

## Synopse: Qualitäts- und Förderkriterien



**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

**V.I.S.D.P**  
Dr. Matthias Krell,  
Geschäftsführer der LZG

**MITARBEIT**  
Sabine Köpke  
Silke Wiedemuth  
Carla Faßbender  
Victoria Kohl

**REDAKTION UND KONTAKT**  
Sabine Köpke,  
Referatsleiterin Koordinierungsstelle  
Gesundheitliche Chancengleichheit  
Telefon 06131 2069-18  
skoepke@lzg-rlp.de

**GRAFISCHE GESTALTUNG**  
Ulrike Speyer, Ober-Olm

**DRUCK**  
Druckstudio Gallé GmbH,  
Klein-Winternheim

**COPYRIGHT**  
Nachdruck und Vervielfältigungen der  
Abbildungen und Texte – auch auszugsweise – sind nur nach Freigabe durch  
die LZG möglich.

**LZG** Landeszentrale für  
Gesundheitsförderung  
in Rheinland-Pfalz e.V.  
www.lzg-rlp.de

38  
2022

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



Weitere Förderer und Unterstützer:



Überarbeitete Neuauflage unterstützt durch:



### Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) ist vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingerichtet worden, um die Frühen Hilfen in Kooperation mit den Ländern und Kommunen auf- und auszubauen. Zu seinen Aufgaben gehören die wissenschaftliche Fundierung und Begleitung, die Qualitätsentwicklung und -sicherung sowie die Öffentlichkeitsarbeit. Die Frühen Hilfen bieten dabei Familien mit Säuglingen und Kleinkindern von null bis drei Jahren insbesondere in belastenden Lebenslagen bedarfsgerechte Unterstützungsangebote. Zur Umsetzung solcher Angebote ist eine systematische Zusammenarbeit von Akteuren aus verschiedenen Sozialleistungssystemen erforderlich. Dabei stehen besonders das Gesundheitswesen und die Kinder- und Jugendhilfe im Fokus der Zusammenarbeit.

Um die Kooperation und Zusammenarbeit der verschiedenen Systeme weiter zu etablieren, bilden integrierte kommunale Gesamtstrategien einen wesentlichen Ansatz. Die vorliegende Synopse trägt diesem Ansatz Rechnung, indem sie um die neun Qualitätsdimensionen des Qualitätsrahmens Frühe Hilfen<sup>6</sup> erweitert wurde. Dieser Qualitätsrahmen versteht sich als Beitrag zu einem dialogisch und partizipativ gestalteten Qualitätsentwicklungsprozess in den Kommunen und bietet eine Grundlage, sich vor Ort am Diskurs über Merkmale und Gestaltungsmöglichkeiten einer »guten« Infrastrukturqualität Früher Hilfen zu verständigen.

Der Qualitätsrahmen wird gegenwärtig überarbeitet und künftig insbesondere auch um den Aspekt der Wirkungsorientierung erweitert, der für die Netzwerke Frühe Hilfen an Bedeutung gewonnen hat.



In Zusammenarbeit mit der KGC Hessen/Hage e.V., KGC RLP/LZG e.V. und dem NZFH wurde der Qualitätsrahmen Frühe Hilfen in der überarbeiteten Synopse neu aufgenommen.

### Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Die Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung<sup>1</sup> wurden 2003 von einer Arbeitsgruppe des Beratenden Arbeitskreises der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des bundesweiten Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet. Sie werden seither regelmäßig unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie den Erfahrungen und Bedarfen der Praxis weiterentwickelt.



Die zwölf Good Practice-Kriterien sind ein Werkzeug zur Reflexion und sollen Fachkräfte der kommunalen Gesundheitsförderung dabei unterstützen, die Qualität ihrer Angebote weiterzuentwickeln. Der Good-Practice-Ansatz vermittelt zentrale Haltungen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und unterstreicht den hohen Stellenwert einer zielgruppenorientierten Arbeit. Die Kriterien können andere Verfahren der Qualitätsentwicklung ergänzen und handlungsfeldübergreifend eingesetzt werden.

