

Die **Good Practice-Steckbriefe** sind eine kompakte und praxisnahe Darstellung der Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Sie bieten Praktikerinnen und Praktikern ein Instrument für die Auseinandersetzung mit der Qualität der eigenen Arbeit. Neben einer Definition des jeweiligen Kriteriums illustrieren Stufenleitern die Umsetzung. In der vorliegenden Form bieten die Good Practice-Kriterien einen Rahmen für die Qualitätsentwicklung über alle Handlungsfelder der Gesundheitsförderung hinweg. Als gemeinsame fachliche Grundlage lassen sie sich in bereits umgesetzte, trägerspezifische Systeme der Qualitätsentwicklung integrieren. Damit unterstützen sie die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses für gute Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung.

HANDLICH UND AN DER PRAXIS AUSGERICHTET

Prof. Lotte Kaba-Schönstein (Hochschule Esslingen) und Dr. Frank Lehmann (BZgA) im Gespräch zu den Good Practice-Steckbriefen



Was ist neu an den Good Practice-Steckbriefen und wer soll davon profitieren?

Prof. Kaba-Schönstein: Heute gibt es zwar umfangreiches Wissen darüber, dass Ungleichheiten existieren, aber weniger dazu, wie man sie erfolgreich bekämpfen kann. Wir haben in einer Unter-Arbeitsgruppe des beratenden Arbeitskreises die zwölf Kriterien guter Praxis entwickelt. Nach und nach wurde der Bedarf deutlicher, diese Kriterien ganz konkret für die Situationen zu erläutern, in denen Praktikerinnen und Praktiker sie anwenden sollten. Die Auswahl guter Beispiele hat diesen Prozess befördert. Die vorerst letzte Stufe ist die sogenannte „Operationalisierung“, die Erarbeitung einer überschaubaren, steckbriefartigen Zusammenstellung, die als Anwendungs- und Umsetzungshilfe zu verstehen ist. Im Zusammenhang mit der Auswahl guter Beispiele ist immer wieder die Frage aufgetaucht: Ab wann ist etwas „Good Practice“? Dieser Frage haben wir uns gewidmet und haben Stufen, einschließlich „Vorstufen“, eingeführt.

Dr. Lehmann: Die Stufenbildung, die wir entwickelt haben, basiert auf der „Partizipationsleiter“, die die Bedeutung einer geringeren bzw. höheren Ausprägung von Partizipation darstellt. Denn bei den Kriterien besteht die Gefahr, dass man mit einer relativ kurzen Beschreibung und einem Stichwort sehr unterschiedliche Zustände beschreiben kann. Eine hohe Ausprägung von Partizipation bedeutet, dass die Adressatinnen und Adressaten Prozesse tatsächlich mitgestalten und beeinflussen können, was ja ein ganz wesentliches Element der Definition von Gesundheitsförderung ist. Diese Anregung der Partizipationsleiter haben wir für alle zwölf Kriterien eingeführt. Insbesondere, um die Kriterien handhabbarer und beschreibbarer zu machen und für die Praktikerinnen und Praktiker als eine Art Werkzeug zu gestalten.

Prof. Kaba-Schönstein: Als Reflexionshilfe: Wo stehen wir? Und als Anwendungshilfe, um die Praxis weiter zu



Liebe Leserinnen und Leser,

der Good Practice-Ansatz mit den zwölf Kriterien, die im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit konsentiert wurden, stellt den anerkannten Rahmen für eine Gesundheitsförderung in guter Qualität dar. Mithilfe der mittlerweile 120 Good Practice-Beispiele, der Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“ und den Werkstätten „Gesunde Kommune“ werden die Praktikerinnen und Praktiker vor Ort darin unterstützt, sich die Kriterien für ihre eigene Arbeit zunutze zu machen.

Eine Unterarbeitsgruppe des beratenden Arbeitskreises des Kooperationsverbundes hat die Kriterien nun als praktische „Werkzeuge“ für die Qualitätsentwicklung aufbereitet. Die Steckbriefe, die auch als gedruckte Broschüre erhältlich sind, werden in diesem Themenblatt vorgestellt.

