

Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung



Erfahrungen nutzen – Qualität stärken

Heft 5



**Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.**
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung

**Aktiv werden für Gesundheit –
Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung
Heft 5**

Herausgeber:
Gesundheit Berlin-Brandenburg
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel. 030 / 44 31 90 60
E-Mail: post@gesundheitsbb.de

Autorinnen und Autoren:
Carola Gold, Stefan Bräunling (V.i.S.d.P.), Prof. Dr. Raimund Geene, Holger Kilian,
Ute Sadowski, Andrea Weber

Die Arbeitshilfen wurden entwickelt im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes
Gesundheitliche Chancengleichheit.
Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit wurde 2003 auf Initiative der
BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen.
Ihm gehören aktuell 61 Partnerorganisationen an.

Geschäftsführung des Kooperationsverbundes: Gesundheit Berlin-Brandenburg

Die Erstellung der 4. Auflage der Arbeitshilfen wurde von der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert.

Wir danken allen Personen und Organisationen, die für die Arbeitshilfen Material zur Verfügung
gestellt haben.

Umschlag- und Heftgestaltung:
Connye Wolff, Berlin · www.connye.com

4., aktualisierte Auflage 2014
Gesundheit Berlin-Brandenburg
Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Unerlaubte Vervielfältigung ist nicht gestattet.
ISBN 978-3-939012-18-4

Bildnachweise:
S. 6, Svea Pietschmann
S. 7, www.pixelio.de, Stephanie Hofschläger
S. 13, www.pixelio.de, Stephanie Hofschläger

Kapitel 1 – Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung



Geht es um erfolgreiche Zugangswege und Methoden der Prävention bei sozial Benachteiligten, so befinden wir uns vielfach noch in einem „Suchprozess“ (Sachverständigenrat 2007, S. 802). Es gibt in vielen Projekten und Initiativen Erfahrungen zu erfolversprechender Praxis, aber sie werden bislang nicht systematisch zusammen geführt. Der Setting-Ansatz (vgl. Heft 1 dieser Arbeitshilfen) ist – insbesondere um die Zielgruppe sozial Benachteiligter zu erreichen – als aussichtsreiche Strategie der Gesundheitsförderung anerkannt. Damit verbunden sind Empowerment, Partizipation und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der Zielgruppe. Aber welche Umsetzungsschritte sind im Einzelnen erforderlich, um diese Ziele zu erreichen? In Qualitätsprozessen wird ermittelt, was sich bewährt und welche Verbesserungen sich anbieten.

Ein Konzept zur Dokumentation, Qualitätssicherung bzw. Überprüfung der Ergebnisse in gesundheitsfördernden Projekten und Maßnahmen ist eine Voraussetzung für den Erfolg eines Förderantrages. Aber auch für die Mitarbeitenden und die Nutzerinnen und Nutzer einer Maßnahme können Qualitätssicherungsmaßnahmen einen Gewinn darstellen. Vieles an Wissen, das in einer Einrichtung zwar vorhanden, aber nicht ausdrücklich genannt wird, kommt so auf den Tisch. Manches, was in der täglichen Arbeit automatisch mit erledigt wird, kann durch die Dokumentation einen neuen Wert erhalten.

Vor allem werden Erfahrungen aus der gesundheitsförderlichen Praxis bei sozial Benachteiligten gewonnen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat dazu formuliert:

„Lebensweltbezogene Primärprävention ist eine Entwicklungsaufgabe. Voraussetzung für Entwicklung ist Lernen. Gelernt werden kann aus – gelungenen wie gescheiterten – Erfahrungen nur, wenn diese angemessen dokumentiert werden. Deshalb sind Qualitätssicherung und verwertbare Dokumentationen unabdingbar für die schrittweise Verbesserung der Wissensbasis und der Interventionsqualität.“ (Sachverständigenrat 2007, S. 823)

Was ist nun in der Praxis angemessen?

Oft haben verschiedene Akteure auch unterschiedliche Erwartungen an die Qualitätssicherung. Bereits bei der Projektplanung sollte daher mit den Finanzgebern und den potenziellen Nutzerinnen und Nutzern geklärt werden, was für sie der Zweck ist.

Grundsätzlich geht es darum zu überprüfen, ob und auf welchen Wegen die Ziele des Projekts erreicht werden. Aber: Welche Ziele sollen mit welchen Maßnahmen überprüft werden und welche Wertigkeit wird den einzelnen Projektzielen beigemessen? Dazu gibt es keine Standard-Antwort – neben dem, was jeweils im Einzelfall für besonders wichtig erachtet wird, sind auch die verfügbaren Ressourcen maßgeblich.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt, dass zehn Prozent der Projektkosten für die Evaluation (von lat. *evaluare* = bewerten) verwendet werden.

Grundsätzlich können Evaluationen danach unterschieden werden, ob es sich um eine Selbst- oder Fremdevaluation handelt. Eine Evaluation, die die eigene alltägliche berufliche Praxis der Evaluierenden zum Gegenstand hat, wird als Selbstevaluation bezeichnet. Die Personen, die auf Grund der täglichen Arbeit über ein fundiertes Praxiswissen des Projektes verfügen, gelten

Evaluation

Eine Evaluation ist die vergleichende Einschätzung einer konkreten Frage (zumeist der ursprünglichen Zielsetzung eines Projektes) an Hand systematisch gesammelter und ausgewerteter Daten mit dem Ziel, die Praxis zu verbessern.

Kapitel 1 – Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung

hier als geeignete Evaluatorinnen und Evaluatoren.

Eine Evaluation hingegen, die das fachliche Handeln anderer Fachkräfte zum Gegenstand hat, wird als Fremdevaluation bezeichnet. Die Evaluierenden können Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bereichen der gleichen Organisation oder Expertinnen und Experten, die extern damit beauftragt werden, sein.



Ein externer Auftrag zu einer Fremdevaluation kann sehr kostspielig, nichtsdestotrotz auch sehr lohnend sein. Prüfen Sie, ob die Evaluation in Kooperation mit einer Universität oder Fachhochschule, beispielsweise im Rahmen der Betreuung einer Diplomarbeit, durchgeführt werden kann.

„Evaluation wird meist zu abstrakt diskutiert. Im praktischen Kontext verliert es das „Dubiose“: Man legt sich selber Rechenschaft über das eigene Tun ab, muss aber bereit und offen dazu sein.“

*Klaus Plümer,
Health Promotion & Public
Health Consultant,
Düsseldorf*

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ein Verfahren zur Qualitätssicherung „QIP“ entwickelt, das neben einer Qualitätsbegutachtung auch Hinweise und Beratung anbietet, wie die Qualität der eigenen Arbeit verbessert werden kann. Unter der Internet-Adresse www.uke.de/extern/qip sind die detaillierten Leistungen des Verfahrens beschrieben.

Auf dem Internetportal www.quint-essenz.ch werden für Planung und Umsetzung der Evaluation eine Vielzahl sehr hilfreicher Instrumente bereitgestellt. Dort heißt es u.a.:

„Es können je nach Zweck und Interesse der Auftraggebenden zusätzliche Evaluationsfragen formuliert werden. Damit die Evaluationsfragen überprüft werden können, müs-

sen Indikatoren festgelegt werden. Anhand dieser Indikatoren werden dann die konkreten Erhebungsfragen formuliert, die Datenquellen bestimmt und die geeigneten Erhebungsinstrumente ausgewählt. (...) Die Auswahl der Erhebungsinstrumente hängt von verschiedenen Faktoren ab, u.a. von den zu befragenden Personen, den zur Verfügung stehenden Ressourcen, dem vorhandenen Know-how und dem Inhalt und Setting der Evaluation. (...)

Bevor Erhebungsinstrumente wie Fragebogen oder Interviewleitfäden selbst entwickelt werden (was einen erheblichen Aufwand an Ressourcen erfordert), sollte geklärt werden, ob Erhebungsinstrumente aus anderen Projekten für das eigene Projekt angepasst werden können. Da die Qualität der Evaluation unter anderem von der Qualität der erhobenen Daten abhängt, ist es sinnvoll, sich bei ungenügenden eigenen Erfahrungen und Kenntnissen fachliche Unterstützung (z.B. zur Begutachtung eines Fragebogens) zu holen. Es ist empfehlenswert, Erhebungsinstrumente vor ihrer Verwendung Schlüsselpersonen aus dem Untersuchungsfeld (Auftraggebende, Expert/-innen) zur Begutachtung vorzulegen – Evaluation sollte nicht als „fertiges Ergebnis“¹, sondern als laufender Lernprozess² verstanden werden.“
(www.quint-essenz.ch/de/topics/1203)

Zu Beginn einer Evaluation muss festgelegt werden, welche Kriterien zur Bewertung herangezogen werden sollen. Effektivität, Geeignetheit, Akzeptanz und Effizienz können als übergeordnete Kriterien angesehen werden, die für alle Maßnahmen oder Projekte

1 Das wäre eine sog. „summative Evaluation“ mit hohen methodischen Ansprüchen.

2 Dies nennt man „formative Evaluation“ und ist eine niedrigschwellige und gängige Form der Evaluation, auch gut geeignet für Selbstevaluation.

