

Stand Oktober 2004

## Kriterien zur Ermittlung von „Models of Good Practice“

erstellt durch den beratenden Arbeitskreis der BZgA  
des bundesweiten Kooperationsprojektes  
„Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Prävention und Gesundheitsförderung haben in Deutschland in den letzten Jahren einen deutlichen Aufschwung erfahren. Damit gewinnen auch Kriterien und Beispiele guter Praxis sowie Qualitätsentwicklung in diesem Bereich zunehmend an Bedeutung. Nach wie vor herrscht jedoch sowohl bei Entscheidungsträgern als auch Mitarbeiter/innen gesundheitsfördernder Projekte Unsicherheit darüber, wie man die komplexen Fragen in diesem Zusammenhang angeht. Die Projektdatenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) gibt nicht nur einen Überblick über die Vielzahl von gesundheitsfördernden Angeboten für sozial Benachteiligte, sondern möchte darüber hinaus auch dazu beitragen, die Angebotsqualität zu verbessern. Die Projekte und Maßnahmen der Datenbank 'Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)) sollen beschrieben und bezogen auf die folgenden Fragen bewertet werden:

- Inwieweit entsprechen sie den unten aufgeführten Kriterien eines 'Models of Good Practice' (d.h. inwieweit sind sie ein Beispiel für 'gute Praxis')?
- Welche Anregungen können sie als 'Model of Good Practice' für bestehende Projekte liefern?
- Was können sie als 'Model of Good Practice' zur Gründung von neuen Projekten beitragen?

Bei der Entwicklung der Good-Practice-Kriterien wurden die folgenden Forschungsergebnisse, schon entwickelten Instrumente und vorliegenden Erfahrungen berücksichtigt und geprüft:

- Die nationale und internationale Forschung zum Bereich „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup> Helmert U [2003]: Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Maro Verlag, Augsburg  
Mielck A [2000]: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern et al.  
Mackenbach J, Bakker M [2002] (eds.): Reducing inequalities in health: A European perspective. Routledge, London.  
International Union for Health Promotion and Education [1999] The Evidence of Health Promotion

- die „Good Practice“ Kriterien des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ des Deutschen Instituts für Urbanistik (Juni 2002)
- die Qualitätssicherungsinstrumente der BZgA in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
- die Erfahrungen aus der Qualitätssicherungsentwicklung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und
- die Erfahrungen aus der direkten halbstandardisierten Befragung von Vertreter/innen von Praxisprojekten der Projektdatenbank.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse, Instrumente und Erfahrungen, empfiehlt der beratende Arbeitskreis der BZgA die Anwendung folgender Kriterien zur Auffindung und Bewertung von „Models of [Good Practice](#)“ in der Gesundheitsförderung.

Ein Hinweis zur Nutzung der nachfolgend beschriebenen Kriterien: Schlüsselbegriffe sind unterstrichen und werden im Anhang erläutert. In der PDF-Version des Papiers funktionieren die Unterstreichungen als Links (Sprungmarken) zu den Definitionen.

## **1. Konzeption, Selbstverständnis**

Es liegt eine Konzeption vor,

- a) aus der ein klarer Zusammenhang zu [Gesundheitsförderung](#) und / oder [Prävention](#) hervorgeht sowie eine hierauf basierende Zielformulierung.

Liegt eine derartige Konzeption und/oder explizite Zielformulierung nicht vor, so ist es auch möglich, dass die Beurteilenden aufgrund ihrer Expertise in der Prävention und Gesundheitsförderung selbst beurteilen, ob eine derartige Konzeption und/oder Zielformulierung implizit vorliegt. Dieses Vorgehen wird dadurch begründet, dass viele Projekte nicht primär dem Gesundheitsbereich zugehören. Viele Gesundheitsdeterminanten liegen aber außerhalb des Gesundheitswesens (z.B. Arbeit, Wohnen, Verkehr) und können daher gerade durch Aktivitäten außerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst werden. Die betreffenden Projekt-/Maßnahmenverantwortlichen sind oft nicht mit den Konzepten und Begrifflichkeiten des Ge-

---

Effectiveness, Brussels-Luxembourg

Gepkens, A./Gunning-Schepers, L. J. [1996]: Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature. In: European Journal of Public Health 1996, 6, 218-226

sundheits(förderungs)-Bereichs vertraut und von daher oft nicht in der Lage, einen direkten Gesundheitsförderungszusammenhang selbst klar zu formulieren.

b) in der die Verminderung der [gesundheitlichen Ungleichheit](#) explizit und systematisch angestrebt wird.

Bei der Konzeptions- und Zielbeurteilung ist zu berücksichtigen, inwieweit die Beurteilenden sich des Risikos bewusst sind, dass diese Ungleichheit durch das Projekt/die Maßnahme sogar noch vergrößert werden könnte und sie so planen, dass dies vermieden wird.

