

KRITERIEN FÜR GUTE PRAXIS DER SOZIALLAGENBEZOGENEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

DES KOOPERATIONSVERBUNDES GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT





OPERATIONALISIERUNG DER GOOD PRACTICE-KRITERIEN

WARUM UND WIE?

AUSGANGSLAGE

Die im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit entwickelten Kriterien für gute Praxis bieten einen fachlichen Orientierungsrahmen für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Unter diesem Oberbegriff sind auch Angebote, Projekte und Initiativen eingeschlossen.

Die Good Practice-Kriterien stehen für fachliche Konzepte. Die Good Practice-Beispiele und -Kriterien sollen Akteurinnen und Akteuren Anregungen geben, Gesundheitsförderung im jeweiligen Handlungsfeld zu initiieren bzw. zu intensivieren. Ist dieser inhaltliche Einstieg über die Good Practice-Kriterien gelungen, lässt sich deren Umsetzung mit weiteren, prozessorientierten Ansätzen der Qualitätsentwicklung verbinden (z. B. quint-essenz). Gleichzeitig kann der Good Practice-Ansatz auch allgemeine Ansätze der Qualitätsentwicklung in ihrer Anwendung auf die Gesundheitsförderung unterstützen.

WAS IST DIE OPERATIONALISIERUNG DER GOOD PRACTICE-KRITERIEN?

Die Operationalisierung der Good Practice-Kriterien soll in erster Linie einen Beitrag zum besseren inhaltlichen Verständnis leisten. Darüber hinaus vermittelt sie Praktikerinnen und Praktikern ein „Handwerkszeug“ für ihre Arbeit und unterstützt sie dabei, ihre Arbeit mit Blick auf die Umsetzung der Kriterien zu reflektieren und Ansätze zu entwickeln, ihre Aktivitäten anzupassen oder neu auszurichten.

Kern der Operationalisierung ist der Versuch, die Umsetzung der Good Practice-Kriterien zu skalieren: Für jedes Kriterium werden unterschiedliche Umsetzungsstufen ausgewiesen und diese in eine (qualitativ) aufsteigende Rangfolge gebracht. Ein Vorbild für dieses Verfahren gibt es in den „Stufen der Partizipation“. Die Benennung von Umsetzungsstufen für jedes Kriterium unterstreicht das Ziel der Qualitätsentwicklung, Wege und Möglichkeiten zur Entwicklung der Praxis aufzuzeigen.

Konzeptionelle Fragen zur Operationalisierung werden im abschließenden Abschnitt „Herausforderungen der Operationalisierung“ diskutiert.

WAS SIND DIE ZIELE DER OPERATIONALISIERUNG?

Die Operationalisierung der Kriterien soll insbesondere Praktikerinnen und Praktiker

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

WIE WERDEN DIE KRITERIEN OPERATIONALISIERT?

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

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

HERAUSFORDERUNGEN DER OPERATIONALISIERUNG

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

- ▶ **„Sagen mir die operationalisierten Kriterien, was ich tun muss?“**
Aufgrund der Komplexität des Handlungsfeldes und der Vielfalt gesundheitsfördernder Interventionen ist es nicht realistisch und nicht sinnvoll, die Steckbriefe der Kriterien für gute Praxis mit konkreten Umsetzungshinweisen zu versehen. Um in möglichst vielen Handlungsfeldern angewandt werden zu können, stellen die Steckbriefe „idealtypische“ Umsetzungsstufen vor, die aber nicht in allen Handlungsfeldern und für jeden Angebotstyp in gleicher Weise relevant sind. Es bleibt die Aufgabe der Praktikerinnen und Praktiker, die Ideen und Inhalte der Kriterien für ihre jeweiligen Arbeitsfelder anzupassen.
- ▶ **„Kann ich meine Arbeit immer eindeutig einer der Umsetzungsstufen zuordnen?“**
Dies wird nicht durchgängig möglich sein, da die einzelnen Umsetzungsstufen auch in Kombination auftreten können und Übergänge zwischen ihnen oft fließend sind. Insbesondere komplexe Setting-Interventionen können gleichzeitig auf unterschiedlichen „Stufen“ stehen.

► **„Muss ich immer versuchen, die höchste Stufe zu erreichen?“**

Die Anordnung der Stufen für die Umsetzung der Good Practice-Kriterien zeigen auf, in welche Richtung die Qualität gesundheitsfördernder Praxis weiter entwickelt werden kann. Aus unterschiedlichen Gründen – weil beispielsweise nur wenig Zeit zur Verfügung steht oder es vor Ort nur wenig Handlungsspielraum bei der Umsetzung gibt – kann auch eine „niedrige“ Stufe ein (vorübergehendes) Optimum sein. Kann dies begründet werden, so ist bereits ein wichtiges Ziel der Qualitätsentwicklung erreicht.

Allerdings sollte immer darauf geachtet werden, dass nicht durch suboptimale Umsetzung soziale Ungleichheiten verschärft werden.

► **„Verläuft der Entwicklungspfad immer von einer Stufe zur nächsten?“**

Dies kann, muss aber nicht so sein. Die Abfolge der Stufen gibt keinen Entwicklungsprozess vor. Vielmehr sortieren sie mögliche Ausprägungen des jeweiligen Kriteriums. In der Praxis können Projektbereiche auch Stufen überspringen oder gleich in höheren Stufen einsteigen.

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

DANKSAGUNG

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

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

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

ÜBERSICHT DER 12 KRITERIEN

	01 KONZEPTION	7
	02 ZIELGRUPPENBEZUG	11
	03 SETTING-ANSATZ	15
	04 MULTIPLIKATORENKONZEPT	19
	05 NACHHALTIGKEIT	23
	06 NIEDRIGSCHWELIGE ARBEITSWEISE	27
	07 PARTIZIPATION	31
	08 EMPOWERMENT	35
	09 INTEGRIERTES HANDLUNGSKONZEPT/VERNETZUNG	39
	10 QUALITÄTSMANAGEMENT	43
	11 DOKUMENTATION UND EVALUATION	47
	12 KOSTEN-WIRKSAMKEITS-VERHÄLTNIS	51



01 KONZEPTION



DEFINITION

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

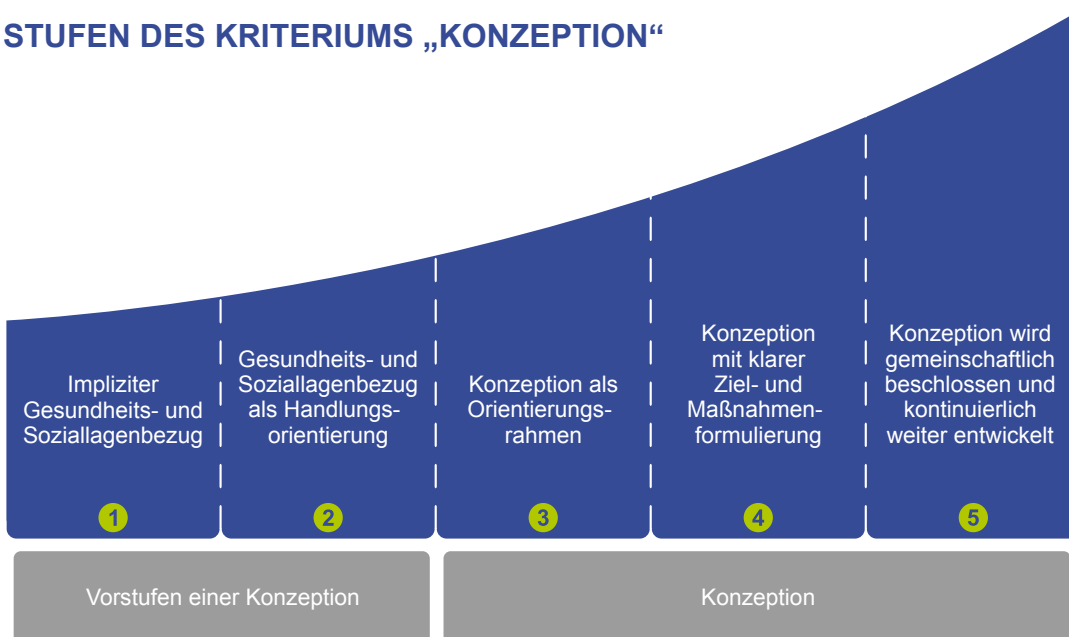
Die Konzeption orientiert sich an den Bedarfslagen und Bedürfnissen der Ziel-

gruppen. Diese sollten dabei im Vorfeld möglichst gemeinsam mit der Zielgruppe bestimmt werden (→ [Partizipation](#)). Die Konzeption enthält einen klaren Bezug zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und dient als Leitlinie für die Gestaltung und Bewertung der täglichen Arbeit (→ [Dokumentation und Evaluation](#)).

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



STUFEN DES KRITERIUMS „KONZEPTION“



..... Vom impliziten Selbstverständnis zum ausdifferenzierten, dynamischen Konzept ... →

02

Zielgruppenbezug

03

Setting-Ansatz

04

Multiplikatorenkonzept

05

Nachhaltigkeit

06

Niedrigschw. Arbeitsweise

07

Partizipation

08

Empowerment

09

Integr. Handlungskonzept/Vernetzung

10

Qualitätsmanagement

11

Dokumentation Evaluation

12

Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 IMPLIZITER GESUNDHEITS- UND SOZIALLAGENBEZUG

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

BEISPIEL

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

STUFE 2 GESUNDHEITS- UND SOZIALLAGENBEZUG ALS HANDLUNGSORIENTIERUNG

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

BEISPIEL

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

STUFE 3 KONZEPTION ALS ORIENTIERUNGSRAHMEN

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

BEISPIEL

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



STUFE 4 KONZEPTION MIT KLARER ZIEL- UND MAßNAHMENFORMULIERUNG

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

- Spezifisch
- Messbar
- Akzeptiert
- Realistisch
- Terminiert

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

BEISPIEL

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

STUFE 5 KONZEPTION WIRD GEMEINSCHAFTLICH BESCHLOSSEN UND KONTINUIERLICH WEITER ENTWICKELT

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

BEISPIEL

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



LITERATUR

Block, M.; v. Unger, H.; Wright, M.T. (o. J.): Von der Vision über das Leitbild zu Zielen und Maßnahmen.

www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/interventionsplanung/von-der-vision-ueber-ein-leitbild-zum-ziel.html

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 3: Ein Projekt entwickeln. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

Gesundheitsförderung Schweiz / Quint-Essenz (o. J.): Entwerfen eines Konzepts.

www.quint-essenz.ch/de/topics/1132

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

www.bzga.de/leitbegriffe

Ruckstuhl, B.; Somaini, B.; Twisselmann, W. (1997): Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten – Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument; Hrsg. Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf

▶ Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:

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

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



RAUM FÜR NOTIZEN

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



02 ZIELGRUPPENBEZUG



DEFINITION

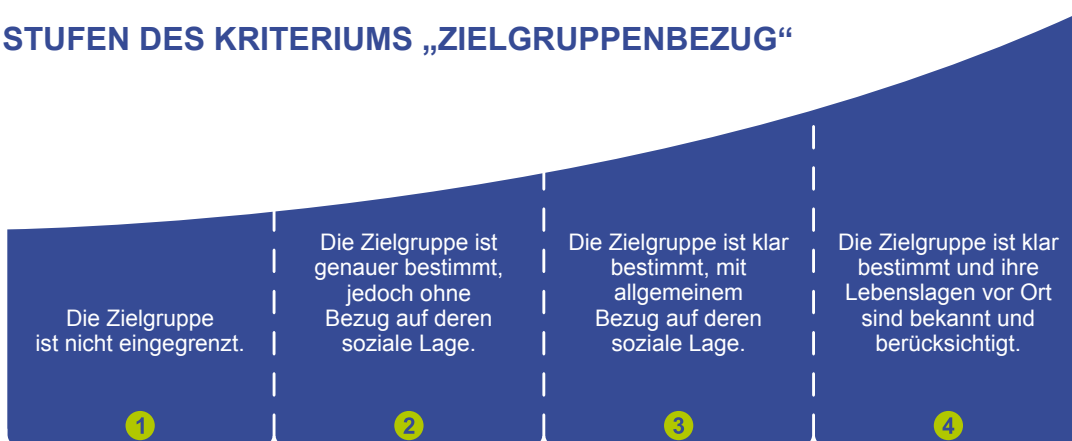
Die Zielgruppen sind in der → **Konzeption** der Maßnahme präzise bestimmt. Die Probleme, die sich aus einer schwierigen sozialen Lage und aus sozialer Benachteiligung ergeben, werden genau beschrieben. Merkmale sozialer Benachteiligung sind beispielsweise materielle Armut, geringe Bildung oder ein Migrationshintergrund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

Lebensbedingungen dieser sozial benachteiligten Zielgruppen nachhaltig zu verbessern (→ **Setting-Ansatz**). Die Maßnahme berücksichtigt die besonderen Bedarfslagen und Möglichkeiten der Zielgruppen (→ **Partizipation**) und ist niedrigschwellig angelegt (→ **Niedrigschwellige Arbeitsweise**).