Gültigkeit haben. Die nachfolgenden Fragen können dabei helfen, diese Kriterien zu benennen:

Checkliste: Kriterien zur Bewertung

- ✓ Inwieweit wurden die generellen und spezifischen Ziele erreicht?
(Kriterium: Effektivität)
- ✓ War die Maßnahme zur Befriedigung der Bedürfnisse relevant?
(Kriterium: Geeignetheit)
- ✓ Wurde die Maßnahme von den Betroffenen mit entwickelt und angenommen? (Kriterium: Akzeptanz)
- ✓ Waren die Zeit, das Geld und die Ressourcen im Verhältnis zu dem erreichten Nutzen gut angelegt?
(Kriterium: Effizienz)
(nach Naidoo und Wills 2003, S. 366)

„Unser Platz“, Berlin

Ziel des Projektes ist es, geschlechtersensible Angebote zu machen, Partizipationsmöglichkeiten zu eröffnen sowie gesundheitsfördernd zu wirken. Daher will „Unser Platz“ langfristig einen Platz schaffen, auf dem sich verschiedene Altersklassen wohl fühlen und in Bewegung und Kontakt kommen. Zur Überprüfung, ob dies erreicht wird, gibt es verschiedene regelmäßige Zusammenkünfte:

- Halbjährlich trifft sich der Beirat, bestehend aus der Schirmherrin des Projektes (der Jugendstadträtin von Marzahn-Hellersdorf), Jugendvertreter/innen des Platzes, Mitarbeiter/innen der Wohnungsbaugenossenschaft

ten, Angestellten des Öffentlichen Beschäftigungssektors, Mitarbeiter/innen des Grünflächenamtes und Mitarbeiterinnen eines benachbarten Frauenprojektes. Die Aufgaben sind: Bestandsaufnahme, Beschluss weiterer Vorhaben und Vorgehensweisen.

- In Supervisionssitzungen (Geschäftsführerin, Sozialpädagoge vor Ort, Leiterin der Angestellten des Öffentlichen Beschäftigungssektors, Projektkoordinatorin) bzw. einer Gesamtsitzung werden kurz- und langfristige Ziele und Teilziele besprochen, verbunden mit der inhaltlichen Weiterentwicklung.
- Grundlage dafür ist das „Diensttagebuch“, in das besondere Vorkommnisse und die Anzahl der täglichen Nutzer/innen des Platzes eingetragen werden. Einmal wöchentlich wird dieses durch den Sozialpädagogen vor Ort gelesen und ausgewertet; halbjährlich werten der Sozialpädagoge vor Ort und die Geschäftsführerin das Diensttagebuch aus.
- Zusätzlich finden vierteljährliche Sportplatzkonferenzen statt.

Kriterien für Qualität, die in allen Sitzungen betrachtet werden, sind:

- die Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer des Platzes,
- die möglichst große Mischung der Nutzerinnen und Nutzer des Platzes nach den Kriterien: Altersspektrum, Geschlecht, soziokultureller Hintergrund, körperliche Verfassung (Menschen mit/ohne körperliche Einschränkungen)
- die Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer,
- die Häufigkeit von Vorkommnissen und
- die Annahme der geschlechtsspezifischen Angebote.

Weitere Informationen zu diesem Projekt in der Datenbank

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/unsere-platz-in-berlin-marzahn

Kapitel 1 – Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung

Am Beispiel von „Unser Platz“ könnte die Dokumentation der Evaluation z.B. aussehen:

Projektziele	Das Bewegungsangebot wird von den Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Stadtteil genutzt.
Zwischenziele	Die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern/Jungen, Frauen und Mädchen werden berücksichtigt.
Bestandteil des Vertrags	ja / nein
Indikatoren	Geschlechtersensible Angebote werden angenommen.
Sollwerte	z.B.: Sechs Kurse/Trainings werden angeboten und von durchschnittlich zwölf, mindestens aber fünf Teilnehmenden besucht.
Evaluationsmethoden	Anwesenheitsliste
Selbst- oder Fremdevaluation	Selbstevaluation
Verantwortlich	Geschäftsführerin/Geschäftsführer

Die Gliederungspunkte in dieser Tabelle orientieren sich an einem Dokumentationsvorschlag aus www.quint-essenz.ch. Auf dieser Webseite kann eine vollständige Evaluationstabelle mit Anleitung zu ihrem Gebrauch herunter geladen werden (www.quint-essenz.ch/de/tools/1003).

Ein Beispiel für Fremdevaluation:

Familienprogramm ELAN, Halle/Saale

Das Programm ELAN richtet sich an Familien in Sachsen-Anhalt und versucht, sie als soziales Geflecht zu stärken. ELAN steht für: Eigeninitiative entwickeln, Lebensorientierend handeln, Aktiv sein und die Nachhaltigkeit sichern.

Das Projekt wurde und wird durch die Fachhochschule Merseburg wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Das methodische Vorgehen beinhaltet die Erfassung der Eindrücke und Beobachtungen der Modulleiterinnen und -leiter sowie die Befragung der Teilnehmenden zu folgenden Schwerpunkten:

- soziodemografische Daten,
- familiäre Situation, Bildung und Qualifikation,
- Bewertung/Verbesserungsvorschläge der Inputveranstaltung,
- Bewertung/Verbesserungsvorschläge der Nachhaltigkeitsveranstaltungen,
- Zusammenfassung und Folgerung zur Weiterführung von ELAN.

Weitere Informationen zu diesem Projekt in der Datenbank

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/familienprogramm-elan

Tipps zum Weiterlesen

Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.) (2012). Qualitative Forschung, Ein Handbuch. 10. Auflage. Reinbek, Rowohlt

König, J. (2007). Einführung in die Selbstevaluation. 2. Auflage Freiburg, Lambertus

Jugendamt der Stadt Dormagen (Hrsg.) (2011). Dormagener Qualitätskatalog der

Kinder- und Jugendhilfe. Ein Modell kooperativer Qualitätsentwicklung. Opladen, Barbara Budrich

Naidoo, J. & Wills, J. (2010). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage, Köln, BZgA

Links zum Thema Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung

QIP – Qualität in der Prävention	Detaillierte Beschreibung eines evidenzgestützten Qualitätssicherungsverfahrens. Erfassung der Qualität in 28 Dimensionen	www.uke.de/extern/qip
Quint-Essenz, Gesundheitsförderung Schweiz	Tools und Informationen zu Qualitätsentwicklung und Projektmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention	www.quint-essenz.ch
DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e.V.	Informationen, Standards, Veranstaltungen, Seminare, Literatur zum Thema Evaluation	www.degeval.de
Socialnet GmbH, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit	Ausführliche Darstellungen der Selbstevaluation, Literatur, Links, Praxisleitfäden	www.selbstevaluation.de
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen	Einblick in das Qualitätsmanagement von Gesundheits- und Bewegungsförderung, praxisnahe und verständliche Einführung in die Thematik	www.lzg.gc.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/qualitaetsinitiative/index.html

Leitfaden Qualitätskriterien

für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat gemeinsam mit Expertinnen und Experten einen Leitfaden mit Qualitätskriterien für gesundheitsfördernde Maßnahmen im Bereich Ernährung, Bewegung und Stressregulation entwickelt.

Die 20 Kriterien sollen Fachkräften helfen, qualitätsgesicherte Angebote zu entwickeln oder die Qualität bestehender Angebote zu verbessern.

Zum Download und kostenlosen Bestellen:

www.bzga.de/infomaterialien/ernaehrung-bewegung-stressbewaeltigung/leitfaden-qualitaetskriterien

Kapitel 2 – Qualitätssicherung als systematischer Prozess



Die Systematisierung der Qualitätssicherung sollte sich am „Public Health Action Cycle“ ausrichten (Rosenbrock und Gerlinger 2006). Er wird so zu einem „Lernzyklus“, an dem das eigene Projekt wächst. Die Qualitätssicherung bezieht sich auf alle vier Phasen.

Die vier Phasen des Public Health Action Cycle:

Bedarfserhebung: Die gesundheitlichen Bedarfe im Setting werden erhoben – dies umfasst Gesundheitsressourcen ebenso wie Gesundheitsprobleme. Dabei sind „objektive“ Daten (die u.a. in Gesundheitsberichten belegt sind, wie z.B. Zahl der gesundheitlichen und sozialen Projekte, der allein Erziehenden oder Daten der Einschulungsuntersuchun-

den dazu aufgeschrieben und die Durchführung der Intervention – möglichst gemeinsam mit Kooperationspartnern und Bewohnerinnen und Bewohnern des Quartiers – geplant.

Durchführung: Die aus der Bedarfserhebung und Planung resultierenden Strategien und Maßnahmen werden umgesetzt.

Evaluation/Überprüfung: Die Ergebnisse und Wirkungen der Strategien und Maßnahmen werden an Hand vorher fest gelegter Kriterien gemessen und bewertet. Werden neue wichtige Kriterien deutlich, sind diese zusätzlich einzubeziehen. Die Evaluation belegt die Wirksamkeit einer Maßnahme, zeigt aber auch, welche ergänzenden Maßnahmen sinnvoll sind und was sich weniger bewährt hat und entfallen kann. Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse wird der Gesundheitsbedarf neu beschrieben, werden die zukünftigen Maßnahmen verändert angepasst – und der Action Cycle beginnt von vorne.