## 2. Zielgruppe

Die [Zielgruppe](#) der [sozial Benachteiligten](#) ist präzise eingegrenzt und gehört zu einer oder mehreren der sozialen Gruppen oder Lebenslagen, die im Erhebungsinstrument aufgelistet sind.

Es ist zu prüfen, inwieweit diese Zielgruppe auch tatsächlich erreicht wird; z.B. durch ein Interview mit dem/der Projekt- bzw. Angebotsverantwortlichen.

## 3. Innovation und Nachhaltigkeit

Das Projekt hat [innovativen Charakter](#), bzw. innovative Aspekte und strebt die kontinuierliche Fortführung erfolgreicher Projektkomponenten an.

Sowohl der innovative Charakter ("neue Problemlösungen", "Neues Lernen für Andere") als auch die Kontinuität (langfristige Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten) können Hinweise auf „Good Practice“ sein. Sie stehen manchmal jedoch in einem Spannungsverhältnis zueinander, da Innovatives eher in kurzfristigen Projekten entwickelt wird und Kontinuität sich eher in Regelangeboten beweist. Beide Komponenten sind zu würdigen und es ist zu beurteilen, welche Aspekte für den Transfer auf andere Projekte besonders wichtig sind. Zu berücksichtigen sind sowohl befristete Projekte als auch kontinuierliche Angebote und Maßnahmen. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die [Nachhaltigkeit](#), sowohl hinsichtlich der Angebotsstrukturen als auch der Wirkungen bei den Zielgruppen.

## 4. Multiplikatorenkonzept

Es liegt ein Multiplikatorenkonzept vor, das [Multiplikatoren/innen](#) systematisch einbindet und ggf. qualifiziert.

## 5. Arbeitsweise

Das Projekt bzw. Angebot ist [niedrigschwellig](#), aufsuchend, begleitend und/oder nachgehend.

## 6. Partizipation

Es besteht ein hoher Grad an [Beteiligungsmöglichkeiten](#) für die Zielgruppe sozial Benachteiligter.

## 7. Empowerment

Es erfolgt eine [Befähigung und Qualifizierung](#) der Zielgruppe sozial Benachteiligter, die auf den Stärken und Ressourcen der Zielgruppe aufbaut.

Besondere Bedeutung hat die Vermittlung von Fähigkeiten, die auch themenübergreifend Effekte in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen zeigt.

## 8. Setting-Ansatz

Die Aktivitäten des Projektes integrieren Initiativen, die sowohl auf Gesundheits Handeln von Personen als auch auf strukturelle Änderungen abzielen und sich am [Setting-Ansatz](#) der WHO orientieren.

Die Bereiche „Personen / individuelles Verhalten“ einerseits und „Bedingungen / Verhältnisse“ andererseits sind miteinander verknüpft im Sinne eines integrierten Handlungskonzeptes oder lebensweltbezogenen Konzeptes.

## 9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

Es findet eine Ressourcenbündelung und fachübergreifende Zusammenarbeit statt, die einem [integrierten Handlungskonzept](#) entsprechen. Die Umsetzung des Konzeptes erfolgt gemeinsam mit den anderen Akteuren im lokalen Umfeld, d.h. es erfolgt eine Abstimmung und Vernetzung im Sozialraum.

Im Sinne eines [Capacity-Building](#) werden Strukturen gebildet, die es ermöglichen mit geeigneten Programmen und Maßnahmen auf identifizierte Gesundheitsprobleme zu reagieren. Durch die Einbindung in Netzwerkstrukturen können Programme und Maßnahmen dauerhaft vorgehalten und Schwerpunkte ausgeweitet werden. Idealerweise werden durch den Erwerb von Fertigkeiten und Erfahrungen, die in einem Programm vermittelt werden, auch über die ursprüngliche Intervention hinaus Effekte in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen erzielt.

## 10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

Im Projekt besteht ein [Qualitätsmanagement](#)/eine Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, d.h. Qualität wird nicht als einmal geschaffener Wert betrachtet, sondern wird in allen Bereichen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) immer wieder überprüft, verbessert und entwickelt.

## 11. Dokumentation und Evaluation

Dokumentation und [Evaluation](#) werden im Projekt zur Qualitätsentwicklung eingesetzt.

## 12. Kosten-Nutzen-Relation

Die Kosten stehen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.

In Bezug auf Kosten und Nutzen (bzw. Aufwand und Ertrag) ist zu prüfen, ob hierfür Kennzahlen eingesetzt werden können. Diese wäre auch wichtig für ein [Benchmarking](#).

## 13. Begründung für Good Practice

Das Projekt (bzw. die Maßnahme) gibt selbst eine Begründung für die Aufnahme in die Liste der „Good Practice“ Beispiele.

