good Practice-Kriterien

Rückmeldungen erwünscht!

Mit den vorliegenden Steckbriefen der Good Practice-Kriterien ist ein Entwicklungsschritt abgeschlossen, auf den weitere folgen müssen. Zunächst ist es wichtig, den aktuellen Arbeitsstand zu überprüfen: Sind die „Steckbriefe“ für die Praktikerinnen und Praktiker hilfreich, sind die Kriterien gut verständlich und auf die eigene Arbeit übertragbar? An welchen Stellen können Missverständnisse entstehen, und wo besteht weiterer Entwicklungsbedarf?

Auswahlprozess

Der Auswahlprozess für Beispiele „guter Praxis“ soll auch in den kommenden Jahren fortgeführt werden. Die Inhalte der Steckbriefe geben den Vertreterinnen und Vertretern der Praxis wie auch den Gutachterinnen und Gutachtern einen klaren gemeinsamen Rahmen vor. Die Schwerpunkte der Auswahl werden sich zunächst auf Beispiele konzentrieren, die im Rahmen des Kommunalen Partnerprozesses einen Beitrag zur gesundheitsförderlichen Entwicklung auf kommunaler Ebene leisten und insbesondere das Kriterium *Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung* umsetzen. Perspektivisch sind weitere Schwerpunkte geplant, etwa Maßnahmen für oftmals „vergessene“ Zielgruppen wie ältere Menschen, Alleinerziehende, Migrantinnen und Migranten oder Behinderte in besonders schwieriger sozialer Lage auszuwählen.

Good Practice-Werkstätten

Ein wesentlicher Teil der Arbeit mit den Good Practice-Kriterien ist nicht nur die kritische Reflexion der eigenen gesundheitsförderlichen Praxis vor Ort, sondern auch die Auseinandersetzung mit der Arbeit anderer Anbieter. Diese Prozesse sind am lebendigsten und fruchtbarsten, wenn sie „vor Ort" und im direkten Austausch stattfinden. „Good Practice-Werkstätten" bieten die Gelegenheit dazu. In einem geschützten Rahmen erarbeiten Praktikerinnen und Praktiker als Expertinnen und Experten ihrer Praxis gemeinsam ein Verständnis der Kriterien und ihrer Umsetzung. Sie reflektieren, mit welchem Ziel und wie sie ihre Praxis weiter entwickeln können.

Präventionsgesetz

Die Weiterentwicklung der Kriterien und ihrer Anwendung wird in den kommenden Jahren insbesondere im Kontext mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes geschehen. Wie beschrieben, bieten die Good Practice-Kriterien einen zentralen Bezugsrahmen für die fachlichen Standards der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Sie stellen daher auch einen Qualitätsrahmen für die Aktivitäten im Kontext des Präventionsgesetzes dar. Die Herausforderung wird vor allem darin bestehen, Anknüpfungspunkte und Schnittstellen der Good Practice-Kriterien zu den bereits bestehenden trägerspezifischen Konzepten der Qualitätsentwicklung zu identifizieren. Angestrebt werden sollte dabei die fachliche Bereicherung der bereits bestehenden Konzepte durch die 12 Good Practice-Kriterien.

Evaluation

Nach mehr als zehn Jahren der Arbeit an und mit den Good Practice-Kriterien ist es an der Zeit, die Grundlagen, Ergebnisse und Wirkungen im Rahmen einer systematischen Evaluation zu ermitteln. Es ist zu hoffen, dass die dafür notwendigen Mittel im Rahmen des Präventionsgesetzes zur Verfügung stehen werden.

Wie dieses Fachheft aufgebaut ist und wie Sie es nutzen können

Das vorliegende Fachheft verbindet die Darstellung der Good Practice-Kriterien (Teil 3) mit Praxisbeispielen zur Umsetzung der einzelnen Kriterien (Teil 4). Der abschließende Teil 5 enthält weiterführende Verweise auf Literatur und Materialien.

Teil 3 dokumentiert die Good Practice-Kriterien und ist gewissermaßen ein „Heft im Heft". Hier sind die einzelnen Steckbriefe so abgebildet, wie sie in einer im Herbst 2015 erschienenen Broschüre (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015a) und auch auf der Website des Kooperationsverbundes (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice) dokumentiert sind. Dies erklärt die doppelte Seitenzählung: In der Kopfzeile sind die Seiten des Fachheftes durchlaufend nummeriert, unten auf jeder Steckbrief-Seite ist die durchlaufende Seitenzählung der 12 Steckbriefe zu finden.

Teil 4 dokumentiert Praxisbeispiele zur Umsetzung der einzelnen Kriterien. Um den Umfang dieses Fachheftes zu begrenzen, wurde dabei folgendermaßen vorgegangen:

- Für alle Beispiele sind neben dem Titel jeweils nur die Kurzbeschreibung und (ausgewählte) Kriterien dokumentiert. Wer die vollständigen Beschreibungen nachlesen möchte, findet diese in der Praxisdatenbank auf der Website des Kooperationsverbundes (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank).
- Vor 2012 ausgezeichnete Beispiele sind auch im Fachheft „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" (BZgA 2011a) dokumentiert. Die Druckfassung ist inzwischen vergriffen, auf der Website www.bzga.de ist die Publikation unter „Infomaterialien" aber noch als PDF-Datei verfügbar. Beispiele,

die im o.g. Fachheft veröffentlicht wurden, sind im Teil 4 jeweils nur mit einer einzigen Kriterien-Beschreibung dokumentiert. Die vollständigen Beschreibungen sind in der Praxisdatenbank auf der Website des Kooperationsverbundes zu finden (vgl. oben).

- Für die ab 2012 ausgezeichneten Beispiele sind in diesem Heft jeweils alle drei Kriterien dokumentiert. Auch hier finden sich weitere Informationen (zu Hintergrund, Vorgehen und den „Lessons Learned") in der Praxisdatenbank.

Es wurde versucht, im Teil 4 dieses Heftes alle Kriterien gleichmäßig zu berücksichtigen. Dies ist jedoch nur eingeschränkt möglich, da einige Kriterien häufiger und andere seltener beschrieben wurden. Besonders deutlich ist dies beim Kriterium *Ermittlung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses:* Hier liegen bislang nur zwei Beschreibungen vor. Dies ist zum einen ein deutlicher Hinweis auf den Entwicklungsbedarf bei der Umsetzung dieses Kriteriums, zum anderen aber auch als Aufforderung zu verstehen, diesen Aspekt künftig stärker in die Good Practice-Beschreibungen einzubeziehen.

Hier noch ein Hinweis: Für die Good Practice-Kriterien *Konzeption* und *Zielgruppenbezug* gibt es keine Beispielbeschreibungen. Die Erfüllung dieser beiden „Muss-Kriterien" ist Voraussetzung dafür, in den Good Practice-Auswahlprozess aufgenommen zu werden. Informationen zur Konzeption und zum Zielgruppenbezug der jeweiligen Maßnahmen finden sich in den Abschnitten, die den Beschreibungen der drei ausgewählten Kriterien vorangestellt sind. Die vollständigen Beschreibungen finden sich in den Einträgen der Praxisdatenbank (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank).

Bei der Auswahl der Kriterien-Beschreibungen wurde darauf geachtet, möglichst anschauliche Beispiele aufzunehmen. Da die ersten Beispiele bereits 2005 ausgewählt wurden – also lange vor Entwicklung der Good Practice-Steckbriefe –, dokumentieren die Beschreibungen auch einen Lernprozess, sowohl bei den Praktikerinnen und Praktikern als auch im beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015b), der die Auswahl vorgenommen hat. Aus heutiger Sicht deckt sich nicht mehr jede der Beschreibungen vollständig mit den in den Steckbriefen formulierten Inhalten und Anforderungen. Die Beispiele regen zur kritischen Auseinandersetzung mit den folgenden Fragen an: In welchem Umfang entspricht die Beschreibung des Angebotes den Inhalten des jeweiligen Steckbriefs? An welcher Stelle wäre aus heutiger Sicht eine Konkretisierung angebracht? Welche Stärken werden deutlich, und wo besteht ggf. noch Klärungsbedarf?

In diesem Sinne wünschen wir eine anregende und bereichernde Lektüre und freuen uns auf Ihre Rückmeldung!

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen! Nutzen Sie dafür bitte das unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/feedback verfügbare Online-Formular oder schicken Sie eine Mail an good-practice@gesundheitliche-chancengleichheit.de.