(nach Ruckstuhl et al. 1997)



gen) ebenso relevant wie „subjektive“ Bedarfe, z.B. Bedürfnisse, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern des Quartiers benannt werden (siehe Heft 2 dieser Arbeitshilfen). Es wird eine präzise Problembeschreibung vorgenommen.

Planung: Es wird eine konkrete Strategie entwickelt, um das Problem anzugehen. Die Überlegungen für eine Problemlösung wer-



Der Public Health Action Cycle

Quelle: www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de



Beispiel: Selbstevaluation in einer Kindertagesstätte

„Das Team (stimmt) vor dem Start ab, in welchem der (...) Handlungsfelder begonnen wird und welches Leit- bzw. Teilziel in einem zuvor festgelegten Zeitraum verfolgt werden soll. Der Prozess der Selbstevaluation verläuft in vier Schritten. Es werden Maßnahmen (1) diskutiert und von den Erzieherinnen einzeln oder in einer kleinen Gruppe verantwortlich übernommen. Ein Teammitglied (Es muss nicht die Kita-Leitung sein!) bietet bei Bedarf Hilfe an. In Abstimmung mit der Maßnahmenplanung wird geklärt, anhand welcher Faktoren und Bedingungen ein Erfolg gemessen werden könnte. Dazu werden Evaluationsfragen (2) formuliert und Indikatoren (3) benannt, die im Kita-Alltag verankert und einfach zu erheben sind. Im Anschluss wird eine Erhebungsfrage (4) formuliert, die sich auf die vorhergegangenen Schritte bezieht. Die Ergebnisse werden abschließend im Team vorgestellt. Alle Entscheidungen werden schriftlich festgehalten. (...)

Die Ergebnispräsentation findet während einer Teamsitzung statt. So gibt es immer wieder Feedback-Schleifen und das Thema Gesundheitsförderung bleibt für alle präsent. Denselben Zweck erfüllt auch die Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Selbstevaluation. Es kommt zu einer Sensibilisierung in der Wahrnehmung durch die Formulierung von Evaluations- und Erhebungsfragen bzw. Indikatoren. Erfahrungsgemäß können auch Teile von routinemäßigen Dokumentationen genutzt werden, wie Daten aus Erhebungs- und Beobachtungsbögen, Protokolle, Jahresberichte, Statistiken oder Zeitungsartikel. In den Modellkitas wurden auch Daten über kreative Verfahren wie Info- und Fotowände verwendet oder Kinder- und Elternbefragungen z.B. zur Akzeptanz von gesundem Frühstück durchgeführt.“

Richter 2008, S. 10 f.

Qualität umfasst verschiedene Ebenen

Ein im Sozial- und Gesundheitsbereich weit verbreiteter Ansatz, den Qualitätsbegriff zu beschreiben und damit für ein Qualitätsmanagement fassbar zu machen, sind die Qualitätsdimensionen nach Donabedian. Er unterscheidet die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Neuere Ansätze ergänzen noch die Dimension der Assessmentqualität.

Assessmentqualität umfasst die Klärung des Bedarfs, d.h. der objektiven Problemlagen

und die subjektiven Bedürfnisse der Zielgruppe. Dies beinhaltet:

- die Notwendigkeit und Relevanz der geplanten Interventionen in einem spezifischen Handlungsfeld in Bezug auf die Zielgruppe,
- die theoretische Grundlage bzw. die Darlegung, inwieweit sich hieraus Strategien und Annahmen ableiten lassen,
- die Erfahrungswerte anderer Projekte im relevanten Handlungsfeld sowie
- die rechtlichen, kulturellen und politischen Rahmenbedingungen.

Kapitel 2 – Qualitätssicherung als systematischer Prozess

Strukturqualität bezieht sich auf die Ausstattung und Organisation eines Angebotes. Hierzu zählen Angaben zu der Trägerschaft, Projektorganisation, Kooperation und Kommunikationsstruktur (nach innen und nach außen). Beispiele: Die Zahl und Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, räumliche und finanzielle Ressourcen, zeitliche Gestaltung des Angebotes, Kooperationspartner, Organisation der Projektkommunikation (z.B. Teamsitzungen).

Prozessqualität umfasst alle Aktivitäten, die zur Erreichung der zuvor formulierten Ziele durchgeführt werden. Dazu gehören beispielsweise: die Projektplanung, Rückmeldeschleifen, Qualitätsziele, Dokumentation, Wohlbefinden aller im Projekt involvierten Personen und der Umgang mit Konflikten.

Ergebnisqualität bezieht sich auf alle messbaren Ergebnisse des Angebotes. Sie kann unterschieden werden nach:

- unmittelbaren Ergebnissen, z.B. Anzahl erstellter Materialien oder Anzahl durchgeführter Veranstaltungen („Output“),
- vermittelten Ergebnissen, z.B. Anzahl von Teilnehmenden an Veranstaltungen („Outcome“) und
- Ergebnissen, die unmittelbar die Wirkung des Angebotes belegen, z.B. Verringerung des Auftretens bestimmter Erkrankungen („Impact“).

„REFUGIO“, Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in Thüringen, Jena

Als Reaktion auf die Therapie- und Behandlungsbedürftigkeit von Flüchtlingen, die unter psychischen Störungen leiden und posttraumatische Belastungsreaktionen entwickelt haben, wurde in Thüringen vom Verein „refugio thüringen e.V.“ ein Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge aufgebaut. Das Zentrum wurde 2007 mit dem BKK-Preis für vorbildliche Gesundheitsförderung ausgezeichnet.

Das Team unterscheidet bei der Qualitätssicherung die Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene.

Bei den wöchentlichen Teamsitzungen werden Probleme unterschieden nach strukturellen (Organisationsablauf) und prozessualen (inhaltlichen) Aspekten. Diese werden besprochen und schriftlich niedergelegt. Organisationsabläufe werden über ein Ablaufdiagramm dargestellt. Die Ergebnisse der problemzentrierten Diskussionen werden in Protokollen festgehalten. Klausurtagungen und Mitgliederversammlungen werden zur Reflexion genutzt. Mehrmals im Jahr wird eine externe Team-Supervision durchgeführt. Einmal jährlich (Jahresbericht) wird über Leitfadeninterviews u.a. die Zufriedenheit der Zielgruppe ermittelt.

Weitere Informationen zu diesem Projekt in der Datenbank

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/psychosoz-fluechtlingstzentrum

Kapitel 3 – Partizipative Qualitätsentwicklung



Gesundheitsförderliche Maßnahmen sind umso erfolgreicher, je stärker die Beteiligten an der Problemeinschätzung, der Planung und der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen mitwirken. Das liegt im Wesen der

Gesundheitsförderung: Nur was die Menschen wirklich selber wollen, setzen sie auch nachhaltig um.

Partizipation muss deshalb als Querschnittsaufgabe ansetzen und möglichst in allen Phasen einer gesundheitsfördernden Intervention im Vordergrund stehen. Das umfasst auch die Maßnahmen der Qualitätssicherung. Anliegen der Zielgruppe, aber auch der Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter und ihre Wahrnehmung der Probleme sollten sich in der Qualitätssicherung wiederfinden und die Maßnahmen von ihnen mitgestaltet werden. Insbesondere für Settingansätze, bei denen es um die Beteiligung der Zielgruppe an Organisationsentwicklungsprozessen zur Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes geht, stellt sie eine sinnvolle Methode dar.

„Von größter Bedeutung für den Entwurf, die Durchführung und die Qualitätssicherung zielführender Interventionen ist die größtmögliche Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppe; Partizipation ist die Schlüsselgröße erfolgreicher Prävention.“

*Sachverständigenrat
2007, S. 823*

Eine Methode zur partizipativen Qualitätsentwicklung „Ziele definieren – Wirkungswege skizzieren“ wird im Folgenden vorgestellt. Sie wurde am Wissenschaftszentrum Berlin im Rahmen eines Forschungsvorhabens entwickelt. Die Zielgruppe selbst ist Mitakteur. Die Anwendung dieser Methode kann sehr hilfreich sein, um lokales Wissen für die Entwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und für den Aufbau gesunder Lebenswelten nutzbar zu machen.

Die folgende Darstellung ist der Internetseite www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de entnommen.

Entwicklung lokaler Ziele und Wirkungswege (ZiWi-Methode)

Die ZiWi-Methode dient der Klärung von Zielen und Wirkungswegen einer Intervention. Mit der ZiWi-Methode lassen sich die Ziele und Wirkungswege einer Intervention bildlich darstellen und Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung formulieren.

Die Stärke der Methode besteht darin, Klarheit darüber zu schaffen, wie man was erreichen will. Dabei wird implizites Wissen explizit gemacht, d.h. das Wissen, das man im Alltag in der praktischen Arbeit oft als selbstverständlich voraussetzt, wird ausgesprochen und erhält dadurch eine neue Qualität. Die eigenen Annahmen über die Entstehung und Lösung eines Gesundheitsproblems (also die „lokale Theorie“) werden deutlich und überprüfbar. Die ZiWi-Methode kann sowohl für die Konzeption neuer Interventionen als auch für die Evaluation und Qualitätssicherung bestehender präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen eingesetzt werden.

