



Kongress  
Armut und  
Gesundheit



GKV-Bündnis für  
**GESUNDHEIT**

## **Qualitätsentwicklung in der kommunalen Gesundheitsförderung: Kriterien für gute Praxis und Frühe Hilfen – eine gemeinsame Sprache finden!**

Kongress Armut und Gesundheit 2023  
Digital, 07.03.2023, 09:00 – 10:30 Uhr

# genutzten Tools heute

- Tool “Mentimeter”: „In dieser Veranstaltung wird das Tool Mentimeter der schwedischen Firma Mentimeter AB, Tulegatan 11, SE-113 86 Stockholm, Schweden genutzt. Wenn Sie das Tool nutzen, werden Sie zu einem externen Server weitergeleitet. Es gelten die Datenschutzhinweise von [www.mentimeter.com/privacy](http://www.mentimeter.com/privacy). Die Teilnahme ist freiwillig.”
- Tool “Padlet”: „In dieser Veranstaltung wird das Tool Padlet der amerikanischen Firma Wallwisher, Inc. 9814 Mission St. San Francisco, CA 94103, Amerika genutzt. Wenn Sie das Tool nutzen, werden Sie zu einem externen Server weitergeleitet. Es gelten die Datenschutzhinweise von <https://legal.padlet.com/privacy>. Die Teilnahme ist freiwillig.”

# Agenda

---

- Begrüßung
- Entwicklung der Synopse
- Kriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (Good Practice-Kriterien)
- Qualitätsrahmen der Frühen Hilfen
- Praxisbericht Frühe Hilfen Bad Homburg
- Kleingruppenarbeit
- Abschluss



# Umfrage Zoom

---

Welches Dokument zur Qualitätsentwicklung kennen Sie?

- Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung
- Qualitätsrahmen Frühe Hilfen
- Keines der beiden Dokumente



# Ergebnis:

Umfragen



< Zurück

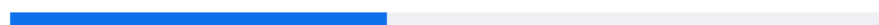
## Unbenannte Umfrage

Umfrage | 1 Frage | 42 von 42 (100%) haben teilgenommen

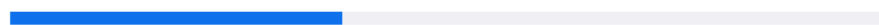
1. Welches Dokument zur Qualitätsentwicklung kennen Sie?  
(Mehrfachauswahl) \*

42/42 (100%) haben geantwortet

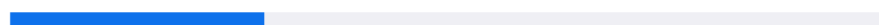
Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Ges... (18/42) 43%



Qualitätsrahmen Frühe Hilfen (16/42) 38%



Keines der beiden Dokumente (12/42) 29%



©Screenshot Tool Zoom

Umfrage erstellt mit Tool Zoom

# Entwicklung der Synopse

- **2014/2015** intensivere Arbeit mit den Good Practice-Kriterien; Gespräche Einsatz in Fokusgruppen; Bedarf an „Übersicht“
- **2015-2017** Übersicht Grundlagen mit Präventionsgesetz, Bundesrahmenempfehlungen und Leitfaden Prävention und Ziel „gleiche Sprache“ für einheitliches Qualitätsverständnis mit Partnern (z.B. Soziale Stadt)
- **2017 Erste Auflage** erstellt von KGC Rheinland-Pfalz in LZG RLP e.V.





# Neuaufgabe 2022

- **2022** Veröffentlichung der Neuaufgabe mit Aktualisierungen
  - Good Practice-Kriterien (2021) in Unterstützung Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit
  - Präventionsgesetz (2015) und Bundesrahmenempfehlungen (2018)
  - Leitfaden Prävention (2021)
  - Leitfaden Soziale Stadt Rheinland-Pfalz (2006)
  - Ergänzung um Qualitätsrahmen Frühe Hilfen (2016) in Unterstützung durch das NZFH, HAGE e.V.



# Ziele und Anwendung der Synopse

- **Ziele**
  - Übersichtsdokument relevanter Quellen
  - Gemeinsame Sprache – Gemeinsames Qualitätsverständnis
  - Mit Partnern auf Augenhöhe sprechen – Anknüpfungspunkte finden mit Kriterien/Dimensionen/Merkmalen anderen relevanten Qualitätsdokumenten der Partner
  - Reflexionstool für die eigene Arbeit



- **Anwendungsmöglichkeiten**
  - Handreichung bei Gesprächen (z.B. mit Auswahl von Kriterien)
  - Unterstützungstool bei Entwicklung und Reflexion von z.B. Gemeinschaftsprojekten, Förderprojekten (z.B. mit GKVen)