## Anmerkungen und Umsetzungshinweise

Wie bereits im 1. Kriterium „Konzeption, Selbstverständnis“ erwähnt, sind die in die Datenbank aufgenommenen Projekte und Angebote nur zum Teil primär im Gesundheitswesen angesiedelt. Viele von ihnen sind in anderen Bereichen verortet (z.B. Erwerbstätigkeit, Arbeit im Haushalt, Städtebau, Sozial- und Jugendhilfe, Rehabilitation, Pflege). Diese Verortung beeinflusst auch die Finanzierung und die Realisierung der Qualitätssicherung (z.B. §93 Bundessozialhilfegesetz [BSHG], §80 Sozialgesetzbuch [SGB] XI und §78 Kinder- und Jugendhilfegesetz [KJHG], Städtebauförderungsgesetz).

Angestrebt wird die Identifizierung von Prototypen, bei denen ein direkter Bezug zu Gesundheitsförderung und Prävention besteht, und die in dem jeweiligen Bereich als gute Beispiele für kurz- und langfristige Projekte und Maßnahmen dienen können. Wichtige Fragen können z.B. sein: Wann ist eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme gesundheitsförderlich? Wann ist eine Sozialleistung gesundheitsförder-

lich? Was können diese Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen?

In Bezug auf die Qualitätssicherung sollte geprüft werden, inwieweit sie aus Sicht von Prävention und Gesundheitsförderung zu verbinden ist mit den Qualitätsanforderungen, die bereits für den jeweiligen Bereich bzw. Träger bestehen?

Es besteht Einigkeit darüber, dass ein „Good Practice“ Projekt nicht allen Kriterien genügen muss. Es ist wichtig, dass auch die Projekte für den Transfer genutzt werden können, die nur in einzelnen Kriterien vorbildlich sind. Mindeststandard für die Aufnahme in die Liste der „Good Practice“ Projekte ist allerdings die Erfüllung der Kriterien 1 und 2.

**Anhang:****Definitionen**

Die Definitionen der folgenden Begriffe basieren auf dem Verständnis des Beratenden Arbeitskreises der BZgA. Sie reflektieren die Meinung seiner Mitglieder unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Literatur.

Benchmarking .....	8
Capacity-Building.....	8
Empowerment.....	8
Evaluation.....	9
Gesundheit .....	10
Gesundheitliche Ungleichheit.....	11
Gesundheitsförderung.....	12
Good Practice.....	12
Indikator.....	12
Innovativer Charakter .....	13
Integriertes Handlungskonzept.....	13
Maßnahme.....	13
Multiplikatoren/innen .....	14
Nachhaltigkeit .....	14
Niedrigschwelligkeit .....	14
Partizipation .....	15
Prävention .....	16
Projekt.....	16
Qualitätsmanagement.....	16
Setting-Ansatz.....	17
Soziale Benachteiligung.....	18
Zielgruppe.....	20

## Benchmarking

Benchmarking bezeichnet den Prozess des Vergleichens und Messens von institutionsinternen Produkten, Dienstleistungen und Prozessen mit denen der besten oder anerkannten Konkurrenten bzw. Vergleichspartnern. Der Vergleich mit den Besten soll die eigene Leistungsfähigkeit erhöhen.

[zurück](#)

## Capacity-Building

Der Begriff *Capacity-Building* wird in der Gesundheitsförderungsliteratur unterschiedlich verwandt. Er bezeichnet:

- die Fähigkeit auf bestimmte Gesundheitsprobleme mit entsprechenden Programmen und Maßnahmen zu reagieren, d.h. der Begriff bezieht sich auf die Entwicklung von Strukturen, Organisation, Kenntnissen und Ressourcen (*Health Infrastructure or Service Development*).
- die Fähigkeit ein Programm oder eine Maßnahme dauerhaft vorzuhalten, entweder durch den gleichen Träger oder durch die Übernahme des Konzeptes durch einen anderen Akteur und/oder durch die Einbindung in Netzwerkstrukturen. Programmschwerpunkte können dabei auch ausgeweitet werden (*Program Maintenance and Sustainability*).
- die Entwicklung der Problemlösungsfähigkeit von Organisationen, Gemeinden, Zielgruppen hinsichtlich der Identifizierung von Gesundheitsproblemen und der Möglichkeiten sie zu lösen (Lernende Organisationen). Dies geschieht durch den Erwerb von Fertigkeiten und Erfahrungen, die in einem Programm vermittelt wurden und die über die ursprüngliche Intervention hinaus Effekte auch in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen zeigen (*Problem-Solving Capability of Organisations and Communities*)

[zurück](#)

## Empowerment

Empowerment in der Gesundheitsförderung ist die Befähigung und Stärkung der Menschen zu gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen.

Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Sie hilft den Menschen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und ermöglicht ihnen zugleich, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag



zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktion sollen diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden.

Empowerment trägt dazu bei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, die verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuelle chronische Erkrankungen und Behinderungen angemessen zu bewältigen. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen als auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Öffentliche Körperschaften, Privatwirtschaft und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgefordert wie die traditionellen Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen.