Voraussetzungen für die Anwendung der Methode

■ Ausreichend Zeit

Die Methode ist relativ zeitaufwendig, wobei der Zeitaufwand wesentlich von der Komplexität der Intervention und dem Diskussionsbedarf bzw. der Diskussionsfreudigkeit der Beteiligten abhängt. In der Regel werden mehrere Stunden benötigt.

Kapitel 3 – Partizipative Qualitätsentwicklung

■ Bildung einer Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe sollte sich aus den Personen zusammensetzen, die für die Planung und Durchführung der Maßnahme zuständig sind (haupt- und ehrenamtliche Projektmitarbeiter/innen). Wenn möglich, werden auch Vertreter/innen der Zielgruppe als Lebenswelt-Expert/innen (sog. „Expert/innen des eigenen Alltags“) einbezogen. Wo möglich und finanzierbar, lohnt es sich, eine externe Moderation einzuladen.

■ Die Bereitschaft, die eigene Arbeit auf der konzeptionellen / theoretischen Ebene in der Gruppe zu reflektieren

Um die Logik einer Intervention mit dieser Methode zu klären, bedarf es Geduld, Lern- und Kompromissbereitschaft sowie Kritikfähigkeit. Die Methode funktioniert dann am Besten, wenn die Beteiligten Lust auf die inhaltliche Diskussion haben und bereit sind, sich über das Vorgehen und wichtige Grundbegriffe der Arbeit zu verständigen.

■ Materielle Voraussetzungen

Um die Ziele und Wirkungswege der Intervention visualisieren zu können, werden Hilfsmittel benötigt, z.B. Flipchart, Moderationskarten und eventuell eine Kamera zur Dokumentation der Ergebnisse mit Hilfe von Fotos.

Arbeits Schritte

Bestehende Konzeptpapiere, Anträge, in denen die Intervention beschrieben ist, Leitbilder der Einrichtung u. ä. werden vorbereitend gesichtet. Anschließend werden folgende Fragen bearbeitet:

1. Worum geht es?

Bevor mit der Methode begonnen wird, sollten die Adressaten bestimmt werden: „Für

wen machen wir diesen Prozess?“ Dies hat Einfluss auf die Gestaltung der nachfolgenden Schritte. Wenn es sich beispielsweise um einen Projektantrag handelt und der angestrebte Zuwendungsgeber bekannt ist, wird das Gesamtbild unter Umständen anders aussehen, als wenn die Methode ausschließlich zur internen Qualitätssicherung benutzt wird.

2. Wer sind die Adressaten?

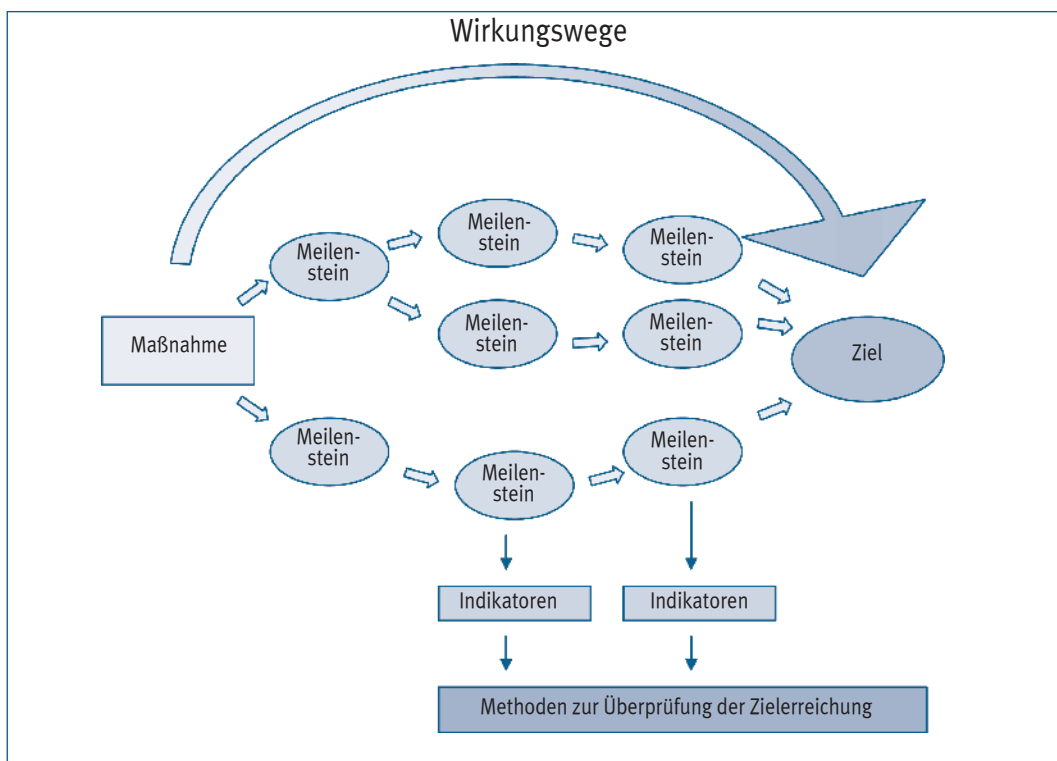
Die Adressaten der Übung werden bestimmt: „Für wen machen wir diesen Prozess?“ Dies hat Einfluss auf die Gestaltung der nachfolgenden Schritte. Handelt es sich beispielsweise um einen Projektantrag für einen Zuwendungsgeber, wird das Gesamtbild unter Umständen anders aussehen, als wenn die Methode ausschließlich zur internen Qualitätssicherung benutzt wird.

3. Was ist das Ziel der Intervention?

Zunächst wird das übergeordnete Gesamtziel der Maßnahme formuliert. Hierbei ist es ratsam, SMART-Kriterien anzuwenden, um sicher zu stellen, dass das Ziel spezifisch, messbar, angemessen, realistisch und terminierbar ist (siehe Heft 3 dieser Arbeitshilfen). Die Realisierbarkeit eines Ziels in einem bestimmten Zeitrahmen wird von den Beteiligten oft unterschiedlich eingeschätzt. Es gilt, eine Einigung zu erzielen und eine konsensfähige Balance zwischen Ambitionen und Realismus zu finden.

4. Welche Wege führen zum Ziel?

Sobald das übergeordnete, langfristige Gesamtziel fest steht, werden die kurz- und mittelfristigen Ziele geklärt, also die Meilensteine, die auf dem Weg zum Gesamtziel liegen. Es werden Annahmen darüber getroffen, wie die Meilensteine zusammenhängen und wie und warum sie zum Gesamtziel beitragen. Folgende Fragen helfen bei der Bestimmung der (angenommenen) Wirkungswege:



Meilensteine als Weg zur Zielerreichung

- Welche Bedingungen und Voraussetzungen sind für das Erreichen des Gesamtziels notwendig?
- Wie trägt die Intervention zur Linderung des Gesundheitsproblems der Zielgruppe bei?
- Warum trägt die Intervention zur Linderung des Gesundheitsproblems der Zielgruppe bei?
- Wie hängen die Meilensteine miteinander und mit dem langfristigen Ziel zusammen?

5. Welches Gesamtbild entsteht?

Oft gibt es mehr als einen Wirkungswege. Die einzelnen Wirkungswege und Meilensteine werden in ein Gesamtbild der Intervention integriert. Sofern die ZiWi-Methode im Rahmen der Konzeption einer neuen Intervention eingesetzt wird, wird nun eine präventive bzw. gesundheitsfördernde Maßnahme konzipiert.

6. Wie kann der Erfolg der Intervention überprüft werden? (Indikatoren)

Um den Erfolg der Intervention (und die Stimmigkeit der angenommenen Wirkungswege) zu überprüfen, werden Indikatoren für die Erreichung des Gesamtziels und der Meilensteine formuliert. Indikatoren sind messbar (lat. indicare = anzeigen). Im Idealfall entsprechen sie „ZWERG“-Kriterien, d.h. sie sind **Z**entral bedeutsam (aussagekräftig für das Ziel/den jeweiligen Meilenstein), **W**irtschaftlich (mit angemessenem Aufwand zu erheben), **E**infach (allgemein verständlich und nachvollziehbar), **R**echtzeitig (sie führen zeitnah bzw. zu einem angemessenen Zeitpunkt zu Ergebnissen) und **G**enau (verlässlich und spezifisch) Indikatoren für die Akzeptanz einer Präven-

Kapitel 3 – Partizipative Qualitätsentwicklung

tions-Aktion könnten zum Beispiel Besucherzahlen und Publikumsreaktionen wie Beifall oder Rückmeldungen sein.

7. Schriftliche Niederlegung des Bildes (Fließtext)

Das Gesamtbild der Intervention wird in einem Text zusammengefasst. Das Ausformulieren bietet die Möglichkeit, über die einzelnen Elemente und deren Zusammenspiel zu reflektieren. Der Fließtext bildet eine gute Grundlage für Anträge und andere Texte, in denen ein Projekt seine Arbeit darstellen möchte.