Literatur

Altgeld, T.; Brandes, S.; Bregulla, I.; et al. (2015): Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität". Köln, BZgA (2015).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22. BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011a): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – weiterführende Informationen. (5. erweiterte und überarbeitete Auflage). Reihe Gesundheitsförderung konkret, Band 5. BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011b) Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Reihe Gesundheitsförderung konkret, Band 17. BZgA, Köln.

Deutsches Institut für Urbanistik (Difu) (2003): Good Practice in Altbau- und gemischten Quartieren. Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die soziale Stadt". Difu, Berlin.

Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung (7 Fachhefte), 4. aktualisierte Auflage. Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin.

GKV-Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. GKV-Spitzenverband, Berlin.

IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung (2015): Werkzeugkasten. www.in-form.de/profiportal/in-form-projekte/projektservice/in-form-leitfaden-qualitaetssicherung/werkzeugkasten.html. Zugegriffen: 27. August 2015.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015a): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Konzeption". Köln und Berlin.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015b): Der beratende Arbeitskreis. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/beratender-arbeitskreis. Zugegriffen: 27. August 2015.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2011): Handlungsempfehlungen „Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!", Berlin.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Hrsg.) (2015): Settingspezifische Bestandsaufnahme von Qualitätsverfahren auf Länderebene. Im Rahmen des Projektes „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität", Hannover.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen: Kurzbeschreibung der Instrumente und Qualitätssysteme. www.lzg.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/reg_knoten/qualitaetsentwicklung/instrumente/index.html. Zugegriffen: 27. August 2015.

Luig-Arlt, H. (2013): Zehn Jahre Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit". Eine Zwischenbilanz. Studie im Auftrag der BZgA. Köln. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/10-jahre-kooperationsverbund. Zugegriffen: 27. August 2015.

03

Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

01 Konzeption
02 Zielgruppenbezug
03 Setting-Ansatz
04 Multiplikatorenkonzept
05 Nachhaltigkeit
06 Niedrigschwellige Arbeitsweise
07 Partizipation
08 Empowerment
09 Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung
10 Qualitätsmanagement
11 Dokumentation und Evaluation
12 Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis

GOODPRACTICE

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

KRITERIEN FÜR GUTE PRAXIS DER SOZIALLAGENBEZOGENEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

DES KOOPERATIONSVERBUNDES GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT

OPERATIONALISIERUNG DER GOOD PRACTICE-KRITERIEN

WARUM UND WIE?

AUSGANGSLAGE

Die im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit entwickelten Kriterien für gute Praxis bieten einen fachlichen Orientierungsrahmen für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Unter diesem Oberbegriff sind auch Angebote, Projekte und Initiativen eingeschlossen.
Die Good Practice-Kriterien stehen für fachliche Konzepte. Die Good Practice-Beispiele und -Kriterien sollen Akteurinnen und Akteuren Anregungen geben, Gesundheitsförderung im jeweiligen Handlungsfeld zu initiieren bzw. zu intensivieren. Ist dieser inhaltliche Einstieg über die Good Practice-Kriterien gelungen, lässt sich deren Umsetzung mit weiteren, prozessorientierten Ansätzen der Qualitätsentwicklung verbinden (z. B. quint-essenz). Gleichzeitig kann der Good Practice-Ansatz auch allgemeine Ansätze der Qualitätsentwicklung in ihrer Anwendung auf die Gesundheitsförderung unterstützen.

WAS IST DIE OPERATIONALISIERUNG DER GOOD PRACTICE-KRITERIEN?

Die Operationalisierung der Good Practice-Kriterien soll in erster Linie einen Beitrag zum besseren inhaltlichen Verständnis leisten. Darüber hinaus vermittelt sie Praktikerinnen und Praktikern ein „Handwerkszeug“ für ihre Arbeit und unterstützt sie dabei, ihre Arbeit mit Blick auf die Umsetzung der Kriterien zu reflektieren und Ansätze zu entwickeln, ihre Aktivitäten anzupassen oder neu auszurichten.
Kern der Operationalisierung ist der Versuch, die Umsetzung der Good Practice-Kriterien zu skalieren: Für jedes Kriterium werden unterschiedliche Umsetzungsstufen ausgewiesen und diese in eine (qualitativ) aufsteigende Rangfolge gebracht. Ein Vorbild für dieses Verfahren gibt es in den „Stufen der Partizipation“. Die Benennung von Umsetzungsstufen für jedes Kriterium unterstreicht das Ziel der Qualitätsentwicklung, Wege und Möglichkeiten zur Entwicklung der Praxis aufzuzeigen.
Konzeptionelle Fragen zur Operationalisierung werden im abschließenden Abschnitt „Herausforderungen der Operationalisierung“ diskutiert.

WAS SIND DIE ZIELE DER OPERATIONALISIERUNG?

Die Operationalisierung der Kriterien soll insbesondere Praktikerinnen und Praktiker

- für die besonderen Anforderungen einer an der sozialen Lage der Zielgruppe(n) orientierten Gesundheitsförderung sensibilisieren,
- den Zugang zu und die Arbeit mit den Kriterien für gute Praxis erleichtern,
- zur Reflexion der eigenen Arbeit und zur Überprüfung bzw. Neuorientierung der gesetzten Ziele anregen,
- über Umsetzungsmöglichkeiten der Kriterien informieren und
- die Umsetzung der Kriterien als Prozess beschreiben.

WIE WERDEN DIE KRITERIEN OPERATIONALISIERT?

Die Operationalisierung der Kriterien baut auf den bereits vorliegenden fachlichen Konzepten der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung auf, wie sie insbesondere in den „Leitbegriffen der Gesundheitsförderung“ (*www.bzga.de/leitbegriffe*) aufbereitet vorliegen.
Jedes Good Practice-Kriterium erhält einen „Steckbrief“, der folgende vier Elemente umfasst:

- **DEFINITION.** Kompakte Zusammenfassung der zentralen Inhalte des Kriteriums. Soweit möglich bzw. notwendig, wird auf Schnittstellen zu anderen Kriterien verwiesen.
- **UMSETZUNGSSTUFEN.** Soweit möglich, werden die Kriterien als Aufeinanderfolge verschiedener Umsetzungsschritte bzw. -stationen dargestellt und visualisiert (Beispiel: „Stufenleiter der Partizipation“).
  Jede Umsetzungsstufe erhält einen prägnanten Titel und soll die schnelle Verortung der jeweiligen Praxis auf einer der Umsetzungsstationen ermöglichen oder zumindest eine Orientierung bieten. Zugleich zeigt sie Entwicklungsmöglichkeiten und potenzielle Ziele auf. Die Skalierung vermittelt, dass die Umsetzung der Kriterien vor allem als Prozess zu verstehen ist. Dieser beginnt in der Regel weder „bei Null“ noch muss unbedingt immer die höchste Umsetzungsstufe erreicht werden. Dies ist ein Gegenmodell zur weit verbreiteten Bewertung, die nur die beiden Zustände „umgesetzt“ und „nicht umgesetzt“ kennt.
- **ERLÄUTERUNG DER STUFEN.** Die Umsetzungsstufen werden kurz erläutert und anhand eines Beispiels verdeutlicht. Soweit möglich, werden die Beispiele (höherer Umsetzungsstufen) auf der Grundlage von Good Practice-Angeboten formuliert.
- **LITERATUR.** Hinweis auf einige weiterführende Quellen, die möglichst praxisnah formuliert und kostenlos online verfügbar sein sollten. Weiterführende Literaturangaben finden sich dann auf der Internetplattform des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit unter *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de*.

HERAUSFORDERUNGEN DER OPERATIONALISIERUNG

Die Operationalisierung der Good Practice-Kriterien soll die Reflexion über die Qualität der Arbeit fördern. Die konkreten Maßnahmen entwickeln die Anbieter selbst. Für die Operationalisierung stellt sich die Herausforderung, die folgenden Fragen realistisch zu beantworten:

- **„Sagen mir die operationalisierten Kriterien, was ich tun muss?“**
  Aufgrund der Komplexität des Handlungsfeldes und der Vielfalt gesundheitsfördernder Interventionen ist es nicht realistisch und nicht sinnvoll, die Steckbriefe der Kriterien für gute Praxis mit konkreten Umsetzungshinweisen zu versehen. Um in möglichst vielen Handlungsfeldern angewandt werden zu können, stellen die Steckbriefe „idealtypische“ Umsetzungsstufen vor, die aber nicht in allen Handlungsfeldern und für jeden Angebotstyp in gleicher Weise relevant sind. Es bleibt die Aufgabe der Praktikerinnen und Praktiker, die Ideen und Inhalte der Kriterien für ihre jeweiligen Arbeitsfelder anzupassen.