[zurück](#)

## **Evaluation**

Unter Evaluation versteht man das systematische Sammeln, Analysieren und Bewerten von Informationen über Aktivitäten, Eigenschaften und Ergebnisse von Projekten, Personen und Produkten. Durch Evaluation werden wichtige Kenntnisse über Stärken und Schwächen eines Projektes oder einer Maßnahme gewonnen. Dadurch verbessern sich die Grundlagen für projektbezogene Entscheidungen und wird die Basis für die Erhöhung der Effektivität und Effizienz geschaffen. Es können sowohl Prozesse (Prozessevaluation) als auch Ergebnisse und Wirkungen der Maßnahmen (Ergebnisevaluation) evaluiert werden.

Evaluation in der Gesundheitsförderung kann sehr unterschiedlichen Zwecken dienen:

- Entscheidungshilfe bezüglich der Weiterführung von Projekten
- Verbesserung von Strategien und Maßnahmen
- Projektsteuerung
- Legitimation bei der Verwendung öffentlicher Gelder oder gegenüber Zielgruppen und Fachöffentlichkeit
- Untersuchung wissenschaftlicher Fragestellungen

Die jeweilige Zielsetzung bedingt unterschiedliche Vorgehensweisen und Methoden. Je nach Zweck der Evaluation ist die Anwendung unterschiedlicher Evaluationsformen (Selbst- oder Fremdevaluation) und Evaluationstypen (Planungs-, Prozess- oder Ergebnisevaluation) sinnvoll.

Bei Evaluationen gesundheitsfördernder Projekte sollten folgende Punkte untersucht werden:

- Machbarkeits- oder Feasibilitystudien berücksichtigen die Plausibilität einer Intervention, die Akzeptanz für die verschiedenen Interessengruppen (Stakeholder) sowie die technische Durchführbarkeit eines Projektes oder einer Maßnahmen in ihrem spezifischen sozialen Kontext.
- Monitoring und Prozessevaluationen untersuchen die Qualität der Implementierung einer Maßnahme.
- Ergebnisevaluationen untersuchen die Effektivität, die Nachhaltigkeit und die Effizienz (Impact, Outcome) eines Projektes oder einer Maßnahme.

Zusammenfassend kann man Evaluation beschreiben als kritische, analytische Interpretation durch systematische Erhebung gewonnener (nicht routinemäßig verfügbarer) Informationen, das Ableiten von Schlussfolgerungen daraus und letztlich die Beurteilung und/oder Bewertung eines Projektes oder einer Maßnahme mit dem Ziel, sie zu verbessern.

[zurück](#)

## **Gesundheit**

Es gibt viele unterschiedliche Definitionen von Gesundheit. Sie beeinflussen die Sichtweise auf die einzusetzenden Mittel zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten und Förderung von Gesundheit. Sie entscheiden auch darüber, in welchem Maße den Menschen Selbstverantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übertragen werden kann oder soll.

In den letzten Jahrzehnten gab es zwei Ansätze, die in besonderer Weise die heutige Sicht von Gesundheit und Krankheit geprägt haben: Die Internationale Konferenz von Alma Ata 1978 und das salutogenetische Konzept von Aaron Antonovsky.

1978 wurde auf der Internationalen Konferenz von Alma Ata eine Erklärung verabschiedet, die richtungsweisend für Basisgesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung wurde und noch heute die Diskussion bestimmt. In ihrem ersten Paragraphen wird Gesundheit folgendermaßen definiert:

§ 1. Die Konferenz bekräftigt, dass Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur Abwesenheit von Krankheit ist und dass sie ein fundamentales Menschenrecht darstellt. Das Erreichen des höchsten Niveaus von Gesundheit ist eines der wichtigsten sozialen Ziele

weltweit, dessen Realisierung den Einsatz von vielen anderen sozialen und wirtschaftlichen Sektoren zusätzlich zum Gesundheitswesen erfordert.

Antonovsky betont gegenüber der starken Ausrichtung der Medizin auf Riskikofaktoren die Stärkung der Gesundheitsressourcen eines Menschen. Im salutogenetischen Konzept interessiert v.a. warum Menschen gesund bleiben und nicht so sehr warum sie krank werden. Während man in der westlichen Medizin im Allgemeinen davon ausgeht, dass sich Gesundheit und Krankheit ausschließen, stellte Antonovsky dieser Sichtweise die Vorstellung eines Kontinuums gegenüber, auf dem Menschen als mehr oder weniger krank, bzw. mehr oder weniger gesund eingestuft werden. Dabei existiert kein strenges zeitliches Nacheinander von Gesundheit und Krankheit, sondern ein gleichzeitiges Nebeneinander von verschiedenen Zuständen objektiven und subjektiven Wohlbefindens.

