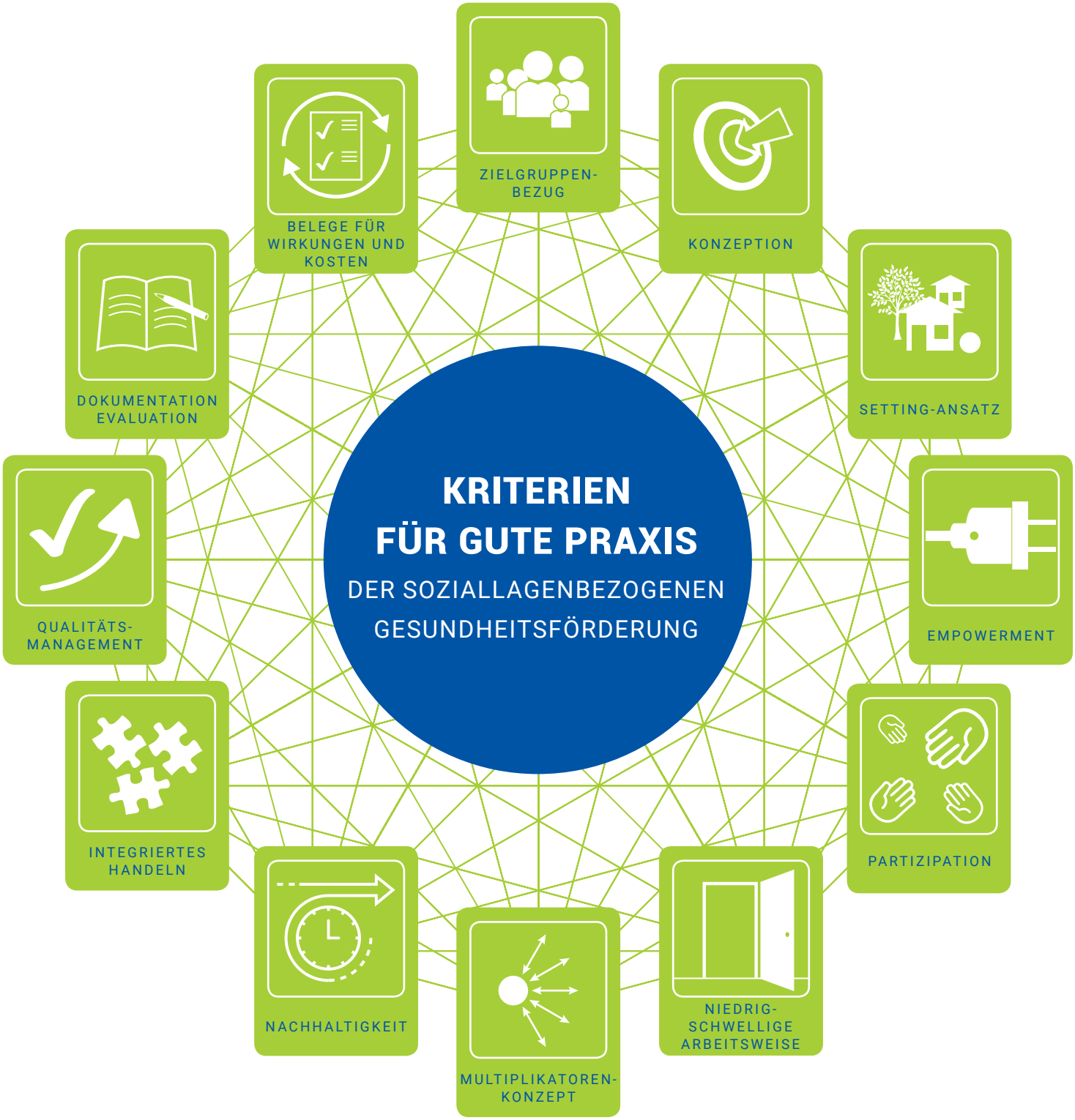
Kooperationsverbund
Gesundheitliche
Chancengleichheit

GOOD PRACTICE
in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT

EINLEITUNG

1. WAS SIND DIE GOOD PRACTICE-KRITERIEN UND WIE SIND SIE ENTSTANDEN?

Die Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung bieten einen fachlichen Orientierungsrahmen für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Das besondere Merkmal der Kriterien ist, dass sie sich auf Maßnahmen konzentrieren, die einen aktiven Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten. Damit sind Aktivitäten gemeint, die auf die Verbesserung der sozial verursachten und beeinflussbaren Gesundheitschancen abzielen (siehe *Infokasten: Was ist soziallagenbezogene Gesundheitsförderung?*). Der Begriff Maßnahmen umfasst dabei das gesamte Spektrum der Gesundheitsförderung, von einzelnen Projekten und Initiativen bis hin zu umfangreichen Programmen und komplexen Netzwerken.

Die 12 Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung wurden erstmals 2003 von einer Arbeitsgruppe des Beratenden Arbeitskreises der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des bundesweiten Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet. Dem Verbund gehören zzt. 74 Institutionen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern an – von Organisationen und Verbänden des Gesundheitswesens bis hin zur Wohlfahrtspflege, Sozialen Arbeit und Stadtentwicklung. Die Mitgliedsorganisationen des Verbundes haben sich dem gemeinsamen Ziel verpflichtet, einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Deutschland zu leisten, indem sie Gesundheitsförderung speziell bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen unterstützen. Die Verbreitung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Kriterien ist seitdem ein wichtiger Teil der Arbeit des Verbundes. Im Jahr 2005 wurden die Kriterien für gute Praxis erstmals veröffentlicht, 2015 auch als Steckbriefe im kompakten Broschüren-Format.

Die Good Practice-Kriterien basieren auf dem aktuellen Stand des wissenschaftlichen Diskurses im Fachgebiet Gesundheitsförderung[1]. Sie lassen sich außerdem gut mit allgemeineren Ansätzen zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung (z. B. *https://quint-essenz.ch*) verbinden und stärken deren Zielsetzung, die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.

Die Kriterien sollen dazu anregen, vorhandene Aktivitäten der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zu intensivieren und weitere Maßnahmen zu initiieren. Gemeinsam mit den Beispielen für gute Praxis sollen sie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern sowie Fachkräften der Gesundheitsförderung und Prävention Werkzeuge für die praktische Umsetzung an die Hand geben und sie dabei unterstützen, ihre eigene Arbeit kontinuierlich zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

Diese Handreichung stellt die 12 Good Practice-Kriterien vor, aufbereitet in kompakten Steckbriefen. Für jedes Kriterium sind Umsetzungsstufen ausgewiesen, wobei die jeweils nächsthöhere Stufe einen Zugewinn an Qualität darstellt. Die Differenzierung in Umsetzungsstufen verkörpert dabei den Kernprozess der Qualitätsentwicklung: Es geht darum, die Stärken und Schwächen der eigenen Arbeit zu erkennen, daraus Möglichkeiten zur Weiterentwicklung abzuleiten und auf diese Weise selbstbestimmt die eigene praktische Arbeit zu verbessern.

Das 2015 verabschiedete Bundesgesetz zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz) bietet viele neue Möglichkeiten für Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesund-

1 Siehe z. B. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): *www.leitbegriffe.bzga.de*

heitsförderung, vor allem für die Förderung von Maßnahmen in den Kommunen. Viele Akteure in den kommunalen Lebenswelten sind jedoch mit den Ansätzen der Gesundheitsförderung noch nicht sehr vertraut. Die Kriterien für gute Praxis sollen die Arbeit der unterschiedlichen kommunalen Akteure unterstützen, indem sie ein gemeinsames Verständnis dafür herstellen, was gute gesundheitsfördernde Maßnahmen ausmacht. Solche Maßnahmen sollten nach Möglichkeit immer mit Programmen und Finanzierungsmöglichkeiten verknüpft werden, die außerhalb des Gesundheitswesens im engeren Sinn liegen (siehe z. B. Baugesetz, Programm Soziale Stadt, Frühe Hilfen sowie länderspezifische Gesetze und Programme). Auch für diese Verknüpfungen bieten die Kriterien eine gute Grundlage.

2. AN WEN RICHTET SICH DIESE BROSCHÜRE?

Diese Broschüre richtet sich an alle Institutionen, Verbände und Personen, die einen Beitrag zur Planung und Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen für sozial benachteiligte Menschen leisten können. Sie soll die Akteurinnen und Akteure bei der Integration der Kriterien in ihre Arbeit und ihre Systeme der Qualitätsentwicklung unterstützen.

Angesprochen sind dabei alle Fachkräfte in Bund, Ländern, Kommunen und Quartieren – in Kitas, Schulen und allen anderen Einrichtungen, die zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung beitragen können. Die Broschüre richtet sich gleichermaßen an deren Träger, d. h. alle Institutionen, die gesundheitsfördernde Aktivitäten finanzieren oder finanziell unterstützen (z. B. Krankenkassen oder Stiftungen). Auch für die Aus- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich und in der Sozialen Arbeit ist die Broschüre sehr gut geeignet.

Schließlich richtet sich die Broschüre auch an all die Menschen, deren Gesundheit gefördert werden soll. Ein Grundsatz der guten Praxis ist, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen immer mit ihnen gemeinsam oder auch in Eigeninitiative entwickelt werden.

3. WELCHE ZIELE VERFOLGT DIE BROSCHÜRE?

Die Broschüre erfüllt ihren Zweck, wenn sie folgende Ziele erreicht:

- Sie vermittelt die 12 Good Practice-Kriterien in kompakter und anschaulicher Form.
- Sie sensibilisiert für die besonderen Anforderungen an eine Gesundheitsförderung, die sich an der sozialen Lage benachteiligter Personen ausrichtet.
- Sie regt dazu an, die eigene Arbeit zu überprüfen und deren Ziele anzupassen.
- Sie motiviert dazu, vorhandene gesundheitsfördernde Maßnahmen und Aktivitäten mit dem Ziel gesundheitlicher Chancengleichheit zu intensivieren und neue Maßnahmen zu initiieren.

Um das Erreichen dieser Ziele zu überprüfen und die Broschüre weiterzuentwickeln, wüssten wir gern, inwieweit Sie die Broschüre für Ihre Arbeit als hilfreich empfinden und welche Vorschläge Sie zur Weiterentwicklung haben.
Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung an *good-practice@gesundheitliche-chancengleichheit.de*.

4. WIE WERDEN DIE KRITERIEN BISHER GENUTZT?

Als Instrument zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung sind die Kriterien für gute Praxis seit vielen Jahren fest etabliert. Relevanz, Akzeptanz und Nutzung der Kriterien spiegeln sich auf vielfältige Art und Weise wider:

- Richtungsweisende Dokumente der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung berufen sich auf die Kriterien für gute Praxis, z. B. der Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des § 20 SGB V (2020) und der Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz der Bundesregierung (2019).

- Auch auf Landesebene dienen die Kriterien zur Orientierung, z. B. bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen des Präventionsgesetzes.
- Auf Grundlage der Good Practice-Kriterien führen die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in allen Bundesländern Good Practice-Lernwerkstätten zur Weiterbildung von Fachkräften aus unterschiedlichen Handlungsfeldern durch.
- An Hochschulen werden die Kriterien im Rahmen der Lehre u.a. in den Fachbereichen Public Health und Soziale Arbeit vermittelt und beispielsweise zur Beschreibung und Bewertung von Projekten verwendet.
- Seit der Veröffentlichung der ersten Auflage der Kriterien als Broschüre Ende 2015 wurden mehr als 16.500 Druckexemplare bestellt (Stand: Sommer 2021).

5. WIE WERDEN DIE KRITERIEN IN DER BROSCHÜRE VORGESTELLT?

Jedes der 12 Kriterien wird in Form eines Steckbriefs vorgestellt, der folgende vier Elemente umfasst:

- **DEFINITION:** Knappe Zusammenfassung der zentralen Inhalte des Kriteriums, mit Verweisen auf die Schnittstellen zu anderen Kriterien.
- **UMSETZUNGSSTUFEN:** Jede Stufe beschreibt dabei eine umfassendere Umsetzung des jeweiligen Kriteriums als die vorhergehende und verdeutlicht Entwicklungsmöglichkeiten. Aufeinander aufbauend zeigen die Stufen, dass die Umsetzung der Kriterien als Prozess zu verstehen ist. Es geht also nicht um die Gegenüberstellung von *Kriterium umgesetzt* versus *Kriterium nicht umgesetzt*, sondern darum, stufenweise ein höheres Qualitätsniveau zu erreichen[2].
- **ERLÄUTERUNG DER STUFEN:** Dieser Abschnitt des Steckbriefs enthält kurze Erläuterungen zu den einzelnen Umsetzungsstufen und illustriert sie anhand eines Beispiels. Die Beispiele für die 12 Kriterien decken dabei unterschiedliche Handlungsfelder und Zielgruppen ab. Die wirkliche Vielfalt der Möglichkeiten zur Umsetzung der Kriterien übertrifft diese Auswahl jedoch bei weitem.
- **WEITERFÜHRENDE LITERATUR:** Dieser Abschnitt enthält Quellen, die in der Regel kostenlos online verfügbar sind. Alle Internetverweise wurden zuletzt im Juli 2021 geprüft.

6. WAS IST NEU AN DER VORLIEGENDEN AUFLAGE?

Die erste Auflage der Broschüre zu den Good Practice-Kriterien erschien im November 2015, eine zweite (nahezu unveränderte) Auflage 2017 und ein Nachdruck 2019. Die vorliegende vierte Auflage haben wir als Arbeitsgruppe grundlegend überarbeitet, um die Erfahrungen und Rückmeldungen aus fünf Jahren praktischer Arbeit mit den Kriterien-Steckbriefen ausreichend zu berücksichtigen. Zu beachten sind dabei folgende Änderungen:

- Bei zwei Kriterien haben wir den Titel angepasst: Das Kriterium mit dem Doppeltitel Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung heißt jetzt Integriertes Handeln, und das Kriterium Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses wurde in Belege für Wirkungen und Kosten umbenannt.
- Das Kriterium Zielgruppenbezug führt jetzt die Liste der Kriterien an, um die Probleme und Bedarfslagen der Zielgruppen als Ausgangspunkt aller gesundheitsfördernden Aktivitäten zu betonen.
- Die Texte wurden sprachlich vereinfacht und die Inhalte klarer strukturiert.
- Definitionen und Beispiele berücksichtigen stärker die soziale Vielfalt der Zielgruppen (z. B. mit Bezug auf Alter, Herkunft, geschlechtliche Zuschreibung).
- Ein neues Kapitel zu den Wechselwirkungen zwischen den Kriterien ergänzt die Broschüre.
- Ein Infokasten erläutert unter dem Titel „Was ist soziallagenbezogene Gesundheitsförderung?“ konzeptionelle Grundlagen.

2 Dabei kann es durchaus sein, dass aktuelle Umstände es nicht ermöglichen, die nächsthöhere Stufe zu erreichen, dass also die erreichte Stufe die höchste erreichbare ist. Siehe auch Abschnitt 7 *Häufige Fragen und Antworten zur Arbeit mit den Good Practice-Kriterien*.

7. HÄUFIGE FRAGEN UND ANTWORTEN ZUR ARBEIT MIT DEN GOOD PRACTICE-KRITERIEN

Bei der Arbeit mit den Kriterien für gute Praxis können viele Fragen auftreten. Einige besonders häufig geäußerte möchten wir hier beantworten.

„Warum ist es wichtig, die Kriterien für gute Praxis nicht nur jenen zu vermitteln, die gesundheitsfördernde Maßnahmen vor Ort durchführen, sondern auch innerhalb der Trägerorganisationen?“

Werden die Kriterien für gute Praxis zur (Weiter-)Entwicklung einer Maßnahme verwendet, so geschieht dies stets auch im Rahmen des Handelns (der Praxis) der beteiligten Organisationen als Ganzes. Dabei kann es sich z. B. um Behörden, Vereine oder Unternehmen handeln. Damit die Kriterien nachhaltig für die gesundheitsfördernde Praxis genutzt werden können, müssen sie auch auf der institutionellen Ebene akzeptiert, mit den dort angewandten Ansätzen des Qualitätsmanagements abgestimmt sowie in Planungs-, Umsetzungs- und Bewertungsprozesse integriert werden. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass auch die Leitungsebene die Umsetzung der Kriterien für gute Praxis unterstützt bzw. selbst initiiert.

Die Umsetzung der einzelnen Kriterien sollte immer und so gut wie möglich mit dem Handlungsrahmen der Organisation abgeglichen werden. So ist beispielsweise zu prüfen, ob die entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen gegeben sind und die erforderlichen Ressourcen (Zeit, Personal, Finanzen) zur Verfügung stehen. Ist dies nicht der Fall, müssen vor der praktischen Umsetzung des jeweiligen Kriteriums erst die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden.

„Sagen mir die Kriterien und ihre Umsetzungsstufen, was ich genau tun muss?“

Gesundheitsfördernde Maßnahmen, insbesondere zur Gestaltung von Lebenswelten, sind sehr komplex und müssen an den jeweiligen Rahmenbedingungen ausgerichtet werden. Aufgrund deren großer Vielfalt lassen sich keine einfachen und einheitlichen Empfehlungen zur Umsetzung der einzelnen Kriterien formulieren. Auch sind nicht alle Kriterien in allen Handlungsfeldern und für jeden Angebotstyp in gleicher Weise relevant. Es bleibt daher immer die Aufgabe aller Beteiligten, die Inhalte der Kriterien auf die jeweiligen Themen und Handlungsbedingungen vor Ort auszurichten.

„Kann ich meine Arbeit immer eindeutig einer der Umsetzungsstufen zuordnen?“

Die Umsetzungsstufen stellen stark vereinfacht dar, wie der Qualitätsentwicklungsprozess aussehen kann. Die Praxis ist aber zumeist deutlich komplexer. Hier können verschiedene Stufen kombiniert auftreten, und auch fließende Übergänge zwischen den einzelnen Stufen sind möglich. Maßnahmen in Lebenswelten (Settings) sind oft besonders komplex und können sich auf unterschiedlichen Stufen gleichzeitig befinden.

„Muss ich immer versuchen, die höchste Stufe des jeweiligen Kriteriums zu erreichen?“

Die Stufen für die Umsetzung der Good Practice-Kriterien zeigen, in welche Richtung die Qualität gesundheitsfördernden Handelns weiterentwickelt werden kann. Es kann jedoch auch gute Gründe geben, eine relativ niedrige Stufe als (derzeit angemessene) Zielsetzung zu akzeptieren. Dies ist z. B. der Fall, wenn nur wenig Zeit zur Verfügung steht, oder wenn es nur wenig Handlungsspielraum für die Ausweitung einer Maßnahme gibt. Worauf es ankommt ist, dass unter den Beteiligten die Gründe dafür diskutiert und dokumentiert werden, warum „nur“ eine relativ niedrige Stufe erreicht werden kann bzw. soll. Solche Entscheidungen sichtbar und nachvollziehbar zu machen, ist ein wichtiges Merkmal der Qualitätsentwicklung.

- **„Verläuft der Entwicklungspfad immer von einer Stufe zur nächsthöheren?“**

Dies kann, muss aber nicht der Fall sein. Die Umsetzungsstufen geben den Entwicklungsprozess in stark vereinfachter Form wieder. Gezeigt wird eine logische Abfolge möglicher und wünschenswerter Ausprägungen des jeweiligen Kriteriums. In der Praxis können jedoch auch Stufen übersprungen oder mehrere Stufen gleichzeitig erreicht werden.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg in Ihrer Arbeit mit den Good Practice-Kriterien und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen und Fragen zur Nutzung dieser Broschüre. Bitte schicken Sie diese per E-Mail an *good-practice@gesundheitliche-chancengleichheit.de*.

DANKSAGUNG

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit sind (Stand Frühjahr 2021):

- Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin)
- Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik)
- Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH)
- Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health)
- Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern)
- Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.)
- Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut)
- Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen)
- Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.)
- Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
- Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig)
- Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020)
- Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

Die Mitglieder der AG Qualitätsentwicklung und Good Practice danken

- den Mitgliedern des Beratenden Arbeitskreises des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit,
- den Expertinnen und Experten, die die Überarbeitung einzelner Kriterien unterstützt haben:
  - Dr. Günter Ackermann (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften)
  - Stephan Blümel (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
  - Dr. Katharina Böhm (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.)
  - Prof. Dr. Regina Brunnett (Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen)
  - Prof. Carlo Fabian (Fachhochschule Nordwestschweiz)
  - Prof. Dr. Susanne Hartung (Hochschule Neubrandenburg)
  - Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bielefeld)
  - Prof. Dr. Julika Loss (Robert Koch-Institut)
  - Prof. Dr. Dr. Alf Trojan (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)
  - Andrea Wolff (Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V.)
  - Prof. Dr. Michael T. Wright (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin)
- sowie allen, die mit Kritik, Anregungen und hilfreichen Beispielen zur Entwicklung der Steckbriefe beigetragen haben.

INFOKASTEN: WAS IST SOZIALLAGENBEZOGENE GESUNDHEITSFÖRDERUNG?

Die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung ist darauf ausgerichtet, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern und damit gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken. Warum ist das notwendig? Aus der Gesundheits- und Sozialberichterstattung wissen wir, dass bestimmte soziale Gruppen mit besonders großen Belastungen konfrontiert sind und zugleich über besonders geringe Ressourcen zur Bewältigung ihrer Belastungen verfügen. Belastend können auch als abwertend wahrgenommene Zuschreibungen sein, beispielsweise die Bezeichnung von Familien, die Arbeitslosengeld II beziehen, als „Hartz IV-Familien".