Als Instrument zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung sind die Good Practice-Kriterien seit vielen Jahren etabliert. Richtungsweisende Dokumente wie der Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des § 20 SGB V (2021) nehmen auf sie Bezug. Darüber hinaus werden sie auf Landesebene eingesetzt: Sie dienen der Orientierung bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen des Präventionsgesetzes. Außerdem werden Ziele, Inhalte und Relevanz der Good Practice-Kriterien in Hochschulen unterrichtet.



### Präventionsgesetz und Bundesrahmenempfehlungen

Im Jahr 2015 trat das Gesetz zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)<sup>2</sup> in Kraft. Auf der Grundlage dieses Gesetzes wird die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen verbessert. Durch das Präventionsgesetz wurde eine Nationale Präventionskonferenz (NPK) gegründet, die eine nationale Präventionsstrategie aufbauen und fortschreiben soll. Die NPK beschloss bundeseinheitliche trägerübergreifende Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen)<sup>3</sup>, die unter anderem die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention zur Aufgabe haben. Aufgrund des engen Zusammenhangs beider Dokumente werden das Präventionsgesetz und die Bundesrahmenempfehlung in der vorliegenden Synopse in einer Spalte zusammengefasst.

### GKV Leitfaden Prävention

Mit dem GKV-Leitfaden „Prävention“<sup>4</sup> legt der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung fest. Sie gelten für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich. Der Leitfaden wird als zentrales Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung verstanden und formuliert Förderkriterien. Die Synopse bezieht sich auf den Leitfaden „Prävention“ in der Fassung vom September 2021.



### Leitfaden Soziale Stadt

Das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ wird seit 2020 in verschiedenen Formen weitergeführt, in Rheinland-Pfalz im Rahmen der städtebaulichen Förderung als „Sozialer Zusammenhalt – Soziale Stadt“. Um die Wohn- und Lebensqualität in Stadtteilen mit Entwicklungsbedarfen zu verbessern, werden z. B. neben baulichen Sanierungen auch soziale Infrastruktur und Nachbarschaften in einem Quartiersmanagement gefördert. Der Leitfaden des rheinland-pfälzischen Innenministeriums<sup>5</sup> in der Fassung von 2006 gibt Hinweise auf die gute Praxis und zeigt Erfolgsbedingungen auf, die auch in Schnittstellen zur soziallagenbezogenen und kommunalen Gesundheitsförderung bedeutsam sind. Programmauswertungen betonen z. B. die Aspekte von integrierten Handlungskonzepten, die Funktionen des Stadtteilmanagements und die Bedeutung von Partizipation. In bundesweiten Diskussionen der ressortübergreifenden Arbeit in der Sozialen Stadt wurde eine arbeitsfeldübergreifende Strategie zur stärkeren Verknüpfung der sozialen Stadtentwicklung mit Gesundheitsförderung und Prävention empfohlen.

### QUELLENANGABEN

- 1 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. 4. Auflage, Stand Juli 2021 Köln und Berlin
- 2 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) vom 17. Juli 2015. BGBl. I Nr. 31, 1368.
- 3 Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (2018): Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V.
- 4 GKV-Spitzenverband (2017): Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. September 2021.
- 5 Ministerium des Innern und für Sport (2006): Leitfaden Soziale Stadt – Rheinland-Pfalz.
- 6 Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2016): Qualitätsrahmen Frühe Hilfen. Impuls des NZFH-Beirats zur Qualitätsentwicklung.

## Synopse zu Qualitäts- und Förderkriterien – aus Sicht der Gesundheitsförderung



Es gibt vielfältige Maßnahmen, die zur Stärkung der Lebensqualität im kommunalen Raum beitragen. Möglich sind u. a. Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, die Menschen dabei unterstützen, ein höheres Maß an Selbstbestimmung und Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen.

Diese Angebote sollten sich an alle richten. Insbesondere vulnerable und benachteiligte Personengruppen dürfen dabei nicht vergessen werden, da diese einen deutlich erhöhten Bedarf an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention aufweisen. Ziel ist es, die Menschen dort zu erreichen, wo sie leben und sich aufhalten: in Kommunen, Betrieben, Kitas, Sportvereinen etc. Die Kommune stellt dabei ein Dachsetting dar: Sie umgreift alle örtlichen Lebenswelten und hat als Verwaltungseinheit politische Gestaltungskompetenz.