Tipps zum Weiterlesen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15. Köln, BZgA. Verfügbar unter www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/band-15-qualitaetsmanagement-in-gesundheitsfoerderung-und-praevention *

Graebig, K. (2010). Wörterbuch Qualitätsmanagement. Dictionary of Quality Management. 2. Auflage. Berlin, Beuth

Lehmann, H. & Töppich, J. (2002). Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 45, S. 234-239

Luber, E. & Geene, R. (Hrsg.) (2004). Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Frankfurt/Main, Mabuse-Verlag

Rosenbrock, R. & Gerlinger, Th. (2006). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Auflage. Bern, Huber

* auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden

Links zum Thema Partizipative Qualitätsentwicklung

Interaktives Handbuch zur Qualitätsentwicklung	Methoden der partizipativen Qualitätsentwicklung – entwickelt vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) - AG Public Health und Gesundheit Berlin	www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de
Kongress „Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – mit Qualität“	Dokumentation des ersten gemeinsamen Präventionskongresses des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. am 26. Februar 2008 in Berlin	www.bvpraevention.de unter „Prävention / Kongresse“
Quint-Essenz, Gesundheitsförderung Schweiz	Tools und Informationen zur Selbstevaluation	www.quint-essenz.ch

Kapitel 4 – Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten



Was zeichnet nun eigentlich gute Projekte der Gesundheitsförderung aus? Einen Hinweis darauf geben die Qualitätskriterien, die auf den nächsten Seiten vorgestellt werden. Sie sind eine Richtschnur, um Stärken, aber auch Entwicklungspotenziale eines Projekts zu benennen.

Im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit wurden mit Unterstützung des beratenden Arbeitskreises der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten entwickelt. Bei der Entwicklung der Kriterien wurden neben dem nationalen und internationalen Forschungsstand auch Kriterien aus anderen Bereichen berücksichtigt und diskutiert, darunter z.B. die Good-Practice-Kriterien des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt.

Insbesondere drei Aspekte wurden bei der Entwicklung berücksichtigt:

- Die Kriterien richten sich am inhaltlichen Ziel des Projektes aus: Die Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit wird ausdrücklich angestrebt.
- Die Kriterien spiegeln das umfassende Konzept von Gesundheitsförderung der WHO wider, das bei der Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen der Menschen auf allen Ebenen ansetzt.
- Schließlich berücksichtigen die Kriterien auch das wachsende Interesse von Zuwendungsgebern, Fachöffentlichkeit und Zielgruppen an der Qualität von Projekten und der Legitimität der Verwendung öffentlicher Mittel und Spenden.

Die nun vereinbarten Kriterien sollen Praktikerinnen und Praktikern bei der Qualitätsentwicklung in ihren Maßnahmen und Projekten der Gesundheitsförderung eine Orientierungshilfe geben. Zur Veranschaulichung wurden Beispiele guter Praxis ermittelt. Sie zeigen,



© Stephanie Hofschläger, www.pixelio.de

wie die einzelnen Kriterien in der Praxis angewendet werden. Alle Beispiele guter Praxis können in der Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank aufgerufen werden.

Auf der CD zu diesen Arbeitshilfen finden Sie unter den Informationen zum Kooperationsverbund eine Zusammenstellung aller Good Practice-Beispiele mit Stadtteilbezug in der Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit.

Die Fragen zu den einzelnen Kriterien helfen, die Stärken und Schwächen eines Projekts zu identifizieren und zu dokumentieren. Außerdem soll so der Austausch, projektintern oder mit Partnern, über Entwicklungspotenziale einzelner Maßnahmen und Ansätze erleichtert werden.

„Nachhaltige Verbesserungen der Gesundheit erwarten die Krankenkassen insbesondere von solchen Projekten, die in kommunale Gesamtstrategien wie die Gesunde Städte- oder Soziale Stadt-Bewegung eingebettet sind, mit denen Kommunen ihre Verantwortung und ihren Gestaltungswillen für gesündere und sozial ausgleichende Lebensbedingungen in der Stadt / in Stadtteilen auch durch Einbringung von kommunalen bzw. anderweitig beschafften Drittmitteln (z. B. aus dem Bund-Länder-Programm Soziale Stadt) dokumentieren“.

(Leitfaden der GKV-Spitzenverbände 2010, S. 34)

„Die Rückmeldungen von den Projekten zeigen, dass der Durchlauf des Good Practice-Auswahlverfahrens ihnen eine unheimlich gute Struktur gegeben hat, um sich dann z.B. mit Anträgen oder bei ‚Gesunder Stadtteil‘ zu bewerben.“

Petra Hofrichter,
Koordinierungsstelle
Gesundheitliche
Chancengleichheit Hamburg

Kapitel 4 – Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

1. Gesundheitsbezug

Es liegt eine Konzeption vor,

- aus der ein klarer Zusammenhang zu Gesundheitsförderung und/oder Prävention hervorgeht sowie eine hierauf basierende Zielformulierung,
- in der die Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit explizit und systematisch angestrebt wird.

2. Klarer Zielgruppenbezug

Die Zielgruppe der sozial Benachteiligten ist präzise eingegrenzt und gehört zu einer oder mehreren sozialen Gruppen oder Lebenslagen. Es ist zu prüfen, inwieweit diese Zielgruppe auch tatsächlich erreicht wird.

Kriterien für  **GOODPRACTICE** :
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Gesundheits- und Zielgruppenbezug

Checkliste: Gesundheits- und Zielgruppenbezug

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Aktivitäten Ihres Projektes und der gesundheitlichen Situation Ihrer Zielgruppen? | <input checked="" type="checkbox"/> Gibt es Daten oder sonstige Belege, anhand derer die Erreichung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen für Außenstehende nachvollziehbar gemacht werden können? Wenn ja, bitte nennen Sie diese. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ist die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit Bestandteil des Projektkonzeptes? Wenn nein: Lässt sich dieser Bestandteil z.B. über die konkreten Arbeitsinhalte herstellen? | <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigt das Projekt die besonderen Bedarfe und Interessen von Männern und/oder Frauen bzw. Mädchen und/oder Jungen? Wenn ja, inwiefern? |
| <input checked="" type="checkbox"/> Welche Zielgruppenschwerpunkte setzt das Projekt? | <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigt das Projekt die besonderen Bedarfe und Interessen von Personengruppen mit Migrationshintergrund? Wenn ja, inwiefern? |
| <input checked="" type="checkbox"/> Welche sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen werden durch das Projekt angesprochen und wie hoch schätzen Sie den Anteil dieser Gruppe an Ihrer erreichten Zielgruppe? | |

Kriterium für : Innovation und Nachhaltigkeit

Das Angebot wendet erfolgreich innovative Methoden an und/oder entfaltet nachhaltige Wirkungen bei der Zielgruppe und in deren Lebenswelt. Die kontinuierliche, das heißt nachhaltige Fortführung erfolgreicher Angebotskomponenten wird angestrebt.

Zum Beispiel:

Fördergelder für „**Gesund Kurs halten in Lurup**“ (Hamburg) aus verschiedenen

Quellen (u.a. BKK Bundesverband, BKK Landesverband Nord, Techniker Krankenkasse, Wohnungsunternehmen SAGA-GWG) wurden gezielt gebündelt, um sie flexibel je nach aktuellen Bedarfslagen einsetzen zu können. Themen der Gesundheitsförderung konnten in diesem Quartier mit Hilfe von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie des Stadtteilforums, der Stadtteilzeitung und des Stadtteilhauses fest etabliert werden.

Checkliste: Innovation und Nachhaltigkeit

- ✓ Was kennzeichnet das Projekt als innovativ bei der Problemlösung?
- ✓ Warum wurde bei der Lösung des Problems nicht auf übliche Vorgehensweisen zurückgegriffen?
- ✓ Wie wurde die Innovation entwickelt?
- ✓ Anhand welcher Merkmale lässt sich beurteilen, ob die Innovation sich bewährt?
- ✓ Bietet sich diese Innovation möglicherweise auch zur Übertragung auf andere Handlungsfelder an? Wenn ja, warum?
- ✓ Ist die Finanzierung des Projektes gesichert? Wenn ja, bis wann und auf welche Weise?
- ✓ Erzeugt das Projekt Strukturen, die unabhängig vom Projekt bestehen?
- ✓ Ist abzusehen, dass diese Strukturen und Wirkungen über die Dauer des Projektes hinaus bestehen?
- ✓ Erzeugt das Projekt langfristige, der Gesundheit förderliche Veränderungen des Verhaltens bei der Zielgruppe?
- ✓ Wird versucht, die langfristigen Wirkungen des Projektes auf Verhalten und/oder Verhältnisse abzuschätzen? Wenn ja, zu welchen Ergebnissen sind Sie gekommen?

Kapitel 4 – Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Kriterien für : Multiplikatorenkonzept

Das Angebot bindet systematisch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in die Arbeit ein und qualifiziert sie gegebenenfalls.