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



STUFEN DES KRITERIUMS „ZIELGRUPPENBEZUG“



..... Zunehmend präzisere Ausrichtung auf Zielgruppen in schwieriger sozialer Lage ... →

- 01 Konzeption
- 02 Zielgruppenbezug**
- 03 Setting-Ansatz
- 04 Multiplikatorenkonzept
- 05 Nachhaltigkeit
- 06 Niedrigschw. Arbeitsweise
- 07 Partizipation
- 08 Empowerment
- 09 Integr. Handlungs-konzepte/ Vernetzung
- 10 Qualitätsmanagement
- 11 Dokumentation/ Evaluation
- 12 Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 DIE ZIELGRUPPE IST NICHT EINGEGRENZT

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

BEISPIEL

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

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

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

BEISPIEL

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

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

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

BEISPIEL

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



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

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

BEISPIEL

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



LITERATUR

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

www.bzga.de/leitbegriffe

Blümel, St.; Lehmann, F. (2010): Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

www.bzga.de/leitbegriffe

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

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

Gesundheitsförderung Schweiz / Quint-Essenz (o. J.): Bestimmen der Zielgruppen des Projekts.

www.quint-essenz.ch/de/topics/1100

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Hrsg.) (2014): Im Fadenkreuz der Gesundheitsförderung – Abschied vom Zielgruppenbegriff? Schwerpunktheft Impulse – Zeitschrift für Gesundheitsförderung; Heft 84, 2014.

www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/LVG-Zeitschrift-Nr84-Web.pdf

▶ Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:

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

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



RAUM FÜR NOTIZEN

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



03 SETTING-ANSATZ



DEFINITION

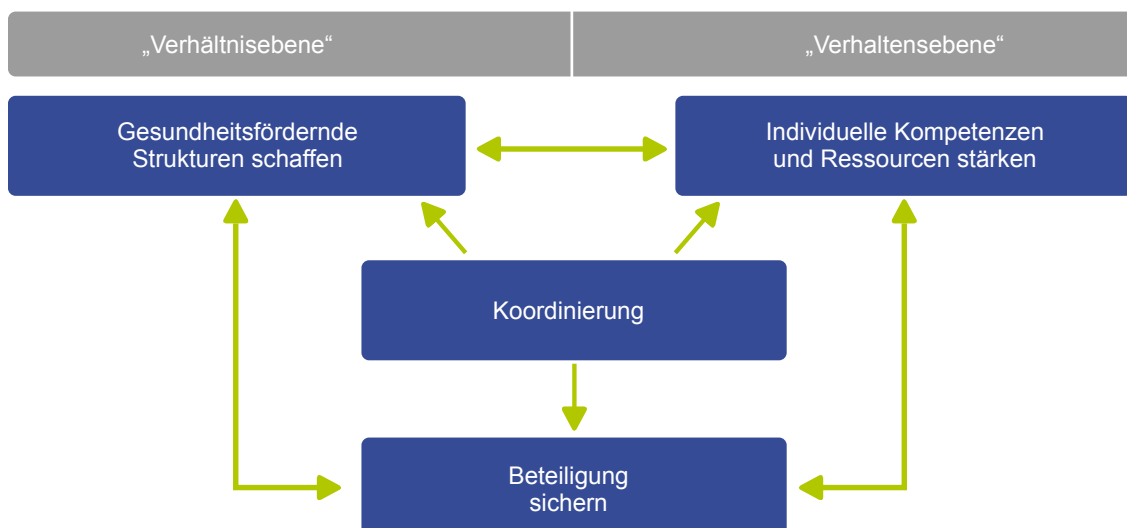
Der Begriff „Setting-Ansatz“ wird im deutschsprachigen Raum oft mit „Lebenswelt-Ansatz“ übersetzt. Der Setting-Ansatz nimmt die Lebenswelten von Menschen und damit die Bedingungen in den Blick, unter denen Menschen spielen, lernen, arbeiten und wohnen (nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung).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

gestalten. Sie stärkt auch die individuellen und gemeinschaftlichen Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen im Setting (→ Empowerment) zur aktiven Mitgestaltung dieser Bedingungen (→ Partizipation). Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist also mehr als Gesundheitsförderung *in* der Lebenswelt, z. B. Informationsveranstaltungen in der Schule. Der Setting-Ansatz verfolgt das Ziel, partizipativ – also unter aktiver Beteiligung der unmittelbar Betroffenen – gesunde Lebenswelten zu gestalten, z. B. durch ein gesundheitsorientiertes Programm zur Schulentwicklung. Dabei orientiert sich der Ansatz an den Konzepten der Organisationsentwicklung.

Fortsetzung auf Seite 16



ELEMENTE DES KRITERIUMS „SETTING-ANSATZ“



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

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

Fortsetzung von Seite 15

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

- ▶ Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen (strukturelle Ebene, Stichwort „verhältnisbezogene Orientierung“)
- ▶ Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden bzw. arbeitenden Personen (individuelle Ebene, Stich-

wort „verhaltensbezogene Orientierung“)

- ▶ Aktive Beteiligung der Personen im Setting in allen Phasen von Planung und Umsetzung der verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten (→ [Partizipation](#))
- ▶ Kontinuierliche und professionelle Koordination aller Aktivitäten



ERLÄUTERUNG DER ELEMENTE

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

■ GESUNDHEITSFÖRDERNDE STRUKTUREN SCHAFFEN

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

BEISPIEL

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

■ INDIVIDUELLE KOMPETENZEN UND RESSOURCEN STÄRKEN

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



BEISPIEL

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

■ BETEILIGUNG SICHERN

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

BEISPIEL

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

■ KOORDINIERUNG

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

BEISPIEL

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



LITERATUR

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

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

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

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

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

▶ Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:

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

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



RAUM FÜR NOTIZEN

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



Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung

04 MULTIPLIKATORENKONZEPT

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



DEFINITION

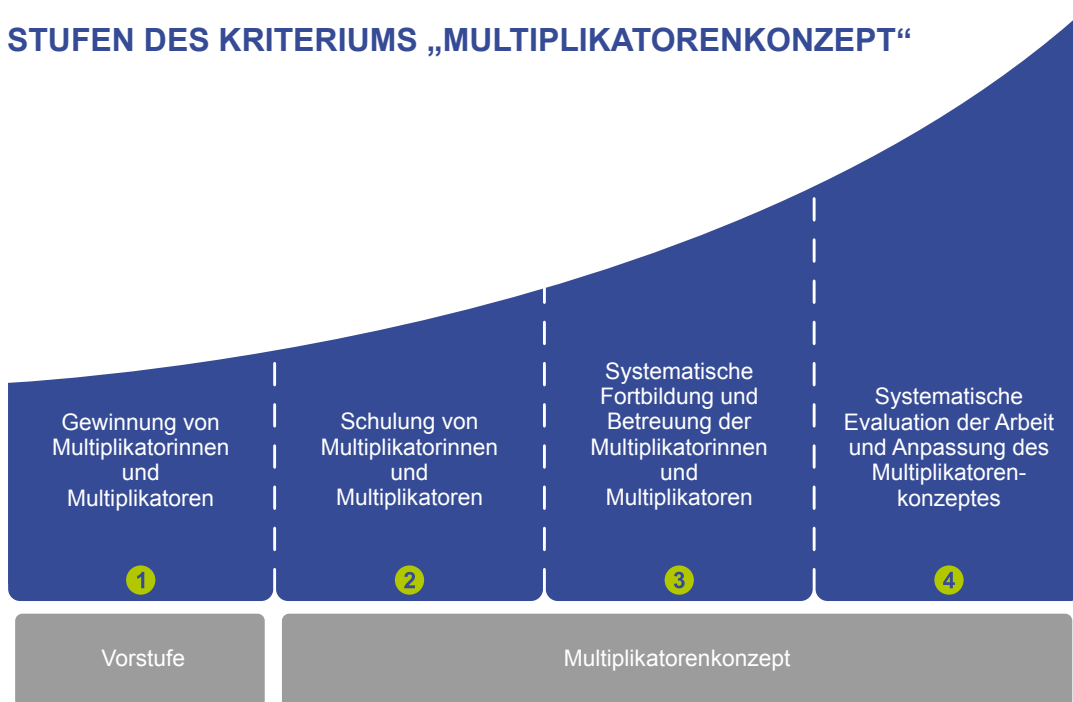
Ein Multiplikatorenkonzept legt fest, welche Personen, Personengruppen oder Institutionen mit welcher Methodik systematisch in die Umsetzung einer Maßnahme eingebunden und für diese Aufgabe qualifiziert werden.

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

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



STUFEN DES KRITERIUMS „MULTIPLIKATORENKONZEPT“



..... Systematische Einbindung, Qualifizierung und Begleitung von →
Multiplikatorinnen und Multiplikatoren



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 GEWINNUNG VON MULTIPLIKATORINNEN UND MULTIPLIKATOREN

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

BEISPIEL

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

STUFE 2 SCHULUNG VON MULTIPLIKATORINNEN UND MULTIPLIKATOREN

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

BEISPIEL

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

STUFE 3 SYSTEMATISCHE FORTBILDUNG UND BETREUUNG DER MULTIPLIKATORINNEN UND MULTIPLIKATOREN

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

BEISPIEL

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



STUFE 4 SYSTEMATISCHE EVALUATION DER ARBEIT UND ANPASSUNG DES MULTIPLIKATORENKONZEPTE

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

BEISPIEL

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



LITERATUR

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

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

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

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

- ▶ Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Multiplikatorenkonzept“. Köln und Berlin.
- ▶ Alle 12 Kriterien-Steckbriefe finden Sie auch auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice.



RAUM FÜR NOTIZEN

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



05 NACHHALTIGKEIT



DEFINITION

Nachhaltige Maßnahmen streben dauerhafte und nachweisbare Veränderungen bei den adressierten → Zielgruppen und Settings an, im Sinne der Stärkung individueller Kompetenzen und Ressourcen und der dauerhaften Gestaltung gesundheitsgerechter Lebensbedingungen (→ Setting-Ansatz). Voraussetzung für nachhaltige Wirkungen sind verlässliche und zeitstabile gesundheitsfördernde Angebotsstrukturen, z. B. durch die Sicherstellung von Räumen und Personal, die Entwicklung von Kooperationen und möglichst auch die Verankerung in kommunalen Strategien (→ Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung). Im Zuge der Verstetigung kann ein Angebot auch in ein landes- oder bundesweit umgesetz-

tes Programm integriert werden.

Im Rahmen des → Qualitätsmanagement müssen Anbieterinnen und Anbieter regelmäßig reflektieren und entscheiden, ob die bisher verfolgten Ansätze zur Zielerreichung (→ Konzeption) weiterhin den Problem- und Bedarfslagen angemessen sind. Wenn sich diese in der Zwischenzeit verändert haben, ist zu entscheiden, ob neue Wege und Lösungsansätze – und damit Innovationen – notwendig sind. Innovation wird in diesem Zusammenhang verstanden als die Weiterentwicklung der Arbeit und wird deshalb zu einer Voraussetzung für nachhaltige, über kurzfristige Projektarbeit hinausgehende Angebotsstrukturen und nachhaltige gesundheitliche Wirkungen.