- **„Kann ich meine Arbeit immer eindeutig einer der Umsetzungsstufen zuordnen?“**
  Dies wird nicht durchgängig möglich sein, da die einzelnen Umsetzungsstufen auch in Kombination auftreten können und Übergänge zwischen ihnen oft fließend sind. Insbesondere komplexe Setting-Interventionen können gleichzeitig auf unterschiedlichen „Stufen“ stehen.

- **„Muss ich immer versuchen, die höchste Stufe zu erreichen?“**
  Die Anordnung der Stufen für die Umsetzung der Good Practice-Kriterien zeigen auf, in welche Richtung die Qualität gesundheitsfördernder Praxis weiter entwickelt werden kann. Aus unterschiedlichen Gründen – weil beispielsweise nur wenig Zeit zur Verfügung steht oder es vor Ort nur wenig Handlungsspielraum bei der Umsetzung gibt – kann auch eine „niedrige“ Stufe ein (vorübergehendes) Optimum sein. Kann dies begründet werden, so ist bereits ein wichtiges Ziel der Qualitätsentwicklung erreicht.
  Allerdings sollte immer darauf geachtet werden, dass nicht durch suboptimale Umsetzung soziale Ungleichheiten verschärft werden.

- **„Verläuft der Entwicklungspfad immer von einer Stufe zur nächsten?“**
  Dies kann, muss aber nicht so sein. Die Abfolge der Stufen gibt keinen Entwicklungsprozess vor. Vielmehr sortieren sie mögliche Ausprägungen des jeweiligen Kriteriums. In der Praxis können Projektbereiche auch Stufen überspringen oder gleich in höheren Stufen einsteigen.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen und Fragen zur Nutzung der Steckbriefe der Kriterien für gute Praxis! Bitte schicken Sie eine E-Mail an: *good-practice@gesundheitliche-chancengleichheit.de*.

DANKSAGUNG

Vielen Dank an die Mitglieder des beratenden Arbeitskreises im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit sowie an alle Partnerinnen und Partner, die zur Entwicklung der Steckbriefe mit Kritik, Anregungen und hilfreichen Beispielen beigetragen haben!

Die Mitglieder der Unter-Arbeitsgruppe „Good Practice“ des beratenden Arbeitskreises Gesundheitliche Chancengleichheit sind

- Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik)
- Prof. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal)
- Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern)
- Susanne Jordan (Robert Koch-Institut)
- Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen)
- Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.)
- Dr. Frank Lehmann (BZgA)
- Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig)
- Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München)
- Rolf Reul (Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V., Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Rheinland-Pfalz)

ÜBERSICHT DER 12 KRITERIEN

01 KONZEPTION 7

02 ZIELGRUPPENBEZUG 11

03 SETTING-ANSATZ 15

04 MULTIPLIKATORENKONZEPT 19

05 NACHHALTIGKEIT 23

06 NIEDRIGSCHWELLIGE ARBEITSWEISE 27

07 PARTIZIPATION 31

08 EMPOWERMENT 35

09 INTEGRIERTES HANDLUNGSKONZEPT/VERNETZUNG 39

10 QUALITÄTSMANAGEMENT 43

11 DOKUMENTATION UND EVALUATION 47

12 KOSTEN-WIRKSAMKEITS-VERHÄLTNIS 51

Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

01 KONZEPTION

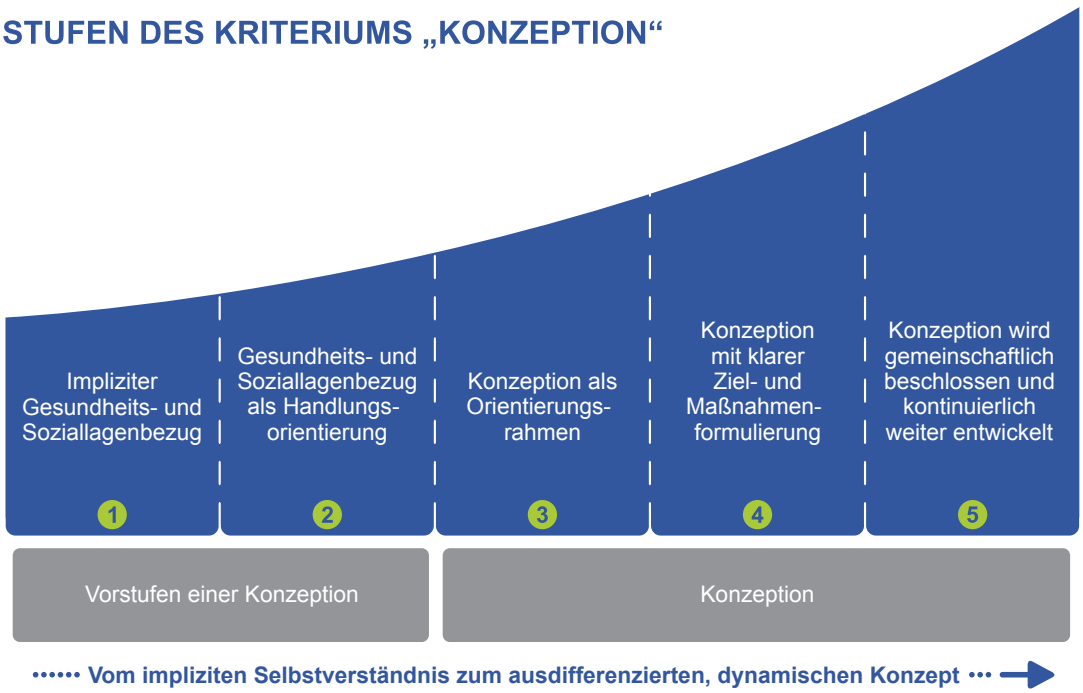
DEFINITION

Die Konzeption der Maßnahme stellt einen klaren Zusammenhang zu Gesundheitsförderung und / oder Prävention her. Sie legt dar, an welche (benachteiligten) Zielgruppen sich die Maßnahme wendet und formuliert auf der Grundlage eines festgestellten und beschriebenen Handlungsbedarfs überprüfbare Ziele sowie Maßnahmen und Methoden, mit denen diese Ziele erreicht und gesundheitliche Chancengleichheit gefördert werden soll. Die Konzeption enthält ebenfalls Angaben zur Kosten- und Zeitplanung.

Die Konzeption orientiert sich an den Bedarfslagen und Bedürfnissen der Zielgruppen. Diese sollten dabei im Vorfeld möglichst gemeinsam mit der Zielgruppe bestimmt werden (→Partizipation). Die Konzeption enthält einen klaren Bezug zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und dient als Leitlinie für die Gestaltung und Bewertung der täglichen Arbeit (→ Dokumentation und Evaluation).

Die Konzeption ist allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt und definiert das gemeinsame Selbstverständnis der Arbeit. Sie wird im Verlauf der Arbeit gemeinsam mit den Zielgruppen und weiteren Beteiligten bedarfsorientiert weiter entwickelt.

STUFEN DES KRITERIUMS „KONZEPTION“



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 IMPLIZITER GESUNDHEITS- UND SOZIALLAGENBEZUG

Der Gesundheits- und Soziallagenbezug ist ein Bezugspunkt für die Arbeit der Maßnahme und Bestandteil des fachlichen Selbstverständnisses. Dieser Bezug kann etwa in der Stadtteillage, der gesundheitlichen und sozialen Situation im Stadtteil, im Wohnquartier, in der Einrichtung oder auch in der beruflichen und fachlichen Ausrichtung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begründet sein. Dieser Bezug ist aber weder in der Konzeption der jeweiligen Maßnahme noch in anderen Materialien oder Veröffentlichungen formuliert und damit nur implizit vorhanden (nicht ausdrücklich formuliert).

BEISPIEL

Eine Kommune errichtet in einem Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf einen neuen Quartierspark mit vielfältigen Bewegungsräumen, ohne dass in der Parkkonzeption auf den Beitrag dieser Räume zur Bewegungsförderung eingegangen wird.

STUFE 2 GESUNDHEITS- UND SOZIALLAGENBEZUG ALS HANDLUNGSORIENTIERUNG

Der Gesundheits- und Soziallagenbezug ist in der schriftlichen Konzeption der Maßnahme nicht ausdrücklich ausgeführt. Er ist aber beispielsweise in Jahresberichten, Fachbeiträgen oder in anderen Publikationen formuliert und erkennbar.