# Good Practice-Kriterien und Qualitätsrahmen Frühe Hilfen

Kriterium	„Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) <sup>1</sup>	Präventionsgesetz (2015) <sup>2</sup> und Bundesrahmenempfehlung der nationalen Präventionskonferenz (2018) <sup>3</sup>	„Leitfaden Prävention“ des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2021) <sup>4</sup>	„Leitfaden soziale Stadt“ Rheinland-Pfalz (2006) <sup>5</sup>	„Qualitätsrahmen Frühe Hilfen“ (2016) <sup>6</sup> (QD = Qualitätsdimension) (EZ = Entwicklungsziel)
<b>ZIELGRUPPENBEZUG</b>	Belastungen und Probleme, soziale Lage und Ressourcen der Zielgruppe werden genau beschrieben (vgl. S. 13). Die soziale Vielfalt (Diversität) mit individuellen Merkmalen wird berücksichtigt (vgl. S. 8; S. 13 f.). Der Begriff „Zielgruppe“ wird reflektiert und gewählt eingesetzt. Bezeichnungen wie „Dialoggruppe“ oder „Anspruchsgruppe“ können Alternativen sein (vgl. S. 9; S. 13).	besteht eine Konzentration auf Zielgruppen sozial belasteten Lebenslagen (vgl. S. 7 <sup>2</sup> ; §20 Absatz 1 Satz 2 S. 1368 <sup>3</sup> ). Nachlechtsspezifische Besonderheiten und Aspekte von Diversitäts- und Kultursensibilität werden berücksichtigt, um die Teilhabe aller Menschen zu fördern (vgl. S. 8 <sup>2</sup> ; §b S. 1368 <sup>3</sup> ).	Die Zielgruppe ist unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Personengruppen definiert (vgl. S. 31). Die Vielfalt und Diversität der Zielgruppe ist berücksichtigt (vgl. S. 31).	Kernrisse, Einschätzungen und Bedürfnisse der Bewohner*innen werden berücksichtigt (vgl. S. 17). Die Akzeptanz sozialer und ethnisch-kultureller Vielfalt ist ein Handlungsgrundsatz kommunaler Integrationspolitik (vgl. S. 51).	Frühe Hilfen orientieren sich an Wünschen, Interessen und Bedürfnissen, Rechten von Kindern, (werdenden) Eltern und Familien (vgl. S. 14, QD 1/EZ 1.3). Die bedarfsgerechte Infrastruktur für Kinder, (werdende) Eltern und Familien soll gewährleistet werden (vgl. S. 28, QD 4).
<b>KONZEPTION</b>	Eine Bedürfnis- und Bedarfsanalyse unter Berücksichtigung der sozialen Lage und Diversität wurde durchgeführt (vgl. S. 17). Es werden Ziele, Zielgruppen in benachteiligten Lebenslagen und Beteiligte beschrieben (vgl. S. 17). Es gibt Angaben zur Kosten- und Zeitplanung sowie zu erwarteten Wirkungen (vgl. S. 18). Maßnahmen und Methoden, die Belastungen senken und Ressourcen stärken, werden formuliert (vgl. S. 17 f.).	Bei Bedarfsermittlung werden die Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung der Länder und Kommunen sowie der Sozialversicherungen genutzt (vgl. S. 8 <sup>2</sup> ). Der Aufbau und die Stärkung von gesundheitsförderlichen Strukturen in Lebenswelten werden gefördert (vgl. S. 12 <sup>2</sup> ; §20a Absatz 1 Satz 2 S. 1369 <sup>3</sup> ).	Die gesundheitliche Situation, die Veränderungsbedarfe und -potenziale sowie Ressourcen sind systematisch ermittelt (vgl. S. 27). Die Zieldefinition erfolgt (möglichst) operationalisiert und beachtet Verhältnis- und Verhaltensbezug (vgl. S. 31). Das Konzept beinhaltet die Finanzierungs- und Zeitplanung aller Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses (vgl. S. 28). Verschiedene Finanzierungsquellen werden genutzt und eingebunden (vgl. S. 31). Die Aktivitäten stärken (über die Krankheitsvermeidung hinaus) die Ressourcen Einzelner und verbessern die Rahmenbedingungen (vgl. S. 31).	Die Ziele, Handlungsbedarfe und Projekte sind unter Bezugnahme auf aktuelle Analysen, Planungen, Gutachten etc. beschrieben (vgl. S. 17). Maßnahmen sind nach kurz-, mittel-, und langfristigen Zeithorizont priorisiert (vgl. S. 17). Mögliche öffentliche und private Finanzierungsmöglichkeiten sind aufgeführt (vgl. S. 17).	Planung basiert auf einer fundierten Datenbasis und auf Erfahrungen der Akteure vor Ort. Wahrgenommene Bedarfe von Angeboten der Akteure werden gebündelt und in Maßnahmenempfehlungen übersetzt (vgl. S. 30, QD 4/EZ 4.5). Die Konzeption Früher Hilfen basiert auf einer gemeinsam ausgethandelten Agenda von Zielen und Aktivitäten (vgl. S. 18, QD 2). Diese sind für alle Beteiligten transparent (vgl. S. 26, QD 2/EZ 3.5).
<b>SETTINGANSATZ</b>	In Rahmen der Maßnahmen wird mit der Zielgruppe eine gesunde Lebenswelt gestaltet (vgl. S. 22). Die Verhältnisebene und die Verhaltensebene werden berücksichtigt (vgl. S. 23). „Setting-Ansatz“ wird als „Lebenswelt-Ansatz“ verstanden: „...wo Menschen leben, spielen, lernen und arbeiten“ (WHO, Ottawa-Charta, 1986) (vgl. S. 21).	Verhältnis- und verhaltensbezogene Interventionen sind miteinander kombiniert und integriert (vgl. S. 14 <sup>2</sup> ). Die Kommune ist von großer Bedeutung, da sie andere Lebenswelten umgreift. Sie hat eine zentrale Funktion (vgl. S. 7 <sup>2</sup> ; §20a Absatz 1 Satz 1 S. 1369 <sup>3</sup> ).	Die Maßnahmen sind sowohl auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt (Verhältnis) als auch auf das gesundheitsbezogene Verhalten Einzelner gerichtet (vgl. S. 23).	Durch den partizipativen Einbezug von Bürger*innen als „lokale Expert*innen“ können Herausforderungen der Lebenswelt erfasst werden (vgl. S. 32).	Frühe Hilfen werden auf lokaler und regionaler Ebene umgesetzt. Es wird ein Bezug auf die lokalen Kontextbedingungen hergestellt. Ein Verständnis von Frühen Hilfen wird im Rahmen einer sozialen Kommunalpolitik verankert und ausgeführt (vgl. S. 32, QD 5). Frühe Hilfen zielen auf den Ausbau vorhandener und neuer Angebote sowie die qualitative Weiterentwicklung bestehender Versorgungs- und Angebotsstrukturen ab (vgl. S. 28, QD 4).
<b>EMPOWERMENT</b>	Beteiligte werden dazu befähigt, ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu entdecken, weiterzuentwickeln und praktisch anzuwenden (vgl. S. 25).	Die individuelle, gesundheitsbezogene Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung wird gestärkt (vgl. S. 14 <sup>2</sup> ; §20 Absatz 1 Satz 1 S. 1368 <sup>3</sup> ).	Die Kompetenzen der Zielgruppe werden in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses berücksichtigt und möglichst einbezogen (vgl. S. 30). Die Zielgruppe wird in ihrer Handlungsfähigkeit gestärkt und befähigt, sich für die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt einzusetzen (vgl. S. 23).	Bürger*innen sollen zur Eigeninitiative aktiviert und in Entscheidungsprozesse eingebunden werden, um selbsttragende Strukturen zu gestalten (vgl. S. 31).	Familien sind die wichtigsten Kooperationspartner aller Akteure*innen (vgl. S. 44, QD 7/EZ 7.4).
<b>MULTIPLIKATORENKONZEPT</b>					
<b>WEISE</b>	Einbezug der Zielgruppe und Multiplikator*innen sind bekannt (vgl. S. 33). Die Angebote sind barrierefrei gestaltet (vgl. S. 33).	Die Angebote berücksichtigen die Bedürfnisse der Zielgruppe und die Inklusion den Aspekt der Barrierefreiheit (vgl. S. 15 <sup>2</sup> ).	Die Zielgruppe ist in den gesamten Gesundheitsförderungsprozess aktiv einbezogen (vgl. S. 31). Die Zielgruppe und die Multiplikator*innen sind aktiv an der Angebotsentwicklung und Implementierung von Maßnahmen beteiligt (vgl. S. 36).	Kernrisse, Einschätzungen und Bedürfnisse der Bewohner*innen werden durch Beteiligungsprozesse berücksichtigt (vgl. S. 17).	Frühe Hilfen sind auf Beteiligung, Wünsche, Interessen und Bedürfnisse der Adressaten (Kinder, werdende Eltern und Familien) (vgl. S. 14, QD 1/EZ 1.3) und deren Rechte ausgerichtet und verfügen über Möglichkeiten, diese zu erheben (vgl. S. 16, QD 1/EZ 1.4). Die Bedarfe der Familien werden (unter deren Beteiligung) erfasst und in Unterstützungsstrukturen umgesetzt (vgl. S. 24, QD 3/EZ 3.3). Ziele für die Arbeit im Netzwerk sind gemeinsam entwickelt und für alle Beteiligten transparent (vgl. S. 26, QD 3/EZ 3.5).
<b>MULTIPLIKATORENKONZEPT</b>	Es ist festgelegt, welche Personen(gruppen) und Institutionen systematisch in den Umsetzungsprozess eingebunden sind und wie sie geschult/fortgebildet werden (vgl. S. 37).	Die Fortbildungen von Multiplikator*innen zur Intervention und Gesundheitsförderung statt (vgl. S. 15 <sup>2</sup> ).	Niedrigschwellige Zugangswege und Kontaktmöglichkeiten werden genutzt (vgl. S. 37). Aufsuchende und Peer-gestützte Angebote werden einbezogen (vgl. S. 37).	In einem bürgerfreundlichen Stadtteil gemäß Grundsatz „barrierefrei“ bzw. „mobilitätsorientiert“ (vgl. S. 48).	zum Hilfesystem abzurufen (vgl. S. 18, QD 2/EZ 2.3). Familien können Angebote freiwillig und ohne vorherige Entscheidung eines Leistungsträgers niedrigschwellig in Anspruch nehmen (vgl. S. 50, QD 8/EZ 8.5).
<b>NACHHALTIGKEIT</b>	Die Maßnahmen sind verlässlich, zeitstabil und strukturell verstetigt (vgl. S. 41). Die Arbeit wird nicht als kurzfristige Projektarbeit verstanden, sondern langfristig weiterentwickelt (vgl. S. 41).	Die Maßnahmen zielen auf eine dauerhafte Implementierung von Maßnahmen hingewirkt (vgl. S. 9 <sup>2</sup> ; §20a Absatz 3 S. 1370 <sup>3</sup> ).	Die Angebote werden durch Multiplikator*innen (interne und externe Fachkräfte sowie Personen aus der Lebenswelt/Zielgruppe) möglichst niedrigschwellig in Einrichtungen in der Kommune umgesetzt (vgl. S. 30). Multiplikator*innen werden durch ein zielgruppenadäquates Schulungskonzept befähigt, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention eigenständig durchzuführen (vgl. S. 32).	Lokale Akteure*innen sind am Planungs- und Umsetzungsprozess beteiligt (vgl. S. 32).	Kommunale Netzwerke arbeiten organisiert, fallübergreifend und interprofessionell zusammen (vgl. S. 22, QD 3). Akteure der Frühen Hilfen kennen die Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen sowie die Grenzen der anderen Beteiligten (vgl. S. 2 QD 3/EZ 3.4). Akteure*innen, u.a. freiwillig Engagierte, werden qualifiziert und in ihrer Kompetenzentwicklung gestärkt (vgl. S. 36 f., QD 6). Nachhaltig organisierte und schlüssig konzipierte Netzwerke abgestimmte Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten für Familien (vgl. S. 23, QD 3).