STUFEN DES KRITERIUMS „NACHHALTIGKEIT“



01

Konzeption

02

Zielgruppenbezug

03

Setting-Ansatz

04

Multiplikatorenkonzept

05

Nachhaltigkeit

06

Niedrigschw. Arbeitsweise

07

Partizipation

08

Empowerment

09

Integr. Handlungskonzept/ Vernetzung

10

Qualitätsmanagement

11

Dokumentation Evaluation

12

Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 DER BEDARF FÜR DIE MAßNAHME WIRD FESTGESTELLT

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

BEISPIEL

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

STUFE 2 DIE MAßNAHME WIRD KONZIPIERT UND DURCHGEFÜHRT

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

BEISPIEL

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

STUFE 3 DIE MAßNAHME WIRD ERFOLGREICH DURCHGEFÜHRT UND DIE VERSTETIGUNG GESICHERT

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



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

BEISPIEL

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

STUFE 4 DIE VERSTETIGTE MAßNAHME WIRD KONTINUIERLICH WEITER ENTWICKELT

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

BEISPIEL

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



LITERATUR

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

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

www.bzga.de/leitbegriffe

Trojan, A.; Süß, W. (2015): Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

www.bzga.de/leitbegriffe

und Einträge in der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche

▶ Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Nachhaltigkeit“. Köln und Berlin.

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



RAUM FÜR NOTIZEN

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



06 NIEDRIGSCHWELIGE ARBEITSWEISE



DEFINITION

Eine niedrigschwellige Arbeitsweise zeichnet sich dadurch aus, dass sie Zugangshürden zur Maßnahme aus Perspektive der → Zielgruppen reflektiert. Sie formuliert bereits in der → Konzeption Handlungsansätze, um diese Zugangshürden zu vermeiden oder möglichst niedrig zu halten. Eine niedrigschwellige Arbeitsweise berücksichtigt als mögliche Zugangshürden:

- ▶ organisatorische Voraussetzungen, z. B. Tageszeit, Ort, Kosten, Antrags- und Anmeldeformalitäten,
- ▶ konzeptionelle Voraussetzungen, z. B. Bedarfsgerechtigkeit, gender- und kultursensible Vermittlung,
- ▶ andere Voraussetzungen, z. B. (unfreiwillige) Stigmatisierung, oder lokale Rahmenbedingungen.

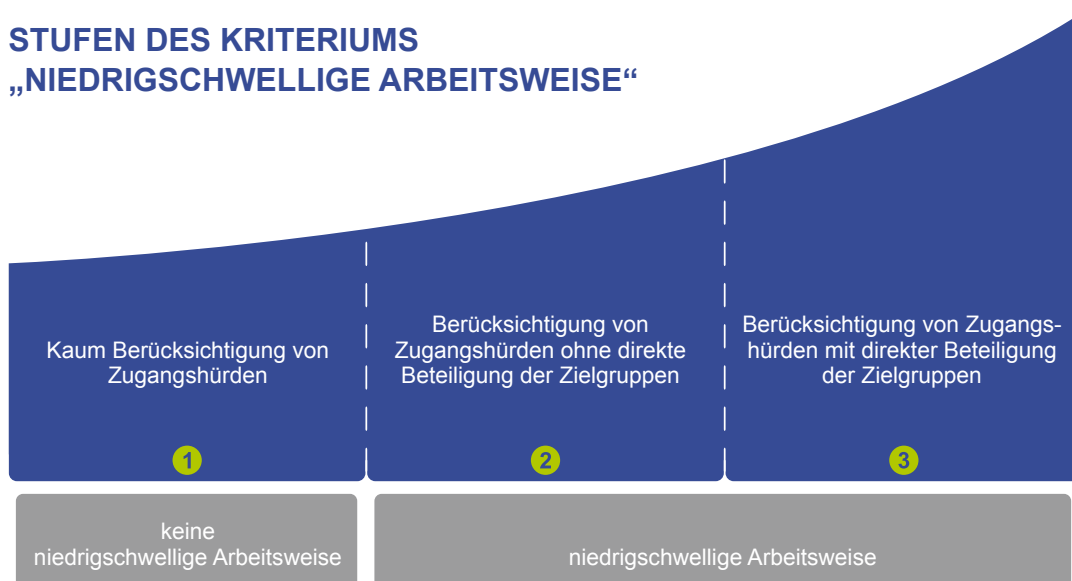
Aufsuchende und begleitende Angebote („Gehstruktur“) oder die Zusammenfassung verschiedener Angebote unter einem Dach sind typische Strukturen für eine niedrigschwellige Arbeitsweise.

Die Beteiligung der Zielgruppe(n) bei der Planung und die Einbindung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (→ Multiplikatorenkonzept) können eine niedrigschwellige Arbeitsweise fördern. Gleichzeitig ist eine niedrigschwellige Arbeitsweise eine Voraussetzung für → Partizipation.

Verständnis und Wissen über den Alltag und die jeweilige Lebenssituation der Zielgruppe sind notwendige Voraussetzungen für eine niedrigschwellige Arbeitsweise, ebenso wie die genauere Differenzierung der Zielgruppe.



STUFEN DES KRITERIUMS „NIEDRIGSCHWELIGE ARBEITSWEISE“



..... Zunehmende Berücksichtigung der Beteiligungshürden →
aus Zielgruppenperspektive

01

Konzeption

02

Zielgruppen-
bezug

03

Setting-Ansatz

04

Multiplikatoren-
konzept

05

Nachhaltigkeit

06

**Niedrigschw.
Arbeitsweise**

07

Partizipation

08

Empowerment

09

Integr. Hand-
lungskonzept/
Vernetzung

10

Qualitäts-
management

11

Dokumentation
Evaluation

12

Kosten-
Wirksamkeits-
Verhältnis



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 KAUM BERÜCKSICHTIGUNG VON ZUGANGSHÜRDEN

Die Fachkräfte bestimmen auf Grundlage eigener Erfahrungen und weiterer Informationen (z. B. der Gesundheitsberichterstattung und der Fachliteratur) den Bedarf einer Zielgruppe und gestalten die Maßnahme. Dieses orientiert sich an den jeweiligen fachspezifischen Empfehlungen (z. B. zu Ernährung oder Bewegung). Mögliche Zugangshürden für die Zielgruppe werden nicht systematisch reflektiert.

BEISPIEL

Ein Sportverein möchte insbesondere Mädchen aus einem sozial belasteten Stadtquartier für seine Angebote gewinnen, um deren körperliche Fitness, Selbstvertrauen und sozialen Zusammenhalt zu stärken. Die Angebote werden zu festgelegten Zeiten auf dem Gelände des Sportvereins durchgeführt. Bevor die Mädchen teilnehmen können, müssen sie bzw. ihre Eltern in den Sportverein eintreten.

STUFE 2 BERÜCKSICHTIGUNG VON ZUGANGSHÜRDEN OHNE DIREKTE BETEILIGUNG DER ZIELGRUPPEN

Die Fachkräfte reflektieren mögliche Zugangshürden der Zielgruppe auf Grundlage eigener Erfahrungen, fachlicher Standards und im Austausch mit anderen Anbietern. Dabei berücksichtigen sie insbesondere organisatorische Bedingungen, beispielsweise Zeitpunkt und zeitlichen Umfang des Angebotes, eine unbürokratische Teilnahme und einen leicht erreichbaren Veranstaltungsort bzw. eine aufsuchende Angebotsstruktur.

BEISPIEL

Ein Sportverein kooperiert mit Grund- und weiterführenden Schulen, um vor allem Mädchen aus einem sozial belasteten Stadtquartier zu erreichen. Der direkte Kontakt zu den Mädchen in einer gewohnten Lebenswelt soll die Bekanntheit des Angebots steigern, über die Möglichkeiten zur Teilnahme informieren und mögliche Berührungspunkte abbauen. Entscheiden sich die Mädchen für ein Angebot, müssen sie Mitglied im Sportverein werden.

STUFE 3 BERÜCKSICHTIGUNG VON ZUGANGSHÜRDEN MIT DIREKTER BETEILIGUNG DER ZIELGRUPPEN

Die Arbeitsweise und Gestaltung der Maßnahme richtet sich an der Lebenswelt und Sichtweise der Zielgruppe aus. Berücksichtigt werden nicht nur Beteiligungs- und Zugangshürden auf Grundlage von fachlichen Standards und Erfahrungen der Professionellen. Vielmehr wird auch im direkten Kontakt mit der Zielgruppe, z. B. durch Befragungen, Gespräche und Diskussionen (→ [Partizipation](#)) Wissen über ihren Alltag, ihre Lebenssituation und Bedarfslagen sowie über Zugangshürden aus ihrer Sicht gewonnen. Auf der Grundlage dieser Informationen werden mögliche Barrieren der Teilnahme



vermieden oder möglichst gering gehalten. Die Ansprache erfolgt unter Berücksichtigung kultureller und sprachlicher Besonderheiten der Zielgruppe.

BEISPIEL

Ein Sportverein nimmt bereits in der Planungsphase von Angeboten für Mädchen aus einem sozial belasteten Stadtquartier Kontakt zu Schulen, Freizeiteinrichtungen, Kulturvereinen etc. auf, um Zugang zu den Kindern und deren Eltern zu bekommen. Der Verein stellt seine Überlegungen zum Angebot vor und fragt die Kinder und Eltern nach ihren Interessen und Wünschen für die Ausgestaltung. Das Ergebnis kann beispielsweise sein, dass offene Bewegungsangebote, auch mit Kooperationspartnern, entwickelt werden, die regelmäßig nachmittags auf öffentlichen Plätzen des Stadtquartiers oder auf dem Schulgelände durchgeführt werden und nicht an eine Vereinsmitgliedschaft geknüpft sind.



LITERATUR

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. / Familienbildung.info (o. J.): Komm-Struktur, Geh-Struktur (aufsuchende Formen der Familienbildung).

www.familienbildung.info/extern.htm?glossar_begriffe.htm#KommGeh

Blümel, St.; Lehmann, F. (2010): Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

www.bzga.de/leitbegriffe

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2005): Niederschwelliger Zugang zu familienunterstützenden Angeboten in Kommunen. Handlungsempfehlungen des Deutschen Vereins.

www.mobile-familienbildung.de/hr/HrSpFb-1.4.Niedrigschwelliger_Zugang.pdf

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

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

und Einträge in der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche

▶ Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Niedrigschwellige Arbeitsweise“. Köln und Berlin.

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



RAUM FÜR NOTIZEN

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



07 PARTIZIPATION



DEFINITION

Partizipation der → Zielgruppen bedeutet, Beteiligungsmöglichkeiten in allen Phasen der Gesundheitsförderung (Bedarfserhebung, Planung, Umsetzung, Bewertung) zu schaffen und sicherzustellen, dass die Beteiligungsprozesse den Erfahrungen und Möglichkeiten der Zielgruppen entsprechend (zielgruppengerecht) gestaltet sind.