Die Planung, Umsetzung, Überprüfung und Anpassung dieser Angebote sollte stets qualitätsorientiert erfolgen. Eine gute Orientierungsmöglichkeit bieten hier die „Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit.

Gesundheitsförderung und Prävention sind Querschnittsaufgaben. Auf dem Weg zu gesünderen Lebensverhältnissen ist es notwendig, politikfeldübergreifende Zusammenhänge zu schaffen und Strukturen und Entscheidungsprozesse anzupassen. Diese Auffassung steht in Einklang mit dem „Health in All Policies“-Ansatz, der die Förderung der Gesundheit als gemeinsame Aufgabe aller Felder des öffentlichen Handelns versteht.

### Vernetzung fördern – gemeinsame Sprache entwickeln

Andere Fachbereiche haben mitunter unterschiedliche Instrumente oder Kriterien der Qualitätsentwicklung und -sicherung, meist aber mit einem ganz ähnlichen Ziel wie in der Gesundheitsförderung und Prävention. Um Einigkeit in Veränderungsprozessen zu erzielen, ist es notwendig, eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Qualitätsverständnis zu schaffen. Das vorliegende Arbeitspapier soll Ihnen hierbei Hilfestellung geben.


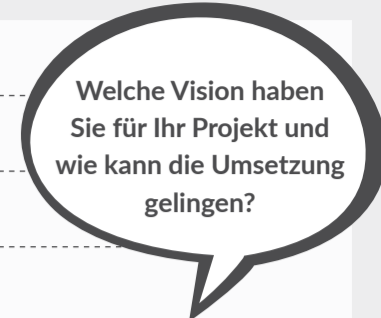
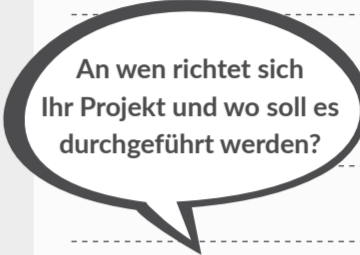
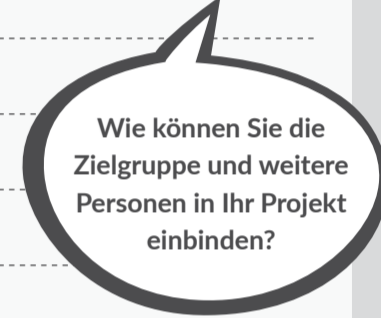
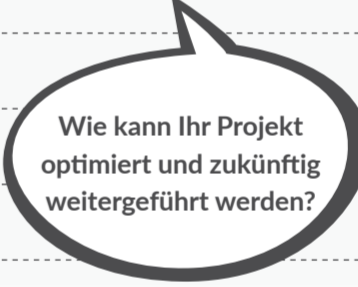
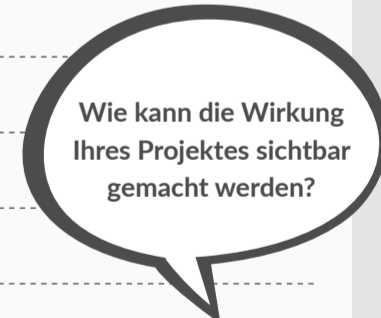
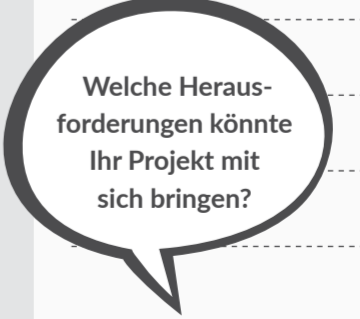
- Es dient Ihnen als Grundlage für einen Austausch mit anderen Fachbereichen in der Kommune und fördert die ressortübergreifende Zusammenarbeit.
- Es hilft Ihnen dabei, verschiedene Themen miteinander zu vergleichen und die Relevanz für die eigene Arbeit einzuschätzen.
- Es dient als Reflexionstool für die eigene Arbeit.

Das Arbeitspapier stellt die zwölf „Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit anderen Quellen gegenüber und zeigt mögliche Schnittstellen auf. Die Synopse ist so aufgebaut, dass Sie die Spalten einfach miteinander vergleichen können. Dabei wurden zu den Kriterien exemplarische Schnittmengen herausgearbeitet. Je nach Blickwinkel können jedoch auch andere Übereinstimmungen identifiziert werden, sodass die Synopse als eine Möglichkeit der Darstellung betrachtet werden kann. Damit sind die dargestellten Kriterien und Auszüge der weiteren Quellen beispielhaft zu verstehen und decken nicht alle Ziele und Elemente ab.



Die Synopse wurde zum August 2022 erstellt.

© Andrii Yakarskiy / AdobeStock

Kriterium	„Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen 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)	Notizen und Anregungen für Ihre Praxis
ZIELGRUPPENBEZUG	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).	Es besteht eine Konzentration auf Zielgruppen in sozial belasteten Lebenslagen (vgl. S. 7 <sup>2</sup> ; §20 Absatz 1 Satz 2 S. 1368 <sup>2</sup> ). Geschlechtsspezifische 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>2</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).	Kenntnisse, 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).	  <p>Welche Vision haben Sie für Ihr Projekt und wie kann die Umsetzung gelingen?</p>
KONZEPTION	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.).	Zur Bedarfsermittlung werden die Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung der Länder und Kommunen sowie der Sozialversicherungen genutzt (vgl. S. 8f. <sup>2</sup> ). Der Aufbau und die Stärkung von gesundheitsförderlichen Strukturen in Lebenswelten werden gefördert (vgl. S. 12 <sup>2</sup> ; §20a Absatz a Satz 2 S. 1369 <sup>2</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).	 <p>An wen richtet sich Ihr Projekt und wo soll es durchgeführt werden?</p>
SETTINGANSATZ	Im 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 steuernde Funktion (vgl. S. 7 <sup>2</sup> ; §20a Absatz 1 Satz 1 S. 1369 <sup>2</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 ausgefüllt (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).	
EMPOWERMENT	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>2</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 Akteur*innen (vgl. S. 44, QD 7/EZ 7.4).	
PARTIZIPATION	Die Zielgruppe ist in den Arbeitsprozess einbezogen und verfügt über Mitbestimmungsrechte und Entscheidungskompetenz (vgl. S. 29).	Die Zielgruppe und die Verantwortlichen für die Lebenswelt werden bei der Bedarfserhebung einbezogen (vgl. S. 14 <sup>2</sup> ; §20a Absatz 1 Satz 3 S. 1369 <sup>2</sup> ). Bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen ist die Zielgruppe partizipativ einbezogen (vgl. S. 12 <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).	Kenntnisse, 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 1.6). 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).	 <p>Wie können Sie die Zielgruppe und weitere Personen in Ihr Projekt einbinden?</p>
NIEDERSCHWELIGE ARBEITSWEISE	Die organisatorischen und konzeptionellen Zugangshürden aus Sicht und unter Einbezug der Zielgruppe und Multiplikator*innen sind bekannt (vgl. S. 33). Die Angebote sind barrierefrei gestaltet (vgl. S. 33).	Lebensweltbezogene Angebote berücksichtigen im Sinne der Inklusion den Aspekt der Barrierefreiheit (vgl. S. 15f. <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 gilt der Grundsatz „barrierefrei“ bzw. „mobilitätsgerecht“ (vgl. S. 48).	Angebote Früher Hilfen sind ausgerichtet die Zugangsschwellen zum Hilfesystem abzubauen (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).	
MULTIPLIKATORENKONZEPT	Es ist festgelegt, welche Personen(gruppen) und Institutionen systematisch in den Umsetzungsprozess eingebunden sind und wie sie geschult/fortgebildet werden (vgl. S. 37).	Es finden Fortbildungen von Multiplikator*innen in Prävention und Gesundheitsförderung statt (vgl. S. 18 <sup>2</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 Akteur*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. 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).	 <p>Wie kann Ihr Projekt optimiert und zukünftig weitergeführt werden?</p>
NACHHALTIGKEIT	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).	Es wird auf eine dauerhafte Implementierung von Maßnahmen hingewirkt (vgl. S. 9 <sup>2</sup> ; §20a Absatz 3 Satz 1 S. 1370 <sup>2</sup> ). Die Nachhaltigkeit wird durch Steuerungsgremien mit allen verantwortlichen Akteur*innen unterstützt (vgl. S. 19 <sup>2</sup> ).	Ein Nachhaltigkeitskonzept (Verstetigung des Prozesses, Strukturbildung) liegt vor (vgl. S. 31). Ein Steuerungsgremium mit allen Beteiligten wird etabliert, um den Gesamtprozess zu koordinieren und die Sicherung der Nachhaltigkeit zu berücksichtigen (vgl. S. 27).	Die Handlungskonzepte sind auf eine Fortschreibung ausgelegt (vgl. S. 15).	Nachhaltig organisierte und schlüssig konzipierte Netzwerke entwickeln am örtlichen Bedarf orientierte und aufeinander abgestimmte Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten für Familien (vgl. S. 23, QD 3).	
INTEGRIERTES HANDELN	Integrierte Handlungskonzepte werden gemeinsam mit den im jeweiligen Setting zentralen Akteur*innen entwickelt (vgl. S. 45). Fach- und Politikbereiche, Gesundheitsdeterminanten, Ressourcen, räumliche Ebenen, Handlungsebenen und Zielgruppen werden in einer integrierten Strategie berücksichtigt (vgl. S. 46f.). Personen und Institutionen aus verschiedenen Fachbereichen, Politik und Zivilgesellschaft werden vernetzt (vgl. S. 45).	Maßnahmen werden durch ressort- und sozialversicherungsübergreifendes Handeln effektiv implementiert und miteinander verzahnt (vgl. S. 8 <sup>2</sup> ). Zwischen den Sozialversicherungsträgern besteht Transparenz und Abstimmung hinsichtlich lebensweltbezogener Leistungen (vgl. S. 10 <sup>2</sup> ).	Vorhandene Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke und Akteur*innen im Setting werden eingebunden und ressortübergreifende Strukturen gefördert (vgl. S. 31). Es besteht eine Verbindung von klassischen Präventionsfeldern mit Feldern wie Umwelt und Städtebau (vgl. S. 35). Es bestehen politikübergreifende Strategien und institutionsübergreifende Vernetzungsprozesse (vgl. S. 23). Alle Beteiligten werden laufend über den aktuellen Stand des Prozesses informiert (vgl. S. 31).	Sonstige Beteiligte und deren Funktion und Arbeitsweise sind beschrieben. Zuständigkeiten und Entscheidungsbefugnisse werden geklärt (vgl. S. 17). Die Vernetzung von Institutionen, Akteur*innen, Bewohner*innen wird geplant, realisiert und dokumentiert (vgl. S. 26).	Die Grundidee Früher Hilfen ist eine sektorenübergreifende und interprofessionelle Vernetzung von Akteur*innen aus Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen, weiteren Sozialleistungssystemen und Akteur*innen (vgl. S. 14, QD 1). Die Infrastruktur auf kommunaler und regionaler Ebene und die Lebenswelten der Adressat*innen werden einbezogen (vgl. S. 15, QD 1). Die Netzwerke beziehen für Kinder und Familien relevante soziale Unterstützungssysteme ein (vgl. S. 22, QD 3). Frühe Hilfen sind in der kommunalen Jugendhilfeplanung sowie in der Sozial- und Gesundheitsplanung verankert (vgl. S. 28, QD 4/EZ 4.1).	 <p>Wie kann die Wirkung Ihres Projektes sichtbar gemacht werden?</p>