Eine weitere zentrale Aktivität der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in der Qualitätsentwicklung und -sicherung bildet das Mitte 2014 initiierte Multipartnerprojekt „Qualitätsentwicklung in Lebenswelten“. Nach umfangreichen Bestands- und Bedarfserhebungen erarbeitet die Universität Bielefeld nun ein Multiplikatorenkonzept zur Begleitung und Beratung von Projekten im Bereich der Qualitätsentwicklung. Ab Seite 3 erläutern die Bielefelder Kolleginnen, wie sie vorgehen.

Auf Seite 4 finden Sie Hinweise auf Materialien zur Projekt- und Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung.

Viel Vergnügen beim Lesen!

Ihr Team des Kooperationsverbundes
 Gesundheitliche Chancengleichheit



entwickeln. Die Kriterien sind jetzt schön überschaubar, mit aktuellen Hinweisen, wo man die Informationen noch vertiefen kann.

Es gibt derzeit eine ganze Reihe von Ansätzen zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Welche Rolle können die Good Practice-Kriterien in dieser Landschaft spielen?

Dr. Lehmann: Die Good Practice-Kriterien spielen jetzt schon eine Rolle, weil der Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes der Krankenkassen die Kriterien als eine Voraussetzung für eine Förderung nach dem Lebenswelten-Ansatz nennt. Sie zeichnen sich gegenüber anderen Qualitätsverfahren dadurch aus, dass sie eine inhaltliche Orientierung, also quasi den fachlichen Rahmen für eine Projektentwicklung in guter Qualität bieten. Die Kriterien stehen ja ohnehin nicht alleine: Wir haben im Rahmen des Kooperationsverbundes bereits etwa 120 Beispiele guter Praxis identifizieren und beschreiben können – sie bieten ganz wunderbare An-

regungen für neue Projekte oder für die Weiterentwicklung bestehender.

Prof. Kaba-Schönstein: Ein besonderer Schwerpunkt ist schon die Ausrichtung auf gesundheitliche Chancengleichheit. Dies ist zwar bei den anderen Ansätzen der Qualitätsentwicklung auch enthalten, aber macht dort nicht den Schwerpunkt aus.

Wie sind die Perspektiven? Welche Aufgaben stehen an, welche Fragen sind noch nicht beantwortet?

Prof. Kaba-Schönstein: Eine Herausforderung ist die Anschlussfähigkeit der Good Practice-Kriterien an die anderen Qualitäts-Systeme bei unterschiedlichen Trägern und in den Lebenswelten. Angesichts vielfältiger Aufgaben ist es in Kitas, Schulen und anderen Lebenswelten schwer möglich, die Good Practice-Kriterien als etwas Zusätzliches zu präsentieren. Deswegen muss diese Anschlussfähigkeit herausgearbeitet und deutlich gemacht werden.

Dr. Lehmann: Ich würde mir sehr wünschen, dass im Rahmen des Präventionsgesetzes die

Good Practice-Kriterien mit mehr Ressourcen weiter entwickelt und verbreitet werden können. Im Rahmen einer Evaluation sollte geschaut werden, was der Einsatz der Kriterien ganz konkret in der Praxis bewirkt. Hier müssen wir mehr erfahren und auch mehr Forschungsergebnisse haben. Dann sollten wir auch sehen, dass wir uns international stärker austauschen und insgesamt die Good Practice-Kriterien viel intensiver vermittelt werden.

Prof. Kaba-Schönstein: Und die Kriterien sollten für bestimmte Gruppen konkretisiert werden, beispielsweise für die Arbeit mit älteren Menschen. Auch bei der Integration von Flüchtlingen stehen wir vor neuen Herausforderungen. Wir brauchen mehr Good Practice-Beispiele aus diesem Bereich. Hier gibt es bereits viele Bemühungen und gute Ansätze von freiwillig Engagierten und Professionellen, die wir identifizieren und bekannt machen sollten.



