
Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier

Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener
Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden zum Beispiel Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier

Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener
Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn



Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 41

Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn. Köln: BZgA, 2012

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 0221/8992-0

Fax: 0221/8992-300

Projektleitung

Dr. Guido Nöcker

E-Mail: guido.noecker@bzga.de

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion: Susanne Linden, Dr. Guido Nöcker

Lektorat: Camilla van Heumen und René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Welpdruck, Wiehl

Auflage: 1.3.05.12

ISBN 978-3-942816-16-8

Band 41 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60641000

Vorwort

Ein Blick auf die gegenwärtige Präventionslandschaft zeigt eine große Heterogenität und Unübersichtlichkeit der Handlungsfelder, Anbieterinnen und Anbieter und der Vorgehensweisen. Deutschlandweit sind allein mehr als 400 Präventionsprogramme für Kinder nachgewiesen (SVR 2009). Allerdings stehen für die meisten dieser Programme überzeugende Wirkungsbelege, das heißt empirisch begründete Evidenznachweise noch aus.

Mit dem Förderschwerpunkt Präventionsforschung (2004–2012) hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung wesentliche Impulse für den Ausbau und die Entwicklung evidenzbasierter Prävention und Gesundheitsförderung gegeben.

Im Rahmen dieses Förderschwerpunkts sind in den vergangenen Jahren mehr als 60 Einzelprojekte gefördert worden, die hohen wissenschaftlichen Ansprüchen entsprechen.

Der vorliegende Tagungsband dokumentiert den aktuellen Forschungsstand des Förderschwerpunkts für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche und stellt dabei eine Reihe von Programmen und Interventionen vor, die für eine breite Fachöffentlichkeit von Interesse sind. Ergänzt wird dies durch zwei internationale Beiträge, die Erfahrungen aus der Schweiz und Australien aus konzeptioneller und strategischer Perspektive in die Diskussion einbringen.

Die Veranstaltung, die gemeinsam von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Rahmen des »Kooperationsprojekts für nachhaltige Präventionsforschung« organisiert wurde, hatte zum Ziel, Wissenschaft und Praxis in einem lebendigen Gedankenaustausch zusammenzuführen. Der erfolgreiche Austausch in den Arbeitsgruppen mit mehr als 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmern hat uns bestärkt, diesen Ansatz fortzuführen. Denn neben weiterer Forschung, die die Handlungsgrundlagen der Praxis erweitern kann, ist vor allem der Transfer des neuen Forschungswissens in die Praxis wichtig. Dies kann aber nur dann gelingen, wenn Wissenschaft und Praxis sich aufeinander zubewegen, Gelegenheiten für einen intensiven Austausch geboten werden und eine engere Kooperation erfolgt.

Köln, im April 2012

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

»» Vorwort	3
------------	---

01 »» Einleitung	8
------------------	---

Eröffnungsrede: Mit generalisierbarem Präventionswissen zu evidenzgestützter Versorgungssteuerung	
Elisabeth Pott	8

Gesundheit als notwendige Basis für Bildung	
Ulla Walter	14

»Bottom-up«- und »Top-down«-Programme: Plädoyer für eine Strategie der parallelen Zielverfolgung (»parallel tracking«)	
Glenn Laverack	23

Evidenz – und was noch? Ein Qualitätsrahmen für »Best Practice« in der Gesundheitsförderung	
Ursel Broesskamp-Stone	33

Ein »PAKT« für eine gesunde Entwicklung von Kindergartenkindern – Prävention durch Aktivität im Kindergarten (Prevention through Activity in Kindergarten Trial)

Kristina Roth, Helge Hebestreit

48

Der BKK-Gesundheitskoffer »Fit von klein auf«

Marijke Brouwer

52

»Übergewicht? – kein Problem!« – Erfahrungen zur Motivierung von Familien, an einer selektiven Präventionsmaßnahme teilzunehmen

Anneke Bühler, Claudia Kröhl

55

Bewegungsförderung in Kindertageseinrichtungen – Anforderungen und Hürden

Manuela Dicken, Henning Allmer

65

Förderung der seelischen Gesundheit in Kitas in Quartieren mit besonderen Problemlagen

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Simone Beuter, Julia Lindenberg, Maike Rönnau-Böse

72

Partizipative Entwicklung von sozialraumorientierter Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten am Beispiel von »Gi-Kitas« – Gesund aufwachsen in Kindertagesstätten

Bianca Schmidt, Michaela Axt-Gadermann, Barbara Thumann, Holger Hassel

83

Qualifizierung und Qualitätssicherung in der Kita – am Beispiel von PALME

Matthias Franz, Helge Wallmeier

94

Audit Gesunde Kita – Gesundheitsförderndes Qualitätsmanagement in Kindertagesstätten

Susanne Borchert, Martina Kolbe

100

Gesundheitsförderung und Kompetenzsteigerung Jugendlicher – Eine Effectiveness-Studie zur schulbasierten, universalen Primärprävention »Lebenslust mit LARS&LISA«

Martin Hautzinger

108

GESUND LEBEN LERNEN – Netzwerk Schulen für Gesundheit 21

Monika Kislik, Ute Schmazinski-Damp

114

Integration täglicher Bewegung in den Schulalltag – Das Projekt »fit für pisa«

Elena Sterdt, Sebastian Liersch, Vicky Henze, Markus Röbl, Jörg Schnitzerling, Eckart Mayr, Christian Krauth, Thomas Suermann, Ulla Walter

120

Prävention von Essstörungen und Adipositas im Setting Schule – Das Thüringer Modell

Uwe Berger, Bianca Bormann, Christina Brix, Melanie Sowa, Katharina Wick, Dominique Schwartz, Bernhard Strauß

131

Erfahrungen bei der Implementierung von <i>Faustlos</i> Manfred Cierpka	139
Gesund aufwachsen (Teil 1) – Evidenz und Umsetzung verhaltens- und verhältnis- bezogener Prävention am Beispiel der Zahnmedizin Christian H. Splieth	146
Gesund aufwachsen (Teil 2) – Evidenz und Umsetzung verhaltens- und verhältnis- bezogener Prävention am Beispiel des Programms »GeKoKidS – Gesundheitskom- petenz bei Kindern in der Schule« Marco Franze, Konstanze Fendrich, Wolfgang Hoffmann und Christian H. Splieth	156
Innovative Ansätze zum Qualitätsmanagement für eine gesundheitsfördernde Schule Sebastian Liersch, Mustapha Sayed, Irmtraut Windel, Thomas Altgeld, Christian Krauth, Ulla Walter	164
Qualität schulischer Gesundheitsförderung: Erkennen, entwickeln, sichern Peter Paulus	175
04 » FAMILIE	182
Projekt WiEge: »Wie Elternschaft gelingt« (Fachhochschule Potsdam [FHP]) – Frühe Hilfen für hoch belastete Eltern mit Kindern von null bis zwei Jahren, Hilfsangebote zur Stärkung der Erziehungskompetenzen Bärbel Derksen	182
Der Eltern-Ordner »Gesund groß werden« zur U1 bis U9 und J1 Ute Fillinger	187
My home is my castle – Welche Zugangswege gibt es zu benachteiligten Familien? Hildegard Müller-Kohlenberg	191
»... dass sie mir den Weg gezeigt haben, dass sie auch mit mir gekommen sind« – Peerprojekte als Brücke zu Familien in schwierigen Lebenslagen Regina Stolzenberg	202
Wie der Praxistransfer gelingen kann – Nachhaltige Kooperation als Bedingung für kontextsensible Anpassung Sibylle Friedrich	210
Familienbasierte Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen – Kultursensibler Adaptationsprozess des Strengthening Families Program 10–14 in Deutschland Martin Stolle, Julian Stappenbeck, Astrid Wendell, Rainer Thomasius	218
»Die können ja nicht einmal Kartoffeln schälen!« – Akteurinnen und Akteure in der individuenbezogenen Prävention Brigitte Borrmann	227

**Qualitätssicherung im Setting Familie – Umsetzungserfahrungen aus dem Modellprojekt
»Pro Kind«**

Tilman Brand, Vivien Kurtz, Tanja Jungmann

230

05 » QUARTIER

238

GUT DRAUF in der Gemeinde – Nachhaltige Gesundheitsförderung im Rhein-Sieg-Kreis

Karsten Heusinger

238

Gesund und fit in Fürth – Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Stadtteil

Eva Göttlein

244

**Gesundheitsförderung im Stadtteil – Möglichkeiten und Herausforderungen des Zugangs
zu den Bewohnerinnen und Bewohnern**

Gesine Grande, Janka Große, Claudia Menkouo

248

**Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier – Anforderungen und Hürden einer
partizipativen Herangehensweise**

Waldemar Süß, Alf Trojan

259

**Gesundheitsförderung von Schulkindern im Wohnumfeld – Erhebung, Vernetzung,
Verbesserung des kommunalen Bewegungsraumangebots**

Hartmut Dunkelberg, Jürgen Schröder, Hans-Joachim Schemel

268

Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in Hamburger Stadtteilen

Christiane Färber, Petra Hofrichter

277

Gemeinsame Ziele, gemeinsames Lernen durch Partizipative Qualitätsentwicklung

Michael T. Wright

284

**Wie gelingen eine qualitätsgesicherte und nachhaltig wirksame Prävention und
Gesundheitsförderung im Quartier? Herausforderungen und Umsetzungserfolge**

Bettina Reimann

291

06 » ANHANG

298

Ergebnisprotokolle der Workshops

298

Tagungsprogramm

310

Moderatoren- und Referentenverzeichnis

312

01

Einleitung

» Eröffnungsrede: Mit generalisierbarem Präventionswissen zu evidenzgestützter Versorgungssteuerung

Elisabeth Pott

Sehr geehrte Damen und Herren, ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserer Tagung »Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier«. Zur Einstimmung möchte ich Ihnen einen kurzen Überblick zum Inhalt dieser Tagung geben. Zuvor möchte ich noch einmal ganz herzlich Frau Professor Walter, Frau Dr. Pawils und Herrn Dr. Nöcker dafür danken, dass wir gemeinsam das KNP-Projekt in guter Zusammenarbeit auf den Weg gebracht haben und auch diese Tagung zusammen vorbereiten konnten.

» Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen

Was die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen angeht, so möchte ich noch einmal in Erinnerung rufen, dass sich im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen sehr viel verändert hat. Während früher die akuten Kinderkrankheiten im Vordergrund standen, sind es heute die chronischen Krankheiten, die häufig früh im Kindesalter in Vorstufen beginnen und sich dann bis ins Erwachsenenalter weiterentwickeln.

Oftmals – wenn es zu Manifestationen kommt – sind sie nicht heilbar, sondern begleiten Menschen ihr Leben lang.

Besonders auffällig ist dabei, dass innerhalb der chronischen Erkrankungen eine Verschiebung von den somatischen zu den psychischen Erkrankungen stattgefunden hat. Das bedeutet, dass bereits viele Kinder psychisch auffällig sind. Wenn ich diese Situation hervorhebe, möchte ich andere wichtige Gesundheitsthemen des Kindesalters wie beispielsweise die unzureichende Impfung gegen Masern keineswegs in den Hintergrund drängen. Die skizzierte Entwicklung bzw. der skizzierte Trend ist jedoch von besonderer Bedeutung und sollte deshalb besondere Beachtung finden. Offensichtlich sind wir in unseren Maßnahmen auf diese Situation noch nicht hinreichend eingestellt. Wenn wir die Datenlage betrachten, können wir feststellen, dass 22 % der Kinder und Jugendlichen zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen, 5 % der Vorschulkinder sind bereits psychisch auffällig, und bei den Grundschulkindern steigen die Werte auf 9 %. Schon im frühen Kindesalter zeigen 20 % frühkindliche Regulationsstörungen, die nur in der Hälfte der Fälle vorübergehender Natur sind. In den anderen Fällen führen sie zu dauerhaften Störungen. Darüber hinaus treten bei 6 bis 8 % der Vorschulkinder Sprachentwicklungsstörungen auf. Dieser Prozentsatz beziffert die tatsächlich aufgefallenen Sprachentwicklungsstörungen, was jedoch nicht bedeutet, dass damit alle betroffenen Kinder erfasst sind. Diese Zahlen sind umso bedeutsamer, wenn man sich vor Augen führt, wie wichtig das Erlernen der Sprache für alle anderen Leistungen in der Schule ist und welch zentrale Voraussetzung die Sprach- und Sprechfähigkeit für die weitere Entwicklung und viele Schulfächer darstellt. Weiterhin stellen wir bei 20 % der Kinder und Jugendlichen unzureichende personale, soziale und familiäre Ressourcen fest. Das betrifft Kinder, die aus schwierigen Verhältnissen

kommen, und dadurch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt sind. Etwa 5 % der Kinder und Jugendlichen wachsen in Familienverhältnissen auf, in denen das Jugendamt intervenieren muss, um Gefährdungen abzuwenden.

Schon bei Eintritt in die Schule weisen 5 % der Kinder Teilleistungsstörungen, Lese- und Rechtschreibschwächen oder Rechenstörungen auf. Das heißt, diese Kinder haben von vornherein in der Schule sehr viel schlechtere Chancen und Voraussetzungen als andere. 9 % der Vorschulkinder sind bereits übergewichtig, und häufig haben es Kinder, die schon im Vorschulalter übergewichtig sind, sehr schwer, später ein Normalgewicht zu erreichen. Besonders belastend ist für Kinder mit erheblichem Übergewicht zudem, dass sie häufig ausgegrenzt und gehänselt werden und sich gerade im Sportunterricht sehr unwohl fühlen. Daraus resultiert oftmals eine lebenslange Abneigung gegen Sport. Genau diese Probleme gilt es mitzubedenken.

2,6 Millionen Kinder leben in Familien, in denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung aufweist. Doch uns stehen bis heute noch keine ausreichenden Systeme zur Verfügung, die bei einer Alkoholerkrankung eines Elternteils auch die Familie mit in die Behandlung oder Betreuung einbeziehen. Wir wissen jedoch, dass die Kinder, die in solchen Familien aufwachsen, besonders unter der Situation leiden und zudem sehr viel häufiger als andere Kinder später selbst ein Abhängigkeitsproblem entwickeln. Was das Thema Drogenabhängigkeit betrifft, leben 40.000 Kinder mit einem drogenabhängigen Elternteil. In diesem gesamten Datenüberblick noch nicht erfasst ist die Zahl der Kinder, die aus Familien kommen, in denen mindestens ein Kind psychisch krank ist. Auch hier zeigen sich vergleichsweise hohe Werte, die noch zu ergänzen sind, um die Belastungssituationen der Kinder, die besonders gefährdet sind, umfassend darzustellen.

Soziale Lage und Gesundheit

Die soziale Lage, in der Kinder aufwachsen, stellt eine ganz wesentliche Determinante für deren Gesundheit dar. Sie sagt uns etwas darüber aus, welche Chancen Kinder haben, gesund aufzuwachsen, und sie gibt uns auch Hinweise darauf, an welche Zielgruppe wir uns besonders wenden müssen. Kinder aus einkommensschwachen und bildungsfernen Familien haben insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychische Probleme als Gleichaltrige aus einkommensstarken Familien und aus Familien mit höherem Bildungsgrad. Der Bildungsstand spielt also eine wesentliche Rolle. Auch Alleinerziehende, Familien mit drei oder mehr Kindern, Familien mit Migrationshintergrund oder solche, in denen psychische Erkrankungen auftreten, sind betroffen. Diese hier skizzierten Lebenslagen werden auch im Gutachten des Sachverständigenrats von 2009 besonders hervorgehoben.

Folgekrankheiten und soziale Probleme, die auftreten, wenn diesen Gesundheitsrisiken und Gefahren nicht durch Prävention frühzeitig entgegengewirkt wird, führen nicht nur zu großem persönlichen Leid, sondern auch zu erheblichen Folgekosten.

Allein für Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe werden 24,6 Milliarden von Bund, Ländern und Kommunen ausgegeben, mit deutlichem Anstieg in den vergangenen Jahren. 6,4 Milliarden wenden die Träger für Hilfen zur Erziehung auf, 3,7 Milliarden davon entfielen auf die Unterbringung junger Menschen außerhalb des Elternhauses in Vollzeitpflege und Heim-erziehung. Für die sozialpädagogische Familienhilfe erhöhten sich die Ausgaben von 2007 bis 2008 um 21,3% auf rund 542 Millionen Euro, und für vorläufige Schutzmaßnahmen (Inobhutnahme) wurden im Jahr 2008 insgesamt 118 Millionen Euro aufgewendet. Das bedeutet, dass für die Intervention sehr viel

Geld zu einem relativ späten Zeitpunkt ausgegeben wird, nämlich erst dann, wenn die Probleme und gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits vorhanden sind. Hingegen wurden in die Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe nur 120 Millionen Euro im Jahr 2008 investiert. Das ist ein winziger Bruchteil der Gesamtausgaben, die entstehen, wenn Prävention nicht frühzeitig ansetzt.

Die Folgen fehlender Prävention lassen sich auch an der Betreuungsquote von Kindern und Jugendlichen ablesen. Im Jahr 2009 verließen 66.700 Jugendliche ohne Hauptschulabschluss die Schule. In Kitas werden 417.000 Kinder unter drei Jahren betreut, das entspricht einer Betreuungsquote von 20%. Erreicht werden soll im Jahr 2013 eine Betreuungsquote von 35%, doch besteht heute noch eine Lücke von circa 307.000 Kitaplätzen. Das ist besonders bedeutsam vor dem Hintergrund, dass gerade für Kinder aus besonders belasteten und gefährdeten Familien die Betreuung in einer Kindertagesstätte eine große Hilfe sein kann. Denn die umfassende Förderung, die in den betroffenen Familien nicht stattfinden kann, ist in den Kitas mithilfe von gut ausgebildetem Personal möglich. Die Strukturen weisen also noch deutliche Lücken auf, die gefüllt werden müssten. Zumal wir wissen, dass die Kinder, die ohne einen Hauptschulabschluss die Schule verlassen, besonders große Schwierigkeiten haben, einen Arbeitsplatz zu finden. Und das bedeutet, dass sie später an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden, weil ihre Chancen, in die Gesellschaft integriert zu werden und doch noch einen Arbeitsplatz zu finden, sehr viel schlechter sind als bei Kindern, die die Schule mit Abschluss verlassen. Einrichtungen wie Kindertagesstätten, Schulen, aber auch außerschulische Bildungsangebote, sind deshalb eine ganz wichtige Infrastruktur für Prävention.

Wenn wir noch einmal den Zusammenhang von Bildung und Gesundheit betrachten, so können wir feststellen, dass gesunde Kinder wesentlich bessere

Lernvoraussetzungen haben, dass sie sich besser konzentrieren können, dass sie motivierter und neugieriger sind. Dadurch erzielen sie im Bildungssystem – unabhängig von der Art des Bildungsangebots – höhere Lernerfolge und können die Anforderungen des Systems besser bewältigen. Auf diese Weise steigt die Bildung und führt durch umfassenderes Wissen und größere Kompetenzen zu umso größeren Lernerfolgen. Diese bessere Bildungssituation hat wiederum gesteigertes Wohlbefinden, geringeres Risikoverhalten und damit auch eine bessere Gesundheit zur Folge.

Dieser Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung wird in den Bildungseinrichtungen noch zu wenig wahrgenommen. Aus diesem Grund ist eine Diskussion dieser Thematik und der Bereiche, auf die besonderes Augenmerk gerichtet werden muss, im Rahmen der Tagung von zentraler Bedeutung.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass derzeit erhebliche finanzielle Mittel vorwiegend in den kostenintensiven Bereich der Intervention fließen, die sich auf die Korrektur von Folgen der Fehlentwicklungen beziehen. Diese Folgekosten könnten deutlich reduziert werden, wenn die Prävention gestärkt und damit die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von Anfang an gefördert würde. Dazu ist es wichtig, dass Forschungsprojekte wie KNP (Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung) belegen, dass Prävention wirkt.

Unübersichtlichkeit bezüglich der Handlungsfelder, der Anbieterinnen und Anbieter und der Vorgehensweisen fest. Es gibt zahllose Projekte und Maßnahmen, die sich jedoch stark unterscheiden. Sie variieren hinsichtlich der Qualität, passen teilweise nicht zusammen oder verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen, die sich auch gegenseitig konterkarieren können. Das ist eine Ausgangssituation, die es zu verbessern gilt. Die vorhandenen Präventionsmaßnahmen decken den Bedarf bei Weitem nicht. Die Wirkungssicherung ist außerordentlich gering ausgeprägt und die Konkurrenz unter Anbieterinnen und Anbietern sowie Trägerinnen und Trägern führt häufig dazu, dass nicht die geeignetste Maßnahme eingesetzt wird, sondern diejenige, deren Werbeeffect am erfolgreichsten zu sein scheint. Die verschiedenen Angebote stehen relativ isoliert nebeneinander: Dazu gehören u. a. Angebote aus dem Gesundheitswesen, dem Sozial- oder dem Bildungswesen. Es mangelt an evidenzgestützter Versorgungssteuerung und die Hürden bei der Qualitätssicherung sind hoch. Gerade Letztere ist in Deutschland immer noch kein fest etablierter Bestandteil innerhalb der Prävention, da stehen wir noch ganz am Anfang. Notwendig für erfolgreiche Prävention sind aber gut vernetzte Angebote, die konzeptionskonform zusammenarbeiten.

2007 wurden von staatlichen Stellen 419 Präventionsprogramme allein in den Bereichen Ernährung und Bewegung für Kinder und Jugendliche angeboten oder gefördert. Dazu hat der Sachverständigenrat im Sondergutachten 2009 eine Empfehlung ausgesprochen. Von dieser »Projektitis« müssen wir uns wegbewegen. Wir brauchen die Integration von qualitätsgesicherten Programmen in die Regelversorgung, und wir müssen uns von einer Gesundheitsförderung verabschieden, bei der zwar Maßnahmen innerhalb eines bestimmten Settings umgesetzt werden, ohne dass jedoch tatsächlich ein Settingansatz realisiert wird. Würde ein solcher Settingansatz verfolgt, würden damit auch gesundheitsfördernde

» Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

Betrachten wir die derzeitige Präventionslandschaft, so stellen wir eine große Heterogenität und

Strukturen entwickelt. Und genau das muss unser Ziel sein. In dieser Situation ist der BMBF-Förderschwerpunkt zur Präventionsforschung von besonderer Bedeutung, da hier auf wissenschaftlicher Basis neue, evidenzbasierte Konzepte, Programme und Zugangswege entwickelt werden, die Wirksamkeit der verschiedenen Interventionen evaluiert und damit auch ein Beitrag zur Methodenentwicklung und zur Evaluation der ökonomischen Effizienz von präventiven Maßnahmen geleistet wird. Jede Akteurin und jeder Akteur, die bzw. der längere Zeit in dem Feld arbeitet, weiß, dass Neuentwicklungen in der Anwendung von Methoden oft über lange Zeit nicht erfolgt sind. Vielmehr werden ausgetretene Pfade beschritten, wo Qualitätssicherung und Strukturbildung gefördert werden sollten. Für die in der Forschung und in der Praxis Tätigen handelt es sich somit um einen sehr wichtigen Förderschwerpunkt. Aus diesem Grund ist auch die Zusammenarbeit der drei Institutionen – der medizinischen Hochschule, des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – vereinbart worden. Ein Ergebnis dieser Zusammenarbeit ist diese Tagung, die die Bündelung und den Transfer der Forschungsergebnisse zum Ziel hat.

ist, dass dort, wo die Umsetzung der Ergebnisse stattfinden soll, Akzeptanz vorhanden ist. Des Weiteren ist eine Anpassung an die konkrete Situation vor Ort erforderlich. Viele Transferansätze scheitern, weil viele Konzepte aufgrund unterschiedlichster Bedingungen vor Ort nicht eins zu eins übertragbar sind und die Akteurinnen und Akteure nicht wissen, wie sie den Anpassungsprozess leisten sollen. Dabei müssen die Besonderheiten in der Infrastruktur berücksichtigt werden. Ein Beispiel dafür sind unterschiedliche Schulsysteme in den verschiedenen Bundesländern. Die notwendige Stärkung von institutions- und strukturübergreifender Vernetzung ist in unserem aktuellen System bislang nicht vorgesehen. Weder gibt es eine Finanzierung zur Stärkung von Vernetzung oder eine institutionsübergreifende Fortbildung, die eine Vernetzung besser ermöglicht, noch gibt es ein Konzept für gemeinsames Arbeiten. Alle diese Defizite gilt es abzubauen.

Welche Instrumente können bei der Übertragung von konkreten Maßnahmen und Angeboten zum Gelingen des Transfer beitragen?

Beispielsweise können Manuale hilfreich sein, die beschreiben, unter welchen Bedingungen welches Projekt gelingen kann, oder ein Instrumentenkasten, in dem sich brauchbare Instrumente befinden, die sich leicht anwenden lassen. Zentral ist auch die Erläuterung von Wegen zur dauerhaften Verankerung von Maßnahmen, um Nachhaltigkeit zu erzielen. Anreize zur Anwendung und Umsetzung evidenzbasierter Maßnahmen und Programme können Kosten-Nutzen-Berechnungen und die Darstellung der Wirksamkeit der Erfolge sein.

Was aber wollen wir langfristig erreichen? Wir wollen erreichen, dass die notwendigen Voraussetzungen für eine evidenzgestützte Steuerung in der Prävention geschaffen werden. Im Versorgungssystem der Behandlung gibt es entsprechende Ansätze schon seit längerer Zeit. Zudem wollen wir Einzeluntersuchungen zu generalisierbarem Präventionswis-

Langzeitperspektive der Prävention

Damit die Forschungsergebnisse Wirkung in der Breite zeigen, brauchen wir Strategien, um Transfer bestmöglich zu organisieren. Auch diese Strategien sind noch keine Selbstverständlichkeit.

Was aber sind die Voraussetzungen dafür, dass dieser Transfer gelingen kann? Das Entscheidende

sen zusammenführen. Das bedeutet, dass aus den Beobachtungen, Erfahrungen und Ergebnissen der einzelnen Maßnahmen eine generalisierbare Präventionsstrategie abgeleitet wird, die sich weiterentwickeln lässt. Eine solche kontinuierliche Weiterentwicklung ist vor allem deshalb wichtig, da sich Rahmenbedingungen, Wissen wie auch Kommunikationsmethoden und -strategien in einem stetigen Veränderungsprozess befinden. Perspektivisch betrachtet wollen wir einen dauerhaften Prozess mit nachhaltigen Präventionseffekten auf den Weg bringen. Nachhaltige Prävention ist ein großes Ziel. Es sind noch viele gemeinsame Anstrengungen notwendig, um es zu erreichen.

Literatur

RKI (2008): KiGGS-Studie »Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland«. Robert Koch-Institut, Berlin.

SVR (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens. Download unter <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf>. Zugriff am 16.03.2012.

Universität Bielefeld (2008): BELLA: Eine Studie zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Internet: <http://bella-studie.de>. Zugriff am 16.03. 2012.

» Gesundheit als notwendige Basis für Bildung

Ulla Walter

Sehr geehrte Damen und Herren, ich freue mich, Sie heute zu unserer KNP-Jahrestagung »Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier« begrüßen zu dürfen.

Zunächst möchte ich ein Thema aufgreifen, das Frau Professorin Pott bereits vertieft hat – die Beziehung zwischen Bildung und Gesundheit –, und es in umgekehrter Blickrichtung betrachten: Welche Auswirkungen hat Gesundheit auf Bildung? Zudem möchte ich den Blick auf die Lebensräume lenken, mit denen wir uns auf dieser Tagung befassen. Damit eng verbunden sind Anforderungen und Hürden, die bei einer Implementation, auch bei einer Übernahme von Programmen, zu berücksichtigen sind, aber auch erforderliche wie unnötige Anpassungen bei einem Transfer von Interventionen sowie die Qualitätssicherung von Programmen.

Bildung und Gesundheit sind wechselseitig aufeinander bezogen. Wir wissen, dass eine geringere Bildung zu einer schlechteren Gesundheit beiträgt. Wir wissen aber auch, dass umgekehrt eine schlechte Gesundheit zu einer geringeren Bildung führen kann. In einer aktuell erschienenen Studie der WHO (Suhrcke und de Paz Nieves 2011), in der über 50 Beiträge der Literatur ausgewertet wurden, konnte aufgezeigt werden, dass der allgemeine Gesundheitsstatus im Kindesalter einen positiven Einfluss auf den Bildungsgang und den Bildungsabschluss hat. Das bedeutet, dass Krankheit den individuellen Verlauf im Bildungswesen beeinträchtigt. Kinder, die krank sind, verbleiben mitunter bis zu einem Drittel der Zeit länger im Bildungssystem als gesunde Kinder. Letztere schließen die Schule mit einem höheren Bildungsgrad ab. Weiter konnte gezeigt werden, dass

insbesondere Rauchen und unzureichende Ernährung einen negativen Effekt auf die Bildung haben. Dieser Effekt ist sogar größer als bei Alkohol- und Drogenkonsum, was eventuell jedoch der aktuell vorhandenen Studienlage geschuldet ist. Einen positiven Einfluss auf schulische Leistungen hat hingegen körperliche Aktivität, während Adipositas und Übergewicht negativ mit Bildung assoziiert sind.

In allen Studien, die in dem Review ausgewertet wurden, hat man versucht, einen kausalen Zusammenhang zwischen Bildung und möglichen Einflussfaktoren herzustellen. So zeigte sich über die genannten Ergebnisse hinaus, dass Adipositas und Übergewicht negativ mit Bildung verbunden sind. Auch Schlafprobleme, die im Kindesalter häufig auftreten, können die schulische Leistung behindern.

Weniger erforscht ist, wie sich Angst und Depressionen auf die Bildung auswirken. Asthma wiederum als eine chronische Erkrankung zeigt zumindest in den vorliegenden Studien keinen Effekt auf die schulischen Leistungen. Diese und auch andere Faktoren betreffend, gibt es sicherlich noch Forschungsbedarf.

Die Ergebnisse stammen – wie so oft – vorwiegend aus den USA. Seit 2001 liegen allerdings vermehrt europäische Studien vor. Die Datenlage, so schlussfolgern die Autoren, zeigt hinreichende Evidenz dafür, dass sich Gesundheit auf Bildung kausal auswirkt. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, nicht nur in Bildung, sondern auch von Beginn an in Gesundheit zu investieren. Und das bedeutet: Investitionen in die Familie, in die Kita, in die Schule und in das Quartier. Genau das sind die Lebenswelten, die

auf der Agenda unserer Tagung stehen und die aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Dabei haben wir Kinder bis zum Alter von zwölf Jahren in den Fokus gerückt.

Gesundheitsfördernde Lebensräume für Kinder

Einleitend seien die für Kinder zentralen Lebensbereiche und Lebensräume skizziert, die auf der Tagung vertiefend betrachtet werden.

In den Kitas lässt sich seit einigen Jahren ein wachsendes Interesse an gesundheitsbezogenen Themen feststellen. Eine erste Bestandsaufnahme bietet eine Erhebung der BZgA und des UKE (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), in der 643 Kitas befragt wurden [Kliche et al. 2008]. Darin zeigt sich sehr deutlich, dass die befragten Kitas sehr viele Aktivitäten im Bereich Bewegung – auch in der Natur oder in Form von Verkehrserziehung – anbieten. Ganz oben auf der Agenda der Kitas steht zudem das Thema Zahngesundheit. Auch Themen wie Ernährung oder Sprachförderung sind von zentraler Bedeutung. Immerhin über zwei Drittel der Kitas bieten den Kindern Sprachförderung an. Wie wichtig es ist, die Sprache der Kinder zu fördern, darauf hat bereits Frau Professorin Pott aufmerksam gemacht. Insgesamt führen die Kitas zahlreiche Projekte zu gesundheitsrelevanten Themen durch. Einen Überblick über laufende Aktivitäten in Kitas gibt die Abbildung 1.

Die Studie hat auch ergeben, dass Kitas innerhalb der Stadtteile nicht sehr stark vernetzt sind und wenig mit anderen Partnern kooperieren. Außerdem zeigt sich, dass es zwar viele Einzelprojekte und vielfältige individuelle pädagogische Ansätze gibt, aber

wenige Programme und Maßnahmen, die evaluiert worden sind. Was wir brauchen, ist ein verstärkter Einsatz von Beobachtungsinstrumenten für Fachkräfte sowie eine stärkere Vernetzung mit Versorgungsakteuren und Kooperationspartnern auf kommunaler Ebene vor Ort. Dazu können auch Schulen und Arztpraxen gehören.

Die Schulen – der zweite zentrale Lebensraum, den wir auf dieser Tagung betrachten – sind auf diesem Gebiet schon einige Schritte weiter. Hier gibt es zahlreiche Projekte und Modellprojekte auch mit bundesweiter Ausrichtung. Es liegen umfassende Setting- und Gesundheitsförderungsansätze vor, in die externe Fachkräfte eingebunden sind. Viele Programme sind evaluiert und langjährig erprobt. Hierzu zählen MindMatters zur Förderung der psychischen Gesundheit, »starke vielfalt – Integration MIT Migranten«, PriMA – Primärprävention Magersucht [Berger et al. 2008], Faustlos zur Gewaltprävention [Cierpka und Schick 2011], LARS&LISA zur Prävention von Depression [Pössel et al. 2005] und viele weitere.

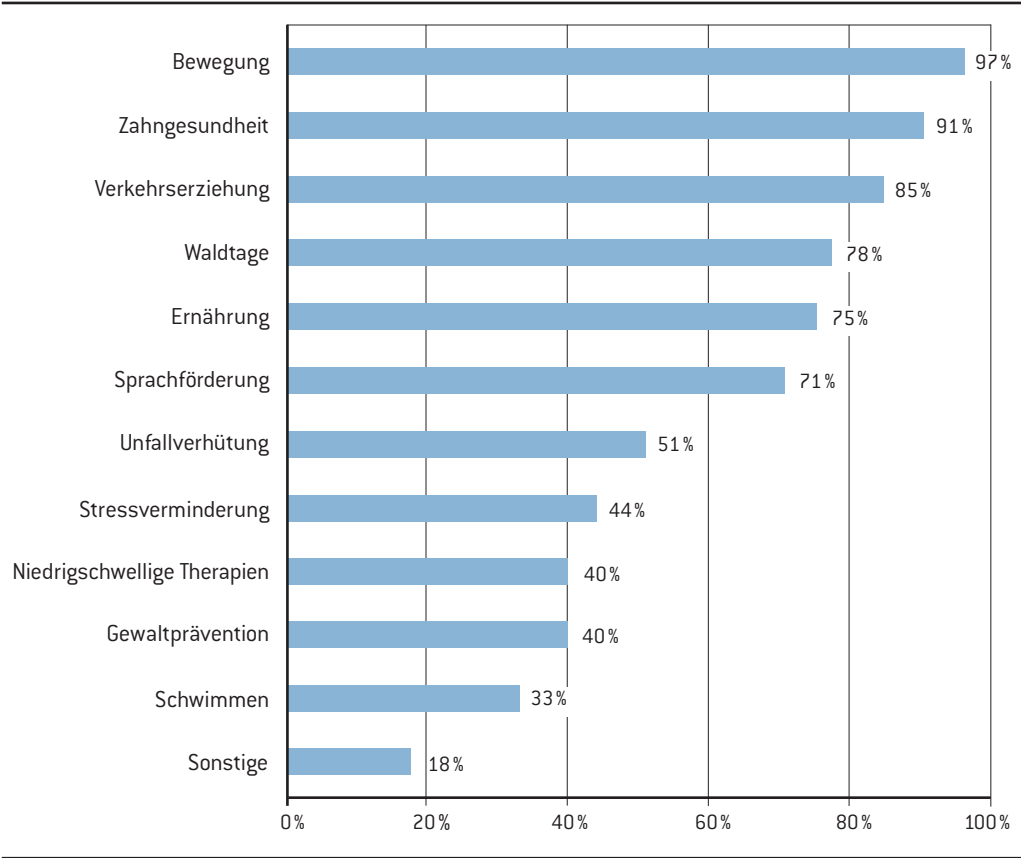
Gleichwohl gibt es nur wenige explizit gesundheitsfördernde Schulen, das heißt Schulen, in die das Thema Gesundheit als fester und konstanter Bestandteil integriert ist. Immer noch herrscht die allseits gelebte »Projektitis« vor, das heißt, es existieren viele Einzel- und Modellprojekte; ein Projekt folgt auf das andere. Was wir brauchen, ist eine langfristige Integration in die Schule ohne Modellcharakter. Sicherlich ist es auch ein Manko, dass die Eltern noch nicht ausreichend in den Lebensraum Schule einbezogen sind.

Der dritte Bereich, den wir in den Blick nehmen, ist die Familie. Die Programme, die sich hierauf konzentrieren, sind auf die Individuen gerichtet. Häufig werden Präventionsmaßnahmen unkoordiniert ergriffen. Es gibt Programme zur Wissensvermittlung, Programme zur Verhaltensänderung und zur Förderung der Elternkompetenz. Darunter gibt es Modellprojek-

te, von denen jedoch nur einige wenige evaluiert sind. Ein gutes Beispiel aus dem BMBF-Forschungsschwerpunkt wird nachfolgend vorgestellt, das Projekt »PALME – Präventives Elterntaining für alleinerziehende Mütter, geleitet von ErzieherInnen« (Franz et al. 2009). Es fehlt also auch im Bereich Familie durchaus noch an Koordination und Evaluation.

Wie sieht es im Quartier aus? Zu diesem Lebensraum liegt eine recht gute Datenlage vor. Zunehmende Evidenz besteht bezüglich des Einflusses der Umgebungsfaktoren. So ist es wichtig, die Stadtteile

bewegungsförderlich und barrierearm zu gestalten (Sallis und Glanz 2009). Wir wissen zudem, welche Strukturen es in den Quartieren gibt und wie die sozialen Netzwerke gestaltet sind. Es handelt sich hier um primär verhältnisorientierte Ansätze, die realisiert werden und auch weiterhin realisiert werden müssen. Die klassischen Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, Unfallprävention etc. sind hier mit Angeboten und Maßnahmen vertreten. Innerhalb einiger dieser Projekte sind Handlungskonzepte entwickelt worden, die



➤ Abb. 1: Laufende Aktivitäten in Kitas (N = 643) [Kliche et al. 2008]

Strategiepapiere mit Fokus auf Kinder und Jugendliche	Strategiepapiere ohne Fokus auf Kinder und Jugendliche	Förderprogramme mit Fokus auf Kinder und Jugendliche	Förderprogramme ohne Fokus auf Kinder und Jugendliche
2001 BMFSFJ: Jugendpoliti- sches Regierungspro- gramm »Chancen im Wandel«	1999 BMFSFJ: »Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen«	1950 BMFSFJ: »Kinder- und Jugendplan des Bundes [KJP]«	2005 BMG: »Bewegung und Gesundheit«
2003 BMFSFJ: »Aktionsplan zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung«	2001 BMAS: »Nationaler Akti- onsplan für Deutschland zur Bekämpfung von Armut und sozialer Aus- grenzung«	2006 BMFSFJ: »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarn- systeme«	2008 BMG, BMELV: »IN FORM«
2005 Bundesregierung: Natio- naler Aktionsplan »Für ein kindergerechtes Deutschland«	2003 BMG: »Aktionsplan Dro- gen und Sucht«	2008 BMFSFJ: »Aktionspro- gramm Kindertages- pflege«	2008 Kanzleramt: »Nationaler Integrationsplan«
2008 Bundesregierung: »Stra- tegie der Bundesregie- rung zur Förderung der Kindergesundheit«	2007 BMFSFJ: »Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen«		
2008 RKI, BZgA: »Erkennen – Bewerten – Handeln«	2007 BMELV: »Aktionsplan gegen Allergien«		

Tab. 1: Präventionspolitisch relevante Programme des Bundes (Quelle: SVR 2009)

den gesamten Stadtteil einbeziehen. Einige Beispiele werden im Folgenden präsentiert. Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Quartiere ist es, dass auch Berufsfelder sowie Akteurinnen und Akteure eingebunden werden, die bislang eher wenig mit Gesundheit zu tun hatten. Dazu gehören zum Beispiel die Kommunalverwaltungen oder Architektinnen und Architekten (Böhme et al. 2012).

Bemerkenswert ist, wie viele Aktivitäten es auf Landes- und Kommunalebene gibt. Das geht nicht zuletzt aus einem Gutachten hervor, das der Sachverständigenrat 2009 erstellt hat. Um einen Überblick über Angebote im Bereich Kinder und Jugend zu erhalten, wurden über 70 Ministerien, Krankenkassen und andere Akteurinnen und Akteure angefragt. Von 36 liegen Antworten vor, und diese 36 offerieren immerhin 419 Programme (siehe Tabelle 1). Möglicher-

weise gibt es doppelte Nennungen, aber dennoch zeigt sich daran bereits eine nahezu unüberschaubare Fülle an Angeboten und Projekten. Deutlich wird, dass es nur wenig Transparenz gibt. Es mangelt vor allem an ausreichender Koordination und damit an einer grundlegenden Koordinationskultur.

Gesundheitsprogramme der Zukunft

Bereits wiederholt war von Programmen die Rede. Wie aber wird ein »Programm« definiert? Ein Programm ist im engeren Sinne etwas, das wiederholt wird, also durch eine standardisierte Vorgehensweise charakterisiert ist. Es steht gewissermaßen eine »Interventionsschablone« zur Verfügung. In sehr ausgeprägter und optimaler Form liegt ein ausgearbeitetes Handbuch vor, in dem die Zielsetzungen, die Einsatzbedingungen und die notwendigen Qualifikationen der Professionellen festgelegt sind. Festgehalten werden sollte darin auch, wie Module gestaltet werden, wie und welche aufeinander folgen sollten und welche Kombinationen möglich sind (Kliche et al. 2011). Strukturierten Programmen stehen auf der anderen Seite ganz offene, nur punktuell umgrenzte Angebote gegenüber, wie sie in Stadtteilen oder anderen Settings umgesetzt werden. Zwischen diesen beiden Polen bewegt sich die Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei bietet sich eine breite Palette dar, der wir uns auch auf dieser Tagung widmen.