Zum Beispiel:

„Mo.Ki – Monheim für Kinder“ (Monheim am Rhein) ist ein kommunales Vernetzungsprojekt mit dem Ziel, negative Auswirkungen von familiärer Armut auf die Lebenslage und die Entwicklungschancen von Kindern zu vermeiden. Es besteht aus vielen

Teilbausteinen, z.B. „Rucksack“ zur Sprach- und „Lott Jonn“ zur Bewegungsförderung. Jedes Einzelprojekt beruht auf dem Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Fachkräfte und Eltern). Ihnen stehen – teilweise gemeinsam erarbeitete – Handlungsanleitungen zur Verfügung, sie werden von der Regiestelle unterstützt, motiviert und beraten und nach Möglichkeit entlohnt.

Checkliste: Multiplikatorenkonzept

- ✓ Arbeitet das Projekt gezielt mit externen Personen, Gruppen und/oder Institutionen in professionellen Zusammenhängen zusammen, um seine Reichweite zu erhöhen? Wenn ja, welche sind das?
- ✓ Versucht das Projekt seine erwünschte Wirkung zu entfalten, indem ausgewählte Personen aus den Zielgruppen ihr Wissen und ihre Fähigkeiten an die Zielgruppen weitergeben? Wenn ja, wie werden diese Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgewählt?
- ✓ Wird im Rahmen des Projektes eine Motivation, Begleitung und Qualifizierung dieser Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durchgeführt? Wenn ja, auf welche Art?
- ✓ Gelingt es mit Hilfe des Multiplikatorenkonzeptes, die erwünschten Wirkungen alltags- und zielgruppennah in den Lebenswelten der Zielgruppen zu erzeugen? Wenn ja, auf welche Weise?
- ✓ Gibt es ein Manual/Handbuch für die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren?

Kriterium für : Niedrigschwellige Arbeitsweise

Zugangshürden für die Nutzung des Angebotes werden vermieden, z.B. durch aufsuchende, begleitende und/oder nachgehende Arbeit und kostenlose Angebote.

Zum Beispiel:

Der **Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt (Hannover)** bietet über offene

Angebote wie z.B. das wöchentliche offene Frühstück, Dusch- und Waschmöglichkeiten, eine Infobörse über kostenlose Tauschangebote, einen Schaufensterflohmart und eine Kleiderkammer einen einfachen Einstieg in das breite Beratungs- und Hilfsangebot.

Checkliste: Niedrigschwellige Arbeitsweise

- ✓ Wie wird der Kontakt zu den Zielgruppen hergestellt?
- ✓ Praktiziert das Projekt eine aufsuchende Arbeitsweise?
- ✓ Zeichnet sich das Projekt durch eine für die Zielgruppen zeitlich und räumlich offene Struktur aus?
- ✓ Inwiefern berücksichtigt das Projekt kulturelle und Migrationshintergründe bei seinen Nutzerinnen und Nutzern?
- ✓ Inwiefern berücksichtigt das Projekt sprachliche Schwierigkeiten im Umgang mit den Zielgruppen?
- ✓ Werden das jeweilige Geschlecht und Alter der Nutzerinnen und Nutzer des Angebotes berücksichtigt? Wenn ja, inwiefern?
- ✓ Wie werden Kosten und Wartezeiten für die Zielgruppen möglichst gering gehalten?
- ✓ Ist der Zugang zum Angebot ohne oder mit geringen Anmeldeformalitäten möglich?
- ✓ Wird die Diskretion gewahrt? Kann den Nutzerinnen und Nutzern gegebenenfalls zugesichert werden, dass sie das Angebot anonym in Anspruch nehmen können?

Kriterium für : Beteiligung der Zielgruppe – Partizipation

Die Zielgruppe wird systematisch in Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung und / oder Bewertung des Angebotes einbezogen.

Zum Beispiel:

Der **Frauengesundheitstreff Tenever (Bremen)** bezieht Nutzerinnen auf allen Ebenen in die Gestaltung der Arbeit ein.

Hierzu gehören Programmentwicklung und -gestaltung, Selbstorganisation von Angeboten, Mitarbeit bei der Vereinsarbeit, konzepti-

onelle Weiterentwicklung und die Qualitätsentwicklung. Beispielsweise werden die Frauen gebeten, auf Karteikarten ihre Bedürfnisse zu formulieren. Die Karten werden dann zum Ausgangspunkt der Besprechungen auf dem gemeinsamen Programmplenum.

Angestrebt wird auch die Beteiligung an der Entwicklung des Stadtteils und an Frauengesundheitsthemen der Stadt Bremen.

Checkliste: Partizipation

- ✓ Wurde das Projekt selber von Betroffenen initiiert?
- ✓ Wurden die Zielgruppen schon in der Planungsphase des Projektes aktiv in die Projektgestaltung miteinbezogen?
- ✓ Wie wird die Zielgruppe aktiv in Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse einbezogen?
- ✓ Erhalten die Zielgruppen über die Teilhabe an Entscheidungs- und Willensbildungsprozessen hinaus langfristig eigene Mitbestimmungsmöglichkeiten?
- ✓ Benutzt das Projekt zur Förderung von Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen bei den Zielgruppen spezielle Methoden? Wenn ja, welche?
- ✓ Erfolgt(e) eine systematische Bewertung des Angebotes durch die Zielgruppen? Wenn ja, auf welche Weise?
- ✓ Wie beurteilen Sie das Gelingen partizipativer Prozesse bei den Zielgruppen?

Kapitel 4 – Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Kriterium für : Befähigung der Zielgruppe – Empowerment

Die Zielgruppe wird zu einer eigenständigen und selbstbestimmten Lebensweise befähigt, es wird auf ihren Stärken und Ressourcen aufgebaut.

Zum Beispiel:

In den Veranstaltungen „**Gesundheitsförderung für MigrantInnen**“ (Bonn) erwerben die Frauen nicht nur die erforderlichen Kenntnisse zur sexuellen Gesundheit, sondern werden darüber hinaus auch ermutigt,

ihre Belange eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten. Dies geschieht in hohem Maße interaktiv anhand von Arbeitsblättern, Diskussionen und der Verknüpfung zu bereits erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten. Dabei sind die multikulturellen Gruppen von großem Vorteil, da sie den Austausch aus verschiedenen Perspektiven ermöglichen.

Checkliste: Empowerment

- ✓ Wie versucht das Projekt die Zielgruppen zu befähigen, ihre Belange eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten?
- ✓ Werden durch das Projekt bei den Zielgruppen Formen der Selbstorganisation angestrebt? Welche sind das?
- ✓ Zielt das Projekt mit seinen Interventionen eher auf kollektive Prozesse als auf individuelle Verhaltensänderungen ab?
- ✓ Werden den Zielgruppen des Projektes zur Erhöhung ihrer Handlungsfähigkeit instrumentelle Hilfen (Finanzen, Räume, etc.) zur Verfügung gestellt? Wenn ja, welche?
- ✓ Gibt es konkrete Hinweise auf das Gelingen des Empowermentprozesses? Wenn ja, welche?

Kriterium für : Gestaltung der Lebenswelt (Setting-Ansatz)

Das Angebot ist sowohl auf die Beeinflussung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen als auch auf die Gestaltung der Lebensbedingungen ausgerichtet.

Zum Beispiel:

Mit dem „**Präventionsprogramm Lenzgesund**“ (Hamburg) konnten durch die Bildung neuer und Vernetzung vorhandener Strukturen im Sozialraum Möglichkeiten ge-

schaffen werden, die Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen zu verbessern, ein umfassendes Gesundheitsverständnis zu entwickeln und dies langfristig zu festigen. Dazu dienen insbesondere eine Familienhebamme, die auch aufsuchend arbeitet, und ein Bürgerhaus mit verschiedenen zielgruppenspezifischen und niedrigschwelligen Angeboten.

Checkliste: Lebenswelt-Ansatz

- ✓ Richten sich die Interventionen des Projektes auf die Verhältnisse, in denen die Zielgruppen wohnen, spielen, lernen, arbeiten und lieben?
- ✓ Versucht das Projekt, die Gesundheit der Zielgruppen über die Gestaltung der Lebenswelten (Familie, Schule, Kindertagesstätten, Betrieb, Stadtteil) zu beeinflussen?
- ✓ Mit welchem Vorgehen gelingt das dem Projekt?
- ✓ Wie versucht das Projekt, existierende Kommunikationsstrukturen, Entscheidungsprozesse und Regeln innerhalb der Zielgruppen zu nutzen und zu beeinflussen?
- ✓ Benutzt das Projekt zur Realisierung seiner Ziele Methoden der Organisationsentwicklung (z.B. aktivierende Befragungen oder Arbeitsgruppen)? Wenn ja, welche sind das?

Kriterium für GOOD PRACTICE : Vernetzung

Es findet eine Ressourcenbündelung und fachübergreifende kommunale Zusammenarbeit statt, die einem Integrierten Handlungskonzept entsprechen. Die Umsetzung des Konzepts erfolgt gemeinsam mit den anderen Akteurinnen und Akteuren im lokalen Umfeld, das heißt, es erfolgt eine Abstimmung und Vernetzung im Sozialraum.