# Good Practice-Kriterien und Qualitätsrahmen Frühe Hilfen



Welche MultiplikatorInnen haben einen guten Draht zu Ihrer Zielgruppe?

Also, Pädagogische Fachkräfte in unseren Kitas und Familienzentren haben einen guten Zugang zu den Kindern und ihren Eltern. Wir könnten sie mit dem Schulungsprogramm XY weiterbilden....Was meinen Sie?

# Good Practice-Kriterien und Qualitätsrahmen Frühe Hilfen

## MULTIPLIKATORENKONZEPT



Es ist festgelegt, welche Personen(gruppen) und Institutionen systematisch in den Umsetzungsprozess eingebunden sind und wie sie geschult/fortgebildet werden (vgl. S. 37).

Kommunale Netzwerke arbeiten organisiert, fallübergreifend und interprofessionell zusammen (vgl. S. 22, QD 3).

Akteure der Frühen Hilfen kennen die Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen sowie die Grenzen der anderen Beteiligten (vgl. S. 26, QD 3/EZ 3.4).

Akteur\*innen, u. a. freiwillig Engagierte, werden qualifiziert und in ihrer Kompetenzentwicklung gestärkt (vgl. S. 36 f., QD 6).

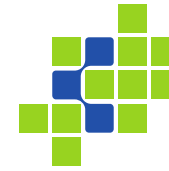


# Agenda

---

- Begrüßung
- Entwicklung der Synopse
- **Kriterien der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung (Good Practice-Kriterien)**
- Qualitätsrahmen der Frühen Hilfen
- Praxisbericht Frühe Hilfen Bad Homburg
- Kleingruppenarbeit
- Abschluss





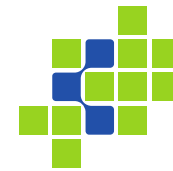
Kooperationsverbund  
Gesundheitliche  
Chancengleichheit

# **„Theoretisch – praktisch – gut“ Die Good Practice-Kriterien als Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung**

**Iris Grimm**

**AG Qualitätsentwicklung & Good Practice**

# Gliederung

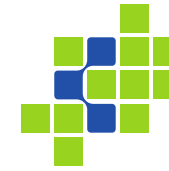


Kooperationsverbund  
Gesundheitliche  
Chancengleichheit

- **Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung**
- **Die Good Practice-Kriterien**
- **Die Kriterien Multiplikatorenkonzept, Zielgruppenbezug und Integriertes Handeln**
- **Weiterführende Materialien und Links**



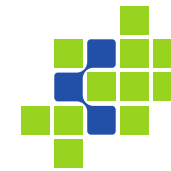
# Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung



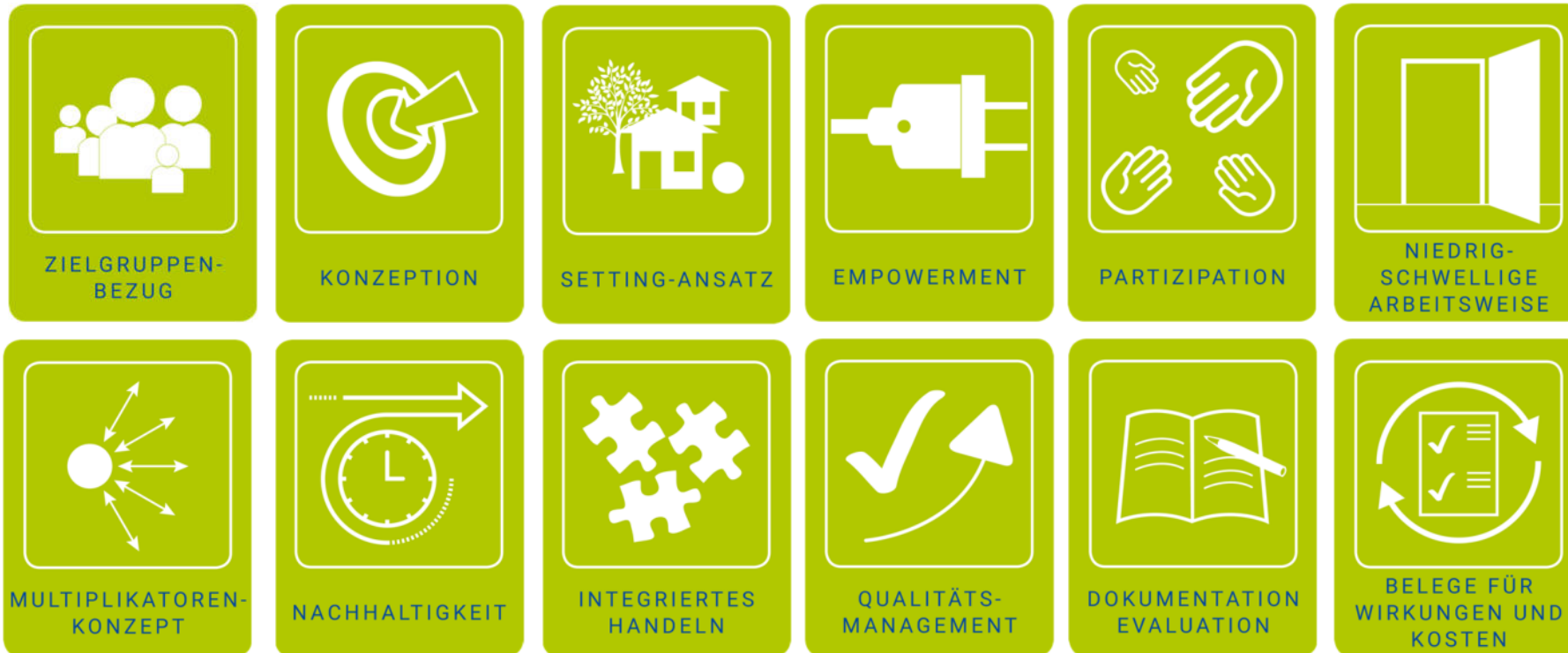
Kooperationsverbund  
Gesundheitliche  
Chancengleichheit