Gute Beispiele für strukturierte Programme sind u. a. Lebenskompetenzprogramme für Kinder. Das sind Programme mit theoretischer Fundierung. Viele von ihnen wurden zudem evaluiert (Bühler und Hep-

pekausen 2005). Inzwischen liegen Lebenskompetenzprogramme in sehr vielen Bereichen vor. Dazu gehören: Substanzmissbrauch, Gewalt, Sexualverhalten, Essstörung, Depression, Angst, Suizid oder auch der Straßenverkehr (siehe Abbildung 2).

Die Struktur dieser Programme gewährleistet, dass sie transparent und steuerbar sind. Die Schulen wiederum garantieren eine hohe Professionalisierung. Zu den Erfolgskriterien solcher Programme gehört, dass sie theoretisch fundiert sind, vielfältige Methoden einsetzen, zahlreiche Komponenten aus verschiedenen Lebensbereichen zusammenführen, die vorhandenen Ressourcen nutzen und diese stärken. Zudem wird Nachhaltigkeit durch Wiederholungen und durch den Aufbau von positiven Beziehungen zwischen Gleichaltrigen und Erwachsenen sichergestellt. Erfolgreiche Programme setzen genau im richtigen Alter an. Ganz wichtig ist vor allem, dass sie von gut geschulten und motivierten Personen durchgeführt werden (Nations et al. 2003). Wenn diese Erfolgskriterien erfüllt sind, kann ein Programm Wirkung erzielen.

Ein häufiges Problem ist, dass derart strukturierte Programme mit festgelegten Erfolgskriterien häufig in der Breite nicht programmgetreu umgesetzt werden. Dies ist durchaus verständlich, denn: Programme, die eher inflexibel sind, treffen auf Widerstand bei den Lehrerinnen und Lehrern sowie den Erzieherinnen und Erziehern. Kennen sie in der Kita oder in der Schule ihre Kinder nicht am besten und wissen, was sie brauchen? Vielfältige Anforderungen konkurrieren, sodass oft nicht so viel Zeit für das vollständige Programm, sondern nur einzelne Stunden zur Verfügung stehen. Viele Einrichtungen möchten zudem gern ein Programm unter ihrem eigenen Label anbieten und auch eigene Materialien erstellen (Kliche et al. 2011). So wird das durchaus als gut wahrgenommene Programm schnell mal angepasst. Nach Hinweisen aus der Literatur werden in über 50% der Fälle Programme verändert. Es wird etwas weggelas-

sen oder hinzugefügt, mitunter wird auch das Personal nicht so geschult, wie es sein sollte. Es werden also Anwendungsbedingungen missachtet oder in einen anderen Kontext transferiert – in eine andere

Zielgruppe, eine andere Altersgruppe oder ein anderes Setting, zum Beispiel von der Schule in ein Freizeitheim. Schon ist es ein anderes Gefüge, dessen Wirksamkeit in dieser Form und in diesem Kontext

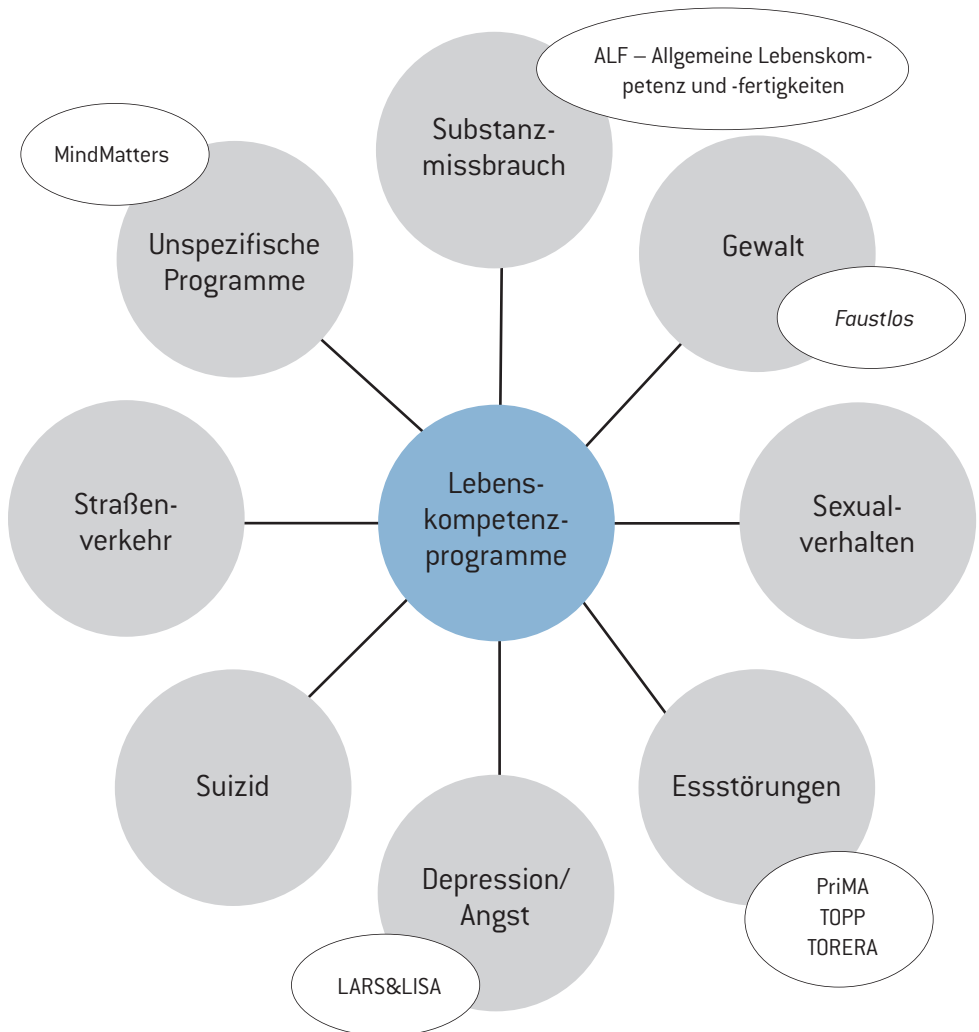


Abb. 2: Präventionsprogramme mit einem lebenskompetenzbezogenen Ansatz – Handlungsbereiche und Beispiele

gar nicht überprüft worden ist. Zu den Schlüsselementen erfolgreicher Implementation gehört, die Teilnehmerbedürfnisse und die lokalen Bedingungen zu berücksichtigen und zu ermöglichen, dass eigene Materialien entwickelt werden. Programme sollten zukünftig diese Flexibilität zulassen. Nur dann kann breitflächige Implementation von Programmen gelingen (Kliche et al. 2011).

Die Frage ist, wie wir aus diesem Dilemma herauskommen. Letztendlich wissen wir über die Programmtreue noch viel zu wenig. In einer Überblicksstudie von 2003 wurde geschätzt, dass etwa 6 bis 20% der Studien überhaupt die Programmtreue ermitteln. Doch wir wissen recht wenig darüber, unter welchen Bedingungen sich das Outcome von Interventionen verändert und welche genau die kritischen Programmelemente sind. Welche sind erforderlich, welche sind peripher (Century et al. 2010)? Vielleicht benötigen wir mehr einfach aufgebaute und flexibel übertragbare Programme, deren Kernelemente jedoch ganz klar definiert und festgelegt sind.

Die beschriebenen Anforderungen und möglichen Hürden führen uns zu folgenden Fragen, die auch im Rahmen der Tagung erörtert werden:

Welche Schwierigkeiten wirft der Einsatz strukturierter Programme in den einzelnen Lebensräumen auf? Welche Anforderungen braucht ein Programm, damit es eingesetzt werden und wirksam werden kann? Und: Ist nach dem Programm vielleicht vor dem Programm? Wir haben von der »Projektitis« gesprochen, bei der ein Programm auf das nächste folgt – mit der Konsequenz, dass die Einrichtungen »Stopp« sagen: Wir sind übersättigt, es geht nicht mehr, und eine Wiederholung ist erst recht nicht möglich.

Weitere zentrale Fragen betreffen die Anpassung der Programme: Können wir über Programme Strukturen verändern? Wie groß muss und kann eigentlich der Spielraum sein, um ein Programm an örtliche

Bedingungen anzupassen? Wie bringe ich das in Erfahrung? Was hat sich bewährt, was ist veränderungsbedürftig? Und wenn ich etwas anpasse, was muss ich bedenken, wer muss überhaupt einbezogen werden? Die Programmgestalterinnen und -gestalter oder meine Einrichtung? Die Schülerinnen und Schüler? Und wo liegen die Grenzen?

Der letzte Aspekt, den wir in der Tagung beleuchten, ist die Qualitätssicherung. In Deutschland stehen uns Instrumente zur Verfügung, die jedoch noch nicht flächendeckend angewendet werden. Die Frage ist natürlich, warum nicht? Welche Mittel und Methoden liegen vor? Welche eignen sich, welche möglicherweise nicht? Welchen Nutzen bringen diese Methoden für die einzelnen Lebensräume? Und wie sieht es aus mit der partizipativen Qualitätssicherung? Inwieweit kann diese genutzt werden?

Wir widmen uns auf der Tagung vier Lebensbereichen – Kita, Schule, Familie, Quartier –, in denen wir jeweils die oben genannten Aspekte betrachten möchten: die Anforderungen und Hürden von Programmen, von sehr strukturierten bis zu offeneren, weiter gefassten Maßnahmen sowie Fragen der Anpassung und der Qualitätssicherung.

Die Projekte, die wir für eine Präsentation für diese Tagung ausgewählt haben, stammen zum Teil aus dem Förderschwerpunkt Präventionsforschung.

Dieser Förderschwerpunkt ist erstmals vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit Fokus auf die primäre Prävention und Gesundheitsförderung eingerichtet worden. Von 2004 bis 2012 sind insgesamt 60 Projekte gefördert worden. Von Beginn an wurden bei all diesen Projekten die Wissenschaft und ein oder mehrere Praxispartnerinnen und -partner eng miteinander verbunden. Die Praxispartnerinnen und -partner umfassen nahezu alle Akteurinnen und Akteure im Feld, insgesamt über 360 auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Alle Lebensräume von Kindern und Jugendlichen – von der Kita, über die Schule bis hin zum

Betrieb – sind dabei vertreten. Zudem findet sich die ganze Themenpalette, die von Bewegung und Ernährung, über Stress bis hin zu Sucht reicht, wobei Verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze im Forschungsschwerpunkt untersucht werden. Ziel ist es dabei, gesundheitliche Ungleichheit zu minimieren, wirksame Methoden zu entwickeln, neue Zugänge zu erproben und die Wirksamkeit von Interventionen zu evaluieren [Walter et al. 2011].

Im Rahmen von KNP (Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung) werden wir mit den drei beteiligten Einrichtungen – der Medizinischen Hochschule Hannover, des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – die Ergebnisse strukturieren und in Praxis, Politik und Wissenschaft hineintragen. Politik und Praxis möchten wir auch auf unseren jährlichen Strategietreffen und auf dieser Jahrestagung mithilfe verschiedener Organe weiter vernetzen.

» Abschließende Hinweise

Im Public Health Forum, einer niedrigschwelligen Zeitschrift für Expertinnen und Experten sowie Entscheidungsträgerinnen und -träger im Gesundheitswesen, sind die Projekte für Kinder und Jugendliche nochmals gebündelt vorgestellt [Public Health Forum 2011]. Im Rahmen eines Schwerpunktthefts werden die Programme aus diesem Bereich zusammengeführt [Journal of Public Health 2011]. Im Jahr 2012 erscheint ein Sonderheft, das weitere BMBF-Projekte zur eher strukturellen Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aufgreift. Um den Aspekt Ökonomie nicht außer Acht zu lassen: In der Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung wurde ein Schwerpunkttheft von KNP zur

Ökonomie und Prävention veröffentlicht [Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung 2011].

Herzlichen Dank an die Arbeitsgruppe Politiktransfer, die sich der Projekte zur Förderung der Gesundheit von Kindern angenommen hat und diese für unsere Broschüre in einer Übersicht so aufbereitet hat, dass die von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern vorgelegten Ergebnisse in verständlicher Sprache für die Politik formuliert sind.

An die Politik und an die Förderinnen und Förderer werden wir drei Memoranden adressieren. Das erste, das dem BMBF übergeben wird, beschäftigt sich mit der Frage, wie der Prozess der Forschungsförderung zwischen Wissenschaft und Praxis gestaltet sein sollte. Das zweite erarbeitet die Präventionsthemen, die für eine weitere Forschungsförderung wichtig sind. Und das dritte, das wir auf die Agenda gesetzt haben, ist ein Memorandum, das der Frage nachgeht, wie Prävention in Deutschland bezüglich ihrer Struktur gestaltet sein sollte. Das sind große Herausforderungen, die wir sukzessive angehen.

Zum Abschluss danke ich dem Team, das die Vorbereitung und Durchführung dieser Tagung realisiert hat: Frau Svenja Dubben und Herrn Guido Nöcker von der BZgA, Frau Martina Plaumann, Frau Madlen Pomp und Frau Ortrud Michael von der MHH sowie Herrn Thomas Kliche und Frau Silke Pawils vom UKE. Ich danke auch allen Referenten und Referentinnen, allen Moderatoren und Moderatorinnen, die sich zur Verfügung gestellt haben und die große Aufgabe übernommen haben, die in zwei Tagen erarbeiteten Ergebnisse zu bündeln und in das Plenum einzubringen.

» Literatur

- Berger, U., Ziegler, P., Strauß, B. (2008): PriMa für Barbie: Formative Evaluation eines Programms zur Primärprävention von Magersucht bei Mädchen ab der 6. Klasse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54, S. 32–45.
- Böhme, C., Kliemke, C., Reimann, B., Süß, W. (2012): *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*. Huber, Bern.
- Bühler, A., Hepekausen, K. (2005): Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Century et al. (2010): A framework for measuring fidelity of implementation. A foundation for shared language and accumulation of knowledge. *American Journal of Evaluation*, 31 (2), pp. 199–218.
- Cierpka, M., Schick, A. (Hrsg.) (2011): *Faustlos – Ein Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention für die Sekundarstufe*. Hogrefe, Göttingen.
- Franz, M., Weihrauch, L., Buddenberg, T., Schäfer, R. (2009): PALME: Wirksamkeit eines bindungsorientierten Elterstrainings für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder. *Psychotherapeut*, 54, S. 357–369.
- Kliche, T., Gesell, S., Nyenhuis, N., Bodansky, A., Deu, A., Linde, K., Neuhaus, M., Post, M., Weitkamp, K., Töppich, J., Koch, U. (2008): *Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen*. Juventa, Weinheim, München.
- Kliche, T., Plaumann, M., Nöcker, G., Dubben, S., Walter, U. (2011): Disease prevention and health promotion programs: benefits, implementation, quality assurance and open questions – a summary of the evidence. *Journal of Public Health*, 19 (4), pp. 283–292.
- Pössel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G., Hautzinger, M. (2005): Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, S. 982–994.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009. Nomos.
- Sallis, J. F., Glanz, K. (2009): Physical Activity and Food Environments: Solutions to the Obesity Epidemic. *The Milbank Quarterly*, 87, pp. 123–154.
- Suhrcke, M., de Paz Nieves, C. (2011): The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Walter, U., Plaumann, M., Dubben, S., Nöcker, G., Pawils, S., Koch, U. (2011): *Wirksamkeit, Qualität und Transfer: Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung durch Forschung*. Der BMBF-Förderschwerpunkt Präventionsforschung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136 (28/29), S. 1488–1492.

Schwerpunktheft

- Schwerpunktheft »Prävention bei Kindern und Jugendlichen« (2010): *Public Health Forum*, 18 (69).
- Schwerpunktheft »Gesundheitsökonomie und Prävention« (2011): *Prävention und Gesundheitsförderung*, 6 (2).
- Schwerpunktheft »Prevention programmes for children and adolescents« (2011), *Journal of Public Health*, 19 (4).

»Bottom-up«- und »Top-down«-Programme: Plädoyer für eine Strategie der parallelen Ziel- verfolgung (»parallel tracking«)¹

Glenn Laverack

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Tagung kommen sowohl aus dem akademischen und praxisorientierten Bereich als auch aus dem Politik- und Planungssektor der Gesundheitsförderung. Das ist einzigartig, denn normalerweise, wenn ich Reden halte oder an Diskussionen teilnehme, treffe ich entweder auf Akademikerinnen und Akademiker oder auf Praktikerinnen und Praktiker. Aus diesem Grund halte ich Zusammenkünfte wie diese, bei denen Vertreterinnen und Vertreter aller Bereiche zusammenarbeiten, für sehr wichtig. Vielleicht kann ich Sie heute ein wenig zum Nachdenken anregen, auf jeden Fall wird das, worüber ich – auch provokativ – reden werde, Anlass für Diskussionen bieten. Vieles davon ist theoriegestützt, evidenzbasiert und praxiserprobt. Fokussieren werde ich deshalb auf diejenigen Bereiche, in denen noch viel Arbeit geleistet werden muss.

Das, worüber ich sprechen werde, ist nicht nur in den westlichen Ländern, sondern auch weltweit ein hoch aktuelles Thema. Letzte Woche war ich in Österreich; ich war in Schweden und werde nach Estland und Norwegen reisen, und überall sprechen wir über genau das gleiche Anliegen, auch wenn sich jedes Land auf seine ganz spezifische Weise mit der Thematik befasst. Die zentrale Frage ist, wie wir die Ergebnisse aus Theorie, Praxis und Forschung dazu verwenden, Empowerment umzusetzen.

Dabei handelt es sich um ein Konzept, das nicht ohne Grund bereits vor der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung im Jahr 1986 in die Public-Health-Literatur Eingang gefunden hat und vermutlich sogar bis zur Alma-Ata-Deklaration zurückreicht. Während der vergangenen zehn Jahre waren wir in der Lage, dieses Konzept auszuarbeiten; und nun beginnen wir damit, es in die Praxis umsetzen. Ich würde Ihnen dies gern am Beispiel von Deutschland verdeutlichen.

Wenn wir über Gesundheitsförderung sprechen, dann reden wir sowohl über ein Konzept als auch – wie einige einwenden würden – über eine Philosophie. Gesundheitsförderung besteht aus einer Reihe von Prinzipien, die darauf ausgerichtet sind, Menschen zu befähigen, die Kontrolle über ihr Leben und ihre Gesundheit zu übernehmen. Darüber hinaus umfasst Gesundheitsförderung in der Praxis eine Reihe von politisch orientierten Herangehensweisen und Ansätzen der Kommunikations- und Ressourcenförderung, die innerhalb eines spezifischen Programmkontextes umgesetzt werden. Als Grundlagentexte für solches »Empowerment« dienen etwa die Ottawa-Charta oder die Bangkok-Charta.

Da ich sowohl im akademischen als auch im Praxisbereich der Gesundheitsförderung tätig bin, beziehe ich immer den praktischen Aspekt mit ein, wenn

1 Die Übersetzung aus dem Englischen besorgten Sabine Götte und Isabell Chumi.

ich mich zum Thema Gesundheitsförderung äußere. Doch wie übertragen wir das eben Gesagte auf die tägliche Praxis der Gesundheitsförderung? Wir sollten diesbezüglich nicht nur über die Konzepte und Theorien nachdenken, sondern vielmehr über die praktischen Aspekte.

»Empowerment« umfasst die individuelle, die organisationale, die familiäre und die gemeindebezogene Ebene. Es ist ein gängiger Fehler, dass zwar von Empowerment gesprochen wird, aber »Partizipation« gemeint ist, und dass keine Klarheit darüber besteht, ob es sich um individuelles, organisationales oder gemeindebezogenes Empowerment handelt. Ich werde mich auf die gemeindebezogene Ebene des Empowerments konzentrieren und eine Definition anbieten, die ich für nützlich erachte.

»Empowerment«: Der Weg, Selbstbestimmung zu erlangen

Mit Gesundheitsförderung hat man die Möglichkeit, den Einzelnen zu befähigen, obwohl dies eigentlich nicht möglich ist. Der Definition nach ist es die Aufgabe jedes Einzelnen, das Maß der eigenen Kontrolle über Einflüsse auf sein Leben selbst zu bestimmen oder zu erweitern, was auf persönlicher Ebene oft gewisse Fähigkeiten, Kenntnisse und Kompetenzen voraussetzt. Zum Beispiel ist es empirisch nachgewiesen, dass ein älterer Mann seinen Gesundheitsstatus durch vermehrte körperliche Aktivität positiv beeinflussen kann. Jedoch gibt es kaum empirische Daten darüber, dass diese körperliche Betätigung auch einen Einfluss auf organisationales, familiäres oder gemeinschaftliches Empowerment hat.

Dies ist nicht darauf zurückzuführen, dass dieser Einfluss nicht existiert, sondern darauf, dass dieser Bereich in der Vergangenheit nicht untersucht wurde. Aus guten Gründen fokussiere ich deshalb hier auf kollektives Empowerment in der Gesundheitsförderung. Zum einen dauert es viel länger, Schritt für Schritt jeden Einzelnen zu fördern und zu ermutigen als eine ganze Gemeinschaft. Zum anderen sind die Ursachen von Armut und gesundheitlicher Ungleichheit in der Gesellschaft überwiegend strukturellen Ursprungs. Sie hängen damit zusammen, wie sowohl die Gesellschaft als Ganzes als auch die darin enthaltenen Systeme strukturiert sind. Während man auf individueller Ebene relativ wenig erreichen kann, sind auf kollektiver Ebene Veränderungen möglich. So kann beispielsweise eine Gemeinschaft durch externe Gesundheitsförderer unterstützt werden. Was aber meinen wir dann mit »Empowerment«? Empowerment ist ein Prozess, in dem Menschen befähigt werden, mehr Einflussnahme und Eigenverantwortung zu erlangen. Es gibt zahlreiche Definitionen von Empowerment und sogar die Ottawa-Charta beschäftigt sich damit. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese Definitionen zutreffend oder nützlich sind, denn die meisten sind weder wissenschaftlich belegt noch praxiserprobt und basieren häufig nur auf persönlichen Meinungen. Aus diesem Grund denke ich, dass wir vorsichtig sein müssen mit den Definitionen, die wir benutzen. Um Ihnen zu zeigen, dass es diese Definitionen schon seit längerer Zeit gibt und dass sie immer noch verwendet werden, stelle ich Ihnen die Definition von David Werner aus den 1980er-Jahren vor: »Gemeindeorientiertes Empowerment ist ein Prozess, in dem benachteiligte Personen zusammenarbeiten, um ihren Einfluss auf Ereignisse, die ihr Leben bestimmen, auszuweiten« (Werner 1988).

Ich habe diese Definition bewusst gewählt, da ich »Empowerment« ebenfalls als einen Prozess betrachte und im Rahmen dieser Tagung meinen Fokus

auf sozial benachteiligte Personen legen möchte, was auf Deutschland übertragbar ist.

Wie erlangen Menschen Kontrolle und Einfluss? Sie erwerben Kompetenzen, und das ist genau das, was Public-Health-Expertinnen und -Experten und Health-Promoter in ihrer Arbeit unterstützen sollten. Wir sollten durch unsere Programme, die wir anbieten, Kompetenzen fördern und den Menschen das Wissen und die Fähigkeiten vermitteln, die sie brauchen. Ist dies geschehen, haben sie das nötige Selbstbewusstsein, um mehr Verantwortung und Kontrolle zu übernehmen. Genau das ist für mich die Definition von »Empowerment«. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es sozialen und politischen Wandels. Dabei können auch kulturelle und ökonomische Hintergründe sowie das Lebensumfeld von Bedeutung sein, doch wenn wir einen Blick in die Vergangenheit werfen, sind es vor allem der soziale und politische Wandel, der es den Menschen ermöglicht hat, sich selbst mehr Einfluss und Kontrolle zu geben. Daraus resultiert zum Beispiel der Zugang zu medizinischer Versorgung oder das Rauchverbot an öffentlichen Orten, das ein soziales Element des Wandels von normativem Verhalten und Wertvorstellungen darstellt. Der Wandel in Politik und Gesetzgebung muss allerdings mit einem sozialen Wandel einhergehen. Wenn wir also davon ausgehen, dass »Empowerment« der Prozess der Kompetenzförderung ist, so können wir diesen auf viele gemeindebezogene Konzepte anwenden. Das kann Gemeindeentwicklung, Gemeindeorganisation oder Gemeindeaktivität sein. All dies sind Prozesse der Befähigung und der Förderung von Kompetenzen und Kenntnissen des Einzelnen. Was »Empowerment« von Partizipation unterscheidet, ist die Tatsache, dass es das explizite Ziel verfolgt, eine Umgestaltung in sozialer und politi-

scher Hinsicht herbeizuführen. Empowerment ist, genauso wie Partizipation, eines der zwölf Good-Practice-Kriterien für diejenigen, die in der Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Menschen in Deutschland tätig sind.² Nun lässt sich fragen, wie wir »Empowerment« definieren, messen und übermitteln können? Wie in fast jedem Land liegt die Herausforderung in Deutschland darin, wie Empowerment in einem hoch entwickelten Sozialstaat umgesetzt werden kann.

Bevor wir darüber diskutieren, möchte ich mich gern auf den anderen wichtigen Begriff konzentrieren: »sozial benachteiligt«. Migration wird ein immer wichtigeres Thema, sowohl im urbanen Umfeld als auch in ländlichen Gebieten. In Deutschland ist es vor allem ein Thema in der Arbeiterschicht. Als ich in Neuseeland gelebt habe, arbeitete ich mit chinesischen Migrantinnen und Migranten, die legal im Land gemeldet waren. In Deutschland hingegen betrifft es vermehrt Menschen türkischer Abstammung, Moslems, Russen und Osteuropäer, und darüber hinaus andere sozial benachteiligte Menschen. Ich denke, dass türkischstämmige Menschen die größte Gemeinde von Bürgerinnen und Bürgern mit Migrationshintergrund in Deutschland bilden. In manchen Bezirken wie Berlin-Neukölln oder Berlin-Kreuzberg macht ihr Anteil bis zu 25 % der Bevölkerung, wenn nicht sogar mehr, aus. Vertreterinnen und Vertreter von Behörden oder aus dem Praxisfeld fragen häufig, wie sie sich besser mit diesen Teilen der Bevölkerung, die oft am Rand der Gesellschaft stehen, auseinandersetzen können – ganz gleich, ob es sich um türkische, osteuropäische oder chinesische Gemeinden handelt.

Die Marginalisierung dieser Gruppen ist auch der Grund, warum unsere Gesundheitsförderungspro-

2 Vgl. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

gramme, die die breite Masse ansprechen, bei ihnen nicht greifen. Wie Fran Baum aus Australien bereits erläutert hat, dient die Art und Weise, wie unsere Public-Health- und Gesundheitsförderungsprogramme angeboten werden, nur gewissen Teilen der Gesellschaft. Die Programme neigen dazu, nur auf die durchschnittliche Mittelklasse abzielen, die auch als wohlhabender und gesunder Teil der Gesellschaft bezeichnet werden kann. Faktisch haben wir mit diesen Programmen zu gesundheitlicher Ungleichheit beigetragen, da sie nur einem gewissen Teil der Gesellschaft zugute kommen, wodurch die Kluft in der Gesellschaft immer größer wird.

»Top-down«- und »Bottom-up«-Programme – Verfolgen paralleler Pfade

Innerhalb der Gesundheitsförderung unterscheiden wir zwei idealtypische Formen, deren Grenzen jedoch fließend sind. Die erste Form beschreibt die »Top-down«-Strategien, in die die meisten Gelder der Gesundheitsförderung und des Gesundheitswesens fließen. Diese »vorgefertigten Projekte« werden von behördlicher Seite initiiert, und die Ziele werden oft von uns Expertinnen und Experten gesetzt. »Top-down«-Strategien richten sich häufig an den Einzelnen bzw. die Einzelne und verfolgen das Ziel der Lebensstil- und Verhaltensänderung. Ein Beispiel für ein solches Programm wäre, Übergewicht und Bluthochdruck durch vermehrte körperliche Aktivität zu reduzieren. Die meisten dieser Programme haben eine kurzfristige Laufzeit von zwei bis vier Jahren, die nicht zuletzt von finanziellen Rahmenbedingungen bestimmt wird.

Die zweite Form der Gesundheitsförderung sind die »Bottom-up«-Strategien, die in kleinerem Umfeld, aber mit längerer Laufzeit geplant werden. Diese Projekte fokussieren verstärkt auf Empowerment, Partizipation und Kompetenzförderung. Sie richten sich an spezifische Gruppen und versuchen häufig, auch soziale und politische Veränderungen anzustoßen. Oftmals sind dies aber nur kleine Projekte.

Es ist interessant zu beobachten, wie sich diese beiden Formen der Gesundheitsförderung in der heutigen Gesundheitsagenda entwickeln, denn die meisten Programme, die wir ausarbeiten, sind »Top-down«-Projekte. Wenn wir uns anschauen, welche gesundheitsbezogenen Probleme auf Gemeindeebene am häufigsten anzutreffen sind, stellen wir fest, dass sie oft nicht mit den nationalen »Top-down«-Strategien, wie zum Beispiel nationale Programme zur Förderung von körperlicher Aktivität, übereinstimmen. Diese »Top-down«-Strategien basieren auf epidemiologischen Daten und richten sich in erster Linie an die Allgemeinbevölkerung. »Bottom-up«-Strategien hingegen beschäftigen sich vielmehr mit lokalen Fragen und Problemen, wie u. a. Arbeitsmarkt, Transportwesen, Wohnsituation oder gar soziale Ausgrenzung. Wie wir wissen, beschäftigen sich diese Projekte nicht zwangsläufig mit Gesundheitsthemen, sondern auch mit den bestimmenden Determinanten von Gesundheit.

Das Problem ist, dass diese Sachlage eine Spannung zwischen »Top-down«- und »Bottom-up«-Strategien erzeugt. Die Konsequenz ist, dass beispielsweise Programme auf nationaler Ebene entwickelt werden, die darauf ausgerichtet sind, Adipositas in der Bevölkerung zu reduzieren. Fragt man jedoch Bevölkerungsgruppen am Rand der Gesellschaft nach ihren individuellen Anliegen, stellt sich heraus, dass ein solches Thema nicht einmal vordergründig in ihrem Interesse liegt. Vielmehr sind sie daran interessiert, dass Themen wie Wohnen, öffentliche Verkehrsmittel oder unsoziales Verhalten in ihrer

Gemeinde besprochen werden. Das hat dazu geführt, dass in der Vergangenheit viele Projekte ihr Ziel verfehlt haben. Grund ist, dass die Projekte und Zielsetzungen von externen Expertinnen und Experten auf der Basis von epidemiologischen Daten für die Allgemeinbevölkerung entwickelt wurden und deshalb viele Gesellschaftsgruppen nicht betrafen. Ein Beispiel aus eigener Erfahrung: In Neuseeland stellt Adipositas besonders innerhalb der pazifischen Bevölkerung in Auckland ein Problem dar. Wir schlugen den Bewohnerinnen und Bewohnern vor, sich körperlich mehr zu betätigen und beispielsweise einen Spaziergang zu machen, Rad zu fahren, zu joggen oder den Hund auszuführen. Doch die Vorschläge wurden von den Betroffenen nicht angenommen, weil diese Form physischer Aktivität nicht als sozial akzeptiert galt. Ein gewisser Körperumfang war sozial wesentlich bedeutsamer. Außerdem war die Umgebung nicht sicher genug, um die vorgeschlagenen Aktivitäten auszuführen. In den örtlichen Parks fehlte es an ausreichender Beleuchtung und Banden verbrachten dort ihre Zeit. Wir mussten also feststellen, dass diese national angelegten Programme zwar einen gewissen Teil der Bevölkerung erreichten, jedoch keinerlei Auswirkungen auf die am stärksten betroffenen und marginalisierten Gruppen hatten.

Ein anderes Beispiel ist ein Projekt zur Förderung von körperlicher Aktivität in städtischen und ländlichen Regionen in einer kanadischen Provinz, das auf fünf Jahre angelegt war. Wie meistens in der Gesundheitsförderung, verfolgte es das Ziel, mithilfe von Kampagnen, sozialem Marketing, Gesundheits-erziehung und Motivationsstrategien, das Ausmaß körperlicher Betätigung des Einzelnen zu erhöhen. Die Projekte wurden von Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsförderung geleitet, die dafür bezahlt wurden, die Projekte durchzuführen und den Erfolg auszuwerten. Am Ende lagen sehr gute Ergebnisse vor, denn über die Hälfte der befragten Personen hatte schon einmal von den Projekten gehört

oder gelesen (SRHA 2005). Diese Ergebnisse konnten als Erfolg für die Verantwortlichen, die das Projekt finanziert hatten und politisch unterstützten, verbucht werden. Über 20 % der befragten Personen gaben an, dass sie dank des Projekts darüber nachdachten, sich körperlich mehr zu betätigen; 30 % der Befragten äußerten, dass sie aktiver geworden seien. Allerdings wurde auch festgehalten, dass manche der Beteiligten während des Projekts weniger aktiv geworden waren. Das Entscheidende aber war, dass das Programm, das alle Bürgerinnen und Bürger in der Provinz ansprechen sollte, keinen messbaren Einfluss auf sozial benachteiligte Gruppen, die indigene Bevölkerung, Menschen mit ökonomisch schwachem Hintergrund, spezielle Gruppen Heranwachsender sowie vereinzelte ethnische Minderheiten hatte.

Die 30 % der Befragten, die angaben, körperlich aktiver geworden zu sein, waren an erster Stelle weiße, der Mittelklasse angehörende Personen. Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass diese millionenschweren Programme, die sich mit »Top-down«-Strategien an die »allgemeine Bevölkerung« richten sollen, nur einem kleinen Teil der Gesellschaft dienen und benachteiligte Bevölkerungsgruppen in keiner Weise erreichen. Es stellt sich die Frage, was wir dagegen unternehmen können. Welche Lösungsansätze und guten Praxisbeispiele haben wir? Ich werde ihnen zwei davon vorstellen:

Eines davon ist »parallel-tracking« (Verfolgung paralleler Pfade) – ein Weg, »Bottom-up«- und »Top-down«-Programme zusammenzuführen, denn diese beiden Ansätze schließen sich keineswegs von vornherein aus. Wir sollten davon ausgehen, dass es sich bei beiden Strategien um Programme handelt, die sich in der Grundanlage ähneln. Denn grundsätzlich besteht jedes Programm aus den gleichen Elementen und aufeinander aufbauenden Phasen: Phasen der Planung, der Implementierung, des Projektmanagements und der Auswertung.

In jeder Phase eines Projekts, das nach dem Prinzip des »parallel tracking« verfährt, sind wir in der Lage, einen oder sogar mehrere Stränge parallel laufen zu lassen, die das Ziel verfolgen, Empowerment zu fördern. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, »Bottom-up«- und »Top-down«-Strategien zu vereinen, statt sie als voneinander unabhängige Herangehensweisen zu betrachten. Es hat sich gezeigt, dass das ausschließliche Verfolgen der einen oder anderen Strategie nicht funktioniert, weshalb wir verstärkt darüber nachdenken sollten, wie wir beide Ansätze in Einklang bringen. Sicherlich werden »Top-down«-Strategien in der Zukunft auch isoliert weiter bestehen, da Regierungsbehörden sowie Politikerinnen und Politiker die Art und Weise, wie sie Programme der Gesundheitsförderung initiieren und durchführen, nicht ändern werden. Daraus resultiert jedoch, dass wir viel gezielter darüber nachdenken sollten, wie wir auf intelligente Weise »Top-down«- und »Bottom-up«-Strategien miteinander verbinden können.

» Die Zusammenführung von »Top-down«- und »Bottom-up«-Programmen

Zunächst einmal ist davon auszugehen, dass es auf der einen Seite eine politische Agenda der Regierung gibt und auf der anderen eine Agenda der Zivilgesellschaft, die mal übereinstimmen und mal nicht. Unsere Aufgabe ist es, diese beiden Agenden in unseren Programmen, die sich an die Gesamtbevölkerung richten, zusammenzuführen. Auf der einen Seite haben wir die typischen Programme zur Prävention chronischer Erkrankungen, die das Ziel verfolgen,

Krankheit und Sterblichkeit zu reduzieren. Dabei setzen wir Methoden wie etwa soziales Marketing und Gesundheitserziehung ein und haben Abläufe und Outcome weitestgehend unter Kontrolle. Des Weiteren nutzen wir epidemiologische Daten, um uns unsere Zielerreichung zu belegen. Auf jeder Ebene dieser »Top-down«-Strategie verfolgen wir parallel dazu einen strategischen Ansatz zur Kompetenzförderung, beziehen ethnische Minderheiten in den Managementbereich unserer Programme mit ein und nutzen darüber hinaus Teilnehmerbefragungen wie auch quantitative epidemiologische Methoden zur Datenerfassung. Auf diese Weise sind wir in der Lage, besonderen Nachdruck sowohl auf den Ressourcenaufbau als auch auf die »Top-down«-Projekte zu legen, die darauf abzielen, durch körperliche Betätigung Morbidität und Sterblichkeit zu verringern.

Auf der anderen Seite gibt es den »Bottom-up«-Ansatz, der einige zentrale Kriterien beinhaltet. Eines davon ist, die Gesellschaft zu erreichen und gemeinsame Prioritäten zu teilen. Dadurch, dass ich mich viel mit Akademikerinnen und Akademikern sowie Praktikerinnen und Praktikern ausgetauscht habe, Fachartikel verfasst und andere überprüft habe, kann ich sagen, dass es bis heute wenig Fachliteratur darüber gibt, wie wir das genau umsetzen können. Wir stellen zwar fest, dass die Zivilgesellschaft eine Agenda hat, doch wir haben keine standardisierten Herangehensweisen, um mit ihr und mit ethnischen Minderheiten, wie Muslimen oder Roma, zusammenzuarbeiten. Genau solche standardisierte Herangehensweisen, die zudem flexibel genug sind, um sie in verschiedenen Gemeinden einsetzen zu können, sind jedoch notwendig, besonders dann, wenn wir über verschiedene Projekte hinweg zusammenarbeiten.

Wenn wir mit sozial benachteiligten Gruppen arbeiten wollen und beispielsweise Programme zu körperlicher Aktivität, Stillen oder Raucherentwöhnung entwickeln, dann müssen wir einen gemeinsamen

Zugang finden, der es ermöglicht, ihre Bedürfnisse und unsere Ziele in das Projekt einfließen zu lassen. Dies ist ein zweites wichtiges Kriterium, und es ist nicht schwierig zu realisieren. Ich habe in Afrika, Indien und Vietnam gearbeitet und habe miterlebt, wie Millionen von Dollar für die Entwicklung von Strategien und Ansätzen verschwendet wurden, die auch auf andere Länder übertragen werden können. Es gibt also bereits Werkzeuge, die wir nutzen können, ohne das Rad neu erfinden zu müssen. Um dies zu erreichen, brauchen wir eine flexible finanzielle Unterstützung und müssen alte Denkmuster im Gesundheitswesen aufbrechen. Gesundheit dreht sich nicht nur um Gesundheit selbst, sondern es geht dabei auch um all die Determinanten, von denen sie beeinflusst wird, wie zum Beispiel Bildung, Wohnverhältnisse und Verkehr. Um einen gemeinsamen Zugangspunkt zu finden, müssen wir in der Lage sein, die Bedürfnisse einer Gemeinschaft/ Gemeinde zu identifizieren und ihr zu helfen, Prioritäten zu setzen und darauf zu fokussieren. Des Weiteren brauchen wir flexible Werkzeuge der Programm-entwicklung, um diese Ziele zu verfolgen. Und zu guter Letzt müssen wir Mittel und Wege entwickeln, um systematisch Kompetenzen aufzubauen und zu fördern.

Kommen wir zurück zu flexiblen Finanzierungsmodellen: Oft sind die Kriterien für die Finanzierung eines Projekts zu eng formuliert. So werden wir beispielsweise aufgefordert, eine Reihe von Projekten auf ihre Tauglichkeit hin zu prüfen und dann Millionen für sie auszugeben, doch die Kriterien für die Auswahl dieser Gesundheitsprogramme sind viel zu streng. Meistens basieren sie auf traditionellen Projektstandards der Gesundheitsförderung. Wir sollten

jedoch damit beginnen, einen Teil der finanziellen Mittel dazu zu nutzen, Menschen zu engagieren und Wege zu entwickeln, Kompetenzen auf weitaus kreativere Art zu fördern. Von besonderer Bedeutung sind dabei Partnerschaften und die Kooperation und Verzahnung verschiedener Bereiche und Disziplinen. Ein Beispiel für diese Form der übergreifenden Zusammenarbeit ist das Projekt »Safer Parks« in Neuseeland. In diesem Projekt wurde die Sicherheit in öffentlichen Parks wiederhergestellt, sodass sich die Menschen dort nun gefahrlos aufhalten und trainieren können. Ermöglicht wurde das durch die Zusammenarbeit von Kommunen sowie der Gesundheits- und Natur- und Denkmalschutzbehörden (DoC). Fachleute, Vertreterinnen und Vertreter der Praxis und Entscheidungsträgerinnen und -träger bildeten Partnerschaften, um gemeinsame Lösungen zu finden, die eben nur möglich sind, wenn man über den eigentlichen Gesundheitssektor hinaus kooperiert.

Wie genau können wir Empowerment auf Gemeindeebene bzw. die Kapazitätsentwicklung³ der Gemeinschaft fördern oder messen? Im Wesentlichen entspricht auch das einem Prozess. Wir haben für unsere Programme eine Liste der Hauptindikatoren erstellt, die wir zusammen mit einer Reihe von Fachleuten und Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis auf der Basis systematischer Literaturrecherche entwickelt haben. Dann verwendeten wir diese Indikatoren in einer Vielzahl von Gemeinden, Ländern und in vielen Projekten in verschiedensten Bereichen – vom Ökotourismus bis hin zu Standardprojekten der Gesundheitsförderung. Unser Ziel war es, jeden dieser Indikatoren zu messen und gleichzeitig in den Projekten zu stärken. Dabei stellte ich fest, dass sie in vielen kulturellen Kontexten funktionieren. Wie

3 Zum Begriff »capacity building« vgl. das gleichnamige Stichwort in: BZgA (Hrsg.) (2011): »Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention«, S. 42–44.

haben wir das erreicht? Eine Gruppe aus Gemeindevertreterinnen und -vertretern kam zusammen. Im Vorfeld fand eine kurze Phase der Vorbereitung statt, um sicherzustellen, dass die verwendeten Begriffe von der betreffenden Gruppe, mit der wir arbeiteten, akzeptiert wurden. Hauptziel eines solchen Zusammentreffens ist es, jedes der einzelnen Kriterien zu prüfen und zu bewerten, um darauf aufbauend einen strategischen Plan zu entwickeln.