DIE GOOD PRACTICE-KRITERIEN IN NEUER GESTALT

Schrittweise zu mehr Qualität

Die zwölf Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit leisten seit 2004 einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung. Nun liegen sie in einer vollständig überarbeiteten Fassung vor: Zwölf „Steckbriefe“ stellen die Umsetzung jedes Kriteriums anhand einer Stufenleiter dar und zeigen auf, wie diese in der Praxis aussehen kann. Das Verfahren ist bekannt und bewährt: Die „Stufenleiter der Partizipation“ ist schon lange ein Bestandteil der Partizipativen Qualitätsentwicklung und bietet einen guten erläuternden Zugang zur Umsetzung des anspruchsvollen Konzeptes „Partizipation“.

Die neue, erweiterte Darstellung der Good Practice-Kriterien soll vor allem Praktikerinnen und Praktiker motivieren, über die Auseinandersetzung mit den Kriterien die Qualität ihrer Arbeit zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Was ist neu?

Das Kriterium *Niedrigschwellige Arbeitsweise* beispielsweise motiviert zum Perspektivwechsel. Hier wird die Frage gestellt, ob die geplante oder bereits umgesetzte gesundheitsfördernde Maßnahme ausschließlich fachlichen Standards folgt oder ob sie auch die Perspektive derer einbezieht, die erreicht werden sollen. Ohne Einbezug der Zielgruppen steigt die

Struktur der Steckbriefe

- **1. Definition:** Hier werden zunächst die durch das Kriterium beschriebenen Inhalte kurz erläutert. Wo notwendig, verdeutlichen Querverweise die Bezüge zu anderen Kriterien.
- **2. Stufenleiter der Umsetzung:** In einer Grafik werden mögliche Stufen der Umsetzung des Kriteriums dargestellt. Oft ist die niedrigste Stufe lediglich eine „Vorstufe“ zur Umsetzung des Kriteriums, während die oberste Stufe das Kriterium in seiner „entfalteten Form“ darstellt.
- **3. Beschreibung der Umsetzungsstufen:** Jede Stufe wird kurz erläutert und mit einem Beispiel aus der Praxis illustriert. Die Beispiele sind fiktiv, orientieren sich aber an konkreten Erfahrungen aus der Praxis.
- **4. Weiterführende Literatur:** Ausgewählte Verweise auf online verfügbare weiterführende Literatur laden zur vertiefenden Auseinandersetzung mit den Kriterien ein.

Gefahr, dass ungewollt Zugangshürden aufgebaut oder übersehen werden.

Wie die einzelnen Stufen konkret erläutert werden, können Sie dem Kasten auf Seite 3 entnehmen.

Das Kriterium *Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung* wurde deutlich weiter entwickelt. Die Darstellung weicht von der in den anderen Steckbriefen ab: Für jede der drei Umsetzungsstufen werden sechs Dimensionen von „Integration“ beschrieben – von der Einbindung relevanter Fachbereiche der Kommunalver-

waltung bis zur Integration von Adressatinnen und Adressaten. Dies ist eine wertvolle inhaltliche Erweiterung des für kommunale Entwicklungsprozesse zentralen Kriteriums.

Alle Good Practice-Steckbriefe können auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice heruntergeladen und künftig kostenlos auch in gedruckter Form bestellt werden.

*Holger Kilian
Kooperationsverbund Gesundheitliche
Chancengleichheit*

Sie können die Steckbriefe auch in gedruckter Form auf der Homepage der BZgA oder per E-Mail: order@bzga.de bestellen (Art.-Nr. 61411002).