Was genau macht diese Ungleichheiten aus?

Soziale Gruppen lassen sich nach vertikalen und horizontalen Merkmalen des sozialen Status unterscheiden. Diese Betrachtungsweise ermöglicht Antworten auf die Frage „Welche soziale Gruppe soll erreicht werden?" Dabei kann es durchaus sein, dass nicht jede Person, die einer Gruppe zugeordnet wird, sich dieser Gruppe auch zugehörig fühlt. Für den Zielgruppenansatz kann dies eine große Herausforderung sein.

Vertikale Merkmale sind beispielsweise Schulbildung, Einkommen und berufliche Stellung, d. h. Statusmerkmale, die gesellschaftlich als höher oder niedriger empfunden werden. Viele wissenschaftliche Studien zeigen, dass diese soziale Ungleichheit eng mit gesundheitlicher Benachteiligung verbunden ist: Mit höherem sozialem Status geht zumeist auch eine bessere gesundheitliche Lage einher. Horizontale Merkmale sind beispielsweise Geschlecht, Alter, ethnischer Hintergrund, sexuelle Identität etc. Auch diese Merkmale haben Auswirkungen auf die Gesundheit.

Innerhalb der vertikalen und horizontalen Merkmale (wie auch zwischen diesen) bestehen vielfältige, komplexe Wechselwirkungen. Beispielsweise können sich die mit fortschreitendem Alter einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen besonders belastend auf die Menschen auswirken, die einen körperlich anstrengenden Beruf ausgeübt haben. Sie sind zusätzlich benachteiligt, wenn sie über ein geringes Einkommen verfügen, sozial wenig vernetzt sind und/oder wenig Erfahrung im Umgang mit Behörden und Unterstützungsstrukturen mitbringen. Der Fachbegriff hierfür ist Intersektionalität (↗ Zielgruppenbezug). Diese zu berücksichtigen, ist eine wichtige Basis für die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung.

Eine soziallagenbezogene Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel, die besonderen Belastungen dieser Personengruppen zu vermindern und ihre Ressourcen zu stärken. Belastungsminderung bedeutet vor allem, die Lebensbedingungen so zu gestalten, dass sie möglichst gesundheitsfördernd sind. Ressourcenstärkung soll sozial benachteiligte Menschen befähigen, diese Lebensbedingungen aktiv zu gestalten und ein möglichst selbstbestimmtes und gesundheitsgerechtes Leben zu führen.

Welche Faktoren haben Einfluss auf die Gesundheit?

Das bereits Anfang der 1990er Jahre von Göran Dahlgren und Margret Whitehead entwickelte „Regenbogen-Modell" stellt in stark vereinfachter, schematisierter Form die Vielzahl der Faktoren dar, die sich auf den Gesundheitszustand auswirken können:

Zwischen den verschiedenen Schichten der Einflussfaktoren kann es viele Wechselwirkungen geben. Die Entwicklung wirkungsvoller soziallagenbezogener Maßnahmen der Gesundheitsförderung stellt deshalb besonders hohe Anforderungen an deren Planung und Umsetzung. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist dabei die fortlaufende Qualitätsentwicklung, ein Prozess, den die 12 Kriterien für gute Praxis unterstützen sollen. Wichtig sind hier z. B. Kriterien wie ↗ Zielgruppenbezug, ↗ Setting-Ansatz, ↗ Niedrigschwellige Arbeitsweise und ↗ Empowerment. Sie betonen: Die Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung orientieren sich immer an den konkreten Lebenslagen der Menschen, die erreicht, beteiligt und befähigt werden sollen. Maßnahmen sollten deshalb in den Strukturen der jeweiligen Lebenswelten fest verankert sein.

Abbildung: Modell der Determinanten der Gesundheit. Modifikation Robert Koch-Institut nach Gesundheit Österreich GmbH. Quelle: Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm.

Warum sprechen wir von „Zielgruppen"?

Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sind an den Bedarfslagen der Menschen ausgerichtet, die gesundheitlich besonders stark gefährdet sind. Oft sind diese Personen nicht nur gesundheitlich besonders stark belastet, sondern verfügen auch über relativ wenige Bewältigungsmöglichkeiten. Das Kriterium ↗ Zielgruppenbezug ist daher Ausgangspunkt für die Konzeption bedarfsgerechter Maßnahmen.

Der Begriff Zielgruppen kann jedoch auch missverstanden werden, und zwar in dem Sinn, dass hier – wenn auch in bester Absicht – Menschen in schwieriger sozialer Lage zu einem Ziel, also zum Objekt professionellen Handelns gemacht werden. Dies jedoch widerspricht dem grundlegenden Verständnis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Demnach werden gesundheitsfördernde Maßnahmen immer gemeinsam mit den Menschen entwickelt und umgesetzt, die von ihnen profitieren sollen (↗ Partizipation). Sie sollen dazu befähigt werden, ihr Leben möglichst eigenständig zu gestalten (↗ Empowerment).

Der Begriff Zielgruppen hat eigentlich eine sehr positive Bedeutung. Er soll ausdrücken, dass eine Maßnahme zielgruppen-spezifisch ist, d. h. ausgerichtet auf die speziellen Bedarfe, Möglichkeiten und Ressourcen der Personen, die erreicht und beteiligt werden sollen. Er dient dazu, sich vom Gießkannen-Prinzip abzugrenzen, bei dem versucht wird, unterschiedliche Bevölkerungsgruppen mit ein und derselben Maßnahme zu erreichen. Alternative Bezeichnungen wie Dialoggruppen oder Anspruchsgruppen machen zwar aus passiven Zielen handelnde Akteure, doch auch sie haben ihre Schwächen (so sind z. B. nicht alle Zielgruppen zugleich auch Dialoggruppen).

Eine pragmatische Lösung wurde 2019 auf dem bundesweiten Public Health-Kongress Armut und Gesundheit unter der Überschrift „Wer will schon gerne Zielgruppe sein?" entwickelt: Für die Konzeptentwicklung einer Maßnahme sowie in Anträgen auf Finanzierung kann es sinnvoll und hilfreich sein, von Zielgruppen zu sprechen und diese möglichst detailliert zu beschreiben. Sobald aber Vertreterinnen und Vertreter dieser Gruppen aktiv angesprochen und einbezogen werden, sollte der Begriff Zielgruppen vermieden werden. Gemeinsam mit ihnen sollte dann ein Begriff gesucht werden, der die Lebenslage der Gruppen möglichst genau und konkret erfasst (z. B. alleinerziehende Frauen in Stadtgebiet X). Da das Kriterium ↗ Zielgruppenbezug vor allem der allgemeinen Konzeptentwicklung dient, wird der Begriff Zielgruppen in dieser Broschüre beibehalten.

WECHSELWIRKUNGEN ZWISCHEN DEN KRITERIEN

DIE GOOD PRACTICE-KRITERIEN ALS SYSTEM: WECHSELWIRKUNGEN ERKENNEN UND GESTALTEN

Die 12 Good Practice-Kriterien werden in dieser Broschüre in 12 getrennten Steckbriefen vorgestellt, um die Inhalte möglichst übersichtlich und leicht zugänglich zu machen. In der Praxis aber bestehen vielfältige Schnittmengen und Wechselwirkungen zwischen den Kriterien. Neben der graphischen Darstellung auf dem Titelblatt verdeutlichen die „↗“ Querverweise in den Kriterien-Definitionen diese Zusammenhänge.

Die Wechselwirkungen zwischen den Kriterien Partizipation und Empowerment sind ein gutes Beispiel: Als Voraussetzung dafür, sich aktiv und wirkungsvoll einbringen zu können, müssen die Beteiligten über die notwendigen Ressourcen verfügen. Wenn diese Ressourcen, wie beispielsweise Fachwissen, Selbstbewusstsein oder Artikulationsfähigkeit, nicht vorhanden sind, so müssen sie im Rahmen von Empowerment-Prozessen entwickelt werden. Umgekehrt stärken erfolgreiche Beteiligungsprozesse die Fähigkeiten und das Selbstbewusstsein der aktiv Beteiligten und tragen so zu deren Empowerment bei.
In Planungsprozessen sollten solche Wechselwirkungen zwischen den Kriterien immer berücksichtigt werden. Wie genau die in den Kriterien beschriebenen Aspekte einander beeinflussen, lässt sich aber nicht allgemeingültig festlegen. Dies muss in jedem Planungsprozess und für jede Maßnahme neu durchdacht und im Projektverlauf beobachtet werden.

DIE „SATELLITEN“-ÜBUNG: EIN BILD FÜR DIE WECHSELWIRKUNGEN ZWISCHEN DEN KRITERIEN ENTWICKELN

Die folgende Übung aus der Lernwerkstatt Good Practice zeigt, wie die zu erwartenden Wechselwirkungen zwischen den Good Practice-Kriterien anhand eines Praxisbeispiels sichtbar gemacht und diskutiert werden können. Botschaft der Übung: Die Kriterien bilden in ihrer praktischen Umsetzung ein System, so dass die Umsetzung eines Kriteriums Auswirkungen auf ein oder mehrere andere Kriterien hat.

ZIELSTELLUNG

Die Teilnehmenden erkennen und reflektieren die Wechselwirkungen zwischen den Good Practice-Kriterien.

HINWEISE FÜR MODERIERENDE

Wenn sich an der Übung sechs oder mehr Personen beteiligen, sollten sie sich in Kleingruppen von drei bis fünf Personen aufteilen. Die Kleingruppen bearbeiten die Aufgabe parallel (möglichst in getrennten Räumen) und kommen anschließend zur Auswertung wieder zusammen.
Je nach Komplexität des Praxisbeispiels oder der Relevanz des Kriteriums sollten für die Arbeitsphase zwischen 30 und 60 Minuten eingeplant werden.

MATERIAL

- Sätze mit den Symbolen der 12 Good Practice-Kriterien (entsprechend der Anzahl der Kleingruppen)
- Pinnwände (mit Metaplanpapier bezogen), Stecknadeln und verschiedenfarbige dicke Stifte
- Good Practice-Broschüren, um die Definitionen jederzeit greifbar zu haben

ABLAUF

1. Die Gruppe einigt sich auf ein Praxisbeispiel als Grundlage für die Übung.
2. Die Teilnehmenden wählen ein Kriterium aus, das dabei im Mittelpunkt steht und dessen Wechselwirkungen mit den anderen Kriterien betrachtet werden sollen.
3. Arbeitsauftrag:
   - Pinnen Sie das Symbol des ausgewählten Kriteriums in die Mitte der Pinnwand.
   - Platzieren Sie nacheinander die anderen Kriterien als „Satelliten" darum herum.
   - Verdeutlichen Sie dabei, in welcher Beziehung die Kriterien zueinanderstehen: beispielsweise durch die Entfernung zwischen den Kriterien, durch Pfeile, Beschriftungen etc.
   - Leitfragen:
     - Wie eng sind die Kriterien miteinander verbunden?
     - Wo und wie verstärken sie sich gegenseitig?
     - Wo ist die Umsetzung des einen Kriteriums Voraussetzung für die Umsetzung des anderen?
     - Wo ergeben sich bei der Umsetzung Zielkonflikte?
   - Versuchen Sie, Ihre Darstellung so anschaulich zu gestalten, dass die wichtigsten Zusammenhänge leicht und schnell deutlich werden. Es kann hilfreich sein, dazu eine zweite, bereinigte Version des Schaubildes anzufertigen.
4. Auswertung: Wenn alle Teilnehmenden gemeinsam in einer Gruppe gearbeitet haben, reflektieren sie, welche Erkenntnisse sie für die Umsetzung des Kriteriums aus der Übung gewonnen haben. Wurde in mehreren Kleingruppen gearbeitet, dann kommen diese im Plenum zusammen und stellen sich gegenseitig ihre Bilder vor. Sie erläutern die zugrundeliegenden Ideen und beantworten Fragen aus den anderen Gruppen. Abschließend besprechen die Teilnehmenden, welche gemeinsamen Erkenntnisse sie gewonnen haben.

VARIATION

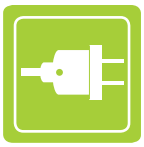
In dieser Variation der Übung steht nicht eines der Kriterien im Mittelpunkt. Stattdessen bringen die Teilnehmenden alle Kriterien in ein Bild ein, das die wichtigsten Wechselwirkungen verdeutlicht. Wie auch bei der oben beschriebenen Übung nutzen sie die Kriterien-Symbole und verdeutlichen die Wechselwirkungen durch Pfeile, Beschriftungen etc. Die Darstellung kann abstrakt sein oder auch in ein rahmengebendes Schaubild eingepasst werden. Dies kann beispielsweise ein Haus sein, in dem einige Kriterien das Fundament, andere den Wohnbereich und wieder andere das Dach bilden. Hierbei gibt es keine richtigen oder falschen Lösungen. Wichtig ist, dass die Teilnehmenden sich gemeinsam und kreativ mit der anspruchsvollen Aufgabe auseinandersetzen, die Wechselwirkungen zwischen den Kriterien einzuschätzen und in der eigenen Arbeit zu berücksichtigen.

ÜBERSICHT DER 12 KRITERIEN

01 ZIELGRUPPENBEZUG 13

02 KONZEPTION 17

03 SETTING-ANSATZ 21



04 EMPOWERMENT 25

05 PARTIZIPATION 29

06 NIEDRIGSCHWELLIGE ARBEITSWEISE 33

07 MULTIPLIKATORENKONZEPT 37

08 NACHHALTIGKEIT 41

09 INTEGRIERTES HANDELN 45

10 QUALITÄTSMANAGEMENT 51

11 DOKUMENTATION UND EVALUATION 55

12 BELEGE FÜR WIRKUNGEN UND KOSTEN 59

01 ZIELGRUPPENBEZUG

DEFINITION

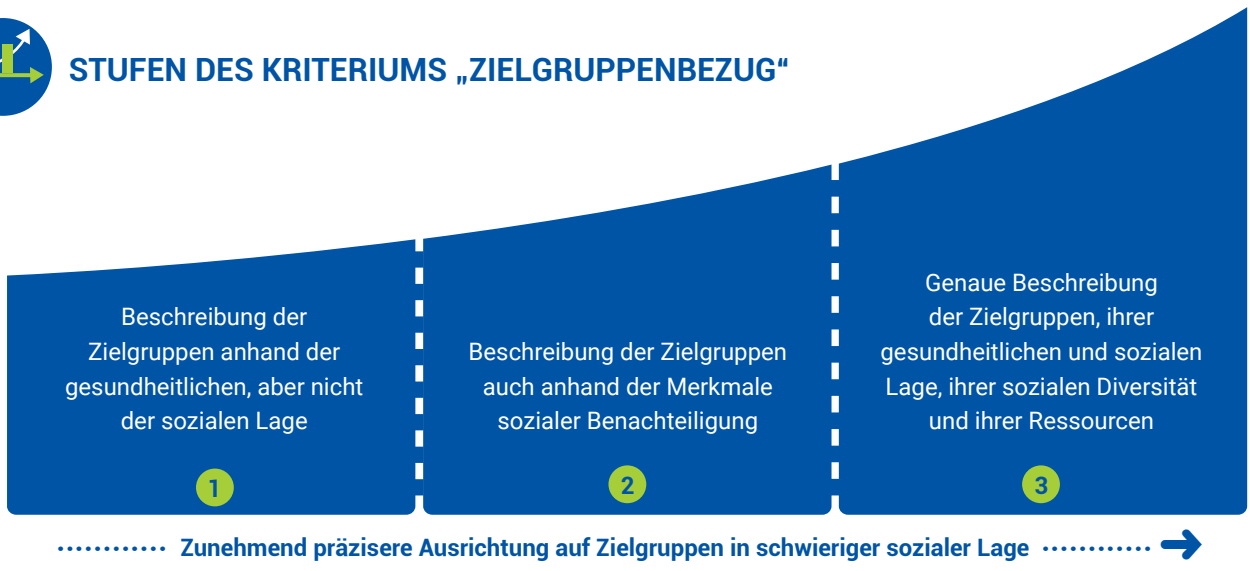
Als „Zielgruppen" werden in der Gesundheitsförderung Personen bezeichnet, die mit einer Maßnahme erreicht werden sollen, deren gesundheitliche Situation also verbessert werden soll. Da sie dabei so weit wie möglich beteiligt werden sollen (↗ Partizipation), sind sie zugleich auch aktiv Beteiligte.

Der Begriff Zielgruppen kann missverstanden werden und ist deshalb nicht unproblematisch. Gesundheitsförderung beabsichtigt nicht, Personengruppen zu Zielen und damit zu Objekten zu machen, sondern – so gezielt wie möglich – mit ihnen zusammen auf ihre soziallagenbezogenen Bedürfnisse einzugehen. Die Verwendung des Begriffs Zielgruppen wird in der Einleitung dieser Broschüre genauer erläutert (siehe Warum sprechen wir von Zielgruppen? im *Infokasten: Was ist soziallagenbezogene Gesundheitsförderung?)*.

Die Personengruppen, die erreicht und beteiligt werden sollen, werden in der ↗ Konzeption so präzise wie möglich bestimmt. Nicht nur die Belastungen und Probleme, die sich aus ihrer sozialen Lage ergeben, werden genau beschrieben, sondern auch ihre Ressourcen. Dabei wird berücksichtigt, dass es innerhalb dieser Gruppen auch große Unterschiede nach weiteren sozialen Merkmalen wie geschlechtlicher oder ethnischer Zuschreibung geben kann. Zudem wird darauf geachtet, dass bei der Beschreibung von Belastungen und Problemen keine Formulierungen verwendet werden, die von den Zielgruppen als stigmatisierend oder diskriminierend empfunden werden können.

Zur genauen Beschreibung der Zielgruppen werden vor allem Merkmale der vertikalen sozialen Ungleichheit verwendet: Demnach kann sich soziale Benachteiligung z. B. aus niedrigem Bildungsstand und/oder geringem Einkommen ergeben. Zu berücksichtigen sind aber auch Merkmale horizontaler Ungleichheiten, d. h. eine mögliche Benachteiligung aufgrund von Alter, Geschlecht, ethnischem Hintergrund, Religion/Weltanschauung, Behinderung oder sexueller Identität (siehe auch die Diskri-

STUFEN DES KRITERIUMS „ZIELGRUPPENBEZUG"



minierungsmerkmale im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz, AGG). Diese soziale Vielfalt wird häufig mit dem Begriff Diversität (engl. diversity) umschrieben. Am genauesten beschreiben lassen sich Zielgruppen zumeist durch Kombination der vertikalen und horizontalen Merkmale (vgl. auch Stichwort Intersektionalität im *Infokasten: Was ist soziallagenbezogene Gesundheitsförderung?* der Einleitung).

Bei einer quartiersbezogenen Maßnahme ist es daher wichtig, die jeweiligen Probleme, Bedürfnisse und Ressourcen der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen genau kennenzulernen – und dabei nicht nur nach der gesundheitlichen Situation zu differenzieren, sondern auch nach Merkmalen wie Bildung, Einkommen, Alter, geschlechtlicher, sexueller und ethnischer Identität sowie Behinderung. Wichtige Zielgruppen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sind z. B. in der Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit (*www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/ueber-die-praxisdatenbank*) zu finden.

Gesundheitsfördernde Aktivitäten sind darauf ausgerichtet, die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen der Zielgruppen nachhaltig zu verbessern (↗ Setting-Ansatz) und ihre individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und Gesundheitskompetenzen nachhaltig zu entwickeln (↗ Empowerment). Maßnahmen richten sich nach den Möglichkeiten und Ressourcen der Zielgruppen (↗ Partizipation) und sind niedrigschwellig angelegt (↗ Niedrigschwellige Arbeitsweise).

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPEN ANHAND DER GESUNDHEITLICHEN, ABER NICHT DER SOZIALEN LAGE

Die Zielgruppen werden anhand ihrer Belastungen und gesundheitlichen Probleme bestimmt. Die sozialen Faktoren, die hinter diesen Belastungen und Problemen stehen, werden jedoch nicht oder kaum berücksichtigt, ebenso wenig die Ressourcen der Zielgruppen.

BEISPIEL STUFE 1

Eine Beratungsstelle für Frauen plant ein Kursangebot zur Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt „psychisch belastende Aspekte der Arbeitslosigkeit“. Die Zielgruppe für das geplante Kursangebot wird als „alle erwerbslosen Frauen mit psychischen Problemen“ benannt. In der Erläuterung werden die psychischen Probleme mit „geringes Selbstwertgefühl, Neigung zu Depression und zu Angstreaktionen“ beschrieben.

STUFE 2 BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPEN AUCH ANHAND DER MERKMALE SOZIALER BENACHTEILIGUNG

Die Zielgruppen werden anhand von Merkmalen der sozialen Benachteiligung wie Bildung, Einkommen und berufliche Situation weiter eingegrenzt. Auf die soziale Diversität innerhalb dieser Zielgruppen und auf ihre Ressourcen wird jedoch nicht näher eingegangen.

BEISPIEL STUFE 2

Die Beratungsstelle nimmt Kontakt zum Jobcenter auf, um mehr darüber zu erfahren, bei welcher Gruppe arbeitsloser Frauen der Beratungsbedarf besonders groß ist. Die Zielgruppe wird daraufhin als Frauen in Arbeitslosengeld II-Bezug, ohne Berufsbildungsabschluss und mit besonderen Vermittlungshemmnissen aufgrund psychischer Probleme definiert. Das Kursangebot wird auf diese speziellen Problemlagen hin ausgerichtet.