Die neun Kriterien sind:

- Beteiligung der Gemeindeebene,
- Problemidentifikation,
- lokales Führungsverhalten,
- Mobilisierung von Ressourcen,
- organisatorische Strukturen,
- Verknüpfung mit anderen Organisationen/Personen,
- die Fähigkeit, nach dem »Warum« zu fragen (kritisches Bewusstsein),
- Programmmanagement durch die Gemeinde,
- gleichwertige Beziehungen zu externen Akteuren.

Die Gemeindevertreterinnen und -vertreter identifizieren die individuellen Bedürfnisse, die wiederum den Ausgangspunkt für die spätere Neubewertung bilden. Diese Vorgehensweise ist ein Messinstrument, und mit diesem hören normalerweise partizipative Forschung und Evaluationsmethoden, wie zum Beispiel kurzfristige Auswertungen, auf. Sie begutachten und evaluieren nur die aktuelle Situation. Doch das greift zu kurz und kann nicht als Kompetenzförderung oder Empowerment bezeichnet werden. Das ist erst der nächste Schritt, bei dem die Entscheidungsträgerinnen und -träger darüber diskutieren, wie die Situation vor Ort zu verbessern ist, welche Strategien sich dafür eignen und wie die Verantwortlichkeiten verteilt werden. Diskutiert wird auch über Zeitfenster und die benötigten Ressourcen. Dieses Element der strategischen Planung, der Diskussion und des Dialogs ist die Grundlage der Kompetenzerweiterung und des

»Empowerments«. Wenn Personen einer Gemeinde zusammenkommen und über für sie relevante Themen diskutieren, dann schafft dies einen aktiven Handlungsrahmen. Bei unseren Zusammenkünften und gemeinsamen Bewertungen führen wir das Ganze jedoch auf eine wesentlich systematischere Art und Weise durch. Sie ist auf bewährte Praktiken und Evidenz gestützt und ermöglicht die Messung von Prozessen. Dafür haben wir die neun Kriterien und für jedes Kriterium ein Set von fünf Indikatoren formuliert, die auf einer Bewertungsskala angeordnet werden.

Die neun Kriterien werden auf separate Blätter notiert und in der Gruppe per Zufallsprinzip verteilt. Daraufhin stellen die Beteiligten Schritt für Schritt einen gemeinsamen Konsens für jedes einzelne Kriterium her. Es findet dabei ein Prozess des Austauschs von Erfahrungen, Dialogen und Diskussionen statt, der den wichtigsten Teil des Gesamtprozesses darstellt. Was die Gruppe nicht weiß, ist, dass wir im Laufe der Jahre eine Skala von 1 bis 5 entwickelt haben, die jedes einzelne Kriterium bewertet. Dadurch sind wir in der Lage, die Kriterien mit quantitativen Mitteln grafisch darzustellen. Mithilfe der sogenannten Spinnennetzdarstellung (»spider-web configuration«) können wir verschiedene Projekte auch über die Zeit miteinander vergleichen.

Um die Vorgehensweise nochmals zusammenzufassen: Auf der Basis der Beurteilung jedes einzelnen der neun Kriterien ordnen wir ihnen jeweils einen quantitativen Wert zu und sind damit in der Lage, diesen mithilfe der »Spinnennetzgrafik« darzustellen. Die Nutzung dieses Instruments liegt darin begründet, dass eine visuelle Darstellung der Ergebnisse von vielen bevorzugt und benötigt wird, um Prozesse zu erfassen und zu verstehen. Mithilfe der grafischen Darstellung ist es den beteiligten Personen auch Monate später im Rahmen der Neubewertung möglich, nachzuverfolgen, wie sich Kompetenz innerhalb eines Projekts sukzessive in Richtung

Empowerment weiterentwickelt. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass man sich zu sehr auf die visuelle Darstellung fixiert. Nichtsdestotrotz ist es ein wertvolles Instrument, um Investoren den Projektverlauf vor Augen zu führen. Es handelt sich also um ein einfaches, aber sehr effektives Mittel.

Als Beispiel dafür dient ein Projekt, das durch die Einführung einer städtischen Satzung zum Grundbesitz dazu geführt hat, dass lokale Gemeinden zu Grundeigentum gelangten. Sie konnten es für umweltfreundlichen Tourismus nutzen und damit ihre Einkommen steigern, was wiederum die Verbesserung von Bildung und Gesundheit zur Folge hatte.

Ebenso wurde dieses Instrument genutzt, um lokale, zukunftsfähige Lebensgrundlagen zur Entwicklung von kleineren Unternehmen und Projekten in Stadtteilen und Gemeinden zu schaffen, die das Einkommen erhöhen sollten. Denn, wie bereits angemerkt, ist das Einkommen einer der bestimmenden Faktoren von Gesundheit. Des Weiteren hat das Instrument dazu beigetragen, dass Partizipation gefördert wurde und sozial benachteiligte Gruppen ein Mitspracherecht in der lokalen Gesundheitsagenda bekamen. In Gemeinden, in denen die Regierungsagenda diesen Bedürfnissen nicht gerecht wird, erlaubt uns diese Herangehensweise, die gemeindlichen Bedürfnisse zu berücksichtigen und Kompetenzen zu stärken. Die Gemeinschaften sind dann in der Lage, entsprechende Projektvorschläge voranzutreiben, Briefe an die lokalen Behörden/den Bürgermeister zu verfassen und benachteiligten Gruppen ein größeres Mitspracherecht zu ermöglichen.

Das sind die Gründe, warum es so wichtig ist, über die Gemeindeebene, bestimmte Vorgehensweisen, die Gesundheit beeinflussende Faktoren und gesundheitsfördernde Effekte nachzudenken. Denn nicht alles, was wir auf der Gemeindeebene tun, kann direkt mit der Verbesserung des Gesundheitsstatus in Verbindung gebracht werden. Genau hier liegt der Weg, den wir noch ausgestalten müssen.

» Forschung und Entwicklung

Um noch einmal die wichtigsten Aspekte zusammenzufassen: Wir haben viele Theorien und Konzepte zu Empowerment und Partizipation, die bis in die 1960er-Jahre zurückreichen, und wir haben das Engagement der Menschen, die genau auf diese Weise in der Praxis vor Ort arbeiten. Was wir jedoch noch nicht haben, ist der abschließende Nachweis der Wirksamkeit. Deutschland verfügt sowohl über die Möglichkeiten als auch über die Fachleute für partizipatorische Gesundheitsforschung aus dem akademischen wie auch dem praxisbezogenen Feld. Es gibt den Bereich der Förderung von und die Zusammenarbeit mit ethnischen Minderheiten und sozialen Randgruppen, und es liegen Kriterien für Partizipation und Empowerment vor. Sie fragen mich vielleicht, wie Sie Ihr Geld einsetzen und an welcher Stelle Sie kooperieren sollten, um die richtige Strategie für die Entwicklung und Forschung zu generieren.

Was wir brauchen, sind effektive Ansätze, die von den in der Praxis tätigen Personen, von Entscheidungsträgerinnen und -trägern sowie Planungsgruppen gleichermaßen genutzt werden können, um marginalisierte Gruppen zu stärken und zu fördern. Bis jetzt haben wir diese Ansätze noch nicht, doch wir müssen sie als standardisierte Methoden und nützliche Instrumente entwickeln. Dies alles ist gekoppelt an professionelle Kompetenzen.

Die Furcht vieler Menschen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, in Gemeinden mit sozial benachteiligten Menschen zu arbeiten, liegt in dem Mangel an Selbstvertrauen begründet. Dies ist darauf zurückzuführen, dass ihnen die Erfahrung fehlt und dass sie nicht ausreichend geschult sind. Ihnen fehlen die nötigen Hilfsmittel, um diese Arbeit auszuführen. Als Konsequenz daraus müssen wir, wenn wir standardisierte Methoden in Regionen und Län-

dern einsetzen, auch darauf achten, dass wir vorher unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausreichend vorbereiten. Wie ich bereits anmerkte, sind dies alles keine neuen Methoden, sondern uns bekannte Herangehensweisen. Es gibt die parallele Zielverfolgung (»parallel tracking«) und eine Reihe von Strategien, um Kompetenzen und aktive Beteiligung auf lokaler Ebene bzw. auf Gemeindeebene zu fördern. Was wir an erster Stelle benötigen, ist die Steuerung dieser Prozesse, auch in Deutschland. Wichtig ist, »Bottom-up«-Strategien auch in anderen Gruppen durchzuführen, wie zum Beispiel mit türkischen Einwohnerinnen und Einwohnern in Berlin-Neukölln, Hamburg, Köln oder Magdeburg. Wo immer wir auch arbeiten, ist es wichtig, dass wir diese Methoden richtig anwenden und Vertrauen in sie setzen. Es wäre eine gute Idee, diese Ansätze in 15 oder 16 verschiedenen Projekten in unterschiedlichen Teilen Deutschlands gleichzeitig durchzuführen und zu steuern. Was wir darüber hinaus dringend benötigen, ist der wissenschaftliche Nachweis des Zusammenhangs zwischen der Arbeit in den Gemeinden und den Auswirkungen auf die Gesundheit. Wie ich bereits anmerkte, gibt es noch einen anderen Weg, der über andere Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu positiven Gesundheitseffekten führt. Der wissenschaftliche Nachweis ist wichtig, um diejenigen Personen zu überzeugen, die unsere finanziellen Mittel in »Bottom-up«-Strategien oder kombinierte Strategien für sozial benachteiligte Gruppen investieren. Es lohnt sich, denn diese Vorgehensweise verbessert nicht nur die Gesundheit, die nationale Wirtschaft oder die nationale Sicherheit, sondern sie führt auch zu einem höheren Maß an Gleichheit und Gleichberechtigung.

» Literatur

- Werner, D. (1988): Public Health, Poverty and Empowerment – A Challenge. In: Misra, R. P. (Ed.) (1989): Gandhian Model of Development and World Peace. Ashok Kumar Mittal Concept Publishing Company, New Dehli.
- SRHA (2005): Saskatoon Regional Health Authority. 2004–2005 Annual Report. Internet: <http://www.saskatoonhealthregion.ca>. Zugriff am 17.03.2012.

» Evidenz – und was noch? Ein Qualitätsrahmen für »Best Practice« in der Gesundheitsförderung

Ursel Broesskamp-Stone

Herzlichen Dank für die Einladung nach Bonn, fast ein Stück alte Heimat, denn ich komme ursprünglich aus Münster und habe die letzten 16 Jahre im Schweizer und internationalen Kontext verbracht. Ich hoffe, dass ich mit diesem Einführungsvortrag eine allgemeine Basis, einen Rahmen zu Qualität kommunizieren kann, den wir in der Schweiz und inzwischen zunehmend auch grenzüberschreitend und in verschiedenen Kontexten teilen – mit vielen anderen Expertinnen und Experten bzw. Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention. Wir nennen ihn bis heute Best-Practice-Rahmen, weil uns immer noch nicht die deutsche Übersetzung gelungen ist.

Gesundheitsförderung Schweiz ist die Einrichtung, für die ich seit fast zehn Jahren tätig bin und in der ich eine Zeitlang den Bereich Evidenz geleitet habe. Daneben gab es den Bereich Qualitätssicherung. Sie werden gleich merken, dass dies einer der Gründe ist, warum wir heute bei Best Practice gelandet sind.

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Gesundheitsförderungsstiftung, das heißt eine Stiftung mit einem gesetzlichen Auftrag im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention: Sie soll entsprechende Aktivitäten initiieren, koordinieren und evaluieren. Die langfristige Strategie – 2007 bis 2018 – umfasst drei strategische Schwerpunkte:

- *Gesundes Körpergewicht*, mit dem Schwerpunkt auf die Zielgruppe, die auch im Fokus dieser Tagung steht: Kinder und Jugendliche. Im Fokus sind bisher die Altersgruppen zwischen null und 16 Jahren.

- *Psychische Gesundheit bzw. Stress* – in einer ersten Phase mit dem Fokus auf die Arbeitswelt, auf die Gesundheitsförderung in Betrieben.
- *Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention* in der Schweiz. Diese Handlungs- und Politikfelder sollen in der Schweiz breiter verankert werden.

Im Folgenden möchte ich Ihnen Hintergrund- bzw. Kontextinformationen zu den Arbeiten in Richtung Best Practice geben und Ihnen die von uns entwickelten Kriterien erläutern, an denen wir uns orientieren. Erste Erfahrungen mit der Anwendung liegen vor. Abschließend gebe ich einen kürzeren Einblick in die kantonalen Aktionsprogramme »Gesundes Körpergewicht und Best Practice«.

» Hintergrund- bzw. Kontextinformationen

Der Handlungsansatz Gesundheitsförderung hat das Ziel, effektiv und effizient, dauerhaft sowie nachhaltig Gesundheit zu verbessern und zu erhalten. Es geht insgesamt darum, optimale Entscheidungen für optimales Handeln in unserem Feld zu treffen. Es geht im Prinzip um diese Black Box, die zwischen dem ist, was wir tun (Projekte, Programme, Maßnah-

men), und dem, was hinterher herauskommt (was wir als Gesundheit fassen möchten). Wir haben lange unangemessene Vereinfachungen des komplexen Bereichs erlebt, der sich in dieser Black Box verbirgt. Inzwischen gibt es international eine breite Akzeptanz und einen angemesseneren Umgang mit der Komplexität, die in der Primärprävention und Gesundheitsförderung steckt. Gesundheitsförderung Schweiz hatte sich etwa 2003 auf den Weg gemacht – ursprünglich unter dem Label einer »evidenzbasierten Gesundheitsförderung«.

Als konzeptionelle Grundlage hatten wir die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung (WHO 1986), seit 2005 ergänzt durch die Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt (WHO 2005). Gesundheitsförderung ist ein Handlungsansatz, der Antworten zu geben versucht auf die Fragen nach den vielen *Einflussfaktoren*, den sogenannten *Determinanten der Gesundheit*; und er zeigt, wie wir als Gesellschaft gemeinsam auf dieses Wissen antworten können.

Weitere Grundlagen waren allgemeine Arbeiten zu Qualität, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement – hier stark fokussiert auf Projekte bzw. Projektmanagement – weil Gesundheitsförderung Schweiz ein Förderer von Aktivitäten, insbesondere von Projekten in der Gesundheitsförderung war. Als Projektförderer orientierten wir uns an *allgemeinen Qualitätskriterien* aus verschiedenen Feldern; diese ergänzten wir mit Empowerment- und Partizipationselementen, da Letztere in der Gesundheitsförderung zentral sind (vgl. Glenn Laverack, S. 23). Die Entwicklung von Onlineinstrumenten zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung war Kernbestandteil des »Quintessenz«-Systems (www.quintessenz.ch). Es bestand zudem in der Schweiz der Bedarf, die Evaluation zu stärken, da nur wenige Maßnahmen oder Projekte überhaupt evaluiert waren und hinreichende Situationsanalysen selten unternommen wurden.

Ziel war es, die vorhandene Qualitätsorientierung und zu verstärkende Ergebnisorientierung systematisch mit dem geballten Wissen zu den Gesundheitsdeterminanten zu verbinden, das seit Mitte der 1990er-Jahre gerade im Bereich der sozialen Faktoren extrem gewachsen ist. Wir wollten nicht mehr nur SMARTe Ziele, sondern auch deutlich fragen, ob das denn die *richtigen Ziele* im jeweiligen *Kontext* und bei der Gesundheitssituation im Land sind, und ob diese Ziele dann erreicht werden konnten.

Ein wichtiges Beispiel einer entsprechenden Instrumentenentwicklung ist das Ergebnismodell, auf das ich später noch kurz zurückkommen werde. Die »Evidenzdebatte« in Public Health war um 2005 recht stark, nicht nur in der Schweiz, sondern auch international. Bislang war klar, dass es wichtig ist, Wissen aus der Wissenschaft in die Praxis oder auch Policyentwicklung zu bringen; aber die Auseinandersetzungen haben gezeigt, dass es auch umgekehrt sein muss: Wir müssen besser Wissen aus der Praxis generieren, und damit auch die Wissensbasis, die Evidenzbasis der Gesundheitsförderung per se stärken. Das verweist auf Evaluation – beste Evaluation.

Das Dilemma in der Gesundheitsförderung und auch der Primärprävention besteht darin, dass ihre komplexen, schwer standardisierbaren Interventionen oder Interventionspakete in sehr unterschiedlichen Kontexten langfristige Veränderungen als Ziel verfolgen. Zugleich haben wir sehr viele externe Einflussfaktoren. Auf der anderen Seite besteht der Druck zum Nachweis, dass etwas »evidenzgestützt« oder »evidenzbasiert« ist. Das inzwischen gestiegene Qualitätsbewusstsein und Qualitätsbestreben ist eine positive Entwicklung, die sowohl Professionelle in unserem Feld als auch geldgebende Instanzen sowie Akteurinnen und Akteure einschließt. Dennoch findet man eine Vielfalt an Ansätzen nebeneinander. Nicht immer ist alles integriert, was vielleicht integrierbar wäre. Die Spannweite reicht von Qualitätssicherungsansätzen, Qualitäts-

entwicklungsprozessen, »evidenz«bezogenen oder »wissens«basierten Aspekten bis hin zur Kapazitätsförderung für gute Arbeit (Capacity building); und auch unter dem Label »Best Practice« findet sich so einiges. Es war uns daher sehr wichtig, auf einen allgemeinen, klaren und praxisbezogenen Orientierungsrahmen für uns und unsere Akteurinnen und Akteure hinzuarbeiten, und dies haben wir im internationalen Zusammenhang gemacht. Zentral ist die Frage: Haben wir oder können wir einen allgemein akzeptierten Qualitätsstandard für Gesundheitsförderung und Primärprävention haben, der themen-, problem- und settingübergreifend anwendbar ist? Wir meinen: Ja!

Der Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung

Daher möchte ich Ihnen heute diesen Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung vorstellen, damit Sie sich selber ein Bild machen und entscheiden können, ob das Qualitätsverständnis, das uns in der Schweiz leitet, inzwischen auch grenzüberschreitend konsensfähig ist und ob dieser Best-Practice-Rahmen auch für Ihre Verhältnisse und Akteursfelder in Deutschland gilt.

Die zentrale Frage ist: Was ist gute Praxis, optimale Praxis, Best Practice, beste Praxis? Durch kleine Workshops mit ausgewählten, sehr gut vernetzten und kompetenten Leuten aus dem In- und Ausland – mit einer Mischung aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Expertinnen und Experten aus dem Fachfeld (inklusive Direktorinnen/Direktoren bzw. Geschäftsführerinnen/Geschäftsführern von Einrichtungen unserer Art) – haben wir festgestellt: »Best Practice«, beste, optimale Praxis ist mehr als »evidenzbasiert«.

Best Practice hat drei Dimensionen:

- eine Wertedimension,
- eine Wissensdimension und
- eine Kontextdimension.

Es geht um *ethisch verantwortliches, wissenschaftliches und kontextsensibles* Entscheiden und Handeln, und zwar sowohl auf strategischer und politischer Ebene als auch auf Umsetzungsebene.

»Best Practice« in der Gesundheitsförderung, Primärförderung, bedeutet, die Werte und Prinzipien der Gesundheitsförderung und von Public Health systematisch zu berücksichtigen; systematisch auf das aktuelle Wissen, das heißt, auf das wissenschaftliche sowie Experten- und Erfahrungswissen aufzubauen und dabei die relevanten Kontextfaktoren zu beachten sowie die beabsichtigten positiven Wirkungen zu erreichen. Es bedeutet zudem, bewusst mit den eventuell negativen Wirkungen umzugehen, die man natürlich zu vermeiden versucht, aber die nicht immer vermieden werden können.

Das »Radarschirmmodell« von Best Practice (vgl. Abbildung 1) ist eine Reflexionshilfe für unseren Alltag geworden. Das gilt für unsere Organisation wie auch für zahlreiche Akteurinnen und Akteure, mit denen wir zusammenarbeiten. Der über die drei Dimensionen von Best Practice (Werte, Wissen und

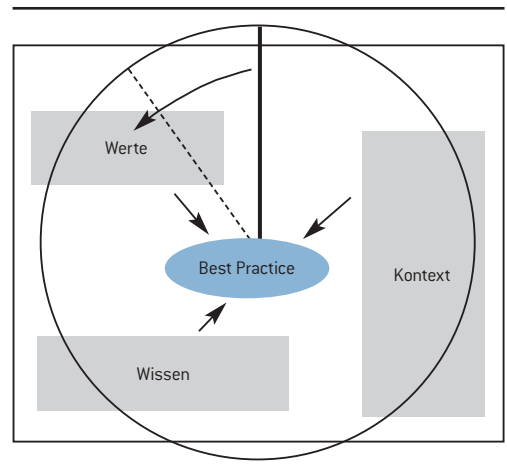


Abb. 1: »Radarschirmmodell« Best Practice

Kontext) kreisende Radarstrahl symbolisiert und erinnert: Einfach im Alltag kurz überlegen: Gibt es bei dem, was ich jetzt tue, plane, entscheiden muss, Aspekte aus dem Bereich der Werte und Prinzipien von Public Health und Gesundheitsförderung, die ich berücksichtigen sollte? Wie ist die Wissensbasis aus der Wissenschaft, wie das Praxiswissen? Und wie ist der konkrete Kontext im Hier und Jetzt? In fünf Jahren kann er ja schon wieder anders sein. Und diese kurzen Reflexionen sollte man wiederholt anstellen.

Best Practice ist in diesem Sinne mehr als »evidenzbasiert«. Wir nutzen den Begriff bewusst anders als beim Benchmarkingansatz. Beste, optimale Praxis ist nicht relativ; sie misst sich an einem klaren, aber realitätsbezogenen Standard. Dazu haben wir sieben Kriterien zu den drei Dimensionen von Best Practice definiert und diese mit insgesamt 15 Indikatoren konkretisiert. Zunächst stelle ich die *sieben Qualitätskriterien* vor, an denen wir unsere Entscheidungen und unser Handeln in der Gesundheitsförderung und Primärprävention ausrichten.

Die sieben Qualitätskriterien

Das erste, übergeordnete Kriterium verlangt, dass *jede der drei Dimensionen* »Werte, Wissen, Kontext« bei strategischen Entscheidungen und der Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten reflektiert und angemessen berücksichtigt werden soll. Ein Cut-off-point ist erreicht, wenn man eine Dimension überhaupt nicht berücksichtigt. Das Ganze erfolgt systematisch und unter Nutzung von bestimmten Hilfsmitteln. Alles, was ich im Folgenden sage, bezieht sich auf beides: strategische Entscheidungen sowie Planung, Umsetzung und Evaluation von konkreten Maßnahmen, Projekten und Programmen.

Wertedimension

Die erste Dimension ist der Bereich der *Werte*. Wir haben nur ein Kriterium dazu definiert, dass wir die ethischen Grundlagen, Grundwerte und die Prinzipien von Public Health und Gesundheitsförderung *angemessen* berücksichtigen. Was angemessen ist, ist natürlich relativ: Es kann sein, dass ich in einer bestimmten Situation nur kurz über die drei Dimensionen nachdenke oder aber bei großen Planungsprozessen sehr in die Tiefe jeder Dimension gehen muss. Als Hilfsmittel gibt es eine Liste von Werten und Prinzipien, die Sie auf der Homepage von Gesundheitsförderung Schweiz unter »Tipps und Tools« im Bereich »Best Practice« herunterladen können (www.gesundheitsförderung.ch)

Bei den Werten und Prinzipien bzw. ethischen Grundlagen sehen Sie viele zentrale Aspekte gelistet wie die geteilte Verantwortung für Gesundheit und die intersektorale Zusammenarbeit. Nicht nur der Gesundheitssektor ist zuständig. Es geht um die allgemeinen ethischen Eckpfeiler von Public Health, die in jedem Public-Health-Handbuch stehen – Schadensvermeidung, tue Gutes, Respekt vor der Autonomie, Gerechtigkeit, Transparenz und Rechenschaftspflicht. Es geht vor allen Dingen auch um die große Herausforderung gesundheitlicher Chancengleichheit (vgl. Prof. Dr. Pott, S. 8). Und natürlich geht es auch um Nachhaltigkeit. Letzteres Prinzip ist hochaktuell, ja akut, in unserem Feld aber meist verkürzt interpretiert.

Der Terminus Nachhaltigkeit verweist einerseits auf Maßnahmen, die dauerhaft wirken sollen, oder auf Projekte, die *strukturell verankert* werden sollen – eine in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention verbreitete Begriffsverwendung. Andererseits geht es aber um »nachhaltige Entwicklung«, was eine ganz andere, weiterreichende Aufgabe ist. Speziell die Gesundheitsförderung müsste die Ausrichtung auf Gesundheit und die Gesundheitsdeterminanten sehr systematisch und in langfristigerer

Perspektive betreiben. Sie müsste Salutogenese, kombiniert mit Empowerment und Partizipation und anwaltschaftlichem Eintreten, für den Erhalt und die Verteilung von Gesundheitsressourcen wirklich wertschätzen und auch entsprechend arbeiten.

Die nachhaltige Entwicklung ist eine sehr aktuelle und akute Herausforderung für uns in der Gesundheitsförderung und in Settingansätzen schon mehr oder weniger integriert. Zur Klärung der Wertedimension von Best Practice habe ich eine Definition mitgebracht, was denn Nachhaltigkeit im Sinne nachhaltiger Entwicklung ist: Nachhaltigkeit ist eine Entwicklung unserer Gesellschaft, die die Bedürfnisse der Gegenwart, also der heutigen Bevölkerung, befriedigt, ohne die Möglichkeiten der zukünftigen Generation zu gefährden, ihre Bedürfnisse zu befriedigen.

Wenn man als Akteurin/Akteur, als Gesundheitsfördererin/-förderer oder Präventionsexpertin/-experte von dieser Definition ausgeht, merkt man, dass unsere Lebensspannenperspektive plötzlich viel zu kurz erscheint. Das Denken an »die Kinder«, die ja meistens die Kinder im Hier und Jetzt sind, ist auch viel zu kurzfristig. Deswegen wird die nationale Tagung zur Gesundheitsförderung 2012 in der Schweiz die Perspektive auf die Enkelkinder und deren Kinder legen, um das gewohnte Denken zu durchbrechen, immer nur an die Kinder im Hier und Heute zu denken und nicht wirklich an die kommenden Generationen. Es ist eine neue Herausforderung.

Wenn wir als Schweizer Gesundheitsförderungseinrichtung von Nachhaltigkeit sprechen, meinen wir wirklich nachhaltige Entwicklung. Für andere verbreitete Verständnisse von »Nachhaltigkeit« werden wir andere Termini einführen.

Wissensdimension

Nun möchte ich Ihnen die *Wissensdimension* unseres Best-Practice-Rahmens näherbringen. Um welches Wissen geht es, was steht im Mittelpunkt?

Wir haben für uns herausgearbeitet, dass immer beide Seiten wichtig sind: wissenschaftliches Wissen auf der einen Seite und das Erfahrungs- oder Praxiswissen auf der anderen Seite. Deswegen ist Best Practice mehr als evidenzbasierte Praxis.

Bei wissenschaftlichem Wissen handelt es sich nicht nur um themenspezifisches Wissen aus unserem Feld, sondern auch um themenunspezifisches Wissen – so haben wir es genannt –, um Struktur- und Prozesswissen aus anderen Disziplinen und Feldern. Wie macht man Policyentwicklung am besten, wie Advocacy und Kapazitätsentwicklung? Dazu gibt es viele Erkenntnisse außerhalb unserer eignen Wissenschaftsfelder, die sehr relevant sind und die wir noch nicht für uns aufgearbeitet haben.

Zu der Wissensdimension sind drei *Kriterien* definiert:

- a) Die Entscheidungen und Aktivitäten entsprechen den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.
- b) Unsere Entscheidungen bzw. unser Handeln trägt zur Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagen bzw. der Evidenzbasis unseres Feldes bei. Wir müssen aktiv werden als Praktikerinnen und Praktiker und können nicht nur warten, ob etwas Gutes von der Wissenschaft kommt.
- c) Ergänzend zum wissenschaftlichen Wissen wird angemessen auch das Wissen aus der Praxis oder sogenanntes Expertenwissen bzw. Erfahrungswissen berücksichtigt und in konkreten Situationen in seiner Bedeutung abgewogen.

Als Hilfsmittel haben wir zwei Varianten eines *Wissenszyklus*, mit denen wir arbeiten, und die wir auch unseren Akteurinnen und Akteuren anbieten. Es geht darum, Wissen aus der Forschung in die Praxis zu bringen, voneinander zu lernen, den Erfahrungsaustausch zu fördern und systematisch neues Wissen zu generieren oder Wissensbestände zusammenzuführen. Durch Evaluation sollen die Ergebnisse nicht nur in die Wissenschaft zurückgeführt werden,

sondern Feedback und Lernen bei den Akteurinnen und Akteuren ermöglicht werden.

Bei der wichtigen Frage, *welches* Wissen denn nun wichtig ist, beziehen wir uns auf die Grundfragen von Gesundheitsförderung und Primärprävention bzw. unsere Best-Practice-Fragen, die ich Ihnen kurz vorstelle:

- Was beeinflusst Gesundheit, unter welchen Bedingungen?
- Was funktioniert wo, wie, bei wem, um Gesundheit zu verbessern?
- Was sollen *wir* jetzt tun?
- Wie machen wir das jetzt hier? (Und das ist eben sehr unterschiedlich, je nach Kontext.)
- Welche Veränderung haben wir erreicht und womit?
- Was haben wir für welche Kontexte gelernt?

Der von Hans Saan und Willy de Haes (2005) entwickelte Wissenszyklus, auf den ich mich beziehe, wurde von uns adaptiert. Um das bestehende Wissen zu bündeln und zu reflektieren, ist es ein wichtiger Zwischenschritt, dieses Wissen erst einmal aufzubeiten, zu synthetisieren, damit es überhaupt zu dem gewünschten Transfer – der Aufnahme von solchen Wissensbeständen in Praxis oder Politik – kommen kann.

Dieser Schritt war früher in diesem Zyklus nicht enthalten, stellt aber eine sehr wichtige Arbeit dar. Schließlich soll das Wissen in der Praxis angewendet und weiterentwickelt werden. Wichtig ist, dass Akteurinnen und Akteure ihr Wissen teilen. Dass es nicht nur in den Köpfen und ihrer Gruppe bleibt, sondern dass sie es aufschreiben, dokumentieren, mitteilen, also explizieren.

Der aktualisierte Wissenszyklus umfasst die eben genannten Grundfragen. Wir brauchen Wissen über Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten, Interventionswissen sowie Wissen über den Kontext und die Kapazität für Gesundheitsförderung und Primär-

prävention dort, wo etwas passieren soll – gerade, wenn wir in die Breite gehen wollen.

Um optimales Handeln durch Berücksichtigung der Wissensdimension zu erreichen, benötigt man ein modernes Wirkungsmanagement. Hier ist die Stiftung in den letzten Jahren sehr gut vorangekommen. Wir haben inzwischen ein gut verzahntes System für mehrere Arbeitsbereiche, wenn auch noch nicht für alle. Im Bereich »gesundes Körpergewicht« gelingt dieser Prozess sehr gut.

Zentral ist die Frage, wer wann welche Evidenzen benötigt. Eine projekt- oder programmleitende Person hat andere Bedarfe in verschiedenen Phasen ihrer Arbeit als eine Politikerin, ein Politiker oder Organisationen: Der eine vielleicht bei der Maßnahmenplanung, die andere bei Wahlen, die anstehen, der Nächste bei strategischen Entscheidungsprozessen, die jetzt wichtig sind. In allen Anwendungsfällen hilft dieser Wissenszyklus, den ich vorgestellt habe.

Kontextdimension

Die *Kontextdimension* ist die dritte Dimension dieses Best-Practice-Rahmens oder Qualitätsrahmens. Erneut ist nur ein Kriterium definiert, um diesen Kontext, der sehr vielfältige Aspekte hat, bei den strategischen Entscheidungen, bei Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten angemessen zu berücksichtigen. Erneut begegnet uns dieses relative Wort »angemessen«. Wir benötigen Hinweise, welche Kontextfaktoren wichtig sind, die dann abgewogen bzw. reflektiert werden sollen oder eventuell verworfen werden, weil sie im konkreten Fall nicht relevant sind. Das bedeutet einerseits, nicht im eigenen institutionellen Kontext verhaftet zu bleiben, oder andererseits, nicht nur das Große zu sehen, das Land, die Schweiz, die nationale Ebene. Es bedeutet, im Bezug auf die Entscheidungen bzw. Planungen und Aktivitäten wirklich alle Ebenen zu reflektieren. Das ist für viele ungewohnt, manche kennen sich mehr »oben« aus (auf Makro-Ebenen), manche kennen sich mehr



Abb. 2: Allgemeine Kontextfaktoren

»unten«, in der Nähe des Lokalen, aus (auf Mikro-Ebenen). Aber es ist wichtig, diese im Zusammenhang zu sehen. Es ist wichtig, diese Ebenen auseinanderzuhalten und zu reflektieren. Auch dazu haben wir ein kleines Hilfsmittel kreiert, eine Art Kontextdiagramm, das ich kurz skizzieren möchte.

Das Programm umfasst erstens die allgemeinen *Kontextfaktoren*, wie zum Beispiel politische Faktoren, gesetzliche Gegebenheiten oder Grundlagen, soziale, ökonomische, soziokulturelle Umweltfaktoren, ökologische oder materielle, bauliche Umweltfaktoren, aber auch die Erwartungen, die Möglichkeiten der Stakeholder oder der Zielgruppen. Diese Aspekte zu reflektieren, ist wichtig und lohnend.

Die zweite Gruppe an Kontextfaktoren fassen wir unter den Begriff »Kapazität für Gesundheitsförderung und Primärprävention« zusammen, das sind Aspekte wie Leadership, zum Beispiel Leadership für das Thema oder für die Aktivität, finanzielle und auch Zeitressourcen, »human resources«, Informationssysteme, Surveillance, Monitoringsysteme, Policies, Prioritäten und Programme auf nationaler,

kantonaler oder Gemeindeebene bzw. in Schulen, im Betrieb sowie entsprechenden Strukturen. Weitere relevante Aspekte sind Mechanismen für partnerschaftliche Zusammenarbeit, für intersektorale Zusammenarbeit und allgemeine Partizipationsmechanismen bzw. vorhandene Netzwerke.

Die Schweiz ist basisdemokratisch und hat hier sehr hohe Ansprüche. Und wir haben eine Vielfalt von Organisationen in der Schweiz, die im Feld der Primärprävention und Gesundheitsförderung tätig sind. Wir sind auf gutem Weg hin zu mehr und noch besserer Koordination, mittelfristig auch durch eine Gesetzesänderung. Natürlich geht es beim Thema Kontext und Kapazitäten auch um die Forschung, den Bildungsbereich mit Bezug auf unser Thema Gesundheitsförderung und Primärprävention. Die Gesundheitsförderungsforschung im engeren Sinne ist in der Schweiz eher schwach ausgebaut. Daneben ist der Professionalisierungsgrad der Akteurinnen und Akteure relevant. Nicht jede Akteurin bzw. jeder Akteur in unserem Feld studiert Public Health oder Gesundheitsförderung.

Ergebnismodell für Gesundheitsförderung

Das *abschließende und übergeordnete Kriterium* für den hier vorgestellten Best-Practice-Ansatz und dafür, wie wir versuchen, zu erfassen, ob wir gut auf dem Weg hin zu Best Practice, zu optimalem Entscheiden und Handeln sind, ist das Folgende: »Die beabsichtigten positiven Wirkungen wurden erreicht, und negative Wirkungen wurden vermieden.« Ein kurzer Satz, der es in sich hat. Dabei spielt Evaluation eine Schlüsselrolle. Hierzu haben wir ein wesentliches Hilfsmittel entwickelt, das sogenannte *Ergebnismodell* für Gesundheitsförderung und Prävention.

Es hilft, die positiven Wirkungen zu planen und mit der anfangs erwähnten Black Box konstruktiv umzugehen. Dieses Ergebnismodell ist ein Werkzeug für die Hand von jedermann und jederfrau geworden. Auf der rechten Seite des Modells geht es um die Gesundheit der Bevölkerung, um das, wo wir hinwollen, um Verbesserung zu erreichen.

Auf der linken Seite sind die Maßnahmen dargestellt. Im Fokus liegen die Gesundheitsdeterminanten sowie die intermediären Ziele auf dem Weg von links nach rechts. Diese erhalten eine Wertschätzung als (Zwischen-)Ergebnis von Aktivitäten, sodass der Blick nicht immer nur auf das langfristige Maßnahmenziel gerichtet ist, sondern auf die vielen notwendigen Zwischenschritte auf dem Weg dorthin. Einflussfaktoren, die wiederum auf Gesundheitsdeterminanten hinwirken, werden ebenfalls beachtet, und auch Veränderungen auf dieser Ebene werden positiv wertgeschätzt und kommuniziert. Dieses Erlebnismodell berücksichtigt zudem verschiedene Systemebenen – vom Individuum bis hin zu Gruppen, Organisationen und Infrastrukturen sowie Dienstleistungen.

Das Wesentliche am Ergebnismodell ist, dass es uns hilft, die Black Box, die zwischen der Konzeption einer Maßnahme und meinem Ziel – zum Beispiel ein gesundes Körpergewicht – liegt, angemessen zu erhellen. Das Modell hilft, diese Black Box praxisnah

aufzuarbeiten, zu verstehen und somit zu besseren Wirkungsmodellen zu kommen. Gesundheitsförderung Schweiz führt Workshops zum Umgang mit den Best-Practice-Kriterien und Instrumenten durch. Projektteams oder Programmplaner entwickeln gemeinsam mithilfe dieses Modells ihr Wirkungsmodell, das dann eine Basis für die Evaluation wird. Durch diese Arbeitsweise sind die Evaluationen sehr viel besser geworden, sodass wir auch wieder Erkenntnisse aus der Praxis zurück in die Wissenschaft füttern können.

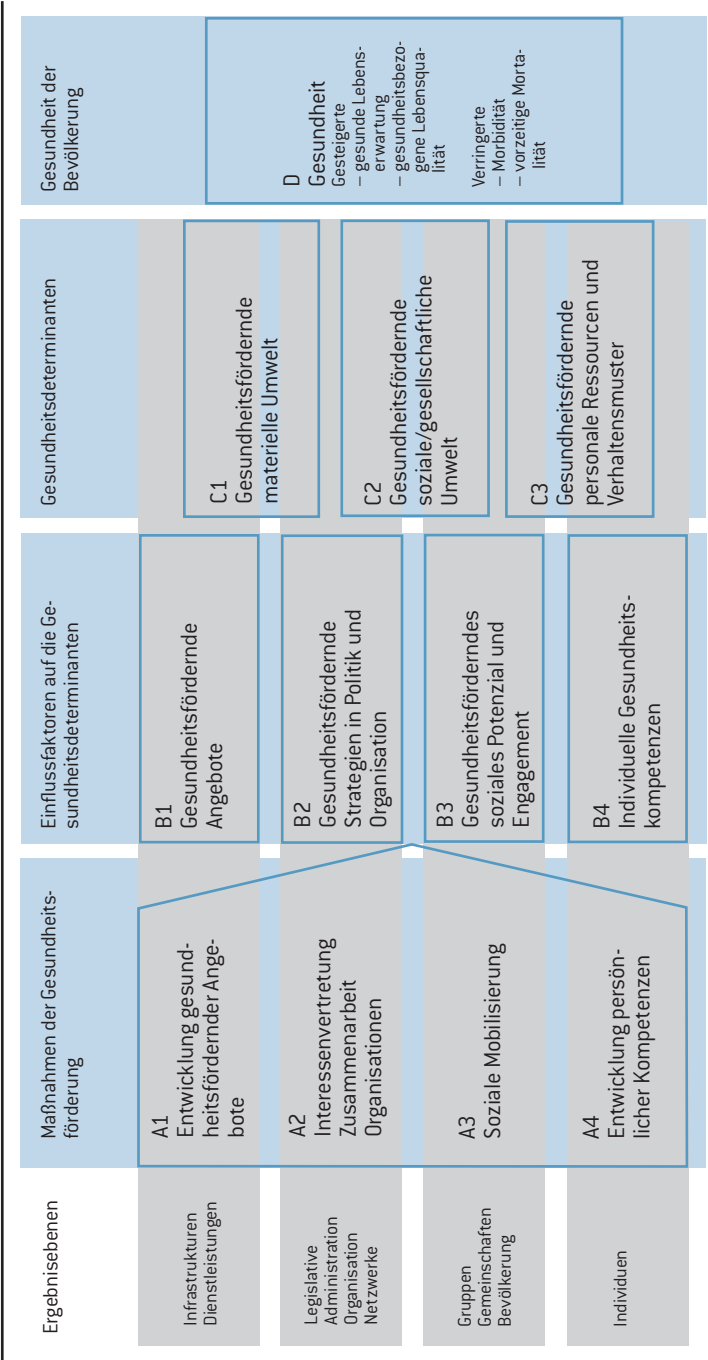
Arbeit mit dem Best-Practice-Rahmen

Nun möchte ich kurz illustrieren, wie wir *mit diesem Best-Practice-Rahmen arbeiten*, mit den drei Dimensionen Werte, Wissen und Kontext. Veranschaulicht werden kann diese Arbeitsweise durch das Bild einer Spirale, die die kontinuierliche und umfassende Reflexion in Richtung Qualitätsverbesserung darstellen soll.

Das zuvor erwähnte Radarschirmmodell ist ein ebenfalls geeignetes Hilfsmittel für diesen Reflexionsprozess der drei Dimensionen von Best Practice.

Weitere Hilfsmittel stehen auf der Homepage von Gesundheitsförderung Schweiz zur Verfügung, die nicht immer alle genutzt werden müssen. Dazu gehören auch die Leitlinien im Umfang von einer halben bis ganzen Seite, die ebenfalls in unserem Best-Practice-Rahmen-Dokument veröffentlicht sind. Dort findet man Antworten auf Fragen wie:

- Was ist Best Practice, wenn ich Wissen aufbereiten will, für meine Akteurinnen und Akteure, für die Praxis?
- Was ist Best Practice bei der Erarbeitung von Advocacypapieren?
- Was ist Best Practice, wenn es um intersektorale Kooperation und Koordination geht?
- Was ist Best Practice bei der Strategieentwicklung zum Beispiel unserer Einrichtung, unseres Netzwerks?