### **Gesundheitliche Ungleichheit**

„Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert verschiedene Ebenen der Ungleichheit, deren gesundheitliche Folgen bekämpft werden sollen:

- die Kluft zwischen besser gestellten und schlechter gestellten sozialen Schichten innerhalb einzelner Gesellschaften, hierbei insbesondere der ungleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung,
- die Kluft zwischen ärmeren und reicheren Ländern sowie als weitere Querschnittsthemen:
- die Chancenungleichheit zwischen den Generationen hinweg, die durch die Verursachung von Umweltrisiken und deren gesundheitliche Folgen bedingt wird,
- die Chancenungleichheit zwischen den Geschlechtern in der gesundheitlichen Versorgung

Für diese Formen der Ungleichheit bedeutet Chancengleichheit die Herstellung gleicher Möglichkeiten, gesund zu sein und gesund zu bleiben, unabhängig vom sozialen Status, nationaler Zugehörigkeit, Ethnie, Generation, Alter und Geschlecht. Einer der wesentlichen Ansätze zur Förderung von Chancengleichheit in der Gesundheit ist der Setting-Ansatz (siehe *Setting-Ansatz*).

[zurück](#)

## **Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Sie zielt darauf, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen (Gesundheitsdeterminanten), zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz und umfasst ausdrücklich sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen (Gesundheitshandeln) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Verhältnisse/Strukturen/ Kontexte).

[zurück](#)

## **Good Practice**

Good Practices in der Gesundheitsförderung sind diejenigen Maßnahmen und Aktivitäten, die mit den Werten und Theorien der Gesundheitsförderung übereinstimmen, deren Wirksamkeit belegt sind und die geeignet sind, die Ziele der Gesundheitsförderung in einer gegebenen Situation zu erreichen.

Im Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wird der Begriff „Good Practice“ statt des umfassenden Begriffs „Best Practice“ verwendet, da die zahlreichen Projekte nicht ausgeschlossen werden sollen, die gute und vorbildliche, aber nicht in allen Bereichen „beste“ Arbeit leisten. Ihre Expertise soll nicht verloren gehen, sondern anderen Projekten und Interessierten zugänglich gemacht werden.

[zurück](#)

## **Indikator**

Indikatoren sind Merkmale, deren Größe bzw. Ausprägung messbar oder konkret überprüfbar sind. Ein Indikator dient als Ersatzmaß für die Erhebung von Informationen über, bzw. die Messung von Phänomenen, die selbst nicht direkt gemessen werden können. So ist z.B. der pro Kopf in einem Land während eines Jahres insgesamt konsumierte Alkohol indikativ für das Ausmaß des Alkoholabusus. Mit Indikatoren lassen sich Veränderungen von Situationen anzeigen. Sie reduzieren vielschichtige Sachverhalte und Problemlagen auf eine konkrete Dimension.

## **Innovativer Charakter**

In Gesundheitsförderung und Prävention sind diejenigen Projekte und Maßnahmen innovativ, die durch Anwendung neuer Ideen, Techniken und Methoden neuartige Lösungen für bestimmte Probleme und Herausforderungen praktizieren. Angestrebt wird die Umsetzung bisher nicht realisierter Möglichkeiten und damit eine Optimierung der Zielerreichung.

Es ist jedoch zu bedenken, dass eine Idee, die an einen Ort zu einem bestimmten Zeitpunkt innovativ ist, anderswo Standard sein kann. Der innovative Charakter von Projekten muss je nach den Rahmenbedingungen unterschiedlich eingeschätzt werden, denn verschiedene Sozialräume verfügen über verschiedene Voraussetzungen.

Kontinuierlich arbeitende Projekte oder Regelangebote müssen gegenüber kurzfristigen Projekten, die häufiger mit Innovation assoziiert werden, nicht im Nachteil sein, wenn sie bereit sind, auf gesellschaftliche Entwicklungen zu reagieren und fähig sind, sich zu verändern. Innovation ist somit auch ein Balanceakt im Spannungsfeld von Bewahren und Verändern, zwischen Kreativität und Zuverlässigkeit und zwischen Risikobereitschaft und Qualitätsgewährleistung.

[zurück](#)

## **Integriertes Handlungskonzept**

Ein integriertes Handlungskonzept liegt dann vor, wenn bei der Realisierung eines Projektes oder Vorhabens alle zur Planung und Umsetzung notwendigen Akteure, z.B. aus Politik, Verwaltung oder Praxis, einbezogen sind. Dies schließt auch die Zielgruppen der Projekte ein. Integrierte Handlungskonzepte sind gegenüber Einzelmaßnahmen wesentlich komplexer und stoßen sowohl Kommunikations- und Koordinations- als auch Lernprozesse zwischen den Akteuren an. Sie sind gekennzeichnet durch ergebnisoffene Prozesse, in denen Ziele, Maßnahmen zur Problemlösung und Organisationsformen sowie Verfahrensweisen formuliert und festgelegt werden. Besonders im Quartiersmanagement haben sich integrierte Handlungskonzepte bewährt.

[zurück](#)

## **Maßnahme**

Eine Maßnahme ist eine konkrete Handlung oder ein Set konkreter Handlungen mit festgelegten Terminen und Verantwortlichkeiten, die ergriffen wird, um ein

Ziel oder Zwischenziel zu erreichen. Im Gegensatz zu Projekten sind hier in der Regel zeitlich unbefristete Regelangebote gemeint.

### **Multiplikatoren/innen**

Multiplikator/innen in der Gesundheitsförderung sind alle Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich auf Gesundheitsförderung und Prävention bei den Zielgruppen hinwirken (z.B. Familienberater/innen, Lehrer/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen, Gesundheitsförderer/innen, Ärzte/innen usw.). Eine besondere Gruppe hierunter sind Politiker/innen, die Verhältnisse und Strukturen mitbestimmen und damit Gesundheit entscheidend beeinflussen.

Projektangebote können sich direkt an Personengruppen wenden, von denen angenommen wird, dass sie einen hohen Multiplikationseffekt haben, wie die oben genannten Berufsgruppen (z.B. Fortbildungsveranstaltungen für Sozialarbeiter/innen oder Lehrer/innen zum Thema Suchtprävention). Es kann jedoch auch das Ziel eines Projektes sein, Betroffene, in diesem Fall sozial Benachteiligte, im Laufe der Projektdurchführung zu Multiplikatoren zu machen und in diesem Sinne zu schulen (z.B. „Ex-User“ beraten Drogenabhängige; jugendliche Besucher eines Jugendzentrums werden zu „Peers“).

[zurück](#)

### **Nachhaltigkeit**

Nachhaltigkeit in gesundheitsfördernden Projekten besteht dann, wenn die intendierten Wirkungen eines Angebots nach Ablauf desselben weiterhin bestehen bzw. ein Projekt Wirkungen über seine begrenzte Dauer hinaus erzeugt.

Eine besondere Bedeutung für die Nachhaltigkeit hat die Kontinuität eines Projektes, d.h. wenn eine dauerhafte Fortführung gesichert und selbsttragende Strukturen entwickelt werden.

[zurück](#)

### **Niedrigschwelligkeit**

Niedrigschwellige Projekte versuchen das Problem anzugehen, dass sozial benachteiligte Zielgruppen herkömmliche Beratungsangebote mit sogenannter „Kommstruktur“ nicht in Anspruch nehmen. Selbst die Initiative zu ergreifen, sich in ein unbekanntes Umfeld zu begeben und mit sozial meist höher gestellten Projektmitarbeitern zu sprechen, stellt oft eine zu hohe Schwelle dar, als dass diese Angebote wahrgenommen würden. Daher werden oft diejenigen Personen, die besonders

dringend Unterstützung und Hilfestellungen benötigen, nicht erreicht und es besteht die Gefahr, dass sich ihre ohnehin heikle Lage noch verschlechtert.

Niedrigschwellige Projekte dagegen warten nicht, bis Menschen Kontakt zu ihnen aufnehmen, sondern gehen unmittelbar auf die Zielgruppen ihrer Arbeit zu. Diese sollen zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt erreicht werden. Dies gelingt am besten durch das Aufsuchen der Zielgruppe in ihrer Lebenswelt (siehe *Setting-Ansatz*), z.B.

- Schüler/Jugendliche in der Schule oder in Freizeiteinrichtungen
- Kinder im Vorschulalter in Kindertagesstätten
- Wohnungslose und Drogenabhängige auf der Straße / in Szenetreffs durch Streetwork
- Beschäftigte in Betrieben
- Alleinerziehende Mütter im Stadtteil

Darüber hinaus soll die Erreichbarkeit der Zielgruppen durch unkomplizierte Terminabsprachen und zielgruppenorientierte Öffnungszeiten von Einrichtungen gefördert werden. Offene Angebote tragen dazu bei, Kontakte zu erleichtern.

[zurück](#)

## **Partizipation**

Partizipation in der Gesundheitsförderung kann unterschiedliche Ausprägungen annehmen. Je nach Art des Projektes bzw. des Angebotes, der Zusammensetzung und Motivation der Zielgruppen, als auch bezüglich des Umfanges des Projektes können unterschiedliche Beteiligungsformen förderlich und notwendig oder auch überfordernd und hemmend sein. Partizipation umfasst die Formulierung von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen, die Beteiligung an Regelerstellungen sowie die aktive Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluierung der Angebote.