BEISPIEL

In einer Hauswurfsendung zur Eröffnung des neuen Quartiersparks macht die Kommune die Quartiersbevölkerung in einem Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf unter der Überschrift „Bewegung und Sport im Grünen“ auf die Bewegungsmöglichkeiten im neuen Park aufmerksam. Ihr Beitrag zur Bewegungsförderung ist aber nicht ausdrücklich in der Konzeption zur Parkanlage erwähnt.

STUFE 3 KONZEPTION ALS ORIENTIERUNGSRAHMEN

Eine Konzeption liegt vor, in der Soziallagenbezug und Gesundheitsförderung als zentrale Bezugspunkte für die Arbeit formuliert sind und einen wichtigen Orientierungsrahmen für die Aktivitäten bilden.

BEISPIEL

In der Konzeption zum neuen Quartierspark hat die Kommune dargelegt, dass die Bewegungsförderung bei der Quartiersbevölkerung ein zentraler Bezugspunkt für die Errichtung der neuen Grünfläche ist.

STUFE 4 KONZEPTION MIT KLARER ZIEL- UND MAßNAHMENFORMULIERUNG

Die Konzeption beschreibt den Gesundheits- und den Soziallagenbezug der Arbeit und formuliert in diesem Zusammenhang überprüfbare (Rahmen-)Ziele. Diese können sich z. B. an den „SMART“-Kriterien

- **S**pezifisch
- **M**essbar
- **Ak**zeptiert
- **R**ealistisch
- **T**erminiert

orientieren. Um diese Ziele zu erreichen, werden konkrete Maßnahmen formuliert.

BEISPIEL

Die Kommune hat in ihrer Konzeption zum neuen Quartierspark die Bewegungsförderung bei der Quartiersbevölkerung als Ziel verankert. Sie legt in der Konzeption auch dar, wie dieses Ziel zum einen durch die bewegungsförderliche Gestaltung des Parks und zum anderen durch eine Kooperation mit einem Sportverein im Stadtteil, der Bewegungsangebote für verschiedene Altersgruppen im Park anbietet, erreicht werden soll.

STUFE 5 KONZEPTION WIRD GEMEINSCHAFTLICH BESCHLOSSEN UND KONTINUIERLICH WEITER ENTWICKELT

Der Gesundheits- und Soziallagenbezug der Maßnahme sowie die Werte, Grundhaltungen, Handlungsweisen und Qualitätsansprüche an die eigene Arbeit sind in einer gemeinsam beschlossenen Konzeption mit entsprechend ausformulierten Zielen und Maßnahmen verankert. Diese Konzeption wird regelmäßig – im Sinne des Aktionszyklus („Public Health Action Cycle“, vgl. Ruckstuhl et al. sowie Rosenbrock und Hartung in den Literaturangaben) – bezogen auf die Zielformulierung und -erreichung überprüft (↗ Dokumentation und Evaluation) und ggf. unter Beteiligung der Zielgruppe (↗ Partizipation) weiterentwickelt (↗ Nachhaltigkeit).

BEISPIEL

Ein Jahr nach Eröffnung des neuen Quartiersparks führt die Kommune im Stadtteil eine Stadtteilkonferenz durch. Zentrales Thema der Konferenz ist die Akzeptanz und Nutzung des neuen Parks durch die Quartiersbevölkerung. Gemeinsam mit den anwesenden Bewohnerinnen und Bewohnern, darunter viele Jugendliche, wird auch erörtert, ob die im Park installierten Bewegungsmöglichkeiten und -angebote von der Quartiersbevölkerung angenommen werden und welche Wünsche und Ideen zur Weiterentwicklung dieser Angebote bestehen. Auf der Grundlage dieser Erörterungen wird die Parkkonzeption fortgeschrieben und – gesponsert von einem im Stadtteil ansässigen Unternehmen – als zusätzliches Bewegungsangebot für Jugendliche eine Skaterbahn im Park errichtet.

LITERATUR

Block, M.; v. Unger, H.; Wright, M.T. (o. J.): Von der Vision über das Leitbild zu Zielen und Maßnahmen.
www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/interventionsplanung/von-der-vision-ueber-ein-leitbild-zum-ziel.html

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 3: Ein Projekt entwickeln. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

Gesundheitsförderung Schweiz / Quint-Essenz (o. J.): Entwerfen eines Konzepts.
www.quint-essenz.ch/de/topics/1132

Rosenbrock, R.; Hartung, S. (2010): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.bzga.de/leitbegriffe

Ruckstuhl, B.; Somaini, B.; Twisselmann, W. (1997): Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten – Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument; Hrsg. Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf

Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Konzeption“. Köln und Berlin.

Alle 12 Kriterien-Steckbriefe finden Sie auch auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice.

RAUM FÜR NOTIZEN

Die Mitglieder der UAG „Good Practice“ des beratenden Arbeitskreises Gesundheitliche Chancengleichheit, die die Steckbriefe erarbeitet haben, sind Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Prof. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung), Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (BZgA), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München), Rolf Reul (Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V.)

Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

02 ZIELGRUPPENBEZUG

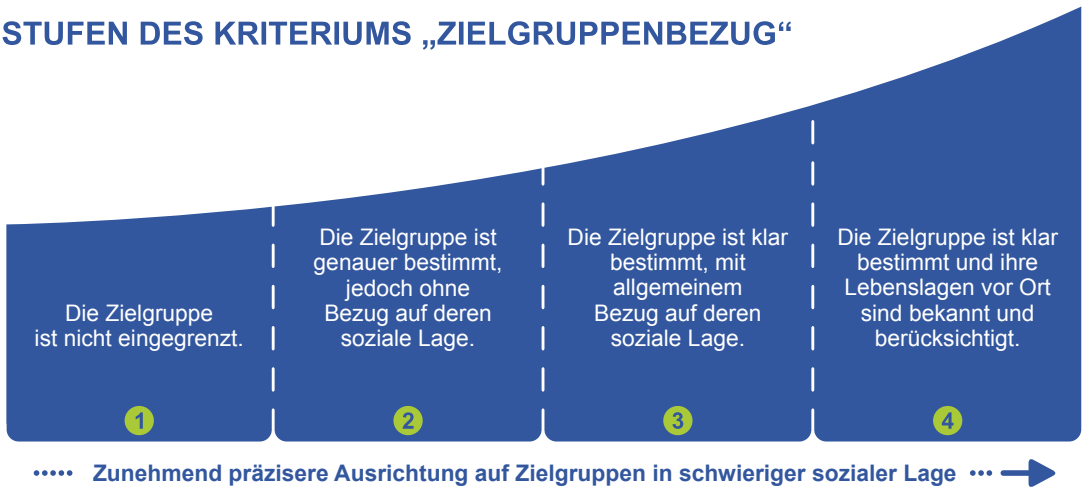
DEFINITION

Die Zielgruppen sind in der Konzeption der Maßnahme präzise bestimmt. Die Probleme, die sich aus einer schwierigen sozialen Lage und aus sozialer Benachteiligung ergeben, werden genau beschrieben. Merkmale sozialer Benachteiligung sind beispielsweise materielle Armut, geringe Bildung oder ein Migrationshintergrund beider Elternteile, vor allem aber die Kombination dieser Merkmale. Dabei sollten weitere Merkmale der Zielgruppen einbezogen werden, wie Alter und Geschlecht (in der Fachliteratur wird dies unter dem Begriff „Differenz-Sensibilität" / „Diversität" diskutiert). Unterschiedliche Zielgruppen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sind in der Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit" aufgeführt.

Die gesundheitsfördernden Aktivitäten sind darauf ausgerichtet, die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten (Empowerment) und die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen dieser sozial benachteiligten Zielgruppen nachhaltig zu verbessern (Setting-Ansatz). Die Maßnahme berücksichtigt die besonderen Bedarfslagen und Möglichkeiten der Zielgruppen (Partizipation) und ist niedrigschwellig angelegt (Niedrigschwellige Arbeitsweise).

▸ An dieser Stelle soll kurz auf die **Diskussion zum Begriff „Zielgruppe"** hingewiesen werden. Der Begriff „Zielgruppe" ist einfach zu verstehen, er drückt aber ein Bild aus, das so vermutlich gar nicht gemeint ist: Es gibt einen „Schützen" und eine Personengruppe, auf die gezielt wird. Der „Schütze" könnte z. B. der wissenschaftliche Experte sein, und das „Ziel" wären dann die Personen, die erreicht werden sollen. Mit Partizipation lässt sich dieses Bild jedoch kaum vereinbaren. Man könnte auch „Adressaten" sagen, aber das klingt relativ abstrakt und akademisch.
Da offenbar noch kein besserer Begriff als „Zielgruppe" gefunden wurde, wird er in diesem und den anderen Steckbriefen verwendet.