- Was zeichnet gute Angebote in der (soziallagenorientierten) Gesundheitsförderung aus?
- In Deutschland gibt es dazu keine einheitlichen Vorgaben
- Zahlreiche (trägerspezifische) Leitlinien *und* GKV-Leitfaden
- Differenzierte Angebote zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, z.B.
  - quint-essenz (Schweiz) [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch)
  - Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ) <https://www.pq-hiv.de/de/kapitel/partizipative-qualitaetsentwicklung>
  - Good Practice u.v.m.

# 12 Good Practice-Kriterien



Kooperationsverbund  
Gesundheitliche  
Chancengleichheit



© Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

# Was sind die Good Practice-Kriterien?



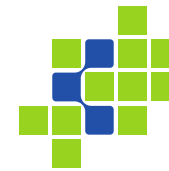
Kooperationsverbund  
Gesundheitliche  
Chancengleichheit

- 2003 entwickelt im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit und seither kontinuierlich weiterentwickelt, initiiert und maßgeblich unterstützt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- 12 Kriterien für gute Praxis + über 120 ausgewählte Beispiele
- „Gute“ Praxis statt „beste“ Praxis: Lern- und Entwicklungsprozesse anstoßen



Quelle: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2021). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Köln/Berlin: BZgA & Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

# Was sind die Good Practice-Kriterien?



Kooperationsverbund  
Gesundheitliche  
Chancengleichheit

- Die Good Practice-Kriterien sind „generisch“ (nicht auf ein Handlungsfeld der Gesundheitsförderung ausgerichtet): Transfer über Handlungsfelder hinweg
- Die Good Practice-Kriterien sind auch ohne externe Begleitung nutzbar
- Reflexion ist immer notwendig: Welche der Kriterien und guten Ansätze sind besonders relevant für meine Praxis?
- Kann andere QE-Verfahren ergänzen, soll sie aber nicht ersetzen

# 12 Good Practice-Kriterien



Kooperationsverbund  
Gesundheitliche  
Chancengleichheit



© Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

# Kriterien-Steckbriefe



Kooperationsverbund  
Gesundheitliche  
Chancengleichheit

**KRITERIEN FÜR GUTE PRAXIS DER SOZIALLAGENBEZOGENEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

## 01 ZIELGRUPPENBEZUG

### DEFINITION

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

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

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

Zur genauen Beschreibung der Zielgruppen werden vor allem Merkmale der vertikalen sozialen Ungleichheit verwendet: Demnach kann sich soziale Benachteiligung z. B. aus niedrigem Bildungsstand und/oder geringem Einkommen ergeben. Zu berücksichtigen sind aber auch Merkmale horizontaler Ungleichheit, d. h. eine mögliche Benachteiligung aufgrund von Alter, Geschlecht, ethnischen Hintergrund, Religion/Weltanschauung, Behinderung oder sexueller Identität (siehe auch die Diskriminierungsmerkmale im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz, AGG). Diese soziale Vielfalt wird häufig mit dem Begriff Diversität (engl. diversity) umschrieben. Am genauesten beschreiben lassen sich Zielgruppen zumeist durch Kombination der vertikalen und horizontalen Merkmale (vgl. auch Stichwort Intersektionalität im Infokasten: Was ist soziallagenbezogene Gesundheitsförderung? der Einleitung).

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

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

### STUFEN DES KRITERIUMS „ZIELGRUPPENBEZUG“

Zunehmend präzisere Ansichtung auf Zielgruppen in schwieriger sozialer Lage → Genaue Beschreibung der Zielgruppen, ihrer gesundheitlichen und sozialen Lage, ihrer sozialen Diversität und ihrer Ressourcen

### ERLÄUTERUNG DER STUFEN

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

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

**BEISPIEL STUFE 1**

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

#### STUFE 2 BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPEN AUCH ANHAND DER MERKMALE SOZIALER BENACHTEILIGUNG

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

**BEISPIEL STUFE 2**

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

#### STUFE 3 BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPEN ANHAND DER MERKMALE SOZIALER BENACHTEILIGUNG UND IHRER RESSOURCEN