Zum Beispiel:

Das **Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder „mittendrin“** schafft Aktivierung der Kinder und Eltern durch 22 Einrichtungen in den Stadtteilen, Unterstützung durch 27 Akteure aus Verwaltung, Wissenschaft und Institutionen sowie Transparenz durch interdisziplinäre, überregionale Gremien und Ausschüsse.

Checkliste: Vernetzung

- ✓ Hat das Projekt Kooperationspartner im Gesundheitsbereich und darüber hinaus? Wenn ja, mit wem, von welcher Art und Intensität sind diese Beziehungen?
- ✓ Werden die Interventionen und Ziele des Projektes im Rahmen dieser Beziehungen abgestimmt und optimiert? Wenn ja, wie?
- ✓ Tragen diese Beziehungen zur Erhöhung der Effizienz und Reichweite des Projektes bei? Wenn ja, woran ist dies erkennbar?
- ✓ Welches sind Vor- und Nachteile dieser Beziehungen?
- ✓ Inwiefern wurde das Projekt schon bei der Planung mit den Kooperationspartnern aus Politik, Verwaltung und Praxis abgestimmt?

Kapitel 4 – Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Kriterium für : Qualitätsentwicklung

Das Angebot beinhaltet ein Qualitätsmanagement bzw. Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, das heißt, Qualität wird nicht als einmal geschaffener Wert betrachtet, sondern sie wird in allen Bereichen immer wieder überprüft, verbessert und entwickelt.

Zum Beispiel:

„Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund.“ (Ludwigsburg): Erzieherinnen und Erziehern in 65 Kindertageseinrichtungen ste-

hen Infomappen zu den Themenfeldern Bewegungsförderung, gesunde Ernährung, Elterninformation, Verkehrserziehung, und Gesundheitsförderung der Erzieherinnen bzw. Erzieher zur Verfügung. Diese beinhalten Checklisten zur Selbstreflexion. Außerdem werden Feedback-Bögen genutzt. Die Inanspruchnahme von MINIFIT wird ausführlich dokumentiert. Halbjährlich bespricht eine Arbeitsgruppe die „lernende Konzeption“. Ein Beirat kontrolliert die Qualitätsentwicklung.

Checkliste: Qualitätsentwicklung

- ✓ Welche Methoden zur Sicherung und Entwicklung von Qualität kommen zur Anwendung?
- ✓ Erfolgt die Sicherung von Qualität projektintern oder durch externe Auftragsvergabe?
- ✓ Ist eine Zertifizierung erfolgt? Wird eine Zertifizierung angestrebt?
- ✓ Haben die Ergebnisse unmittelbare Auswirkungen auf Struktur, Prozesse und Ergebnisse der Projektpraxis? Wenn ja, in welcher Form?
- ✓ Erfolgt die Sicherung/Entwicklung von Qualität sporadisch oder kontinuierlich?
- ✓ Gibt es „Indikatoren“, die zur Beurteilung der Projektqualität herangezogen werden? Wenn ja, welche sind das?
- ✓ Ist eine Person benannt, die die Aufsicht über die Qualitätssicherung und -entwicklung in der Einrichtung führt? Wenn ja, welche Position besetzt diese Person?

Kriterium für : Dokumentation / Evaluation

Das Angebot nutzt Konzepte und Instrumente zur Dokumentation und / oder Evaluation der eigenen Arbeit.

Zum Beispiel:

Das Projekt „Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter“ (Berlin) wurde im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung evaluiert.

Das methodische Vorgehen beinhaltete eine Messung verschiedener gesundheitsbezogener Parameter vor und während der Intervention sowie die Messung motorischer Fertigkeiten. Um natürliche Entwicklungsprozesse bei den Kindern zu berücksichtigen, wurde eine Kontrollgruppe gebildet.

Checkliste: Dokumentation und Evaluation

- ✓ Gibt es eine Dokumentation der Struktur, der Prozesse, der Ergebnisse des Projektes?
- ✓ Wird oder wurde das Projekt evaluiert?
- ✓ Erfolgt(e) die Evaluation projektintern oder durch externe Auftragsvergabe?
- ✓ Welche Methoden gelang(t)en bei der Evaluation zur Anwendung?
- ✓ Zu welchen Ergebnissen gelangt(e) die Evaluation? Haben/Hatten die Ergebnisse unmittelbare Auswirkungen auf Struktur, Prozesse und Ergebnisse der Projektpraxis? Wenn ja, welche?

Kriterium für GOODPRACTICE : Kosten-Nutzen-Verhältnis

Die Kosten des Angebotes stehen in einem angemessenen Verhältnis zum erzielten Nutzen. Zum Beispiel:

Organisationen und Institutionen unterstützen das „**Eutiner Babynetz**“ durch Sachleistungen und personellen Einsatz. Die Finanzierung von Teilprojekten (zum Beispiel Wegweiser und Checkliste) erfolgt über geringe Spenden. Der Vorteil für die beteiligten Partnerinnen und Partner (Behörden, Beratungseinrichtungen, eine Klinik,

Arztpraxen, Hebammen, heilpädagogische Praxen, eine Familienbildungsstätte, der Migrationsfachdienst, das Mutter-Kind-Haus, Träger von Qualifizierungsmaßnahmen, der Verband allein erziehender Mütter und Väter (VAMV), der Deutsche Kinderschutzbund) ist neben der Verbesserung der Leistungen für die Zielgruppe auch in einer kostengünstigen Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch den regelmäßigen Fachaustausch zu sehen.

Checkliste: Kosten-Nutzen-Verhältnis

- ✓ Gibt es Kennzahlen und Indikatoren, die Wirksamkeit und Effizienz der Intervention belegen können? Wenn ja, welche sind das?
- ✓ Zu welcher Einschätzung gelangen Sie hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Relation des Projektes?

Kapitel 4 – Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Tipps zum Weiterlesen

Hurrelmann, K., Klotz, Th. & Haisch, J. (Hrsg.) (2010). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Auflage. Huber, Bern

Lehmann, F. et al. (2011). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Bundeszentrale für gesund-

heitliche Aufklärung, Gesundheitsförderung konkret Band 5, 5., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, BZgA. Verfügbar unter: www.bzga.de/infomaterialien/gesundheitsfoerderung-konkret/band-5-kriterien-guter-praxis-in-der-gesundheitsfoerderung-bei-sozial-benachteiligten *

* auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden

Links zum Thema Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Angebotsdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“	In der Praxisdatenbank kann nach Angeboten und Good Practice-Projekten recherchiert werden.	www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank
„Good Practice“	Erläuterungen und Materialien zu den Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit	www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Viele Informationen und Materialien zu Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung	www.bzga.de

Quellennachweise

Arbeitsgemeinschaft der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (ARGEBAU) (2005). Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“. Verfügbar unter: www.sozialestadt.de/programm/grundlagen *

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Werbach-Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung

Leitfaden Prävention der GKV-Spitzenverbände (2008). Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. Verfügbar unter: www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Pr%C3%A4vention/leitfaden_praevention_2008.pdf

Leitfaden Prävention der GKV-Spitzenverbände (2010). Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Verfügbar unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011_15702.pdf

Naidoo, J. & Wills, J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln, BZgA

Richter, A. (2008). Selbstevaluation in der Kita. Ein settingorientiertes Konzept für sozial benachteiligte Kinder. In: Gesundheit Berlin, Info_Dienst 1/2008, S. 10-11

Rosenbrock, R. & Gerlinger, Th. (2006). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Auflage. Bern, Huber

Ruckstuhl, B., Somaini, B. & Twisselmann, W. (1997). Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Bern, Radix Gesundheitsförderung

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Verfügbar unter: www.svr-gesundheit.de unter „Gutachten“

Soziale Stadt info 22 (2008). Verfügbar unter: www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/newsletter *

von Unger, H., Block, M. & Wright, M.T. (2008). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Praxis: Die „ZiWi-Methode“. In: Gesundheit Berlin, Info_Dienst 2_08, S. 11-12

* auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden

Glossar zu den Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“

Angebote und Maßnahmen

Angebote und Maßnahmen sind konkrete Handlungen oder ein Set konkreter Handlungen mit festgelegten Terminen und Verantwortlichkeiten, die durchgeführt werden, um ein Ziel oder Zwischenziel zu erreichen. Im Gegensatz zu Projekten sind hier in der Regel zeitlich unbefristete Regelangebote gemeint.

Geschlechterperspektive in der Gesundheitsförderung

Aus einer Geschlechterperspektive zu handeln, heißt die Bedeutung der Kategorisierungen nach Geschlecht auf den verschiedenen Ebenen (sozial, physisch, psychisch, und/oder kulturell-symbolisch) bei der Planung und Durchführung von Projekten zu beachten. Dies kann auf zwei Wegen umgesetzt werden: 1. geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung – richtet sich an geschlechts-homogene Gruppen (z.B. Kochkurse für junge Männer) 2. geschlechtssensible / geschlechtsbewusste Gesundheitsförderung – richtet sich an gemischte Gruppen mit der Geschlechterperspektive im Bewusstsein (Bewegungsförderung, bei der die unterschiedlichen Bedürfnisse von Jungen und Mädchen berücksichtigt werden).