STUFEN DES KRITERIUMS „ZIELGRUPPENBEZUG"



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 DIE ZIELGRUPPE IST NICHT EINGEGRENZT

Aus der ↗Konzeption der Maßnahme geht nicht oder nur indirekt hervor, an welchen Personenkreis sie sich richtet.

BEISPIEL

In einer Maßnahme zur Prävention von Tabakkonsum werden Materialien erstellt, die über gesundheitliche Risiken des Rauchens informieren. Diese werden in öffentlichen Einrichtungen ausgelegt, an Schulen verteilt und im Rahmen von Informationsveranstaltungen genutzt. Neben den fachlichen Informationen enthalten die Materialien Kontaktdaten von Beratungsstellen vor Ort und zu Informationsquellen im Internet.

STUFE 2 DIE ZIELGRUPPE IST GENAUER BESTIMMT, JEDOCH OHNE BEZUG AUF DEREN SOZIALE LAGE

Die Maßnahme ist auf einen bestimmten Personenkreis eingeschränkt, es fehlt jedoch die ausdrückliche Schwerpunktsetzung auf Gruppen in schwieriger sozialer Lage.

BEISPIEL

Eine Maßnahme zur Prävention von Tabakkonsum hat das Ziel, speziell Kinder und Jugendliche für die Gefahren des Rauchens zu sensibilisieren und sie zu motivieren, möglichst gar nicht mit dem Rauchen zu beginnen. Informationsmaterialien in kinder- bzw. jugendgerechter Gestaltung werden erstellt und im Rahmen schulischer Informationsveranstaltungen und weiterer Aktivitäten verteilt. Ebenfalls einbezogen werden Jugendfreizeitheime und Sportvereine in der gesamten Kommune.

STUFE 3 DIE ZIELGRUPPE IST KLAR BESTIMMT, MIT ALLGEMEINEM BEZUG AUF DEREN SOZIALE LAGE

Der Bezug zur sozialen Lage wird auf Grundlage allgemeiner Informationen in der Konzeption der Maßnahme verdeutlicht. Die mit der sozialen Benachteiligung einhergehenden gesundheitlichen Belastungen der Zielgruppe werden explizit benannt, jedoch nur auf Grundlage allgemeiner Studienergebnisse oder anderer belastbarer Quellen.

BEISPIEL

Eine Maßnahme zur Prävention von Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Beispiel Stufe 2) greift die Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) auf. Die Maßnahme wird vor allem auf Kinder und Jugendliche der Altersgruppe 10 bis 11 Jahre ausgerichtet, in der – statistisch betrachtet – noch nicht geraucht wird. Da der Anteil rauchender Jugendlicher laut KiGGS-Studie eng an den sozialen Status geknüpft ist, werden die Aktivitäten schwerpunktmäßig in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf durchgeführt.

STUFE 4 DIE ZIELGRUPPE IST KLAR BESTIMMT UND IHRE LEBENSLAGEN VOR ORT SIND BEKANNT UND BERÜCKSICHTIGT

Die Faktoren sozialer Benachteiligung und gesundheitlicher Belastungen für die Zielgruppe der Maßnahme werden nicht nur auf der Grundlage allgemeiner Erkenntnisse benannt. Dargestellt werden auch die konkreten Lebensbedingungen und Problemlagen vor Ort. Dies geschieht vor allem durch die Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe bereits in der Planungsphase der Maßnahme (↗Partizipation) bzw. auch durch Einbezug von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (↗Multiplikatorenkonzept). Die genaue Kenntnis und Beteiligung der Zielgruppe verspricht die größte Wirkung der Maßnahme.

BEISPIEL

Eine Maßnahme zur Prävention von Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen greift auf die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zurück (siehe Stufe 3) und bezieht – soweit vorhanden – auch Ergebnisse der lokalen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zu diesem Thema ein. Zusätzlich führen die Verantwortlichen Gespräche mit Lehrerinnen und Lehrern, Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen von Freizeiteinrichtungen und Sportvereinen sowie mit Schülerinnen und Schülern, um weitere Informationen rund um das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen zu erhalten. Thematisiert werden beispielsweise die soziale Funktion des Rauchens, mögliche „Einstiegs-Szenarien“ sowie die Rolle von Gleichaltrigen und Orten, an denen geraucht wird. Auf der Grundlage dieser Informationen wird die Maßnahme so ausgestaltet, dass die Kinder das Thema „Rauchen“ vor dem Hintergrund ihrer konkreten Lebensbedingungen bearbeiten können und auch der Einfluss ihrer jeweiligen Lebenswelten (↗Setting-Ansatz) in den Blick kommt.

LITERATUR

Altgeld, T. (2010): Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.bzga.de/leitbegriffe

Blümel, St.; Lehmann, F. (2010): Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.bzga.de/leitbegriffe

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 1: Gesunde Lebenswelten schaffen. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

Gesundheitsförderung Schweiz / Quint-Essenz (o. J.): Bestimmen der Zielgruppen des Projekts.
www.quint-essenz.ch/de/topics/1100

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Hrsg.) (2014): Im Fadenkreuz der Gesundheitsförderung – Abschied vom Zielgruppenbegriff? Schwerpunktheft Impulse – Zeitschrift für Gesundheitsförderung; Heft 84, 2014.
www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/LVG-Zeitschrift-Nr84-Web.pdf

Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Zielgruppenbezug“. Köln und Berlin.

Alle 12 Kriterien-Steckbriefe finden Sie auch auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice.

RAUM FÜR NOTIZEN

Die Mitglieder der UAG „Good Practice“ des beratenden Arbeitskreises Gesundheitliche Chancengleichheit, die die Steckbriefe erarbeitet haben, sind Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Prof. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung), Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (BZgA), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München), Rolf Reul (Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V.)

Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

03 SETTING-ANSATZ

DEFINITION

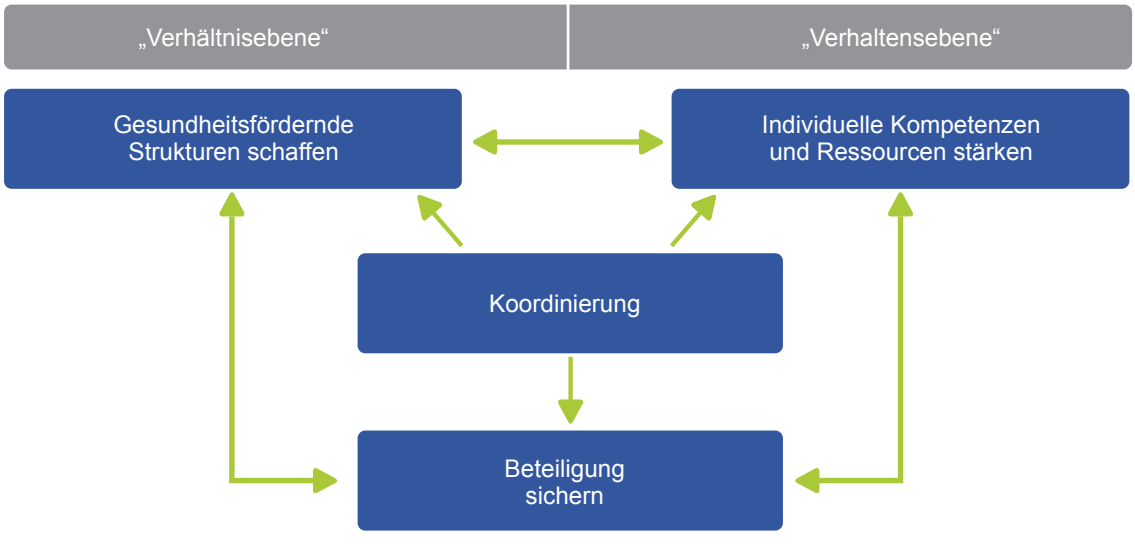
Der Begriff „Setting-Ansatz" wird im deutschsprachigen Raum oft mit „Lebenswelt-Ansatz" übersetzt. Der Setting-Ansatz nimmt die Lebenswelten von Menschen und damit die Bedingungen in den Blick, unter denen Menschen spielen, lernen, arbeiten und wohnen (nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung). Die Bedingungen in den Settings bzw. Lebenswelten – wie z. B. in der Schule, am Arbeitsplatz, im Stadtteil oder im engeren Wohnumfeld (Nachbarschaft) – haben einen wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeit, ein gesundes Leben zu führen.