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. Diese 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

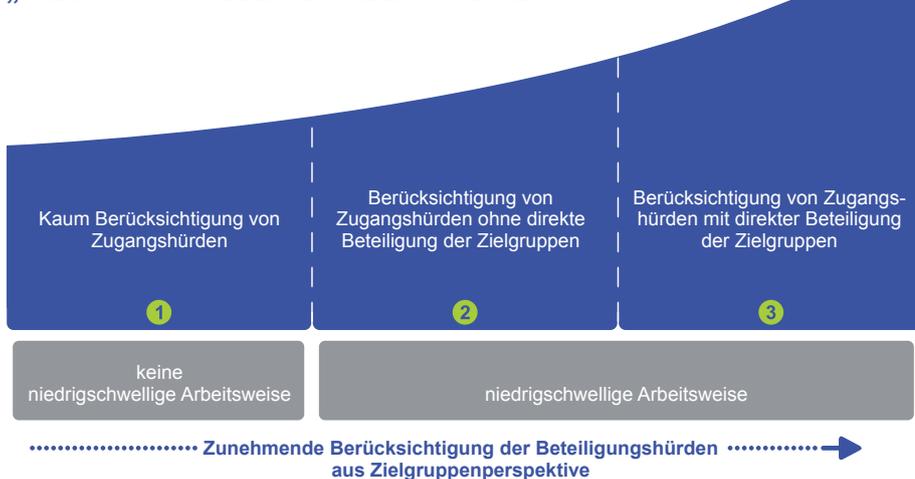
BERÜCKSICHTIGUNG VON ZUGANGSHÜRDEN MIT DIREKTER BETEILIGUNG DER ZIELGRUPPEN

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.

STUFEN DES KRITERIUMS

„NIEDRIGSCHWELIGE ARBEITSWEISE“



Dieser Text ist dem Steckbrief „Niedrigschwellige Arbeitsweise“ entnommen.

Das Gesamtdokument finden Sie unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN LEBENSWELTEN – ENTWICKLUNG UND SICHERUNG VON QUALITÄT

Weiterentwicklung des Multiplikatorenkonzeptes und Erprobung von Qualifikationsmodulen

Im Rahmen des seit Mitte 2014 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geförderten Projektes Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität war die Universität Bielefeld u. a. damit beauftragt, ein Multiplikatorenkonzept zu entwickeln (vgl. BZgA 2015). Das Konzept knüpft an die Idee des Lebensweltenansatz in der Gesundheits-

förderung an, Interventionen dort umzusetzen, wo Menschen leben, lieben, lernen und arbeiten und sowohl die individuelle wie auch strukturelle Ebene in den Blick zu nehmen. Es zielt darauf ab, die Qualitätssicherung und -entwicklung von Angeboten und Maßnahmen wirkungsvoll zu unterstützen und voranzubringen: Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollen nicht nur gut ge-

meint, sondern auch gut gemacht sein, d. h. sie müssen planvoll entwickelt und umgesetzt werden, um Wirkung zu entfalten. Das Multiplikatorenkonzept bezieht sowohl die Bundes- als auch die Länderebene mit ein.

Ansatz

Perspektivisch sollen in den Bundesländern Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung



etabliert werden, die eine prozessbegleitende Beratung und Unterstützung bei der Entwicklung und Durchführung von Angeboten und Maßnahmen sicherstellen. Im Einzelnen sollen die Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung folgende Aufgaben übernehmen:

- Aufbau bzw. Stärkung von Kompetenznetzen für Qualität und Initiierung eines Erfahrungsaustausches,
- Integration von Gesundheitsförderung in die Qualitätsmanagement-Systeme u. a. der Wohlfahrtsverbände und weiterer Träger,
- Qualifizierung der Akteurinnen und Akteure vor Ort mit Hilfe eines gestuften Angebots von allgemeinen Einführungen bis zu praxisnahen und angebotsbezogenen Intensivworkshops sowie
- Organisation der Projektberatung.

Unterstützung erhalten die Landeskoordinationen durch eine ebenfalls zu etablierende Koordinierungsstelle auf Bundesebene, die u. a. ein Qualifizierungsangebot für die Akteurinnen und Akteure in den Ländern bereithält.