Wenn die Fähigkeiten der Zielgruppe für die Durchführung von Entscheidungsfindungsprozessen nicht ausreichend sind, sollten die notwendigen Kompetenzen geschult werden, um darauf aufbauend auch zu einer Beteiligung der Zielgruppe zu gelangen. Partizipation kann erreicht werden durch:

- Förderung von Wahrnehmung persönlicher Kompetenzen / Stärkung des Selbstwertgefühls
- Förderung von Eigeninitiative

- Förderung von Lernbereitschaft
- Förderung der Gruppenfähigkeit
- Aktivierung zur Äußerung von Wünschen und Bedürfnissen
- Förderung des Verantwortungsgefühls (siehe *Empowerment, Settingansatz*)

[zurück](#)

## **Prävention**

Prävention ist die Verhütung von Krankheiten durch vorbeugende Maßnahmen zur Ausschaltung von Krankheitsursachen und -risiken, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit.

In der Regel wird unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention:

Primärprävention trägt durch Ressourcenstärkung und Belastungssenkung zur Verhinderung von Krankheit bei.

Sekundärprävention zielt darauf ab, durch Früherkennung und adäquate Frühbehandlung in den Entstehungsprozess einer Krankheit einzugreifen und damit den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen.

Durch Tertiärprävention soll bei Kranken Rückfälle und Chronifizierung verhindert werden.

[zurück](#)

## **Projekt**

Projekte sind komplexe, räumlich, zeitlich und finanziell begrenzte Vorhaben, die auf bestimmte Ziele ausgerichtet sind und bestimmte Resultate hervorbringen sollen.

## **Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung**

Qualität im Gesundheitswesen bezeichnet das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen.

In der Qualitätsdiskussion wird nach Donabedian unterschieden zwischen:



- Strukturqualität: Ausstattung eines Projektes oder Leistungserbringers mit Finanzmitteln, Räumen, Arbeitsmitteln, Mitarbeitern etc.
- Prozessqualität: Die Art und Weise der Projektdurchführung oder Leistungserbringung
- Ergebnisqualität: die erreichten Effekte eines Projektes oder einer Maßnahme

Seit Beginn der Qualitätsdiskussion hat es entscheidende Veränderungen im Verständnis von Qualität und der Art und Weise, wie man sie am besten sichert, gegeben. Bezog sich der Begriff Qualität anfangs nur auf ein gefertigtes Produkt, so wurden mit der Zeit immer weitere Qualitätsdimensionen in das Konzept der Qualitätssicherung mit einbezogen. Das Qualitätsverständnis wurde zuerst auf die Kundenzufriedenheit, in einem weiteren Schritt auf alle Arbeitsabläufe, Dienstleistungen und auch die vorhandenen Strukturen ausgedehnt.

Mehr und mehr traten die Arbeitsprozesse einer Organisation in den Vordergrund des Interesses. Qualität betraf nun alle Bereiche, alle Aufgaben und alle Personen in einem Betrieb oder einer Organisation. Der Begriff "Qualitätssicherung" wurde durch den Begriff „Qualitätsmanagement“ abgelöst. Der damit einhergehende Paradigmenwechsel setzte in Deutschland erst in den 80er Jahren ein. Qualität soll nicht mehr kontrolliert oder gesichert werden, Qualität soll *produziert* und kontinuierlich verbessert werden. Auf diesem Verständnis basiert das moderne Qualitätsmanagement. Da dieses nun nicht mehr an ein Produkt gebunden ist, kann es in Organisationen jeglicher Art angewendet werden.

Für viele Einrichtungen der Gesundheitsförderung ist dies jedoch schwierig, da es schwer fällt so umfassende Ziele wie Gesundheit, Verbesserung der Lebensqualität oder Initiierung von Innovationen in überprüfbare Nahziele zu transformieren. Projekte der Gesundheitsförderung können jedoch auch in ihrem Arbeitsfeld zur Verbesserung der Qualität beitragen, in dem sie versuchen, die zentralen Elemente, wie das Denken in Regelkreisen und Qualität als Arbeitsprinzip, praxisnah umzusetzen und damit Qualität zu entwickeln.

[zurück](#)

## **Setting-Ansatz**

Der Begriff „Setting“ bezeichnet ein überschaubares sozial-räumliches System (wie Betrieb, Schule, Krankenhaus, Stadtteil etc.), in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen. Settingorientierte Interventionen richten sich an die strukturellen Bedingungen des Settings und an die involvierten Personengruppen.

Ein Setting kann in einem umfassenden Sinne verstanden werden als ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gleiche Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter und zumindest ansatzweise verbindlicher Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf alle Formen der Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können.

Der Setting-Ansatz wurde in den späten 80er Jahren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt, als Instrument der Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta in die Praxis (siehe *Gesundheitsförderung*). Seine besondere Bedeutung für die Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten erhält er dadurch, dass er einen gleichermaßen verhaltens- und verhältnisorientierter Ansatz der Gesundheitsförderung darstellt.

Mit niedrighschwelligem Interventionen, die in den Lebenswelten der Zielgruppen ansetzen, z.B. Schule, Betrieb, Stadtteil, Familie, vermeiden Projekte, die mit dem Settingansatz arbeiten, eine einseitige Ausrichtung auf Mittelschichtangehörige und eine Stigmatisierung der benachteiligten Zielgruppen. Interventionen im Setting verstehen ihre Zielgruppe als aktiv Handelnde, die an der Planung und Durchführung der Maßnahmen beteiligt werden (siehe *Partizipation*). Sie zielen darauf ab, Lebenskompetenzen zu vermitteln und dadurch die Betroffenen in der Wahrnehmung ihrer eigenen gesundheitsbezogenen Interessen der zu stärken. (siehe *Empowerment*)

[zurück](#)

## **Soziale Benachteiligung**

Soziale Benachteiligung entsteht besonders dort, wo die Ausgangsbedingungen der persönlichen und sozialen Entwicklung beeinträchtigt sind. Dies führt dazu, dass Personen nicht vollständig an den gesellschaftlichen Prozessen teilhaben. Indikatoren für soziale Benachteiligung sind u.a. niedriges Einkommen, niedriger beruflicher Status, niedrige Schulbildung und schwierige Lebenslagen der Betroffenen.

Die Defizite der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen führen zur Benachteiligung ganzer Gruppen, z.B. Milieus mit nur eingeschränkter familiärer Sozialisation, mit schlechten oder mangelnden Sprachkenntnissen und Kulturtechniken und/oder

unvollständigen oder fehlenden Qualifikationen in schulischem und beruflichem Kontext.

Soziale Benachteiligung ist abhängig von der gegebenen gesellschaftlichen Situation und den damit verbundenen, individuellen Möglichkeiten. Unter Benachteiligung ist zu verstehen, dass die Chancen von Einzelnen, ein bestimmtes Ziel zu erreichen aufgrund von Faktoren, die sie selbst nicht oder kaum beeinflussen können, stark gemindert werden (siehe *Chancengleichheit*).

Der Zusammenhang von sozialem Status und Gesundheit bzw. Krankheit ist durch viele sozialepidemiologischen Studien erwiesen. Das Ausmaß an gesundheitlichen Ungleichheiten wird an folgenden Beispielen deutlich:

- **Lebenserwartung:** Eine Studie aus dem Jahre 2000 zeigt, dass Männer aus den obersten 25% der Einkommensverteilung eine um 10 Jahre höhere Lebenserwartung haben als Männer aus den untersten 25 % (82 bzw. 72 Jahre). Bei Frauen ist der Unterschied geringer, beträgt aber immer noch 5 Jahre (86 bzw. 81 Jahre)
- **Koronare Herzerkrankungen:** Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Gutachten 2000/2001 fest, dass in Deutschland alle kardiovaskulären Erkrankungen zusammen genommen für etwa die Hälfte der Todesursachen verantwortlich sind. Eine Auswertung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie ergibt, dass die Häufigkeit von Herzinfarkt und Schlaganfall mit abnehmendem Einkommen schrittweise zunimmt. Das Risiko der untersten Einkommensgruppe, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, ist 1,6 mal so groß wie das der obersten Einkommensgruppe.
- **Kinder-und Jugendgesundheit:** Bei Schuleingangsuntersuchungen schnitten die Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status wesentlich schlechter ab als die Kinder aus Familien mit einem mittleren oder hohen sozialen Status. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede hinsichtlich der Sprachentwicklung sowie der intellektuellen und psychomotorischen Entwicklung. Auch die Befunde Übergewicht (Adipositas) und kinderpsychiatrische Störungen traten bei Kindern aus Elternhäusern mit einem niedrigen sozialen Status häufiger auf.

Auch bei Schülern und Schülerinnen spielt der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilien eine wichtige Rolle. Bei der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes bewerten arme Schüler und Schülerinnen ihren Gesundheitsstatus schlechter ein als die aus reicheren Elternhäusern. Dieser Unterschied wird

besonders deutlich, wenn man das Fünftel aus der untersten Wohlstandsschicht mit dem des reichsten Fünftel vergleicht.

[zurück](#)

## **Zielgruppe**

Eine Zielgruppe sind diejenigen Gruppen oder Personen, auf die eine Maßnahme, ein Projekt oder eine Strategie usw. abzielt.

Die Projekte und Maßnahmen im Rahmen der Projekt-Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ richten sich an zwei unterschiedliche Zielgruppen:

*Sozial Benachteiligte* sind Menschen mit niedrigem Einkommen, niedrigem beruflichen Status, niedriger Schulbildung, Menschen in schwierigen Lebenslagen; sie sind diejenigen, um „deren Gesundheit es geht“ (einschl. ihrer Angehörigen, Freundinnen, Freunde und Bekannte). (*Siehe* Soziale Benachteiligung, Chancengleichheit)

Siehe auch [Multiplikatoren/innen](#).

[zurück](#)