Empowerment

Empowerment hat zum Ziel, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Umwelt und ihr Leben selbst zu gestalten, um ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Handlungsfelder

Handlungsfelder bezeichnen die verschiedenen Ebenen, auf denen bestimmte Ziele der Gesundheitsförderung umgesetzt werden. Die Soziale Stadt nennt z.B. strategische (z.B. Aktivierung und Beteiligung der Anwohnerinnen und Anwohner) und inhaltliche (z.B. Umwelt und Verkehr) Handlungsfelder. Klassische Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung sind gesunde Ernährung und Bewegung, Stressbewältigung und Suchtprävention.

Kohärenzsinn

Der Kohärenzsinn bezeichnet ein positives, aktives Selbstbild und die Gewissheit, sich selbst und die eigenen Lebensbedingungen steuern und gestalten zu können. Nach Antonovsky entsteht der Kohärenzsinn aus 1) dem Gefühl der Verstehbarkeit der Welt, 2) der Beeinflussbarkeit der eigenen Lebensbedingungen einschließlich der Bewältigbarkeit von Schwierigkeiten und 3) der Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit des Lebens und der Anforderungen.

Multiplikatorinnen, Multiplikatoren

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind in der Gesundheitsförderung alle Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich im Rahmen von Projekten und Maßnahmen auf die Stärkung der Gesundheit bei den Zielgruppen hinwirken. Zum einen können sich Projekte direkt an Personengruppen wenden, die einen hohen Multiplikationseffekt haben (z.B. Fortbildungsveranstaltungen für Erziehende oder Lehrende zum Thema Mehr Bewegung in Kindertagesstätte / Schule). Zum anderen kann das Ziel sein, Betroffene (sozial Benachteiligte) im Verlauf des Projektes zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auszubilden (z.B. Mütter mit Migrationshintergrund, die gesunde Ernährung in ihre Familien weiter tragen sollen).

Nachhaltigkeit

Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen besteht dann, wenn die beabsichtigten Wirkungen eines Angebots nach Ablauf weiterhin bestehen. Eine besondere Bedeutung für die Nachhaltigkeit hat die Kontinuität eines Projektes, d.h. wenn eine dauerhafte Fortführung gesichert und selbsttragende Strukturen entwickelt werden.

Niedrigschwelligkeit

Niedrigschwellige Projekte warten nicht darauf, dass die Zielgruppen Kontakt zu ihnen aufnehmen, sondern gehen auf sie zu („die Menschen da abholen, wo sie sich befinden“). Geeignete Wege sind:

- das Aufsuchen der Zielgruppe in ihrer Lebenswelt (z.B. alleinerziehende Mütter im Stadtteil, Jugendliche in der Schule oder in Freizeiteinrichtungen)
- zielgruppenorientierte Öffnungszeiten von Einrichtungen (z.B. Frauenbadezeiten)
- offene Angebote zur Kontakterleichterung

Partizipation

Partizipation (Beteiligung) ist nicht die Teilnahme an bzw. Akzeptanz von vorgegebenen Programmen oder Interventionen. Partizipation – als ein zentrales Prinzip gesundheitsförderlicher Aktivitäten – soll vielmehr dazu befähigen, eigene Strategien zu entwickeln, sich aktiv in die Gestaltung der Lebenswelt einzumischen und Kontrollmöglichkeiten (in Beiräten, Gremien usw.) zu besitzen.

Partizipation kann als Entwicklungsprozess verstanden werden, in dem alle Beteiligten (Bürgerinnen und Bürger ebenso wie Expertinnen und Experten) ihre Erfahrungen machen müssen.

Glossar zu den Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“

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 meint Ressourcenstärkung bzw. Belastungssenkung zur Verhinderung von Krankheit. Sekundärprävention ist das Eingreifen in den Entstehungsprozess einer Krankheit durch Früherkennung und adäquate Frühbehandlung und damit positive Beeinflussung des Verlaufs der Krankheit. Tertiärprävention soll Rückfälle und Chronifizierung bei Erkrankten verhindern.

Projekt

Projekte sind konkrete Handlungen oder ein Set konkreter Handlungen mit festgelegten Terminen und Verantwortlichkeiten, die durchgeführt werden, um ein Ziel oder Zwischenziel zu erreichen. Projekte sind zeitlich begrenzte Vorhaben.

Risikofaktoren

Risikofaktoren begünstigen die Entstehung von Krankheiten. Sie können in drei Gruppen eingeteilt werden: genetische, physiologische und psychische Disposition (z.B. Arterienverengung, Neubildungen, psychische Überlastung), Verhaltensweisen (z.B. Rauchen, ungeschützter Geschlechtsverkehr) und regionale, umweltbezogene Bedingungen (z.B. schlechte Wohnbedingungen, Lärm).

Ressourcen

Werden auch Schutzfaktoren oder Protektivfaktoren genannt. Es werden interne (personale) und externe (soziale und ökologische) Ressourcen unterschieden:

interne: z.B. individuelle Lebenskompetenzen, Persönlichkeitsmerkmale, spezifische Bewältigungsstrategien

externe: z.B. soziale Integration und Unterstützung, Sicherung der Grundbedingungen (Ernährung, Wohnung, Arbeit etc.), Zugang zu Gesundheitsversorgungseinrichtungen

Salutogenetische Perspektive

Verständnis der Entwicklung von Gesundheit und Krankheit nach Aaron Antonovsky. Gefragt wird nicht nur, was krank macht (Risikofaktoren), sondern vor allem, wodurch Gesundheit entsteht und erhalten wird (Ressourcen). Man geht von einem Kontinuum aus, auf dem Gesundheit und Krankheit die entgegengesetzten Endpunkte bilden. Die Balance zwischen Risikofaktoren und Ressourcen bestimmt dabei das Gesundheitsniveau.

Setting / Lebenswelt

Unter Setting wird ein soziales System verstanden, welches die Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. Gleichzeitig ist es ein System, in dem die Gestaltung dieser Bedingungen von Gesundheit und Krankheit möglich ist. Beispiele für Settings sind Kommunen, Schulen, Kindertagesstätten, Krankenhäuser und Betriebe.

Sozialkapital

Das Sozialkapital kennzeichnet die Stärke des sozialen Zusammenhalts. Die Qualität der sozialen Interaktionen (Respekt, Vertrauen, Akzeptanz, Anerkennung) ist bedeutend für das Wohlbefinden des Einzelnen und der Gemeinschaft. Das Sozialkapital ist die Basis für gemeinschaftliches Handeln im Sinne des Gemeinwohls.

Sozialraum

Der Sozialraum bezeichnet – in Abgrenzung zum Begriff Lebenswelt (Setting) – die örtliche, regionale und institutionelle Struktur eines Ortes, an dem sich Menschen aufhalten und miteinander in Beziehung treten.

Quartier mit besonderem Entwicklungsbedarf / Benachteiligtes Quartier

In der Definition des Programms Soziale Stadt sind Quartiere mit besonderem Entwicklungsbedarf Stadt- und Ortsteile, „die infolge sozialräumlicher Segregation davon bedroht sind, ins soziale Abseits abzurutschen. Es handelt sich dabei meist um hochverdichtete, einwohnerstarke Stadtteile in städtischen Räumen, die im Hinblick auf ihre Sozialstruktur, den baulichen Bestand, das Arbeitsplatzangebot, das Ausbildungsniveau, die Ausstattung mit sozialer und stadteilkultureller Infrastruktur, die Nahversorgung sowie die Qualität der Wohnungen, des Wohnumfeldes und der Umwelt erhebliche Defizite aufweisen“ (Leitfaden der ARGEBAU 2005, S. 2). Diese Quartiere erhalten durch das Programm Soziale Stadt eine gezielte Förderung.



Aktiv werden für Gesundheit

Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung Heft 5

Erfahrungen nutzen – Qualität stärken

Was Sie in diesem Heft finden

Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung

Warum ist Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung wichtig? Gründe und Argumente finden Sie in diesem Kapitel.

Qualitätssicherung als systematischer Prozess

Was ist der „Public Health Action Cycle“? Das Kapitel beschreibt dieses Hilfsmittel der systematischen Qualitätssicherung und zeigt mit konkreten Beispielen die verschiedenen Ebenen der Qualität auf.

Partizipative Qualitätsentwicklung

Projekte der Gesundheitsförderung müssen die Zielgruppen einbeziehen. Wie die Partizipation der Menschen in der Qualitätssicherung etwa mit der „ZiWi-Methode“ gelingen kann, ist Inhalt dieses Kapitels.

Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Das Kapitel stellt Kriterien dar, an denen sich Praktikerinnen und Praktiker bei der Qualitätsentwicklung in ihren Maßnahmen und Projekten der Gesundheitsförderung orientieren können. Anhand von Beispielen werden Kriterien guter Praxis vorgestellt.

Tipps zum Weiterlesen

Sie dienen zur Vertiefung eines interessanten Themas.

Links

Hier finden sich nützliche Informationen, Adressen von Datenbanken, praktische Hinweise, Beispielprojekte und mögliche Partner.

Checklisten

Sie helfen bei der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier.

Glossar

Begriffserläuterungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier.