

Quellenangaben

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung.
- GKV-Spitzenverband (2017): Leitfaden Prävention. Kapitel 4: Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V vom 20. Juni 2000 in der Fassung vom 27. November 2017.
- Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) nach § 20d Abs. 3 SGB V [2016]: Nationale Präventionskonferenz (NPK).
- Ministerium des Innern und für Sport (2006): Leitfaden Soziale Stadt – Rheinland-Pfalz. Kurzbeschreibung und Teil 1–3.

Impressum

Herausgegeben von
Landeszentrale für Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)
Hölderlinstraße 8
55131 Mainz
Telefon 06131 2069-0
Fax 06131 2069-69
info@lzg-rlp.de
www.lzg-rlp.de

Kontakt
Sabine Köpke
Referentin
Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung
in Kommunen, Koordinierungsstelle
Gesundheitliche Chancengleichheit
Telefon 06131 2069-38
skoepke@lzg-rlp.de

Helmut Hafemann
Projektleiter
Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung
in Kommunen
Telefon 06131 2069-18
hhafemann@lzg-rlp.de



V.i.S.d.P.
Dr. Matthias Krell, Geschäftsführer der LZG

Autorin und Redaktion
Alexandra Müller-Wellensiek und
Helmut Hafemann, Sabine Köpke

Grafische Gestaltung
Jörg Pelka, Oppenheim

Titelfoto
© kav777 / Fotolia.com

Copyright
Nachdruck und Vervielfältigung der Abbildungen
und Texte – auch auszugsweise – sind nur nach
Freigabe durch die LZG möglich.

Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V



Weitere Förderer:



Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit



GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN KOMMUNEN

SYNOPSE ZU QUALITÄTS- UND FÖRDERKRITERIEN FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IM KOMMUNALEN RAUM

Um eine breite Förderung von Gesundheit und Prävention von Krankheiten in Lebenswelten effektiv zu gestalten, bedarf es passender Programme in der Verhaltens- und Verhältnisprävention. Das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz betont, dass sozial benachteiligte und vulnerable, gefährdete Menschen in ihren Lebensbereichen vor Ort, in Kitas, Schulen, Betrieben, Jugendeinrichtungen, Sportvereinen und anderen Settings, in der Regel im Kontext kommunaler Sozialräume wie Stadtquartieren oder Dörfern, erreicht werden sollen. Die Kommune umgreift als Gemeinwesen viele Lebenswelten und hat als Verwaltungseinheit eine politische Gestaltungskompetenz. Ressortübergreifend und vernetzt soll Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention als Querschnittsaufgabe von verschiedenen Akteuren in kommunalen Lebenswelten angegangen werden. In Bundesrahmenempfehlungen werden Handlungsfelder und Ziele konkretisiert und ein abgestimmtes Vorgehen der Sozialversicherungsträger bei der finanziellen und fachlichen Unterstützung örtlicher Akteure angezielt.

Bei der Planung und Durchführung von Projekten, Programmen und Maßnahmen ist die Einhaltung von Qualitätskriterien und die Auswertung wichtig. Zur Orientierung bei Maßnahmen – zumindest für sozial benachteiligte Gruppen – dienen die im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit bundesweit gemeinsam zwischen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, gesetzlichen Krankenkassen, Kommunalen Spitzenverbänden u.a. ent-

**Gesundheits-
förderung
in Kommunen**

wickelten Qualitätskriterien guter Praxis. Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in Rheinland-Pfalz in der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) unterstützt kommunale Akteure in der Gestaltung von Präventions- und Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung. Dafür sollen auch die bereits bestehenden oder in Entwicklung befindlichen Modelle der Qualitätssicherung bei verschiedenen Trägern und Organisationen wie z.B. im Programm der Sozialen Stadt oder bei Wohlfahrtsverbänden, der VHS u.a. berücksichtigt werden.

Das vorliegende Arbeitspapier (2016/17) dient diesem Abstimmungsprozess und betrachtet, ausgehend von den „Zwölf Qualitätskriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2015), ähnliche und weitere Qualitätskriterien einiger anderer relevanter Quellen und stellt die Schnittstellen in einer Synopse dar. Die Quellenangaben finden Sie auf der Rückseite.

ZWÖLF QUALITÄTSKRITERIEN FÜR GUTE PRAXIS DER SOZIALLAGENBEZOGENEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Qualitätsdimension	„Kriterien für gute Praxis der sozialbezogenen Gesundheitsförderung“ des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit	„Leitfaden Prävention“ des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen	Präventionsgesetz und Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz	Leitfaden Soziale Stadt Rheinland-Pfalz
Konzeption	Der Handlungsbedarf ist festgestellt und beschrieben. Überprüfbare Ziele sind formuliert. Die Konzeption ist allen Mitarbeitern bekannt. Das Konzept dient als Leitlinie für die tägliche Arbeit und deren Bewertung. Es gibt Angaben zur Kosten- und Zeitplanung.	Der Bedarf für die geplanten Aktivitäten ist ermittelt. Die Zieldefinition erfolgt (möglichst) operationalisiert und beachtet Verhältnis- und Verhaltensbezug. Die Aktivitäten stärken (über die Krankheitsvermeidung hinaus) die Ressourcen Einzelner und verbessern die Rahmenbedingungen. Es besteht eine Verbindung von klassischen Präventionsfeldern mit Feldern wie Umwelt und Städtebau. Das Finanzierungskonzept umfasst die Aktivitäten aller Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses. Verschiedener Finanzierungsquellen werden genutzt und koordiniert.	Zur Bedarfsermittlung werden die Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung und der Sozialversicherungen genutzt. Verhältnis- und verhaltensbezogene Interventionen sind integriert. Der Aufbau und die Stärkung von gesundheitsförderlichen Strukturen in Lebenswelten werden gefördert. Geschlechtsbezogene Aspekte werden berücksichtigt. Es wird konzeptbasiert vorgegangen und evidenzbasierte Programme genutzt.	Die Ziele, Handlungsbedarfe und Projekte sind unter Bezugnahme auf aktuelle Analysen, Planungen, Gutachten etc. beschrieben. Maßnahmen sind nach kurz-, mittel-, und langfristigem Zeithorizont priorisiert. Möglichen öffentliche und private Finanzierungsmöglichkeiten sind aufgeführt.
Zielgruppenbezug	Die soziale Lage, die Merkmale und die Probleme der Zielgruppe sind genau beschrieben. Die Lebenslagen der Zielgruppe vor Ort sind berücksichtigt.	Zielgruppen sind unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Personengruppen definiert. Die Vielfalt und Diversität der Zielgruppe ist berücksichtigt.	Es besteht eine Konzentration auf Zielgruppen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen.	Kenntnisse, Einschätzungen und Bedürfnisse der Bewohner*innen werden berücksichtigt.
Settingansatz	Im Rahmen der Maßnahme wird mit der Zielgruppe eine gesunde Lebenswelt gestaltet. Die Verhaltensebene und die Verhältnisebene werden berücksichtigt.	Die Maßnahme ist auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung und Beeinflussung von Bedingungen in der Lebenswelt gerichtet. Die Gesundheitspotenziale und -risiken im Setting sind ermittelt. Die Maßnahme orientiert sich am Gesundheitsförderungsprozess.	Das Setting Kommune ist besonders berücksichtigt, da es andere Lebenswelten umgreift.	Die Expertise der Bewohner*innen bzgl. ihrer spezifischen Lebenswelt wird genutzt.
Multiplikatorenkonzept	Es ist festgelegt, welche Personen(gruppen) und Institutionen systematisch in den Umsetzungsprozess eingebunden sind.	Die Angebote werden durch Multiplikator*innen möglichst niedrigschwellig in Einrichtungen in der Kommune umgesetzt werden.	Es finden Fortbildungen von Multiplikator*innen in Prävention und Gesundheitsförderung statt.	
Nachhaltigkeit	Die Maßnahme ist verlässlich und zeitstabil gestaltet. Die Arbeit wird nicht als kurzfristige Projektarbeit verstanden, sondern langfristig weiterentwickelt.	Ein Nachhaltigkeitskonzept (Verstetigung des Prozesses, Strukturbildung) liegt vor. Eine nachhaltige Etablierung von Steuerungs- und Koordinierungsstellen mit allen Beteiligten ist gewährleistet. Die Verantwortlichen verpflichten sich zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen.	Es wird auf eine dauerhafte Implementierung von Maßnahmen hingewirkt. Die Nachhaltigkeit wird durch Steuerungsgremien mit allen verantwortlichen Akteuren unterstützt.	Die Handlungskonzepte sind auf eine Fortschreibung ausgelegt.
Niedrigschwellige Arbeitsweise	Die organisatorischen und konzeptionellen Zugangshürden sind bekannt und ihnen wird entsprechend begegnet.	Eine niederschwellige Ausrichtung auf Zielgruppen in Zusammenarbeit mit anderen relevanten Institutionen ist gegeben.		Strategien zur Öffentlichkeitsarbeit sind benannt.
Partizipation	Die Zielgruppe ist in den Arbeitsprozess einbezogen und verfügt über Mitbestimmungsrechte und Entscheidungskompetenz.	Die Zielgruppen sind in den gesamten Gesundheitsförderungsprozess involviert. Es gibt institutionalisierte Mitgestaltungsmöglichkeiten für Bürger*innen bei der Angebotsplanung.	Bei der Erhebung der gesundheitlichen Situation wird mit der Zielgruppe und den Verantwortlichen für die Lebenswelt kooperiert. Bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen sind die Zielgruppen partizipativ einbezogen.	Die Beteiligung der Bewohner*innen ist obligatorisch.
Empowerment	Die Zielgruppenmitglieder werden dazu befähigt ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu entdecken, weiter zu entwickeln und praktisch anzuwenden.	Empowerment von Zielgruppen ist in allen Handlungsphasen berücksichtigt	Die persönliche, gesundheitsbezogene Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung wird gestärkt.	
Vernetzung / Integriertes Handlungskonzept	Es sind unterschiedliche Fach- und Politikbereiche, Gesundheitsdeterminanten, räumliche Ebenen, Handlungsebenen und Zielgruppen mit einbezogen.	Vorhandene Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke und Akteure im Setting werden eingebunden und ressortübergreifende Strukturen gefördert. Alle Beteiligten werden transparent informiert.	Die Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern und dieser mit Kommunen, Ländern, Öffentlichem Gesundheitsdienst u.a. wird verstärkt (Regelungen über Landesrahmenvereinbarungen). (Das PräVG bietet einen Rahmen für mehr Vernetzung und Präventionskonzepte auch auf kommunaler Ebene. Siehe auch: Konzeption).	Sonstige Beteiligte und deren Funktion und Arbeitsweise sind beschrieben. Zuständigkeiten und Entscheidungsbefugnisse werden geklärt.
Qualitätsmanagement	Die Qualität der Planung, der Strukturen, der Prozesse und der Ergebnisse wird regelmäßig analysiert und kontinuierlich weiter entwickelt.	Bei der kommunalen GF orientiert man sich an den Qualitätskriterien aus dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, dem Programm Soziale Stadt, dem Gesunde Städte-Netzwerk. Die Verantwortlichen in einem Setting nehmen an Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. Innerhalb des Lernzyklus werden die Evaluationsergebnisse in der Analysephase genutzt um darauf aufbauend Maßnahmen weiterzuentwickeln.	Präventionsmaßnahmen haben einen belegbaren Nutzen und entsprechen allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben.	Es gibt ein entwickeltes Qualitätsmanagement.
Dokumentation und Evaluation	Alle Inhalte und Ergebnisse von Arbeitsprozessen werden dokumentiert. Die Auswertung im Rahmen der Evaluation betrachtet Daten der Dokumentation und weitere vor dem Hintergrund der formulierten Ziele.	Es erfolgt eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation. Eine regelmäßige Dokumentation und Reflexion der Umsetzung findet anhand festgelegter Routinen statt.	Die Maßnahmen werden dokumentiert und evaluiert.	Die Programmumsetzung wird evaluiert.
Erfassung des Kosten-Wirksamkeit-Verhältnisses	Die erzielte Wirksamkeit der Maßnahmen, die Befähigung der Zielgruppe und die Kosten werden anhand geeigneter vergleichbarer Kennzahlen ermittelt.			Es ist eine Kosten- und Finanzierungsübersicht vorhanden.