Ausblick

Inwieweit sich diese angedachten Strukturen realisieren lassen, ist nicht zuletzt abhängig von der Ausgestaltung und Umsetzung des Präventionsgesetzes. Angedacht ist eine Verknüpfung mit den Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit, um bestehende Strukturen auf Länderebene zu nutzen und auszubauen. In kleinerem Umfang sind dort bereits Stellen eingerichtet, die im Rahmen der ersten Projektphase etabliert wurden.

Gegenwärtig erfolgt durch die Universität Bielefeld eine Erprobung erster Qualifikationsmodule, die die Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung unterstützen. Weiterhin soll gemeinsam mit den Beteiligten aus den Ländern das Multiplikatorenkonzept weiterentwickelt und konkretisiert werden, um es noch stärker an die verschiedenen Voraussetzungen in den Ländern anzupassen.

Bis Ende 2015 werden dafür insgesamt drei jeweils 1,5-tägige Workshops durchgeführt und erprobt, in denen die Kompetenzen erwei-

tert werden. Daran nehmen Vertretungen der Landesvereinigungen für Gesundheit, der Krankenkassen, der BZgA und des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit teil. Die im Zuge der Evaluation der Pilotierung der Qualifikationsmodule gesammelten Erfahrungen und die Ergebnisse der konzeptionellen Weiterentwicklung werden im Rahmen des Kongresses Armut und Gesundheit 2016 vorgestellt.

*Ina Schaefer, Stephanie Funk, Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Arbeitsgruppe 4, Prävention und Gesundheitsförderung*

Literaturhinweis:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2015). Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität. Online verfügbar unter: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/qualitaetsentwicklung-und-qualitaets-sicherung.

WEITERE MATERIALIEN ZUM THEMA QUALITÄT

■ Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Herausgeber: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Link: www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de

Die Seite unterstützt Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten dabei, Indikatoren zur Überprüfung der Qualität der eigenen Arbeit in einem partizipativen Prozess zu entwickeln.

■ Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung

Herausgeber: Gesundheitsförderung Schweiz

Link: www.quint-essenz.ch

Das Qualitätssystem quint-essenz bietet eine Reihe von Hilfsmitteln, wie z. B. ein Glossar, Erläuterungen zu den Qualitätskriterien und Checklisten für die Projektplanung, -durchführung und -evaluation.

■ Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention – Qualitätsinitiative NRW

Herausgeber: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Link: www.lzg.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/qualitaetsinitiative/index.html

Auf der Website finden Sie neben dem Leitfaden „Qualitätsinstrumente in der Gesundheitsförderung und Prävention“ z. B. Informationen zu Veranstaltungen, Projektdatenbanken und Evaluationstools.

■ „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung“

Herausgeber: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg

Bestellung: www.bzga.de/infomaterialien/einzelpublikationen/aktiv-werden-fuer-gesundheit

Die sieben Arbeitshilfen enthalten Werkzeuge zur Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Stadtteil. Diese sind hilfreich um die Projektentwicklung und den Netzwerkaufbau in guter Qualität voranzubringen. Jedes Heft hat einen eigenen Schwerpunkt.

Kooperationsverbund
GESUNDHEITLICHE
CHANGENGLEICHHEIT
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

IMPRESSUM

Der **Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit** wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören derzeit 65 Partnerorganisationen an.

Kooperationsverbund

Gesundheitliche Chancengleichheit

Geschäftsstelle: Gesundheit Berlin-Brandenburg

Friedrichstraße 231 · 10969 Berlin

Tel.: (030) 44 31 90-60 · Fax: (030) 44 31 90-63

E-Mail: info@gesundheitliche-chancengleichheit.de

Web: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Redaktion: Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.),

Marion Amler, Stefan Bräunling, Holger Kilian,

Lea Winnig

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Bildnachweis: André Wagenzik

Sollten Sie das Themenblatt **abbestellen** oder eine **Adressänderung** angeben wollen, senden Sie bitte eine E-Mail an braeunling@gesundheitbb.de.