Autorinnen: Bernhard Cloetta, Brenda Spencer, Günter Ackermann, Ursel Broesskamp-Stone, Brigitte Ruckstuhl, Adrian Spörri-Fahrni. © Gesundheitsförderung Schweiz.
Anleitung: www.gesundheitsfoerderung.ch

Abb. 3: Ergebnismodell für Gesundheitsförderung und Prävention

- Was ist Best Practice bei der Projekt- oder Programmplanung und der Umsetzung?
- Was ist Best Practice in der Evaluation?

Der Best-Practice-Rahmen ist ein zunehmend akzeptierter normativer Handlungsrahmen mit Leitlinien für strategische Entscheidungen in unserem Feld sowie für die Planung, Implementation und Evaluation von Aktivitäten, Projekten und Programmen. Der Anwendungsbereich reicht von der Situationsanalyse über Programmentwicklung, Auswahl von Intervention, Umsetzungsaspekten bis zur Evaluation.

Es geht somit um umfassende Qualitätsverbesserung im Sinne eines kontinuierlichen Lernprozesses und nicht, wie oft assoziiert wurde, um ein extrem gutes Beispiel, dessen Niveau wir nie erreichen. Beste, optimale Praxis ist das Ziel, auf das wir hinarbeiten, mit Hilfsmitteln und in partizipativen Prozessen.

Begriffsvielfalt

Zum Abschluss dieser Einführung in den Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Primärprävention möchte ich auf die Begriffsvielfalt eingehen.

Man hört »gute Praxis«, »vielversprechende Praxis«, und wir haben jetzt »Best Practice« in den Raum gestellt. Wie gehen wir damit um? Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler füllen den Begriff vielleicht anders als Praktikerinnen und Praktiker. Das geht für uns nicht mehr, wir halten uns an einen Qualitätsstandard für unser Feld, den ich als Best-Practice-Rahmen vorgestellt habe. Wir nutzen den Begriff »Gute Praxis« für die Vorstufen des Weges hin zu optimalem Handeln und definieren ihn bewusst nicht genauer. Je nach Arbeitsbereich gibt es unterschiedliche »Gute Praxis«-Kriterien, zum Beispiel in Deutschland in der »Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter«. Man findet zahlreiche Ansätze, teilweise überlappend. Es sind setting-

themen- oder problemfeldspezifische Qualitätskriterien (wie für Schule, Betrieb, Bewegungsförderung, Aids etc.), die wir eventuell zusätzlich zu den allgemeinen Best-Practice-Kriterien für Gesundheitsförderung hinzu nehmen.

Wichtig bleibt aber, dass wir uns quer durch die verschiedenen Arbeitsfelder der Gesundheitsförderung und Primärprävention austauschen und die allgemein wichtigen Qualitätsaspekte für unser Feld reflektieren. Dazu gehören auch die Fragen: Wo ist schädliche Praxis? Wo sind negative Wirkungen oder zumindest Risiken?

Wir experimentieren derzeit mit Rastern (vgl. Abbildung 4), in denen man die eigenen Aktivitäten und Entscheidungen auch mal im Selbstcheck einordnen kann. Wichtig ist das letzte Kästchen »Additional criteria«. Die allgemeinen Qualitätskriterien sollten in bestimmten Fällen durch themen-, bereichs- oder settingspezifische Kriterien ergänzt werden. Wir haben in der Schweiz ein Label »Friendly Work Space« mit eigenen Kriterien, die teilweise noch spezifischer sind. Die sollten mit den allgemeinen Best-Practice-Kriterien für Gesundheitsförderung zusammengeführt werden. Daher ist es sinnvoll, solche Ergänzungen bei dem allgemeinen Best-Practice-Rahmen expliziter zu ergänzen.

Kantonale Aktionsprogramme zum gesunden Körpergewicht

Abschließend möchte ich Ihnen einen kurzen Einblick in die kantonalen Aktionsprogramme »Gesundes Körpergewicht« in der Schweiz geben. Es ist eines der großen Programme und Arbeiten der letzten Jahre, das nicht nur mit dem Tagungsthema

Best practice criteria	Harmful	Insufficient	Good	Promising	Best
Overriding criterion					
Value 1 criteria					
Knowledge 3 criteria					
Context 1 criteria					
Final overriding criterion					
Additional criteria					

Abb. 4: Raster »Best-Practice-Kriterien«

Kinder und Jugendliche zu tun hat, sondern auch zunehmend den Best-Practice-Rahmen als Qualitätsrahmen integriert.

Es ist wichtig, den *Kontext* dieser »Kantonalen Aktionsprogramme zum gesunden Körpergewicht« zu berücksichtigen: Die Schweiz, das sind 70 % Berge; ein kleines Land, große Vielfalt; das heißt 26 Kantone von jeweils ca. 15.000 bis 1,3 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern. Vergleichbar mit der Länderhoheit in Deutschland besteht in der Schweiz Kantonshoheit, u. a. in Bezug auf Gesundheit und Bildung, also den zentralen Bereichen, die uns aus der Sicht der Gesundheitsförderung interessieren. Zudem haben wir vier Sprachen und neben Sprachgemeinschaften auch verschiedenste Kulturen. Wir haben eine sehr große Vielfalt in einem relativ kleinen Land. Ca. 20 % der Bevölkerung haben einen

Migrationshintergrund. Dabei ist die Verteilung sehr unterschiedlich: Manche Kantone haben fast gar keine Bevölkerung mit Migrationshintergrund und andere haben weit höhere Zahlen: 40 oder 45 %.

Wenn ich den Best-Practice-Rahmen anwende, komme ich zu einem noch klareren Bild des spezifischen Kontextes. Der spezifische Kontext der Programme, die wir vor einigen Jahren zur Förderung des *gesunden Körpergewichts bei Kindern und Jugendlichen* in und mit Kantonen lanciert haben, reicht von Organisationslandschaften bis hin zu Netzwerken. Die Vielfalt ist groß, und es besteht Koordinationsbedarf. Es gibt viele Verbände und Vereine in diesem Themenbereich. Einige Kantone haben eine hohe Professionalität oder auch große finanzielle Ressourcen, andere Kantone haben davon recht wenig.

Gesundheitsförderung Schweiz investiert mehr als 4 Millionen Schweizer Franken in diese kantonalen Aktionsprogramme. Die Kantone investieren zusammen fast 14 Millionen Franken, die unterschiedlich verteilt sind. Grundsätzlich gilt Kofinanzierung bei diesem großen Programm. Die Bundesämter, vergleichbar mit den Ministerien in Deutschland, investieren hier nicht. Die Ursprünge oder die Basis dieser kantonalen Aktionsprogramme in unserem Land sind: die Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health der WHO und ihrer Partnerinnen und Partner. 2005 wurde von uns der erste State-of-the-Art-Bericht zum Thema gesundes Körpergewicht geschrieben. Gleichzeitig fanden Treffen mit allen kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren statt, um das landesweite Programm für die Ausbreitung vorzubereiten. Zeitlich parallel entwickelte sich die Arbeit von »evidence-based« hin zum Best-Practice-Rahmen. Langfristige Strategien haben darüber hinaus zum nationalen Programm »Ernährung und Bewegung« geführt, das 2008 begann und bis 2012 läuft. Dies zeigt die vielfältigen und komplexen Anknüpfungspunkte und Ursprünge unserer Initiative.

Bei den kantonalen Aktionsprogrammen zum gesunden Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen handelt es sich jeweils um ein Vierjahresprogramm. Manche Kantone sind schon in der Schlussphase, andere beginnen gerade. Das langfristige Ziel für 2018 ist die Erhöhung des Bevölkerungsanteils mit einem gesunden Körpergewicht sowie eine Verlangsamung des negativen Trends, dass Übergewicht sich unter Kindern und Jugendlichen weiter verbreitet. Aktuelle Evaluationsergebnisse werden gerade zusammengefasst.

Bei den Zielgruppen geht es um 0- bis 16-Jährige und zusätzlich um die einflussreichen Gruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in deren Umfeld wie Eltern, Lehrkräfte, Hausärztinnen und -ärzte sowie Peergroups. Die Lebensphasenperspektive ist

stark ausgeprägt; wir betrachten die Settings, die Sie auch auf dieser Tagung thematisieren: Kita, Kindergarten, Schule, Peergroups und andere relevante Settings. Ich habe dieses Best-Practice-Beispiel mitgebracht, weil das »In-die-Breite-Gehen« im ersten Schritt sehr gut funktioniert hat. 2007 waren sechs Kantone in der Umsetzung, 2008 schon 19, 2010 bereits 22 Kantone – es fehlen nur noch vier Kantone! Unsere Strategie bedeutet nicht nur finanzielle Anreize, also Mitfinanzierung, sondern auch Gesundheitsförderung à la Ottawa-Charta mit Partizipationsprozessen. Ein Charakteristikum des Programms – und wahrscheinlich auch ein Erfolgsfaktor – ist, dass die Kantone sich verpflichten müssen, auf allen vier Ebenen zu arbeiten:

- Interventionsprojekte,
- Policy (eventuell auch neue Strategien im Kanton entwickeln und umsetzen),
- Vernetzung und
- Öffentlichkeitsarbeit.

Die Herausforderungen für die praktische Umsetzung haben meine Kolleginnen und Kollegen in zwei Punkten zusammengefasst: Die Herausforderung besteht einerseits in dem Wunsch nach standardisierten Programmen. Wir möchten nicht immer wieder das Rad neu erfinden, wir wollen mit gut evaluierten Programmen in die Breite gehen. Andererseits müssen wir den Respekt für die jeweilige Situation des Kantons in den Vordergrund stellen, das heißt die Vielfalt, die ich oben angedeutet habe, positiv nutzen. Das widerspricht manchmal Standardisierungen. Trotzdem bleibt das Ziel, standardisierte flexible Module zu schaffen, die in jedem Kanton adaptierbar sind.

Werte- und Wissensdimension

Wir betrachten jetzt kurz die *Wertedimension* dieser kantonalen Aktionsprogramme. Der Schweizer Kontext ist basisdemokratisch. Das ist teilweise för-

derlich, aber zum Teil auch eine große Herausforderung. Die kantonalen Aktionsprogramme müssen damit aktiv umgehen. Das Prinzip der geteilten Verantwortung für Gesundheit muss gelebt werden; die Kantone müssen deswegen von Anfang an mitfinanzieren. Der finanzielle Beitrag muss dabei nicht überall gleich sein. Der ethische Aspekt des Respekts vor der Autonomie gilt nicht nur gegenüber dem Menschen, sondern auch gegenüber jedem der 26 Kantone, mit verschiedenen Strukturen und jeweils anderen Verhältnissen. Diese Unterschiede in die nationalen Programme zu integrieren, diesen Respekt zu leben, ist eine Herausforderung. Chancengleichheit auf Gesundheit ist ein Fokus geworden, der zu Beginn der Programme noch nicht ausreichend beachtet wurde. Nach kurzer Zeit hat man gelernt, dass bestimmte Zielgruppen, die gerade Bedarf haben, nicht erreicht wurden. Heute sagen manche Kolleginnen und Kollegen: Hätten wir uns bereits zu Anfang alle drei Best-Practice-Dimensionen angeschaut, wären wir früher darauf gekommen. Natürlich liegt der Fokus der Programme auch auf Partizipation und Empowermentprozessen, und auch dies bedeutet manchmal einen Kulturwechsel in bestimmten Akteursfeldern, in den Kantonen.

Wirklich vorzeigbar ist, wie Gesundheitsförderung Schweiz und ihre Partner die *Wissensdimension* zum Programm »Gesundes Körpergewicht« bearbeitet haben. Wissenschaftliches Wissen, das Praxisexperten- und das Expertenwissen in den Kantonen wurden sehr gut zusammengeführt. Ebenso wurde stark an der Evaluation, der Wissensgenerierung, gearbeitet. So hatten wir 2005 den schon erwähnten State-of-the-Art-Bericht. In 2010 haben wir ein Update veröffentlicht. Im Vergleich zu 2005 deckt der neue Bericht nicht nur wissenschaftliches Wissen ab, sondern verstärkt den Policybereich und weiteres Praxiswissen. Er integriert weitreichender die wichtigen, im Best-Practice-Rahmen genannten Wissensbereiche.

Das Praxis- und Expertenwissen wird auf verschiedene Art in die Programme eingebracht. Zum Beispiel haben wir einen jährlichen Netzwerktag für die kantonalen Aktionsprogramme eingeführt. Er dient dem Austausch für das gemeinsame gegenseitige Lernen. Wir haben weiterhin ein Advisory Board, ein Beratungsgremium, das Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis mit ihrem Wissen zusammenbringt.

Eine Herausforderung ist es, nicht nur zu evaluieren, sondern auch ein modernes Monitoring einzuführen, um später Wirkungszusammenhänge plausibel machen zu können. Kostenaspekte sind inzwischen auch integriert. Es ist wichtig, aber auch herausfordernd, über das BMI-Monitoring hinauszugehen – hin zu anderen Monitoringfragen, zum Beispiel dem Medien- und Politikmonitoring. Das sind neue Bausteine, die anhand dieses großen Programms entwickelt worden sind, aus denen wir für andere Bereiche lernen können. Neu begonnen haben wir zum Beispiel ein Verhältnismonitoring an Schulen, um einen Überblick zu erhalten, was in den Schulen läuft. Denn in der Vielfalt des föderalistischen Systems in der Schweiz war es sehr schwierig, überhaupt eine Wissensbasis für die Interventionsplanung der Zukunft zu finden.

Wir haben neu und vermehrt ökonomische Evaluationen auf den Weg gebracht. Zum Beispiel zu Programm- und Krankheitskosten, weil es heute extrem wichtig ist, auch das ökonomische Argument bringen zu können, trotz aller methodischen Schwächen und Herausforderungen. Zudem haben wir heute zum Thema der kantonalen Aktionsprogramme »Gesundes Körpergewicht« ein ganzes System von einander ergänzenden Datensätzen und der Datengenerierung.

Management der Wissensbestände

Eine Herausforderung im Bereich der Wissensdimension, die ich abschließend ansprechen möchte,

ist das Management der Wissensbestände unter Nutzung ihrer Verschiedenheit für eine andauernde Qualitätsverbesserung.

Meine Kolleginnen und Kollegen haben versucht, herauszufiltern, was an ihrer Art des Arbeitens in diesen kantonalen Aktionsprogrammen wesentlich ist, welche Strategien sie mit ihren Partnerinnen und Partnern nutzen. Der erste Aspekt war das Überzeugen der Kantone, der Kantonsvertreterinnen und -vertreter. Dies geht nicht ohne finanzielle Anreize. Es ist ganz klar, dass manche Kantone sich nur auf ein kantonales Aktionsprogramm »Gesundes Körpergewicht« eingelassen haben, weil sie dadurch deutlich zusätzliche Ressourcen für den Gesundheits- bzw. Präventionsbereich erhalten. Das sollte man nicht unterschätzen, aber es ist zum Glück nicht die einzige Motivation. Ebenfalls wichtig war Advocacy, Lobbying für die inhaltlichen Anliegen, für die Gewichtsthematik bei Kindern und Jugendlichen sowie Führungspersönlichkeiten zu finden und mit ihnen verschiedene Akteurinnen und Akteure aus dem Kanton an Bord zu holen. Um die Ziele der vorgestellten kantonalen Aktionsprogramme zu erreichen, ist ein solcher integrierter Ansatz wesentlich.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit und freue mich auf alle weiteren Elemente dieser sehr spannenden Tagung.

Saan, H., de Haes, W., NIGZ, GGD Rotterdam 2005.

Download unter <http://www.nigz.nl/upload/ref-ka%20en%20cirke!%20in%20DUITS.pdf>. Zugriff am 25.03.2012.

Literatur

Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.) (2010): Best Practice – Ein normativer Handlungsrahmen für optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Internet: <http://www.gesundheitsfoerderung.ch>. Zugriff am 25.03.2012.

02

KITA

» Ein »PAKT« für eine gesunde Entwicklung von Kindergartenkindern – Prävention durch Aktivität im Kindergarten (Prevention through Activity in Kindergarten Trial)

Kristina Roth, Helge Hebestreit

» Einleitung

Das Kindergartenalter wird als entscheidende Phase für eine gesunde Entwicklung betrachtet, nicht nur für die Entwicklung von motorischen Kompetenzen, sondern auch für die frühzeitige und nachhaltige Ausbildung eines gesunden und aktiven Lebensstils. Aktuelle Studien berichten aber von einer reduzierten motorischen Leistungsfähigkeit im Vergleich zu früheren Stichproben (Roth et al. 2010a)

und einem steigenden Risiko für Übergewicht und Adipositas bei Kindergartenkindern (Kurth und Schaffrath Rosario 2007). Die Entwicklung von Interventionsansätzen insbesondere für das Setting Kindergarten wird deshalb immer stärker in den Blick genommen. Die vorliegenden Ergebnisse sind allerdings gering und zudem widersprüchlich (zum Beispiel Cardon et al. 2008, Hannon und Brown 2008, Mo-Suwan et al. 2009, Reilly et al. 2006, Riethmüller et al. 2009, Venetsanou 2009). Ziel des Projekts PAKT (Prevention through Activity in Kindergarten Trial) war deshalb die Entwicklung, Installation und

Evaluation eines Bewegungsprogramms für das Setting Kindergarten. Die Intervention richtete sich an Kindergartenkinder, Kindergartenpersonal und Eltern. Bei der Konzeption des Bewegungsprogramms war die Auswahl von kindgemäßen und spaßbetonten Spiel- und Übungsformen auf der Basis des psychomotorischen Ansatzes (Kiphard und Leger 1975, Zimmer 2002) sowie die universelle Umsetzbarkeit des Programms maßgebend.

» Studiendesign

In die cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie PAKT wurden 41 Kindergärten aus den Stadt- und Landgebieten Kitzingens und Würzburgs eingeschlossen. Mit einer Eingangsuntersuchung von 726 Kindern (51 % Jungen) im Alter zwischen 3,2 und 5,9 Jahren startete die Evaluation der Studie im Sommer 2007 (Wiederholungstestungen im Winter 2007/2008, Sommer und Herbst 2008). Mit Beginn des Kindergartenjahres 2007/2008 integrierten 21 Kindergärten das Bewegungsprogramm PAKT, die übrigen 20 Einrichtungen fungierten als Kontrollgruppe. Weitere Details, siehe Roth et al. 2010b.

» Interventionsinhalte

Tägliche Bewegungsangebote

Das Kindergartenpersonal bot für die Kinder täglich 30-minütige Bewegungsangebote an, die einem standardisierten Handlungsrahmen folgten, inhaltlich jedoch variabel waren. Die Angebote begannen

mit einem ritualisierten Einstieg (zum Beispiel ein mit Bewegung verknüpftes Begrüßungslied) und einer anschließenden Einstimmungsphase (Hinführung auf den für die Einheit gewählten motorischen Förderschwerpunkt, gegenseitiges Begrüßen oder Vertrautmachen mit neuen Spiel- und Übungsgeräten). Der Hauptteil fokussierte die Schulung von koordinativen und Wahrnehmungsfähigkeiten (optisch, akustisch, taktil, vestibulär, kinästhetisch), ergänzt durch weitere Schulungsschwerpunkte. Im Zentrum standen die vielseitige, individuelle und freudbetonte Anwendung und die Förderung von Motorikkompetenzen durch die Kinder. Den Ausklang bildeten eine kindgemäße Entspannung, ein Abschluss- oder Aufräumspiel sowie eine abschließende, ritualisierte Feedbackrunde. Als Grundlage zur Gestaltung der Angebote wurde eine Sammlung von ca. 200 verschiedenen Karten mit ca. 400 Spiel- und Übungs-ideen entwickelt (Beispiel, siehe Abbildung 1), gruppiert in 15 Kategorien: Begrüßungsspiele, Spiele zur Einstimmung/Aufwärmung, Spiele zur Förderung von Wahrnehmung, Kraft, Schnelligkeit, Kooperation, Ausdauer, Entspannung, Koordinationsfähigkeit, Beweglichkeit, Ball- und Wurfertigkeiten sowie Bewegungsgeschichten, Spiele mit Klein- und Alltags-



Abb. 1: Karte mit Spiel- und Übungs-ideen: Eisschollenfangen

materialien, Spiele für draußen und kreative Gestaltungsspiele.

Die PAKT-Spielesammlung berücksichtigt die unterschiedlichen räumlichen, materialen und personellen Ressourcen von Kindergärten, indem nicht nur Spielformen für die Turnhalle und mit viel Materialeinsatz enthalten sind, sondern auch Spiele für kleine Räume, ohne Material oder mit Klein- und Alltagsmaterialien (Zeitungspapier, Teppichfliesen etc.).

Bewegungshausaufgaben

Um den Kindern auch außerhalb des Kindergartens Anregungen zur freudbetonten körperlichen Aktivität zu geben und gleichzeitig möglichst die gesamte Familie zu aktivieren, wurden 52 illustrierte Karten mit Bewegungshausaufgaben und drei Ferien-Aktiv-Karten (Oster-, Pfingst-, Weihnachtsferien) mit weiteren Spiel- und Bewegungsideen für die Freizeit entwickelt.

Die Kindergartenteams übten wöchentlich ein bis zwei Bewegungshausaufgaben mit den Kindern ein und gaben jedem Kind die entsprechende Karte mit nach Hause. Damit wurde die Kompetenz zur eigenständigen Umsetzung der Bewegungshausaufgaben ausgebildet, da die Eltern nicht zwangsläufig zur

Erschließung der Aufgaben nötig waren. Eine Vielzahl der Karten enthielten jedoch Spiele, die nur mit den Eltern oder weiteren Spielpartnerinnen und -partnern realisierbar waren, um die Familie und den Freundeskreis der Kinder zu involvieren. Die Aufgabenauswahl traf das Kindergartenpersonal. Jede Karte beinhaltete eine Beschreibung des Spiels in Text und Bild auf der Vorderseite sowie Informationen über das nötige Material, den bevorzugten Spielort (»Haus« für drinnen oder »Sonne« für draußen), den Schwierigkeitsgrad (ein bis drei PAKT-Logos für einfach bis schwierig), den motorischen Förderschwerpunkt und Möglichkeiten der Spielanpassung für unterschiedliche Alters- und Könnensstufen auf der Rückseite (Beispiel, siehe Abbildung 2).

Elterninformation

Zur Information der Eltern dienten drei Elternabende, zwei Informationsflyer und drei Elternbriefe. Der erste Elternabend und Flyer informierte die Eltern über die Bedeutung von motorischer Leistungsfähigkeit und körperlicher Aktivität für eine gesunde Entwicklung im Kindesalter sowie die Vorbildfunktion von Eltern hinsichtlich eines aktiven Lebensstils. Am zweiten Elternabend wurden die Eltern interaktiv zum Thema gesunde Ernährung im Kindesalter geschult. Daneben wurden Risiken und Alternativen eines hohen Medienkonsums bei Kindern erarbeitet. Der dritte Elternabend wurde als Expertenrunde abgehalten. Eine Sportpädagogin, ein Sportwissenschaftler, eine Diätassistentin, eine Physiotherapeutin und ein Kinderarzt standen den Eltern Rede und Antwort. Die Ergebnisse der Runde wurden im dritten Elternbrief an alle Eltern weitergegeben. Die beiden übrigen Elternbriefe boten Informationen und Tipps zur gesunden Ernährung für die ganze Familie und zur aktiven Freizeitgestaltung, insbesondere in der Herbst- und Winterzeit.



 Abb. 2: Karte mit Spiel- und Übungsideen: Weltraumwerfen

» Fazit

Das Ziel des Projekts PAKT war die Entwicklung und erfolgreiche Installation eines präventiven Bewegungsprogramms im Setting Kindergarten. Die Erfahrungen aus der Projektphase und Evaluationsergebnisse zeigen, dass diese Ziele erreichbar sind (Roth et al. 2010c). Das Programm ist in Kindergärten unabhängig von deren Größe, räumlicher, materialer und personeller Ausstattung und selbstständig durch das Kindergartenpersonal realisierbar. Ein nationaler Transfer des Programms in weitere interessierte Kindergärten läuft aktuell in Kooperation mit der Krankenkasse BARMER GEK an.

» Literatur

- Cardon, G. et al. (2008): Promoting physical activity at the pre-school playground: The effects of providing markings and play equipment. In: *Prev Med*, 48, 2009, pp. 335–340.
- Hannon, J. C., Brown, B. B. (2008): Increasing preschoolers' physical activity intensities. An activity-friendly preschool playground intervention. In: *Prev Med*, 46, 2008, pp. 532–536.
- Kiphard, E. J., Leger, A. (1975): *Psychomotorische Elementarerziehung – ein Bildbericht*. Gütersloh.
- Kurth, B.-M., Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, S. 736–743.
- Mo-Suwan, L. et al. (2009): Effects of a controlled trial of a school-based exercise program on the obesity indexes of preschool children. In: *Am J Clin Nutr*, 68 (5), 2009, pp. 1006–1011.
- Reilly, J. J. et al. (2006): Physical activity to prevent obesity in young children: cluster randomised controlled trial. In: *BMJ*, 18, 2006, p. 1041.
- Riethmüller, A. M., Jones R., Okely, A. D. (2009): Efficacy of interventions to improve motor development in young children: a systematic review. In: *Pediatrics*, 124 (4), 2009, e782–792 (Epub ahead of print).
- Roth, K. et al. (2010a): Is there a secular decline in motor skills in preschool children? In: *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 20 (4), 2010, pp. 670–678.
- Roth, K. et al. (2010b): Prevention through Activity in Kindergarten Trial (PAKT). A cluster randomised controlled trial to assess the effects of an activity intervention in preschool children. In: *BMC Public Health*, 12 (10), 2010, p. 410.
- Roth, K. et al. (2010c): Prävention durch Bewegung und Sport im Kindergarten. In: *Public Health Forum*, 18 (4), 2010, 24.e1–24.e3.
- Venetsanou, F. (2009): Effect of an exercise program emphasizing coordination on preschoolers' motor proficiency. In: *Eur Psychomotricity J*, 2 (1), 2009, pp. 46–55.
- Zimmer, R. (2002): *Handbuch der Psychomotorik – Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung*. Freiburg.

» Der BKK-Gesundheitskoffer »Fit von klein auf«

Marijke Brouwer



Spielen, toben, lecker essen. Die Freude an einer gesunden Lebensweise sollten Kinder so früh wie möglich entdecken, um sich langfristig wohlfühlen zu können

und gesund zu bleiben. Die Aufgabe von uns Erwachsenen ist es, Kinder bei diesen Entdeckungen zu unterstützen. »Fit von klein auf« lautet deshalb die bundesweite Gesundheitsinitiative der Betriebskrankenkassen (BKK), die seit 2005 Erzieherinnen und Erzieher in Kindertageseinrichtungen (Kitas) sowie Eltern praktisch unterstützt – mit dem Ziel, das Leben von Kindern gesünder zu gestalten und ihre gesundheitlichen Kompetenzen deutlich zu stärken.

Träger der Initiative »Fit von klein auf« sind der BKK Bundesverband und der BKK Landesverband NORDWEST. Hintergrund der Initiative ist der Auftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungen der Primärprävention zu erbringen. Diese sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen wirkungsvollen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. In diesem Zusammenhang ist »Fit von klein auf« als Teil der BKK-Initiative »Mehr Gesundheit für alle« zu sehen, deren Ziel es ist, solche innovativen Ansätze der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Handlungsfeldern und Strukturen zu entwickeln bzw. zu unterstützen, zu erproben sowie zu verbreiten. Zentraler Anspruch ist dabei stets auch, die gesundheitlichen Chancen von sozial benachteiligten Personen ohne Stigmatisierung zu verbessern.

Neben Projekten wie Gesundheitswettbewerben für Kitas, in deren Rahmen in verschiedenen Bundesländern praxiserprobte Konzepte der Gesundheitsförderung ausgezeichnet werden, oder dem Kita-Vorsorgebogen, der die Kommunikation zur kindlichen Gesundheit zwischen Eltern, Erzieher*innen sowie den Ärztinnen und Ärzten strukturiert und verbessert, steht der BKK-Gesundheitskoffer »Fit von klein auf« im Mittelpunkt der Initiative.

» Der BKK-Gesundheitskoffer »Fit von klein auf« – ein Koffer voller Gesundheit

Der vom BKK Bundesverband und BKK Landesverband NORDWEST im Jahr 2006 in Auftrag gegebene und von der Team Gesundheit GmbH (Essen) entwickelte Gesundheitskoffer »Fit von klein auf« bietet Kindertageseinrichtungen vielfältige Anregungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Alltags und zur Arbeit mit Eltern. Konkret sollen Erzieherinnen und Erzieher motiviert und praktisch darin unterstützt werden, gesundheitsförderliche Aktivitäten bezüglich psychosozialer Entwicklung, Ernährung, Bewegung und Entspannung effektiv und nachhaltig in den Kita-Alltag zu integrieren sowie die Einrichtung als Spiel-, Lebens- und Arbeitsraum gesundheitsförderlich zu gestalten.

In sieben Modulen für Erzieherinnen und Erzieher liefert der BKK-Gesundheitskoffer »Fit von klein auf« Antworten auf viele Fragen und beinhaltet darüber hinaus zahlreiche praktische Handlungshilfen: Bewegung, Ernährung, Entspannung, Hautgesundheit, Lebenskompetenzförderung, Körper und betriebliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita – diese Themenpalette wird für die altersgerechte Arbeit bereitgestellt. Die sieben Gesundheitsbausteine (= Praxisordner) enthalten jeweils eine thematische Einführung mit leicht verständlich aufbereiteten Hintergrundinformationen, eine Sammlung von Spielen und Anregungen (»Gesundheitskisten«) für den täglichen Einsatz in der Praxis sowie Vorschläge für zeitlich länger angelegte Projekte und Aktionen, sogenannte »Highlights«.

Darüber hinaus gibt es in jedem Gesundheitsbaustein die Rubrik »Elterninformationen«. Hier werden Argumente zur elterlichen Sensibilisierung und praktische Aktivitäten zum Einbezug von Müttern, Vätern und weiteren Bezugspersonen vorgeschlagen. Unterstützende Materialien wie die 60 cm große, zum Spielen einsetzbare Handpuppe namens »Florina« und eine »gesunde« Kinderlieder-CD sowie Faltblätter und Plakate für die Eltern runden das Angebot ab.

Der Gesundheitskoffer »Fit von klein auf« ist bewusst nicht als Curriculum aufgebaut, sondern trägt den unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedingungen in den Einrichtungen Rechnung – das heißt, welche Inhalte und in welcher Reihenfolge diese umgesetzt werden, beruht auf der eigenverantwortlichen Entscheidung des Kita-Personals. Ebenfalls im individuellen Ermessen liegt die zeitliche Einbettung der Themen, obwohl der Grundgedanke des Gesundheitskoffers selbstverständlich auf eine dauerhafte und damit nachhaltige Umsetzung abzielt. Die Basis für den reichen Ideenfundus bildeten sowohl die verschiedenen Wettbewerbe als auch die Erfahrungen vieler Erzieherinnen und Erzieher. Denn ohne ihre Beteiligung bei der Entwicklung der Inhalte wäre es

kaum möglich gewesen, eine solch hohe Akzeptanz und Praxisnähe zu erreichen.

Zum Einsatz kommt der BKK-Gesundheitskoffer »Fit von klein auf« mittlerweile in fast 2000 Kindertageseinrichtungen in ganz Deutschland. Übergeben wurde der Koffer dabei in den meisten Fällen im Rahmen einer Patenschaft von Betriebskrankenkassen an Kindertageseinrichtungen, der sogenannten BKK-Patenschaft. Neben den Materialien beinhaltet diese auch einen Kontakt zu einem BKK-Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und -erziehung.

» Erfahrungen

Um die Umsetzung und möglichen Wirkungen des BKK-Gesundheitskoffers »Fit von klein auf« zu untersuchen, wurde dieser durch das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung in Kiel (IFT-Nord) evaluiert. Neben der Nutzungshäufigkeit des Koffers und der Bewertung der einzelnen Bausteine wurden hier auch die Praxistauglichkeit und eine eventuelle Verhaltensänderung bei Kindern, Erzieherinnen und Erziehern sowie Eltern hinterfragt. Im Jahr 2007 wurden dazu in einer ersten Welle über 440 Kindertageseinrichtungen, die zu diesem Zeitpunkt seit mindestens sechs Monaten im Besitz des Gesundheitskoffers waren, schriftlich befragt. Im Sommer 2008 folgte eine Wiederholungsbefragung der Einrichtungen, um Umsetzung und Wirkungen im Verlauf der Zeit betrachten zu können.

Es zeigte sich, dass die Gesundheitsbausteine und Materialien des Gesundheitskoffers in den Einrichtungen eine hohe Annahme erfahren und als sehr praxistauglich eingestuft werden. In der Mehrzahl der Kindertageseinrichtungen wird der Koffer auch nach durchschnittlich 18 Monaten Besitz regelmäßig

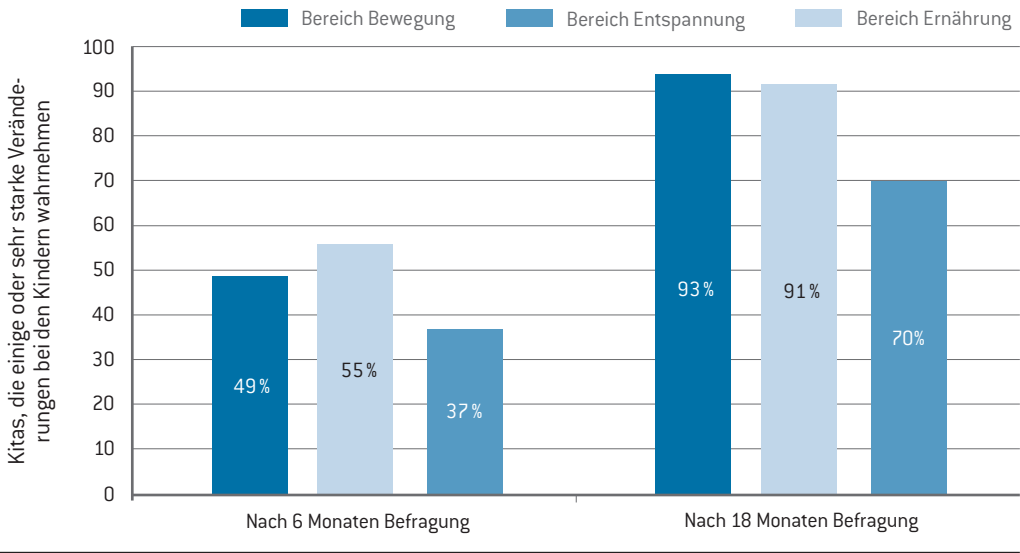


 Abb. 1: Wirkung der Arbeit mit dem Koffer aus Sicht der Erzieherinnen und Erzieher nach sechs und nach 18 Monaten Koffereinsatz (Angaben in Prozent)

eingesetzt und ist zum Teil fester Bestandteil des Kita-Alltags. Aus Sicht fast aller befragter Erzieherinnen und Erzieher (93 %) zeigten sich bei den Mädchen und Jungen aufgrund der Arbeit mit dem Koffer wahrnehmbare Veränderungen im Gesundheitsverhalten, insbesondere in den Bereichen Bewegung und Ernährung (siehe Abbildung 1).

Über positive Auswirkungen des Koffers auf andere Bereiche und Personen (pädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Eltern) wurde ebenfalls sehr häufig und mit der Zeit zunehmend berichtet.

Insgesamt sprechen die Befunde dafür, dass sich der Gesundheitskoffer in Kindertageseinrichtungen als wirksame Maßnahme erweisen kann, insbesondere wenn er längerfristig zum Einsatz kommt.

»Übergewicht? – kein Problem!« – Erfahrungen zur Motivierung von Familien, an einer selektiven Präventionsmaßnahme teilzunehmen

Anneke Bühler, Claudia Kröhl

Hintergrund

Zunehmende Verbreitung von Gewichtsproblemen im Kindes- und Jugendalter

Längsschnittstudien in verschiedenen Ländern zeigen einen dramatischen Anstieg der Prävalenzraten von Übergewicht und Adipositas bei Kindern (Ebbeling et al. 2002). Derzeit geht man in der Gruppe der drei- bis 17-Jährigen von 15 % übergewichtigen und 6,3 % adipösen Kindern in Deutschland aus (Kurth und Schaffrath Rosario 2007). Niedriges Haushaltseinkommen, geringere Bildung und damit die Zugehörigkeit zu unteren sozialen Schichten sind mit dem Gewicht von Kindern und Erwachsenen stark assoziiert.

Entwicklung von Übergewicht und Adipositas

Übergewicht entsteht durch ein dauerhaftes Ungleichgewicht zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch. Es resultiert aus einem Missverhältnis von Nahrungsaufnahme, körperlicher Bewegung und Inaktivität. Zu diesen drei Bedingungen tragen jedoch eine Vielzahl interagierender Faktoren bei. Davison und Birch (2001) schlagen ein Modell zur Entwicklung kindlichen Übergewichts vor, das auf Forschungsergebnissen zu Prädiktoren kindlichen Übergewichts und der Theorie der ökologischen Entwicklung basiert. Laut dieser findet Entwicklung

statt durch die Wechselwirkung zwischen der Person und dem Kontext, in dem eine Person lebt. Der Kontext eines Vorschulkindes umfasst zum Beispiel die Familie und den Kindergarten, die wiederum in die Gemeinde und die Gesellschaft im Allgemeinen eingebettet sind und von ihnen beeinflusst wird. Ernährungsverhalten, physische Aktivität und Inaktivität sind als Risikofaktoren für die Entwicklung von kindlichem Übergewicht bestätigt. Sie werden durch die Eltern beeinflusst. Merkmale von Kindergarten, näherer Umwelt oder Gesellschaft (zum Beispiel Nahrungsangebot) bestimmen den Gewichtsstatus eines Kindes mit als Ergebnis des Einflusses, den sie auf das elterliche Verhalten und die täglichen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten eines Kindes haben. Folgt man dieser Perspektive und erkennt man die epidemiologischen Daten zum Zusammenhang zwischen Eltern- und Kindergewichtstatus an (zum Beispiel Czerwinski-Mast et al. 2003), sind familienorientierte Maßnahmen der Prävention Erfolg versprechend. Campbell und Hesketh (2007) kommen in ihrer Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen zu dem Schluss, dass alle neun veröffentlichten Studien Effekte auf zumindest jeweils einen Einflussfaktor kindlichen Übergewichts aufzeigen.

Wenn auch das Wissen über effektive Maßnahmen zunimmt, ist die Frage nach der erfolgreichen Motivierung von Familien mit Risikoprofil (zum Beispiel übergewichtige Eltern, untere soziale Schicht) noch

unbeantwortet. Auf diese Schwierigkeit wird zwar hingewiesen (Czerwinski-Mast et al. 2003, Warschburger 2005), auch in anderen Präventionsbereichen (Marzinik und Kluwe 2007, Bühler und Kröger 2006), Lösungen werden aber selten systematisch untersucht (Ausnahme für Deutschland: Heinrichs 2006, Pauschardt et al. 2010).

Fragestellung

Angesichts dieses Forschungsstands wurde im Rahmen einer Evaluationsstudie über ein Präventionsprojekt zur Vorbeugung von Übergewicht bei Vorschulkindern die Fragestellung des Zugangs zu Familien mit Risikoprofil untersucht. Zwei Strategien werden vorgestellt: die Einbettung einer selektiven in eine universelle Maßnahme im Kindergarten und der Einsatz von persönlicher Ansprache auf Basis der Motivierenden Gesprächsführung. Die erste Strategie wurde überprüft, die zweite Strategie praxisorientiert entwickelt.

Strategie 1: Einbettung einer selektiven in eine universelle Maßnahme

Annahme: Eine Präventionsmaßnahme, die einen universellen Ansatz mit einem selektiven Ansatz verknüpft, löst eine stärkere Inanspruchnahme aus als ein rein selektiver Ansatz, der auf das bereits vorhandene Problembewusstsein und die Änderungsmotivation der Eltern vertraut. Durch eine vorgeschaltete universelle Präventionsmaßnahme können Eltern motiviert werden, an einer familienorientierten Maßnahme teilzunehmen, von der sie sonst nicht erreicht würden.

Methodik: Zur Untersuchung der Fragestellung wurde ein randomisiertes, kontrolliertes Design

gewählt. Auf Basis des Armutsindex für die Stadtbezirke Münchens wurden alle Kindertageseinrichtungen einer von vier sozialen Schichten zugeordnet. Es mussten 300 Kindergärten per Brief und anschließenden Telefongesprächen kontaktiert werden, um die anvisierten 30 Einrichtungen zur Teilnahme zu motivieren. Unter Kontrolle der sozialen Schicht wurden schließlich 31 Kindergärten zufällig einer der vier Gruppen zugewiesen: Interventionsgruppe (IG) 1 mit universeller und selektiver Maßnahme, IG 2 nur universelle Maßnahme, IG 3 nur selektive Maßnahme und Kontrollgruppe (Wartekontrollgruppe).

In 16 Einrichtungen wurde die universelle Präventionsmaßnahme »Springmaus« durchgeführt. Sie umfasst die Schulung des pädagogischen Kindergartenpersonals, die Durchführung von zwei Elternabenden, vier Elternbriefe sowie ein organisiertes Treffen der Kindergartenleiterinnen. Insgesamt wurden sechs zweitägige Schulungen durchgeführt, an denen 58 Erzieherinnen teilnahmen. Es fanden 29 Elternabende statt, wobei 170 Eltern am Elternabend »Ernährung« und 135 am Elternabend »Bewegung« teilnahmen. Dies entspricht einer Erreichungsquote von 15 bzw. 12 % aller Eltern. Zusätzlich erhielten die Eltern die Elternbriefe.