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist darauf ausgerichtet, die Lebensbedingungen gesundheitsgerecht zu gestalten. Sie stärkt auch die individuellen und gemeinschaftlichen Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen im Setting (→ Empowerment) zur aktiven Mitgestaltung dieser Bedingungen (→ Partizipation).

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist also mehr als Gesundheitsförderung *in* der Lebenswelt, z. B. Informationsveranstaltungen in der Schule. Der Setting-Ansatz verfolgt das Ziel, partizipativ – also unter aktiver Beteiligung der unmittelbar Betroffenen – gesunde Lebenswelten zu gestalten, z. B. durch ein gesundheitsorientiertes Programm zur Schulentwicklung. Dabei orientiert sich der Ansatz an den Konzepten der Organisationsentwicklung.

Fortsetzung auf Seite 16

ELEMENTE DES KRITERIUMS „SETTING-ANSATZ"



erweitert nach: ***Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.*** *(Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 1: Gesunde Lebenswelten schaffen. 4. aktualisierte Auflage, Berlin. S. 15.*

Fortsetzung von Seite 15

Für die Umsetzung des Setting-Ansatzes sind vier Elemente von zentraler Bedeutung:

- Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen (strukturelle Ebene, Stichwort „verhältnisbezogene Orientierung“)
- Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden bzw. arbeitenden Personen (individuelle Ebene, Stichwort „verhaltensbezogene Orientierung“)
- Aktive Beteiligung der Personen im Setting in allen Phasen von Planung und Umsetzung der verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten (↗Partizipation)
- Kontinuierliche und professionelle Koordinierung aller Aktivitäten

ERLÄUTERUNG DER ELEMENTE

Die im Folgenden beschriebenen vier zentralen Elemente des Setting-Ansatzes dürfen nicht isoliert voneinander verstanden werden. Sie bedingen und unterstützen einander und entfalten erst in ihrem Zusammenwirken die Möglichkeit, dauerhaft gesunde Lebenswelten zu fördern.

GESUNDHEITSFÖRDERNDE STRUKTUREN SCHAFFEN

Gesundheitsförderliche Elemente werden langfristig und nachhaltig in der Lebenswelt verankert und sind somit ein fester, struktureller Bestandteil dieser Lebenswelt. Welche Elemente dies sind, bestimmen die Akteure im Setting gemeinsam im Rahmen von Beteiligungsprozessen (vgl. Element „Beteiligung sichern“). Dies stellt sicher, dass die strukturellen Veränderungen von allen Beteiligten akzeptiert und „gelebt" werden. Bei der Umsetzung dieser Aufgabe können Methoden der Organisationsentwicklung hilfreich sein. Im Prozess werden Anknüpfungspunkte an gesundheitsförderliche kommunale Strategien (↗Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung) identifiziert und entwickelt.

BEISPIEL

Als Bestandteil einer Entwicklungsstrategie hin zur „Gesunden Schule“ werden gesundheitlich förderliche und belastende Bestandteile des schulischen Alltags in einem gemeinsamen Prozess von Lehrkräften, Schülerinnen, Schülern und Eltern identifiziert, Veränderungen beschlossen und nachhaltig umgesetzt. Dies umfasst z. B. die bauliche Gestaltung der Klassenräume und des Außengeländes, die Schulverpflegung, Regeln zum Umgang von Lehrenden, Schülerinnen und Schülern innerhalb der Schule und die Rhythmisierung des Unterrichtes, aber auch die aktive Beteiligung der Schule an der Umsetzung integrierter kommunaler (Gesundheits-) Strategien. Alle Änderungen werden schriftlich festgehalten und beispielsweise in einem konsentierten Leitbild und einem Schulprogramm festgeschrieben.

INDIVIDUELLE KOMPETENZEN UND RESSOURCEN STÄRKEN

Die Zielgruppe wird befähigt, aktiv mit Problemen und Belastungen umzugehen, Lösungsansätze und Bewältigungsstrategien zu formulieren und umzusetzen. Diese Kompetenzen sind eine wichtige Voraussetzung dafür, sich aktiv in Beteiligungsprozesse einzubringen (vgl. Element „Beteiligung sichern“) und Einfluss auf die gesundheitsgerechte Gestaltung der Strukturen zu nehmen (vgl. Element „Gesundheitsfördernde Strukturen schaffen“). Hier wird auch die große Nähe zum Good Practice-Kriterium ↗Empowerment deutlich.

BEISPIEL

Als Bestandteil einer Entwicklungsstrategie hin zur „Gesunden Schule“ setzen Schülerinnen und Schüler sich im Rahmen des Unterrichts, von Projektwochen und ggf. auch von Wochenendaktionen damit auseinander, was ihnen gut tut und welche Elemente des schulischen Alltags sie nachhaltig belasten. Sie lernen, diese Einschätzungen und Erfahrungen zu formulieren, gegenüber ihren Eltern und den Lehrenden zu vertreten und gemeinsam in konkrete Veränderungsvorschläge zu übersetzen. Auch Lehrende und Eltern erweitern ihre Kompetenzen, indem sie sich beispielsweise mit dem Thema Gesundheit und mit der Gestaltung von Beteiligungsprozessen auseinander setzen.

BETEILIGUNG SICHERN

Alle Aktivitäten und Maßnahmen auf dem Weg zur Umsetzung des Setting-Ansatzes geschehen stets unter der aktiven Beteiligung aller Betroffenen. Die Beteiligungsverfahren und Mitbestimmungsmöglichkeiten der unterschiedlichen Akteursgruppen sind transparent und verbindlich festgehalten. Voraussetzung für gelingende Beteiligungsverfahren ist, dass konkrete, nachhaltige Veränderungen aus den Beteiligungsverfahren hervorgehen (vgl. Element „Gesundheitsfördernde Strukturen schaffen“) und dass die entsprechenden Kompetenzen bei den Beteiligten entwickelt werden (vgl. Element „Individuelle Kompetenzen und Ressourcen stärken“). Hier wird auch die große Nähe zum Good Practice-Kriterium ↗ Partizipation deutlich.

BEISPIEL

Alle Entwicklungsschritte hin zur „Gesunden Schule“ werden zwischen den beteiligten Akteursgruppen (Lehrkräften, Schülerinnen, Schülern, Eltern, sonstige Mitarbeitenden) in einem transparenten Verfahren beschlossen. Dieses räumt allen Gruppen Mitbestimmungsmöglichkeiten ein, beispielsweise im Rahmen einer Steuerungsrunde. Die Beteiligungsverfahren sind verbindlich formuliert und ein zentrales Element der veränderten schulischen Strukturen (vgl. Element „Gesundheitsfördernde Strukturen schaffen“).

KOORDINIERUNG

Alle Aktivitäten im Rahmen des Setting-Ansatzes werden kontinuierlich und professionell koordiniert. Die Koordinierung ist ein konzeptioneller Bestandteil des jeweiligen Setting-Ansatzes und ist durch ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen auf eine stabile Grundlage gestellt. Die koordinierenden Personen sollten intensiv mit dem jeweiligen Setting vertraut sein, Akzeptanz bei den dort vertretenen Personen und Gruppen finden und u. a. mit Methoden der Organisationsentwicklung sowie der partizipativen Qualitätsentwicklung vertraut sein.

BEISPIEL

Auf dem Weg zur „Gesunden Schule“ wird ein „Gesundheitsteam“ gegründet, das den Prozess kontinuierlich begleitet und die Weiterentwicklung unterstützt, beispielsweise indem es Entscheidungen der schulischen Steuerungsrunde vorbereitet (vgl. Beispiel zum Element „Beteiligung sichern“). Im Gesundheitsteam sind Lehrerinnen und Lehrer, Eltern, Schülerinnen und Schüler sowie ggf. weitere Partner (z. B. eine Krankenkasse) vertreten. Die Schule bestimmt einen Lehrer oder eine Lehrerin als schulische „Koordination für Gesundheitsförderung“, der bzw. die das Gesundheitsteam moderiert und den schulischen Entwicklungsprozess kontinuierlich koordiniert. Für diese koordinierenden Aufgaben wird die Lehrkraft von einem Teil ihrer Unterrichtsstunden freigestellt.