QUALITÄTSMANAGEMENT	Die Qualität der Planung, der Strukturen, der Prozesse und der Ergebnisse wird regelmäßig analysiert und kontinuierlich weiterentwickelt (vgl. S. 51f.).	Präventionsmaßnahmen haben einen belegbaren Nutzen und entsprechen allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben (vgl. S. 11 <sup>2</sup> ).	Die Maßnahmen orientieren sich am Gesundheitsförderungsprozess und sind als Lernzyklus konzipiert (vgl. S. 23). Die kommunale Gesundheitsförderung orientiert sich an den Qualitätskriterien aus dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, dem Programm Soziale Stadt und dem Gesunde Städte-Netzwerk (vgl. S. 33f.). Die Verantwortlichen in einem Setting nehmen an Qualitätssicherungsmaßnahmen teil (vgl. S. 27). Innerhalb des Lernzyklus werden die Evaluationsergebnisse in der Analysephase genutzt, um darauf aufbauend Maßnahmen weiterzuentwickeln (vgl. S. 26).	Es gibt ein entwickeltes Qualitätsmanagement (vgl. S. 17).	Es gibt ein abgestimmtes Qualitätsentwicklungskonzept für die am Netzwerk beteiligten Akteur*innen. Frühe Hilfen regen angebotsbezogene Prozesse der Qualitätsentwicklung an (vgl. S. 46, QD 8/EZ 8.2). Die Kommunen sehen eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen als eine Voraussetzung, um eine familienfreundliche Infrastruktur gewährleisten zu können. (vgl. S. 46, QD 8/EZ 8.1). Anbieter Früher Hilfen halten das Leistungsprofil und damit die Qualitätskriterien ihrer Arbeit für alle Eltern transparent (vgl. S. 50, QD 8/EZ 8.4).	
DOKUMENTATION UND EVALUATION	Alle Inhalte und Ergebnisse von Arbeitsprozessen werden dokumentiert (vgl. S. 55). Die Auswertung im Rahmen der Evaluation betrachtet Daten der Dokumentation und bewertet sie vor dem Hintergrund der formulierten Ziele (vgl. S. 55).	Die Maßnahmen werden dokumentiert, evaluiert und anschließend weiterentwickelt (vgl. S. 14 <sup>2</sup> ).	Es erfolgt eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation (vgl. S. 28). Eine regelmäßige Dokumentation und Reflexion der Umsetzung findet anhand festgelegter Routinen statt (vgl. S. 28).	Die Programmumsetzung wird evaluiert (vgl. S. 17).	Daten können zur systematischen Reflexion der Arbeit genutzt werden, um den Austausch zwischen den verschiedenen Akteur*innen auf eine gesicherte Grundlage zu stellen (vgl. S. 52, QD 9). Ziele sind definiert und operationalisierbar. Es existiert ein Konzept für die Dokumentation (vgl. S. 52, QD 9/EZ 9.1) und Evaluation (vgl. S. 52, QD 9/EZ 9.2).	 <p>Welche Herausforderungen könnte Ihr Projekt mit sich bringen?</p>
BELEGE FÜR WIRKUNGEN UND KOSTEN	Die Maßnahmen sollten wirksam sein. Ihre positiven Wirkungen sollten in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten stehen (vgl. S. 59). Angestrebte Veränderungen und deren Indikatoren, sowie geplante Aktivitäten werden in der Konzeption klar formuliert (vgl. S. 59). Anfallende Kosten aller Beteiligten im Sinne von Geld- und Zeitaufwand werden erfasst oder geschätzt (vgl. S. 59).	Die Leistungen haben einen belegbaren Nutzen und sind wirksam (vgl. S. 11 <sup>2</sup> ). Evidenzbasierte Programme werden zur Maßnahmenentwicklung genutzt (vgl. S. 14 <sup>2</sup> ).	Es erfolgt eine systematische Erfassung von Auswirkungen der Intervention (vgl. S. 29). Die erbrachten Leistungen/Maßnahmen entsprechen dem anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und sind zweckmäßig und wirtschaftlich (vgl. S. 11; S. 13).	Es ist eine Kosten- und Finanzierungsübersicht vorhanden (vgl. S. 17).	Der Qualitätsrahmen wird derzeit überarbeitet und beinhaltet künftig auch den Aspekt der Wirkungsorientierung.	