Die selektive Maßnahme »Immer Zirkus ums Essen« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA wurde stark überarbeitet und Kursleiterinnen darin geschult. Im Rahmen der universellen Maßnahme wurde die selektive Maßnahme beworben. Zusätzliche Rekrutierungsbemühungen waren: wiederholte Kontaktaufnahme mit den Kindergärten zur Motivierung der Eltern, mehrmalige Ansprache der Eltern über die Kindergartenleitung und die Erzieherinnen, Bewerbung des Programms in den Kindergärten durch die geschulten Kursleiterinnen mittels Flyern und Informationsständen sowie direkter Ansprache der Eltern.

Ergebnis: Lediglich zwei der anvisierten 15 Kurse der selektiven Maßnahme kamen zustande. Ein Kin-

dergarten gehörte der IG 1 an, in der die universelle Maßnahme durchgeführt worden war. Der andere Kurs kam in der IG 3 zustande, die nur die selektive Maßnahme angeboten hatte. Beide Kindergärten stammen aus Sozialregionen Münchens mit der geringsten Armutsdichte. Somit konnte die Hypothese »Über den Zugangsweg Kindergarten können »Risikofamilien« motiviert werden, an einer familienorientierten Präventionsmaßnahme teilzunehmen« über den Weg der universellen Prävention nicht bestätigt werden. Diese Zugangsstrategie hat sich als nicht erfolgreich erwiesen.

Strategie 2: Systematische Motivationsgespräche mit den Eltern durch Kursleiterinnen

Annahme: Ausgehend von systematisch und un-systematisch erhobenen Informationen zur Teilnahme- und Veränderungsbereitschaft von Eltern und Kindergartenpersonal sowie basierend auf dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung (Miller und Rollnick 1999) lässt sich in Zusammenarbeit mit Praktikerinnen eine Zugangsstrategie entwickeln und ausprobieren, die per halbstandardisierten Gesprächen Eltern zur Teilnahme an einer selektiven Maßnahme motiviert.

Methodik: Bereits erhobene Informationen aus der laufenden Studie (Prozessevaluation Kursleiterinnen, Kindergartenleitung, Erzieherinnen, Elterndaten) wurden ausgewertet. Zusätzliche hypothesengeleitete Interviews (Witzel 2000) wurden mit 22 Eltern – augenscheinlich – von Kindern mit Risikoprofil durchgeführt. Die Antworten der Eltern zu vier Fragebereichen (ungestützte Frage nach der Ursache für die geringe Teilnahme an dem Kurs, Nachfrage eigene Teilnahmebereitschaft, Nachfrage Problembewusstsein, Nachfrage Rahmenbedingungen des Kurses) wurden ausgewertet. Zehn mögliche Gesprächsleitfäden wurden gemeinsam mit zwei erfahrenen Kursleiterinnen – aufbauend auf den Ergebnissen der Studie und Interviews sowie den

Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung – entwickelt und dann in einem Kindergarten mit sechs Eltern ausprobiert.

Ergebnisse Interviews: Die Hypothesen, die sich für die Interviews aus der Auswertung bereits erhobener Daten generieren ließen, lauteten:

- Das Problembewusstsein der Eltern für die Entwicklung von Übergewicht bei ihrem Kind ist minimal ausgeprägt (bestehendes Übergewicht der Eltern wird nicht als Risiko für das Kind empfunden – genetische Ursachen werden ignoriert, Kontrolle über Ess- und Bewegungsverhalten wird überschätzt; kein Interesse an Themen Ernährung und Bewegung – Bedarf wird nicht gesehen) (siehe Kröhl et al. 2006).
- Die Intensität des Kurses ist für Eltern nicht machbar (Eltern wollen dafür keine Zeit opfern und Kinder sind schon genug verplant).

In Tabelle 1 ist die Verteilung der Antwortkategorien zu den vier Fragebereichen dargestellt. Hinsichtlich der allgemeinen Gründe für das Nichtzustandekommen des Kurses (Spalte 1) führt jeweils ein Drittel der Eltern an, es gebe keine übergewichtigen Kinder im Kindergarten, Eltern hätten keine Zeit oder Eltern seien ignorant gegenüber dem Thema. Eine zu hohe Hemmschwelle für die Eltern, unpassende Rahmenbedingungen oder zu wenig Information über das Angebot vermuten etwa 10% der Eltern. Drei Eltern (13,6%) meinen, es bestünde bereits genug Wissen und Kompetenz zu Hause und im Kindergarten im Umgang mit Übergewicht.

Nach den *persönlichen Gründen* befragt, die für oder gegen solch eine Teilnahme sprächen (Spalte 2), sagte die Hälfte der Eltern aus, sie hätten schon genügend Wissen und Fertigkeiten, um der Entwicklung von Übergewicht bei ihrem Kind vorzubeugen. Die meisten anderen Antworten bezogen sich auf den als unproblematisch wahrgenommenen Gewichtsstatus bei Kind, Eltern und Familie. Ein Drittel gibt an, Zeitprobleme zu haben.

Allgemeine Gründe für Nichtteilnahme	Persönliche Gründe für Nichtteilnahme	Risikoeinschätzung für eigenes Kind	Rahmenbedingungen des Kurses
Unspezifische Gründe (<i>Desinteresse an Thematik, keine Notwendigkeit, interindividuell unterschiedliche Gründe</i>)	Kein Bedarf (unspezifisch)	Eigenes präventives Verhalten und Wissen mindert Risiko	Rahmenbedingungen (zu hoher Zeitaufwand, fehlende Kinderbetreuung)
Keine übergewichtigen Kinder im Kindergarten	Präventive Kompetenz im Elternhaus	Verhalten des Kindes mindert Risiko	Rahmenbedingungen irrelevant
Zeitproblem aufseiten der Eltern	Unproblematisches Gewicht des Kindes	Familiär bedingtes Risiko	Mangelnde Zeit auf Elternseite
Ignoranz aufseiten der Eltern	Keine Zeit	Kein Risiko aufgrund derzeitigen Gewichts	– Berufstätigkeit
Zu hohe Hemmschwelle (Scham)	Kein Übergewicht in der Familie	Kein Risiko aufgrund Einschätzung des eigenen Verhaltens als präventiv in Bezug auf subjektives Entstehungsmodell	– andere Aktivitäten
Ausreichend Prävention im Kindergarten und zu Hause	Bestehendes Übergewicht der Eltern hat keinen Einfluss	Präventives Verhalten im Kindergarten	– andere Aktivitäten des Kindes
Rahmenbedingungen des Kurses	Verhalten des Kindes	Kein familiär bedingtes Risiko	– alleinerziehend
Unzureichende Informationsvermittlung	Mangelnde Kenntnis des Programms	Aufgrund biologischer Gegebenheiten des Kindes kein Risiko	– Anfahrtsweg

Tab. 1: Antworten der Eltern im hypothesengeleiteten Interview (N = 22)

Drittens wurden die Eltern danach gefragt, ob sie glaubten, dass *ihr Kind ein Risiko für Übergewicht* hätte (Spalte 3). Wenn auch sieben Eltern ein familiär bedingtes Risiko sehen, gehen doch fast alle davon aus, dass das eigene präventive Verhalten das Risiko einer Übergewichtsentwicklung bei ihrem Kind minimiert.

Hinsichtlich der *Rahmenbedingungen des Kurses* (Spalte 4) geben zwar mehr als 50 % der Eltern an, meist aufgrund ihrer Berufstätigkeit nicht genügend Zeit für den Kurs zu haben. Die Intensität des Kurses und fehlende Kinderbetreuung wird aber nur selten kritisiert.

Im Hinblick auf die Hypothesen kann zusammengefasst werden: Die Ursache für die sehr gering ausgeprägte Motivation der Eltern, an der selektiven Präventionsmaßnahme teilzunehmen, liegt in fehlendem Problembewusstsein. Die Eltern sehen kein Risiko für ihr Kind, übergewichtig zu werden, da sie ihr eigenes Verhalten in Bezug auf Ernährung und Bewegung als ausreichend präventiv einschätzen. Das bedeutet, dass die Mehrheit der Eltern, auch jener, die ein genetisch bedingtes Risiko anerkennen, die Kontrolle über Ess- und Bewegungsverhalten als sehr hoch einschätzen. Das derzeitige, als unproblematisch eingeschätzte Gewicht der Kinder wird als Indikator für ein fehlendes Risiko des Kindes gedeutet. Auch bei expliziter Frage nach den Rahmenbedingungen der Maßnahme als Ursache für die Nichtteilnahme werden diese nur vereinzelt benannt.

Ergebnisse Motivierende Gesprächsleitfäden: Ziel war es, Gesprächsanfänge zu konzipieren, die die Teilnahmebereitschaft an einem Kurs bei wenig motivierten und wenig problembewussten Eltern erhöhen. Im Stadienmodell der Verhaltensänderung ist fehlendes Problembewusstsein das Hauptmerkmal des Stadiums Absichtslosigkeit (Prochaska et al. 1992). Um Eltern in das Stadium der Absichtsbildung zu bringen, ist es nach Miller und Rollnick (1999) an geraten, durch gezielte Fragen Ambivalenz hinsicht-

lich der Problemeinschätzung zu schaffen. Allgemein sollte bei den Gesprächen die berichtete Kompetenz der Eltern ernst genommen und als Ressource auf dem Weg zur Teilnahme an einer selektiven Präventionsmaßnahme erkannt werden. Das Gespräch sollte eher einer kollegialen Beratung als einer Experten- auskunft gleichen.

Wichtig war uns bei der Konzipierung der Gespräche auch, dass zukünftige, nicht psychologisch ausgebildete Kursleiterinnen (vor allem Ökotrophologinnen) die Gespräche für umsetzbar halten. Daraus entstanden fünf Anknüpfungspunkte für die Motivationsgespräche: Ziele und Wünsche für das Kind, Ernährung, Bewegung, (Risiko für) Übergewicht und die durchgeführte Studie. In Abbildung 1 sind die zehn Vorschläge für den Gesprächsablauf dargestellt.

Als erster Anknüpfungspunkt für einen Gesprächsbeginn kann man nach den *Wünschen und lang- oder kurzfristigen Zielen für das Kind* fragen. Darauf folgt die Frage, welche Schwierigkeiten möglicherweise der Wunscherfüllung im Wege stehen oder welche Situationen oder Verhaltensweisen eine Zielerreichung möglicherweise behindern. Die Gesprächsführerin oder der Gesprächsführer sollte versuchen, aufgrund ihres Wissens um die Folgen von Übergewicht, Ernährungs- und Bewegungsverhalten einen Zusammenhang zwischen Übergewicht und erwünschter Entwicklung herzustellen und diesen Zusammenhang zur Diskussion stellen. So kann Ambivalenz hinsichtlich der Frage, ob die Eltern wirklich alles tun, um die gewünschte Entwicklung zu fördern, und ob sie nicht auch professionelle Hilfe in Anspruch nehmen sollten, geschaffen werden.

Der zweite Anknüpfungspunkt geht davon aus, dass Eltern ihren Kindern bereits eine *gesunde Ernährung* anbieten. Man kann anführen, dass es Situationen gibt, die für alle Eltern schwierig zu lösen sind (zum Beispiel Süßigkeiten beim Einkaufen abwehren), und danach fragen, wie sie damit umgehen. Bei zugegebenen Schwierigkeiten kann man auf die

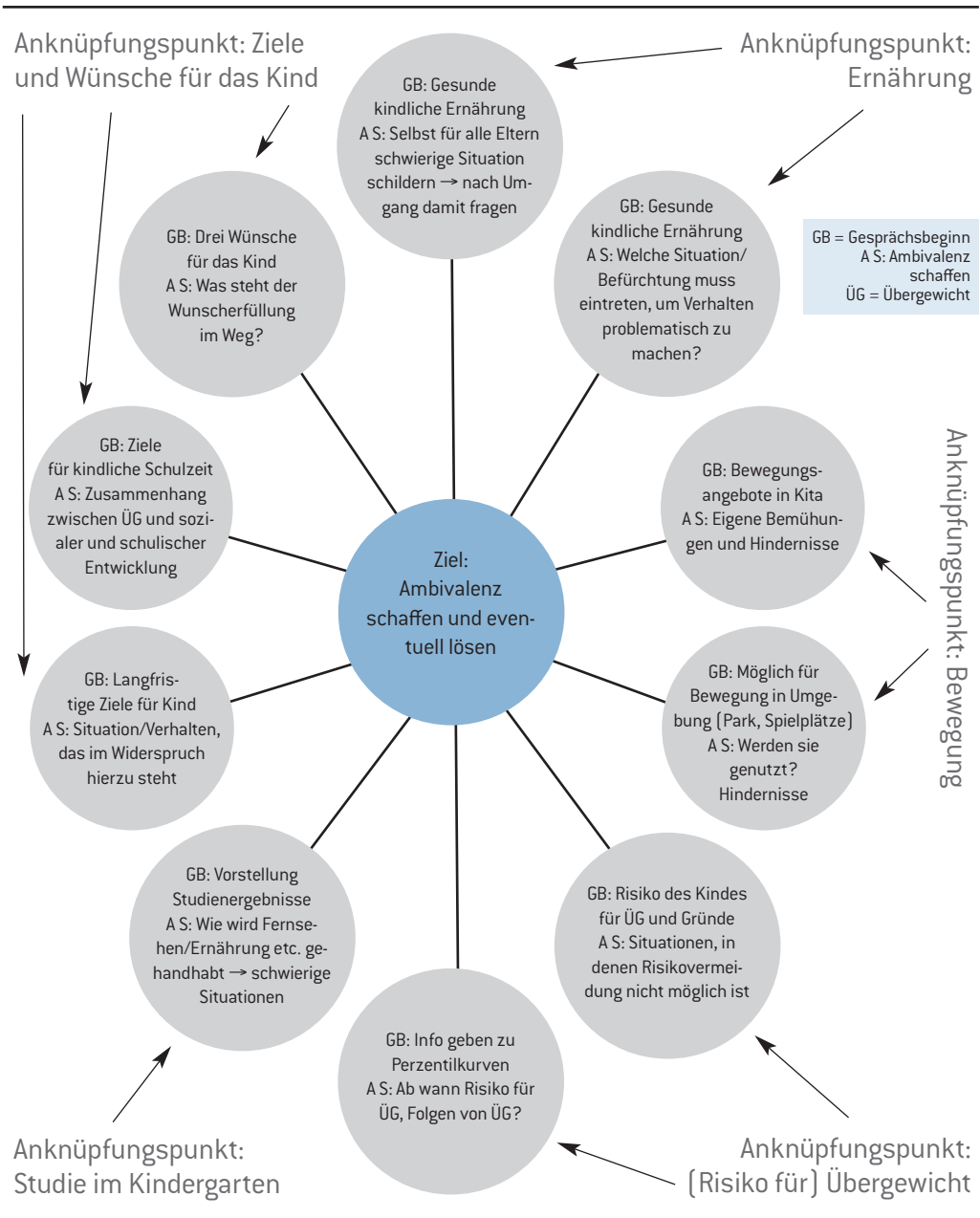


 Abb. 1: Gesprächsleitfaden für Motivationsgespräche

Unterstützung durch den Kurs verweisen. Alternativ lässt sich bei diesem Anknüpfungspunkt von den Eltern ein Szenario beschreiben, das mit seinem Eintreten eine gesunde Ernährung des Kindes erschweren würde. Die Gesprächsführerin bzw. der Gesprächsführer eruiert, wie kompetent sich die Eltern beim Lösen eines solchen Szenarios einschätzen, und bietet an, nötige Fertigkeiten in dem Kurs kennenzulernen.

Die vorhandenen Bewegungsangebote in der Einrichtung und in der Wohnumgebung sind der dritte Anknüpfungspunkt. Entweder kann man darauf zu sprechen kommen, welche eigenen Bemühungen Eltern ergreifen, um außerhalb des Kindergartens die Kinder in Bewegung zu bringen. Oder man unterhält sich über die tatsächliche Inanspruchnahme der örtlichen Plätze. Hier wäre das Ziel, die Ambivalenz hinsichtlich der elterlichen Überzeugung, man würde bereits genug tun, zu fördern und als eine Lösungsmöglichkeit den Kurs anzubieten.

Beim vierten Anknüpfungspunkt wird allgemein anhand von Perzentilkurven über Übergewicht, das *Risiko für Übergewicht* und seine Folgen informiert oder für das eigene Kind die Wahrscheinlichkeit für eine ungesunde Entwicklung gemeinsam ausgelotet. Ziel ist es hier, auf direktem Weg die Risikowahrnehmung der Eltern zu schärfen. Schließlich kann man ausgehend von *Studienergebnissen* die Eltern nach ihrem persönlichen Umgang mit den Themen Fernsehen, Ernährung und Bewegung fragen, insbesondere nach der Handhabung von schwierigen Situationen mit dem Kind. Abschließend sollte dann auf die Möglichkeit hingewiesen werden, im Kurs zu lernen, diese Situationen zu meistern.

Mit unterstützenden Materialien (Poster Studienergebnisse, Ernährungspyramide, Perzentilkurven) probierten die geschulten Kursleiterinnen die entwickelten Gesprächsabläufe aus. Nachdem nur einer der neun telefonisch angefragten Kindergärten bereit war, die Elterngespräche von den Kursleiterinnen

durchführen zu lassen, konnten lediglich sechs Gespräche geführt werden. Gründe für das mangelnde Interesse seitens der Kindergärten waren vor allem kein Problembewusstsein oder die Überzeugung, bereits genügend Prävention zu leisten. Die gewonnene Datenbasis ist zu dünn, um sinnvolle verallgemeinernde Aussagen zu Umsetzbarkeit und Wirkung machen zu können.

» Diskussion

Als Teil einer Interventionsstudie wurde in diesem Beitrag von Erfahrungen mit zwei Strategien berichtet, die Eltern für eine selektive Präventionsmaßnahme gegen Übergewicht motivieren sollten. Die Einbettung der selektiven in eine universelle Maßnahme (Strategie 1) war nicht ausreichend, um Familien mit Risiko für Übergewicht vermehrt zu rekrutieren. Ausgehend von vielen Informationsquellen über die Gründe für die Nichtteilnahme und basierend auf dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung, wurden mögliche Motivierungsgespräche für zukünftige Kursleiterinnen und Kursleiter entwickelt (Strategie 2). Sie haben zum Ziel, das Problembewusstsein der Eltern im Hinblick auf die Vorbeugung von Übergewicht ihrer Kinder sowie die Absichtsbildung, an einem präventiven Eltern- und Kindkurs teilzunehmen, zu fördern. Die Gesprächsvorschläge haben sich in einem explorativen Test als umsetzbar erwiesen. Ihr Effekt auf die Teilnahmebereitschaft bleibt noch zu prüfen.

Die Haupthindernisse für die Teilnahme an einer selektiven Maßnahme scheinen die verharmlosende Risikowahrnehmung der Eltern und die elterliche Überzeugung, bereits ausreichend präventiv, kompetent und tätig zu sein. Andere Auswertungen unseres

Forschungsprojekts zeigen, dass Eltern (a) ihre Kinder nur in einem von zehn Fällen entsprechend der gängigen Definition richtig als übergewichtig wahrnehmen, dass sie (b) bei den Peers das Risiko für Übergewicht viel stärker einschätzen als bei ihrem eigenen Kind (auch bei ausgeprägtem Risikoprofil) und sie (c) ihre Kompetenz in Sachen gesunder Ernährung und Bewegungsförderung außerordentlich hoch beurteilen (Kröhl et al. 2006).

Die starke Diskussion um Übergewicht, die seit einigen Jahren in der Öffentlichkeit geführt wird, scheint keinen Einfluss auf die persönliche Einschätzung zu nehmen. Zwar wird Übergewicht als gesellschaftliches Problem von mehr als 90 % der Bevölkerung wahrgenommen (Hilbert et al. 2007), für das eigene Kind wird aber kein Risiko gesehen. Auch aus den Kindergärten hörten wir oft: »Wir haben keine übergewichtigen Kinder!« Möglicherweise liegt das Problem bereits in der Definition von kindlichem Übergewicht. In Fachkreisen wird ein Kind dann als übergewichtig bzw. adipös bezeichnet, wenn es mehr wiegt als 90 % bzw. 97 % seiner Altersgenossen. Dies kann absolut gesehen »nur« zwei Kilo ausmachen. In den Medien sind »dicke Kinder« häufig aber mit viel mehr als zwei Kilo zu viel dargestellt. Diese – statistisch gesprochen – Ausreißer dienen dann als Maßstab, wenn es darum geht, das eigene Kind zu beurteilen, und führen zu einer verzerrten Einschätzung. Da Abschreckung sich bisher nicht als wirksame Präventionsstrategie erwiesen hat, wäre eine realistischere Mediendarstellung für die Prävention sinnvoller.

Das Kompetenzerleben der Eltern, das sich in unserem Fall als ungünstig für die Inanspruchnahme der selektiven Maßnahme auswirkte, sollte nicht als »falsch« abgetan und abgeschwächt werden. Im Sinne der Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung stellt diese Stärke einen guten Ansatzpunkt dar, *mit* anstatt *für* Eltern und Kinder präventiv zu arbeiten. Es wäre demnach kontraproduktiv, mittels

Beweisführung den Eltern deutlich zu machen, dass ihre Kompetenz nicht so ausgeprägt ist, wie sie angegeben. Eine Veränderung ist eher dann zu erwarten, wenn aus Respekt vor der Bedeutung der subjektiven Erfahrungen und Perspektiven diese Kompetenz diskutiert und an entsprechenden Stellen Ambivalenz geschaffen wird, um dann im geeigneten Moment richtungsweisend intervenieren zu können. Warschburger und Richter (2009) sind auf Basis von Interviews mit Müttern von Vorschulkindern zu ähnlichen Schlussfolgerungen gekommen. Sie weisen ebenfalls auf die Wichtigkeit von Beratungsgesprächen im Vorfeld einer Intervention hin zur Steigerung der positiven Erwartungen an die Maßnahme und der Zuversicht, trotz möglicher Hindernisse daran teilnehmen zu können.

Beim Einsatz und der Überprüfung von Rekrutierungsstrategien ist ein Ausgleich zwischen Machbarkeit und erwarteter Wirksamkeit zu schaffen. Mit den zwei hier dargestellten Zugangsweisen haben wir bewusst auf die Machbarkeit geachtet. Beide stellen einen Weg zur Erreichung der Zielgruppe dar, der wenig kostenintensiv ist und in bereits bestehende Strukturen (Setting Kindergarten, Ökotrophologinnen und Ökotrophologen als Kursleiterinnen und Kursleiter) eingeflochten werden kann. Dies war uns vor dem Hintergrund des späteren Transfers in den Alltag wichtig. Allerdings nutzt die günstigste Vorgehensweise nichts, wenn sie nicht erfolgreich ist. Mit einem finanziellen Anreiz von etwa 100 Euro pro Familie ließ sich in einer anderen Studie die Rekrutierungsanzahl um fast 80 % erhöhen (Heinrichs 2006). Kosten-Nutzen-Analysen wären informativ, um zu entscheiden, ob sich ein finanzieller Mehraufwand im Bereich der Übergewichtsprävention lohnt.

» Nachtrag: Diskussion der Tagung

Abschließend sollen zwei Punkte diskutiert werden, die auf der Tagung angesprochen wurden.

Die Rolle von Partizipation und Empowerment. Bei unserem Projekt mit seiner universellen und selektiven Maßnahme ist eine Top-down-Strategie verfolgt worden (siehe Laverack in diesem Fachheft, S. 23): Die Leitung hatte eine Behörde sowie Expertinnen und Experten, es gab eine »vorgefertigte«, relativ kurzfristige Intervention. Die Ziele waren durch vorgesetzte Strukturen vorgegeben. Im Bereich Lebensstil und Verhalten wurden individuelle Veränderungen angestrebt. In der Regel zeigen Top-down-Programme kaum Auswirkungen bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen wie etwa bei Menschen mit niedrigem sozialökonomischem Status (ebd.). Da Übergewicht und Adipositas nicht nur, aber überproportional in sozial schwachen Schichten verbreitet ist, sind diese eine wichtige Zielgruppe für »Immer Zirkus ums Essen«. Insofern wären die beiden in diesem Beitrag beschriebenen Zugangsstrategien in ihrem Ansatz bereits zu kritisieren (wenngleich die Kurse, die zustande kamen, in Kitas aus Stadtteilen mit höchster Armutsdichte stattfanden). Im Sinne des Paralleltrackings (ebd.) gleichzeitig einen Bottom-up-Prozess zu initiieren, wäre möglicherweise die erfolgreichere Herangehensweise gewesen.

Dieser Prozess dient dem Empowerment und Kapazitätenaufbau der Zielgruppe und setzt an den von ihr formulierten (Gesundheits-)Bedürfnissen nach Veränderung an, die mehr oder auch weniger mit den »Zielparametern« gesundheitspolitischer Bemühungen assoziiert sind. Ohne in diesem Beitrag

ausführlicher auf diese Diskussion eingehen zu können, wäre es interessant zu erproben, wie erfolgreich sich ein »Parallel Tracking« in einem ähnlichen Projekt erweisen würde.

Der grundsätzliche Auftrag von Kitas. Kitas neben ihrem allgemeinen Auftrag zur Gesundheitsförderung als Zugangsweg für selektive, familienorientierte Prävention zu denken, stieß auf teilweise vehemente Kritik. Die Kita müsse sich klar werden, welche Rolle sie in der (gesunden) Entwicklung von Kindern übernehmen wolle. Inwiefern Prävention dazu gehören solle, wurde skeptisch gesehen. Dies steht in starkem Kontrast zu dem Vorschlag, »Kitas zu einem Dreh- und Angelpunkt für Frühförderung der Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und auf diesem Weg auch schwer zugängliche, aber besonders bedürftige Zielgruppen zu erreichen« (Kliche et al. 2008, S. 210). Auch für die Erörterung dieses Punkts ist nicht Raum genug, sollte aber dringlich zum Thema gemacht werden. Die Erfahrungen in unserem Projekt können insofern zu dieser Diskussion beitragen, als sie gezeigt haben, dass unter den aktuellen Rahmenbedingungen der Arbeit in Kitas diese »Erweiterung der gesundheitlichen Ausstrahlung« (Kliche et al. 2008) nicht realistisch ist.

» Literatur

Bühler, A., Kröger, C. (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 29. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (2008): Die Nationale Verzehrstudie. Berlin. Internet: <http://www.bmelv.de>.

- Campbell, K., Hesketh, K. (2007): Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years, A systematic review of the literature. In: *Obesity reviews*, 8, 2007, pp. 327–338.
- Czerwinski-Mast, M. et al. (2003): Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 46, 2003, S. 727–731.
- Davison K., Birch, L. (2001): Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. In: *Obesity reviews*, 2, 2001, pp. 159–171.
- Ebbeling, C. et al. (2002): Childhood obesity: Public-health crisis, common sense cure. In: *Lancet*, 360, 2002, pp. 472–482.
- Heinrichs, N. (2006): The effects of two different incentives on recruitment rates of families into a prevention program. In: *Journal of Primary Prevention*, 27 (4), 2006, pp. 345–365.
- Heinrichs, N. et al. (2005): Parent recruitment and retention in an universal prevention program for child behavior and emotional problems: barriers to research and program participation. In: *Prevention Science*, 6 (4), 2005, pp. 275–286.
- Hilbert, A. et al. (2007): Problembewusstsein und Einstellungen zur Adipositasprävention: Eine repräsentative Surveyuntersuchung. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57 (6), 2007, S. 242–247.
- Kliche, T. et al. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Weinheim.
- Kröhl, C. et al. (2006): Parents' risk perception of childhood overweight, Vortrag, 20th annual conference of the European Health Psychology Society, Social change and new challenges for health psychology. Warschau, 05.09.2006.
- Kurth, B., Schaffrath Rosario A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 2007, S. 736–743.
- Laverack G. (2012): Bottom-up und Top-down-Programme: Integration beider Ansätze durch »Parallel Tracking« (in diesem Fachheft, S. 23).
- Marzinzik, K., Kluwe, S. (2007): Stärkung der Erziehungskompetenz durch Elternkurse. In: *Prävention*, 3, 2007, S. 79–82.
- Miller, W., Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg.
- Pauschardt, J., Eimecke, S. D., Mattejat, F. (2010): Wer benötigt präventive Hilfen – wen erreichen wir? Zwei Rekrutierungswege für ein Projekt zur indizierten Prävention von introversiven Störungen bei Schulkindern. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 19 (2), S. 83–95.
- Prochaska, J. et al. (1992): In search of how people change, Applications to addictive behaviors. In: *American Psychologist*, 47, 1992, pp. 1102–1114.
- Warschburger, P. (2005): The unhappy obese child. In: *International Journal of Obesity*, 29, 2005, pp. 127–129.
- Warschburger, P., Richter, M. (2009): Prävention kindlichen Übergewichts. Elterliche Selbstwirksamkeit und Handlungsergebniserwartungen. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17, 2009, S. 22–29.
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 1 (1), Art. 22. Internet: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>. Zugriff am 15.03.2012.

» Bewegungsförderung in Kindertageseinrichtungen – Anforderungen und Hürden

Manuela Dicken, Henning Allmer

Kindertagesstätten stellen ein bedeutsames Handlungsfeld für Gesundheitsförderung dar. Im Rahmen einer bundesweiten Pilotstudie ermittelte Kliche (2007) beispielsweise erhebliche gesundheitliche Belastungen der Kinder, insbesondere in sozialen Brennpunkten. Weiterhin wurden zahlreiche arbeitsbezogene Gesundheitsbeschwerden der Erzieherinnen und Erzieher festgestellt. Hierbei handelt es sich vor allem um Rückenbeschwerden (Kliche 2007). Trotz dieser Handlungsnotwendigkeiten wird die Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten bislang zu wenig thematisiert. Eine mögliche Erklärung hierfür liegt darin, dass die Behandlung des

Themas Gesundheit als zeitaufwendige Zusatzaufgabe betrachtet wird. Diese Hürde lässt sich überwinden, wenn das Bewusstsein dafür geschaffen wird, Gesundheit neben Betreuung, Erziehung und Bildung als integralen Bestandteil des Leitbilds einer Kindertagesstätte aufzufassen (siehe Abbildung 1).

Gesundheitsmaßnahmen sind nicht als isolierte Einzelmaßnahmen und Zusatzaufgaben zu verstehen, sondern stellen integrierte Bestandteile im Vollzug der Entwicklung und ständigen Verbesserung des Betreuungs-, Erziehungs- und Bildungsauftrags dar (Nagel-Prinz und Paulus 2009).

Die bedeutsamen Themenfelder der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten sind Bewegung, Ernährung und Entspannung. Alle drei Bereiche sind maßgeblich an der Entstehung und Erhaltung einer gesunden Kindertagesstätte beteiligt. Möglicherweise liegt in dieser breiten Auffächerung ein Überforderungspotenzial, das als Hürde erachtet werden kann, insbesondere dann, wenn man allen Themenfeldern in gleicher Weise gerecht werden will. Es empfiehlt sich daher eine Prioritätensetzung, um Überforderungen gezielt entgegenzuwirken. Wie beispielsweise Lasson (2009) in einem umfassenden Überblick über die Projektlandschaft zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten herausstellt, liegt der Schwerpunkt der meisten untersuchten Projekte im Bereich Bewegung.

Die Fokussierung auf einen Themenbereich hat den Vorteil, dass ein multimodales Vorgehen gewählt werden kann, in dem drei Ansatzstellen für gesundheitsförderliche Maßnahmen unterschieden werden:



» Abb. 1: Gesundheit als integraler Bestandteil des Leitbilds einer Kindertagesstätte

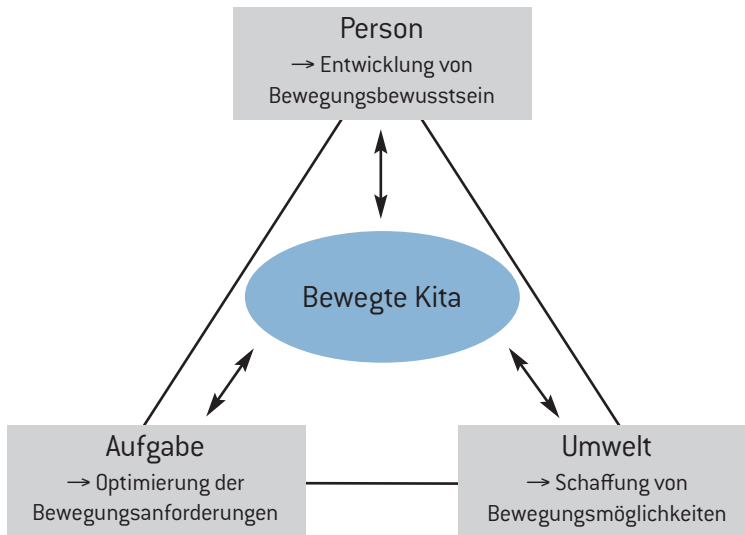


 Abb. 2: Ansatzpunkte zur Etablierung einer bewegten Kindertagesstätte

die *Person*, die *Aufgabe* und die *Umwelt* (siehe Abbildung 2).

Personenorientierte Maßnahmen beziehen sich auf die Entwicklung eines Bewegungsbewusstseins, beispielsweise mithilfe von Workshops und Elternkursen. Durch die Erweiterung von Bewegungsmöglichkeiten mittels der Einrichtung von Bewegungsräumen sowie der Anschaffung von Bewegungsmaterialien können die Umweltbedingungen der Kindertagesstätten verändert werden (Zimmer 2004). Die Integration neuer Bewegungsprogramme sowie die Schaffung vielseitiger Bewegungsanreize im Sinne einer Optimierung von Bewegungsanforderungen stellen Maßnahmen dar, die an der Aufgabe ansetzen (Sportjugend NRW 2005b). Die Betrachtung und der Einbezug aller drei Ansatzstellen für bewegungsförderliche Maßnahmen sind als ausschlaggebend für die Etablierung der bewegten Kindertagesstätte anzusehen. Diese konzeptuelle Verankerung von Maß-

nahmen der Bewegungsförderung trägt dazu bei, dass für das konkrete Handeln ein Orientierungsrahmen zur Verfügung steht, der helfen kann, vor blindem Aktionismus zu schützen und die Hürde der Unüberschaubarkeit möglicher Maßnahmen zu reduzieren.

Zur Veranschaulichung der vielfältigen Möglichkeiten zur Überwindung von Implementierungshürden wird im Folgenden das Projekt »Gesund durch Bewegung« der Sportjugend Köln vorgestellt. Hierbei handelt es sich um einrichtungsinterne Tagesfortbildungen mit einem Umfang von acht Lerneinheiten. Mit »Gesund durch Bewegung« wird das übergeordnete Ziel verfolgt, einen Teil der alltäglichen Lebenswelten von Kindern (Kindertagesstätte/Kindergarten) bewegungsförderlich zu gestalten sowie verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen für diese zu entwickeln und umzusetzen. Die Ziele dieser Fortbildungsmaßnahme für Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

ter von Kindertagesstätten liegen demzufolge darin, dem Thema Bewegungsförderung einen noch höheren Stellenwert in der Kindertagesstätte einzuräumen, bewegungsfördernde Maßnahmen in der Einrichtung selbstorganisiert umsetzen zu können und die Einrichtungsorganisation systematisch weiterzuentwickeln.

Der inhaltliche Aufbau und das Vorgehen innerhalb des Projekts »Gesund durch Bewegung« werden im Folgenden anhand der Metapher »Bergbesteigung« erläutert (siehe Abbildung 3). Beschrieben werden sechs Etappen auf dem Weg zur bewegten Kindertagesstätte. Die ersten fünf dieser Etappen sind Inhalte der Tagesfortbildung »Gesund durch Bewegung«, die sechste und oberste Etappe stellt mit dem »Zertifikat Bewegungskindergarten« eine dau-

erhafte Etablierung und damit die höchste Stufe der bewegten Kindertagesstätte dar.

Ziel der ersten Etappe ist eine Identifikation mit dem Bereich Bewegung als fester Leitbildbestandteil der Kindertagesstätte. Alle Beteiligten sollen auf dieser Stufe Kenntnisse darüber verinnerlichen, dass Kinder Bewegungserfahrungen brauchen, um sich gesund und leistungsfähig entwickeln zu können (Zimmer 2004). Hierfür gilt eine fundierte sowie methodisch-didaktisch zielführende Vermittlungsweise der Referentinnen und Referenten als grundlegende Voraussetzung. Da Bewegung dem Kind eine Auseinandersetzung mit sich selbst sowie seiner personalen, räumlichen und materialen Mit- und Umwelt ermöglicht (Balster 2003), leistet sie neben der Bewegungssicherheit auch einen wesentlichen Beitrag

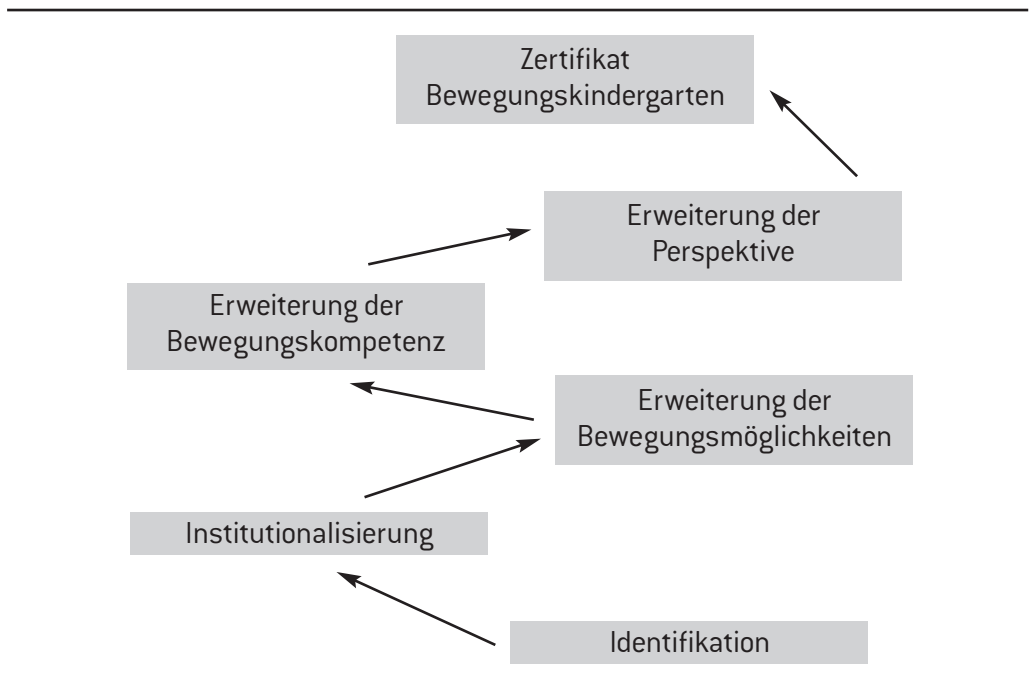


Abb. 3: Etappen zur bewegten Kindertagesstätte – eine Bergbesteigung

zur Entwicklung der kindlichen Selbstständigkeit (Sportjugend NRW 2006). Identifizieren sich die beteiligten Akteure im Setting Kindertagesstätte mit dieser hohen Bedeutsamkeit von Bewegung, kann ein gemeinsamer Wille zum Engagement für eine bewegte Kindertagesstätte formuliert und die Hürde überwunden werden, dass unterschiedliche Vorstellungen und Interessen die Implementierung der Bewegungsförderung erschweren oder verhindern.

Diese gemeinsame Entscheidung soll im nächsten Schritt institutionalisiert werden. Hierfür gilt es, eine einrichtungsinterne Organisationsstruktur zu etablieren, die sich zum einen in die Ernennung einer verantwortlichen Koordinierungsperson, zum anderen in die Installation eines Gesundheitsteams aufspaltet. Im Sinne einer Ressourcenbündelung wird sowohl eine interne (Erzieherinnen, Erzieher, Kinder, Eltern) als auch eine externe (andere Kindertagesstätten, Sportvereine) Vernetzung angestrebt. Eine derartige partizipative Steuerung sowie eine Vernetzung von Kompetenzen sind als Voraussetzungen für eine bewegte Kindertagesstätte und ein diesbezügliches gemeinsames Kompetenzzempfinden zu betrachten. Die Institutionalisierung schafft nicht nur Verantwortlichkeiten, sondern auch Verbindlichkeiten und überwindet die Hürde, dass die Initiative von anderen erwartet wird und demzufolge der Prozess nicht in Gang kommt.

Den potenziellen Hürden eines langen Anfahrtsweges zur Fortbildung sowie einer Diskrepanz zwischen vermittelten Inhalten und räumlichen Gegebenheiten in der Tagesstätte wird durch das Angebot einrichtungsinterner Veranstaltungen gezielt entgegengewirkt. Denn die Kompetenzen der Erzieherinnen und Erzieher konkretisieren sich unter anderem in einer Erweiterung der Bewegungsmöglichkeiten innerhalb der jeweiligen Kindertagesstätte. Um aktiv Bewegungsressourcen zu schaffen, wird folgende einrichtungsspezifische Vorgehensweise gewählt: Ist-Analyse der vorhandenen Bewegungsräume,

Entwicklung von wünschenswerten Erweiterungen und Umsetzung der beabsichtigten und realisierbaren Erweiterungen der Bewegungsräume (Sportjugend NRW 2005a).

Die nächste Etappe in der Fortbildung ist die Erweiterung der Bewegungskompetenzen. Neben der Vermittlung von übergreifenden Bewegungsaufgaben und deren Integration in die Tagesstätte wird auch das Thema »Stressreduktion durch Bewegung« behandelt. Hierbei wird zum einen die Sensibilisierung für das Erleben von Stress angezielt. Durch den gezielten Einsatz von Bewegungsaufgaben sollen die Kinder ihre körperlichen und psychischen Stresssignale wahrnehmen sowie ihr Bewegungsverhalten unter Stress kennenlernen. Zum anderen wird eine Verbesserung der Stressbewältigungskompetenz durch die Förderung des selbstverantwortlichen Handelns und das Erlernen von alternativen Handlungsmöglichkeiten angestrebt.

Auf der letzten Etappe des Weges zur bewegten Kindertagesstätte wird eine Erweiterung der Perspektive forciert. Da die bewegte Kindertagesstätte einen kontinuierlichen Optimierungsprozess erfordert, sollten Fortbildungsveranstaltungen wie »Gesund durch Bewegung« nicht als einmalige Maßnahme angeboten werden, sondern vielmehr den Anstoß für einen gezielten Entwicklungsprozess hin zu mehr Bewegung in der Kindertagesstätte geben.