LITERATUR

Engelmann, F.; Halkow, A. (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Discussion Papers der Forschungsgruppe Public Health 2008-302. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/2008/i08-302.pdf

Geene, R.; Rosenbrock, R. (2012): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold, C.; Lehmann, F. (Hrsg.): Gesundes Aufwachsen für alle! Reihe Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln. S. 46-75.
www.bzga.de/infomaterialien/gesundheitsfoerderung-konkret/?idx=2017

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 1: Gesunde Lebenswelten schaffen. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

Rosenbrock, R.; Hartung, S. (2010): Settingansatz / Lebensweltansatz. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.bzga.de/leitbegriffe

und Einträge in der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche

Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Setting-Ansatz“. Köln und Berlin.

Alle 12 Kriterien-Steckbriefe finden Sie auch auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice.

RAUM FÜR NOTIZEN

Die Mitglieder der UAG „Good Practice“ des beratenden Arbeitskreises Gesundheitliche Chancengleichheit, die die Steckbriefe erarbeitet haben, sind Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Prof. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung), Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (BZgA), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München), Rolf Reul (Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V.)

Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

04 MULTIPLIKATORENKONZEPT

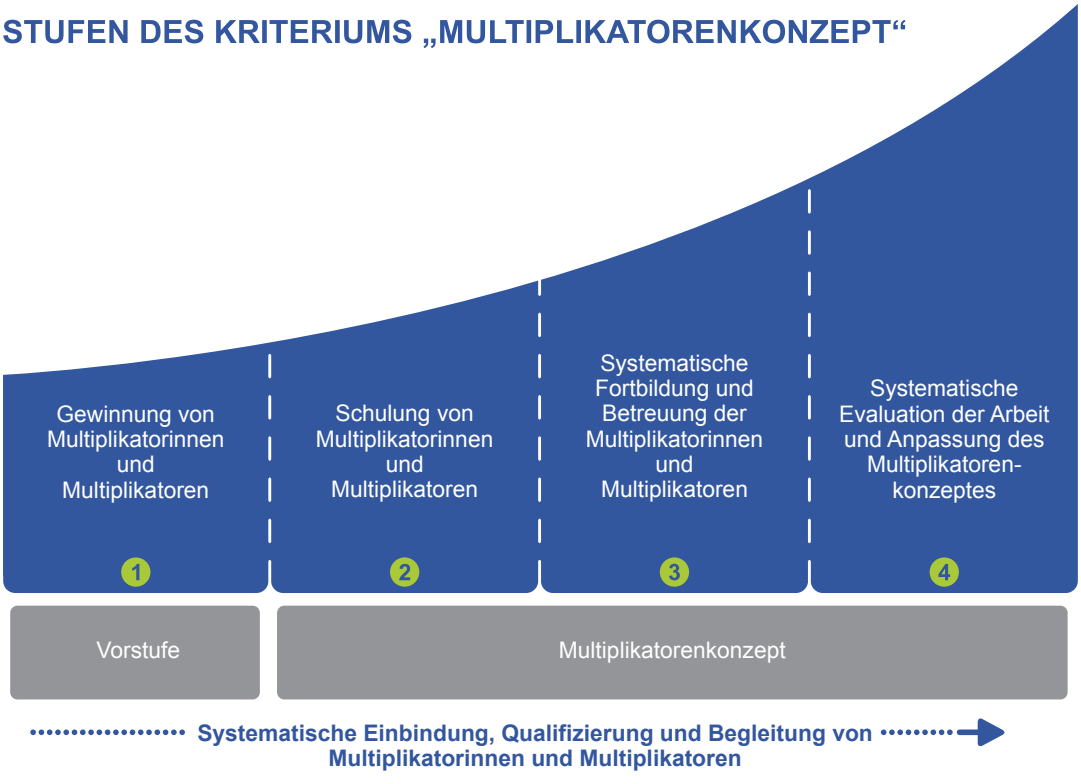
DEFINITION

Ein Multiplikatorenkonzept legt fest, welche Personen, Personengruppen oder Institutionen mit welcher Methodik systematisch in die Umsetzung einer Maßnahme eingebunden und für diese Aufgabe qualifiziert werden.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vermitteln gesundheitsförderliche Inhalte und Botschaften an Personen der Zielgruppe. Sie informieren beispielsweise über ein Angebot und unterstützen die Mitglieder der Zielgruppe dabei, Zugang zu finden.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können nach einer entsprechenden Qualifizierung selbst Inhalte umsetzen, beispielsweise Kurse durchführen oder Gruppen anleiten. Als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren kommen sowohl „Professionelle“ (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter oder Lehrkräfte) als auch akzeptierte und glaubwürdige Mitglieder der Zielgruppe („Peers“) in Frage. Sie fungieren dann als „Schlüsselpersonen“ für die Gruppen, zu denen Professionelle nur schwer Zugang finden.

STUFEN DES KRITERIUMS „MULTIPLIKATORENKONZEPT“



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 GEWINNUNG VON MULTIPLIKATORINNEN UND MULTIPLIKATOREN

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Maßnahme sprechen potentielle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren an mit der Bitte, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung mit der und für die Zielgruppe zu leisten. Nach erfolgter Zusage werden sie gebeten, die angestrebten Ziele und die dafür erforderlichen Maßnahmen so weit wie möglich zu unterstützen.

BEISPIEL

Eine Krankenkasse möchte die Eltern von Grundschülerinnen und -schülern für das Thema Suchtprävention sensibilisieren. Sie erstellt Informationsmaterialien und gibt diese an Schulen weiter. Die Lehrerinnen und Lehrer werden gebeten, die Materialien auf Elternabenden zu verteilen und auf die Bedeutung des Themas hinzuweisen. Die Lehrkräfte werden demnach als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingebunden.

STUFE 2 SCHULUNG VON MULTIPLIKATORINNEN UND MULTIPLIKATOREN

In der ↗Konzeption der Maßnahme ist festgelegt, dass ausgewählte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf Grundlage eines Schulungskonzepts gezielt fortgebildet werden sollen. Die Schulung gewährleistet, dass sie mit den Zielen, den erforderlichen Maßnahmen und möglichen Problemen vertraut sind, um die Arbeit so gut wie möglich unterstützen zu können.

BEISPIEL

Lehrerinnen und Lehrer sollen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult werden, um suchtpräventives Wissen und Kompetenzen an Kinder und deren Eltern zu vermitteln. Finanziert von einer Krankenkasse schult ein Träger der Suchtprävention interessierte Lehrerinnen und Lehrer und vermittelt dabei neben fachlichen Informationen auch wichtige Kompetenzen (z. B. zu Elternarbeit, zu Gender- und Diversitäts-Orientierung). Die Projekte zum Thema Suchtprävention können dann durch die Lehrerinnen und Lehrer als geschulte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erheblich unterstützt werden.

STUFE 3 SYSTEMATISCHE FORTBILDUNG UND BETREUUNG DER MULTIPLIKATORINNEN UND MULTIPLIKATOREN

Die in die Maßnahme eingebundenen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden in regelmäßigen Abständen fortlaufend geschult und kontinuierlich betreut. Damit soll gewährleistet werden, dass die Materialien (z. B. Handbücher) ständig aktualisierbar sind und dass eventuell auftretende Probleme bei der Arbeit „vor Ort“ schnell erkannt und gelöst werden können.

BEISPIEL

Die zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Suchtprävention ausgebildeten Lehrkräfte (vgl. Stufe 2) erhalten regelmäßig Gelegenheit zum Austausch über ihre Erfahrungen. Hierfür stehen die fachlichen Ansprechpartner des Trägers der Suchthilfe zur Verfügung, d. h. sie bieten regelmäßige Auffrischungs-Schulungen an und Rat bei auftretenden Problemen. Für den informellen, kollegialen Austausch wird ein schulübergreifender Stammtisch eingerichtet, der sich in regelmäßigen Abständen trifft.

STUFE 4 SYSTEMATISCHE EVALUATION DER ARBEIT UND ANPASSUNG DES MULTIPLIKATORENKONZEPTES

Die Arbeit der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wird kontinuierlich und systematisch durch die Mitarbeitenden des Projektes evaluiert. Damit soll gewährleistet werden, dass die Schulungs- und Unterstützungsangebote fortlaufend angepasst und verbessert werden können. Die im Rahmen der Evaluation erhaltenen Rückmeldungen ermöglichen zudem die fortlaufende Anpassung des Projektablaufs an eventuell geänderte Rahmenbedingungen.