STUFE 3 GENAUE BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPEN, IHRER GESUNDHEITLICHEN UND SOZIALEN LAGE, IHRER SOZIALEN DIVERSITÄT UND IHRER RESSOURCEN

Die soziale Lage der Zielgruppen wird präzise erläutert. Dabei werden nicht nur die vertikalen Merkmale der sozialen Ungleichheit (z. B. Bildung, Einkommen) dargestellt, sondern auch horizontale Merkmale von Ungleichheit und Diversität wie Geschlecht und Alter. Auch auf die Ressourcen der Zielgruppen und die Frage, wie diese Ressourcen gestärkt werden können (↗ Empowerment), wird eingegangen.

BEISPIEL STUFE 3

Um das Kursangebot noch besser auf die Bedarfe der arbeitslosen Frauen ausrichten zu können, wird ihre soziale Lage im Projektplan detailliert dargestellt (auch anhand von Merkmalen wie ethnischer Hintergrund, geschlechtliche Identität, Alter und Religion/Weltanschauung). In einer Fokusgruppe mit interessierten Frauen aus der Zielgruppe werden Improvisationsbereitschaft und Solidarität untereinander als Ressourcen identifiziert und daraufhin in das Kursangebot integriert.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

ALTGELD, T. (2016): Diversity und Diversity Management/Vielfalt gestalten. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/diversity-und-diversity-management-vielfalt-gestalten

BLÜMEL, ST; LEHMANN, F.; HARTUNG, S.(2021): Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren

GKV-SPITZENVERBAND (Hrsg.) (o. J.): Zielgruppe. In: Glossar.
www.gkv-buendnis.de/index.php?id=96&filter=l&name=Zielgruppe

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 (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Zielgruppenbezug“. Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

02 KONZEPTION

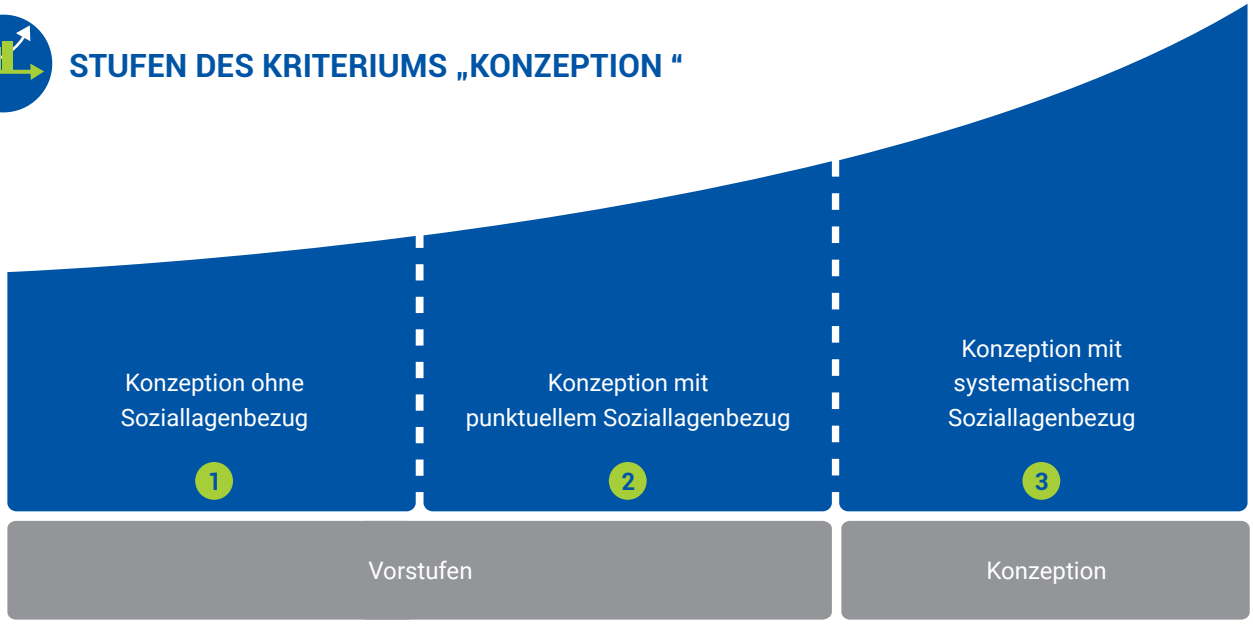
DEFINITION

Die Konzeption ist eine logisch zusammenhängende Beschreibung theoretischer Grundlagen und Annahmen: Sie begründet die gewählten Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und benennt ihre Einflussfaktoren.

Die Konzeption beschreibt Ziele, Zielgruppen, Beteiligte, Maßnahmen und Methoden. Außerdem geht sie auf Dauer und Tiefe des Kontakts zur Zielgruppe ein und nimmt spezifische Lebenswelten in den Fokus (↗ Setting-Ansatz). Eine gute Konzeption erfordert deshalb detaillierte und schlüssige Beschreibungen der Ziele, Zielgruppen (↗ Zielgruppenbezug) und weiteren Beteiligten. Hierfür kommen Bedürfnis- und Bedarfsanalysen sowie Aspekte von sozialer Lage und Diversität zur Anwendung (sozioökonomischer Status, Gender, Alter, ethnische Zuschreibungen etc.). Die Konzeption beschreibt außerdem ↗ Partizipation, ↗ Empowerment, Verstetigung (↗ Nachhaltigkeit) und die Einbindung in integrierte Handlungskonzepte (↗ Integriertes Handeln). Die Konzeption sollte möglichst alle 12 Good Practice-Kriterien berücksichtigen.

Insbesondere beschreibt die Konzeption präzise, an welche Zielgruppen in benachteiligenden Lebenslagen und weitere Beteiligte (z. B. Unterstützerinnen und Unterstützer, Multiplikationspersonen, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger) sich die Maßnahme wendet: Sie benennt soziale Belastungen sowie die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und/oder Prävention, diese zu beeinflussen. Dazu begründet sie möglichst konkret und anschaulich, wie für die Zielgruppen Belastungen gesenkt und Ressourcen gestärkt werden können. Auf dieser Grundlage formuliert die Konzeption

STUFEN DES KRITERIUMS „KONZEPTION “



Von einer Konzeption ohne Soziallagenbezug hin zu einer Konzeption mit systematischem Soziallagenbezug →

Maßnahmen und Methoden, die Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit fördern sollen.

Die Konzeption macht deutlich, wie die Maßnahme systematisch eine Verminderung gesundheitlicher Benachteiligung anstrebt. Sie zeigt auch auf, wie die differenzierte, soziallagenorientierte Planung der Maßnahme dem Risiko einer unabsichtlichen Vergrößerung von Ungleichheiten gezielt begegnet.

Eine schlüssige Konzeption setzt ein umfassendes Verständnis der Einflussfaktoren (Determinanten) von Gesundheit voraus (vgl. *Infokasten: Was ist soziallagenorientierte Gesundheitsförderung?* in der Einleitung). Sie orientiert sich am gesundheitspolitischen Aktionszyklus (Public Health Action Cycle) und enthält Angaben zur Kosten- und Zeitplanung sowie zu den erwarteten Wirkungen (↗ Belege für Wirkungen und Kosten).

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

Elemente der Konzeption	**STUFE 1** Konzeption ohne Soziallagenbezug	**STUFE 2** Konzeption mit punktuellem Soziallagenbezug	**STUFE 3** Konzeption mit systematischem Soziallagenbezug
Die Konzeption beschreibt			
(1) … welche Zielgruppen in benachteiligten Lebenslagen erreicht werden sollen.	In der Konzeption werden Zielgruppen und Gesundheitsprobleme benannt, ohne die soziale Lage zu beschreiben.	Zielgruppen, Gesundheitsprobleme und vertikale Merkmale der sozialen Lage werden erfasst.	Zielgruppen werden mit Bezügen zwischen sozialer Lage/Diversität, Gesundheit und Ressourcen dargestellt.
(2) … wie Belastungen gesenkt und Ressourcen gestärkt werden sollen.	Belastungen und Ressourcen der Zielgruppen werden nicht dargestellt.	Belastungen und Ressourcen der Zielgruppen werden nur ungenau und allgemein benannt.	Belastungen und Ressourcen der Zielgruppen werden detailliert aufgeführt und ggf. für die lokalen Bedingungen konkretisiert.
(3) … wie gesundheitliche Ungleichheiten systematisch vermindert werden sollen.	Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten wird nicht oder nur indirekt als Ziel aufgeführt.	Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten ist ein erwarteter (Neben-) Effekt, der aber nicht systematisch angestrebt wird.	Die Maßnahme ist gezielt darauf ausgerichtet, Einflussfaktoren der Gesundheit so zu gestalten, dass sie gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren. Sie berücksichtigt in allen Phasen die Kriterien für gute Praxis.
(4) … wie die Maßnahme sich an den Bedürfnissen und der sozialen Lage der Zielgruppen orientiert.	Bedürfnisse und soziale Lage der Zielgruppen werden in der Konzeption nicht thematisiert.	Bedürfnisse und soziale Lage der Zielgruppen werden nur punktuell aufgegriffen und sind kein zentraler Bezugspunkt für die Maßnahme.	Die Orientierung der Maßnahme an den Bedürfnissen und der sozialen Lage der Zielgruppen wird differenziert beschrieben.
(5) … wie die Zielgruppen aktiv in Planung, Umsetzung und Bewertung einbezogen werden sollen.	Die aktive Beteiligung der Zielgruppen ist in der Konzeption nicht vorgesehen.	Die Zielgruppen werden maximal auf einer Vorstufe des Kriteriums Partizipation einbezogen.	Die Zielgruppen werden als Mitbestimmende und Mitentscheidende in die Maßnahme einbezogen.
(6) … wie die Ausrichtung auf gesundheitliche Chancengleichheit auch in der Träger-Organisation fest verankert ist.	Die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit ist in der Träger-Organisation kein zentrales Anliegen.	Die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit wird in der Träger-Organisation unterstützt, ist aber kein Element des gemeinsamen Leitbildes.	Die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit gehört zu den zentralen Zielen der Träger-Organisation und wird auf allen Ebenen (angefangen bei der Geschäftsführung) systematisch unterstützt.

Die Konzeption nimmt klar Bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit (Soziallagenbezug). Dabei orientiert sie sich an der jeweiligen sozialen Lage und den Bedürfnissen der Zielgruppen und berücksichtigt die Rahmenbedingungen der jeweiligen Lebenswelten (↗ Setting-Ansatz). Die Konzeption sollte sowohl Möglichkeiten der Verringerung sozialökonomischer Belastungen (Bildung, Einkommen und berufliche Stellung) in Betracht ziehen als auch diversitätsbezogene Ungleichheiten (aufgrund von Geschlecht, Alter, ethnischen Zuschreibungen, Religion/Weltanschauung, sexueller Identität, Behinderungen etc.) sowie deren Verknüpfung untereinander beachten (Intersektionalität, siehe *Infokasten: Was ist soziallagenorientierte Gesundheitsförderung?* in der Einleitung). Bedürfnisse und Ressourcen sollten dabei im Vorfeld bestimmt werden, und zwar möglichst gemeinsam mit den Zielgruppen und Beteiligten (↗ Partizipation).

Die Konzeption dient als Leitlinie für die Gestaltung und Bewertung der täglichen Arbeit (↗ Dokumentation und Evaluation). Dabei integriert sie die geplanten gesundheitsfördernden Aktivitäten in die Hierarchien und Abläufe der umsetzenden Organisation. Die Konzeption ist allen Mitarbeitenden bekannt und definiert das gemeinsame Selbstverständnis der Arbeit. Sie wird im gesamten Verlauf der Arbeit gemeinsam mit den Zielgruppen und weiteren Beteiligten bedarfs- und bedürfnisorientiert weiterentwickelt.

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 KONZEPTION OHNE SOZIALLAGENBEZUG

BEISPIEL STUFE 1

Eine Kommune richtet in einem Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf einen neuen Quartierspark mit vielfältigen Bewegungsräumen ein. Die Konzeption hält fest, dass der Park allen Menschen im hoch verdichteten Quartier die Möglichkeit zu Erholung und Bewegung bieten soll. Die künftigen Nutzerinnen und Nutzer werden nicht genauer benannt und auch nicht in die Ausgestaltung des Quartiersparks einbezogen.

STUFE 2 KONZEPTION MIT PUNKTUELLEM SOZIALLAGENBEZUG

BEISPIEL STUFE 2

Im Quartierspark werden neben einer Liegewiese und einer Joggingstrecke auch ein Aktivplatz mit Bewegungsangeboten für ältere Menschen und ein eingezäunter Bolzplatz für Kinder und Jugendliche eingerichtet. Der Park soll für alle Generationen der Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers attraktiv sein sowie – überwiegend für Menschen mit niedrigem Einkommen – kostenlose Freizeitangebote zur Verfügung stellen. Die Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers werden zu Beginn des Planungsprozesses im Rahmen einer Befragung einbezogen.

STUFE 3 KONZEPTION MIT SYSTEMATISCHEM SOZIALLAGENBEZUG

BEISPIEL STUFE 3

Im Quartierspark wird eine Skate-Anlage eingerichtet, die vor allem von Jugendlichen genutzt werden soll. Die Initiative geht vom Nutzenden-Beirat des Parks aus, in dem Jugendliche und deren Eltern vertreten sind. Da die oft kinderreichen Familien meist in relativ kleinen Wohnungen leben, besteht ein großer Bedarf an Freizeitangeboten – insbesondere für Jugendliche, da sie sonst nur wenige öffentlich zugängliche Bewegungsräume vorfinden. Die Jugendlichen sind in die Planung und konkrete Gestaltung der Skate-Anlage einbezogen. Nach der Fertigstellung bietet der örtliche Sportverein gemeinsam mit dem nahe gelegenen Jugendfreizeitheim Skateboardkurse zur Einführung und zum Erwerb spezieller Skills an, um das Selbstbewusstsein der Jugendlichen zu stärken und gemeinschaftliche Aktivitäten anzuregen. Der Träger des Jugendfreizeitheims nutzt den Kontakt zu den Jugendlichen, um ihnen weitere Angebote wie z. B. Hausaufgabenhilfen bekannt zu machen sowie weitere soziallagenbezogene Aktivitäten mit ihnen gemeinsam zu planen und durchzuführen.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

BLOCK, M.; V. UNGER, H.; WRIGHT, M.T. (o. J.): Von der Vision über das Leitbild zu Zielen und Maßnahmen.
www.pq-hiv.de/de/kapitel/vision-leitbild-zielen-massnahmen

GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ/QUINT-ESSENZ (o. J.): Entwerfen eines Konzepts.
www.quint-essenz.ch/de/topics/1132

LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN (2019): Die Arbeit mit dem Public Health Action Cycle. In: Qualität.
www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/basiswissen/qualitaetssicherung/action_cycle/index.html

ROSENBROCK, R.; HARTUNG, S. (2015): Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus

BITTE ZITIEREN SIE DIESEN STECKBRIEF ALS:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Konzeption“. Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

03 SETTING-ANSATZ

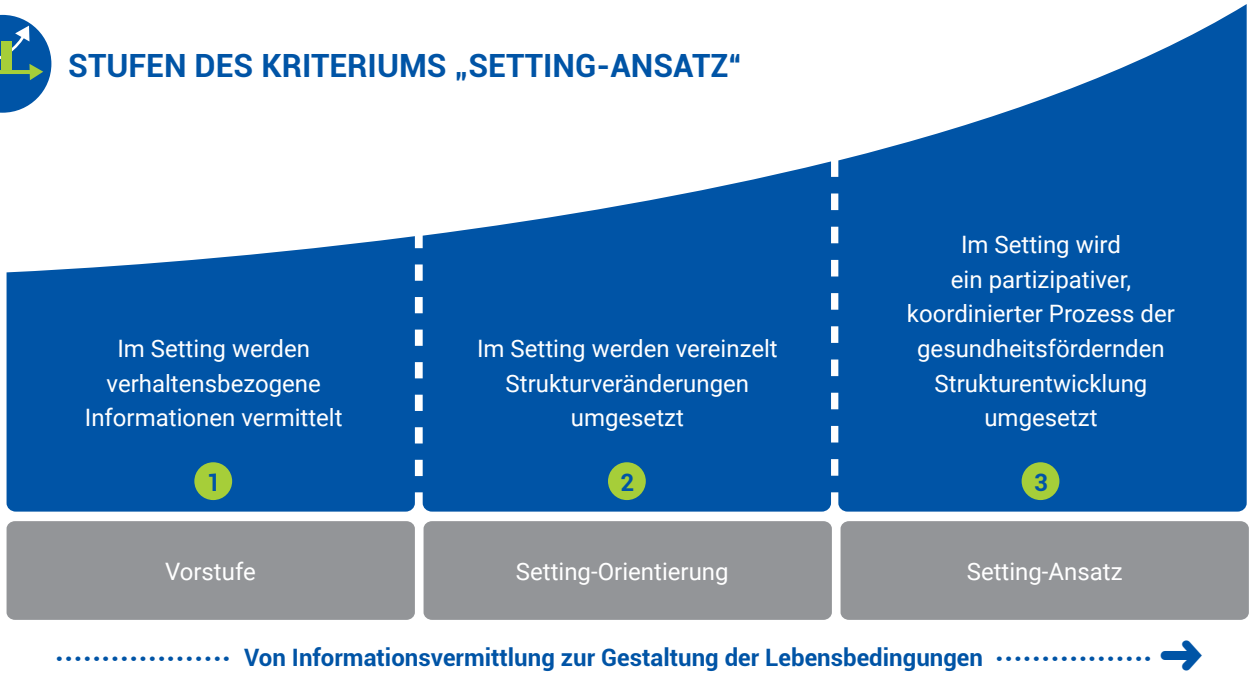
DEFINITION

„Setting-Ansatz“ als Konzept der Gesundheitsförderung wird im deutschsprachigen Raum oft mit „Lebenswelt-Ansatz“ übersetzt. Mit Setting bzw. Lebenswelt sind Orte gemeint, an denen Gesundheit „von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird; dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO, Ottawa-Charta, 1986). Ein Setting ist ein sozialräumliches System, in dem die Menschen ihren Alltag erleben und das relativ dauerhaft ist. Settings sind beispielsweise die Kita, die Schule, der Betrieb, das Krankenhaus, die Pflegeeinrichtung, die Nachbarschaft, die Stadt.

Die Bedingungen in den jeweiligen Settings bzw. Lebenswelten haben einen wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeiten der Menschen, ein gesundes Leben zu führen. Wichtige Akteurinnen und Akteure für die gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebensbedingungen in Settings sind beispielsweise Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sowie Fachkräfte in kommunalen Institutionen und in Einrichtungen des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereichs.

Im Jahr 2015 führte das Präventionsgesetz (PrävG) im Sozialgesetzbuch V Legaldefinitionen zu Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ein. Dabei werden diese als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ definiert (§ 20a V Abs. 1 Satz 1 und § 20b SGB).
Die Gesetzlichen Krankenkassen sollen nach dem Präventionsgesetz insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen unterstützen. Dazu sollen sie mit allen an der Lebenswelt Beteiligten die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale erheben, daraus abgeleitet Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen

STUFEN DES KRITERIUMS „SETTING-ANSATZ“



Situation entwickeln sowie die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bei den Zielgruppen unterstützen (§ 20a SGB V, Abs. 1 Satz 2 und 3). Das Gesetz skizziert die Umsetzung des Setting-Ansatzes also als fortlaufenden Lern- und Entwicklungsprozess im Sinne des gesundheitspolitischen Aktionszyklus (Public Health Action Cycle).

Der Setting-Ansatz verfolgt das Ziel, partizipativ – also unter aktiver Beteiligung der jeweiligen Zielgruppen (↗ Zielgruppenbezug) – gesunde Lebenswelten zu gestalten, z. B. durch ein gesundheitsorientiertes Programm zur Schulentwicklung. Dieser Ansatz hat ein gesundheitsförderndes Setting zum Ziel und ist damit umfassender als Gesundheitsförderung im Setting in Form von Einzelprojekten, z. B. in der Schule oder Kita.

Der Setting-Ansatz orientiert sich an den Konzepten der Organisationsentwicklung und berücksichtigt ausdrücklich die praktische Umsetzung der Kriterien im Rahmen des Handelns von Organisationen (vgl. Abschnitt 7 der Einleitung: Häufige Fragen und Antworten zur Arbeit mit den Good Practice-Kriterien).

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

- Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen (strukturelle Ebene, Gestaltung von Verhältnissen)
- Stärkung der Handlungsmöglichkeiten, Kompetenzen und Ressourcen der Menschen, die im Setting z. B. leben, spielen, zur Schule gehen oder arbeiten (↗ Empowerment)
- Aktive Beteiligung der Personen im Setting in allen Phasen der Planung und Umsetzung der Aktivitäten (↗ Partizipation)
- Kontinuierliche und professionelle Koordinierung aller Aktivitäten (↗ Integriertes Handeln)

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 IM SETTING WERDEN VERHALTENSBEZOGENE INFORMATIONEN VERMITTELT

Die Lebenswelt wird genutzt, um Informationen zum gesundheitsbezogenen Handeln (Verhalten) zu vermitteln, z. B. zu Ernährung, Bewegung oder Unfallprävention. Die dauerhafte gesundheitsbezogene Entwicklung der Strukturen des Settings, z. B. die Änderung von Abläufen oder baulichen Gegebenheiten ist nicht Gegenstand der Maßnahme. Diese Gesundheitsförderung im Setting ist eine Vorstufe des Setting-Ansatzes.

BEISPIEL STUFE 1

Eine Sekundarschule (Klassen 5 bis 10) lädt regelmäßig Expertinnen und Experten ein, welche die Schülerinnen und Schüler im Rahmen des Unterrichts zu den gesundheitsbezogenen Themen Suchtprävention, gesunde Ernährung sowie Partnerschaft und Sexualität informieren.

STUFE 2 IM SETTING WERDEN VEREINZELT STRUKTURVERÄNDERUNGEN UMGESETZT

Zusätzlich zur Vermittlung der verhaltensbezogenen Gesundheitsinformationen werden in der Lebenswelt vereinzelt auch verhältnisbezogene Strukturveränderungen umgesetzt. Beispielsweise werden Routinen und Abläufe angepasst, neue Angebote eingeführt oder bauliche Veränderungen vorgenommen. Dies geschieht aber nur punktuell und nicht koordiniert und systematisch mit dem Ziel, die Lebenswelt selbst dauerhaft gesundheitsfördernd zu gestalten.

BEISPIEL STUFE 2

Die Sekundarschule integriert die Beiträge der Expertinnen und Experten in den Unterricht, indem die behandelten Themen systematisch vor- und nachbereitet werden. Ideen, die aus der Auseinandersetzung mit den Gesundheitsthemen entstehen, werden in schulische Aktivitäten umgesetzt: Aus den Impulsen zur gesunden Ernährung entsteht die Initiative für eine Schulküche, in der Teile des Unterrichts sowie Koch-AGs stattfinden können.

STUFE 3 IM SETTING WIRD EIN PARTIZIPATIVER, KOORDINIERTER PROZESS DER GESUNDHEITSFÖRDERNDEN ORGANISATIONS- UND STRUKTURENTWICKLUNG UMGESETZT

Auf der Grundlage eines – möglichst partizipativ entwickelten – Konzepts für die gesundheitsfördernde Entwicklung der Lebenswelt wird eine Koordinierung eingerichtet und angemessen ausgestattet. Diese organisiert und begleitet die notwendigen Prozesse mit den Methoden der Organisationsentwicklung. Dadurch sollen einerseits zunehmend gesundheitsfördernde und präventive Elemente in der Lebenswelt gestärkt, und andererseits die Menschen im Setting systematisch befähigt werden. Ziel ist, eine gesundheitsfördernde Lebenswelt (Gesundheitsförderndes Setting) zu schaffen.

BEISPIEL STUFE 3

Auf Initiative engagierter Eltern und der Schulleitung verfolgt die Sekundarschule den Ansatz, sich zur „Gesunden Schule“ weiterzuentwickeln. Gefördert durch eine Krankenkasse wird ein Steuerkreis eingerichtet, der die Aktivitäten lenkt. In ihm sind die Schulleitung, das pädagogische und weitere Personal, Schülerinnen und Schüler sowie deren Eltern vertreten. Anhand des gesundheitspolitischen Aktionszyklus (Public Health Action Cycle) wird ein Schulkonzept mit dem Ziel entwickelt, für alle Personengruppen in der Schule eine gesunde Lebenswelt zu schaffen. Themen sind u. a. die Entwicklung eines guten Schulklimas für Lehre und Lernen, eine ausgewogene Mittagsverpflegung, ausreichend Bewegungsmöglichkeiten sowie die Prävention von Mobbing und Gewalt. Ein Mitglied des Steuerkreises wird zur Koordinatorin des Projekts bestimmt und dafür von einem Teil ihrer Lehrverpflichtung freigestellt.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

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

GKV-BÜNDNIS FÜR GESUNDHEIT (o. J.): Lebensweltansatz. In: Glossar.
www.gkv-buendnis.de/index.php?id=96&filter=l&name=Lebensweltansatz

GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ/QUINT-ESSENZ (2015): Settinganalyse.
www.quint-essenz.ch/de/public_assets/323/download

HARTUNG, S.; ROSENBROCK, R. (2015): Settingansatz/Lebensweltansatz. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz

HARTUNG, S.; ROSENBROCK, R. (2015): Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

BITTE ZITIEREN SIE DIESEN STECKBRIEF ALS:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Setting-Ansatz“. Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

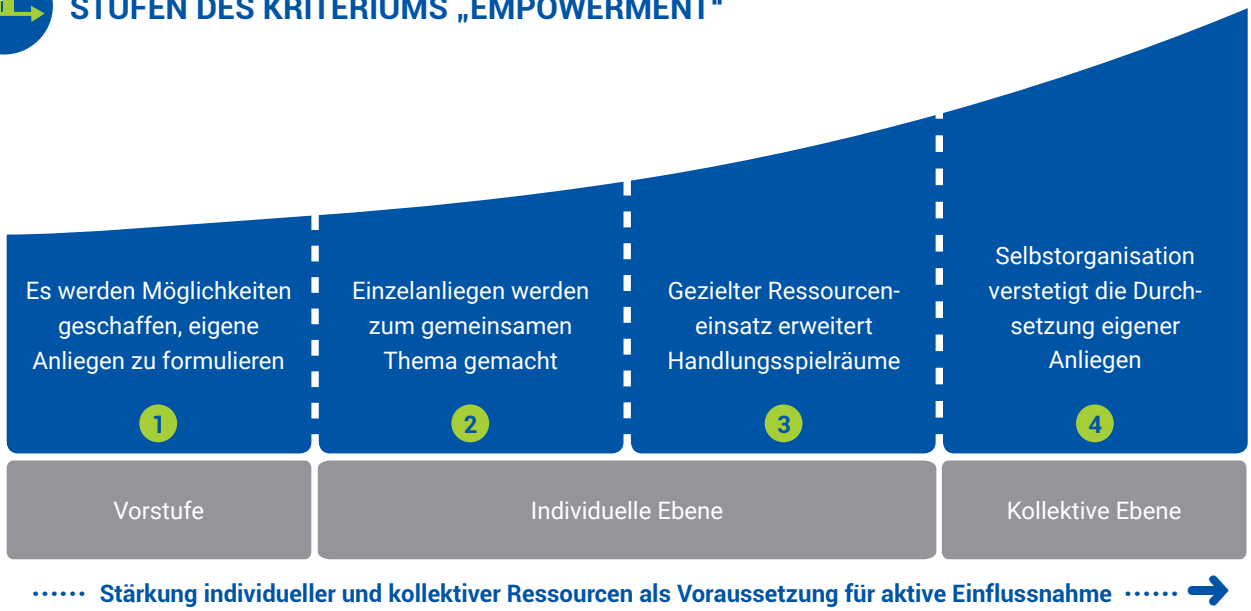
04 EMPOWERMENT

DEFINITION

Empowerment ist ein Prozess, der Fähigkeiten stärkt und das Handlungspotenzial von Personen bzw. Personengruppen steigert. Ziel von Empowerment ist, die sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gemeinsam mit denjenigen zu verbessern (↗ Partizipation), deren Spielräume für eine selbstbestimmte Lebensführung eingeschränkt sind. Voraussetzung für Empowerment ist, die Diversität von Lebenslagen anzuerkennen und entsprechend differenzierte und ergebnisoffene Unterstützung anzubieten.

Ausgangspunkt für Empowerment als Teil gesundheitsfördernder Maßnahmen sind Fragen und Probleme, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Empowerment setzt bei den individuellen Kompetenzen einzelner Personen und der gemeinsamen Handlungskapazität engagierter Personengruppen an (↗ Zielgruppenbezug). Für Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung bedeutet Empowerment, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass alle Beteiligten ihre individuellen und gemeinschaftlichen Ressourcen entdecken, sie weiterentwickeln und im praktischen Handeln nutzen können. Dazu gehören auch konkrete Umsetzungsschritte im sozialen, räumlichen und politischen Umfeld (↗ Setting-Ansatz), welches die Entwicklung und den Einsatz von Ressourcen mitbestimmt. Empowerment steht in engem Zusammenhang mit erfolgreicher Partizipation, Teilhabe und Gemeinschaftsbildung. Letztere stärken ihrerseits die Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen. Gleichzeitig kann erfolgreiches Empowerment zur ↗ Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Wirkungen beitragen (↗ Belege für Wirkungen und Kosten).

STUFEN DES KRITERIUMS „EMPOWERMENT“



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 ES WERDEN MÖGLICHKEITEN GESCHAFFEN, EIGENE ANLIEGEN ZU FORMULIEREN

Einflussfaktoren eines guten, gesunden Lebens sowie die eigenen Veränderungswünsche und Einflussmöglichkeiten sind nicht immer offensichtlich. Eigene Lebenserfahrungen entstehen in einem gesellschaftlichen Kontext, der grundsätzlich sowohl individuell als auch gemeinsam gestaltbar ist. Zusammenhänge zwischen eigenen Erfahrungen und gesellschaftlichen Bedingungen können in der gemeinsamen Reflexion beleuchtet werden. Dazu braucht es Möglichkeiten und Räume für Austausch über Problemlagen und Veränderungsmöglichkeiten. Fachkräfte können bei der Initiierung solcher Treffen mitwirken und sie unterstützen. Auf dieser Stufe stehen Kontaktaufnahme und Themensammlung im Vordergrund.

BEISPIEL STUFE 1

Den Mitarbeitenden eines geschlechtsspezifisch arbeitenden Gesundheitsladens fällt auf, dass gesundheitsbezogene Angebote für männliche Jugendliche fehlen. Aus diesem Grund versucht das Team, attraktive Angebote für Jungen zu konzipieren und die Räume des Treffpunkts für diese Zielgruppe zu öffnen. Die Ansprache erfolgt zunächst klassisch über eine konkretes Gesundheitsthema: ein Beratungsangebot für übergewichtige Jungs und ihre Eltern wird konzipiert.

STUFE 2 EINZELANLIEGEN WERDEN ZUM GEMEINSAMEN THEMA GEMACHT

Ziel ist es, gemeinsam die Entstehungszusammenhänge persönlicher Anliegen zu reflektieren, Einflussfaktoren zu identifizieren und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Zunächst einigen sich die Beteiligten auf ein gemeinsames Problem oder ein gemeinsames Anliegen, das sie behandeln wollen. Fachkräfte können hier eine initiierende und prozessbegleitende oder lediglich eine beratende Rolle übernehmen. Bei dieser Stufe stehen die Gruppenbildung und der Wille zum gemeinsamen Handeln im Vordergrund.

BEISPIEL STUFE 2

In der Übergewichtssprechstunde der Jungs stellt sich heraus, dass die Jugendlichen vor allem unter Stigmatisierung aufgrund ihres Körperbildes leiden, und sich daher bei Hobbies und Freizeitaktivitäten stark eingeschränkt fühlen. Daraufhin wird das Konzept um Gruppenangebote erweitert, um gemeinsam Möglichkeiten für den Umgang mit Diskriminierungserfahrungen zu entwickeln. Schnell zeigen sich weitergehende Anliegen: Die Jungs möchten gemeinsam für mehr Akzeptanz ihres Körperbildes eintreten. Zudem wünschen sie sich ein Bewegungsangebot, das sie nicht als Gruppe herausstellt, die besondere Angebote braucht.

STUFE 3 GEZIELTER RESSOURCENEINSATZ ERWEITERT HANDLUNGSSPIELRÄUME

Neben der Schaffung von Gelegenheiten zur Formulierung eigener Anliegen (Stufe 1) und dem Ziel, Einzelanliegen zum gemeinsamen Thema zu machen (Stufe 2), können das Empowerment durch weitere Ressourcen gestützt und Handlungsspielräume erweitert werden:

- Orientierungshilfen anbieten und Informationsquellen erschließen,
- die Erarbeitung von Entscheidungen, Lösungen und Zielen unterstützen,
- zwischen unterschiedlichen Positionen und Perspektiven vermitteln (Mediation).

Neben den kompetenzstärkenden Angeboten der Gesundheitsförderung bedarf es auch sozialpolitischer Einflussnahme. Dazu müssen Entscheidungstragende einbezogen und Veränderungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Auf dieser Stufe steht im Vordergrund, lokale Kapazitäten aufzubauen, um die konkreten Verbesserungsvorschläge in politische bzw. gesellschaftliche Entscheidungsprozesse einzubringen und so eine Umsetzung möglich zu machen.

BEISPIEL STUFE 3

Die Jungs gestalten in Abstimmung mit Fachkräften des Gesundheitsladens den Ablauf der Gruppenangebote und bestimmen selbstständig die zu behandelnden Themen. Mit Unterstützung von Fachkräften organisieren sie die von ihnen gewünschten Bewegungsangebote. Eine Kooperation mit dem örtlichen Sportverein sorgt dafür, dass für die Jungs zweimal in der Woche Bewegungsangebote in einem geschützten Raum durchgeführt werden.

STUFE 4 SELBSTORGANISATION VERSTETIGT DIE DURCHSETZUNG EIGENER ANLIEGEN

Die gesundheitsfördernde Arbeit unterstützt jede Form von Selbstorganisation, mit deren Hilfe die Beteiligten ihre individuellen und gemeinschaftlichen Lebensbedingungen selbstbestimmt gestalten können. Ziel ist, Unterstützung und Begleitung durch Fachkräfte nach und nach überflüssig zu machen und innerhalb vorhandener Strukturen dauerhaft eine aktiv gestaltende Mitwirkung zu ermöglichen.

BEISPIEL STUFE 4

Die Jungs bereiten die einmal in der Woche stattfindenden Gruppenstunden aktiv mit vor, indem sie Themen setzen, Beiträge vorbereiten und die Moderation übernehmen. Das Team des Gesundheitsladens unterstützt die Ausarbeitung und Umsetzung von Ideen, z. B. für eine Öffentlichkeitskampagne.
Die Jungs arbeiten mit dem Sportverein im Rahmen einer festen Mitgliedschaft zusammen. Sie organisieren und gestalten die von ihnen gewünschten Bewegungsangebote in Absprache mit den entsprechenden Trainerinnen und Trainern. Die Bewegungsangebote finden zweimal wöchentlich als Regelangebot statt. Sie beziehen ihren Verein auch in ihre Öffentlichkeitsarbeit ein, um Diskriminierungen zur Sprache zu bringen und für einen differenzierteren Umgang mit verschiedenen Körperbildern in allen Abteilungen zu werben.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

BRANDES, S.; STARK, W. (2021): Empowerment/Befähigung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. *www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/empowermentbefaehigung*

GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ/QUINT-ESSENZ (2016): Empowerment. *www.quint-essenz.ch/de/topics/1248*

ALTE FEUERWACHE – JUGENDBILDUNGSSTÄTTE KAUBSTRASSE (o. J.): Ein Workshopangebot für Mitarbeitende aus Verwaltungen und Institutionen sowie für Haupt- und Ehrenamtliche aus den Quartieren und Aktionsräumen des Programms Sozialer Zusammenhalt. In: Aktion: Raum Öffnen! Stärkung der Diversitätskompetenz. *www.quartiersmanagement-berlin.de/fileadmin/content-media/Veroeffentlichungen/Broschuere_Empowerment.pdf*

EMPOWERMENT.DE – POTENZIAL NUTZEN (o. J.): Grundlagentext Empowerment (Einführung). *www.empowerment.de/grundlagen-einfuehrung*

BITTE ZITIEREN SIE DIESEN STECKBRIEF ALS:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Empowerment“. Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

05 PARTIZIPATION

DEFINITION

Partizipation der beteiligten und angesprochenen Gruppen (↗ Zielgruppenbezug) bedeutet, in allen Phasen der Gesundheitsförderung (Bedarfserhebung, Planung, Umsetzung, Bewertung) möglichst umfassende Beteiligungsmöglichkeiten zu schaffen und dabei sicherzustellen, dass die Beteiligungsprozesse den Erfahrungen und Möglichkeiten der Zielgruppen entsprechend (zielgruppengerecht) gestaltet sind.

Zielgruppen sollen ihre individuellen wie kollektiven Bedürfnisse formulieren sowie Wünsche, Ideen und Vorstellungen bei der Planung, Umsetzung und Durchführung gesundheitsfördernder Aktivitäten einbringen können. Dazu müssen sie befähigt werden (↗ Empowerment) und Zugang zu Handlungsmöglichkeiten erhalten. Partizipation ist ein Entwicklungsprozess, in dem alle Beteiligten zunehmend Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen gewinnen, um mehr und mehr Einfluss auf Entscheidungen zu nehmen.

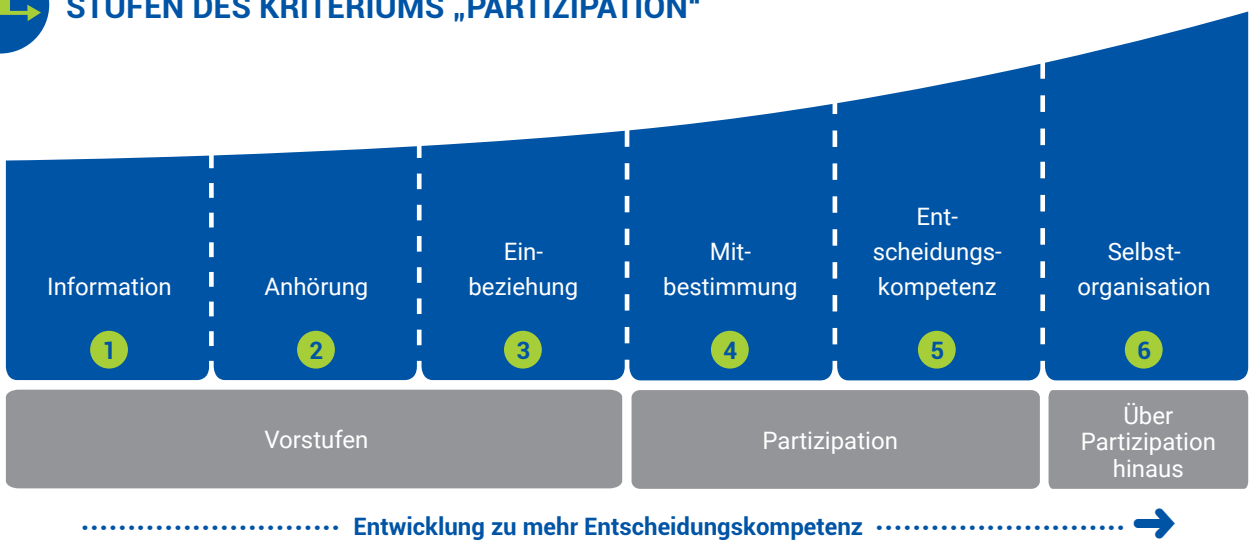
Partizipation kann von den Betroffenen selbst eingefordert und erstritten werden, muss aber auch in der ↗ Konzeption einer Maßnahme aktiv ermöglicht und gefördert werden. Dazu bedarf es eines differenzierten Verständnisses der Lebenslagen, einer gemeinsamen Analyse ihrer Bedarfe und Bedürfnisse sowie einer empathischen, respektvollen Haltung.

KONZEPT UND HINTERGRUND

In der Gesundheitsförderung ist Partizipation ein normativer, d. h. durchgängig positiver und anzustrebender Wert. Er ist bereits in der Ottawa-Charta umfassend herausgestellt: Hier wird von den Menschen als Expertinnen und Experten ihres eigenen Alltags gesprochen.

Eine möglichst umfassende Partizipation ist sowohl pädagogisch (Einüben von Teilhabe) als auch ethisch (Selbstbestimmung) geboten. Partizipation ist allerdings auch ein funktio-

STUFEN DES KRITERIUMS „PARTIZIPATION“



nales Erfordernis, weil sich Maßnahmen dadurch besser verbreiten und nachhaltiger wirken.

Dennoch gibt es kein Standardmaß der Partizipation. Fragen der Partizipation in pädagogischen Einrichtungen wie Kita oder Schule stellen sich grundsätzlich anders als bei der Aushandlung von übergeordneten Interessenkonflikten wie Energieversorgung oder Wohnungsbau. In jedem Fall ist eine möglichst umfassende Partizipation anzustreben. Ein verbreitetes Modell dazu ist die Partizipationsleiter. Sie wurde zunächst 1969 von Arnstein entwickelt und später vielfach adaptiert, u. a. von Trojan Ende der 1980er und Wright in den 2000er Jahren. Allerdings ist insbesondere die höchste Stufe dieses Modells, die der Selbstorganisation, nicht für jede Fragestellung gewünscht, sinnvoll oder realisierbar. Einerseits, weil die Beteiligten sie nicht autonom umsetzen können (z. B. Kleinkinder) oder sollen (z. B. Gefängnisinsassen), oder auch weil sie dies nicht möchten (z. B. als Konsumentinnen und Konsumenten von Dienstleistungen).

Möglichkeiten für Partizipation müssen aktiv geschaffen werden. Dabei muss darauf geachtet werden, dass auch Menschen mitmachen können, die wegen diverser Zugangshürden weniger Beteiligung erfahren. Durch zielgruppenorientierte, niedrigschwellige (→ Niedrigschwellige Arbeitsweise) und erprobte Methoden sollen diejenigen Möglichkeiten zur Beteiligung erhalten, die weniger artikulationsstark sind. Auf diese Weise soll dem Präventionsdilemma in der Gesundheitsförderung und Prävention entgegengewirkt werden. Präventionsdilemma bedeutet, dass sich Menschen mit mehr Ressourcen, mehr Geld und mehr Bildung leichter beteiligen, mehr Einfluss haben und dadurch auch mehr profitieren, obwohl die größeren Bedarfe bei benachteiligten Gruppen liegen.