Die Tagesfortbildung »Gesund durch Bewegung« wird als ein potenzieller Einstieg für einen Entwicklungsprozess in Richtung Zertifikat Bewegungskindergarten betrachtet. Es handelt sich um ein niederschwelliges Fortbildungsangebot, das sogenannte Basiskonzept. Nachfolgend kann durch eine umfassendere Qualifizierungsmaßnahme die Zertifizierung zum Anerkannten Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen erreicht werden. Hierbei handelt es sich um ein Partizipationskonzept, in das alle beteiligten Akteure involviert werden. Derartig strukturierte und begleitete Maß-

nahmen fördern das nachhaltige Engagement einer bewegten Kindertagesstätte deutlich stärker als niederschwellige Einzelmaßnahmen. Nur eine Kombination beider Maßnahmen, einem niederschweligen Einstieg und einem umfassend begleiteten Qualifizierungsprozess, verspricht nachhaltigen Erfolg bei der Integration von Bewegung in die Kindertagesstätte.

Bei dem Zertifikat Anerkannter Bewegungskindergarten handelt es sich um ein Programm des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen zur Kooperation zwischen Sportvereinen und Kindertageseinrichtungen. Dieser Bereich ist Teil der aktuellen Programmatik »NRW bewegt seine Kinder« (Landessportbund Nordrhein-Westfalen 2011a).

Hierzu formuliert die Sportjugend NRW (2011, S. 2) im Leitfaden für Bewegungskindergärten, dass neben »dem Elternhaus ... Tageseinrichtungen für Kinder (TFK) und Sportvereine die Erziehungsinstitutionen (sind), die eine altersgemäße Bewegungsentwicklung von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter unterstützen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Institutionen fördert eine kindgerechte Entwicklung durch Bewegung, Spiel und Sport und unterstützt eine Orientierung bei der Erschließung der Bewegungs-, Spiel- und Sportkultur für Kinder«.

Beide benannten Institutionen sind demnach für die Unterstützung der kindlichen Persönlichkeitsentwicklung mitverantwortlich. Weiterhin ist es ein definiertes Ziel von Tageseinrichtungen und Sportvereinen, Bewegungsarmut und Bewegungslosigkeit im Kindesalter entgegenzuwirken. Insbesondere im Sinne einer Bündelung von personellen, fachlichen und materiellen Ressourcen erscheint eine Kooperation zwischen Kindertagesstätte und Sportverein als besonders Erfolg versprechend zur nachhaltigen Integration von Bewegung in den Kinderalltag. Im Rahmen des Projekts Anerkannter Bewegungskindergarten erhalten deshalb beide Kooperationspartner

eine attraktive Profilierung mit entsprechendem Zertifikat. Die Tagesstätte kann zum Anerkannten Bewegungskindergarten zertifiziert werden, der kooperierende Sportverein erhält in diesem Fall das Zertifikat Anerkannter Kinderfreundlicher Sportverein des Landessportbunds Nordrhein-Westfalen.

Für diese Zertifizierungen müssen folgende Anforderungen erfüllt werden (Sportjugend NRW 2011):

- Kooperation mit einem ortsansässigen Sportverein, der mindestens eine Übungsleiterin oder einen Übungsleiter mit der Übungsleiter-B-Ausbildung »Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter (BiKuV)« aufweist.
- Verankerung des Prinzips »Bewegungserziehung« im Konzept der Kindertagesstätte, wodurch beispielsweise tägliche Bewegungsangebote drinnen und draußen sichergestellt werden.
- Die Leitung der Kindertagesstätte und mindestens eine Fachkraft pro Kindergruppe müssen bei Antragstellung im Besitz einer Übungsleiter-B-Ausbildung »Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter (BiKuV)« oder einer vergleichbaren Qualifikation sein.
- Ein geeigneter Bewegungs- bzw. Mehrzweckraum sowie eine kindgerechte Geräteausrüstung und ein Außengelände für Bewegung, Spiel und Sport müssen zur Verfügung stehen.
- Es müssen mindestens zwei Elternabende pro Jahr zu den Themen Bewegung, Spiel und Sport in der Tagesstätte durchgeführt werden.

Im Zuge einer nachhaltigen Qualitätssicherung müssen innerhalb von zwei Jahren nach Vergabe des Zertifikats alle pädagogischen Fachkräfte die Übungsleiter-B-Ausbildung »Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter (BiKuV)« oder eine vergleichbare Qualifikation nachweisen. Weiterhin muss jede pädagogische Fachkraft alle zwei Jahre nach der Ausbildung an einer Fortbildung im Umfang von mindestens 15 Lerneinheiten teilnehmen (Sport-

jugend NRW 2011). So wird jeder Anerkannte Bewegungskindergarten auch nach der Zertifizierung dauerhaft begleitet und eine stetige Weiterentwicklung von Kompetenzen sowie ein dauerhaft hoher Qualitätsstandard werden sichergestellt.

Auf dem Weg zur Zertifizierung sowie in deren Nachgang werden vier mögliche Problembereiche (Hürden) differenziert. Diese werden nachfolgend dargestellt und überblickartig mit direkten Lösungsansätzen in Zusammenhang gebracht (Sportjugend NRW 2011).

Bereich 1: Ressourcennutzung und -koordinierung

Bei unzureichenden Kapazitäten der Bewegungs-, Spiel- und Sporträume kann es eine Möglichkeit sein, die Turnhalle und/oder den Sportplatz von beiden Kooperationspartnern zu nutzen. Hierfür ist eine Abstimmung und ökonomische Zeiteinteilung notwendig. Nach Absprache kann auch auf nicht normierte Sportstätten, wie beispielsweise einen Bewegungsraum der Kindertagesstätte zurückgegriffen werden (Sportjugend NRW 2005a). Das Fehlen von Sportgeräten kann durch gemeinsame Anschaffungen der Kooperationspartner sowie beidseitige Nutzung kompensiert werden. Die Einbeziehung der Eltern, beispielsweise im Sinne einer finanziellen Unterstützung, erscheint an dieser Stelle besonders gewinnbringend. Ebenfalls können diese im Rahmen von Fahrgemeinschaften das Überwinden weiter Wegstrecken zu den jeweiligen Sportstätten gezielt unterstützen.

Bereich 2: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Durch die Bündelung von personellen Ressourcen beider Kooperationspartner kann die Arbeit auf viele Schultern verteilt und beispielsweise ein Mangel an Übungsleiterinnen und Übungsleitern ausgeglichen werden. Hierzu ist ein entsprechendes Konzept zu erstellen sowie Transparenz über die Belastungen des Einzelnen zu gewährleisten. Um eine ausrei-

chende Anzahl an qualifizierten Übungsleiterinnen und Übungsleitern bzw. Erzieherinnen und Erziehern sicherzustellen, bietet der Landessportbund Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit den Stadt- und Kreissportbünden sowie den Sportjugenden regelmäßige Aus- und Fortbildungen an (Landessportbund Nordrhein-Westfalen 2011b). Es besteht weiterhin die Möglichkeit, auch einrichtungsinterne Ausbildungen durchzuführen bzw. ein gesamtes Team innerhalb der Einrichtung fortzubilden. Sollte es zwischen den beiden Kooperationspartnern übergreifend zu Berührungspunkten kommen, haben sich gemeinsame Informationsabende und Sitzungen sowie ein intensiviertes Kennenlernen mit vermittelnder Unterstützung externer Beraterinnen und Berater bewährt.

Bereich 3: Sportpädagogische Konzepte

Für den Fall, dass Inhalte und Ziele von Sportverein und Kindertagesstätte nicht in Übereinstimmung zu bringen sind, werden zusätzliche gemeinsame Ziele herausgearbeitet. Speziell geschulte Beraterinnen und Berater stehen vor Ort zur Seite (Sportjugend NRW 2011). Es bestehen beispielsweise Möglichkeiten zur Annäherung durch gegenseitige Besuche der Übungsstunden und Gespräche im Sinne einer Kompromisslösung.

Bereich 4: Kommunikation

Die Gründe für ein geringes Kooperationsinteresse können sehr vielseitig sein. Durch ansprechend organisierte Informationsveranstaltungen kann jedoch besondere Aufmerksamkeit und Motivation geschaffen werden. Dies gilt auch für eine Verstärkung wirksamer Öffentlichkeitsarbeit. Hier gibt es zahlreiche Möglichkeiten zur Intensivierung der öffentlichen Präsenz, wie Flyer, Veröffentlichungen in der lokalen Presse, Darstellung bei Spiel- und Sportveranstaltungen, Aushänge an Schwarzen Brettern usw. (Sportjugend NRW 2005a).

Die Erfahrung zeigt, dass es mithilfe der angedeuteten Lösungsansätze in den meisten Fällen gelingt, die auftretenden Hürden zu überwinden, wie die bereits über 400 zertifizierten Bewegungskindergärten in Nordrhein-Westfalen belegen (Landessportbund Nordrhein-Westfalen 2011a). Bisher wurden 25 Koordinierungsstellen eingerichtet und 26 Beraterinnen und Berater stehen interessierten Kindergärten und Tagesstätten zur Verfügung (Sportjugend NRW 2011). Im Rahmen der Programmatik »NRW bewegt seine Kinder« wurde das Ziel formuliert, den Anteil der Anerkannten Bewegungskindergärten bis zum Jahr 2015 auf 40 % aller Kindergärten und Tagesstätten in Nordrhein-Westfalen zu erhöhen. Dies bedeutet, dass die Anzahl der Anerkannten Bewegungskindergärten in den kommenden vier Jahren mit besonderem Nachdruck erhöht werden soll (Landessport- bund Nordrhein-Westfalen 2011a).

Zur intensiven Verfolgung dieser Zielsetzung kann als potenzieller erster Schritt das Angebot niederschwelliger Einstiegsmaßnahmen wie »Gesund durch Bewegung« gewählt werden. Durch eine anschließende begleitete Hinführung zu einer nachhaltigen Implementierung von Anerkannten Bewegungskindergärten kann auf diesem Weg eine effektive Gesundheitsförderung für Kinder konkret und besonders praxisnah verfolgt werden.

» Literatur

- Balster, K. (2003): Kinder mit mangelnden Bewegungserfahrungen, Teil 1. Praktischer Ratgeber für Mitarbeiter/-innen in Sportvereinen und Interessierte. Duisburg.
- Kliche, T. (2007): Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung: Ergebnisse der bundesweiten Pilotstudie. Unveröffentlichtes Manuskript, Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), Hamburg.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2011a): Sport bewegt NRW. Der Landessportbund Nordrhein-Westfalen. Duisburg.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2011b): Qualifizierung im Sport. Informationen zu den Qualifizierungsangeboten der Sportorganisation in Nordrhein-Westfalen. Duisburg.
- Lasson, A. (2009): Übersicht über die Projektlandschaft zur Gesundheitsförderung in Kitas. Vortrag anlässlich der Netzwerkkonferenz »Gesunde Kitas – Erfolge sichern«. Halle an der Saale.
- Nagel-Prinz, S., Paulus, P. (2009): Gesundheit versus Bildung? Auf dem Weg zu einer Verknüpfung von Bildung und Gesundheit im Ansatz der »Guten Gesunden Kindertageseinrichtung«. In: Prävention, 32 (3), S. 70–73.
- Sportjugend NRW (Hrsg.) (2005a): Kindergärten kommen in Bewegung. Handlungsrahmen für ein bewegungspädagogisches Konzept. Duisburg.
- Sportjugend NRW (Hrsg.) (2005b): Praktischer Ratgeber zur Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter. Duisburg.
- Sportjugend NRW (Hrsg.) (2006): Bewegen und Lernen. Hintergründe und praktische Unterstützung für Übungsleiter/-innen, Trainer/-innen und Führungskräfte der Sportvereine. Duisburg.
- Sportjugend NRW (Hrsg.) (2011): NRW bewegt seine Kinder. Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes NRW. Leitfaden zur Kooperation von Sportvereinen und Kindertageseinrichtungen. Duisburg.
- Zimmer, R. (2004): Handbuch der Bewegungserziehung. Grundlagen für Ausbildung und pädagogische Praxis. Freiburg im Breisgau.

» Förderung der seelischen Gesundheit in Kitas in Quartieren mit besonderen Problemlagen

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Simone Beuter, Julia Lindenberg, Maike Rönna-Böse¹

» Einführung

In dem Projekt »Prävention zur Verhinderung von Exklusion. Förderung der seelischen Gesundheit in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung in Quartieren mit besonderen Problemlagen« wurden Erkenntnisse der Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen (siehe Fröhlich-Gildhoff et al. 2008a, Rönna et al. 2008) übertragen auf Kitas, die in Quartieren liegen, in denen ein hoher Anteil von Familien mit sozialen Benachteiligungen lebt. In diesem Beitrag werden theoretische Bezugspunkte, methodisches Vorgehen und Evaluationsergebnisse vorgestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass es grundsätzlich möglich ist, mit einem multimodalen Vorgehen im Settingansatz die seelische Gesundheit der Zielgruppen Kinder und Eltern zu verbessern. Dabei müssen jedoch die Methoden sehr spezifisch adaptiert werden, die pädagogischen Fachkräfte müssen gezielt qualifiziert und im Implementierungsprozess begleitet werden, damit nachhaltige Entwicklungen gesichert werden.

» Theoretische Einbettung

Eine Reihe von Studien zeigt, dass besonders Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status, mit Migrationshintergrund und/oder mit Kumulationen von Problemlagen deutlich geringere Bildungschancen haben (vgl. BMBF 1998, OECD 2001, 2004, Conger et al. 1997, Department for Education and Skills 2007, Auernheimer 2008) und eher Verhaltensauffälligkeiten aufweisen (vgl. Ihle und Esser 2002, Lösel et al. 2004). McDonald und Moberg (2000) zeigten, dass Kinder aus Familien mit hohem Stresspotenzial in benachteiligten Umwelten weniger Fähigkeiten erwerben, um die Anforderungen in Leistungs- und Bildungssituationen erfolgreich zu bewältigen. In einem Quartier akkumulierter Risikofaktoren zu leben, bedeutet ein höheres Risiko zu sozialer Exklusion und geringerer Chancengerechtigkeit im Bildungsbereich (zum Beispiel Stebe und Raymond 2002, Delarue 1991). Besondere Entwicklungsrisiken bestehen für Kinder aus (armen) Familien mit Migrationshintergrund; zu den sozialen Risikofaktoren treten Sprachschwierigkeiten und Schwierigkeiten, mit kulturellen Differenzen umzugehen (Ulich et al. 2005, Prenzel 2006).

1 Teile dieses Beitrags entsprechen dem Abschlussbericht des Forschungsberichts (Fröhlich-Gildhoff et al. 2011) und einem Artikel des Autors in der Zeitschrift Prävention 2/2011. Das Projekt wurde gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Zeitraum 10.10.2008 bis 30.09.2010 realisiert und vom BMBF finanziert.

» Bedeutung und Chancen der Kindertageseinrichtung

Die Kita ist als bedeutender Lern- und Lebensort für Kinder und Eltern zu begreifen. Sie wird in allen europäischen Ländern zunehmend in einem umfassenderen Sinne als Bildungsinstitution verstanden und hat – unterschiedlich nach Traditionen und gesellschaftlichen Organisationsformen – eine Funktion als zentrale Sozialisationsinstanz (vgl. zum Beispiel Fthenakis 2003, Fried und Roux 2006). Sie ist in die Lebenswelt der Kinder und ihrer Familien eingebettet, und die pädagogischen Fachkräfte (Frühpädagogik und Erzieherinnen und Erzieher) können einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder und ihrer Familien haben. In einer Studie von Fröhlich-Gildhoff et al. (2006) wurde deutlich, dass Erziehende für Eltern die zweitwichtigsten Ansprechpartner in Erziehungsfragen sind. Die Pädagoginnen und Pädagogen müssen jedoch auf diese (neuen) Aufgaben vorbereitet werden, und sie brauchen praktikable Vorgehensweisen (Handbücher, Prozessbeschreibungen usw.), um systematisch handeln zu können. Die Einrichtungen benötigen hier Unterstützung, denn es werden zwar viele präventive Einzelprojekte durchgeführt, die Qualität ist jedoch sehr unterschiedlich (vgl. zum Beispiel Kliche et al. 2008). Auch die Ergebnisse des »Sure-Start«-Programms in England zeigen, dass es möglich ist, den Kreislauf von Exklusion und Chancengerechtigkeit zu durchbrechen (Social Exclusion Unit 2004). Hierzu ist es nötig, gut überprüfte und praktikable Konzepte in Institutionen einzusetzen, die Kinder und Eltern in frühen Jahren erreichen. Es ist erforderlich, so früh wie möglich zu intervenieren, weil Verhaltensauffälligkeiten ab einem Alter von ca. sechs Jahren stabil sind (zum Beispiel Fröhlich-Gildhoff 2007).

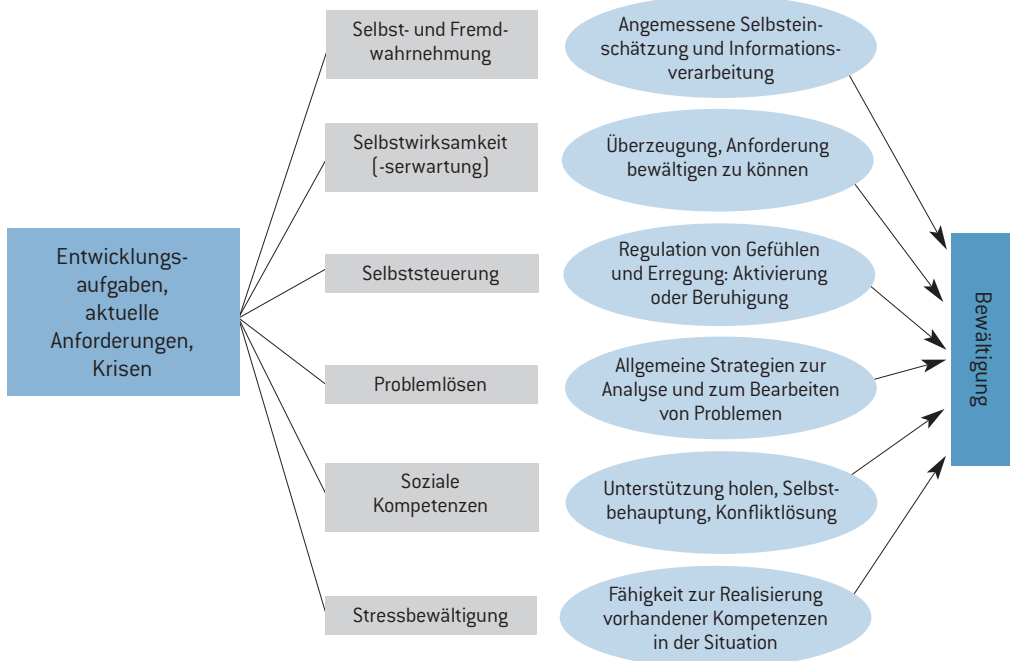
» Erfahrungen aus der Resilienzförderung in Kitas

Die Förderung der Resilienz, der seelischen Widerstandskraft von Kindern (vgl. ausführlich: Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff 2010, Wustmann 2004), konnte in einem Vorläuferprojekt erfolgreich realisiert werden (Fröhlich-Gildhoff et al. 2008a, Rönna-Böse et al. 2008). Dabei war es wichtig, konkrete Faktoren zu operationalisieren, die handlungsleitend für die praktische Arbeit waren; als theoretisches Modell dienten folgende, aus der vorliegenden Empirie abgeleiteten und operationalisierten Resilienzfaktoren (vgl. Abbildung 1).

Diese Resilienzfaktoren sind nicht unabhängig voneinander, sondern bedingen sich gegenseitig und stehen in einem Zusammenhang (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2007).

Die genannten sechs Faktoren weisen eine große Nähe zu den zehn »life skills« auf, die von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization 1994; übersetzt von Bühler und Heppekausen 2005) als Lebenskompetenzen definiert wurden: Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives Denken, kritisches Denken, Fähigkeit, Entscheidungen treffen zu können, Problemlösefähigkeiten, effektive Kommunikationsfähigkeit, interpersonale Beziehungsfertigkeiten, Gefühlsbewältigung und Stressbewältigung (WHO 1994; übersetzt von Bühler und Heppekausen 2005). Die WHO empfiehlt, diese Lebenskompetenzen als Grundlage für Präventions- und Interventionsprogramme zu nehmen.

Aus den verschiedenen Meta-Analysen von Präventionsstudien lassen sich Anforderungen an die Entwicklung und Durchführung (und Seriosität) von Präventionsprogrammen – auch zur Förderung der seelischen Gesundheit – beschreiben (vgl. dazu



➤ Abb. 1: Resilienzfaktoren

ausführlich: Greenberg et al. 2000, Heinrichs et al. 2002, Durlak 2003, Beelmann 2006, Nurcombe 2007, Röhrle 2008]; besonders bedeutsam sind dabei:

- Gute theoretische Begründung, besonders orientiert an den Erkenntnissen über Schutz- und Risikofaktoren.
- Multimodalität: Programme sind wirksamer, wenn aus einer systemischen Perspektive mehrere Zielgruppen – vor allem Eltern und Kinder – einbezogen werden und sowohl die individuelle als auch die Umweltebene (Schule, Kindergarten etc.) berücksichtigt werden.
- Inhaltlich soll an der Entwicklung von Fähigkeiten und am konkreten Verhalten angesetzt werden (verhaltensorientiertes Üben sollte Programmbestandteil sein).
- Strukturierte Ausbildung von Trainerinnen/Trainern sowie Unterstützung während der Umsetzung.
- Länger anhaltende Dauer; nach Röhrle (2008, S. 346) sollten die Programme mindestens neun Monate dauern.
- Zielgruppenspezifische und vor allem kulturelle Adaptation: Es gibt nicht das Programm für alle Zielgruppen, Milieus etc. – es müssen gute Möglichkeiten zur Adaptation für spezifische Gruppen und Umwelten gegeben sein.
- Gute Erreichbarkeit: Gute Wirkungen haben Programme, die in »natürliche« Lebensumwelten – wie zum Beispiel Kindertageseinrichtungen –

eingebettet sind; darüber hinaus ist ein niedrigschwelliger Zugang (dies beinhaltet auch niedrige Kosten) von Bedeutung.

- Sorgfältige Evaluation – möglichst in einem Vergleichsgruppendesign mit unterschiedlichen Methoden und einer Kombination aus Prozess- und Ergebnisevaluation.

Für die im Folgenden dargestellte Projektkonzeption waren die oben genannten Erkenntnisse eine bedeutende Grundlage. Das Projekt wurde im Settingansatz auf mehreren Ebenen umgesetzt.

niedrigschwelligen Resilienz- und gesundheitsförderlichen Knotenpunkten im Quartier entwickelt werden, wodurch ein Beitrag zu mehr Chancengerechtigkeit der benachteiligten Kinder in den Bereichen Bildung und Gesundheit geleistet werden sollte.

Weil Präventionsprogramme vor allem dann erfolgreich sind, wenn sie unterschiedliche Ebenen berücksichtigen, war das Projekt multidimensional angelegt und bezog vier zentrale Ebenen mit ein: Eltern, Kinder, Fachkräfte und Netzwerke. Als weitere wichtige Ebene wurde die (Fach-)Öffentlichkeit über das Projekt informiert. Die pädagogischen Fachkräfte wurden von Beginn an in alle Aktivitäten einbezogen und konnten schon im Verlauf der Projektlaufzeit und danach alle methodischen Bausteine eigenständig fortführen.

» Projektkonzeption

Die Kindertageseinrichtungen, die sich in Stadtgebieten mit verdichteten Problemlagen befinden, sollten im Rahmen der zweijährigen Projektlaufzeit zu

Ebene 1: Qualifizierung der pädagogischen Fachkräfte

Im Rahmen der Qualifizierung der pädagogischen Fachkräfte stand die (Weiter-)Entwicklung einer ressourcenorientierten Haltung im Vordergrund, die



Abb. 2: Die vier Ebenen des Projekts

durch Reflexion und die Anwendung geeigneter Methoden befördert wurde. Um möglichst nachhaltige Effekte zu erzielen, setzte die Qualifizierung der Fachkräfte auf unterschiedlichen Ebenen an:

- a) Gesamtteamfortbildungen,
- b) Unterstützung bei der praktischen Umsetzung der Programmelemente,
- c) systematische Reflexion der Prozesse,
- d) ressourcenorientierte Fallsupervision.

Ebene 2: Zusammenarbeit mit den Eltern

Bei der Zusammenarbeit mit den Eltern standen die Ermöglichung elterlicher Selbstwirksamkeitserfahrungen und der Ausbau des elterlichen Selbstwertgefühls im Mittelpunkt. Eine niedrigschwellige Ausgestaltung der Elternangebote war bei Eltern mit wenigen Deutschfähigkeiten und geringem Selbstwertgefühl von zentraler Bedeutung. Entsprechend war im Projekt die Zusammenarbeit mit den Eltern unterschiedlich niedrigschwellig aufgebaut:

- a) Informationen über das Projekt und dessen Hintergründe,
- b) Elternsprechstunde,
- c) Elternkurs (analog: Fröhlich-Gildhoff et al. 2008c).

Ebene 3: Pädagogische Arbeit mit den Kindern

Die pädagogische Arbeit mit den Kindern zielte darauf ab, den Alltag in der Einrichtung insgesamt resilienzförderlich zu gestalten. Dieser Ansatz fand sich in verdichteter Form in den Kinderkursen wieder, die sich am Manual »Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen« (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2007) orientierten und den dialogischen Austausch mit den Kindern in den Mittelpunkt rückten. Dieses Manual musste auf die Situation der Kndner, vor allem angesichts vorhandener Sprachprobleme, adaptiert werden. Ein weiterer wichtiger Schritt war die Integration der Bausteine in den Alltag, die in den Reflexionsgesprächen mit den Erzieherinnen vorbereitet wurde.

Ebene 4: Vernetzung

Die Kindertageseinrichtung dient Eltern als eine der ersten Anlaufstellen, wenn es um Erziehungsfragen und -probleme geht. Bei Anliegen, die eine tiefer gehende sozialrechtliche oder psychosoziale Beratung erforderlich machen, sind Kindertageseinrichtungen auf eine gute Vernetzung mit entsprechenden Einrichtungen im Sozialraum angewiesen.

Demzufolge wurden folgende Angebote direkt vor Ort eingebunden und niedrigschwellig realisiert:

- Elternsprechstunden in der Kita über die zuständige Erziehungsberatungsstelle,
- bei Bedarf: schneller Austausch zwischen pädagogischen Fachkräften in den Kitas und Beratungsstellen bzw. dem ASD (Stichwort: »kurze Wege«),
- ressourcenorientierte Fallsupervisionen im Gesamtteam unter Leitung einer externen Fachkraft.

Ein weiterer Baustein des Projekts war die Verbreitung der Erfahrungen und Erkenntnisse in der (Fach-)Öffentlichkeit.

Am Projekt waren Kitas aus unterschiedlichen Bundesländern beteiligt, um eine Übertragbarkeit auf unterschiedliche (soziokulturelle) Voraussetzungen zu erproben und sicherzustellen. Folgende Regionen waren beteiligt: Südbaden (Baden-Württemberg), Frankfurt (Hessen) und Berlin-Marzahn (Berlin).

Evaluationsdesign

Die Erfassung der Wirkungen einer komplexen Intervention erfordert die Kombination aus Prozess- und Ergebnisevaluation in einem Vergleichsgruppendesign mit quantitativen und qualitativen Methoden (vgl. Bortz und Döring 2003, Fröhlich-Gildhoff et al.

2008b). Die Datenerhebungen fanden zu drei Messzeitpunkten statt. Hierbei wurden zu den Zeitpunkten $t(0)$, $t(1)$ und $t(2)$ jeweils auf der Ebene der Kinder, der Eltern und der pädagogischen Fachkräfte unterschiedliche Fragebogen und Tests eingesetzt. Des Weiteren wurden halbstrukturierte Interviews mit den pädagogischen Fachkräften geführt (ausführliche Beschreibung in Fröhlich-Gildhoff et al. 2011).

Zusätzlich wurde eine externe Evaluation mittels Gruppendiskussionen im Vergleich DE – VE zu zwei Zeitpunkten (prä/post) durchgeführt²:

An dem Projekt nahmen zehn Einrichtungen mit insgesamt 716 Kindern teil. Diese teilen sich zu $N = 349$ Kindern in den Durchführungseinrichtungen (DE) und $N = 367$ Kindern in den Vergleichseinrichtungen (VE) auf. Die Kindertageseinrichtungen befanden sich in Stadtteilen mit einem hohen Anteil von sozial benachteiligten Familien. Der Anteil der Familien mit Migrationshintergrund lag in den DE zwischen 100 % und 28,1 %, in den VE zwischen 90,9 % und 4,9 % (n.s. $\chi^2 = 0,486$; $df = 1$; $p = .486$).

den Entwicklungsstand der Kinder zu erfassen, zeigten sich in den DE im Post Hoc Test nach Varianzanalyse in den Subtests *Fotoalbum* (Funktionsbereich Emotionale Entwicklung) (DE: $t = 3,764$; $df = 81$; $p < .001$; VE: $t = 1,475$; $df = 77$; $p = .144$) und *Bunte Formen* (Funktionsbereich *Allg. kognitive Entwicklung*, bes. induktives Denken) (DE: $t = 3,079$; $df = 58$; $p = .003$; VE: $t = 1,133$; $df = 58$; $p = .262$) signifikant positive Mittelwertunterschiede zwischen den Werten vom Zeitpunkt $t(0)$ und $t(1)$ und im Unterschied zu den VE.

- Im Selbstkonzeptfragebogen (SKF; Engel et al. 2010) zeigte sich eine signifikante Verbesserung über die Zeit auf der Skala *Ängstlichkeits-/Misserfolgserwartung* nur bei den DE ($t = 3,540$; $df = 55$; $p = .001$), nicht aber bei den VE ($t = 1,200$; $df = 55$; $p = .235$). Die Kinder der DE wiesen also einen deutlich höheren Anstieg des Selbstvertrauens (geringere Ängstlichkeit) auf als die Kinder aus den VE.
- Aus der Perspektive der Eltern und pädagogischen Fachkräfte erfolgte eine Einschätzung der Kinder bezüglich *Verhaltensschwächen und -stärken*. Der dazu eingesetzte Fragebogen *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman 2005) beinhaltet u. a. 25 Items, die sich zu jeweils fünf Items den folgenden Skalen zuordnen lassen: *Emotionale Probleme*, *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten*, *Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme*, *Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen* und *Prosoziales Verhalten*. Aus der Perspektive der Eltern ergab sich im Post Hoc Test nach der Varianzanalyse eine signifikant positive Veränderung bei den Kindern der DE in dem Bereich *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* (Abnahme),

» Ergebnisse

Ergebnisse

(1) Ergebnisse der Tests (quantitative Verfahren) auf der Ebene der Kinder

Die standardisierten Tests erbrachten folgende Ergebnisse:

- Im Wiener Entwicklungstests (WET; Kastner-Koller und Deimann 2002), der eingesetzt wurde, um

² Ein besonderer Dank geht an Frau Prof. Dr. Iris Nentwig-Gesemann, ASH Berlin, die als externe Evaluatorin diese Gruppendiskussionen durchführte und auswertete.

hingegen zeigte sich auf dieser Skala in den VE eine leichte, aber signifikante Zunahme im Bereich Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (Abnahme) und beim Prosozialem Verhalten (Zunahme). Das Verhalten der Kinder wurde von den pädagogischen Fachkräften auf allen Skalen zu beiden Zeitpunkten im Normalbereich (laut Manual) eingeschätzt.

(2) Ergebnisse der qualitativen Verfahren (Interviews)

Zur Untersuchung der Wirkungen des Projekts wurden Einzelinterviews mit einzelnen Erzieherinnen und Eltern der DE sowie Gruppendiskussionen zu zwei Zeitpunkten (prä und post) in den DE und VE durchgeführt.

Aus der Vielzahl der Ergebnisse seien exemplarisch folgende genannt:

- Die *Kinder sind selbstbewusster* und mutiger geworden, treten sicherer in der Gruppe auf, vertreten ihre Interessen (Beispiel: »Wir hatten einen vietnamesischen Jungen, der war vom Selbstwert her noch nicht so gestärkt ... Wir haben den dann mit reingenommen in den Kinderkurs und seit er den macht, erfährt er mehr Anerkennung und steht auch mal mehr im Mittelpunkt der Kleingruppe. Mittlerweile ist er schon so stark, dass er auch vor der Großgruppe von diesem Kinderkurs erzählt und berichtet, was er dort erlebt hat«; Erz 2.1).
- Die *Kinder artikulieren ihre Stimmungen und Gefühle deutlicher* (verbal und nonverbal) (Beispiel: »Die Kinder, die im Projekt waren, die konnten zum Teil dann ganz klar verbalisieren: Ich bin traurig, oder auch: ich hab jetzt Stress, ich brauche meine Ruhe ... und wenn man dann nachfragt: Was ist das für ein Stress? Was geht da jetzt in dir vor? – dass die Kinder das dann auch tatsächlich benennen können, was da passiert«; Erz 4.1).
- *Eltern* wünschen und brauchen unterschiedliche Formen der Ansprache, aber auch der Beteiligung;

sie werden auch nur mit verschiedenen Formen erreicht. Für die angebotenen Elternkurse müssen die Eltern motiviert werden, die Inhalte müssen sehr genau auf die Zielgruppen zugeschnitten werden. Für viele Eltern bieten offene Beratungssprechstunden in der Kita eine gute Unterstützungsform. (Beispiel: »Auch so das Anonyme und wirklich in 'nem geschützten Rahmen, wo auch die Kinderbetreuung gewährleistet ist, das fand ich das Tolle! Dass man da einfach wirklich in 'nem geschützten Rahmen seine Sorgen und Nöte loswerden kann und da 'ne qualifizierte Hilfe findet, ohne dass ich da irgendwo hinrennen muss. Und das war oft auch spontan möglich, das war echt super!«; Elt 4.4, S. 86ff). *Eltern erleben sich gelassener* im Erziehungsverhalten (Beispiel: »Also ich reib mich jetzt nicht mehr so an Kleinigkeiten auf. Also, wir kommen jetzt einfach besser miteinander aus. Weil er ist ein Dickkopf und ich auch mit meinen Ansichten. Das ist jetzt viel besser geworden ... Ruhiger ist es jetzt bei uns zu Hause ...«; Elt 1.2, S. 137ff).

- Bei den vergleichenden Gruppendiskussionen ließen sich in den DE zwischen Projektbeginn und -ende in Bezug auf Themen, Orientierungsmuster und Relevanzsetzungen deutliche Veränderungen rekonstruieren: Das Thema Resilienz nimmt explizit und implizit einen deutlich größeren Stellenwert ein; es eröffnen sich andere Blicke auf die Kinder, die Familien und die eigene Arbeit; es wird deutlich intensiver von positiven Erlebnissen, überraschenden Erfahrungen und einer selbst erlebten Zufriedenheit mit dem Beruf berichtet.

(3) Ergebnisse auf der Ebene der pädagogischen Fachkräfte

In den Interviews und in den Gruppendiskussionen zeigten sich auf der Ebene der pädagogischen Fachkräfte drei deutliche Trends:

- Die pädagogischen Fachkräfte verändern ihre Haltung: Sie sehen deutlicher die Stärken und Potenziale von Kindern und Eltern.
- Die Fachkräfte fühlen sich sicherer in ihrer Arbeit, dadurch und durch den ressourcenorientierten Blick steigt die Zufriedenheit mit der Arbeit.
- Das Thema der Gesundheit der Pädagoginnen und Pädagogen hat in den Kitas mit vielen sozial benachteiligten Familien eine besonders hohe Bedeutung: Die Fachkräfte fühlen sich stark belastet, besonders dadurch, dass sie oft die Funktion von Sozialarbeiterinnen und -arbeitern einnehmen und die Familien in sehr vielen lebenspraktischen Fragen unterstützen (müssen).

Bedeutsam für den Erfolg des Projekts war dabei nicht in erster Linie die Etablierung von Programmen oder »Kursen« – wichtiger war die Qualifizierung aller Fachkräfte eines Teams und damit die Entwicklung der Organisation Kita insgesamt.

Die Evaluation eines solchen komplexen Projekts ist aufwendig, »stört« den Kita-Alltag und braucht die Unterstützung der Pädagoginnen und Pädagogen – neben der eigentlichen Alltagsarbeit und der Arbeit im Projekt. Dennoch stärkt die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung auch das professionelle Selbstverständnis und dient der eigenen Weiterentwicklung, oder, wie es eine teilnehmende Erzieherin ausdrückte: »Anfangs war es mehr, jetzt ist es anders.«

Fazit

Durch das Projekt konnte gezeigt werden, dass es grundsätzlich möglich ist, auch in hoch belasteten Quartieren durch einen Settingansatz in der Kita Aspekte der seelischen Gesundheit von Kindern zu fördern; theoretische Ausgangsbasis waren dabei Erkenntnisse der Resilienzforschung und des Life-Skill-Konzepts der WHO. Die Stärkung des Selbstwerts und die Verringerung von Ängstlichkeit/Misserfolgserwartung ist von positiven Effekten auf kognitiver und Verhaltensebene begleitet. Hier liegen wichtige Potenziale zur Förderung von Chancengerechtigkeit.

Ebenso ist es durch hohen Aufwand und zugehende Angebote möglich gewesen, die Zusammenarbeit mit den Eltern zu verbessern und diese mit neuen Angebotsformen zu erreichen; Eltern konnten konkret beschreiben, wie sie sich in ihren Erziehungskompetenzen gestärkt fühlen und dass das Zusammenleben mit den Kindern stressfreier geworden ist.

» Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. DGVT-Verlag, Tübingen.
- Auernheimer, G. (Hrsg.) (2008): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. 2., aktual. und erw. Aufl. VS Verlag, Wiesbaden.
- Beelmann, A. (2006): Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. In: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (2), S. 151–162.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F., Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 35. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- BMF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (1998): Delphi-Befragung 1996/1998. Abschlussbericht zum »Bildungs-Delphi«. Potentiale und Dimensionen der Wissensgesellschaft – Auswirkungen auf Bildungsprozesse und Bildungsstrukturen. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn.
- Bortz, J., Döring, N. (2003): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Bühler, A., Heppekausen, K. (2005): Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. BZgA, Köln.
- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H. Jr. (1997): Family economic hardship and adolescent adjustment: Mediating and moderating processes. In: Duncan, G., Brooks-Gunn, J. (Eds.): Consequences of growing up poor. Russell Sage Press, New York, pp. 288–310.
- Delarue, J. M. (1991): Banlieues en difficultés: la relégation. Rapport au Ministre d'Etat, ministre de la Ville et de l'Aménagement du territoire. IRST, Rennes.
- Department for Education and Skills (2007): Every Child Matters: Green Paper. The Stationery Office, London.
- Durlak, J. A. (2003): Generalizations regarding effective prevention and health promotion programs. In: Gullotta, T. P., Bloom, M. (Eds.): The encyclopedia of primary prevention and health promotion. Kluwer Academic/Plenum, New York, pp. 61–69.
- Engel, E.-M., Rönau-Böse, M., Beuter, S., Wünsche, M., Fröhlich-Gildhoff, K. (2010): Selbstkonzeptfragebogen für Kinder im Vorschulalter (SKF) – Konzept, Entwicklung und praktische Erfahrungen. In: Fröhlich-Gildhoff, K., Nentwig-Gesemann, I., Strehmel, P. (Hrsg.): Forschung in der Frühpädagogik III. Schwerpunkt Sprachentwicklung und Sprachförderung. FEL, Freiburg, S. 305–328.
- Fthenakis, W. E. (Hrsg.) (2003): Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden können. Herder, Freiburg.
- Fried, L., Roux, S. (Hrsg.) (2006): Pädagogik der frühen Kindheit. Beltz, Weinheim.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer, Stuttgart.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Beuter, S., Lindenberg, J., Rönau-Böse, M. (2011): Förderung der seelischen Gesundheit in Kitas bei Kindern und Familien mit sozialen Benachteiligungen. (Abschlussbericht des Projekts »Prävention zur Verhinderung von Exklusion. Förderung der seelischen Gesundheit in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung in Quartieren mit besonderen Problemlagen.«.) FEL, Freiburg.

- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönna-Böse, M. (2009): Resilienz. Reinhardt, München.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönna, M., Dörner, T., Kraus-Gruner, G., Engel, E.-M. (2008a): Kinder Stärken! – Resilienzförderung in der Kindertageseinrichtung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57. Jg., H 2, S. 98–116.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Nentwig-Gesemann, I., Haderlein, R. (2008b): Forschung in der Frühpädagogik. Sinn – Standards – Herausforderungen. In: Fröhlich-Gildhoff, K., Nentwig-Gesemann, I., Haderlein, R. (Hrsg.): Forschung in der Frühpädagogik. FEL, Freiburg, S. 13–36.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönna, M., Dörner, T. (2008c): Eltern stärken mit Kursen in Kitas. Reinhardt, München.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Dörner, T., Rönna, M. (2007): PriK – Prävention und Resilienzförderung in Kindertagesstätten. Ein Trainingsprogramm. Reinhardt, München.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Kraus-Gruner, G., Rönna, M. (2006): Gemeinsam auf dem Weg. Eltern und ErzieherInnen gestalten Erziehungspartnerschaft. In: Kindergarten heute, 10, S. 6–15.
- Goodman, R. (2005): Strengths and Difficulties Questionnaire. Internet: <http://www.sdqinfo.org/py/doc/b3.py?language=German>. Zugriff am 04.03.2011.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., Bumbarger, B. (2000): Preventing mental disorders in school-aged children. A review of the effectiveness of prevention programs. Prevention Research Center for the Promotion of Human Development, Pennsylvania State University.
- Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K., Perez, M. (2002): Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. Psychologische Rundschau, 53, S. 170–183.
- Ihle, W., Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau, 53 (4), S. 159–169.
- Kastner-Koller, U., Deimann, P. (2002): Wiener Entwicklungstest. Hogrefe, Göttingen.
- Kliche, T., Gesell, S., Nyenhuis, N., Bodansky, A., Deu, A., Linde, K., Neuhaus, M., Post, M., Weitkamp, K., Töppich, J., Koch, U. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Juventa, Weinheim.
- Lösel, F., Beelmann, A., Stemmler, M., Jaurisch, S. (2004): Soziale Kompetenz für Kinder und Familien – die Erlangen-Nürnberg Studie. Universität Erlangen-Nürnberg.
- McDonald, L., Moberg, P. (2000): Families and Schools Together: FAST strategies for increasing involvement of all parents in school and preventing drug abuse. In: Hansen, W. B., Giles, S. M., Farnow-Kennedy, M. D. (Eds.): Improving prevention effectiveness. Tanglewood research, Greensboro, N. C., pp. 235–250.
- OECD (2001): Bildungspolitische Analysen 2001. Paris.
- OECD (2004): OECD measures of total hours worked. OECD Productivity, Paris.
- Opp, G., Fingerle, M., Freytag, A. (Hrsg.) (2007): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. Reinhardt, München.
- Nurcombe, B. (2007): The Principles of Prevention in Child and Adolescent Mental Health. In: Remschmidt, H., Nurcombe, B., Belfer, M. L., Sartorius, N., Okasha, A. (Hrsg.): The Mental Health of Children and Adolescents. An area of global neglect. Wiley, Chichester, pp. 53–64.
- Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (2004): Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie. Springer, Berlin, Heidelberg.