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

**BEISPIEL STUFE 3**

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

### ERLÄUTERUNG DER STUFEN

Elemente der Konzeption	STUFE 1 Konzeption ohne Soziallagenbezug	STUFE 2 Konzeption mit partiellem Soziallagenbezug	STUFE 3 Konzeption mit systematischem Soziallagenbezug
Die Konzeption beschreibt	(1) ... welche Zielgruppen in benachteiligten Lebenslagen erreicht werden sollen.	(2) ... wie Belastungen und Ressourcen der Zielgruppen werden nicht dargestellt.	(3) ... wie die Zielgruppen aktiv in Planung, Umsetzung und Bewertung einbezogen werden sollen.
In der Konzeption werden Zielgruppen und Gesundheitsprobleme benannt, ohne die soziale Lage zu beschreiben.	Zielgruppen, Gesundheitsprobleme und vertikale Merkmale der sozialen Lage werden erfasst.	Belastungen und Ressourcen der Zielgruppen werden nur ungenau und allgemein benannt.	Zielgruppen werden mit Bezügen zwischen sozialer Lage, Diversität, Gesundheit und Ressourcen dargestellt.
Belastungen und Ressourcen der Zielgruppen werden nicht dargestellt.	Belastungen und Ressourcen der Zielgruppen werden nur ungenau und allgemein benannt.	Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten wird nicht oder nur indirekt als Ziel aufgeführt.	Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten ist ein erklärter (bedeutsamer) Effekt, der aber nicht systematisch angeordnet wird.
Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten wird nicht oder nur indirekt als Ziel aufgeführt.	Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten ist ein erklärter (bedeutsamer) Effekt, der aber nicht systematisch angeordnet wird.	Bedürfnisse und soziale Lage der Zielgruppen werden nur punktuell aufgeführt und sind kein zentraler Bezugspunkt für die Maßnahme.	Die Orientierung der Maßnahme an den Bedürfnissen und der sozialen Lage der Zielgruppen wird differenziert beschrieben.
Bedürfnisse und soziale Lage der Zielgruppen werden nur punktuell aufgeführt und sind kein zentraler Bezugspunkt für die Maßnahme.	Die Orientierung der Maßnahme an den Bedürfnissen und der sozialen Lage der Zielgruppen wird differenziert beschrieben.	Die Zielgruppen werden maximal auf einer Vorstufe des Kriteriums Partizipation einbezogen.	Die Zielgruppen werden als Mitbestimmende und Mitentscheidende in die Maßnahme einbezogen.
Die Zielgruppen werden maximal auf einer Vorstufe des Kriteriums Partizipation einbezogen.	Die Zielgruppen werden als Mitbestimmende und Mitentscheidende in die Maßnahme einbezogen.	Die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit wird in der Trägerorganisation nicht thematisiert.	Die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit wird in der Trägerorganisation thematisiert und wird auf allen Ebenen (angefangen bei der Gesundheitsförderung) systematisch unterstützt.
Die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit wird in der Trägerorganisation nicht thematisiert.	Die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit wird in der Trägerorganisation thematisiert und wird auf allen Ebenen (angefangen bei der Gesundheitsförderung) systematisch unterstützt.		

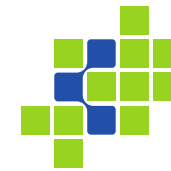
Von einer Konzeption ohne Soziallagenbezug hin zu einer Konzeption mit systematischem Soziallagenbezug →

Quelle: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2021). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Köln/Berlin: BZgA & Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.





# Gliederung der Steckbriefe



Kooperationsverbund  
Gesundheitliche  
Chancengleichheit



1. **Definition:** Kurze Erläuterungen des Kriteriums mit Verweis auf Schnittstellen zu anderen Kriterien



2. **Umsetzungsstufen:** Stufen bauen aufeinander auf; jede Stufe beschreibt dabei eine umfassendere Umsetzung als die Vorherige; Entwicklungsmöglichkeiten werden dargestellt: die Umsetzung ist ein Prozess



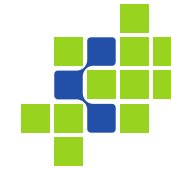
3. **Erläuterung der Stufen:** Erläuterung der Umsetzungsstufen und Illustration durch ein Beispiel; Beispiele decken vielfältige Handlungsfelder und Zielgruppen ab



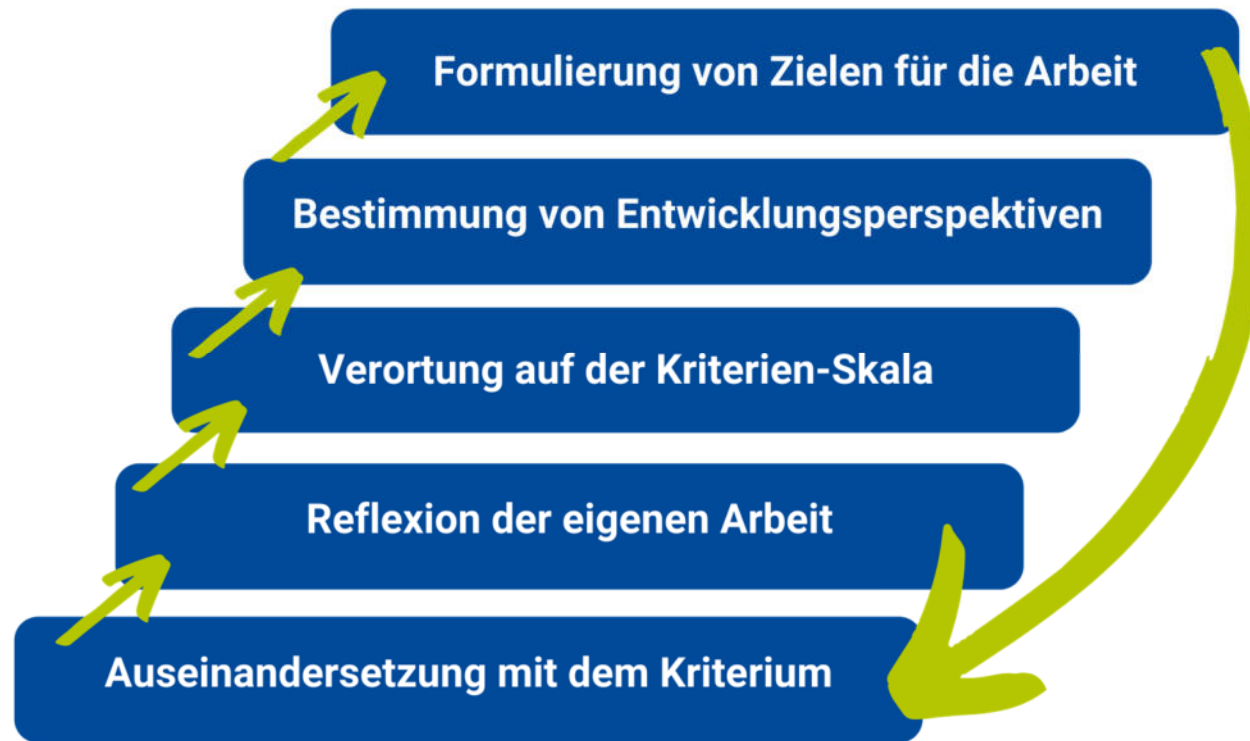
4. **Weiterführende Literatur:** Hinweis auf weiterführende, i. d. R. kostenlose, online verfügbare Literatur zur vertieften Auseinandersetzung m. d. Kriterien



# Arbeit mit den Kriterien-Steckbriefen

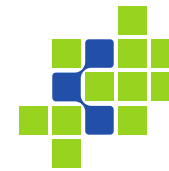


Kooperationsverbund  
Gesundheitliche  
Chancengleichheit



© Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

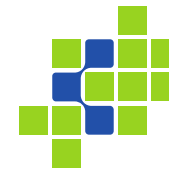




## Multiplikatorenkonzept – wer kann unterstützen?



- Bestimmung von **Personen, Personengruppen oder Institutionen**
- **Festlegung der Methodik** für die Umsetzung
- **Qualifizierung** für die Aufgabe

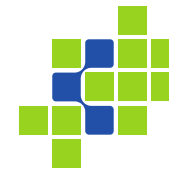


## Multiplikatorenkonzept – wer kann unterstützen?



### Multiplikatoren und Multiplikatorinnen:

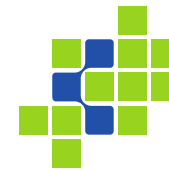
- „Professionelle“ (Ärzte, Sozialarbeiter, Lehrkräfte etc.)
- Akzeptierte, glaubwürdige **Mitglieder der Zielgruppe** (Peers)  
  
→ „**Schlüsselpersonen**“ für die Gruppe, zu denen Professionelle nur schwer Zugang finden



## Multiplikatorenkonzept – wer kann unterstützen?



- **Vermittlung** gesundheitsförderlicher Inhalte und Botschaften an Personen der Zielgruppe
- Nach entsprechender Qualifizierung **eigene Umsetzung von Inhalten** (z. B. Durchführung von Kursen, Anleitung von Gruppen)



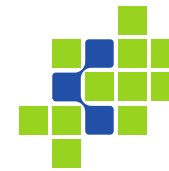
## Zielgruppenbezug – wen möchte ich erreichen?



Personen oder Personengruppen,

- die mit einer Maßnahme **erreicht** werden sollen,
- die **aktiv beteiligt** werden sollen und
- deren **gesundheitliche Situation verbessert** werden soll.



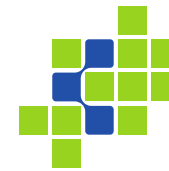


## Zielgruppenbezug – wen möchte ich erreichen?



Nicht nur die Belastungen und Probleme, die sich aus ihrer sozialen Lage ergeben, werden genau beschrieben, sondern auch ihre Ressourcen.

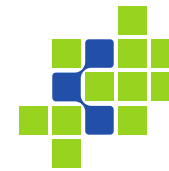
Dabei wird berücksichtigt, dass es innerhalb dieser Gruppen auch große Unterschiede nach weiteren sozialen Merkmalen wie geschlechtlicher oder ethnischer Zuschreibung geben kann.



## Zielgruppenbezug – wen möchte ich erreichen?



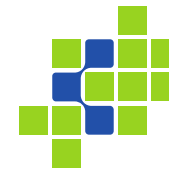
- Eine Maßnahme ist **zielgruppenspezifisch** und auf die **speziellen Bedarfe, Möglichkeiten und Ressourcen ausgerichtet**.
- Für die **Konzeptentwicklung einer Maßnahme** sowie **in Anträgen auf Finanzierung**; möglichst genaue Beschreibung der Zielgruppen.



## Integriertes Handeln – wer ist Teil meines Netzwerkes?



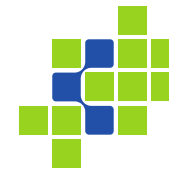
- Kommunale Gesundheitsförderung ist eine **interdisziplinäre Querschnittsaufgabe**, die nur **durch integriertes Handeln bewältigt** werden kann.
- Als solche besteht sie vor allem in der **Erstellung integrierter Handlungskonzepte** sowie der **Vernetzung von Personen und Institutionen aus verschiedenen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



## Integriertes Handeln – wer ist Teil meines Netzwerkes?



- **Integrierte Handlungskonzepte** sind **wichtige Steuerungs- und Koordinierungsinstrumente** der Gesundheitsförderung.
- Sie werden **kooperativ** mit den im jeweiligen Setting ( Setting-Ansatz) **zentralen Akteurinnen und Akteuren partizipativ** entwickelt.
- Zu ihnen gehören u. a. Verwaltungsbereiche der Kommune, Verbände, Vereine und Institutionen sowie die Bewohnerinnen und Bewohner selbst.



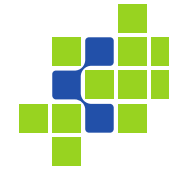
## Integriertes Handeln – wer ist Teil meines Netzwerkes?



### Kernelemente integrierter Handlungskonzepte:

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

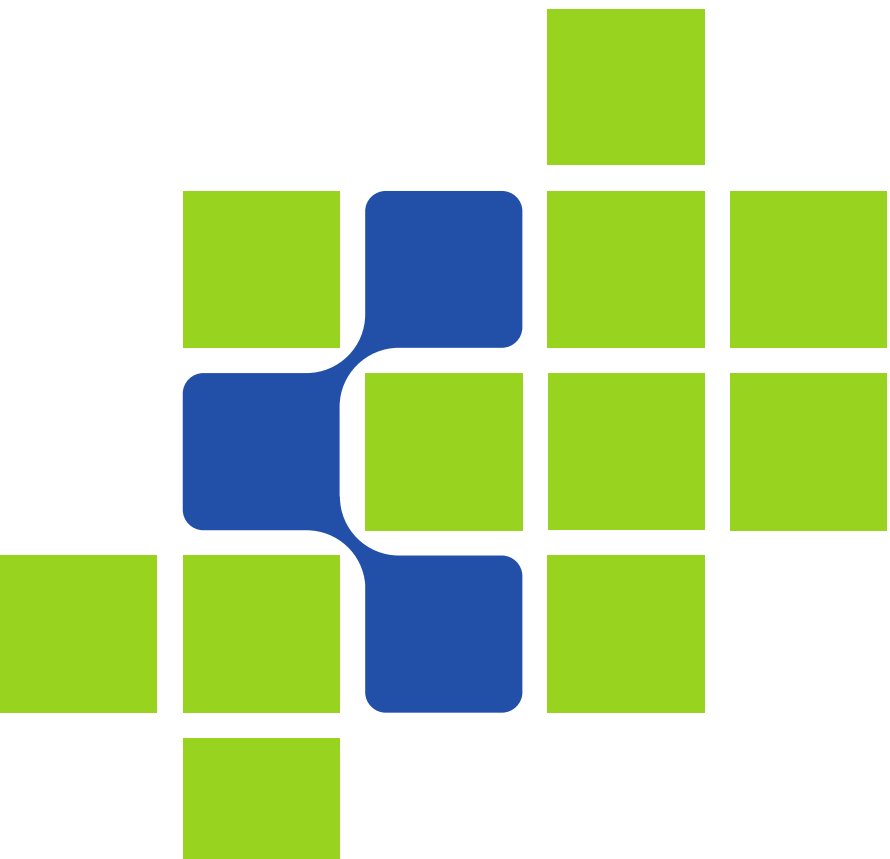
# Weiterführende Materialien und Links



Kooperationsverbund  
Gesundheitliche  
Chancengleichheit

## Qualitätsentwicklung und Good Practice

- Good Practice-Bereich auf der Seite des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice)
- [Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit](#)
- [Positionspapier zur Nutzung der Good Practice-Kriterien als Förderkriterien](#)



**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit!**

Iris Grimm  
AG Qualitätsentwicklung & Good Practice  
[Iris.Grimm@lgl.bayern.de](mailto:Iris.Grimm@lgl.bayern.de)



# Agenda

- Begrüßung
- Entwicklung der Synopse
- Kriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (Good Practice-Kriterien)
- **Qualitätsrahmen der Frühen Hilfen**
- Praxisbericht Frühe Hilfen Bad Homburg
- Kleingruppenarbeit
- Abschluss



## Qualitätsentwicklung in der kommunalen Gesundheitsförderung: Kriterien für gute Praxis und Frühe Hilfen - eine gemeinsame Sprache finden!