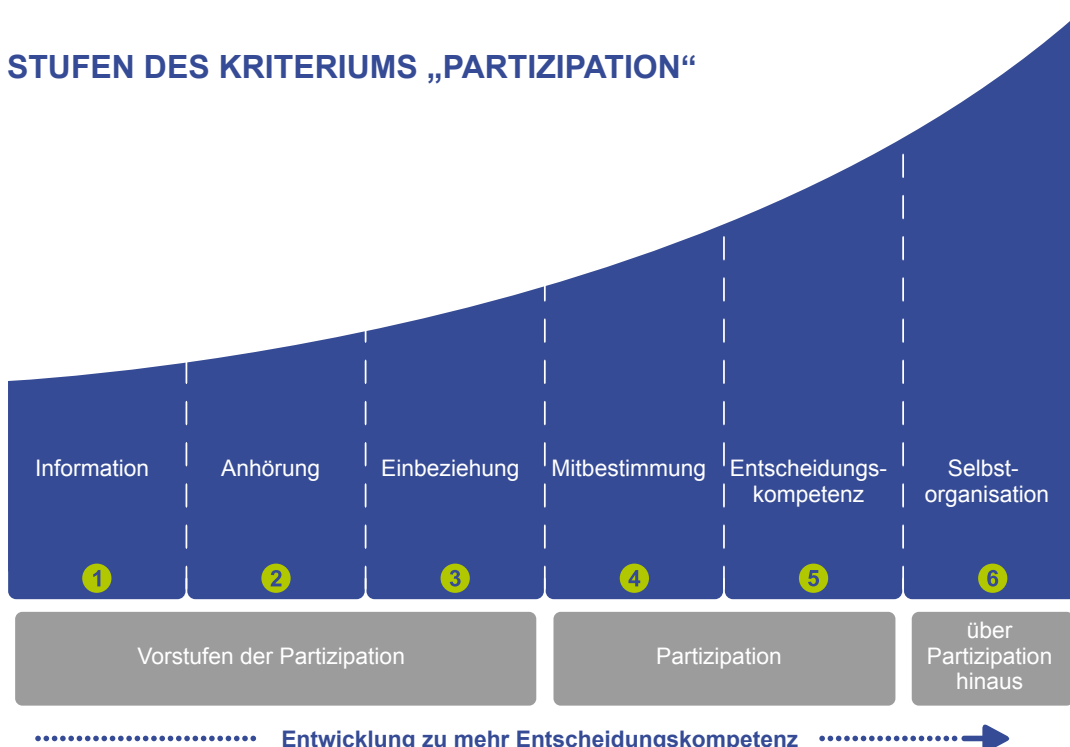
Die Zielgruppen müssen ggf. befähigt werden (→ Empowerment), ihre eigenen Bedürfnisse zu formulieren und Wünsche, Ideen und Vorstellungen bei der Planung, Umsetzung und Durchführung gesundheitsfördernder Aktivitäten ein-

zubringen. Partizipation ist ein Entwicklungsprozess, in dem die Mitglieder der Zielgruppen zunehmend Kompetenzen gewinnen, um immer aktiver Einfluss auf die Entscheidungen nehmen zu können.

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 und einer empathischen, respektvollen Haltung gegenüber den Zielgruppen.



STUFEN DES KRITERIUMS „PARTIZIPATION“



01

Konzeption

02

Zielgruppenbezug

03

Setting-Ansatz

04

Multiplikatorenkonzept

05

Nachhaltigkeit

06

Niedrigschw. Arbeitsweise

07

Partizipation

08

Empowerment

09

Integr. Handlungskonzept/Vernetzung

10

Qualitätsmanagement

11

Dokumentation/Evaluation

12

Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 INFORMATION

Die Professionellen (z. B. Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler) teilen den Zielgruppen mit, welche Probleme aus ihrer Sicht bestehen und zeigen die Handlungsmöglichkeiten auf, die aus professioneller Sicht zur Problemlösung beitragen können. Diese Empfehlungen werden erläutert und fachlich begründet. Die Sichtweise der Zielgruppen wird nach Möglichkeit berücksichtigt, um die Akzeptanz der Informationsangebote und die Aufnahme der Botschaften zu fördern.

BEISPIEL

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE) zeigt mit den Daten der Einschulungsuntersuchungen, dass überdurchschnittlich viele Kinder eines sozial schlechter gestellten Quartiers im Vorschulalter übergewichtig oder adipös sind. Daraus leiten die Berichterstellerinnen und -erstatte die Empfehlung ab, dass die Betroffenen sich gesünder ernähren und mehr bewegen sollten. Als Reaktion auf die Ergebnisse der GBE teilen die kommunalen Entscheidungsträger mit, dass Bewegungsmöglichkeiten durch mehr und bessere Sportgelegenheiten (beispielsweise erweiterte Hallen- und Schulhoföffnungen) verbessert werden.

STUFE 2 ANHÖRUNG

Die Professionellen möchten mehr über die Sichtweise der Zielgruppe erfahren. Die Mitglieder der Zielgruppen werden befragt und angehört. Sie haben aber keinen Einfluss darauf, ob und in welchem Umfang ihre Sichtweise auch Beachtung bei der Konzeption der gesundheitsfördernden Maßnahmen findet.

BEISPIEL

Auf Grundlage der Ergebnisse der kommunalen GBE (vgl. Stufe 1) befragt das Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Quartiersmanagement die Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers nach ihren Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten (z. B. durch Straßenbefragungen und ausführliche Interviews). Auf der Grundlage dieser Ergebnisse werden Kurs- und Informationsangebote zu gesunder Ernährung und regelmäßiger Bewegung entwickelt und umgesetzt.

STUFE 3 EINBEZIEHUNG

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

BEISPIEL

Auf Grundlage der Ergebnisse der kommunalen GBE (vgl. Stufe 1) koordiniert das Gesundheitsamt eine fachbereichsübergreifende Arbeitsgruppe, die Empfehlungen zur Förderung von mehr Bewegung und gesunder Ernährung im Quartier formuliert. Über das Quartiersmanagement werden Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers dazu befragt, ob die vorgeschlagenen Initiativen aus ihrer Sicht hilfreich und zielführend sind. Die Rückmeldungen werden in die Überarbeitung der Empfehlungen einbezogen.



STUFE 4 MITBESTIMMUNG

Die Professionellen halten Rücksprache mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppen, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme abzustimmen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine verbindliche Entscheidungsbefugnis.

BEISPIEL

Auf Grundlage der Ergebnisse der kommunalen GBE (vgl. Stufe 1) richtet das Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Quartiersmanagement einen kommunalen Gesundheitszirkel ein. Dort sind neben der Kommunalverwaltung auch Bewohnerinnen und Bewohner sowie weitere Akteurinnen und Akteure aus dem Quartier vertreten (z. B. Gewerbetreibende und Kirchen). Die Mitglieder des Gesundheitszirkels setzen sich kritisch mit der Fragestellung und den Ergebnissen der GBE auseinander. Sie entwickeln Vorschläge für eine bewegungsfreundlichere Gestaltung des Quartiers, beispielsweise durch Verkehrsberuhigung, die bewegungsfreundliche Gestaltung von Freiflächen (z. B. Boule-Bahnen) und die Einrichtung von Treffpunkten im Freien. Welche Vorschläge umgesetzt werden, entscheidet jedoch die Kommunalverwaltung bzw. der politische Entscheidungsträger (z. B. die Stadträtin oder der Stadtrat).

STUFE 5 ENTSCHEIDUNGSKOMPETENZ

Die Zielgruppenmitglieder sind verbindlich in alle Entscheidungen bei der Planung, Umsetzung und Bewertung einer Maßnahme eingebunden. Sie haben hierbei Entscheidungsbefugnisse und / oder ein Vetorecht. Der Entscheidungsspielraum ist ihnen bekannt.

BEISPIEL

Auf Grundlage der Ergebnisse der kommunalen GBE (vgl. Stufe 1) richtet das Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Quartiersmanagement eine kommunale Arbeitsgruppe ein, die Vorschläge zur Förderung von mehr Bewegung und gesunder Ernährung im Quartier entwickeln soll. Zugleich wird ein Budget (Verfügungsfonds) bereitgestellt, um die Vorschläge umzusetzen. Ein Beirat, in dem alle relevanten Akteurinnen und Akteure des Quartiers vertreten sind, entscheidet über die Verwendung der Mittel. Die Diskussion ergibt, dass Informationen und Kursangebote wenig Akzeptanz finden und im Quartier vor allem ein Raum für regelmäßige, gemeinsame Aktivitäten fehlt, der auch die soziale Integration erwerbsloser oder älterer Bewohnerinnen und Bewohner fördert. Der Beirat entscheidet, mit den Mitteln des Verfügungsfonds ein Projekt „Urban Gardening“ zu starten und im Projektverlauf weitere Mittel zu akquirieren.

STUFE 6 SELBSTORGANISATION

Eine Maßnahme bzw. ein Projekt wird von den Mitgliedern der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt. Die Entscheidungen treffen die Zielgruppenmitglieder eigenständig und eigenverantwortlich. Alle Entscheidungsträger sind Mitglieder der Zielgruppe. Diese Stufe geht daher noch über die oben dargestellte Partizipation hinaus.

BEISPIEL

Das kommunale Projekt „Urban Gardening“ (vgl. Stufe 5) wird in die Selbstverwaltung der Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers übergeben. Kommune und Quartiersmanagement unterstützen bei rechtlichen und formalen Fragen z. B. zu Verwaltung und Finanzierung. Ein Quartiersrat entscheidet über alle Fragen, die die Gestaltung und Weiterentwicklung des „Urbanen Gartens“ betreffen.



LITERATUR

Block, M.; v. Unger, H.; Wright, M.T. (o. J.): Stufen der Partizipation.

www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 2: Probleme erkennen – Lösungen finden. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

Gesundheitsförderung Schweiz / Quint-Essenz (o. J.): Einbeziehung von Zielgruppen in das Projekt.

www.quint-essenz.ch/de/topics/1117

Kilian, H.; Wright, M.T. (2012): Partizipation in der Gesundheitsförderung. In: Gold, C.; Lehmann, F. (Hrsg.): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Reihe Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln. S. 76-83.

www.bzga.de/infomaterialien/gesundheitsfoerderung-konkret/?idx=2017

Stark, W.; Wright, M.T. (2010): Partizipation – Mitwirkung und Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

www.bzga.de/leitbegriffe

und Einträge in der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche

▶ Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Partizipation“. Köln und Berlin.

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



RAUM FÜR NOTIZEN

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



08 EMPOWERMENT



DEFINITION

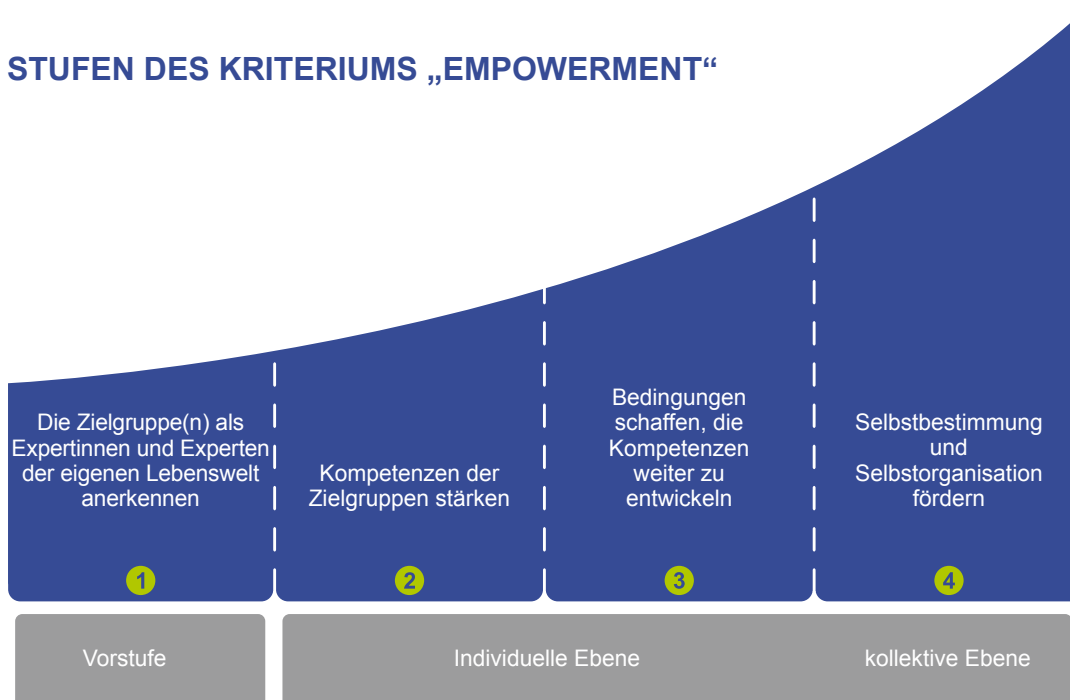
Empowerment-Prozesse befähigen Personen bzw. Personengruppen, selbsttätig und selbstbestimmt ihr Leben und ihre soziale Lebenswelt (mit) zu gestalten. Ausgangspunkt sind die spezifischen Kompetenzen (Ressourcen) einzelner Personen und die gemeinsamen Fähigkeiten von Personengruppen. Im Prozess des Empowerments schaffen die Akteure der Gesundheitsförderung die Bedingungen und Voraussetzungen dafür, dass die Mitglieder der Zielgruppen ihre individuellen und gemeinschaftlichen Ressourcen entdecken, sie weiter entwickeln und in praktische Handlungsstrategien überführen

können. Ein wesentliches Ziel von Empowerment-Prozessen ist, die Abhängigkeit von Unterstützungsangeboten schrittweise zu verringern.

Da die jeweiligen Rahmenbedingungen der Zielgruppen – beispielsweise das soziale, räumliche und politische Umfeld – die Entwicklung von Ressourcen mitbestimmen, müssen sie stets mitbedacht werden. Empowerment ist oft die Voraussetzung für gelingende [Partizipation](#), Teilhabe und Gemeinschaftsbildung, die ihrerseits die Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen stärken.



STUFEN DES KRITERIUMS „EMPOWERMENT“



..... Stärkung individueller und kollektiver Ressourcen als Voraussetzung für aktive Einflussnahme →

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



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 DIE ZIELGRUPPEN ALS EXPERTINNEN UND EXPERTEN DER EIGENEN LEBENSWELT ANERKENNEN

Eine wesentliche Voraussetzung bzw. Vorstufe aller Empowerment-Prozesse ist eine wertschätzende Haltung der Fachkräfte gegenüber der → Zielgruppe. Dies bedeutet, dass deren Mitglieder als Expertinnen und Experten für ihre jeweilige Lebenswelt und Lebenssituation anerkannt werden, die über vielfältige Kompetenzen und Ressourcen verfügen, die es im Rahmen der Empowerment-Prozesse zu stärken und weiter zu entwickeln gilt.

BEISPIEL

Die Mitarbeitenden eines Trägers der Familienhilfe in einem sozial benachteiligten Quartier reflektieren sowohl die (belastenden) Bedingungen, unter denen die Eltern leben, als auch die positiven Ressourcen und das Engagement, mit dem diese ihren Alltag bewältigen. Sie verständigen sich darauf, intern und in den Außenkontakten negative und an den Defiziten orientierte Zuschreibungen wie „Hartz IV-Familien“ zu vermeiden und stets darauf hinzuweisen, dass z. B. der Bezug von Transferleistungen nur ein Merkmal ist, das die Lebenssituation dieser Menschen kennzeichnet.

STUFE 2 KOMPETENZEN DER ZIELGRUPPEN STÄRKEN

Im Rahmen der gesundheitsfördernden Arbeit werden Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Menschen in schwierigen Lebenslagen ihre vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen entdecken und stärken können.

BEISPIEL

Im Kontakt mit den Familienmitgliedern betonen die Mitarbeitenden der Familienhilfe vor allem die Kompetenzen, Ressourcen und Erfolge, die sie im Kontakt mit Eltern und Kindern identifizieren. Sie bestärken die Familien darin, positive Ansätze fortzuführen, bieten Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen an, vermitteln ggf. an weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote. Sie begleiten die Inanspruchnahme dieser Angebote als „Hilfe zur Selbsthilfe“, indem sie beispielsweise das Selbstbewusstsein der Eltern im Umgang mit Behörden stärken. Ziel ist, dass die Familien die für sie passenden Angebote künftig eigenständig finden und nutzen können und selbständig Perspektiven für ihre eigene Zukunft entwickeln.

STUFE 3 BEDINGUNGEN SCHAFFEN, DIE KOMPETENZEN WEITER ZU ENTWICKELN

Die gesundheitsfördernde Arbeit stärkt die positiven Ansätze der Kompetenzentwicklung, indem sie Anknüpfungsmöglichkeiten an dauerhafte, kontinuierlich wirkende, kompetenzstärkende Angebote und Strukturen sowie Eigeninitiative fördert.

BEISPIEL

Die Mitarbeitenden der Familienhilfe motivieren die Eltern, sich an einem Elternkompetenztraining zu beteiligen, z. B. im Rahmen des Programms „ELTERN-AG“. Neben der Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten der Elternrolle fördert das Training den Kontakt zwischen Eltern in ähnlichen Belastungssituationen und deren Austausch über aktuelle Erfahrungen mit (erfolgreichen) Bewältigungsstrategien.



STUFE 4 SELBSTBESTIMMUNG UND SELBSTORGANISATION FÖRDERN

Die gesundheitsfördernde Arbeit unterstützt die Bedingungen, unter denen die Mitglieder der Zielgruppen ihre individuellen und gemeinschaftlichen Lebensbedingungen selbstbestimmt mitgestalten. Das Ziel ist, die Unterstützung und Begleitung durch „Expertinnen und Experten“ immer mehr überflüssig zu machen.

BEISPIEL

Die Eltern werden darin gefördert, eine längerfristige Lebensperspektive zu entwickeln und diese umzusetzen, beispielsweise durch Unterstützung bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz oder einer Arbeitsstelle. Die Mitarbeitenden der Gesundheitsförderung motivieren die Eltern zudem dazu, auch nach Ende des Kompetenztrainings die Kontakte zu den anderen Eltern weiter zu pflegen, etwa durch selbst organisierte Treffen, und sich in die Unterstützungs-Netzwerke am Wohnort aktiv einzubringen.



LITERATUR

Brandes, S.; Stark, W. (2015): Empowerment / Befähigung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

www.bzga.de/leitbegriffe

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

Gesundheitsförderung Schweiz / Quint-Essenz (o. J.): Empowerment.

www.quint-essenz.ch/de/topics/1248

Laverack, G. (Hrsg.) (2010): Gesundheitsförderung & Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.

und Einträge in der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche

- ▶ Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Empowerment“. Köln und Berlin.
- ▶ Alle 12 Kriterien-Steckbriefe finden Sie auch auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice.



RAUM FÜR NOTIZEN

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



09 INTEGRIERTES HANDLUNGSKONZEPT / VERNETZUNG

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



DEFINITION

Integrierte Handlungskonzepte sind wichtige Steuerungs- und Koordinierungsinstrumente der Gesundheitsförderung. Sie werden kooperativ mit den im jeweiligen Setting (→ **Setting-Ansatz**) zentralen Akteursgruppen entwickelt. Für die settingübergreifende, gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung sind verschiedene Handlungsebenen von Bund, Ländern und Kommunen sowie unterschiedliche Verwaltungsbereiche der Kommune, die Bevölkerung und lokale Akteurinnen und Akteure einzubeziehen (→ **Partizipation**). Wichtige Bestandteile sind zudem ein umfassender Gesundheitsbegriff und eine Ressourcenbündelung.

Handlungskonzepte (→ **Konzeption**) zeichnen sich in der Regel durch folgende Kernelemente aus:

- ▶ Problem- und Bedarfsanalyse,
 - ▶ Zielsetzungen,
 - ▶ Maßnahmen zur Erreichung der Ziele,
 - ▶ Zeit-, Ablauf- und Umsetzungsplan,
 - ▶ Kosten- und Finanzierungsplan.
- Das Vorhandensein der genannten Kernelemente ist unabhängig davon, ob es sich um das Konzept für ein Einzelprojekt eines Trägers oder um ein quartiersbezogenes oder gesamtkommunales Konzept einer Kommune handelt.

- Integrierte Handlungskonzepte beziehen eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte ein:
- ▶ verschiedene Fach- und Politikbereiche (z. B. Gesundheit, Jugendhilfe, Bildung, Stadtentwicklung/-planung, Soziales, Arbeit, Umwelt),
 - ▶ verschiedene Gesundheitsdeterminan-

Fortsetzung auf Seite 40



STUFEN DES KRITERIUMS „INTEGRIERTES HANDLUNGSKONZEPT / VERNETZUNG“



..... Von einem geringen zu einem komplexen Integrations- und Vernetzungsniveau kommunaler Gesundheitsstrategien

Integriert werden:
Fach- und Politikbereiche • Gesundheitsdeterminanten • Ressourcen • räumliche Ebenen • föderale Handlungsebenen • Adressatengruppen

Fortsetzung von Seite 39

- ten, z. B. individuelle Lebensweise, soziale und kommunale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen, allgemeine Umweltbedingungen,
- ▶ verschiedene Ressourcen und zwar sowohl finanzielle Mittel (z. B. Mittel unterschiedlicher Fachressorts, Fördermittel, private Mittel) als auch Sachmittel (z. B. Räume, technische Ausstattung) sowie personelle Ressourcen und Know-How,
 - ▶ unterschiedliche räumliche Ebenen, z. B. Nachbarschaft / Quartier, Stadt- bzw. Ortsteil, Gesamtkommune, Region,
 - ▶ unterschiedliche Handlungsebenen, z. B. Kommune, Land, Bund,
 - ▶ verschiedene Gruppen von Adressatinnen und Adressaten, z. B. Kinder, Jugendliche, ältere Menschen, Familien, Alleinerziehende, Arbeitslose.

Integrierte Handlungskonzepte haben also einen hohen Grad an Komplexität. Dies macht die Schriftform für ein solches Handlungskonzept unabdingbar.

Vernetzung bezeichnet ein Geflecht von Beziehungen zwischen Akteuren (Personen und Institutionen) eines Handlungsfeldes und auch darüber hinaus. Sie dient dem Austausch von Informationen, der Ergänzung materieller und nicht-materieller Ressourcen oder auch der Abstimmung gemeinsamer Ziele und Werte. Vernetzung ist eine zentrale Handlungsstrategie in der Ge-

sundheitsförderung. Gelungene Vernetzung trägt dazu bei, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen sich bedarfsgerecht in die bestehende kommunale Angebotslandschaft einfügen. In einer ausgereifteren Form entstehen aus der Zusammenarbeit Synergien, die als kollektive Ressourcen über den Kreis der Netzwerkpartner hinaus Wirkung entfalten können.

Alle Vernetzungsaktivitäten sollten an bereits vorhandenen Strukturen ansetzen. Eine Aufgabe in diesem Zusammenhang ist, die Maßnahme als Teil kommunaler Strategien und Programme (z. B. integrierte kommunale Gesundheitsstrategien oder „Präventionsketten“) zu entwickeln – soweit diese vorhanden sind – oder über die gemeinsame Abstimmung eine solche Strategieentwicklung zu befördern.

Die Intensität und Verbindlichkeit der Zusammenarbeit kann von informellen mündlichen Absprachen, regelmäßiger Anwesenheit oder aktiver Mitarbeit bis hin zu formellen Regelungen in gemeinsamen Kooperationsvereinbarungen oder Verträgen reichen. Die Perspektive einer integrierten Strategie weist damit über die Optimierung von Einzelprojekten hinaus und bezieht die gemeinsame, abgestimmte Gestaltung kommunaler Gesundheitsförderungsstrukturen im Sinne von integriertem und vernetztem Handeln ein.



LITERATUR

Bär, G.; Böhme, C.; Luig-Art, H. (2015): Kurzexpertise zu ausgewählten Fragen des Good-Practice-Steckbriefs „Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung“ BZgA (Hrsg). Köln

Trojan, A.; Süß, W. (2015): Vermitteln und Vernetzen. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

www.bzga.de/leitbegriffe



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

Einzelaspekt der Integration	STUFE 1 Sporadische, informelle, Integration / Vernetzung	STUFE 2 Kontinuierliche Integration / Vernetzung mit formellen Anteilen	STUFE 3 Kontinuierliche, explizit formelle Integration / Vernetzung
Fach- und Politikbereiche	Die Konzeptentwicklung obliegt im Wesentlichen der Federführung eines Fachbereichs. Zur Konsultation werden andere Fachbereiche gehört und anlassbezogen eingebunden.	Ein gemeinsames Gremium mit verschiedenen Verwaltungsbereichen ist für die Strategieentwicklung verantwortlich. Die Zusammenarbeit ist nicht von Einzelpersonen abhängig, sondern wird kontinuierlich vom jeweiligen Fachbereich abgesichert.	Eine Kooperationsvereinbarung bzw. ein Beschluss der Kommunalpolitik sichert die verbindliche, fachübergreifende Zusammenarbeit. Auf diese Weise wird das integrierte Handlungskonzept periodisch aktualisiert und fortgeschrieben.
Gesundheitsdeterminanten	Dem Handlungskonzept liegt ein eng gefasstes, auf die individuelle Lebensweise fokussiertes Gesundheitsverständnis zugrunde; nur punktuell werden von den Beteiligten auch soziale Aspekte und Umgebungsfaktoren angesprochen. Die Handlungsverantwortung liegt überwiegend bei einer Fachverwaltung.	Die an der Konzeptentwicklung beteiligten Akteurinnen und Akteure bringen sowohl individuelle als auch Aspekte sozialer und kommunaler Netzwerke und allgemeiner Lebens- und Arbeitsbedingungen in die Konzeptentwicklung ein. Mehrere Fachbereiche übernehmen Verantwortung für die Umsetzung.	Die in der Partnerschaft beteiligten Akteurinnen und Akteure haben ein schriftliches Handlungskonzept entwickelt, das auf das ganze Spektrum der Determinanten von Gesundheit zielt, auch auf die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Entsprechend intersektoral werden Maßnahmen konzipiert.
Ressourcen	Einige Partnerinnen und Partner bringen anlassbezogen materielle wie nicht-materielle Ressourcen in die Zusammenarbeit ein.	Regelmäßig bringt die Mehrzahl der Beteiligten materielle wie nicht-materielle Ressourcen in die Partnerschaft ein. Die Entscheidung über den Zweck und die Höhe wird von Fall zu Fall von den jeweiligen Partnern festgelegt.	Es gibt verbindliche Zusagen bzw. feste Vereinbarungen, wer wie viele Ressourcen der Partnerschaft zur Verfügung stellt. Die Ressourcenverwendung wird von der Gemeinschaft beschlossen.
Räumliche Ebenen	Die Konzeptentwicklung bezieht sich im Schwerpunkt auf ein ausgewähltes Quartier, punktuell wird Bezug zur gesamtkommunalen Entwicklung genommen.	Die Konzeptentwicklung ist auf einen ausgewählten Stadt- bzw. Ortsteil ausgerichtet. Dabei werden bedarfsgerecht räumliche Schwerpunkte in einzelnen Quartieren des Stadt- bzw. Ortsteils gesetzt.	In der strategischen Partnerschaft wird ein gesamtkommunales Konzept entwickelt und hierbei kontinuierlich die Implikationen (z. B. Wohnen / Wohnumfeld / Infrastruktur) für die kleinräumigeren Ebenen in den Blick genommen.
Föderale Handlungsebenen	Die Konzeptentwicklung erfolgt im Schwerpunkt durch Bund, Land, Kommune oder einen Träger. Die Integration der verschiedenen Ebenen fehlt oder ist schwach ausgeprägt.	Die Konzeptentwicklung erfolgt in Abstimmung und unter Beteiligung mehrerer Partnerinnen und Partner von unterschiedlichen Handlungsebenen.	Kommunen, Länder und Bund bzw. Träger haben sich in einer strategischen Partnerschaft zusammengefunden und haben jeweils eigene Aufgaben der strategischen Weiterentwicklung definiert.
Gruppen von Adressatinnen und Adressaten	Die Adressatinnen und Adressaten werden unspezifisch eingebunden, die Mitwirkung wird dem freiwilligen Engagement Einzelner überlassen.	Verschiedene Gruppen von Adressatinnen und Adressaten werden gezielt zur Mitwirkung eingeladen und die Teilnahmemöglichkeiten verbessert. Es gibt festgelegte Verfahren der Integration / Vernetzung.	Die Adressatinnen und Adressaten sind fester Bestandteil der strategischen Partnerschaft und wirken an Entscheidungen gleichberechtigt mit. Die Vielfalt der Vertreterinnen und Vertreter spiegelt die Heterogenität der Bevölkerung und der spezifischen Bedarfslagen wider und zeigt sich in einem entsprechend differenzierten Handlungskonzept.



BEISPIELE ZU DEN STUFEN

Die Gesamtzuordnung eines Handlungskonzeptes / einer Vernetzung zu einer Stufe berücksichtigt die Stufenzuordnung der verschiedenen Einzelaspekte der Integration. In der Regel richtet sich die Gesamtzuordnung danach, welche Stufe mehrheitlich bei der Zuordnung der Einzelaspekte erreicht ist.

STUFE 1 SPORADISCHE, INFORMELLE INTEGRATION / VERNETZUNG

BEISPIEL

In einem Gebiet des Städtebauförderprogramms „Soziale Stadt“ (Soziale Stadt-Quartier) werden für schwangere Frauen Kurse zu Entbindung, Stillverhalten sowie zum Gesundheits- und Ernährungsverhalten angeboten. Soziale Fragen und finanzielle Aspekte werden punktuell angesprochen und Hinweise auf spezifische Zuständigkeiten gegeben. Die Kurse werden von einem Träger entwickelt, durch das Gesundheitsamt finanziert und im Haus des Trägers durchgeführt. Mit Blick auf Gesundheits- und Ernährungsverhalten wird eine örtliche Krankenkasse in die Kursgestaltung einbezogen.

STUFE 2 KONTINUIERLICHE INTEGRATION / VERNETZUNG MIT FORMELLEN ANTEILEN

BEISPIEL

In einem Soziale Stadt-Quartier werden auf Basis eines schriftlichen Konzeptes gemeinsam mit schwangeren Frauen Angebote entwickelt, die Fragen zu Entbindung, Stillverhalten sowie Gesundheits- und Ernährungsverhalten beantworten. Soziale und finanzielle Fragen, Arbeits- und Wohnverhältnisse werden explizit angesprochen und gemeinsam mit Partnern nach Unterstützungsmöglichkeiten gesucht. Das Angebot wird von verschiedenen Trägern in Abstimmung mit dem Gesundheits-, dem Sozial-, dem Jugend- und dem Wohnungsamt, die regelmäßig in einer ressortübergreifenden Arbeitsgruppe zusammenkommen, kultursensibel im Stadtteil durchgeführt. Die Kosten werden aus dem kommunalen Haushalt und durch Präventionsmittel einer örtlichen Krankenkasse getragen.

STUFE 3 KONTINUIERLICHE, EXPLIZIT FORMELLE INTEGRATION / VERNETZUNG

BEISPIEL

Das ursprünglich nur in einem Soziale Stadt-Quartier durchgeführte Angebot für schwangere Frauen wird – basierend auf einem kommunalpolitischen Beschluss – als Regelmaßnahme in Kooperation mit Partnerorganisationen in allen Stadtteilen eingerichtet. Das gesamtstädtische und schriftliche Konzept wird von Kommunalverwaltung, externen Partnerinnen und Partnern und ausgewählten Adressatinnen und Adressaten gemeinsam erarbeitet. Finanzielle, räumliche und fachliche Zuständigkeiten werden abgestimmt und festgelegt. Darüber hinaus wird ein schriftliches Konzept erarbeitet, welches darauf abzielt, den Zugang insbesondere für Schwangere in schwieriger sozialer Lage zu Gesundheitsdiensten kultursensibel zu erleichtern, deren Wohnverhältnisse sozialverträglich zu verbessern, das Wohnumfeld familienfreundlicher zu gestalten sowie die soziale Infrastruktur (z. B. Kinderbetreuung, Sprach- und Bildungsangebote, Arbeits-, Ausbildungsmöglichkeiten) zu verbessern. Für dieses Konzept gibt es einen kommunalen Beschluss. Das Konzept wird seitens der Kommunalverwaltung ressortübergreifend umgesetzt.

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



10 QUALITÄTSMANAGEMENT



DEFINITION

Qualitätssicherung, -entwicklung und -management zielen darauf ab, Maßnahmen der Gesundheitsförderung bedarfs- und fachgerecht sowie partizipativ und zielgruppengerecht zu planen, zu gestalten und umzusetzen, sie kontinuierlich weiter zu entwickeln und sie somit immer besser am Bedarf auszurichten. Während Qualitätssicherung vor allem auf die Erfüllung gesetzlich oder durch den Träger vorgegebener Qualitätsstandards ausgerichtet ist, handelt es sich bei der Qualitätsentwicklung um einen kontinuierlichen und systematischen Reflexions- und Lernprozess, der auf die Weiterentwicklung und Verbesserung der Angebotsqualität ausgerichtet ist. Qualitätsmanagement verankert diesen Prozess durch klare personelle Zuständigkeiten in der jeweiligen Organisation.

Die Aktivitäten zur Sicherung und Entwicklung der Qualität können intern durch eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder mit externer Unterstützung erfolgen. Potenziale zur Qualitätsverbesserung lassen sich in folgenden Bereichen identifizieren:

- ▶ **Planung:** die Entwicklung des Konzepts (→ **Konzeption**) und die Planung von Umsetzungsschritten auf Grundlage einer (partizipativen) Bedarfsanalyse und wissenschaftlicher Erkenntnisse
- ▶ **Strukturen:** die Ausstattung einer Maßnahme z. B. mit Finanzmitteln, Personal, Räumen, Arbeitsmitteln
- ▶ **Prozesse:** die Art und Weise der Maßnahme-Umsetzung
- ▶ **Ergebnisse:** die erreichten Wirkungen in Bezug auf formulierte Ziele (→ **Dokumentation und Evaluation**)



STUFEN DES KRITERIUMS „QUALITÄTSMANAGEMENT“



..... Systematische Integration der Qualitätsorientierung in alle Strukturen und Prozesse →

- 01 Konzeption
- 02 Zielgruppenbezug
- 03 Setting-Ansatz
- 04 Multiplikatorenkonzept
- 05 Nachhaltigkeit
- 06 Niedrigschw. Arbeitsweise
- 07 Partizipation
- 08 Empowerment
- 09 Integr. Handlungs-konzept/ Vernetzung
- 10 Qualitätsmanagement**
- 11 Dokumentation Evaluation
- 12 Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 DIE QUALITÄT DER ARBEIT WIRD NUR SPONTAN THEMATISIERT

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben ein implizites (d. h. nicht schriftlich formuliertes), stillschweigend vorausgesetztes Qualitätsverständnis. Ihre alltägliche Arbeit reflektieren sie für sich, ohne dass eine gemeinsame Verständigung darüber stattfindet. Sporadisch tauschen sie sich über Verbesserungspotenziale aus. In erster Linie werden offensichtliche und drängende Schwierigkeiten der Arbeitsprozesse und Strukturen spontan aus der jeweiligen Situation heraus („situativ“) thematisiert, die kurzfristig und mit wenig Aufwand verändert werden können.

BEISPIEL

Ein Frauengesundheitszentrum bietet niedrigschwellige, anonyme psychosoziale Beratungen an: Kostenlos und ohne Terminvergabe können Frauen im Rahmen der Öffnungszeiten die Beratungsleistungen in Anspruch nehmen. Ziel ist, dass keine Frau ohne konkrete Hinweise auf Handlungsmöglichkeiten oder auf weiterführende Unterstützungsangebote aus der Beratung geht. Die Beraterinnen dokumentieren Anzahl, Inhalt und Ergebnisse der Gespräche. Wenn akuter Handlungsbedarf besteht, tauschen sie sich über „Einzelfälle“ aus.

STUFE 2 REGELMÄSSIGE PRÜFUNG UND SICHERUNG VON QUALITÄT

Planmäßig und in regelmäßigen Abständen tauschen sich Teammitglieder und mögliche weitere Beteiligte 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 werden schriftlich festgehalten, z. B. in Form von Protokollen, in denen „To-dos“ und Zuständigkeiten festgehalten werden. Es werden vornehmlich Arbeitsprozesse und Strukturen reflektiert. Ziel ist es vor allem, bereits vorhandene „bewährte“ Qualität der Arbeit sicherzustellen.