- Prenzel, A. (2006): Pädagogik der Vielfalt. VS-Verlag.
- Röhrle, B. (2008): Die Forschungslage zur Prävention psychischer Störungen und zur Förderung psychischer Gesundheit. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 40 (2), S. 343–347.
- Rönnau-Böse, M., Fröhlich-Gildhoff, K. (2010): Resilienzförderung im KiTa-Alltag. Was Kinder stark und widerstandsfähig macht. Herder, Freiburg.
- Rönnau, M., Kraus-Grüner, G., Engel, E.-M. (2008): Resilienzförderung in der Kindertagesstätte. In: Fröhlich-Gildhoff, K., Nentwig-Gesemann, I., Haderlein, R. (Hrsg.): Forschung in der Frühpädagogik. FEL, Freiburg, S. 117–147.
- Social Exclusion Unit (2004): The impact of government policy on social exclusion among children aged 0–13 and their families: A review of the literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle series. Office of the Deputy Prime Minister, London.
- Stebe, J. M., Raymond, H. (2002): La crise des banlieues. Sociologie des quartiers sensibles. PUF, Paris.
- Ulich, M., Oberhuemer, P., Soltendieck, M. (2005): Die Welt trifft sich im Kindergarten. Interkulturelle Arbeit und Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen. 2., aktual. Aufl. Beltz, Weinheim, Basel.
- Wustmann, C. (2004): Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz, Weinheim, Basel.

» Partizipative Entwicklung von sozialraumorientierter Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten am Beispiel von »Gi-Kitas« – Gesund aufwachsen in Kindertagesstätten

Bianca Schmidt, Michaela Axt-Gadermann, Barbara Thumann, Holger Hassel

» Hintergrund

Bereits in der frühen Kindheit werden der Grundstein für das im Erwachsenenalter bestimmende gesundheitsbezogene Verhalten gelegt und Gesundheitsressourcen aufgebaut. Jedoch können in diesem Lebensabschnitt auch gesundheitliche Probleme auftreten. In den letzten Jahren gewannen bei den Kindern im Alter von null bis 17 Jahren besonders chronische Erkrankungen wie Neurodermitis, Bronchitis und Allergien gegenüber akuten Erkrankungen an Bedeutung. Anzeichen von Verhaltensauffälligkeiten ließen sich bei 12 % der Mädchen und 18 % der Jungen feststellen. Auch werden unsere Kinder zunehmend dicker. So leiden schon 15 % der Kinder in Deutschland an Übergewicht. Gründe hierfür sind vor allem mangelnde Bewegung und falsche Ernährung (Robert Koch-Institut 2006). Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bereits für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen zu initiieren.

Kindertagesstätten sind die erste öffentliche Einrichtung, die die meisten Kinder besuchen. Sie können somit zentrale Orte der Gesundheitsförderung sein (Lange und Schilling 2007). Ähnlich wie im Elternhaus beeinflussen die in der Kindertagesstätte

gewonnenen Erfahrungen die Entwicklung der Kinder maßgeblich und nachhaltig. Eltern und das pädagogische Personal sind Vorbilder für die Kinder. Allerdings haben Erzieherinnen und Erzieher in ihrem Berufsalltag sowohl psychosozial als auch körperlich sehr anspruchsvolle Anforderungen zu bewältigen, bei denen sie vielfachen Stressoren ausgesetzt sind (Kliche et al. 2008). Viele dieser Stressoren sind mit den strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Kindertagesstätten verbunden (Thinschmidt 2007). Als am meisten belastend werden Lärm, Personalmangel, Zeitdruck und körperliche Anstrengungen von Erzieherinnen und Erziehern erlebt (Fuchs-Rechlin 2007). Diese Beeinträchtigungen ziehen gesundheitliche Folgen wie Kopfschmerzen (52,3 %), Rückenschmerzen (48,5 %), Nackenschmerzen (39,5 %) oder leichte Ermüdbarkeit (37,3 %) nach sich (Thinschmidt 2007). Bereits 2002 lag zudem bei bis zu einem Drittel der Kindergartenbelegschaft ein erhöhtes Burn-out-Risiko vor (Buch und Frieling 2001). Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Zahlen in den vergangenen Jahren – durch den erhöhten Arbeitsaufwand mittels gestiegener Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben und die sich aus dem Bildungs- und Erziehungsplan ergebenden stetig steigenden Anforderungen – noch erhöht haben.

Dies macht deutlich, wie wichtig es ist, bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen in Kindertagesstätten den Blick sowohl auf die Kinder als auch auf das pädagogische Personal und deren Vorbildfunktion zu richten. Das Setting Kindertagesstätte bietet zudem die Möglichkeit, neben den Kindern auch deren Familien anzusprechen und zu beteiligen. Dies birgt die Chance, Zugang zu sonst nur schwer erreichbaren Müttern und Vätern zu finden (Zimmer 2002). Außerdem lassen sich durch eine nachhaltige Fortführung der Maßnahmen (BZgA 2010) und eine aktive Beteiligung positive Effekte auf die Lebenssituation, das heißt den Alltag der Familien erzielen (Büchter et al. 2009).

Die Lebenswelt Kindertagesstätte ist somit ein bedeutendes Setting, das neben der Familie eine wichtige Erziehungs- und Betreuungsinstantz für Kinder aus allen sozialen Schichten darstellt. Kindertagesstätten können die gesundheitsförderliche Entwicklung der ihnen anvertrauten Kinder begleiten und in vielfältiger Hinsicht günstig beeinflussen. Zudem wird durch Gesundheitsförderung auch aktiv zur Bildung der Kinder beigetragen, denn Bildung und Gesundheitsförderung stehen in einer engen Wechselwirkung zueinander (Paulus 2010).

Der Lebensweltansatz gilt in den Gesundheitswissenschaften als wirkungsvoller Interventionsansatz (BZgA 2010). Neben dem individuellen Verhalten und den Verhältnissen ist die Beteiligung (Partizipation) der Zielgruppe maßgeblich für das Gelingen gesundheitsförderlicher Maßnahmen verantwortlich (Gold et al. 2010a). Sie sichert die Akzeptanz und die Annahme der Maßnahmen und verhindert somit Fehlinvestitionen, da die Bedürfnisse der Zielgruppe berücksichtigt werden. Mit der Einbeziehung der Zielgruppe bereits bei der Planung der Maßnahmen können passgenaue Interventionen entwickelt und umgesetzt werden (Gallois et al. 2011, Gold et al. 2010b, Keimer et al. 2008).

Aus diesem Grund werden im Rahmen des Projekts »Gi-Kitas« gemeinsam mit dem pädagogischen Personal der Kindertagesstätten und den Eltern – als Expertinnen und Experten für ein gesundes Aufwachsen der Kinder – die Interventionen entwickelt und drei Interventionsstrategien miteinander verknüpft. Im Folgenden wird die Struktur des Projekts »Gi-Kitas« dargestellt und es werden die ersten Ergebnisse der Entwicklungsphase vorgestellt.

Das Projekt »Gi-Kitas«

Das Projekt »Gesund aufwachsen in Kindertagesstätten – Gi-Kitas« ist ein Forschungsprojekt der Hochschule Coburg in Kooperation mit dem Landkreis Coburg, an dem sich fünf kreisangehörige Städte und Gemeinden sowie acht Kindertagesstätten und deren Träger beteiligen. Förderer des Projekts ist das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst. Das Projekt erstreckt sich über drei Jahre. Projektstart war am 1. Juni 2010.

»Gi-Kitas« zielt darauf ab, das gesunde Aufwachsen von Kindern in ihrem alltäglichen Umfeld zu fördern. Hierzu wird auf drei Interventionsebenen angesetzt: 1) Gesundheitsförderung für Kinder, 2) Betriebliches Gesundheitsmanagement und 3) kleinräumige Sozialraumanalyse mit Eltern. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die drei Ebenen der Intervention zum gesunden Aufwachsen bei »Gi-Kitas«.

In der *Entwicklungsphase* werden Fokusgruppendifkussionen mit Vertreterinnen und Vertretern aus jeder Kindertagesstätte durchgeführt. Bei einer Fokusgruppendifkussion werden außerdem Eltern aktiv beteiligt. Ziel ist es, Kita-relevante Inhalte und Methoden zur Bearbeitung dieser Themen zu finden (Block et al. 2011). Die klassischen Diskussionsrun-

Gesundes Aufwachsen

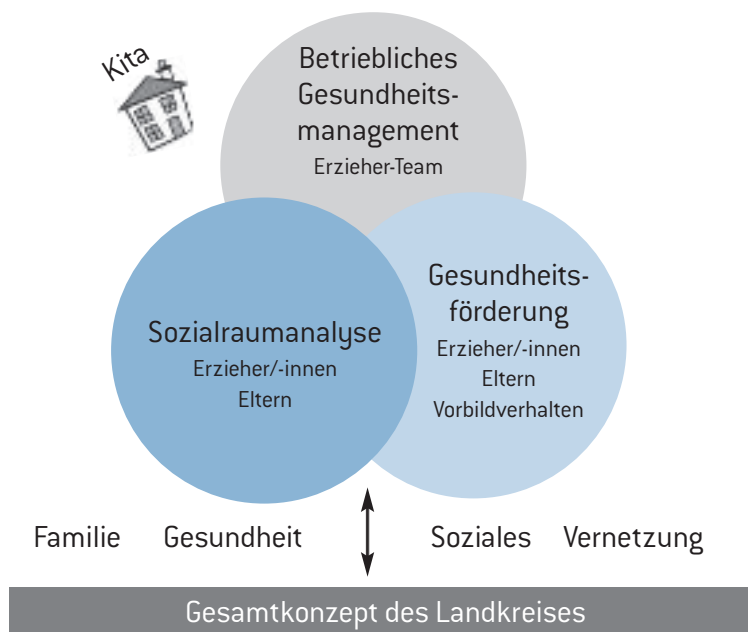


Abb. 1: Verknüpfung der Strategien zur Gesundheitsförderung bei »Gi-Kitas«

den von Gesundheitszirkeln erfordern sowohl von der Moderatorin bzw. dem Moderator als auch von den Teilnehmenden ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit und Motivation, um ein Thema in einem festen Zeitrahmen von ca. 90 Minuten zu bearbeiten. Mithilfe definierter Methoden kann dieser Prozess gesteuert und somit entlastet werden. Aus diesem Grund sollen mithilfe der Fokusgruppendifkussionen auch geeignete Methoden zur Bearbeitung der Gesundheitsthemen identifiziert werden (Hassel und Keimer 2008).

Auf der Basis dieser Ergebnisse wird das Interventionsprogramm, bestehend aus Konzeptmanual mit Methodenkotter, entwickelt. Des Weiteren werden in

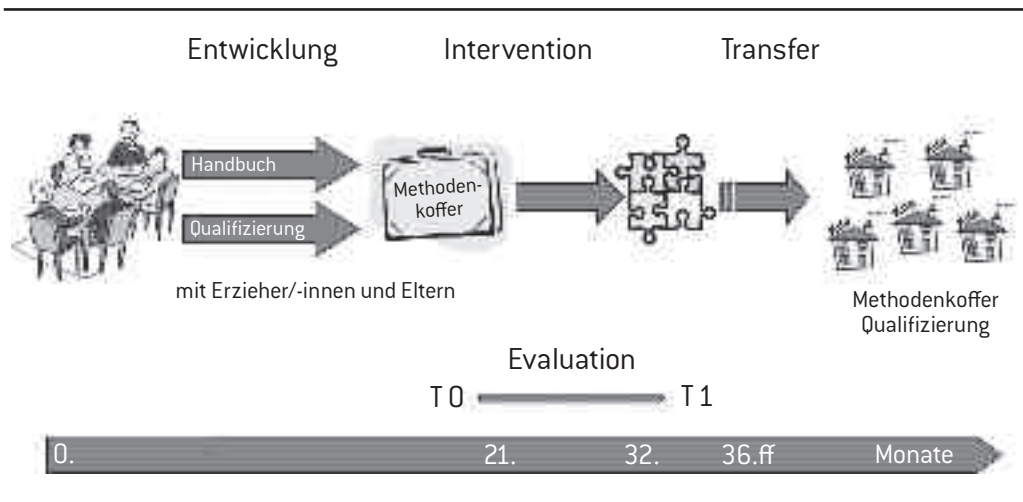
dieser Phase Vertreterinnen und Vertreter der Kindergärten zu Gesundheitsbeauftragten qualifiziert. Diese werden in der Interventionsphase »Gi-Kitas«-Gruppen (Gesundheitszirkel) anleiten. Die Zirkel dienen dazu, die Belastungen und Ressourcen in den Einrichtungen zu identifizieren und gemeinsam Lösungswege, also konkrete und messbare Zielvereinbarungen, zu erarbeiten (Khan 2008). Bei der Schulung wird zudem das entwickelte Konzeptmanual mit Methodenkotter auf seine Handhabbarkeit bei den späteren Anwenderinnen und Anwendern überprüft. Die Qualifizierung der Erzieherinnen und Erzieher zu Gesundheitsbeauftragten soll eine Weiterführung der Maßnahmen auch nach Projektende und

somit eine langfristige gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebens- und Arbeitsfelds Kindertagesstätte unterstützen.

In der *Interventionsphase* wird vor Ort in jeder Kindertagesstätte eine »Gi-Kitas«-Gruppe eingerichtet und ein Jahr bei ihrer Arbeit begleitet. Bei den insgesamt sieben »Gi-Kitas«-Gruppentreffen werden unter der Leitung der Gesundheitsbeauftragten die Themen verhaltens- und verhältnisbezogene Gesundheitsförderung für Kinder, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Elternzusammenarbeit und kleinräumige Sozialraumanalyse in jeder teilnehmenden Kita bearbeitet und somit speziell auf jede Kindertagesstätte zugeschnittene Lösungen entwickelt und messbare Ziele vereinbart. Die oder der qualifizierte Gesundheitsbeauftragte wird während der Intervention zusätzlich gecoacht und bei den sieben Gruppentreffen begleitet. Zur weiteren Unterstützung der Arbeit der »Gi-Kitas«-Gruppen werden den Kindertagesstätten zusätzlich zehn Expertenfachstunden zur Durchführung gesund-

heitsförderlicher Maßnahmen angeboten. Für die Bearbeitung der Themen Sozialraumanalyse und Elternzusammenarbeit werden zudem Eltern aktiv beteiligt. Bei dieser Analyse sollen in den Einrichtungen Anregungen für ein familienfreundliches Umfeld in den Gemeinden gesammelt werden. In jeder teilnehmenden Gemeinde wird ein Runder Tisch – bestehend aus Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Gemeinde – eingerichtet bzw. werden bestehende Strukturen genutzt, um die Erkenntnisse aus den Sozialraumanalysen vorzustellen und auf Gemeindeebene bearbeiten zu können. Auf diesem Weg sollen die Resultate aus den Gruppen und die Erfahrungen aus dem Projekt in das familienpolitische, gesundheits- und sozialraumbezogene Gesamtkonzept der Gemeinden und des Landkreises einfließen.

Zudem strebt das Projekt durch die Zusammenarbeit mit dem Landkreis Coburg eine regionale Vernetzung und Kontinuität an. So soll eine langfristige und somit nachhaltige gesundheitsförderliche Gestaltung nicht nur der Lebens- und Arbeitsbedingungen



➤ Abb. 2: Ablauf des Projekts »Gi-Kitas«

in den Kindertagesstätten, sondern auch in der Gemeinde unterstützt werden.

Das Konzept wird auf drei Ebenen evaluiert: »Gesundes Aufwachsen und Arbeiten«, »Soziale Teilhabe« sowie »Akzeptanz«. Für den Bereich »Gesundes Aufwachsen und Arbeiten« werden die Bewegungszeiten und -möglichkeiten, Ernährungsregeln und -verhalten sowie Entspannungsmöglichkeiten und -zeiten bei Kindern und dem pädagogischen Personal der Einrichtungen erfasst. Bei den Erzieherinnen und Erziehern wird zusätzlich die Lebensqualität erhoben.

Nach Projektende ist eine Übertragung von »Gi-Kitas« auf andere Gemeinden gewollt und angestrebt. Darum wird das Interventionsprogramm (Gesundheitsbeauftragtenschulung und Konzeptmanual mit Methodenkoffer) auf der Homepage www.gi-kitas.de weiteren Kommunen zur Verfügung gestellt. Zudem wird bis 2016 pro Jahr jeweils eine Qualifizierung zu Gesundheitsbeauftragten durch die Hochschule angeboten. Abbildung 2 bietet einen Überblick über den Projektablauf.

Im Folgenden werden das Vorgehen bei der Entwicklung der Intervention und erste Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen dargestellt.

» Methode

Zur partizipativen Entwicklung der Intervention werden insgesamt fünf Fokusgruppendifkussionen durchgeführt. Themenschwerpunkte sind: Gesundheitsförderung für Kinder, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Elternzusammenarbeit und kleinräumige Sozialraumanalyse.

Des Weiteren soll mithilfe der Fokusgruppen erprobt werden, welche Methoden für eine strukturier-

te Diskussion in den »Gi-Kitas«-Gruppen in der Interventionsphase geeignet sind. Um in den Diskussionsrunden ein Thema in dem festen Zeitrahmen von 90 Minuten bearbeiten zu können, bedarf es sowohl seitens der Moderation als auch seitens der Teilnehmenden ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit und Motivation. Zur Unterstützung, Steuerung und Entlastung der Diskussionsprozesse werden daher definierte und speziell auf jede Diskussion angepasste Methoden erarbeitet. Tabelle 2 zeigt einen Auszug verwendeter und als effektiv bewerteter Diskussionsmethoden (siehe Ergebnisse).

Alle Diskussionen haben denselben charakteristischen Ablauf: 1) Begrüßung, 2) Vorstellung des Programmbaufs, 3) Bedarfserhebung/Diskussion zum Thema, 4) Bewertung, 5) Erarbeitung eines Idealzustands, 6) Ausblick auf das nächste Treffen/Hausaufgabe, 7) Terminvereinbarung, 8) Feedback und 9) Abschluss.

Die Fokusgruppendifkussionen sind auf eine Dauer von 90 bis 120 Minuten angelegt und werden von zwei geschulten Personen (Moderation und Ko-Moderation) durchgeführt und von zwei weiteren Personen beobachtet. Aufgabe der Beobachtenden ist es, zum einen die von der Gesprächsleitung eingesetzten Leitfäden und zum anderen die verwendeten Methoden im Hinblick auf Verständlichkeit, Zielsetzung und Akzeptanz zu bewerten.

Die themenbezogenen Leitfäden beinhalten Fragestraßen, mit deren Hilfe die Diskussionen strukturiert werden können.

Die Struktur der Treffen bildet die Grundlage für deren spätere qualitative Auswertung anhand der Methode des Knowledge Mapping (Pelz et al. 2004). Die so entstandenen Maps werden in Fotoprotokollen festgehalten. Zudem fließen die Ergebnisse der Beobachtungen in die Auswertung mit ein. Hierfür wurde jedes Treffen direkt im Anschluss von den Moderatorinnen und Moderatoren und den Beobachterinnen und Beobachtern reflektiert (Gold et al. 2010c).

Ziel	Methode	Kurzbeschreibung
Bedarfsermittlung	Literaturrecherche	Vorbereitung der Fokusgruppentreffen
Bedarfsermittlung	Fokusgruppendiskussion mit aktivierenden Diskussionsmethoden (Beispiele siehe Tabelle 2)	Identifizierung der Inhalte und Methoden der »Gi-Kitas«-Gruppentreffen
Reflexion/Ergebnissammlung	Knowledge Mapping	Qualitative Auswertung der Fokusgruppentreffen mit der Zielgruppe
Bewertung	Feedback Beobachtung	Überprüfung der Leitfäden und Methoden

 Tab. 1: Methodenübersicht in der Entwicklungsphase

Es wurden bereits drei Fokusgruppendiskussionen mit jeweils zehn Erzieherinnen durchgeführt. Noch in Planung sind eine Fokusgruppendiskussion mit diesen zehn Erzieherinnen und eine weitere Fokusgruppendiskussion mit acht Eltern aus den beteiligten Kitas.

Tabelle 1 gibt zusammenfassend einen Überblick über die in der Entwicklungsphase verwendeten Methoden.

Ergebnisse

Momentan liegen die Ergebnisse von drei Fokusgruppendiskussionen vor. Die Auswertung ergab, dass die im Vorfeld zur Bearbeitung gewählten Themen Gesundheitsförderung für Kinder, Betriebliches Gesundheitsmanagement sowie Elternzusammenarbeit und kleinräumige Sozialraumanalyse von großer Relevanz für die Einrichtungen sind.

Die eingesetzten Leitfäden waren zielführend zur Bearbeitung der einzelnen Inhalte.

Sowohl die Beobachtungen als auch die Reflexion der einzelnen Fokusgruppengespräche direkt im Anschluss lieferten wichtige Hinweise zur Auswahl aktivierender Diskussionsmethoden und zur Gestaltung der Leitfäden. Das Feedback der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ergab, dass die Arbeitsweise in den Fokusgruppendiskussionen als effektiv und wertschätzend empfunden wurde.

In Tabelle 2 sind fünf Methoden aufgeführt, die von den Beteiligten akzeptiert wurden und die zugleich zielführend waren.

Bei dem ersten Fokusgruppentreffen konnten Stärken und Stolpersteine (Barrieren) identifiziert werden, die das Wohlfühlen in der Kita fördern oder hemmen.

Im zweiten Treffen zum Thema »Gesundheitsförderung« wurden bereits angebotene Maßnahmen der Gesundheitsförderung gesammelt und über den Aufwand für die Umsetzung in der Kita und die Umsetzung der Maßnahmen im Elternhaus reflektiert.

Methode	Ziel	Charakterisierung	Quelle
Brainstorming Tempo 30	Bestandsaufnahme/ Ist-Analyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen ihren Ideen freien Lauf lassen und in einer Minute möglichst viele Begriffe zu einem vorgegebenen Thema auf ein Blatt schreiben. Es entsteht ein großer Ideenpool, mit dem weitergearbeitet werden kann.	Klein 2010
Clustering	Sortieren und Strukturieren von Ideen	Ähnliche Ideen werden in »Haufen« gesammelt; gemeinsam werden Oberbegriffe gesucht.	Universität Köln 2007
Hier stehe ich	Bewertung/persönlichen Bezug zum Thema herstellen	1. Die Anwesenden schreiben Aussagen (einen Standpunkt zu einem Thema) auf Karten. 2. Auf dem Boden werden Standpunkte markiert (z. B. »Ich stimme zu/ich stimme nicht zu«). 3. Die Karten werden vorgelesen und jeder Anwesende soll seine Position zu der Aussage beziehen, indem er zu der entsprechenden Markierung geht.	Weidenmann 2008
Mindmap	Erarbeitung Idealzustand	Idealzustand (Hauptziel) wird in die Mitte der Flipchart geschrieben. Hieraus werden im nächsten Schritt langfristige Ziele und im darauf folgenden Schritt mittel- und kurzfristige Ziele erarbeitet.	Seifert 2004
Evaluationsziel-scheibe	Auswertung/Feedback	1. Zielscheibe mit zehn Ringen (innerer Ring 100 Punkte, äußerer Ring 10 Punkte) und Linien für die zu bewertenden Bereiche werden vorbereitet. 2. Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewerten mithilfe von Punkten Aspekte (Methoden, Inhalte, Nutzen) der Diskussion. 3. Ergebnis kann kurz besprochen werden.	bpb 2011

Tab. 2: Auszug aktivierender Diskussionsmethoden in den Fokusgruppendifkussionen

Thema	Ergebnisse	
Sich in der Kita wohlfühlen	Größte Stärken: 1. liebevoller Umgang mit den Kindern 2. flexibles Personal	Stolpersteine: 1. zu große Gruppen 2. unangemessene Vergütung der geleisteten Arbeit 3. Zeitmangel
Gesundheitsförderung – Bewegung, Ernährung, Entspannung	Welche Maßnahmen sind leicht in der Kita umzusetzen: 1. <i>Bewegung</i> : Turnen, Walddtage, Spaziergänge 2. <i>Ernährung</i> : Obststeller, gemeinsame Mahlzeiten, Ausflüge zu Bauernhöfen 3. <i>Entspannung</i> : Mittagsruhe und Meditationen	Was kommt zu Hause an: 1. <i>Bewegung</i> : Aktivitäten in der Kita, Kontakt zu Vereinen, Spiel- und Sportmaterial 2. <i>Ernährung</i> : gemeinsame Erlebnisse; alles, wo die Kinder selbst etwas machen; gemeinsame Aktivitäten mit Eltern 3. <i>Entspannung</i> : Mittagsruhe, Massagen
Teamarbeit	Der größte Klärungsbedarf bei Regeln in der Kita: 1. Informationsaustausch (zwischen den Gruppen und im gesamten Haus) 2. Arbeitszeiten (im gesamten Haus)	Wichtige Felder der Zusammenarbeit: 1. Planung der pädagogischen Arbeit (in der eigenen Gruppe) 2. Elternarbeit (in der eigenen Gruppe) 3. Vorbereitung von Festen, Elternabenden, Elternbeiratssitzungen (im gesamten Haus)
Elternzusammenarbeit	Ist derzeit in Vorbereitung	
Sozialraumanalyse	Ist derzeit in Vorbereitung	

 Tab. 3: Diskussionsergebnisse der Fokusgruppentreffen

Die dritte Fokusgruppe zeigte auf, wo es in der Teamzusammenarbeit den größten Klärungsbedarf bei Regeln in der Kita gibt und wann es besonders wichtig ist, zusammenzuarbeiten. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die erzielten Diskussionsergebnisse der Treffen. Zusätzlich flossen noch die beobachteten Angaben zum Diskussionsprozess in den Ergebnispool ein.

Diskussion

Durch die gemeinsame Ausarbeitung der Themen mit dem pädagogischen Personal der Kindertagesstätten und die Einbeziehung der Eltern werden passgenaue Leitfäden zur Bearbeitung Kita-relevanter Themen entwickelt. Der Diskussionsprozess zeigt

te, dass der im Vorfeld festgelegte Ablauf der Fokusgruppentreffen sowie die Auswahl aktivierender Diskussionsmethoden die zielgerichtete Bearbeitung der Themen im vorgegebenen Zeitfenster unterstützte.

Die eingesetzten Diskussionsmethoden wurden vonseiten der Moderation als entlastend empfunden, da die Bearbeitung des Themas durch den Ablauf der Übung und weniger durch die Moderation gelenkt wurde. Allerdings waren einzelne Methoden zu zeit- aufwendig oder umständlich in der Durchführung. Für den Methodenkoffer werden von den Beteiligten akzeptierte Methoden ausgewählt, die zugleich zeitlich und inhaltlich effektiv einsetzbar sind.

Die identifizierten Stolpersteine (Barrieren) der Fokusgruppendifkussion »Sich in der Kita wohlfühlen« zeigen auf, dass viele Belastungen mit den strukturellen Rahmenbedingungen der Kindertagesstätten verbunden sind. Zu große Gruppen sind an der Tagesordnung. Aus ihnen resultiert der Zeitmangel. Diese Stressoren ziehen wiederum gesundheitliche Beschwerden und Probleme nach sich.

Der beobachtete Diskussionsprozess »Gesundheitsförderung – Bewegung, Entspannung, Ernährung« machte deutlich, dass die Beteiligten oft nicht wissen, was konkret im Elternhaus ankommt. Einigkeit herrschte aber hinsichtlich der Einschätzung, dass es der Einbeziehung der Eltern bedarf, um Kita-Aktivitäten auch nachhaltig gestalten zu können. Die Unsicherheit im Diskussionsverlauf unterstreicht die Notwendigkeit, das Personal für alternative Formen der Elternzusammenarbeit, aber auch punktuell für spezifische Themen der Gesundheitsförderung zu qualifizieren. Daher wird der Methodenkoffer auch Good-Practice-Beispiele zu allen Themenbereichen der Gesundheitsförderung enthalten. Anhand dieser Beispiele kann gelungene und motivierende Praxis identifiziert und angeregt werden.

Das Ergebnis der Fokusgruppe »Teamarbeit« macht deutlich, dass bei der Problemidentifikation

zusätzlich näher beleuchtet werden muss, auf welcher Ebene (in der eigenen Gruppe, zwischen den Gruppen oder im gesamten Haus) das Problem auftritt, um zielgerichtet Lösungen mit den Beteiligten erarbeiten zu können.

Die Erfahrungen aus den bereits durchgeführten Fokusgruppen zeigen zudem die Wichtigkeit der weiteren partizipativen Gestaltung des gesamten Projekts. Dies sichert sowohl die Akzeptanz der Leitfäden als auch die Annahme und Weiterführung der Intervention.

Das Interventionsprogramm sieht vor, dass alle Inhalte (Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement sowie Elternzusammenarbeit und Sozialraumanalyse) von jeder Kindertagesstätte bearbeitet werden, um ein vergleichbares und ganzheitliches Vorgehen in jeder Kita gewährleisten zu können. So wird es sieben aufeinander aufbauende Leitfäden enthalten, die zugleich den Entwicklungsstand der einzelnen Kindertagesstätte berücksichtigen. Um dies gewährleisten zu können, werden zum einen Leitfäden zur ausführlichen Bearbeitung jedes Themas entwickelt. Diese beinhalten sowohl die Diagnose anhand eines Ist-Standes mit Stärken-Schwächen-Profil als auch die Entwicklung konkreter Lösungsmöglichkeiten (Zielvereinbarungen). Für Kindertagesstätten, die bereits ein oder mehrere Themen fest in ihrem pädagogischen Konzept der Einrichtung verankert haben, werden zum anderen kurze Leitfäden zur Überprüfung (Diagnose) und somit gegebenenfalls zur Anpassung der Maßnahmen entwickelt.

Das Interventionsprogramm sowie die Qualifizierung der Gesundheitsbeauftragten werden im Herbst 2011 fertiggestellt sein. Die »Gi-Kitas«-Intervention startete im November 2011. Erste Ergebnisse werden im Frühjahr 2013 zu erwarten sein.

» Literatur

- Buch, M., Frieling, E. (2001): Ableitung und Evaluation von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen bei Erzieherinnen in Kindertagesstätten. In: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeitenreport. Berlin, S. 103–118.
- Büchter et al. (2009): Kitas fit für die Zukunft – Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten. Von der Idee zur Umsetzung – Ein Leitfaden. Hamburg.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 4., erw. und überarb. Aufl. Gesundheitsförderung konkret, Band 5. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Fuchs-Rechling, K. (2007): Wie geht's im Job? Kita-Studie der GEW. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft – Hauptvorstand, Organisationsbereich Jugendhilfe und Sozialarbeit/Universität Dortmund, Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (AKJStat). Frankfurt am Main/Dortmund.
- Gallois, K. M. et al. (2011): Standardisierte Entwicklung der IDEFICS-Intervention und Implementierung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 54 (3), 2011, S. 331–333.
- Gold, C. et al. (2010a): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 1, Gesunde Lebenswelten schaffen. Berlin.
- Gold, C. et al. (2010b): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 2, Probleme erkennen – Lösungen finden. Berlin.
- Gold, C. et al. (2010c): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 5, Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. Berlin.
- Hassel, H., Keimer, K. (2008): Parent involvement when developing health education programmes. Italian J Public Health, Vol. 5, No. 1, pp. 4–11.
- Keimer, K., Hebestreit, A., Hassel, H. (2008): Gesundheitserziehung in Deutschland, Schweden, Ungarn und auf Zypern. Qualitative Ergebnisse der IDEFICS-Studie. In: Ernährung im Fokus, 8–09, 2008, S. 326–333.
- Khan, A. (2008): Gesundheitszirkel in Kindertagesstätten. Manual für die Moderation. Saarbrücken.
- Klein, Z. M. (2010): Kreative Seminarmethoden – 100 kreative Methoden für erfolgreiche Seminare. Offenbach.
- Kliche, T. et al. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten – Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Juventa, Weinheim, München.
- Lange, J., Schilling, M. (2007): Neu sichtbar werden – die Realitäten – Kindertagesstättenbetreuung in Deutschland. KomDat Jugendhilfe (Dortmunder Kinder- und Jugendhilfestatistik), Uni Dortmund.
- Paulus, P. (2010): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Beltz, Weinheim, München.
- Seifert, J. W. (2004): Visualisieren, Präsentieren, Moderieren. 21., erw. Aufl., Offenbach.
- Thinschmidt, M. (2007): Gesundheit von Beschäftigten im Elementarbereich – Forschungsstand. Vorgestellt auf der Tagung Prävention, Gesundheits- und Frühförderung in Kitas 2006–07: Expertentagung zur Erfassung und Umsetzung wirkungsvoller Versorgungsstrukturen und Programme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Universitätsklinikums Eppendorf, Hamburg.
- Weidenmann, B. (2008): Handbuch Active Training – Die besten Methoden für lebendige Seminare. Basel.

Zimmer, R. (2002): Bewegungsförderung im Kindergarten – Kommentierte Medienübersicht. 4., erw. und überarb. Aufl. Gesundheitsförderung konkret, Band 1. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Sonstige Quellen

Block, M., von Unger, H., Wright, M. T.: Partizipative Qualitätsentwicklung – Fokusgruppe. Internet: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer/fokusgruppe.html>. Zugriff am 12.05.2011.

bpb Bundeszentrale für politische Bildung. Berlin 2011. Internet: http://www.bpb.de/methodik/J4X00C,0,0,Anzeige_einer_Methode.html?mid=3. Zugriff am 10.03.2012.

Pelz, C., Schmitt, A., Meis, M.: Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. In: Forum: Qualitative Social Research Sozialforschung, Volume 5, No. 2, Art. 35 – Mai 2004. Internet: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/601/1303>. Zugriff am 12.05.2011.

Robert Koch-Institut. Berlin 2006. Download unter http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/kiggs_elternbroschuere.pdf. Zugriff am 25.05.2011.

Universität Köln, 2007. Internet: http://www.metho-denpool.uni-koeln.de/clustering/frameset_clustering.html. Zugriff am 12.05.2011.

» Qualifizierung und Qualitätssicherung in der Kita – am Beispiel von PALME

Matthias Franz, Helge Wallmeier

Die Alleinerziehenden und ihre Kinder stellen eine seit Jahrzehnten wachsende, relevante Zielgruppe innerhalb der Familienhilfe dar. Von derzeit etwa 8,2 Millionen Familien mit Kindern sind etwa 1,6 Millionen alleinerziehend, hiervon 1,4 Millionen Mütter (90 %). Die Gruppe der alleinerziehenden Mütter und ihre etwa 2,4 Millionen Kinder sind erhöhten psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Finanzielle Armut, körperliche und psychische Erkrankungen sind in dieser Bevölkerungsgruppe deutlich häufiger zu finden. Diese Belastungen teilen sich auch den betroffenen Kindern mit (Transferleistungen 41 %, Hartz IV 31 %, Kinderarmut 46,5 %). Die weit überwiegende Anzahl der alleinerziehenden Mütter sind mit ihrer Lebenssituation unzufrieden. Auch in unserer Düsseldorfer Alleinerziehenden-Studie (Franz et al. 2003) waren die untersuchten alleinerziehenden Mütter erhöhten psychosozialen Belastungen ausgesetzt, insbesondere das Depressionsrisiko war, wie in zahlreichen anderen nationalen und internationalen Studien, deutlich erhöht. Darüber hinaus war das Ausmaß der maternalen Depressivität hochsignifikant und in hoher Ausprägung mit kindlichen Verhaltensauffälligkeiten korreliert. Zugespitzt könnte man formulieren, dass sich eine anhaltende mütterliche Depressivität wie eine sozial vermittelte Infektion auch dem Kind mitteilt und von diesem anhaltend verinnerlicht wird. Bei diesem Vorgang spielen bindungsregulative Prozesse sowie eine häufig bestehende Parentifizierung des Kindes und damit verbundene Überforderungszustände bis hin zu einer beeinträchtigten Autonomieentwicklung eine

wesentliche Rolle. Aufgrund zahlreicher Untersuchungen lässt sich heute eine Risikotransferkette beschreiben, die, ausgehend von Armut und Einsamkeit bei einer großen Untergruppe alleinerziehender Mütter, erhöhte Erkrankungsrisiken, insbesondere Depressivität, bewirkt. Diese Belastungskonstellationen teilen sich, wie beschrieben, auf Dauer auch den betroffenen Kindern mit, die ihrerseits ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Verhaltensstörungen, insbesondere Hyperaktivität, Drogenabusus bis hin zur Delinquenz, sowie Schulleistungsstörungen aufweisen. Hieraus resultieren schließlich Langzeiteffekte in Form eines ebenfalls erhöhten Depressionsrisikos und einer deutlich reduzierten Lebensqualität der schließlich Erwachsenen, sodass aus heutiger Sicht von einem transgenerational wirksamen Reinszenierungsmuster gesprochen werden kann.

In einem zehnjährigen Forschungszyklus, ausgehend von empirischen Befundlagen über entsprechende Replikationsstudien und die Entwicklung eines theoriebasierten Interventionskonzepts überleitend zu Machbarkeitsstudien und systematischen RCT-Evaluationsstudien, konnte PALME schließlich als bindungsorientiertes Elterntaining in Kitas und Familienzentren implementiert werden und aktuell über bundesweite Schulungsangebote und politische Arbeit auf eine breitere Basis gestellt werden. Innerhalb dieses Entwicklungszyklus waren Aspekte der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung immer wieder von zentraler Bedeutung.

Die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung bezogen sich auf strukturelle Aspekte,

Prozesse sowie die erreichbaren Ergebnisse. Im Rahmen dieses Vortrags können für die drei genannten Bereiche aus Zeitgründen nur exemplarische Punkte herausgegriffen werden. Hinsichtlich der Strukturaspekte sind hier die zielgruppenspezifischen Belastungen und Bedarfslagen alleinerziehender Mütter, die Entwicklung einer manualisierten Intervention im Sinne eines Elterntrainings (dessen Konzept auf entwicklungspsychologischen und bindungstheoretischen Forschungsbefunden basiert) sowie nicht zuletzt bestimmte Qualifikationsanforderungen an die geschulten Erzieherinnen und Erzieher aufzuführen. Hinsichtlich der prozessualen Aspekte sind vorbereitende Informationstreffen mit allen Beteiligten zu nennen; von zentraler Bedeutung war und ist die dreitägige Schulung von Erzieherinnen und Erziehern zu PALME-Gruppenleiterinnen und -leitern sowie entsprechende Supervisionsangebote. An prozessualen Steuerungselementen sind Beiräte, Steuerungsgruppen und kommunalpolitische Gremien zu nennen. Alle Prozessbeteiligten wurden mittels quantitativer und qualitativer Untersuchungsinstrumente evaluiert. Den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bzw. PALME-Gruppenleiterinnen und -leitern wurden unterschiedliche Supportangebote, Wertschätzung, Feedback über Homepage (www.palme-elterntraining.de), Fachtagungen und eine ausreichende Honorierung gegeben. Bezüglich der Ergebnisqualität erfolgte nach Abschluss einer Pilotstudie die Überprüfung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie, die dankenswerterweise vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde. Darüber hinaus steht allen laufenden PALME-Gruppen bzw. den Gruppenleiterinnen und -leitern ein fortlaufendes Evaluationsangebot kostenlos zur Verfügung.

Der Grundansatz von PALME besteht in der möglichst frühen Reduktion mütterlicher Depressivität bei alleinerziehenden Müttern mit Kindern im Vor-

schulalter zwischen vier und sechs Jahren. Dieser Zielansatz beruht auf der genannten Langzeitriskotransferwirkung einer anhaltenden mütterlichen Depressivität. Das theoretische Konzept von PALME ist primär bindungszentriert, emotionsbezogen und im psychodynamisch-interaktionellen Sinne prozessorientiert. Es geht um die Stärkung emotionaler, intuitiver Elternkompetenzen, die Stärkung mütterlicher Feinfühligkeit und den Perspektivwechsel zugunsten der Affektsignale und Bedürfnisse des Kindes. Dies erreicht PALME innerhalb eines emotionalen Lernzyklus, der in den verschiedenen Gruppensitzungen besonderen Wert auf eine Affektmobilisierung im Rahmen einer milden Regression der Mütter legt. Unter den Bedingungen einer professionell begleiteten, gruppendynamisch induzierten Teilregression erhalten die teilnehmenden Mütter Anschluss an eigene kindliche Muster und Bedürfnisse, was im Weiteren dann die Identifikation der Mütter mit den Bedürfnissen ihrer Kinder erleichtert. Darüber hinaus bedarf es erfahrungsgemäß einer affektiven Mobilisierung, um Änderungsprozesse einzuleiten, die schließlich auch verhaltenswirksam werden. Das PALME-Programm erstreckt sich über 20 wöchentliche Sitzungen zu je eineinhalb Stunden. Es nehmen in der Regel bis zu 15 Mütter mit Kindern im Vorschulalter teil, die von ihren Erzieherinnen oder Erziehern in der Kita in persönlicher Ansprache zur Teilnahme an der PALME-Gruppe motiviert worden sind. Geleitet werden die PALME-Gruppen von einem Mann und einer Frau, die in einer dreitägigen, strukturierten Intensivschulung als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu Gruppenleiterinnen und -leitern qualifiziert werden. Anhand eines hochstrukturierten, gut verständlichen und didaktisch aufbereiteten Manuals sind die Erzieherinnen im Anschluss an die Schulung mithilfe des Manuals in der Lage, das PALME-Programm in ihren Kitas durchzuführen. Es existieren vor Ort unterschiedliche Finanzierungsmodelle (Jugendämter, Arge, vereinzelt auch Krankenkassen).