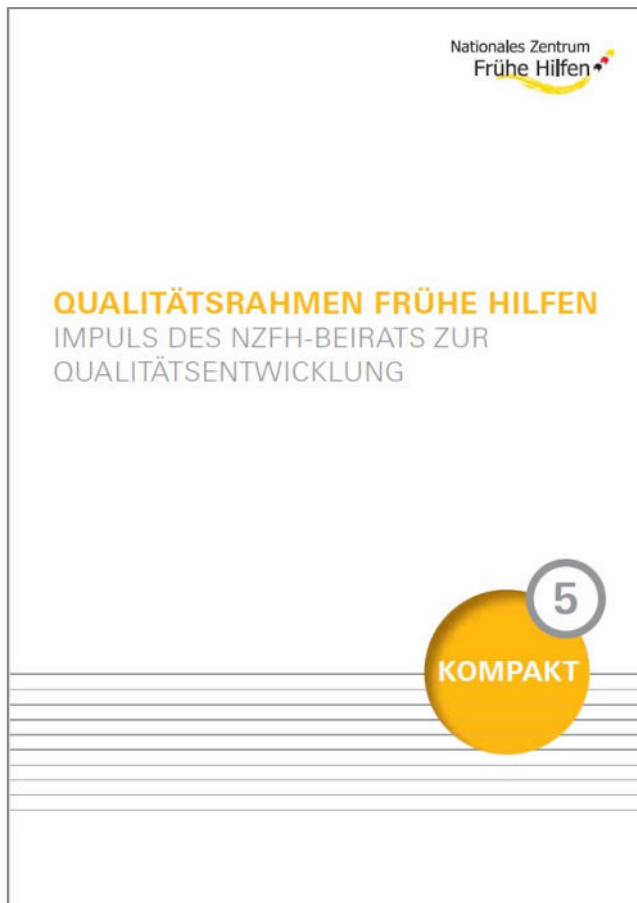
### Der Qualitätsrahmen Frühe Hilfen

Jana Marscheider (NZFH)

07.03.2023, Kongress Armut und Gesundheit



## Der Qualitätsrahmen Frühe Hilfen (2016)...



...ist eine Orientierungsgrundlage, um die Qualität der Frühen Hilfen partizipativ und im Dialog mit allen Beteiligten voranzubringen

- *Wie sind die Strukturen der Frühen Hilfen vor Ort?*
- *Was läuft schon gut?*
- *Wo sehen Sie Entwicklungsbedarf? Woran möchten Sie arbeiten?*

# Entwicklungsgeschichte



Praxismaterial zur Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen



Weiterentwicklung des Qualitätsrahmens Frühe Hilfen



## Der Qualitätsrahmen Frühe Hilfen 2.0 - Dimensionen



*Welches Thema möchten Sie weiterentwickeln?*

*Wo möchten Sie beginnen?*

Quelle: Erklärfilm: „Frühe Hilfen weiterentwickeln – mit dem Qualitätsrahmen 2.0 (BZgA, NZFH)“

**Vielen Dank!**

## Kontakt im NZFH

Jana Marscheider  
[jana.marscheider@nzhf.de](mailto:jana.marscheider@nzhf.de)  
0221 8992 358



# Agenda

---

- Begrüßung
- Entwicklung der Synopse
- Kriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (Good Practice-Kriterien)
- Qualitätsrahmen der Frühen Hilfen
- **Praxisbericht Frühe Hilfen Bad Homburg – mündlich ohne Präsentation**
- Kleingruppenarbeit
- Abschluss



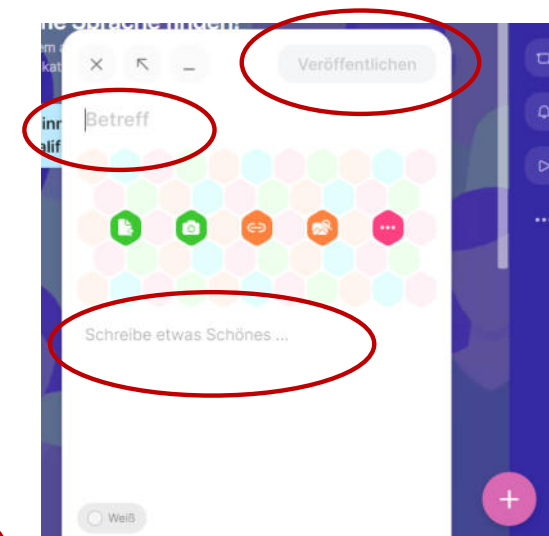
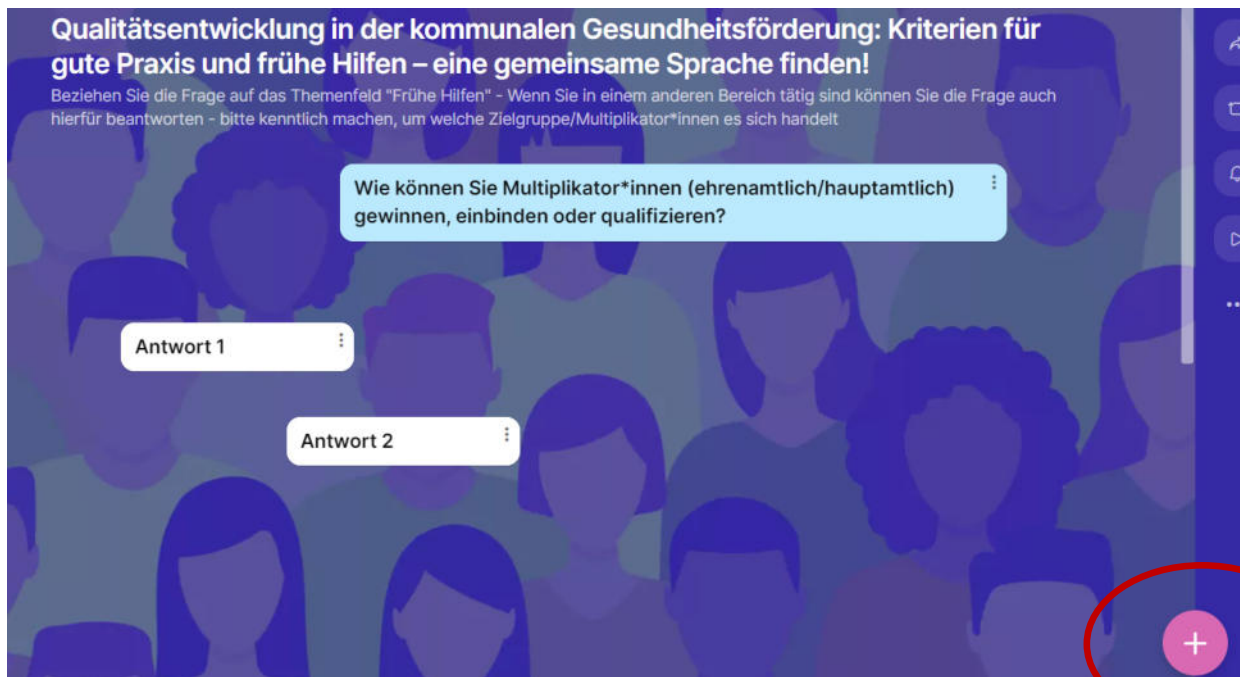
# Agenda

- Begrüßung
- Entwicklung der Synopse
- Kriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (Good Practice-Kriterien)
- Qualitätsrahmen der Frühen Hilfen
- Praxisbericht Frühe Hilfen Bad Homburg
- **Kleingruppenarbeit**
- Abschluss



# Kleingruppen

- Methode Padlet (link folgt im Chat)
- Sammeln + Diskussion



# Ergebnis



Silke Wiedemuth + 4 + 9T.