Berücksichtigt werden sollte auch das Partizipationsparadox. Es besagt, dass der Wunsch nach Partizipation immer dann besonders schwach ausgeprägt ist, wenn die Gestaltungsmöglichkeiten besonders groß sind (z. B. in der Stadtplanung). Umgekehrt wächst mit abnehmenden Einflussmöglichkeiten der Wunsch nach Partizipation, z. B. weil die Auswirkungen (z. B. von Bauprojekten) erst dann genauer verstanden werden, wenn das Vorhaben kurz vor der Realisierung steht. Partizipationsförderung sollte dabei immer berücksichtigen, dass die Partizipationsmöglichkeiten frühzeitig und über möglichst anschauliche Szenarien angeboten werden, und dass es auch in fortgeschrittenen Planungsabläufen weiterhin Mitbestimmungsmöglichkeiten gibt.

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 INFORMATION

Die Professionellen (z. B. in Gesundheitsämtern, Krankenkassen, Hochschulen oder Vereinen und freien Trägern) informieren darüber, welche Probleme aus ihrer Sicht bestehen. Sie zeigen Handlungsmöglichkeiten auf, die aus professioneller Sicht zur Problemlösung beitragen können, erläutern ihre Empfehlungen und begründen sie fachlich. Die Sichtweise der angesprochenen Personengruppen wird nach Möglichkeit berücksichtigt, um die Akzeptanz der Informationsangebote und die Aufnahme der Botschaften zu fördern.

BEISPIEL STUFE 1

In einem hochverdichteten innerstädtischen Quartier sollen Spiel-, Bewegungs- und Begegnungsräume für Kinder und Jugendliche geschaffen werden. Die kommunale Verwaltung entwickelt ein Konzept und informiert die Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers über die Planung.

STUFE 2 ANHÖRUNG

Die Professionellen möchten mehr über die Sichtweise der angesprochenen Personengruppen erfahren. Die Mitglieder dieser Gruppen werden befragt und angehört. Es wird jedoch nicht gewährleistet, ob und in welchem Umfang die Sichtweisen der Betroffenen bei der Konzeption der gesundheitsfördernden Maßnahmen Beachtung finden.

BEISPIEL STUFE 2

Das von der Kommunalverwaltung entwickelte Konzept wird im Rahmen einer Versammlung von Bürgerinnen und Bürgern vorgestellt und diskutiert. Das kommunale Planungspersonal stellt das Konzept zusätzlich in Freizeiteinrichtungen und Schulen des Quartiers vor und holt die Rückmeldungen der Kinder und Jugendlichen ein.

STUFE 3 EINBEZIEHUNG

Träger oder Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen lassen sich von ausgewählten Personen aus der angesprochenen Gruppe beraten. Die Beratungen haben keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

BEISPIEL STUFE 3

Das kommunale Planungspersonal lädt Kinder und Jugendliche mit einem Aufruf in Schulen und Freizeiteinrichtungen dazu ein, sich am Planungsteam für die Einrichtung der Spiel-, Bewegungs- und Begegnungsräume zu beteiligen. Das Team trifft sich mehrfach und bespricht die vorliegenden Ideen, ohne dass es Entscheidungskompetenzen hat.

STUFE 4 MITBESTIMMUNG

Die Professionellen beziehen Vertreterinnen und Vertreter der angesprochenen Personengruppen in Entscheidungsprozesse ein, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme abzustimmen. Die Gruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine verbindliche Entscheidungsbefugnis.

BEISPIEL STUFE 4

Die Bürgermeisterin ruft Schulen auf, sich an der Planung der Spiel-, Bewegungs- und Begegnungsräume zu beteiligen. Die Schülerinnen und Schüler erkunden im Rahmen des Unterrichts gemeinsam ihr Quartier und entwickeln Vorschläge. Diese stellen sie den kommunalen Entscheidungsgremien des Stadtparlaments vor. Die zuständigen Mitglieder des Stadtparlaments müssen sich in einer von der Bürgermeisterin geleiteten Veranstaltung zu diesen Vorschlägen äußern.

STUFE 5 ENTSCHEIDUNGSKOMPETENZ

Die Mitglieder der angesprochenen Personengruppen sind verbindlich in alle Entscheidungen bei der Planung, Umsetzung und Bewertung einer Maßnahme eingebunden. Sie haben klar definierte und transparente Entscheidungsbefugnisse und/oder ein Vetorecht.

BEISPIEL STUFE 5

Nachdem die Planungs- und Genehmigungsprozesse für die Spiel-, Bewegungs- und Begegnungsräume des innerstädtischen Quartiers abgeschlossen sind, richtet die kommunale Verwaltung Arbeitsgruppen zur konkreten Ausgestaltung unter Beteiligung von Kindern und Jugendlichen ein. Im Rahmen des vorhandenen Budgets entscheiden diese Gruppen über die konkrete Ausgestaltung der Räume mit.

STUFE 6 SELBSTORGANISATION

Eine Maßnahme bzw. ein Projekt wird von den Mitgliedern der angesprochenen Personengruppen selbst initiiert und durchgeführt. Die Entscheidungen treffen die Gruppenmitglieder eigenständig und eigenverantwortlich. Alle Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sind Mitglieder der Gruppe. Diese Stufe geht über die oben dargestellte Partizipation hinaus.

BEISPIEL STUFE 6

Auf dem Abenteuerspielplatz, der im Quartier eingerichtet wurde, planen die Kinder und Jugendlichen ein Hüttendorf. Unter Berücksichtigung der Regeln zum Unfallschutz bestimmen sie selbst, wie und nach welchen Regeln die Fläche genutzt werden soll und wie die vorhandenen Interessen in Einklang gebracht werden können.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

ARNSTEIN, S. (1969): Ladder of Participation.
https://historyofsocialwork.org/eng/details.php?cps=21

HALDENWANG VON, U.; BÄR, G.; SCHWARZ, E.; SCHAEFER, I.; MITGLIEDER DES FORSCHUNGSVERBUNDS PARTKOMMPLUS (2018): Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Elternmitwirkung in den Frühen Hilfen durch partizipative Gesundheitsforschung. Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Eltern fragen Eltern" (ElfE). In: Zeitschrift für Hebammenwissenschaft.
www.dghwi.de/images/zeitschrift/ZHWi/Zeitschrift-DGHWi_11_Ausgabe_180527.pdf

WRIGHT, M.T. (2020): Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipation-mitentscheidung-der-buergerinnen-und-buerger

WRIGHT, M.T.; ALLWEISS, T.; SCHWERSENSKY, N. (2021): Partizipative Gesundheitsforschung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipative-gesundheitsforschung

BITTE ZITIEREN SIE DIESEN STECKBRIEF ALS:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Partizipation". Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice" des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

06 NIEDRIGSCHWELLIGE ARBEITSWEISE

DEFINITION

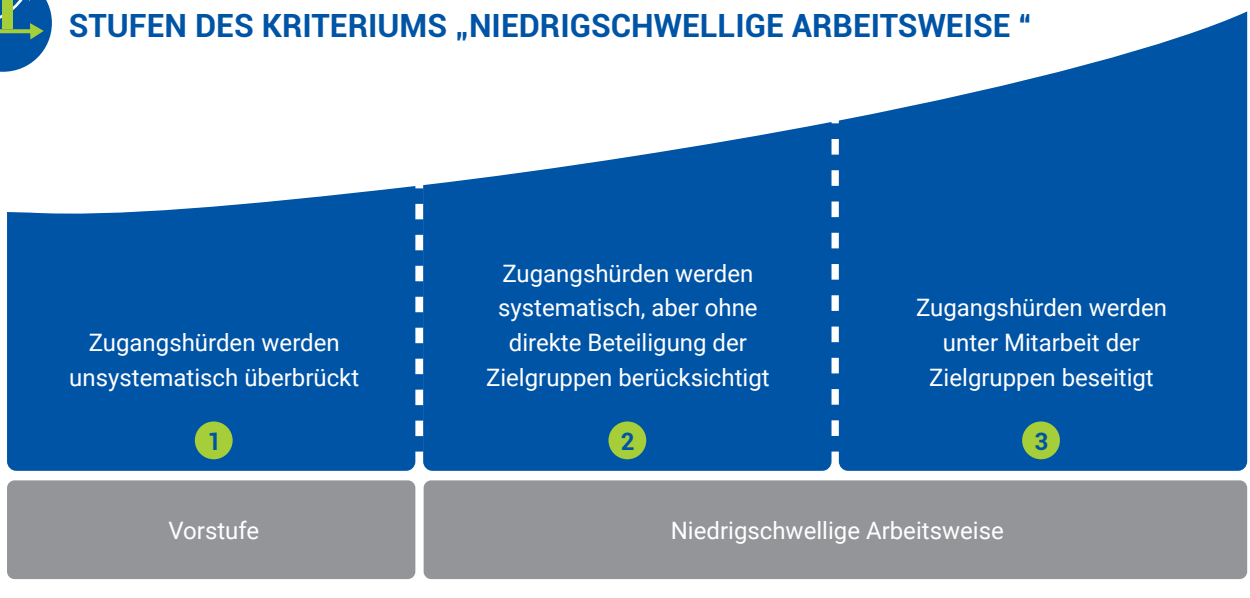
Eine niedrigschwellige Arbeitsweise zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit zeichnet sich dadurch aus, dass Zugangshürden aus der Perspektive der Zielgruppen (↗ Zielgruppenbezug) und weiterer Beteiligter reflektiert werden. Ein fester Bestandteil der niedrigschwelligen Arbeitsweise ist z. B., dass in der ↗ Konzeption des Angebots die Barrierefreiheit berücksichtigt wird. Barrierefreiheit bedeutet, dass öffentliche Plätze und Gebäude, Arbeitsplätze und Wohnungen, Verkehrsmittel und Gebrauchsgegenstände, Dienstleistungen, Unterstützungs- und Freizeitangebote so gestaltet sind, dass sie für alle Personen ohne fremde Hilfe zugänglich sind. Zugangshürden hindern Menschen daran, ein gesundheitsförderndes Angebot überhaupt oder in vollem Umfang in Anspruch zu nehmen. Zu diesen Hürden gehören z. B. eine komplizierte oder nicht verständliche Sprache, die Örtlichkeit (ob z. B. mit ÖPNV erreichbar oder nicht) oder auch finanzielle Eigenbeiträge. Bereits in der Konzeption werden Handlungsansätze formuliert, um Zugangshürden zu vermeiden oder möglichst niedrig zu halten.

Barrieren und Zugangshürden für die Teilhabe an gesundheitsfördernden Maßnahmen können vermieden werden durch die Schaffung

- organisatorischer Voraussetzungen, z. B. Tageszeit, Ort, Kosten, Antrags- und Anmeldungsformalitäten,
- konzeptioneller Voraussetzungen, z. B. Bedarfsgerechtigkeit, geschlechts- und kultursensible Vermittlung, zielgruppengerechte Öffentlichkeitsarbeit,
- weiterer Voraussetzungen, z. B. der Vermeidung von Stigmatisierung.

Aufsuchende und begleitende Angebote (Gehstruktur) oder die Zusammenfassung verschie-

STUFEN DES KRITERIUMS „NIEDRIGSCHWELLIGE ARBEITSWEISE “



dener Angebote unter einem Dach mit barrierefreien Zugängen sind typische Beispiele für eine niedrigschwellige Arbeitsweise. Das Mitwirken der Zielgruppen bei der Planung (↗ Partizipation) sowie die Einbindung von Multiplikationspersonen (↗ Multiplikatorenkonzept) sind wichtige Voraussetzungen für eine niedrigschwellige Arbeitsweise.

Verständnis und Wissen zum Alltag und zur Lebenssituation der Zielgruppen sind unverzichtbare Grundlage für eine niedrigschwellige Arbeitsweise, ebenso wie die genauere Differenzierung der Beteiligten unter Berücksichtigung ihrer Vielfalt (siehe Was genau macht diese Ungleichheiten aus? im *Infokasten: Was ist soziallagenbezogene Gesundheitsförderung?* der Einleitung).

Um eine niedrigschwellige Arbeitsweise erfolgreich durchzusetzen, muss sie innerhalb der durchführenden Einrichtung durch eine Entscheidung auf der Leitungsebene unterstützt und finanziell gewährleistet sein.

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 ZUGANGSHÜRDEN WERDEN UNSYSTEMATISCH ÜBERBRÜCKT

Die Fachkräfte bestimmen auf Grundlage eigener Erfahrungen und weiterer Informationen (z. B. der Gesundheitsberichterstattung und der Fachliteratur) den Bedarf der Zielgruppen und gestalten die Maßnahme. Sie orientieren sich dabei an fachspezifischen Empfehlungen. Auf Anfrage werden Zugangshürden zwar evtl. individuell überbrückt, aber nicht systematisch reflektiert.

BEISPIEL STUFE 1

Ein Sportverein möchte seine Bewegungsangebote für ältere Menschen erweitern und dabei auch körperlich eingeschränkte und sozial isolierte Personen ansprechen. Die Angebote für Sport- und Gymnastikgruppen in der örtlichen Turnhalle werden aber überwiegend von sportlichen und mobilen, gut integrierten älteren Menschen in Anspruch genommen. Personen mit Einschränkungen können teilnehmen, wenn sie sich telefonisch melden und z. B. Fahrgemeinschaften mit anderen Teilnehmenden organisiert werden.

STUFE 2 ZUGANGSHÜRDEN WERDEN SYSTEMATISCH, ABER OHNE DIREKTE BETEILIGUNG DER ZIELGRUPPEN BERÜCKSICHTIGT

Die Fachkräfte reflektieren mögliche Zugangshürden auf Grundlage eigener Erfahrungen, fachlicher Standards und im Austausch mit anderen Angeboten. Sie berücksichtigen auch organisatorische Voraussetzungen, wie beispielsweise Ort, Zeitpunkt und zeitlichen Umfang des Angebots. Außerdem schaffen sie die Voraussetzungen für eine unbürokratische Teilnahme bzw. wählen eine aufsuchende Angebotsstruktur.

BEISPIEL STUFE 2

Die Zuständigen des Sportvereins reflektieren die Erfahrungen mit der Umsetzung des Angebots und kommen zu dem Schluss, dass das (kostenpflichtige) Gruppenangebot in der Turnhalle für gesundheitlich eingeschränkte ältere Menschen zu hochschwellig ist. Der Sportverein kooperiert mit der Gemeinde und bietet offene Angebote im lokalen Gemeindesaal an. Über die Angebote informiert er im regionalen Anzeigenblatt oder über das Informationsblatt der Kirchengemeinde.

STUFE 3 ZUGANGSHÜRDEN WERDEN UNTER MITARBEIT DER ZIELGRUPPEN BESEITIGT

Gestaltung und Arbeitsweise der Maßnahme richten sich an der Lebenswelt und den Sichtweisen der Zielgruppen aus. Beteiligungs- und Zugangshürden werden aus der Sicht fachlicher Standards und der Erfahrungen der Fachkräfte betrachtet. Aber auch im direkten Kontakt mit den Zielgruppen, z. B. durch Befragungen, offene Gespräche und Gruppendiskussionen, werden Erkenntnisse über ihren Alltag, ihre Lebenssituation und Bedarfslagen sowie über Zugangshürden aus ihrer Sicht gewonnen. Im gegenseitigen Austausch werden an die Bedürfnisse der Zielgruppen angepasste Angebote und Maßnahmen entwickelt. Barrieren und Zugangshürden werden gemeinsam abgebaut, vermieden oder so gering wie möglich gehalten. Die Ansprache erfolgt unter Berücksichtigung kultureller, sprachlicher und weiterer Diversitätsmerkmale der Zielgruppen.

BEISPIEL STUFE 3

Der Sportverein führt gemeinsam mit dem Seniorinnen- und Seniorenrat der Stadt eine Befragung zu Bewegungsangeboten für ältere Menschen durch, die mit konventionellen Sportangeboten nicht erreicht werden. Ein Ergebnis ist, dass kurze Wege zum Angebot wichtig sind. Auch sollte kein Leistungsdruck aufgebaut werden, bis zu 90 Minuten lang an einem Angebot teilnehmen zu müssen. Im Ergebnis organisiert der Verein in Kooperation mit dem Rat und der Gemeinde kostenlose Bewegungsangebote im Freien, die mehrfach wöchentlich in Parks oder auf Freiflächen in den Wohnquartieren stattfinden. Die Teilnahme ist – nicht nur älteren Menschen – jederzeit spontan möglich. Damit auch Menschen mit Mobilitätseinschränkungen teilnehmen können, werden Abholgemeinschaften organisiert.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

ARBEITERWOHLFAHRT BUNDESVERBAND E. V. / FAMILIENBILDUNG.INFO (o. J.): Niedrigschwelligkeit. *www.familienbildung.info/extern.htm?glossar_begriffe.htm#Niedrigschwelligkeit*

BLÜMEL, ST; LEHMANN, F.; HARTUNG, S. (2021): Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. *www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren*

GUSY, B. (2020): Streetwork / Aufsuchende soziale Arbeit. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. *www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/streetwork-aufsuchende-soziale-arbeit*

HÖLLMÜLLER, H. (2019): Aufsuchende Sozialarbeit. In: socialnet Lexikon. *www.socialnet.de/lexikon/Aufsuchende-Sozialarbeit*

BITTE ZITIEREN SIE DIESEN STECKBRIEF ALS:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Niedrigschwellige Arbeitsweise“. Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

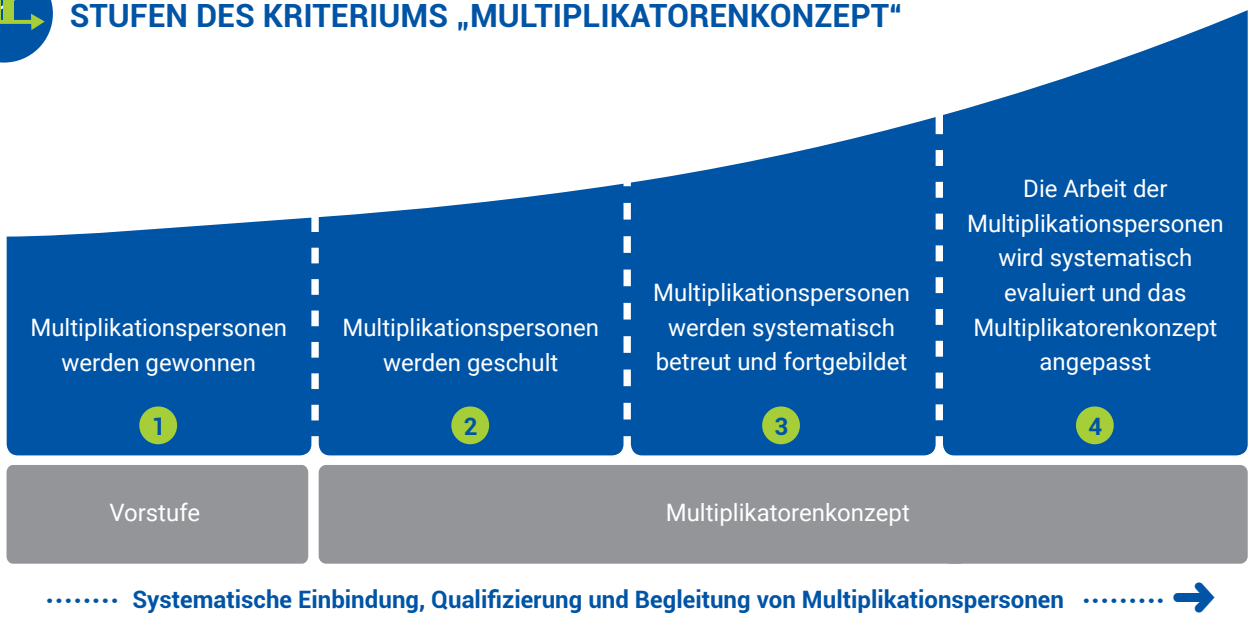
07 MULTIPLIKATORENKONZEPT

DEFINITION

Ein Multiplikatorenkonzept legt im Rahmen der ↗ Konzeption der Maßnahme fest, welche Personen oder Personengruppen mit welcher Methodik systematisch in die Umsetzung einer Maßnahme eingebunden und für diese Aufgabe qualifiziert werden. Das Konzept orientiert sich an den jeweiligen Lebensbedingungen in den Lebenswelten der Zielgruppen (↗ Zielgruppenbezug, ↗ Setting-Ansatz). Die Arbeit der Multiplikationspersonen sollte in den vorhandenen Strukturen der Lebenswelt (z. B. einer Nachbarschaft oder einer Kita) verankert sein. In der Gesundheitsförderung aktive Institutionen und die dort tätigen Fachkräfte können die jeweiligen Zielgruppen meist nur in begrenztem Umfang direkt erreichen. Deshalb sind sie in der Regel auf Multiplikationspersonen angewiesen. Gründe sind z. B. begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen oder eingeschränkte Zugangsmöglichkeiten. Multiplikationspersonen haben daher eine wichtige Brückenfunktion bei der Vermittlung von Informationen und Kompetenzen.

Multiplikationspersonen arbeiten gemeinsam mit den Beteiligten (↗ Partizipation) am Aufbau von deren Kompetenzen (↗ Empowerment). Dies geschieht mit dem Ziel, in den jeweiligen Lebenswelten besser auf die dort vorhandenen, die Gesundheit beeinflussenden Faktoren einwirken zu können (vgl. auch Welche Faktoren haben Einfluss auf die Gesundheit? im *Infokasten: Was ist soziallagenbezogene Gesundheitsförderung?* der Einleitung). Sie sind Ansprechpersonen für die Bedürfnisse der Zielgruppen und können nach einer entsprechenden Qualifizierung selbst die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten unterstützen, beispielsweise indem sie Eltern-Cafés organisieren oder die kommunale Vernetzung fördern.

STUFEN DES KRITERIUMS „MULTIPLIKATORENKONZEPT“



Als Multiplikationspersonen kommen sowohl bestimmte Berufsgruppen (z. B. Lehrkräfte, Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) in Frage als auch in der Lebenswelt der Zielgruppen akzeptierte und gut vernetzte Personen. Die Multiplikationspersonen sind oft in einer ähnlichen Lebenssituation wie die Zielgruppen der Maßnahme, z. B. ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Personen mit einer Behinderung oder Personen mit der gleichen sexuellen Identität. Sie fungieren daher als Schlüsselpersonen zu denjenigen Zielgruppen, zu denen beruflich Tätige oft nur schwer Zugang finden.

Der Multiplikationsbegriff steht für eine Vermittlungsrolle bei der Kommunikation zwischen Personen sowie für gemeinsame Lernprozesse bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten.

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 MULTIPLIKATIONSPERSONEN WERDEN GEWONNEN

Die Mitarbeitenden einer Maßnahme sprechen potenzielle Multiplikationspersonen mit der Bitte an, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung für die Zielgruppen und mit deren Beteiligung zu leisten. Nach erfolgter Zusage werden sie gebeten, die angestrebten Ziele und die dafür geplanten Maßnahmen so weit wie möglich zu unterstützen.

BEISPIEL STUFE 1

Ein Wohlfahrtsverband will es älteren türkischsprachigen Menschen mit Demenz ermöglichen, möglichst lange zu Hause wohnen zu bleiben. In den Blick genommen werden auch die pflegenden Angehörigen. Potenzielle Multiplikationspersonen werden über Aushänge, E-Mail-Verteiler und Anzeigen in Zeitungen angesprochen. Mit interessierten Personen führen die Koordinierenden der Maßnahme dann ein persönliches Erstgespräch.

STUFE 2 MULTIPLIKATIONSPERSONEN WERDEN GESCHULT

In der Konzeption der Maßnahme ist festgelegt, dass ausgewählte Multiplikationspersonen auf Grundlage eines Schulungskonzepts gezielt fortgebildet werden. Die Finanzierung ist gesichert. Die Schulung gewährleistet, dass die Multiplikationspersonen mit den Zielen, den durchzuführenden Maßnahmen und möglichen Problemen vertraut sind, um die Arbeit so gut wie möglich unterstützen zu können.

BEISPIEL STUFE 2

Im Rahmen einer Basisqualifizierung zum Thema „Migration und Demenz“ (mit einem Umfang von 40 Stunden) werden potenzielle Multiplikationspersonen auf ihre häuslichen Betreuungseinsätze bei türkischsprachigen Menschen mit Demenz vorbereitet. Themen der Schulung – auf der Basis eines erprobten Schulungskonzepts – sind Grundlagen zum Krankheitsbild Demenz, zur kultursensiblen Aktivierung und zur Situation pflegender Angehöriger. Die Schulung wird, gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, von Fachkräften durchgeführt. Neben der häuslichen Betreuung übernehmen die qualifizierten Multiplikationspersonen Aufgaben in der Organisation und Moderation eines betreuten Gruppenangebots.

STUFE 3 MULTIPLIKATIONSPERSONEN WERDEN SYSTEMATISCH BETREUT UND FORTGEBILDET

Die in die Maßnahme eingebundenen Multiplikationspersonen werden kontinuierlich betreut und regelmäßig fortgebildet. Damit wird gewährleistet, dass eventuell auftretende Probleme bei der Arbeit vor Ort schnell erkannt und gelöst werden können. Auch die verwendeten Materialien (z. B. Handbücher) werden als Teil dieses Fortbildungszyklus ständig aktualisiert.

BEISPIEL STUFE 3

Ein ambulanter Betreuungsdienst für Menschen mit Demenz führt mit den Multiplikationspersonen viermal im Jahr Reflexionsgespräche und bedarfsgerechte Fortbildungen durch. Dort reflektieren sie ihre persönlichen Erfahrungen und verknüpfen das Gelernte mit der Praxis. Zudem erhalten sie Einblick in relevante gesellschaftliche Zusammenhänge und wissenschaftliche Erkenntnisse, z. B. zum Krankheitsbild Demenz. Erfahrungen aus dem gemeinsamen Austausch werden genutzt, um die Maßnahme kontinuierlich weiterzuentwickeln. Fortbildung und Betreuung tragen außerdem zur Motivation der Multiplikationspersonen bei.

STUFE 4 DIE ARBEIT DER MULTIPLIKATIONSPERSONEN WIRD SYSTEMATISCH EVALUIERT UND DAS MULTIPLIKATORENKONZEPT ANGEPASST

Die Arbeit der Multiplikationspersonen wird in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden kontinuierlich und systematisch evaluiert. Dies gewährleistet, dass Schulungs- und Unterstützungsangebote fortlaufend angepasst und verbessert werden können. Die im Rahmen der Evaluation erhaltenen Rückmeldungen ermöglichen zudem, die Maßnahme fortlaufend an sich verändernde Rahmenbedingungen anzupassen.

BEISPIEL STUFE 4

Fachkräfte einer wissenschaftlichen Einrichtung begleiten die Umsetzung des Multiplikatorenkonzeptes zur Betreuung türkischsprachiger Menschen mit Demenz. Sie stellen die Erfahrungen und Rückmeldungen der Multiplikationspersonen sowie der Fachkräfte des Trägers der Maßnahme auf der Basis eines wissenschaftlichen Erhebungsinstrumentes zusammen. Daneben moderieren sie einen gemeinsamen Entwicklungsprozess für die Fortschreibung des Multiplikatorenkonzeptes. Neben den fachlichen Inhalten werden vor allem die Anforderungen an den Träger der Maßnahme diskutiert (u. a. hinsichtlich Finanzierung und Qualität).

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

BACKES, H.; LIEB, CH. (2015): Peer Education. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. *www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/peer-education*

BLÜMEL, ST; LEHMANN, F.; HARTUNG, S. (2021): Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. *www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren*

GEGEN VERGESSEN – FÜR DEMOKRATIE E.V. (Hrsg.) (2019): lebensweltnah & partizipativ – Mit Peer Education gesellschaftliche Vielfalt und Demokratie fördern. *www.ufuq.de/wp-content/uploads/2019/12/GVFD_Peer-Edukation_web_einzelseiten_0612191.pdf*

BITTE ZITIEREN SIE DIESEN STECKBRIEF ALS:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Multiplikatorenkonzept". Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice" des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

08 NACHHALTIGKEIT

DEFINITION

Mit nachhaltigen Maßnahmen wird bei den Zielgruppen (↗ Zielgruppenbezug) eine dauerhafte und nachweisbare Stärkung individueller Kompetenzen und Ressourcen sowie in den Lebenswelten (↗ Setting-Ansatz) die Gestaltung dauerhaft gesundheitsgerechter Lebensbedingungen angestrebt. Voraussetzung für Nachhaltigkeit sind verlässliche und zeitstabile, also strukturell verstetigte gesundheitsfördernde Angebote. Umgesetzt werden sie z. B. durch die Sicherstellung von Räumen und Personal, die Entwicklung von Kooperationen und möglichst auch die Verankerung in kommunalen Strategien (↗ Integriertes Handeln). Im Zuge der Verstetigung kann ein Angebot auch in ein landes- oder bundesweit umgesetztes Programm integriert werden.

Im Rahmen des ↗ Qualitätsmanagements müssen Anbietende regelmäßig – eventuell unter Beteiligung der Zielgruppen (↗ Partizipation) – reflektieren und entscheiden, ob die bisher verfolgten Ansätze (↗ Konzeption) weiterhin zielführend und den Problem- bzw. Bedarfslagen angemessen sind. Wenn sich diese in der Zwischenzeit verändert haben, müssen sie entscheiden, ob neue Lösungsansätze notwendig sind. Eine solche Weiterentwicklung der Arbeit ist Voraussetzung für nachhaltige, über kurzfristige Projektarbeit hinausgehende Angebotsstrukturen. Zudem macht sie nachhaltige gesundheitsfördernde Wirkungen wahrscheinlicher.

STUFEN DES KRITERIUMS „NACHHALTIGKEIT“

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 DER BEDARF FÜR DIE MAßNAHME WIRD FESTGESTELLT

Die gesundheitliche Bedarfs- und Problemlage wird anhand verfügbarer Informationen (z. B. Gesundheits- und Sozialberichte, Strukturanalysen, Befragungen, Fokusgruppen) und unter Einbeziehung möglichst aller relevanten Akteurinnen und Akteure ermittelt. Anschließend wird bestimmt, welche der identifizierten Probleme im Rahmen der Maßnahme bearbeitet, welche Ressourcen gefördert und welche Möglichkeiten zur Verstetigung verfolgt werden sollen.

BEISPIEL STUFE 1

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

STUFE 2 DIE MAßNAHME WIRD KONZIPIERT UND DURCHGEFÜHRT

Auf Grundlage der Bedarfsermittlung werden Ziele bestimmt, geeignete Maßnahmen konzipiert und die Zielerreichung – insbesondere gesundheitsfördernde Veränderungen für die Zielgruppen – überprüft. Finanzgebende werden angesprochen und gewonnen, so dass die Umsetzung (z. B. als Modellprojekt) gewährleistet ist.

BEISPIEL STUFE 2

In einer Werkstatt für Menschen mit Lernschwierigkeiten werden die fachlichen Grundlagen für ein spezifisches Beratungsangebot partizipativ entwickelt und die personellen und strukturellen Voraussetzungen für seine Umsetzung definiert. Im Rahmen der Konzeptentwicklung werden Ziele formuliert und Ideen für gesundheitsbezogene Module entwickelt. Außerdem wird erarbeitet, wie die Erreichung der Ziele überprüft werden kann. Die Umsetzung der zweijährigen Modellphase erfolgt im Rahmen eines Landesprogrammes.

STUFE 3 DIE MAßNAHME WIRD ERFOLGREICH DURCHGEFÜHRT, IHRE WIRKSAMKEIT IST BELEGT UND DIE VERSTETIGUNG GESICHERT

Im Verlauf der Projektförderung (vgl. Stufe 2) werden die Aktivitäten und (Zwischen-) Ergebnisse der Arbeit dokumentiert. Sind Erfolg und Wirksamkeit der Arbeit belegt, kann deren Verstetigung vorangetrieben werden. Dazu wird ein Konzept entwickelt und es werden Partnerinnen und Partner für die langfristige Finanzierung und Durchführung gesucht. Die Verstetigung kann sich dabei auf die gesamte Maßnahme beziehen oder auf besonders wichtige und vielversprechende Elemente. Verstetigung kann auch darin bestehen, dass das Angebot in längerfristige Programme und strategische Konzepte auf kommunaler oder Landesebene eingebunden wird, um so die Finanzierung langfristig sicherzustellen.

BEISPIEL STUFE 3

Das Beratungsangebot wird in der Modellphase umgesetzt, dokumentiert und auf seine Wirksamkeit überprüft. Erfasst werden dabei die Anzahl und Dauer der Beratungen, die Themenschwerpunkte der Beratungsgespräche, die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten sowie positive Effekte. Es zeigt sich, dass eine große Nachfrage besteht, dass das Angebot angenommen wird, und dass die Klientinnen und Klienten es als unterstützend und hilfreich wahrnehmen. Nach Auslaufen der Pilotphase wird das Beratungsangebot im Rahmen eines kommunalen Konzeptes zur Inklusion weiter gefördert.

STUFE 4 DIE VERSTETIGTE MAßNAHME WIRD KONTINUIERLICH WEITERENTWICKELT

Auch bei erfolgreich verstetigten Maßnahmen wird die Bedarfslage 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 innovative Ansätze entwickelt und in die Arbeit integriert.

BEISPIEL STUFE 4

Im Rahmen des Qualitätsmanagements für das Beratungsangebot zeigt sich, dass die verfügbaren Informationsmaterialien von den Klientinnen und Klienten zwar entgegengenommen, jedoch nicht vollständig verstanden und genutzt werden. Gemeinsam mit den Nutzenden des Angebotes und Fachleuten für einfache Sprache werden zielgruppengerechte Informationsmaterialien gestaltet. Diese werden zu einem wichtigen neuen Element des Beratungsangebotes.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

TROJAN, A.; SÜSS, W. (2020): Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/nachhaltigkeit-und-nachhaltige-gesundheitsfoerderung

ROSENBROCK, R.; HARTUNG, S. (2015): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus

ENGAGEMENT GLOBAL (2021): Was sind die 17 Ziele? Ziele für nachhaltige Entwicklung.
www.17ziele.de/info/was-sind-die-17-ziele.html

BITTE ZITIEREN SIE DIESEN STECKBRIEF ALS:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Nachhaltigkeit“. Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

09 INTEGRIERTES HANDELN

DEFINITION

Kommunale Gesundheitsförderung ist eine interdisziplinäre Querschnittsaufgabe, die nur durch integriertes Handeln bewältigt werden kann. Als solche besteht sie vor allem in der Erstellung integrierter Handlungskonzepte sowie der Vernetzung von Personen und Institutionen aus verschiedenen Fachbereichen, Politik und Zivilgesellschaft.

1. INTEGRIERTE HANDLUNGSKONZEPTE

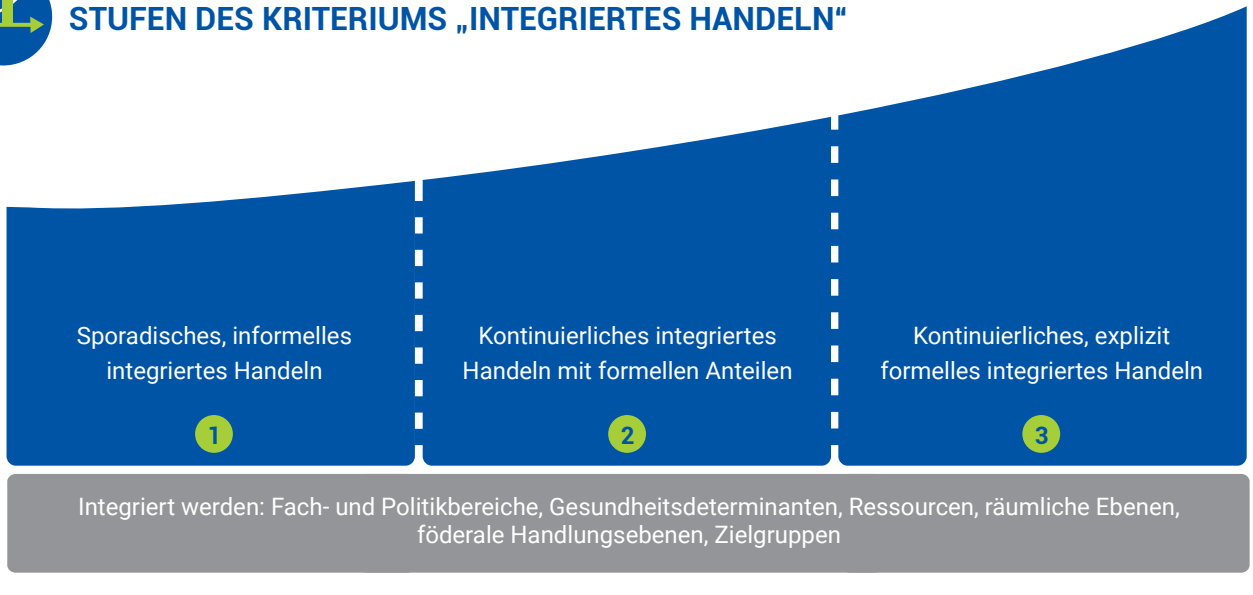
Integrierte Handlungskonzepte sind wichtige Steuerungs- und Koordinierungsinstrumente der Gesundheitsförderung. Sie werden kooperativ mit den im jeweiligen Setting (↗ Setting-Ansatz) zentralen Akteurinnen und Akteuren entwickelt (↗ Partizipation). Zu ihnen gehören u. a. Verwaltungsbereiche der Kommune, Verbände, Vereine und Institutionen sowie die Bewohnerinnen und Bewohner selbst. Integrierte Handlungskonzepte zeichnen sich in der Regel durch folgende Kernelemente aus:

- Problem- und Bedarfsanalyse,
- Zielsetzung,
- Maßnahmen zur Erreichung der Ziele,
- Zeit-, Ablauf- und Umsetzungsplan,
- Qualitätsmanagement, Dokumentation und Evaluation,
- Kosten- und Finanzierungsplan.

Diese Kernelemente sind unabhängig davon, ob es sich um ein soziallagenbezogenes Einzelprojekt eines Trägers oder um ein quartiersbezogenes oder gesamtkommunales Konzept einer Stadt bzw. Gemeinde handelt.

Ein integriertes Handlungskonzept detailliert die zu integrierenden Aktivitäten unterschiedlicher Bereiche:

STUFEN DES KRITERIUMS „INTEGRIERTES HANDELN“



Von einem sporadischen, informellen integrierten Handeln hin zu einem kontinuierlichen, explizit formellen Handeln

- Fach- und Politikbereiche (Health in All Policies), z. B. Gesundheit, Jugendhilfe, Bildung, Stadtentwicklung, Stadtplanung, Soziales, Arbeit, Umwelt, Verkehr;
- Gesundheitsdeterminanten, z. B. individuelle Lebensweise, soziale und kommunale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Umweltbedingungen;
- Ressourcen – sowohl finanzielle Mittel (z. B. Mittel unterschiedlicher Fachressorts, Fördermittel, private Mittel) als auch Sachmittel (z. B. Räume, technische Ausstattung) – sowie personelle Ressourcen und Knowhow;
- räumliche Ebenen, z. B. Nachbarschaft/Quartier, Stadt- bzw. Ortsteil, Gesamtkommune, Region;
- Föderale Handlungsebenen, z. B. Kommune, Land, Bund;
- Zielgruppen (→ Zielgruppenbezug), z. B. Kinder, Jugendliche, ältere Menschen, Familien, Alleinerziehende, Arbeitslose, Menschen mit Migrationserfahrung.

Die Komplexität integrierter Handlungskonzepte macht die Schriftform unabdingbar. Gleichzeitig besteht die Herausforderung, die Komplexität der Konzepte so zu reduzieren, dass sie umsetzbar bleiben (Machbarkeit). Einzelmaßnahmen oder vorhandene Projekte sollten möglichst in das integrierte Handlungskonzept eingebunden werden.

2. INTEGRIERENDE VERNETZUNG

Vernetzung ist eine zentrale Handlungsstrategie in der Gesundheitsförderung. Sie bezeichnet ein Geflecht von Beziehungen zwischen Akteurinnen und Akteuren (engagierten Einzelpersonen, Gruppen und Institutionen). Vernetzung dient dem Austausch von Informationen, der Ergänzung materieller und nicht-materieller Ressourcen und/oder der Abstimmung gemeinsamer Werte und Ziele. Gelungene Vernetzung trägt dazu bei, gesundheitsfördernde Maßnahmen bedarfsgerecht in die bestehende kommunale Angebotslandschaft einzufügen. In einer ausgereifteren Form entstehen aus der Zusammenarbeit Synergien, die als kollektive Ressourcen über den Kreis der Netzwerkpartner hinaus eine dauerhafte Wirkung entfalten können.
Alle Vernetzungsaktivitäten sollten an bereits vorhandenen Strukturen ansetzen. Eine Aufgabe der Vernetzung ist, einzelne Maßnahmen als Teil kommunaler Strategien und Programme (z. B. integrierte kommunale Gesundheitsstrategien oder Präventionsketten) zu entwickeln oder eine solche Strategie- und Programmentwicklung durch gemeinsame Abstimmung zu fördern.

Die Intensität und Verbindlichkeit der Zusammenarbeit kann von informellen mündlichen Absprachen über regelmäßige Anwesenheit oder aktive Mitarbeit bis hin zu formellen Regelungen in Kooperationsvereinbarungen reichen. Die verlässliche Koordination der Netzwerkaktivitäten ist ein wichtiger Erfolgsfaktor, auch bei informellen Netzwerken. Gleiches gilt für eine kontinuierliche Weiterentwicklung passender Strukturen und Organisationsformen für gemeinsame Vorhaben. Die unterschiedlichen Dimensionen integrierten Handelns können Anhaltspunkte für die regelmäßige Weiterentwicklung liefern.