BEISPIEL

Die Beraterinnen des Frauengesundheitszentrums treffen sich in einer regelmäßigen Austauschrunde, um die Entwicklung des Beratungsangebotes zu reflektieren und dessen gute, einheitliche Qualität sicherzustellen. So soll beispielsweise gewährleistet sein, dass während der Öffnungszeiten jeweils mindestens eine Beraterin ansprechbar ist, dass muttersprachliche Beratungen für Migrantinnen möglichst noch am gleichen Tag durchgeführt werden können und dass aktuelle Kontaktdaten zu externen Angeboten oder relevanten Ämtern jederzeit für alle Beraterinnen verfügbar sind.

STUFE 3 QUALITÄTSSICHERUNG UND KONTINUIERLICHE QUALITÄTSENTWICKLUNG

Instrumente und Methoden der Qualitätssicherung und -entwicklung werden kontinuierlich angewendet, etwa in Form von Dokumentationen und Checklisten. 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 Prozessen und Strukturen 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

Die Beraterinnen des Frauengesundheitszentrums entwickeln gemeinsam einen Dokumentationsbogen für die niedrigschwelligen Beratungsgespräche. Dieser erfasst Angaben zur beratenen Klientin (z. B. Migrationshintergrund), zu deren Anliegen, den getroffenen Vereinbarungen und zu Fragen oder Problemen, für die ggf. keine Lösung gefunden oder kein Angebot gemacht werden konnte. Diese Bögen werden regelmäßig in der Austauschrunde ausgewertet und auf Grundlage dieser Ergebnisse werden Ansätze für die Weiterentwicklung der niedrigschwelligen psychosozialen Beratung entwickelt.

STUFE 4 KONTINUIERLICHES, SYSTEMATISCHES, UMFASSENDES QUALITÄTSMANAGEMENT

Das Qualitätsmanagement berücksichtigt kontinuierlich und systematisch alle Bereiche der Maßnahme und der Organisation sowie die Sichtweise aller Beteiligten. Im Rahmen klarer personeller Zuständigkeiten werden sowohl Planung und Konzeption als auch Strukturen und Arbeitsprozesse (vor dem Hintergrund der Zielsetzung) geprüft und weiterentwickelt. Stets stellt eine Qualitätsprüfung die formulierten Ziele den erreichten Ergebnissen gegenüber (Soll-Ist-Vergleich). Dazu sind geeignete Erfolgsindikatoren notwendig, die Veränderungen messbar und damit auch überprüfbar machen (→ [Dokumentation und Evaluation](#)). 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

Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der niedrigschwelligen psychosozialen Beratung fließen in den Prozess der Qualitätsentwicklung des Frauengesundheitszentrums ein. Die Qualitätsbeauftragte reflektiert u. a. gemeinsam mit den Beraterinnen und mit ausgewählten Klientinnen, in welchem Umfang die formalen und inhaltlichen Zielsetzungen der Beratung erreicht wurden und wie Verbesserungen aussehen können. Darüber hinaus thematisiert sie, wie sich die Beratungsangebote noch niedrigschwelliger an die anderen Aktivitäten des Frauengesundheitszentrums anbinden lassen und wie die in den Beratungsgesprächen geäußerten Bedarfslagen noch besser in die Weiterentwicklung der anderen Angebote einfließen können.



LITERATUR

Altgeld, T. et al. (2015): Gesamtprojektbericht: Kooperations- und Forschungsprojekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“, BZgA, Köln.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (o. J.): Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention.

www.lzg.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/qualitaetsinitiative

Tempel, N.; Bödeker, M.; Reker, N. et al. (2013): Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, Band 42, herausgegeben von der BZgA. Köln.

www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/?idx=2204

Töppich, J.; Linden, S. (2010): Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

www.bzga.de/leitbegriffe

und Einträge in der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche

▶ Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:

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

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



RAUM FÜR NOTIZEN

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



11 DOKUMENTATION UND EVALUATION



DEFINITION

Dokumentation und Evaluation sind Elemente des **Qualitätsmanagements**. Sie dienen dazu, die Erreichung der formulierten Ziele (**Konzeption**) im Projektverlauf zu überprüfen und Arbeitsabläufe in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Überprüfung zu verändern.

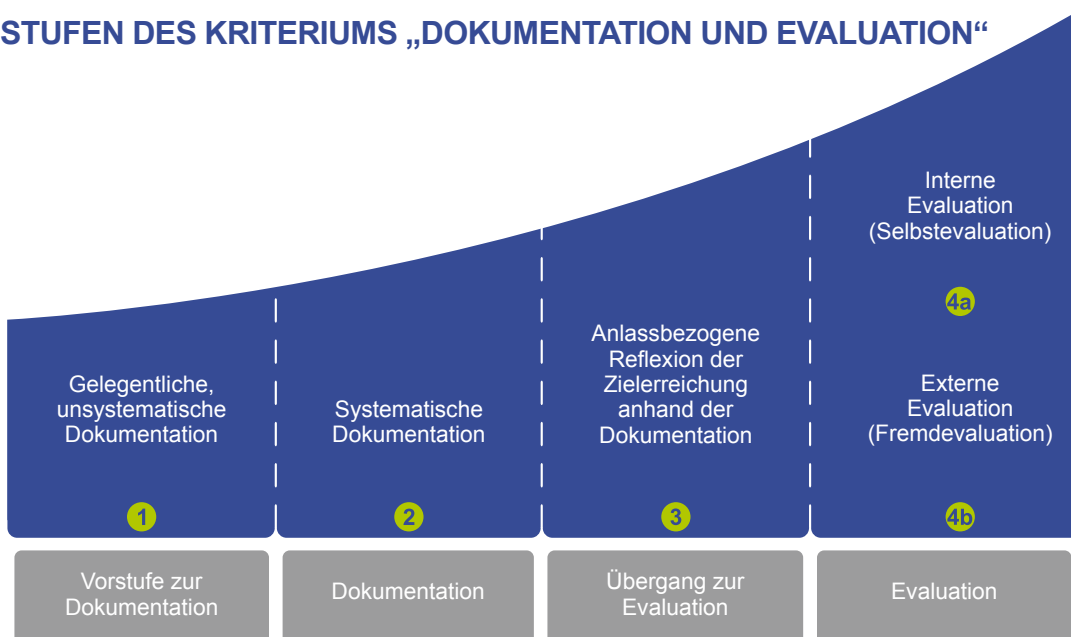
Die Dokumentation bildet Inhalte und Ergebnisse von Arbeitsprozessen ab, beispielsweise durch Besprechungsprotokolle, die Dokumentation von Veranstaltungsverläufen und -ergebnissen oder die Sammlung erstellter Materialien. Sie gewährleistet, dass Konzeption und Umsetzung einer Maßnahme auch nach längerer Zeit und auch für Außenstehende nachvollziehbar und ggf. überprüfbar bleiben.

Die Evaluation ist ein Verfahren, das die dokumentierten, aber auch neu gewonnenen Informationen analysiert und systematisch vor dem Hintergrund der formulierten Ziele bewertet. Die Evaluationsergebnisse können wichtige Hinweise liefern, um Prozesse und Ergebnisse der Arbeit zu verbessern.

Die Evaluation kann intern durchgeführt werden (Selbstevaluation) oder durch externe Fachleute bzw. mit deren Unterstützung (externe Evaluation oder Fremdevaluation). Die Evaluation kann begleitend zur laufenden Arbeit erfolgen, so dass die Ergebnisse gleich wieder einfließen (formative Evaluation) oder sie ermöglicht, rückblickend zu überprüfen, in welchem Umfang die gesetzten Ziele erreicht wurden (Ergebnisevaluation).



STUFEN DES KRITERIUMS „DOKUMENTATION UND EVALUATION“



..... Von der Datensammlung zur Überprüfung der Zielerreichung➔

- 01 Konzeption
- 02 Zielgruppenbezug
- 03 Setting-Ansatz
- 04 Multiplikatorenkonzept
- 05 Nachhaltigkeit
- 06 Niedrigschwellige Arbeitsweise
- 07 Partizipation
- 08 Empowerment
- 09 Integrationskonzept/Vernetzung
- 10 Qualitätsmanagement
- 11 Dokumentation/Evaluation**
- 12 Kosten-Wirksamkeitsverhältnis



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 GELEGENTLICHE, UNSYSTEMATISCHE DOKUMENTATION

Arbeitsabläufe und -ergebnisse werden nur gelegentlich und nicht systematisch dokumentiert. Es gibt keine verbindlichen Vorgaben zum Format der Dokumentation, zur Ablage oder zur Vermittlung der Ergebnisse.

BEISPIEL

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Schwangerschaftsberatungsstelle dokumentieren in einem gemeinsamen Dokument Anzahl und Dauer der geführten Beratungsgespräche.

STUFE 2 SYSTEMATISCHE DOKUMENTATION

Für die Dokumentation werden klare Fragestellungen und Regeln festgelegt. Diese berücksichtigen die jeweiligen Datenschutzbestimmungen. Auf dieser Grundlage können dann z. B. auch Informationen und Daten für eine interne oder externe Evaluation bereitgestellt werden (vgl. die Umsetzungsstufen 4a und 4b).

BEISPIEL

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schwangerschaftsberatungsstelle dokumentieren in einer gemeinsam gepflegten Erfassungsmaske regelmäßig ihre Beratungsgespräche. Dokumentiert werden beispielsweise Anzahl der Gespräche pro Tag, Schwerpunktthemen der Gespräche und soziographische Daten zur Gesprächspartnerin (z. B. Alter, Familienstand, Herkunftsort, soziale Lage).

STUFE 3 ANLASSBEZOGENE REFLEXION DER ZIELERREICHUNG ANHAND DER DOKUMENTATION

Im Rahmen der Dokumentation zusammengestellte Inhalte werden im Hinblick auf die im Projekt gesetzten Ziele nur anlassbezogen reflektiert.

BEISPIEL

Die Mitarbeiter/innen der Schwangerschaftsberatungsstelle reflektieren vor einem Arbeitstermin mit dem/der Zuwendungsgeber/in die systematisch dokumentierten Gespräche (vgl. Stufe 2) insbesondere unter der Fragestellung, in welchem Umfang die Zielgruppe(n) erreicht und bedarfsorientiert beraten werden konnte(n). Auf dieser Grundlage entwickeln sie Ideen, wie die Ansprache der Zielgruppe(n) weiter entwickelt werden kann.



STUFE 4a INTERNE EVALUATION (SELBSTEVALUATION)

Auf der Grundlage der Daten aus der Dokumentation und ggf. weiterer Informationen überprüfen und bewerten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Arbeit und die Ergebnisse ihrer Maßnahme anhand transparenter Methoden. Im Rahmen dieser Selbstevaluation wird die Zielerreichung diskutiert und nach Möglichkeiten gesucht, auf Grundlage dieser Erkenntnisse die Maßnahme weiter zu entwickeln.

BEISPIEL

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstelle überprüfen anhand der Dokumentation, in welchem Umfang sie mit ihrem Angebot die in der → **Konzeption** genannten Zielgruppen erreichen konnten. Aufgrund der Ergebnisse entwickeln sie Ideen, um beispielsweise das Angebot bekannter zu machen und die Zufriedenheit der Nutzenden mit der Beratung bzw. der Weitervermittlung zu verbessern.

STUFE 4b EXTERNE EVALUATION (FREMDEVALUATION)

Eine externe Institution (z. B. ein Universitäts-Institut) wird beauftragt, die Maßnahme zu evaluieren. Die Evaluierenden stimmen die Inhalte und Methoden der Evaluation mit ihrem Auftraggeber ab. Sie nutzen die im Rahmen der Dokumentation erhobenen Daten und ergänzen sie ggf. durch eigene Erhebungen, beispielsweise durch die Befragung von Mitarbeitenden oder von Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe. Nach Abschluss der Evaluation stellen die externen Evaluierenden den Vertreterinnen und Vertretern der Maßnahme die Ergebnisse vor und formulieren Vorschläge für die Weiterentwicklung.

BEISPIEL

Die Beratungsstelle nimmt Kontakt zu einer Hochschule für Soziale Arbeit auf und bietet an, ihre Arbeit im Rahmen einer Abschluss- oder Promotionsarbeit evaluieren zu lassen. Insbesondere soll beurteilt werden, ob die Zielgruppen angemessen angesprochen und wie geplant erreicht wurden und ob die Beratungsergebnisse für diese hilfreich sind.



LITERATUR

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

PHINEO (Hrsg.) (2013): Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen. Berlin.

www.phineo.org/fuer-organisationen/kursbuch-wirkung

Töppich, J.; Linden, S. (2010): Evaluation. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

www.bzga.de/leitbegriffe

und Einträge in der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche

▶ Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Dokumentation und Evaluation“. Köln und Berlin.

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



RAUM FÜR NOTIZEN

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



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

12 ERFASSUNG DES KOSTEN-WIRKSAMKEITS-VERHÄLTNISSSES



DEFINITION

Ein positives Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis (KWV) ist erreicht, wenn eine Maßnahme nicht nur wirksam hinsichtlich der Zielsetzung ist (→ [Dokumentation und Evaluation](#)), sondern die Wirksamkeit auch in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten steht. Voraussetzung für die Bewertung ist somit, dass sowohl die erzielte Wirksamkeit (z. B. Verbesserung des Gesundheitszustandes insbesondere bei sozial benachteiligten Zielgruppen), Befähigung der Zielgruppen (→ [Empowerment](#)) als auch die Kosten (Aufwand z. B. an Personal, Zeit, Sachmitteln) anhand geeigneter Merkmale ermittelt werden. Um das KWV bestimmen zu können, müssen diese Kennzahlen messbar und miteinander

vergleichbar sein. Das KWV kann auch durch den Vergleich mit Interventionen ermittelt werden, die bei ähnlicher Zielsetzung entweder vergleichbare Kosten verursachen (dann hat die Maßnahme mit der größeren Wirksamkeit das günstigere KWV) oder ähnlich wirksam sind (dann hat die Maßnahme mit den geringeren Kosten das günstigere KWV und kann mit gleichen finanziellen Ressourcen mehr gesundheitliche Chancengleichheit erreichen).

Wichtige Aspekte bei der Erhebung von Kosten und Wirksamkeit

Bei der Erhebung der Kosten muss überlegt werden, ob diese Analyse für alle

Fortsetzung auf Seite 52



STUFEN DES KRITERIUMS

„ERFASSUNG DES KOSTEN-WIRKSAMKEITS-VERHÄLTNISSSES“



..... Zunehmende Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses➔

Fortsetzung von Seite 51

Prozesse erfolgen soll, die mit einer Maßnahme verbunden sind, z. B. Planung, Implementation, Durchführung und „Roll-out“. Geklärt werden muss auch, welche Akteurinnen und Akteure an diesen Prozessen beteiligt sind, d. h. bezogen auf welche Akteurinnen und Akteure die Kosten erhoben werden sollen. Unterscheiden lassen sich Teilnehmende der Zielgruppe (z. B. Kinder, Eltern, Seniorinnen), Durchführende (z. B. Erzieher, Lehrerinnen, Übungsleiter oder Fachkräfte der Krankenkassen), Träger (z. B. Gemeinden, Schulen, Sportvereine), Förderer / Sponsoren (z.B. Bundes- und Länderministerien, Kommunen, Kranken-

kassen) und sonstige Beteiligte (z. B. Wissenschaftlerinnen, externe Berater).

Festgelegt werden muss auch, aus welcher Perspektive die Kostenerhebung erfolgen soll. Unterscheiden lassen sich beispielsweise die Perspektiven von Kostenträgern, Durchführenden, Teilnehmenden oder der Gesamtgesellschaft.

Abschließend ist es notwendig zu entscheiden, ob die Kosten nur einmalig erhoben werden sollen oder in regelmäßigen Abständen.

Alle diese grundlegenden Punkte müssen auch bei der Analyse der Wirksamkeit betrachtet werden.



ERLÄUTERUNG DER STUFEN

STUFE 1 DOKUMENTATION GROBER ANGABEN ZU KOSTEN UND WIRKSAMKEIT

Es liegen nur sehr allgemeine Angaben zur Schätzung des personellen und finanziellen Aufwandes für Planung und / oder Durchführung der Maßnahme vor. Die Wirksamkeit ist kaum zu bestimmen. Die Ziele der Maßnahme sind zwar definiert, es lässt sich jedoch kaum messen, ob und wie gut sie erreicht werden, da hierfür keine geeigneten Indikatoren definiert wurden. Die Entscheidung über die Vorgehensweise zur Erreichung der Ziele beruht auf Einschätzungen, ohne diese ausführlich zu begründen (z. B. durch Verweis auf wissenschaftliche Studien oder auf Referenz-Projekte). Einzelne Ergebnisse werden dokumentiert (etwa die Zahl der Teilnehmenden), diese können jedoch nur grobe Hinweise auf die Zielerreichung geben.

BEISPIEL

In einer Kommune wird ein Programm zur Bewegungsförderung an Schulen gestartet. Die Durchführung des Programms wird den einzelnen Schulen überlassen. Erhoben werden nur zwei Angaben: Anzahl der zusätzlich angebotenen Stunden für Bewegungsförderung an den jeweiligen Schulen und Anzahl der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler.

STUFE 2 GENAUERE DOKUMENTATION DER KOSTEN, NACHWEIS DER WIRKSAMKEIT

Es liegen genauere Angaben über den personellen und finanziellen Aufwand für die Planung und / oder Durchführung der Maßnahme vor. Die Ziele sind klar formuliert und mit messbaren Indikatoren hinterlegt. Die Vorgehensweise zur Erreichung der Ziele ist ausführlich begründet, durch Verweis auf wissenschaftliche Studien und / oder auf bereits vorliegende praktische Erfahrungen, sowie durch durch kritische Reflexion der Übertragbarkeit auf die hier im Mittelpunkt stehende Zielgruppe.



BEISPIEL

Das Programm zur Bewegungsförderung an Schulen wird wie folgt weiterentwickelt: Nach einem Test der körperlichen Fitness der Schülerinnen und Schüler wird festgelegt, bei welchen Gruppen welche Verbesserung der Fitness in welchem Zeitraum erreicht werden soll (bzw. kann). Nach diesem Zeitraum wird die Fitness erneut getestet. Für jede Gruppe der Schülerinnen und Schüler wird nach Möglichkeit gemeinsam mit den Lehrkräften ein eigenes Bewegungsprogramm entwickelt. Zur Abschätzung der Kosten werden die folgenden Angaben erhoben: Zeitaufwand für die Planung und Durchführung sowie benötigte Sachmittel.

STUFE 3 INTERNE EVALUATION DETAILLIERTERER KOSTEN-KATEGORIEN

Verglichen mit Stufe 2 werden die Kosten hier noch etwas detaillierter erfasst, d.h. der personelle und finanzielle Aufwand wird so weit wie möglich aufgeschlüsselt nach einzelnen Kosten-Kategorien (z. B. Personal, Räumlichkeiten, Material, sonstige Kosten). Die Effekte lassen sich gut belegen, wie in Stufe 2. Da die Effekte den einzelnen Kosten-Kategorien gegenübergestellt werden können, wird es möglich, die Kosten und Effekte über verschiedene Maßnahmen hinweg miteinander zu vergleichen, d. h. Fragen zu beantworten wie: Wenn durch Maßnahme A die gleichen Effekte erzielt werden können wie durch Maßnahme B, welche dieser beiden Maßnahmen ist kostengünstiger z. B. bei Räumlichkeiten und / oder Material?

BEISPIEL

Das Programm zur Bewegungsförderung an Schulen wird wie folgt weiterentwickelt: Bei Planung und Durchführung der Maßnahme wird dokumentiert, welche Personen (in welcher Gehaltsgruppe) wie viel Zeit aufgewendet haben und wie viel Geld ausgegeben wurde z. B. für Material (Sportgeräte, Unterlagen etc.) und für Raummiete. Die Effekte werden dann mit den einzelnen Kosten-Kategorien verglichen, aber nur „intern“ (d. h. ohne Weitergabe dieser Information an Externe). Der Vergleich ermöglicht nicht nur die interne Kostenkontrolle, er kann auch die Einwerbung von Fördermitteln für die Weiterführung der Maßnahme unterstützen.

STUFE 4 STANDARDISIERTE, FORTLAUFENDE EVALUATION VON KOSTEN UND WIRKSAMKEIT

Verglichen mit Stufe 3 erfolgt hier die Aufschlüsselung der Kosten nach einem standardisierten Erhebungsverfahren und die Evaluation der Kosten und Effekte vorzugsweise durch externe Expertinnen und Experten (z. B. durch ein wissenschaftliches Institut oder eine Universität). Um eine fortlaufende Anpassung der Maßnahme an eventuell geänderte Rahmenbedingungen zu ermöglichen, erfolgt diese Evaluation zudem nicht nur einmalig bei Beendigung des Angebotes, sondern fortlaufend.

BEISPIEL

Das Programm zur Bewegungsförderung an Schulen wird wie folgt weiterentwickelt: Die Kosten werden mittels eines standardisierten Erhebungsbogens ermittelt, der auch in anderen vergleichbaren Programmen verwendet wird. Bei der Evaluation durch externe Expertinnen und Experten können die Kosten und Effekte des eigenen Programmes daher mit den Kosten und Effekten anderer Programme verglichen werden. Die Ergebnisse dieses Vergleichs sind vertraulich. Sie dienen der internen Kontrolle und bieten eine wichtige Orientierung für die weitere Entwicklung des Programmes.



LITERATUR

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. 4. aktualisierte Auflage, Berlin.

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen

PHINEO (Hrsg.) (2013): Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen. Berlin.

www.phineo.org/fuer-organisationen/kursbuch-wirkung

und Einträge in der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche

- ▶ Bitte zitieren Sie diesen Steckbrief als:
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses“. Köln und Berlin.
- ▶ Alle 12 Kriterien-Steckbriefe finden Sie auch auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice.



RAUM FÜR NOTIZEN

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



IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG

BITTE GEBEN SIE UNS IHRE RÜCKMELDUNG ZU DEN „KRITERIEN FÜR GUTE PRAXIS DER SOZIALLAGENBEZOGENEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG“. Sie können für die Rückmeldung das Online-Formular auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/feedback nutzen oder diesen Bogen ausgefüllt zurücksenden an info@gesundheitliche-chancengleichheit.de.

DIE GOOD PRACTICE-KRITERIEN SIND FÜR MICH

- sehr hilfreich hilfreich nicht hilfreich

BESONDERS GELUNGEN FINDE ICH: _____

SCHWIERIG FINDE ICH: _____

ICH WÜNSCHE MIR FOLGENDE ERGÄNZUNGEN: _____

BITTE SENDEN SIE MIR WEITERE INFORMATIONEN:

- zur Weiterentwicklung der Good Practice-Kriterien
 zur Arbeit des bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit

BITTE GEBEN SIE HIER IHRE KONTAKTDATEN AN (freigestellt)

Titel: _____ Vorname / Nachname: _____

Institution: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

Ihre Adresse wird elektronisch erfasst und gespeichert. Ihre Daten werden nur für die Zusendung von Informationen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit / Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit
c/o Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

IMPRESSUM

Kriterien für gute Praxis der sozialsituationbezogenen Gesundheitsförderung
des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit
2. Auflage, Stand März 2017

HERAUSGEBER

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit
Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Friedrichstr. 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.); Marion Amler, Holger Kilian

Gestaltung: 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 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) getragen.

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



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**



Kooperationsverbund
**GESUNDHEITLICHE
CHANCENGLEICHHEIT**
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de