## 1 Qualitätsentwicklung in der kommunalen Gesundheitsförderung: Kriterien für gute Praxis und frühe Hilfen – eine gemeinsame Sprache finden!

Beziehen Sie die Frage auf das Themenfeld "Frühe Hilfen" - Wenn Sie in einem anderen Bereich tätig sind können Sie die Frage auch hierfür beantworten - bitte kenntlich machen, um welche Zielgruppe/Multiplikator\*innen es sich handelt

**Wie können Multiplikator\*innen / Akteur\*innen (ehrenamtlich/hauptamtlich) für Ihr Projekt gewonnen, eingebunden und qualifiziert werden?**

**Gemeinsame Ziele verbinden**

- gemeinsame Ziele verbinden
- Motivation klären und in die Zusammenarbeit einbeziehen, z.B. Wohlbefinden der Kinder

**Jugendliche erreichen über die freiwillige Feuerwehr**

**Rahmen klären**

Zeitlichen und organisatorischen Rahmen klären, damit alle wissen, was verlangt wird und erwartet werden kann.  
Klären: was soll ich reingeben und was erhalte ich?

**Austauschformate**

- neben Qualifizierungen regelmäßigen Erfahrungsaustausch anbieten

**Qualifikation über Lernwerkstätten zu einzeltem Kriterium**

©Screenshot Tool Padlet

Auf mehreren Pinnwänden mit dem Tool „Padlet“ wurden in Kleingruppen Ergebnisse gesammelt

# Kleingruppen

---

## Multiplikatorenkonzept

Themenfeld Frühe Hilfen



©U.Speyer

### Leitfrage:

**Wie können Multiplikator\*innen / Akteur\*innen (ehrenamtlich/hauptamtlich) für Ihr Projekt gewonnen, eingebunden und qualifiziert werden?**

*Wenn Sie in einem anderen Bereich tätig sind – gerne darauf beziehen und kenntlich machen.*

# Kleingruppen

## MULTIPLIKATORENKONZEPT

Es ist festgelegt, welche Personen(gruppen) und Institutionen systematisch in den Umsetzungsprozess eingebunden sind und wie sie geschult/fortgebildet werden (vgl. S. 37).

Kommunale Netzwerke arbeiten organisiert, fallübergreifend und interprofessionell zusammen (vgl. S. 22, QD 3).

Akteure der Frühen Hilfen kennen die Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen sowie die Grenzen der anderen Beteiligten (vgl. S. 26, QD 3/EZ 3.4).

Akteur\*innen, u. a. freiwillig Engagierte, werden qualifiziert und in ihrer Kompetenzentwicklung gestärkt (vgl. S. 36 f., QD 6).



# Agenda

---

- Begrüßung
- Entwicklung der Synopse
- Kriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (Good Practice-Kriterien)
- Qualitätsrahmen der Frühen Hilfen
- Praxisbericht Frühe Hilfen Bad Homburg
- Kleingruppenarbeit
- **Abschluss**



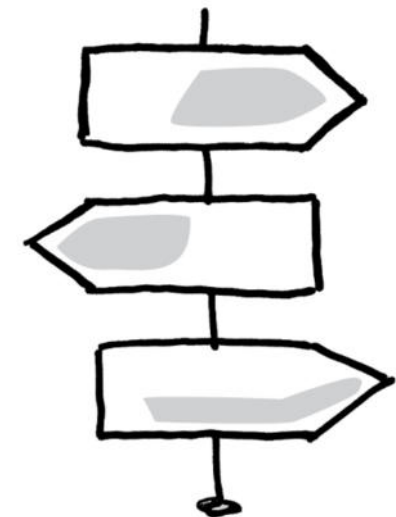
# ...zum Abschluss

---

Sie haben einen kurzen Einblick erhalten

Uns würde interessieren:

**Mit wem könnten Sie sich vorstellen  
gerne zur Synopse auszutauschen?  
(Konkrete Institution? Fachbereich? ...)**



©U.Speyer

Abfrage per „Mentimeter“ (siehe Chat)



Mit wem könnten Sie sich vorzustellen zur Synopse auszutauschen? (konkrete Institution? Fachbereich? ...)

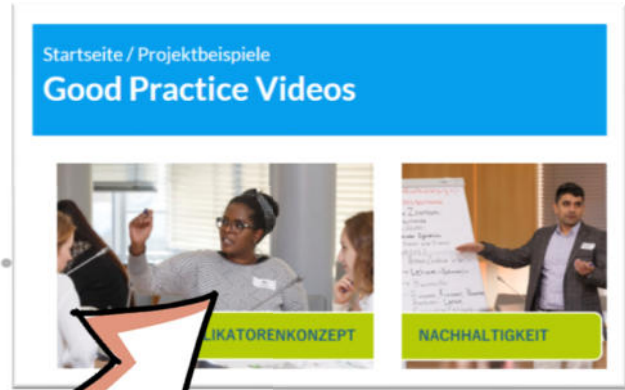


(c) Screenshot tool mentimeter





# Weitere Informationen



© LZG Bayern – Screenshot HP

Videos zu den Good Practic-Kriterien



Good Practice Lernwerkstätten KGC in Ihrem Bundesland

Synopse ausgelegt beim Kongress A+G beim Stand des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit Oder Download

© LZG RLP

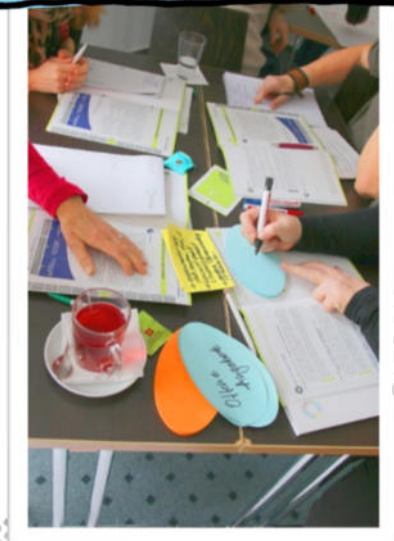


© LZG RLP

Good Practice Kriterien Gute Praxis Konkret (7 Kriterien Thema Ältere Menschen) zum Download oder Printexemplar



© NZFH – Screenshot HP



© Weitere Abbildung U. Speyer

# Danke

Weiterhin viel Erfolg, Vernetzung und Interessantes auf dem Kongress Armut und Gesundheit!



Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit werden

Gefördert mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V.



Weitere Förderer in Rheinland-Pfalz