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

Einzelaspekt der Integration	**STUFE 1** Sporadisches, informelles integriertes Handeln	**STUFE 2** Kontinuierliches integriertes Handeln mit formellen Anteilen	**STUFE 3** Kontinuierliches, explizit formelles integriertes Handeln
Fach- und Politikbereiche	Die Konzeptentwicklung erfolgt unter der Federführung eines Fachbereichs. Zur Konsultation werden andere Fachbereiche gehört und anlassbezogen eingebunden.	Ein gemeinsames Gremium verschiedener Verwaltungsbereiche ist für die Strategieentwicklung verantwortlich. Die Zusammenarbeit ist nicht von Einzelpersonen abhängig, ihre Kontinuität wird vom jeweiligen Fachbereich gesichert.	Eine Kooperationsvereinbarung bzw. ein Beschluss der Kommunalpolitik sichern die verbindliche, fachübergreifende Zusammenarbeit. Das integrierte Handlungskonzept wird regelmäßig aktualisiert und fortgeschrieben.
Gesundheitsdeterminanten	Dem Handlungskonzept liegt ein eng gefasstes, auf die individuelle Lebensweise fokussiertes Gesundheitsverständnis zugrunde. Die Beteiligten sprechen soziale Aspekte und Umgebungsfaktoren nur punktuell an. Die Handlungsverantwortung liegt bei einer Fachverwaltung.	Die an der Konzeptentwicklung beteiligten Akteurinnen und Akteure bringen sowohl individuelle als auch soziale und kommunale Aspekte sowie Lebens- und Arbeitsbedingungen in die Konzeptentwicklung ein. Mehrere Fachbereiche übernehmen Verantwortung für die Umsetzung.	Die beteiligten Akteurinnen und Akteure entwickeln ein schriftliches Handlungskonzept, das auf das gesamte Spektrum der Gesundheitsdeterminanten zielt, einschließlich sozioökonomischer, kultureller und physischer Umweltbedingungen.
Ressourcen	Manche Beteiligte bringen anlassbezogen materielle wie nicht-materielle Ressourcen ein.	Die Mehrzahl der Beteiligten bringt regelmäßig materielle wie nicht-materielle Ressourcen ein. Sie entscheiden selbst über Zweck und Höhe.	Es gibt verbindliche Zusagen bzw. feste Vereinbarungen, wer welche Ressourcen zur Verfügung stellt. Die Verwendung der Ressourcen wird gemeinsam beschlossen.
Räumliche Ebenen	Die Konzeptentwicklung bezieht sich auf ein ausgewähltes Quartier, und nur punktuell auf die gesamtkommunale Entwicklung.	Die Konzeptentwicklung ist auf einen Stadt- bzw. Ortsteil ausgerichtet. Dabei werden bedarfsgerecht Schwerpunkte in einzelnen Quartieren gesetzt.	Die strategische Partnerschaft entwickelt ein gesamtkommunales Konzept. Dabei werden kontinuierlich dessen Implikationen für einzelne Ebenen (z. B. Wohnen, Wohnumfeld, Infrastruktur) benannt.
Förderale Handlungsebenen	Die Konzeptentwicklung erfolgt durch einzelne Initiativen oder Akteure auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene. Die Integration der verschiedenen Ebenen fehlt oder ist schwach ausgeprägt.	Die Konzeptentwicklung erfolgt in Abstimmung und unter Beteiligung mehrerer Partnerinnen und Partner unterschiedlicher Handlungsebenen.	Kommunen, Länder und Bund bzw. Träger unterschiedlicher föderaler Handlungsebenen schließen sich in einer strategischen Partnerschaft zusammen. Dabei werden jeweils eigene Aufgaben der strategischen Weiterentwicklung definiert.
Zielgruppen	Zielgruppen werden unspezifisch eingebunden, die Mitwirkung ist dem freiwilligen Engagement Einzelner überlassen.	Zielgruppen werden gezielt zur Mitwirkung eingeladen und die Teilnahmemöglichkeiten erleichtert. Es gibt festgelegte Verfahren des integrierten Handelns.	Die Zielgruppen sind fester Bestandteil der strategischen Partnerschaft (z. B. Dialoggruppen) und wirken gleichberechtigt an Entscheidungen mit. Die Vielfalt der Beteiligten spiegelt die Heterogenität der Bevölkerung und der spezifischen Bedarfslagen wider und zeigt sich in einem entsprechend differenzierten Handlungskonzept.

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

Um ein Handlungskonzept oder eine Vernetzung einer Umsetzungsstufe zuzuordnen, werden die verschiedenen Aspekte der Integration einzeln bewertet. In der Regel richtet sich die Gesamtzuordnung nach der Stufe, die von der Mehrheit der Einzelaspekte erreicht wird.

STUFE 1 SPORADISCHES, INFORMELLES INTEGRIERTES HANDELN

BEISPIEL STUFE 1

In einem Gebiet des Städtebauförderprogramms „Sozialer Zusammenhalt“ wird als Baustein des Handlungskonzepts für das Programmgebiet eine Gruppe für Arabisch sprechende Männer angeboten. In der Gruppe werden Themen mit Gesundheitsbezug, aber auch psychosoziale Fragen und Themen angesprochen. Die Gruppe wird von einem Träger entwickelt und aus kommunalen Mitteln des Amts für Integration finanziert. Mit Blick auf Gesundheits- und Ernährungsthemen wird eine örtliche Krankenkasse in die Kursgestaltung einbezogen.

STUFE 2 KONTINUIERLICHES INTEGRIERTES HANDELN MIT FORMELLEN ANTEILEN

BEISPIEL STUFE 2

Die Gruppe für Arabisch sprechende Männer thematisiert auch psychosoziale Anliegen, Fragen der Erziehung sowie die Arbeits- und Wohnverhältnisse der Männer und ihrer Familien. Gemeinsam mit lokalen Partnern wird nach Unterstützungsmöglichkeiten gesucht. Die Kosten des Angebotes tragen die Kommune sowie eine örtliche Krankenkasse im Rahmen ihrer Präventionsmittel. Die in der Gruppe formulierten Themen und Anliegen werden in eine ressortübergreifende kommunale Arbeitsgruppe eingebracht, in der Gesundheits-, Sozial-, Jugend- und Wohnungsamt vertreten sind.

STUFE 3 KONTINUIERLICHES, EXPLIZIT FORMELLES INTEGRIERTES HANDELN

BEISPIEL STUFE 3

Die ursprünglich in nur einem Stadtteilzentrum durchgeführte Gruppe für Arabisch sprechende Männer wird in Kooperation mit Partnerorganisationen als Regelmaßnahme in allen Stadtteilen durchgeführt. Grundlage ist ein kommunalpolitischer Beschluss für die Entwicklung zur „Familienfreundlichen Kommune“. In diesem Rahmen werden die Männer- und Vätergruppen in ein gesamtstädtisches Konzept der Familienförderung integriert. Kommunalverwaltung, externe Partnerinnen und Partner sowie ausgewählte Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppen erarbeiten dieses Konzept gemeinsam. Finanzielle, räumliche und fachliche Zuständigkeiten werden abgestimmt und festgelegt. Ein Ziel ist, das Wohnumfeld familienfreundlicher zu gestalten und die soziale Infrastruktur zu verbessern (z. B. Kinderbetreuung, Sprach- und Bildungsangebote, Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten). Hierbei spielen auch gesundheitliche Belange wie gesundes Schulessen oder Bewegungsräume vor Ort eine Rolle.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

BÄR, G.; BÖHME, C.; LUIG-ARLT, H. (2015): Kurzexpertise zu ausgewählten Fragen des Good Practice-Steckbriefs „Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung“. BZgA (Hrsg). Köln.

BÖHME, C.; REIMANN, B. (2018): Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation – Ergebnisse einer Akteursbefragung. Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.). Berlin (Difu-Sonderveröffentlichungen).
https://difu.de/node/12018

TROJAN, A.; SÜSS, W. (2020): Vermitteln und Vernetzen. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/vermitteln-und-vernetzen

PROGRAMM SOZIALE STADT (ab 2021: Sozialer Zusammenhalt – Zusammenleben im Quartier gemeinsam gestalten):
www.staedtebaufoerderung.info/DE/Programme/SozialerZusammenhalt/sozialerzusammenhalt_node.html

STROHMEIER, K.P. ET AL. (2016): Die Wirkungsweise kommunaler Prävention. Zusammenfassender Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellvorhabens „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ (KeKiz) des Landes Nordrhein-Westfalen und der Bertelsmann Stiftung. Blomberg.
www.kein-kind-zuruecklassen.de

BITTE ZITIEREN SIE DIESEN STECKBRIEF ALS:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Integriertes Handeln“. Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

10 QUALITÄTSMANAGEMENT

DEFINITION

Qualitätsmanagement sorgt dafür, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung bedarfs- und fachgerecht sowie partizipativ (↗ Partizipation) und zielgruppengerecht (↗ Zielgruppenbezug) geplant, gestaltet und umgesetzt werden. Ziel des Qualitätsmanagements ist auch, Maßnahmen kontinuierlich weiterzuentwickeln und dabei immer besser am Bedarf auszurichten. Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung sind Bestandteile des Qualitätsmanagements, welches als Steuerungs- und Führungssystem der Organisation gewährleistet, dass die Anforderungen erfüllt werden.

Qualitätssicherung dient vor allem der Erfüllung gesetzlicher (externer) und trägerspezifischer (interner) Qualitätsanforderungen. Bei der Qualitätsentwicklung handelt es sich dagegen um einen kontinuierlichen und systematischen Reflexions- und Lernprozess. Dieser orientiert sich bei der Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität des Angebots an fachlicher Expertise und an den Kriterien der Gesundheitsförderung.

Qualitätssicherung und -entwicklung werden in der Regel intern durch eigene Mitarbeitende (meist Qualitätsmanagementbeauftrage) gesteuert und ggf. extern durch Expertinnen und Experten unterstützt. Das Qualitätsmanagement identifiziert Verbesserungspotenziale in folgenden Bereichen:

- Planungsqualität: die Entwicklung eines Konzepts (↗ Konzeption) und seiner Umsetzungsschritte auf Grundlage einer (partizipativen) Bedarfsanalyse, wissenschaftlicher Erkenntnisse und fachlicher Praxiserfahrung;
- Strukturqualität: die Ausstattung einer Maßnahme, z. B. mit Finanzmitteln, Personal, Räumen, Arbeitsmitteln etc.;

STUFEN DES KRITERIUMS „QUALITÄTSMANAGEMENT“

- Prozessqualität: die Art und Weise der Umsetzung;
- Ergebnisqualität: die erreichten Wirkungen in Bezug auf formulierte Ziele (↗ Belege für Wirkungen und Kosten).

Die Steuerung des Gesamtprozesses erfolgt immer durch das Management. Es sichert darüber hinaus die kontinuierliche Überwachung der Ergebnisse (↗ Dokumentation und Evaluation) und justiert Ziele und Maßnahmen.

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 DIE QUALITÄT DER ARBEIT WIRD SITUATIV THEMATISIERT

Die Teammitglieder haben ein stillschweigend vorausgesetztes, nicht schriftlich formuliertes Qualitätsverständnis. Ihre alltägliche Arbeit reflektieren sie für sich, ohne dass eine gemeinsame Verständigung darüber stattfindet. Über Verbesserungspotenziale tauschen sie sich sporadisch aus. Offensichtliche und drängende Schwierigkeiten mit Arbeitsprozessen und Strukturen thematisieren sie ebenso wie die Lösungsansätze spontan und kurzfristig aus der jeweiligen Situation heraus (situativ).

BEISPIEL STUFE 1

Ein Jugendhilfeträger entwickelt ein Programm zur Stärkung gesundheitlicher Kompetenzen von Jugendlichen im offenen Vollzug und setzt es gemeinsam mit einer Haftanstalt um. Das Programm soll die Kompetenzen der Jugendlichen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressregulation und psychosoziale Gesundheit stärken. Es umfasst 12 Treffen einer Gruppe von 10 Jugendlichen im offenen Jugendvollzug. Die Mitarbeitenden dokumentieren die Zahl der Teilnehmenden über Anwesenheitslisten. Nach den Sitzungen tauschen sie sich untereinander informell über Probleme aus, die während der Sitzungen aufgetreten sind.

STUFE 2 DIE QUALITÄT WIRD REGELMÄßIG ÜBERPRÜFT UND GESICHERT

Die Teammitglieder und weitere Beteiligte tauschen sich planmäßig und in regelmäßigen Abständen über den Fortgang der Maßnahme aus, beispielsweise in Teamsitzungen und Steuerungsrunden. Sie überprüfen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse ihrer Arbeit anhand selbst entwickelter oder extern vorgegebener Indikatoren oder Checklisten. Die Ergebnisse dieser Überprüfungen sowie die sich daraus ergebenden Aufgaben und Zuständigkeiten halten sie schriftlich fest. Sie reflektieren vornehmlich Arbeitsprozesse und Strukturen, um die bereits vorhandene und „bewährte“ Qualität der Arbeit sicherzustellen. Außerdem überarbeiten Teammitglieder das Konzept und passen es den geänderten Anforderungen an.

BEISPIEL STUFE 2

Die Mitarbeitenden des Jugendhilfeträgers reflektieren in regelmäßig alle zwei Wochen stattfindenden Sitzungen den Fortgang des Projektes. Neben der regelmäßigen Teilnahme der Jugendlichen werden auch deren aktive Beteiligung sowie inhaltliche Fragen und Erfahrungen thematisiert. Die Mitarbeitenden dokumentieren Erkenntnisse und Schlussfolgerungen im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des Angebotes.

STUFE 3 ZUSÄTZLICH ZUR QUALITÄTSSICHERUNG WIRD DIE QUALITÄT KONTINUIERLICH WEITERENTWICKELT

Instrumente und Methoden der Qualitätssicherung und -entwicklung werden kontinuierlich angewendet, etwa in Form von Checklisten und Dokumentationen. Das Qualitätskonzept ist nicht nur auf die Sicherung bisher erreichter Qualität und die Beseitigung von Schwierigkeiten ausgerichtet, es strebt darüber hinaus eine beständige Verbesserung von Strukturen und Prozessen an. Die Qualität der Arbeit wird auch unter Mitwirkung bzw. nach Rückmeldungen Betroffener in einem kontinuierlichen Lernprozess weiterentwickelt, um langfristig gute und nachhaltige Ergebnisse zu erzielen.

BEISPIEL STUFE 3

Die Mitarbeitenden des Jugendhilfeträgers werten die Erfahrungen aus der Umsetzung des Angebotes aus, um den Kompetenzzuwachs bei den Jugendlichen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressregulation und psychosoziale Gesundheit nachzuweisen. Dies geschieht u. a. auf der Grundlage von standardisierten Beobachtungen und Befragungen von Kontaktpersonen. Auch die Jugendlichen werden zu ihren Erfahrungen und konkreten Veränderungswünschen befragt.

STUFE 4 KONTINUIERLICHES, SYSTEMATISCHES UND UMFASSENDES QUALITÄTSMANAGEMENT

Das Qualitätsmanagement untersucht kontinuierlich und systematisch alle Bereiche der Maßnahme und der Organisation. Dabei berücksichtigt es die Sichtweisen aller Beteiligten. Im Rahmen klarer personeller Zuständigkeiten werden sowohl Planung und Konzeption als auch Strukturen und Arbeitsprozesse geprüft und weiterentwickelt. Die Qualitätssicherung stellt dabei stets die formulierten Ziele den erreichten Ergebnissen gegenüber (Soll-Ist-Vergleich). Dazu sind geeignete Erfolgsindikatoren notwendig, die Veränderungen messbar und damit auch überprüfbar machen. Zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung kommen unterschiedliche Instrumente und Methoden zum Einsatz, mitunter auch unter Einbezug externer Personen. Die gesammelten Erkenntnisse fließen systematisch in die Weiterentwicklung des Konzeptes und der Arbeitsweise ein.

BEISPIEL STUFE 4

Die Mitarbeitenden des Jugendhilfeträgers dokumentieren ihre Erfahrungen aus der Umsetzung des Gruppenangebotes nach einem systematischen Leitfaden und werten diese regelmäßig gemeinsam aus. Neben fachlichen und inhaltlichen Aspekten thematisieren sie auch organisatorische Fragen. Auch die Methoden zur Ermittlung des Projekterfolges (Kompetenzzuwachs bei den Jugendlichen) werden festgeschrieben. Diese Methoden werden regelmäßig angewendet und die Ergebnisse dokumentiert. Sie sind Grundlage für die Weiterentwicklung des Gruppenangebotes.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

ALTGELD, T. ET AL. (2015): Gesamtprojektbericht: Kooperations- und Forschungsprojekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“, BZgA, Köln. *www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/gesundheitsfoerderung_in_lebenswelten_gesamtbericht--82cdf99a3bc2ce68cff306a8abe3efc9.pdf*

LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN (2020): Basiswissen Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement – Qualitätsentwicklung. In: Qualität. *www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/basiswissen/qualitaetssicherung/index.html*

LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN (2019): Qualitätsmanagement in unterschiedlichen Projektphasen. In: Qualität. *www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/basiswissen/qualitaetssicherung/qm_projektphasen/index.html*

KOLIP, P. (2017): Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. *www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/qualitaetssicherung-qualitaetsentwicklung-qualitaetsmanagement*

BITTE ZITIEREN SIE DIESEN STECKBRIEF ALS:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Qualitätsmanagement“. Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

11 DOKUMENTATION UND EVALUATION

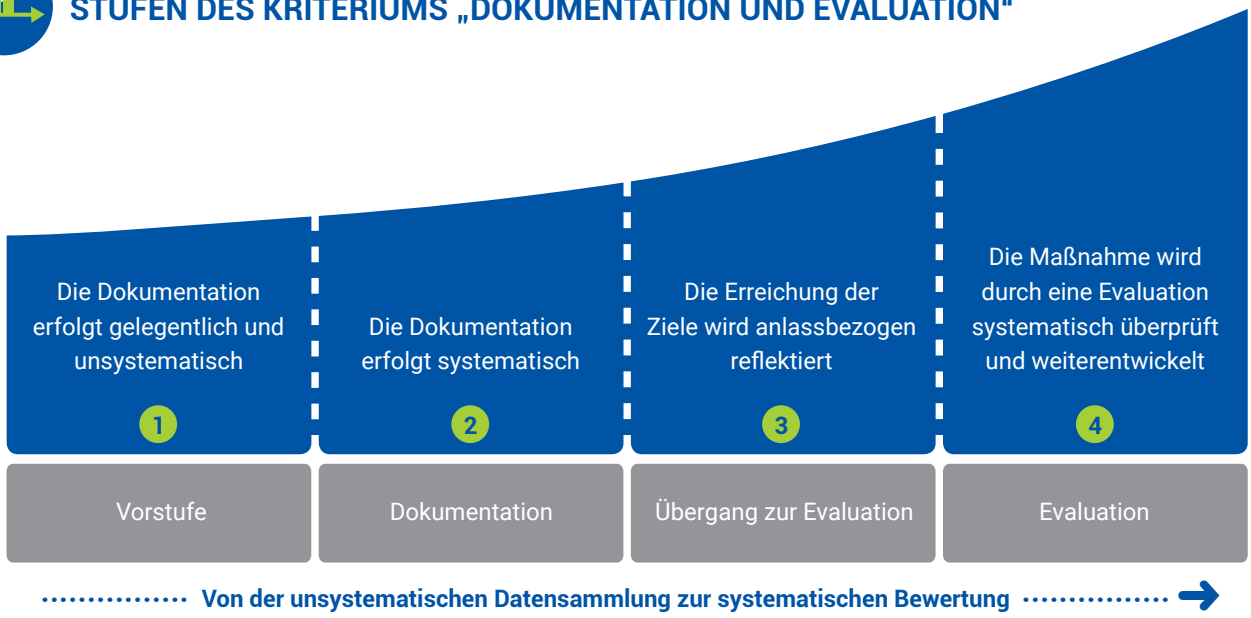
DEFINITION

Dokumentation und Evaluation sind Elemente des ↗ Qualitätsmanagements. Sie dienen dazu, die Durchführung einer Maßnahme sowie deren Ergebnisse zu dokumentieren und zu bewerten. Die Erreichung der in der ↗ Konzeption formulierten Ziele wird sowohl im Projektverlauf als auch am Projektende durch eine Evaluation überprüft.

Die Dokumentation bildet Inhalte und Ergebnisse von Arbeitsprozessen ab. Hierzu gehören beispielsweise Besprechungsprotokolle, die Dokumentation von Veranstaltungsverläufen und -ergebnissen sowie die Sammlung erstellter Materialien. Wird sie lediglich zur Kontrolle der Normerfüllung vorgegebener Standards genutzt, wird die Dokumentation häufig als überflüssige bürokratische Auflage empfunden. Die Dokumentation gewährleistet jedoch, dass Konzeption und Umsetzung einer Maßnahme auch nach längerer Zeit und auch für Außenstehende oder neue Mitarbeitende nachvollziehbar und überprüfbar bleiben.

Als Evaluation werden Verfahren zur Bewertung bezeichnet, die auf einer systematischen Datenerhebung, -erfassung und -analyse beruhen. Evaluationen analysieren dokumentierte, aber auch neu erhobene bzw. gewonnene Informationen und bewerten sie systematisch vor dem Hintergrund der in der Konzeption formulierten Ziele. Sie weisen darauf hin, wie Prozesse – und im weiteren Verlauf auch deren Ergebnisse – verbessert werden können. Evaluationen können intern als Selbstevaluation durchgeführt werden, oder auch als Fremdevaluation durch externe Fachleute bzw. mit deren Unterstützung.

STUFEN DES KRITERIUMS „DOKUMENTATION UND EVALUATION“



Wichtig ist der Zeitpunkt der Evaluation. Erfolgt sie begleitend zur laufenden Arbeit, können die Ergebnisse unmittelbar in die Umsetzung der Aktivitäten einfließen. Dies wird „formative Evaluation“ genannt und erfolgt überwiegend als Prozessevaluation. Eine Ergebnisevaluation prüft rückblickend, ob und in welchem Umfang die definierten Ziele der Maßnahme erreicht wurden, und welche Effekte sie darüber hinaus hatte. Dies wird als „summative Evaluation“ bezeichnet.