BEISPIEL

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler einer (Fach-)Hochschule begleiten das Multiplikatorenkonzept zur Suchtprävention in der Grundschule (vgl. vorhergehende Stufen). Sie stellen die Erfahrungen und Rückmeldungen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (hier: Lehrerinnen und Lehrer) sowie der Fachkräfte des Trägers der Suchthilfe zusammen und moderieren einen gemeinsamen Entwicklungsprozess für die Fortschreibung des Multiplikatorenkonzeptes. Hierbei werden neben den fachlichen Inhalten auch und vor allem die Anforderungen an die Lehrkräfte und ihre Kompetenzen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren diskutiert.

LITERATUR

Backes, H.; Lieb, Ch. (2015): Peer Education. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. *www.bzga.de/leitbegriffe*

Blümel, St.; Lehmann, F. (2010): Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. *www.bzga.de/leitbegriffe*

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. 4. aktualisierte Auflage, Berlin. *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen*

und Einträge in der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“: *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche*

Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Multiplikatorenkonzept“.Köln und Berlin.

Alle 12 Kriterien-Steckbriefe finden Sie auch auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice.

RAUM FÜR NOTIZEN

Die Mitglieder der UAG „Good Practice“ des beratenden Arbeitskreises Gesundheitliche Chancengleichheit, die die Steckbriefe erarbeitet haben, sind Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Prof. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung), Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (BZgA), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München), Rolf Reul (Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V.)

Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

05 NACHHALTIGKEIT

DEFINITION

Nachhaltige Maßnahmen streben dauerhafte und nachweisbare Veränderungen bei den adressierten ↗Zielgruppen und Settings an, im Sinne der Stärkung individueller Kompetenzen und Ressourcen und der dauerhaften Gestaltung gesundheitsgerechter Lebensbedingungen (↗Setting-Ansatz). Voraussetzung für nachhaltige Wirkungen sind verlässliche und zeitstabile gesundheitsfördernde Angebotsstrukturen, z. B. durch die Sicherstellung von Räumen und Personal, die Entwicklung von Kooperationen und möglichst auch die Verankerung in kommunalen Strategien (↗Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung). Im Zuge der Verstetigung kann ein Angebot auch in ein landes- oder bundesweit umgesetztes Programm integriert werden.
Im Rahmen des ↗Qualitätsmanagement müssen Anbieterinnen und Anbieter regelmäßig reflektieren und entscheiden, ob die bisher verfolgten Ansätze zur Zielerreichung (↗Konzeption) weiterhin den Problem- und Bedarfslagen angemessen sind. Wenn sich diese in der Zwischenzeit verändert haben, ist zu entscheiden, ob neue Wege und Lösungsansätze – und damit Innovationen – notwendig sind. Innovation wird in diesem Zusammenhang verstanden als die Weiterentwicklung der Arbeit und wird deshalb zu einer Voraussetzung für nachhaltige, über kurzfristige Projektarbeit hinausgehende Angebotsstrukturen und nachhaltige gesundheitliche Wirkungen.

STUFEN DES KRITERIUMS „NACHHALTIGKEIT“

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 DER BEDARF FÜR DIE MAßNAHME WIRD FESTGESTELLT

Auf der Grundlage verfügbarer Informationen (z. B. Gesundheitsberichte, Befragungen, Fokusgruppen) und unter Einbeziehung möglichst aller relevanten Akteure und Betroffenen (→Partizipation) werden gesundheitliche Bedarfs- und Problemlagen ermittelt. Anschließend ist zu bestimmen, welche der identifizierten Probleme im Rahmen der Maßnahme bearbeitet, welche Ressourcen gefördert und welche Möglichkeiten zur Verstetigung geplant werden sollen.

BEISPIEL

In einem innerstädtischen Bezirk, der durch einen hohen Anteil einkommensschwacher Menschen geprägt ist, stellen Bewohnerinnen und Bewohner sowie Expertinnen und Experten übereinstimmend fest, dass es vor Ort kein ausreichendes Beratungsangebot zu Sexualität, Gesundheit und Familienplanung für Menschen mit Lernschwierigkeiten gibt. Sie empfehlen, ein entsprechendes innovatives Angebot einzurichten und die Arbeit im Rahmen einer Modellphase intensiv zu begleiten.

STUFE 2 DIE MAßNAHME WIRD KONZIPIERT UND DURCHGEFÜHRT

Auf Grundlage der Ergebnisse der Bestandsaufnahme werden Ziele bestimmt und geeignete Maßnahmen konzipiert, um diese Ziele zu erreichen und die Zielerreichung, insbesondere gesundheitsförderliche Veränderungen für die Zielgruppen, zu überprüfen. Finanzgeber werden angesprochen und gewonnen, so dass die Umsetzung (z. B. als ein Modellprojekt) gewährleistet ist.

BEISPIEL

Die fachlichen Grundlagen für ein spezifisches Beratungsangebot für Menschen mit Lernschwierigkeiten werden entwickelt und die Voraussetzungen an Personal und Infrastruktur formuliert. Im Rahmen der Konzeptentwicklung (→Konzeption) werden Ziele für die Arbeit formuliert und Ideen entwickelt, wie deren Erreichung überprüft werden kann (→Dokumentation und Evaluation). Die Umsetzung der Modellphase soll im Rahmen eines Landesprogrammes erfolgen, das eine Laufzeit von zwei Jahren hat.

STUFE 3 DIE MAßNAHME WIRD ERFOLGREICH DURCHGEFÜHRT UND DIE VERSTETIGUNG GESICHERT

Im Verlauf der Projektförderung (vgl. Stufe 2) werden die Aktivitäten und (Zwischen-) Ergebnisse der Arbeit dokumentiert (→Dokumentation und Evaluation). Ist der Erfolg der Arbeit belegt, so können die Bemühungen für die Verstetigung durch Konzeptentwicklung und die Suche nach Partnerinnen und Partnern für Finanzierung und Durchführung vorangetrieben werden. Die Verstetigung kann sich dabei auf die gesamte Maßnahme beziehen oder auf einige besonders wichtige und vielversprechende Elemente. Die Verstetigung kann insbesondere dadurch geschehen, dass das Angebot in längerfristige

Programme und strategische Konzepte auf kommunaler Ebene oder Landesebene eingebunden wird, um so die Finanzierung längerfristig sicherstellen zu können (→ Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung).

BEISPIEL

Das neu entwickelte Beratungsangebot wird im Familienplanungszentrum umgesetzt und dokumentiert. Erfasst werden dabei z. B. die Anzahl und Dauer der Beratungen, die Themenschwerpunkte der Beratungsgespräche und die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten. Es zeigt sich, dass eine große Nachfrage besteht, dass dieses Angebot angenommen wird und dass die Klientinnen und Klienten es als unterstützend und hilfreich wahrnehmen. Im Rahmen eines kommunalen Konzeptes zur Inklusion wird das Beratungsangebot nach Auslaufen der Pilotphase weiter gefördert.

STUFE 4 DIE VERSTETIGTE MAßNAHME WIRD KONTINUIERLICH WEITER ENTWICKELT

Auch nach der längerfristigen Sicherung der Maßnahme werden die Bedarfslagen gemeinsam mit den Zielgruppen kontinuierlich untersucht und reflektiert. Wenn neue Bedarfe sichtbar werden oder es sich zeigt, dass die Struktur des Angebotes aufgrund veränderter Rahmenbedingungen nicht mehr angemessen ist, werden Ansätze für Innovationen entwickelt und diese in die Arbeit integriert.

BEISPIEL

Im Verlauf des Beratungsangebotes zeigt sich im Rahmen des → Qualitätsmanagements, dass die verfügbaren Informationsmaterialien von den Klientinnen und Klienten zwar entgegengenommen, jedoch nicht vollständig erfasst und genutzt werden können. Gemeinsam mit den Nutzenden des Angebotes und Fachleuten für „Einfache Sprache“ werden Informationsmaterialien erstellt, die zielgruppengerecht gestaltet sind und zu einem neuen, wichtigen Element des Beratungsangebotes werden.

LITERATUR

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

Rosenbrock, R.; Hartung, S. (2010): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.bzga.de/leitbegriffe

Trojan, A.; Süß, W. (2015): Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.bzga.de/leitbegriffe

und Einträge in der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche

Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Nachhaltigkeit“. Köln und Berlin.

Alle 12 Kriterien-Steckbriefe finden Sie auch auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice.

RAUM FÜR NOTIZEN

Die Mitglieder der UAG „Good Practice“ des beratenden Arbeitskreises Gesundheitliche Chancengleichheit, die die Steckbriefe erarbeitet haben, sind Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Prof. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung), Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (BZgA), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München), Rolf Reul (Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V.)