Evaluationen können eine oder mehrere Qualitätsdimensionen haben, insbesondere Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (→ Qualitätsmanagement). Die strukturelle Qualität wird selten getrennt evaluiert, jedoch zumeist in Prozess- und Ergebnisevaluationen berücksichtigt.

Es ist wichtig, dass Umfang und Methodik der Evaluation an den Gegenstand und die Komplexität der Fragestellung angepasst sind.

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 DIE DOKUMENTATION ERFOLGT GELEGENTLICH UND UNSYSTEMATISCH

Arbeitsabläufe und -ergebnisse werden nur gelegentlich und nicht systematisch dokumentiert. Der Nutzen der Dokumentation im Sinne eines Qualitätsmanagements wird nicht ersichtlich. Es gibt keine verbindlichen Vorgaben zu Inhalt und Format der Dokumentation, zur Ablage oder zur Aufbereitung und Kommunikation der Ergebnisse.

BEISPIEL STUFE 1

Die Mitarbeitenden einer Schwangerschaftsberatungsstelle notieren Anzahl und Dauer der geführten Beratungsgespräche und legen diese Informationen individuell ab.

STUFE 2 DIE DOKUMENTATION ERFOLGT SYSTEMATISCH

Für die Dokumentation der Tätigkeiten werden Fragestellungen und Regeln festgelegt. Diese berücksichtigen die jeweiligen Datenschutzbestimmungen. Auf dieser Grundlage können Informationen und Daten für eine interne oder externe Evaluation bereitgestellt werden (vgl. Umsetzungsstufe 4).

BEISPIEL STUFE 2

Die Mitarbeitenden der Schwangerschaftsberatungsstelle dokumentieren in einer gemeinsam gepflegten Erfassungsmaske alle Beratungsgespräche. Neben der Anzahl der Gespräche und soziographischen Daten (z. B. Alter, Familienstand, Herkunft, soziale Lage) dokumentieren sie auch Schwerpunktthemen und Inhalte der Gespräche.

STUFE 3 DIE ERREICHUNG DER ZIELE WIRD ANLASSBEZOGEN REFLEKTIERT

Die Mitarbeitenden reflektieren die Inhalte der Dokumentation anlassbezogen und im Hinblick auf die Ziele des Projektes, um Schlussfolgerungen zu ziehen.

BEISPIEL STUFE 3

Vor einem Arbeitstermin mit der Zuwendungsstelle reflektieren die Mitarbeitenden der Schwangerschaftsberatung die dokumentierten Gespräche (vgl. Stufe 2). Sie erörtern, in welchem Umfang die Zielgruppen erreicht und bedarfsorientiert beraten werden konnten. Auf dieser Grundlage entwickeln sie Ideen, wie die Ansprache der Zielgruppen verbessert werden kann.

STUFE 4 DIE MASSNAHME WIRD DURCH EINE EVALUATION SYSTEMATISCH ÜBERPRÜFT UND WEITERENTWICKELT

Die folgende Differenzierung interner Evaluation (Selbstevaluation) und externer Evaluation (Fremdevaluation) enthält keine Bewertung. Welcher der beiden Evaluationstypen im Einzelfall geeignet und umsetzbar ist, hängt von der Maßnahme, ihrem Kontext und den verfügbaren Ressourcen ab.

4a INTERNE EVALUATION (SELBSTEVALUATION)

Ausgehend von Daten aus der Dokumentation und, wo immer dies möglich ist, zusätzlichen Informationsquellen (Methoden-Mix), werden die Ergebnisse einer Maßnahme anhand der methodischen Vorgaben der Selbstevaluation systematisch überprüft und bewertet. Die Zielerreichung wird diskutiert und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Maßnahme identifiziert.

BEISPIEL STUFE 4a

Die Mitarbeitenden der Beratungsstelle überprüfen anhand der Dokumentation und in Reflexionsgesprächen (Supervision), in welchem Umfang sie mit ihrem Angebot die in der Konzeption genannten Zielgruppen erreichen konnten. Auf Basis der Ergebnisse entwickeln sie neue Ideen, um das Angebot bekannter zu machen und um die Zufriedenheit der Nutzenden mit der Beratung und der Weitervermittlung zu verbessern.

4b EXTERNE EVALUATION (FREMDEVALUATION)

Eine externe Institution (z. B. ein wissenschaftliches Institut oder eine Hochschule) wird beauftragt, die Maßnahme zu evaluieren (z. B. im Rahmen eines wissenschaftlichen Begleitforschungsprojekts oder einer Qualifizierungsarbeit wie Projektstudium, Hausarbeit, Bachelor- oder Masterarbeit). Die Evaluierenden stimmen die Inhalte und Methoden der Evaluation mit den Auftraggebenden und Mitarbeitenden ab. Sie nutzen die im Rahmen der Dokumentation erhobenen Daten und ergänzen sie ggf. durch eigene Erhebungen. Dazu befragen sie z. B. die Mitarbeitenden und/oder Personen aus den Zielgruppen.

Die externe Evaluation sollte bereits vor und während der Umsetzung der Maßnahme einbezogen werden, um Indikatoren der Zielerreichung zu benennen und um zu prüfen, ob bzw. inwieweit die Umsetzung entsprechend des Konzeptes gelingt, oder ob die Vorgehensweise angepasst werden muss (begleitende oder formative Evaluation). Bei einer summativen Evaluation werden die Zielerreichung und bei Bedarf weitere Aspekte (Vorgehensweise, Qualität etc.) abschließend beurteilt (Bilanzierung). Im Verlauf oder nach Abschluss der Evaluation stellen die externen Evaluierenden die Ergebnisse vor und entwickeln gemeinsam mit den Mitarbeitenden Ideen für die Weiterentwicklung der Maßnahme.

BEISPIEL STUFE 4b

Die Beratungsstelle nimmt Kontakt zu einer Hochschule für Soziale Arbeit auf und bietet an, ihre Arbeit evaluieren zu lassen. Die Evaluation im Rahmen einer Masterarbeit beurteilt, ob die Zielgruppen angemessen angesprochen und wie geplant erreicht wurden, und inwiefern sie die Beratungsergebnisse als hilfreich empfanden. Außerdem generiert sie Ideen zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Schwangerschaftsberatung.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

PHINEO (Hrsg.) (2013): Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen. Berlin.
www.phineo.org/fuer-organisationen/kursbuch-wirkung

HAACK, G.; HASS, W. (2020): Evaluation. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/evaluation

INSTITUT FÜR PUBLIC HEALTH UND PFLEGEFORSCHUNG – UNIVERSITÄT BREMEN (o. J.): Evaluation in der Gesundheitsförderung. Eine kurze Einführung. In: Evaluationstools.
www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/evalua_tools/ppp_gesundheitsfoerderung_evaluieren_260808_ohne_fotos.pdf

LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN (2016): Evaluation allgemein. In: Qualität.
www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/evaluationstools/evaluation-allgemein/index.html

LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN (2021): Qualitätsdimension der Evaluation. In: Qualität.
www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/evaluationstools/evaluation-allgemein/qualitaetsdimensionen-der-evaluation/index.html

LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN (2016): Evaluation in der Praxis. In: Qualität.
www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/evaluationstools/evaluation-in-der-praxis/index.html

BITTE ZITIEREN SIE DIESEN STECKBRIEF ALS:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Dokumentation und Evaluation“. Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

12 BELEGE FÜR WIRKUNGEN UND KOSTEN

DEFINITION

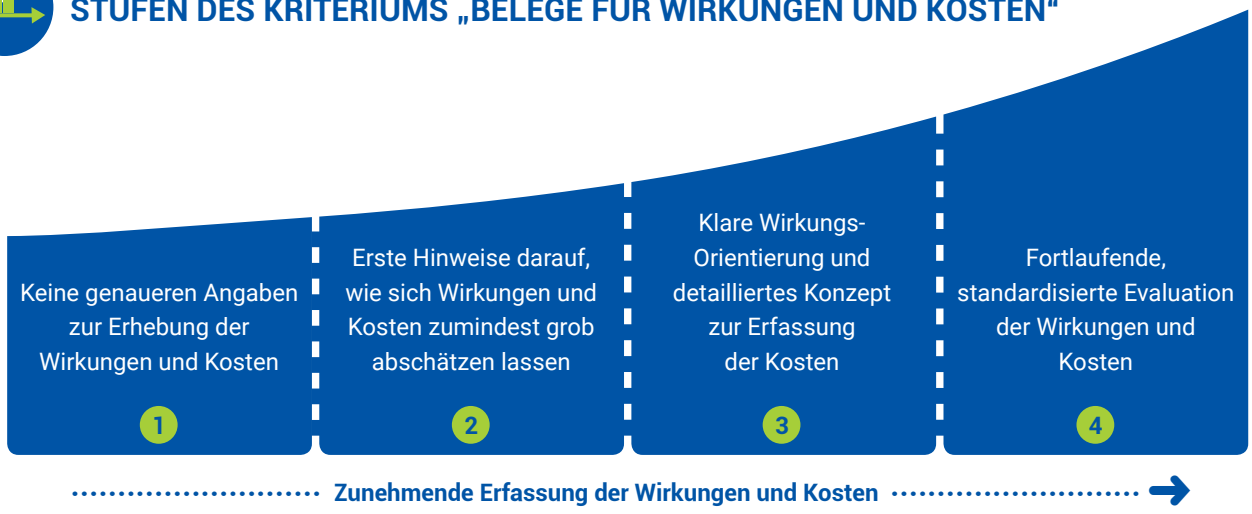
Eine Maßnahme sollte wirksam sein und ihre positiven Wirkungen sollten in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten stehen. Es ist also wichtig, so weit wie möglich auch Wirkungen und Kosten einer Maßnahme zu erfassen.

Wirkungen bestehen z. B. darin, dass bei den Zielgruppen (↗ Zielgruppenbezug) eine größere Befähigung zur Bewältigung der gesundheitlichen Belastungen zu beobachten ist (↗ Empowerment), eine größere Kompetenz zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Lebenswelt (↗ Setting-Ansatz) oder eine Stärkung gesundheitsfördernden Handelns.

Messen lassen sich diese Wirkungen häufig nur schwer, und zwar auch, weil die für die Messung erforderlichen Ressourcen oft nicht zur Verfügung stehen. Möglich ist jedoch immer eine Wirkungs-Orientierung: Bereits in der Planungsphase und in der ↗ Konzeption der Maßnahme wird klar formuliert, welche konkreten Veränderungen bei den Zielgruppen erreicht werden sollen. Dabei wird auch erläutert, wie die geplanten Aktivitäten zu den angestrebten Veränderungen beitragen sollen und anhand welcher Indikatoren zu überprüfen ist, ob und in welchem Umfang die angestrebten Veränderungen auch tatsächlich erreicht werden.

Kosten umfassen nicht nur die Ausgaben für Personal, Sachmittel und Miete. Dazu gehören z. B. auch die Nutzung vorhandener Räumlichkeiten oder der zeitliche Aufwand, den Ehrenamtliche durch ihre Tätigkeiten beitragen. Eine vollständige Erfassung der Kosten berücksichtigt nicht nur den Aufwand für die Durchführung der Maßnahme, sondern auch den Aufwand für die Planung, und zwar aller beteiligten Akteurinnen und Akteure. Kosten im Sinne von Geld- oder Zeitaufwand können außerdem bei den Personen entstehen, die an der Maßnahme teilnehmen. Die vollständige Erfassung der Kosten kann daher sehr aufwändig sein.

STUFEN DES KRITERIUMS „BELEGE FÜR WIRKUNGEN UND KOSTEN“



Wenn es nicht möglich ist, Wirkungen und Kosten vollständig und genau zu erfassen, sollte trotzdem überlegt werden, wie sich Wirkungen beschreiben und Kosten so gut wie möglich schätzen lassen. Je genauer diese Darstellung ist, umso besser. Schon relativ allgemeine Informationen können wichtige Angaben liefern, sowohl für die Durchführung der aktuellen Maßnahme (↗ Dokumentation und Evaluation, ↗ Qualitätsmanagement) als auch für die Planung künftiger Maßnahmen.

Die Erhebung von Daten zu Wirkungen und Kosten wird in den meisten Fällen nur mit wissenschaftlicher Unterstützung möglich sein. Erforderlich ist die Bereitstellung der nötigen Erhebungsinstrumente, wobei es oft notwendig ist, diese an die jeweilige Maßnahme anzupassen. Da jede Maßnahme ihre eigenen Ziele hat, werden für die Erfassung der Wirkungen jeweils passende Indikatoren benötigt. Bevor Instrumente zur Erhebung der Kosten eingesetzt werden können, muss zudem geprüft werden, wer wem welche Kosten überhaupt in Rechnung stellen kann. Auch aus diesem Grund müssen die Erhebungsinstrumente immer gemeinsam und in einer Kooperation aus Wissenschaft und Praxis entwickelt werden, d. h. die Vorschläge aus der Wissenschaft müssen immer an die lokalen Möglichkeiten angepasst werden. Auch für die Auswertung der erhobenen Daten ist meist wissenschaftliche Unterstützung erforderlich, wobei diese jedoch immer auf eine dienende Rolle beschränkt bleibt: Sie soll nicht die Spielregeln bestimmen, sondern dort unterstützen, wo sie gebraucht wird.

ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 KEINE GENAUEREN ANGABEN ZUR ERHEBUNG DER WIRKUNGEN UND KOSTEN

Die Ziele der Maßnahme sind zwar definiert, es lässt sich jedoch nicht sagen, ob und in welchem Umfang sie erreicht werden. Der Konzeption ist nicht zu entnehmen, mit welchen Indikatoren und Methoden der Datenerhebung die Wirkungen erfasst werden sollen. Auch eine Wirkungs-Orientierung ist nicht belegt, d. h. es fehlen genaue Begründungen dafür, warum erwartet wird, dass die Ziele mit den geplanten Maßnahmen erreicht werden. Allgemeine Hinweise auf wissenschaftliche Studien oder vergleichbare Projekte reichen dazu nicht aus.

Zwar werden einzelne Ergebnisse dokumentiert (z. B. die Zahl der Teilnehmenden), doch können sie nur sehr grobe Hinweise auf die Zielerreichung geben. Ähnlich ist es auch bei den Kosten: Entweder sie werden überhaupt nicht berichtet oder die vorhandenen Angaben sind zu unvollständig bzw. ungenau, um eine – wenn auch grobe – Schätzung der tatsächlichen Kosten zu ermöglichen.

BEISPIEL STUFE 1

Im Rahmen eines Programms zur Förderung der Mundgesundheit in Kindertageseinrichtungen (Kitas) werden Schulungen für Erzieherinnen und Erzieher durchgeführt. Die Zielsetzung des Programms wird ganz allgemein als „Mundhygiene und Zahnstatus verbessern“ formuliert. Beim Thema Kosten wird nur auf die Bezahlung der Personen hingewiesen, die in die Kitas gehen und dort das Programm durchführen.

STUFE 2 ERSTE HINWEISE DARAUF, WIE SICH WIRKUNGEN UND KOSTEN ZUMINDEST GROB ABSCHÄTZEN LASSEN

Die Ziele sind klar formuliert und mit messbaren Indikatoren ausgestattet. Die Vorgehensweise zur Erreichung der Ziele ist durch Verweise auf wissenschaftliche Studien und/oder praktische Erfahrungen gut begründet. Dabei wird auch die Frage kritisch reflektiert, ob und inwieweit bei anderen Maßnahmen gesammelte Erfahrungen auf die aktuelle Maßnahme übertragbar sind.
Die Kosten für Planung und Durchführung der Maßnahme lassen sich zumindest grob abschätzen.

BEISPIEL STUFE 2

Im Programm zur Förderung der Mundgesundheit in Kitas werden konkrete Zielsetzungen formuliert. Sie beziehen sich darauf, wie das Thema „Mundgesundheit" in die Abläufe der besuchten Kitas integriert und welche Veränderungen im Zahnstatus der Kinder erreicht werden sollen. Als Kostenfaktor wird auch der organisatorische bzw. zeitliche Aufwand der Kita-Mitarbeitenden berücksichtigt.

STUFE 3 KLARE WIRKUNGS-ORIENTIERUNG UND DETAILLIERTES KONZEPT ZUR ERFASSUNG DER KOSTEN

Die Wirkungs-Orientierung ist hier noch klarer nachzuvollziehen als in Stufe 2: Alle Veränderungen, die bei der Zielgruppe erreicht werden sollen, sind klar definiert. In der Konzeption wird ausführlich erläutert, wie die geplanten Aktivitäten dazu beitragen sollen, die angestrebten Veränderungen zu erreichen. Festgelegt wird auch, wie und mithilfe welcher Indikatoren und Erhebungsverfahren diese Veränderungen gemessen werden sollen.

Es gibt ein detailliertes Konzept zur fortlaufenden Dokumentation der Kosten für Planung und Durchführung. Erfasst werden dabei nicht nur direkte finanzielle Kosten (z. B. für Personal, Material und Miete), sondern auch indirekte Kosten wie Zeitaufwand oder Nutzung bereits vorhandener Räumlichkeiten.

BEISPIEL STUFE 3

Das Programm zur Förderung der Mundgesundheit in Kitas wird weiter spezifiziert. Es wird klar benannt, welche konkreten Wirkungen zu erwarten sind, welche Indikatoren zur Erfassung der unterschiedlichen Wirkungsstufen verwendet werden sollen, und wie mithilfe dieser Indikatoren der Grad der Zielerreichung überprüft werden kann. Die erforderlichen Daten werden zum Teil in der Kita selbst dokumentiert (Regelmäßigkeit des Zähneputzens nach dem Mittagessen), zum Teil aber auch extern erhoben (Zahnstatus der Kinder). Auch der Aufwand für die Entwicklung der Indikatoren sowie für Datenerhebung und -auswertung fließt in die Aufstellung der Kosten ein.

STUFE 4 FORTLAUFENDE, STANDARDISIERTE EVALUATION DER WIRKUNGEN UND KOSTEN

Sowohl zu den Wirkungen als auch zu den Kosten werden Daten nach einem standardisierten Verfahren erhoben, welches auch bei anderen Maßnahmen verwendet und von externen Expertinnen und Experten als aussagekräftig bewertet wird. Die Daten zu Wirkungen und Kosten werden einrichtungsübergreifend und fortlaufend ausgewertet. Dies geschieht nach Möglichkeit durch externe Expertinnen und Experten – nicht nur, weil dafür erhebliche Ressourcen erforderlich sind, sondern auch, um eine möglichst objektive Analyse der Wirkungen und Kosten zu gewährleisten.

Die Verwendung eines standardisierten Verfahrens bietet die Möglichkeit, Kosten und Wirkungen auch über verschiedene Maßnahmen und Programme hinweg miteinander zu vergleichen. Ziel ist dabei die Beantwortung von Fragen wie „Wenn Programm A die gleichen Wirkungen erzielt wie Programm B, welches der beiden Programme ist dann kostengünstiger?“

BEISPIEL STUFE 4

Für das Programm zur Förderung der Mundgesundheit in Kitas gibt es ein Handbuch, in dem festlegt ist, mit welchen Indikatoren die Wirkungen und Kosten erhoben werden sollen, und wie die Erhebung dieser Indikatoren in den Programmablauf integriert werden kann. Eine Forschungsgruppe begleitet fortlaufend die Umsetzung des Programms, berät die Einrichtungen und fasst die Ergebnisse für alle Beteiligten übersichtlich zusammen.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

KORBER K., WOLFENSTETTER S. (2019): Erfassung und Bewertung der Kosten von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen – Entwicklung eines Konzepts am Beispiel ‚Bewegungsförderung‘. Gesundheitswesen; 81: e101-e108.
www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0042-120269

KÖNIG, H. (2017): Ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oekonomische-evaluation-von-gesundheitsfoerderung-und-praevention

PHINEO (Hrsg.) (2013): Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen. Berlin.
www.phineo.org/fuer-organisationen/kursbuch-wirkung

KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (2018): Themenblatt „Wirkungsorientierung“. Themenblatt 1-2018.
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/newsletter/themenblaetter

BITTE ZITIEREN SIE DIESEN STECKBRIEF ALS:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Belege für Wirkungen und Kosten“. Köln und Berlin.

Die Good Practice-Steckbriefe wurden von den Mitgliedern der AG „Qualitätsentwicklung und Good Practice“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet:
Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Udo Castedello (BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH), Prof. Dr. Raimund Geene (Alice Salomon Hochschule Berlin und Berlin School of Public Health), Iris Grimm (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern), Jennifer Hartl (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Susanne Jordan (Robert Koch-Institut), Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen), Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig), Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum München, bis Ende 2020), Dr. Ursula von Rüden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

Kooperationsverbund
Gesundheitliche
Chancengleichheit

GOOD PRACTICE
in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

IMPRESSUM

Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung
des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit
4. Auflage, Stand Juli 2021

HERAUSGEBER

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit
Geschäftsstelle bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Friedrichstraße 231 | 10969 Berlin
Web: *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de | www.gesundheitbb.de*
E-Mail: *good-practice@gesundheitliche-chancengleichheit.de*
Fon: 030 – 44 31 90 60

Redaktion: Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.); Holger Kilian, Jennifer Hartl, Anne Jerratsch, Marion Amler

Lektorat: Matthias Wentzlaff-Eggebert

Gestaltung: Connye Wolff, *www.connye.com*; Britta Willim, *www.willimdesign.de*

Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit wurde 2003 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen.

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.