Die Sitzungen selbst sind über Informationseinheiten strukturiert, in den Gruppen wird interaktionell-gruppendynamisch mit einem starken Akzent auf Bindung, Beziehung und Emotionalität gearbeitet. Der Transfer erfolgt in Form von Wochenübungen für Mutter und Kind zu Hause, die die feinfühligke Wahrnehmung des Kindes durch die Mutter weiter unterstützen. 20 Gruppensitzungen sind in vier Module (Selbsterfahrung, Selbstbild der Mutter, Einfühlung in die Affektsignale und Bedürfnisse des Kindes, Trennung von Paarkonflikt und Elternrolle sowie Rolle des Vaters und schließlich Verhaltenskompetenzen, Stressbewältigung, Lösungsfindung) aufeinander aufbauend.

Das Manual wurde basierend auf entwicklungspsychologischen und bindungstheoretischen Forschungsergebnissen entwickelt. Es ist hochstrukturiert, gestattet dennoch eine flexible Anpassung an aktualisierte Bedarfslagen der teilnehmenden Mütter. Es stellt so in anwenderfreundlicher Weise methodisch Adhärenz und Replizierbarkeit sicher. Das Manual vermittelt einleitend theoretische Informationen zu den Zielen, Methoden und Inhalten der einzelnen PALME-Sitzungen. Die Abläufe der einzelnen Gruppensitzungen werden mit den unterschiedlichen Übungseinheiten sehr genau beschrieben, Materialien auf einer beiliegenden CD zur Verfügung gestellt. Das Manual in seiner jetzt publizierten Form basiert auf wiederholten Revisionen nach Praxisdurchläufen unter Beteiligung aller Mitwirkenden (Mütter, Kinder, Gruppenleiterinnen und -leiter, Expertenteam).

Ein zentrales qualitätssicherndes Element stellt die PALME-Gruppenleiterschulung dar. Zielgruppe dieser Schulung sind in erster Linie Erzieherinnen und Erzieher sowie Fachkräfte aus den Bereichen Sozialpädagogik und Sozialarbeit, insbesondere solche, die einen intensiven Arbeitskontakt zu Alleinerziehenden in ihrem beruflichen Umfeld haben. Als Voraussetzung für die Teilnahme an PALME-Gruppenleiterschulungen gelten ein Mindestalter von etwa

30 Jahren, vorhandene Kenntnisse in Entwicklungspsychologie, möglichst Erfahrung im Umgang mit Gruppen und praktische Erfahrung in der Arbeit mit Kindern und ihren Eltern. In der dreitägigen Intensivschulung werden Kleingruppen von maximal zwölf bis 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern von drei Lehrkräften geschult. Weitergegeben wird theoretisches Hintergrundwissen zur Lebenssituation und zu Bedarfslagen alleinerziehender Mütter; darüber hinaus Grundlagen der Bindungstheorie und hieraus abgeleitete praktische Schlussfolgerungen für den Kita-Alltag und den Umgang mit PALME sowie schließlich Informationen zur kindlichen Emotionsentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der teilnehmenden Affektspiegelung durch die Bindungspersonen. Weiterhin werden Kompetenzen und Grundlagen zur Durchführung von Gruppen vermittelt: Grundlagen der Gesprächsführung, Moderationstechniken in kritischen Gruppensituationen und grundlegende gruppendynamische Prozesse. Das PALME-Manual wird in seinen theoretisch-konzeptionellen Grundlagen vermittelt und die Umsetzung in den einzelnen Gruppensitzungen mit den Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmern intensiv und praxisbezogen geübt. Die Schulung wird von einer fokussierten Selbsterfahrung mit einer vorsichtigen Exploration der eigenen Elternbilder abgeschlossen.

Anschließend an die Schulung sollte bei der Erstdurchführung von PALME-Gruppen eine begleitende Supervision verfügbar sein, vonseiten des PALME-Teams werden unterschiedliche Supportangebote (fortlaufende Evaluation, telefonische Unterstützung, Homepage etc.) unterbreitet. Wichtige Prozesssteuerungsinstrumente während der Implementierung nach Abschluss der Wirksamkeitsstudie waren Beiräte mit Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Öffentlichkeit, Kultur und Wirtschaft sowie Steuerungsgruppen der beteiligten Institutionen (Träger, Jugendamt, Expertenteam). Diese Gremien

waren für eine feste Verankerung des PALME-Programms in den kommunalen Versorgungsstrukturen und die schließlich eigenständige Weiterführung der PALME-Gruppen in den jeweiligen Settings von großer Bedeutung.

Ein weiterer elementarer Bestandteil der Qualitätssicherung war die Überprüfung der Wirksamkeit des PALME-Programms in einer kontrollierten, randomisierten Wirksamkeitsstudie. Auch hier waren Steuerungsgruppen (bestehend aus städtischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kooperierenden Kommunen Neuss und Hilden sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsteams) unterstützend von Bedeutung. Mit ihrer Hilfe wurden Informationsabende veranstaltet, zu denen Leiterinnen und Leiter sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kindertagesstätten eingeladen und über das PALME-Projekt informiert wurden, um es anschließend in ihren Einrichtungen vorstellen und potenzielle Teilnehmerinnen persönlich ansprechen zu können. Gleichzeitig dienten die Informationsabende dazu, interessierte Erzieherinnen und Erzieher für die Leitung der PALME-Gruppen zu gewinnen.

Nach dieser Informationsphase wurden allein-erziehende Mütter von den teilnehmenden Kindertagesstätten durch Poster, Flyer und persönliche Ansprache auf das Unterstützungsangebot aufmerksam gemacht. Die persönliche Ansprache der Allein-erziehenden durch vertraute Bezugspersonen in einer geschützten Umgebung sollte den Müttern die Entscheidung zur Teilnahme an der Studie erleichtern und so zur Niedrigschwelligkeit des Angebots beitragen. Auf diese Weise konnten 127 Mütter für die Teilnahme an der Studie interessiert und mittels Screeningfragebogen zur Lebenssituation und aktuellen Belastungen (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, Herrmann-Lingen et al. 2005) auf ihre Eignung hin untersucht werden. 88 Mütter erfüllten die Einschlusskriterien der Studie (leibliche Mütter von Kita-Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren, vom

leiblichen Vater des Kindes getrennt lebend, geschieden oder ledig, ausreichende Deutschkenntnisse sowie eine mittelgradige psychische Belastung) und wurden randomisiert der Interventionsgruppe (IG, N = 47) und Wartekontrollgruppe (KG, N = 41) zugeteilt.

Die Datenerhebungen erfolgten zu insgesamt vier Messzeitpunkten: Eingangsdiagnostik vor Beginn der Intervention (t1), unmittelbar nach Abschluss des PALME-Programms (t2) und nach einem sechs-monatigem (t3) und nach einjährigem Katamnesezeitraum (t4). Die ausführliche Diagnostik umfasste Fragebogen, Interviews sowie Fremd- und Expertenratings zur Erfassung der Depressivität, psychischen Belastung, emotionalen Kompetenzen, kindlichen Verhaltensauffälligkeiten sowie einer Reihe weiterer Kontrollvariablen wie soziale Unterstützung und Persönlichkeitsmerkmale.

Nach der Eingangsuntersuchung (t1) nahmen die Mütter der IG über sechs Monate hinweg an den PALME-Gruppen teil. Die Mütter der KG hatten die Möglichkeit, nach Abschluss von t3 an PALME teilzunehmen. 21 Mütter der IG und sechs Mütter der KG beendeten ihre Teilnahme an der Studie aus Zeitgründen vorzeitig, sodass zur Per-Protocol-Analyse (PP) vollständige Datensätze von 61 Müttern zur Verfügung standen. Aufgrund der hohen Drop-out-Rate in der IG wurde auch eine Intention-to-Treat-Analyse (ITT) unter Einbeziehung der ausgeschiedenen Mütter durchgeführt (13 der ausgeschiedenen Mütter haben an t2 und t3 teilgenommen, bei den restlichen Müttern wurden die fehlenden Werte zu t2 und/oder t3 nach der Last-observation-carried-forward-Methode ersetzt), um eine systematische Verzerrung der Ergebnisse auszuschließen.

Sowohl bei der PP- als auch bei der ITT-Analyse der Daten zeigten sich signifikante Messzeit-x-Gruppe-Interaktionseffekte. In der IG reduzierten sich die Depressions- und psychischen Belastungswerte der Mütter deutlich von t1 zu t2, während in der KG keine

signifikanten Veränderungen von t1 zu t2 festgestellt werden konnten (Franz et al. 2009, 2010). Auch die emotionalen Kompetenzen der IG-Mütter verbesserten sich signifikant, Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder (eingeschätzt durch die Erzieherinnen und Erzieher in den Kitas) nahmen tendenziell ab. Diese positiven Effekte von PALME waren in der IG auch zu t3 und t4 noch vorhanden, sodass davon ausgegangen werden kann, dass PALME positive, langfristig wirksame emotionale, kognitive und Verhaltensänderungen bei den teilnehmenden Müttern ausgelöst hat.

Zusätzliche Analysen ergaben, dass die erzielten Effekte nicht nur statistisch signifikant, sondern auch klinisch relevant sind: Der Anteil an Müttern mit klinisch auffälligen Depressionswerten (Summenwerte > 23 auf der Allgemeinen Depressions-Skala von Hautzinger und Bailer 1993) sank in der IG von 34,6% zu t1 auf 15,4% zu t2. Auch der Anteil psychogen stark beeinträchtigter Mütter (*Beeinträchtigungs-Schwere-Score* [BSS], Schepank 1995) reduzierte sich in der IG von 65,4% auf 7,7%. In der KG gab es keine signifikanten Veränderungen im Anteil klinisch stark belasteter Mütter. Dieser lag für die Depressivität (ADS) zu t1 bei 37,1% und zu t2 bei 34,3% und für die Fallrate (BSS) zu t1 bei 54,3% und zu t2 bei 62,9%.

Subjektiv bewerteten die teilnehmenden Mütter PALME ebenfalls sehr positiv: 63 bis 100% der Mütter gaben an, dass PALME ihr Selbstvertrauen und psychisches Befinden gestärkt und die Beziehung zu ihrem Kind verbessert habe sowie ihnen im Alltag helfe. Alle befragten Mütter würden PALME weiterempfehlen. Umfangreiche weitere Analysen (Subgruppenanalysen, Kovarianzanalysen, Drop-out-Analysen) sowie eine fortlaufende Evaluierung bestehender PALME-Gruppen sind weitere Maßnahmen zur Erhöhung der Ergebnisqualität.

Dass sich qualitativ hochwertige Präventionsangebote auch monetär auszahlen, beweist die Kosten-

Nutzen-Bilanz des Dormagener Modells, das u. a. PALME als einen Baustein beinhaltet. Bereits zwei Jahre nach seiner Einführung erwies sich das Dormagener Modell als eine der kostengünstigsten Familienhilfen in NRW. Der Zuschussbedarf bei den Familienhilfen liegt in Dormagen nur noch bei 47,28 Euro/Einwohner, der durchschnittliche Bedarf beträgt in NRW 71,94 Euro/Einwohner. Mit 8959 Euro hat Dormagen die niedrigsten Kosten pro Hilfefall, der Durchschnitt in NRW liegt bei 14.842 Euro. Grund für diese positive Bilanz ist der hohe Anteil an – kostengünstigen – ambulanten Hilfen in Dormagen, der mit 83,18% deutlich über dem Durchschnitt in NRW von 53,18% liegt. Während die Kosten für ambulante und stationäre Familienhilfen in Städten bundesweit jedes Jahr um zweistellige Beträge gestiegen sind, hatte Dormagen in den Jahren 2008, 2009 und 2010 keine Kostensteigerung zu verzeichnen. Damit zeigt das Modell, dass Prävention in der Kommune sich auch finanziell gesehen auszahlt (Franz 2011).

Zusammengefasst erfüllt PALME wichtige Qualitätskriterien psychosozialer Prävention: Es besteht eine spezifische Bedarfslage einer definierten, psychosozial besonders belasteten Zielgruppe – die steigende Anzahl Alleinerziehender und die mit diesem Familienstatus verbundenen langfristigen Gesundheitsrisiken – auf die das PALME-Programm zugeschnitten ist. Die theoretisch-konzeptionelle Grundlage von PALME basiert auf empirischen entwicklungspsychologischen Befunden. PALME wurde entwickelt als eine strukturierte Intervention mit einem didaktisch aufbereiteten Manual (Franz et al. 2009), das eine hohe Anwenderfreundlichkeit und Methodenadhärenz in der Praxis sicherstellt. Die nachhaltige Wirksamkeit von PALME wurde nach wissenschaftlichen Kriterien untersucht und nachgewiesen. PALME wurde in kommunalen Settings wie Kitas und Familienzentren verankert und unter Partizipation der beteiligten Institutionen und Zielgruppen entwickelt. Durch den Einsatz von geschulten Erziehe-

rinnen und Erziehern als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren des Programms trägt PALME zu deren beruflicher Weiterentwicklung und Professionalisierung vor Ort bei und leistet damit auch einen Beitrag zur Verhältnisprävention. Das PALME-Programm wird von laufenden qualitätssichernden Maßnahmen begleitet, wie zum Beispiel der strukturierten dreitägigen Schulung von Gruppenleiterinnen und -leitern, die ebenfalls mittels eines manualisierten Curriculums erfolgt. Darüber hinaus werden die Schulungen und PALME-Gruppen fortlaufend evaluiert; PALME-Gruppen laufen häufig auch unter regelmäßiger Begleitung ausgebildeter Supervisorinnen und Supervisoren. Mit etwa 160 Euro pro Mutter ist PALME außerdem ein sehr kostengünstiges, ambulantes Unterstützungsangebot bei gleichzeitig hoher Effizienz.

Literatur

- Franz, M. (2009): PALME – Präventives Elterntaining für alleinerziehende Mütter geleitet von Erzieherinnen und Erziehern. Unter Mitarbeit von Gertheinrichs, T., Güttgemanns, J., Rentsch, D. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Franz, M., Lense, H., Schmitz, N. (2003): Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38, pp. 59–68.
- Franz, M., Weihrauch, L., Buddenberg, T., Schäfer, R. (2009): PALME – Wirksamkeit eines bindungsorientierten Elterntrainings für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder. *Psychotherapeut* 54, S. 357–369.
- Franz, M., Weihrauch, L., Buddenberg, T., Haubold, S., Schäfer, R. (2010): Wirksamkeit eines bindungstheoretisch fundierten Elterntrainings für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder: PALME – Kindheit und Entwicklung 19, S. 90–101.
- Franz, M., Schäfer, R., Schatte, G., Weihrauch, L. (2010): PALME – Ein präventives Elterntaining für alleinerziehende Mütter mit Kindern im Vorschulalter, geleitet von ErzieherInnen. *EREV Schriftenreihe* 4, S. 32–39.
- Franz, M., Weihrauch, L., Schäfer, R. (2010): PALME – Ein präventives Elterntaining für alleinerziehende Mütter, geleitet von ErzieherInnen. *Public Health Forum* 18, Heft 69.
- Franz, M., Weihrauch, L., Schäfer, R. (2011): PALME – a preventive parental training program for single mothers with preschool aged children. *Journal of Public Health*. DOI: 10.1007/s10389-011-0396-4.
- Franz, M. (2011): PALME – Präventives Elterntaining für alleinerziehende Mütter, geleitet von ErzieherInnen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Ergebnisse der Präventionsforschung nutzen*, S. 20–21.
- Hautzinger, M., Bailer, M. (1993): *Allgemeine Depressions-Skala. Manual*. Beltz Test, Göttingen.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., Snaith, R. P. (2005): *Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version* (1995). Hans Huber Verlag, Bern.
- Schepank, H. (1995): *Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)*. Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Hogrefe, Göttingen.

» Audit Gesunde Kita – Gesundheitsförderndes Qualitätsmanagement in Kindertagesstätten

Susanne Borchert, Martina Kolbe

Wie alles begann

Kindertagesstätten sind häufig die ersten Einrichtungen, die Kinder außerhalb ihres Elternhauses in ihrer Entwicklung begleiten. Für die frühe Prägung von gesundheitsförderlichem Verhalten spielen diese Einrichtungen deshalb eine besondere Rolle. Kindertagesstätten wissen um diese Verantwortung und bemühen sich, eine gesunde Lebens-, Lern- und Arbeitswelt zu schaffen, die die Bildungs- und Gesundheitschancen sowie die Teilhabe der Kinder verbessert bzw. ermöglicht. Eine Vielfalt an Gestaltungsmaßnahmen wie Sauna, Kinderküche oder Rhythmisierung des Tagesablaufs, begrenzte Projek-

te wie »Bewegungsbaustelle« oder »Woher kommt die Milch?«, aber auch regelmäßige Angebote für eine gesunde Lebensweise wie Bewegung im Außengelände bei jedem Wetter oder ausgewogene, kindgerechte Mahlzeiten, belegen dies.

2005/2006 entwickelte die Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. gemeinsam mit Erzieherinnen und Leiterinnen aus neun Kindertagesstätten (Kitas) in Sachsen-Anhalt das Audit Gesunde Kita. Aufbauend auf den Erfahrungen mit dem bereits Ende der 1990er-Jahre entwickelten und umgesetzten Audit Gesunde Schule wurden acht Kategorien für eine gesunde Kita von den Praktikern ausgewählt

Die vier Phasen des Verfahrens



» Abb. 1: Vier Phasen des Zertifizierungsverfahrens Audit Gesunde Kita

und mit bis zu 15 Kriterien (insgesamt 82 Kriterien) untersetzt. Damit gelang es, den Kindertagesstätten ein Angebot zur Qualitätsentwicklung unter Gesundheitsaspekten zu unterbreiten. Das Verfahren wurde zunächst in acht Kitas erprobt und nach einer Prozessoptimierung neben Sachsen-Anhalt auch in drei weiteren Bundesländern angeboten.

Die vier Phasen des Verfahrens

Das Zertifizierungsverfahren gliedert sich in vier Phasen (siehe Abbildung 1).

1. Interessenbekundung und Ausbildung

In dieser Phase werden die grundlegenden Weichen für die Zertifizierung gestellt. Interessierte Einrichtungen wenden sich an die Zertifizierungsstelle der Landesvereinigung für Gesundheit und bitten um Informationen zum Verfahren. Sie haben meist über Veröffentlichungen, Vorträge, Flyer oder durch Mundpropaganda vom Audit erfahren. Einige Kindereinrichtungen, die sich in Projekten für mehr Gesundheit in der Kita engagieren, werden auch gezielt angesprochen. Die zuständige Kollegin oder der Kollege informiert dann über Ziele, Verfahrensweisen und Aufwand. Diese erste Phase endet mit einem Beschluss des Kuratoriums, sich der Zertifizierung zu stellen sowie mit der Ausbildung von Qualitätsbeauftragten.

2. Selbstbewertung und Qualitätsbericht

Mithilfe eines vorgegebenen Kriterienkatalogs bewertet sich die Kindertageseinrichtung selbst. Dabei schätzt sie ihre gesundheitsförderliche Entwicklung in den folgenden acht Kategorien ein:

- Gesundheitsverhältnisse,
- Kindergesundheitsstatus,
- Kita-Kultur,
- Gesundheit von pädagogischem und technischem Personal,
- Kinderentwicklung und Sicherheit,

- Partnerschaften für Gesundheit,
- Qualitätsmanagement.

Die Kategorien werden mit bis zu 15 Kriterien untersetzt. Für eine bessere Verständlichkeit sind Beispiele aufgeführt. Die Bewertung erfolgt mithilfe eines Punktesystems nach dem PDCA-Zyklus. Zu jedem Kriterium können Punkte für Planung (Plan – P), Durchführung (Do – D), Überprüfung (Check – C) und Verbesserung (Act – A) vergeben werden. Pro Kategorie müssen mindestens 55 % der möglichen Punkte erreicht werden. Diese Selbstbewertung wird um einen Qualitätsbericht ergänzt, der maximal zwei Seiten umfassen sollte.

3. Fremdbewertung mit kollegialem Dialog

Nach Einreichen der Unterlagen wird die Selbstbewertung auf die zu erreichenden Mindestpunktzahlen geprüft und zwei Auditorinnen und Auditoren werden für die Fremdbewertung ausgewählt. Zur Fremdbewertung in der Einrichtung haben die Auditorinnen und Auditoren und eine Vertreterin oder ein Vertreter der Zertifizierungsstelle ggf. weitere geladene Gäste (etwa Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen, Kuratoriumsmitglieder und Eltern) die Aufgabe, sich die Kita und ihre Arbeit vor Ort anzuschauen, Fragen zu stellen und auf Probleme hinzuweisen. Im kollegialen Dialog erörtern Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter, Auditorinnen und Auditoren sowie die Zertifizierungsstelle ggf. mit den geladenen Gästen den gesundheitsförderlichen Entwicklungsstand der Einrichtung. In einer abschließenden Beratung bestätigen die Auditorinnen und Auditoren diese Entwicklung und sprechen ihre Empfehlung zur Zertifizierung aus. Im Auditbericht dokumentieren sie das Ergebnis, beschreiben künftige Vorhaben und halten Empfehlungen fest. Dieser Bericht wird der Zertifizierungsstelle übergeben. Diese prüft abschließend alle eingereichten Unterlagen und stimmt mit der Kita den Übergabetermin ab.

4. Zertifikatsübergabe

Die Übergabe der Urkunde und eines Schildes Gesunde Kita – zertifiziert (Jahreszahl) erfolgt meist im feierlichen Rahmen in Anwesenheit von Eltern, Großeltern, Trägern, Sponsoren, Presse sowie Politikerinnen und Politikern. Die Kita wird in die Liste der zertifizierten Einrichtungen aufgenommen und zusammen mit dem Qualitätsbericht im Internet unter www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de unter dem Punkt Gesundheitsaudits veröffentlicht.

Im Folgenden werden die einzelnen Phasen und ihre Bedeutung für den Prozess der Qualitätsentwicklung anhand von Beispielen aus der Praxis näher beleuchtet.

Selbstbewertung und Qualitätsbericht

Die Kita entscheidet selbst, wie sie die Selbstbewertung umsetzen will. Manche Einrichtungen richten Qualitätszirkel ein, bei einigen werden die Kategorien verschiedenen Gruppen zur Bearbeitung gegeben, viele beziehen Eltern oder Arbeitspartnerinnen und -partner mit ein. Viele Kitas nutzen die Chance, nicht nur zusammenzutragen, was sie bereits tun, sondern entwickeln bei der Bearbeitung der Kategorien und Kriterien schon wieder neue Ideen für die künftige Arbeit.

Beim Abarbeiten des Kriterienkatalogs erleben die Beteiligten häufig Aha-Effekte, angefangen vom erstaunten »Was, das haben wir alles schon gemacht?« bis zum nachdenklichen »Das wäre auch was für uns. Da haben wir bisher noch gar nicht drüber nachgedacht.«.

Im Qualitätsbericht werden die wichtigsten Punkte der gesundheitsförderlichen Kita-Arbeit in kurzer Form zusammengefasst, um Interessierten einen schnellen Überblick zu geben. Jede Kindertagesstätte hat hier eigene Schwerpunkte. Die im Internet veröffentlichten Berichte sichern nicht nur Transparenz, sie eignen sich auch gut für eine schnelle Inspiration und Anregung.

Fremdbewertung

Die Einbindung von Praktikerinnen und Praktikern als Auditorinnen und Auditoren hat sich besonders bewährt, sie sorgt für eine hohe Akzeptanz und ermöglicht beiden, sowohl der zu zertifizierenden Kita als auch der Auditorin bzw. dem Auditor, vom Verfahren zu profitieren. Der Erfahrung der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters der Zertifizierungsstelle obliegt es, hier für die Kitas besonders interessante Partnerinnen und Partner auszusuchen. Durch die Vorkontakte und die vorliegende Selbstbewertung wissen die zuständigen Kolleginnen und Kollegen ziemlich genau, wo sich noch Potenziale verbergen oder neue Lösungsansätze gefragt sind. Gibt es zum Beispiel Probleme mit der Umstellung auf Bio, lädt die Zertifizierungsstelle beispielsweise als Auditorin eine Kita-Leiterin ein, die dieses Problem bereits gelöst hat. Umgekehrt profitiert auch sie von den Blickwinkeln, Fragen und Ideen der Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter und nimmt diese für ihre eigene Einrichtung mit nach Hause.

Diese Form der Bewertung und des Erfahrungsaustauschs auf Augenhöhe – von praktisch Tätigen zu praktisch Tätigen – ist für die Kitas eine Bereicherung und wird nicht als Meckerei oder Suchen von Schwachpunkten angesehen. Bewertete und Bewerter wissen, wovon sie reden: wie Eltern »ticken« oder Bürokratie behindert, welche Zeitressourcen zur Verfügung stehen und welche Erwartungshaltungen bestehen. Sie gehen im wahrsten Sinne des Wortes »kollegial« miteinander um, diskutieren, erklären, empfehlen. Der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter der Zertifizierungsstelle fällt es zu, die Diskussion geschickt zu leiten, um für alle Beteiligten eine Win-win-Situation zu schaffen.

Die Stärken des Audits

Die praktische Arbeit belegt die folgenden Stärken des Audits für die Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen:

- Partizipation,
- Ganzheitlichkeit,
- Praxistauglichkeit,
- Kompatibilität,
- Standortbestimmung,
- Erfahrungsaustausch,
- Wertschätzung,
- Nachhaltigkeit.

Partizipation

Das Zertifizierungsverfahren ist ein gemeinsamer Entscheidungs- und Willensbildungsprozess – vom Kuratoriumsbeschluss bis zur Zertifikatsübergabe. Sowohl in die Selbstbewertung als auch in die Fremdbewertung können alle Kita-Akteurinnen und -Akteure einbezogen werden. Bereits bei der Ausbildung der Qualitätsbeauftragten werden verschiedene Wege der Beteiligung aufgezeigt und es wird auf die gemeinsame Erarbeitung der Selbstbewertung hingewiesen. Ein bis zwei Qualitätsbeauftragte pro Ein-

richtung vermitteln alle wichtigen Informationen ins Team und koordinieren den Zertifizierungsprozess. Eine zertifizierte Einrichtung kann wiederum Personen als Auditorinnen und Auditoren ausbilden lassen, die dann als Praktikerin bzw. Praktiker andere Kitas bei der Fremdbewertung begleiten. Alle Einrichtungen haben die Möglichkeit, sich zum Zertifizierungsverfahren zu äußern, Verbesserungshinweise zu geben oder Änderungen vorzuschlagen. Die Vorschläge werden im Zertifizierungsverbund diskutiert und das Verfahren wird gegebenenfalls angepasst. Derzeit wird die 2. Fassung des Leitfadens für das Audit Gesunde Kita erarbeitet.

Ganzheitlichkeit

Ähnlich wie bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung greift das Zertifizierungsverfahren zur Gesunden Kita auf einen ganzheitlichen Gesundheitsförderungsansatz zurück. Alle Bereiche des Kita-Alltags, in denen Gesundheit gefördert oder

Nur Gesundheit? – Ganzheitlichkeit

Gesundheitsverhältnisse	Organisationsentwicklung
Gesundheitsstatus	Lebensstil
Kita-Kultur	Leitbild und Betriebsklima
Mitarbeitergesundheit	Personalentwicklung
Kinderentwicklung	Bildungs- und Erziehungsauftrag
Sicherheit	Umgang mit Risiken
Partnerschaften für Gesundheit	Kooperation und Netzwerke
Qualitätsmanagement	Controlling

unter Umständen auch gefährdet wird, werden unter die Lupe genommen und auf ihre Verbesserungspotenziale hin untersucht. Neben den Akteurinnen und Akteuren selbst (Verhaltensprävention) steht die Kita als Organisation (Verhältnisprävention) auf dem Prüfstand. Dabei finden auch die Lebenskontexte der Akteurinnen und Akteure Berücksichtigung.

Praxistauglichkeit

Das Audit wurde von Praktikerinnen und Praktikern für Praktikerinnen und Praktiker entwickelt. Die ca. 160 bisher realisierten Verfahren belegen, dass das Ziel, die gesundheitsförderliche Qualität der Kita-Entwicklung zu belegen, erreicht wird. Das Audit ist für die Zielgruppe verständlich und sowohl methodisch, zeitlich als auch vom Ressourceneinsatz von allen Kindertagesstätten leistbar. Alle relevanten Akteurinnen und Akteure werden angesprochen und können sich in das Verfahren einbinden. Die Umsetzung erfolgt in eigener Regie, individuellem Tempo und nach eigenem Anspruch, das heißt, die Kita »misst« sich nicht nach einem festgelegten Maßstab, sondern nach ihrem individuellen und aktuellen Qualitätszustand. Der Materialaufwand zur Umsetzung des Verfahrens ist begrenzt, außer dem Kriterienkatalog werden keine weiteren Materialien oder Messgeräte benötigt.

Kompatibilität

Im praktischen Einsatz hat sich das Zertifizierungsverfahren als sehr kompatibel erwiesen. Es kann eingesetzt werden unabhängig

- vom Entwicklungsstand,
- von der Kita-Kultur,
- vom Personalbestand,
- vom Träger,
- vom bestehenden Qualitätsmanagement,
- vom Bildungsprogramm,
- von gesetzlichen Vorgaben oder
- von inhaltlicher Ausrichtung.

Die strikte Gesundheitsorientierung des Audits sichert diese Vereinbarkeit. Es ist auch unerheblich, welchen Entwicklungsstand die Kita bereits erreicht hat. Weniger entwickelte Einrichtungen »docken« ebenso wie Kitas mit ausgeprägtem gesundheitsförderlichem Profil am individuellen Entwicklungsstand und den individuellen Rahmenbedingungen mit dem Ziel an, diese zu qualifizieren. So können Kitas mit gemeinnützigen Trägern wie der AWO genauso am Audit teilnehmen wie kirchliche Einrichtungen. Ob Kneipp-Kita oder Waldorf-Einrichtung, ob bereits ein Schwerpunkt Gesundheitsförderung besteht oder ob die Kita sich zum Eltern-Kind-Zentrum entwickelt – für jede Einrichtung besteht die Möglichkeit, das Zertifizierungsverfahren für die eigene Entwicklung zu nutzen.

Standortbestimmung

Das Audit Gesunde Kita hilft den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen, ihren eigenen Standort zu bestimmen und Ziele festzulegen. Es eignet sich darüber hinaus besonders gut für die Selbst- und Fremdreflexion. Wann nimmt man sich schon einmal die Zeit, Resümee zu ziehen und sich ganz bewusst neue Ziele zu setzen? Das Zertifizierungsverfahren bietet die Chance, sich intensiv mit dem Thema Gesundheit in der eigenen Einrichtung auseinanderzusetzen und auch einmal über den eigenen Tellerrand zu schauen. Ein schönes Beispiel liefert eine Kita, die aus zwei verschiedenen Einrichtungen zusammengelegt wurde. Die erste Zeit existierten mehr oder weniger zwei Belegschaften nebeneinander. Die beiden Leiterinnen hatten außerdem mit Umbau und Umzug zu kämpfen. In der Diskussion, was in diesem Stress eine Zertifizierung bringt, kam auf einmal der Gedanke der gemeinsamen Standortbestimmung auf. In »gemischten« Gruppen wurden die bisherigen Ansätze notiert und es wurde eine gemeinsame neue Strategie erarbeitet. Die gemeinsame »Abarbeitung« des Kriterien-

katalogs der aus beiden Einrichtungen gemischten Teams führte nicht nur zur Zertifizierung, der Selbstbewertungsprozess gab darüber hinaus Impulse für das Zusammenwachsen und förderte das Zusammengehörigkeitsgefühl. Die Fremdbewertung stellte einen Außenblickwinkel dazu und machte auf weitere Potenziale aufmerksam.

Erfahrungsaustausch

Das Beispiel belegt, dass bereits bei der Selbstbewertung Erfahrungen zwischen den Akteurinnen und Akteuren innerhalb der Kita ausgetauscht werden. Bei der Fremdbewertung mischen sich diese mit den Erkenntnissen der Auditorinnen und Auditoren. Schon manche Auditorin bzw. mancher Auditor war verblüfft, wie unterschiedlich ganzheitliche Gesundheitsansätze verstanden werden und worauf in anderen Einrichtungen Wert gelegt wird. Angefangen vom Verzicht auf süße Getränke für die Kinder oder Kaffeeverzicht durch die Erzieherinnen und Erzieher, Tautreten auf der Wiese vorm Haus, Saunieren im Zelt, Bio-Essen vom benachbarten Bio-Bauern, Spielen ohne Spielzeug bis hin zur freien Arbeit nach Hengstenberg, Mülltrennung, Hochbegabtenförderung, Vesperangebot durch Eltern – die Angebote und Ideen sind so vielfältig wie die Kita-Landschaft selbst. Und natürlich nutzen auch die Kitas, die bewertet werden, das Erfahrungspotenzial der Auditorinnen und Auditoren und der Zertifizierungsstelle. Häufig diskutiert wird zum Beispiel das Pro und Contra eines Trinkbrunnens: Vor- und Nachteile von Außen- oder Innenbrunnen, Antragsverfahren, Wasserproben, Sponsoren, Elternbeteiligung beim Aufbau. Selten haben die Handlungsträger so unmittelbaren Zugriff auf Erfahrungswissen anderer.

Wertschätzung

Das Ziel des Auditierungsprozesses ist in erster Linie, nicht Schwachstellen aufzuzeigen, sondern Entwicklungsansätze und Potenziale sichtbar zu

machen. Die »Entdeckung« der eigenen Leistung beim Selbstbewertungsprozess führt zur Wertschätzung des eigenen Tuns (Selbstwertförderung) ebenso wie im Team (Achtung vor der gemeinsamen Leistung). Bei der Fremdbewertung erfahren die Kita-Akteurinnen und -Akteure die Wertschätzung der Auditorinnen und Auditoren (Respekt und Anerkennung), insbesondere, wenn diese Anregungen für die eigene Kita aufgreifen.

Erzieherinnen und Erzieher sind tagtäglich damit beschäftigt, unsere Kinder nicht nur zu betreuen, sondern ihnen Werte und Kultur zu vermitteln. In keinem Lebensalter wird ein Mensch so nachhaltig geprägt wie in der Kindheit. Für viele Eltern, aber auch für Träger sowie gesellschaftlich und politisch verantwortliche Kräfte ist es selbstverständlich, dass sich die Betreuerinnen und Betreuer in der Kita für Kinder engagieren. Dabei kommt die Wertschätzung häufig zu kurz. Das muss aber so nicht sein. In einer Kita beispielsweise nahmen die Eltern die engagierte Arbeit der Erzieherinnen zum Anlass, sich auf ungewöhnliche Art zu bedanken.

So wurden die Mitarbeiterinnen zu einer bewegten Weihnachtsfeier eingeladen. Das Elternkuratorium organisierte die Veranstaltung, Eltern gaben Stollen, Plätzchen, Kaffee, Glühwein, Kerzen und Servietten dazu. Während die Erzieherinnen mit einigen Eltern zu einem Spaziergang durch das Wohngebiet aufbrachen, deckten andere Eltern den Kaffeetisch. Nach der Rückkehr gab es ein gemeinsames gemütliches Beisammensein.

Das Zertifizierungsverfahren insgesamt schafft Transparenz und ermöglicht es so auch anderen, die Leistungen der Kita anzuerkennen: Trägern, Kommunen, Politikerinnen und Politikern sowie Partnerinnen und Partnern der Einrichtung. Die feierliche Zertifikatsübergabe ist ein willkommener Anlass dafür. Die öffentliche Wertschätzung tut nicht nur gut, sondern fördert auch die Motivation, sich weiter engagiert für die Kinder einzusetzen. Hinzu kommt, dass eine sol-

che Einrichtung häufiger und schneller Unterstützung vom Träger und von Sponsoren bekommt.

Positive Nachrichten, wie »Kita wird zur gesunden Einrichtung«, werden von den Medien gern aufgegriffen. Vom Regionalblatt bis zur Tageszeitung, vom Radiosender bis zum Fernsehen – Kinder sind ein gefragtes Thema und in einem solch positiven Zusammenhang immer eine Meldung, oft sogar einen größeren Bericht, wert.

Nachhaltigkeit

Das Audit Gesunde Kita beflügelt die Einrichtungen, das Thema Gesundheit nicht nur sporadisch aufzunehmen, sondern auf Dauer zu leben. Viele Einrichtungen verankern die Gesundheitsförderung im Leitbild und/oder im Einrichtungskonzept. Eine »Gesunde Kita« ermöglicht allen Kindern, egal welcher Herkunft, Teilhabe. Sie fördert Benachteiligte und leistet so einen Beitrag für eine zukunftsfähige und lebenswerte Gesellschaft. Viele Maßnahmen Gesunder Kitas berücksichtigen neben der sozialen Nachhaltigkeit auch ökologische und ökonomische Nachhaltigkeitsaspekte. Dabei beschreiten die Einrichtungen individuelle Wege, sie reichen von der Mülltrennung bis zum Solardach, vom Trinkbrunnen bis zur Bio-Verpflegung.

Da das Audit nur drei Jahre gültig ist, liegt es nahe, zu planen, was bis zur Rezertifizierung umgesetzt werden soll. Die ersten Rezertifizierungen zeigen, dass selbst bereits sehr gut gesundheitsförderlich entwickelte Kitas eine neue Qualität in Gesundheitsfragen erreichen.

Das Audit bundesweit

Zum Qualitätsmanagement an Kindertagesstätten existiert heute eine Vielfalt von Systemen und Verfahren. Kita und Träger entscheiden selbst, ob und welches Verfahren sie einsetzen möchten. Das Audit Gesunde Kita war das erste, das die gesundheitsförderliche Qualität der Kita-Entwicklung auf den Prüf-

stand stellte. Mittlerweile nutzen es fünf Bundesländer. Die BKK-Landesverbände Mitte und Nordwest unterstützen dieses Engagement. Bisher wurden 165 Kindertagesstätten zertifiziert und 17 Einrichtungen rezertifiziert. Auch das Audit Gesunde Schule, die Fortführung des Audits für den Schulbereich, konnte erfolgreich in anderen Bundesländern etabliert werden. Die Landesvereinigungen der einzelnen Bundesländer fungieren dabei als Zertifizierungsstellen, so wird die regionale Erreichbarkeit gesichert.

Nähere Informationen zu den Audits, den Zertifizierungsstellen, den zertifizierten Einrichtungen und den Qualitätsberichten gibt es unter www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de (Abschnitt Gesundheitsaudits).

03

SCHULE

» Gesundheitsförderung und Kompetenzsteigerung Jugendlicher – Eine Effectiveness-Studie zur schulbasierten, universalen Primärprävention »Lebenslust mit LARS&LISA«

Martin Hautzinger

» Hintergrund

Die Global Burden of Disease Study der Weltgesundheitsorganisation (Murray und Lopez 1996, World Health Organization 2008) konnte zeigen, dass Depressionen weltweit zu den häufigsten und beeinträchtigsten Erkrankungen gehören und durch erhebliche direkte und indirekte Folgekosten von enormer gesundheitsökonomischer Bedeutung sind. Besonders alarmierend ist hierbei, dass sich das Auftreten depressiver Störungen während der vergange-

nen Jahrzehnte systematisch und konstant in immer frühere Lebensabschnitte vorverlagert hat (Hautzinger 2010). So sind heute Depressionen bereits im Jugendalter weitverbreitet und werden neuen Studien zufolge als ursächlich für Aggression und gewalttätiges Handeln angesehen (Ferguson 2010).

Bis zum Eintritt ins Erwachsenenalter erleiden bis zu 20 % der Kinder bereits mindestens eine depressive Episode (Birmaher et al. 1996). Subklinische Depressionen (einzelne depressive Symptome) sind bei über 40 % der Kinder- und Jugendlichen zu finden. Dies gilt als besonders alarmierend, da

diese emotionalen Störungen (Ängste, Depressivität) indikativ für eine beeinträchtigte Lebensführung, viele Fehlzeiten, Schulprobleme, Leistungsprobleme, körperliche Erkrankungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Essstörungen und sozial auffälliges, aggressives Verhalten sind und eine Reihe der wichtigsten Risikofaktoren für das spätere Auftreten ernsthafter sozialer und psychischer Störungen darstellen (Georgiades et al. 2006).

Problematisch bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind neben der zunehmenden hohen Auftretensrate auch die Folgeerscheinungen und die Chronizität dieser rezidivierenden Erkrankung. So erhöht eine depressive Erkrankung bei Jugendlichen das Risiko sowohl für die Entwicklung einer Depression im Erwachsenenalter (Kessler und Wang 2008, Weissman et al. 1999) als auch für die Entwicklung anderer psychischer Störungen (Birmaher et al. 1996, Costello et al. 2003). Trotz dieser gravierenden Folgen werden depressive Auffälligkeiten in dieser Altersgruppe meist nicht erkannt und kaum angemessen behandelt (Costello et al. 2005, Ihle und Esser 2002). Insbesondere Haupt- und Realschülerinnen und -schüler – möglicherweise verbunden mit den ungünstigeren Lernbedingungen, den sozial und kulturell vielfältigeren Klassenmilieus, dem reduzierten Freundeskreis, den ungünstigeren beruflichen Aussichten, der Notwendigkeit der früheren beruflichen Orientierung und der Ausrichtung am Erwachsenenleben – weisen höhere Depressionswerte und Erkrankungsraten auf (Fend und Schröer 1990, Schwartz et al. 2008). Sie werden gleichzeitig schlechter durch Maßnahmen der allgemeinen Kompetenz- und Gesundheitsförderung erreicht (Spath et al. 1999).

» Fragestellung und Zielgruppe

Das für Realschulen entwickelte Präventionsprogramm »LARS&LISA« wurde an die Besonderheiten von Hauptschulen (Zielgruppe: Schülerinnen und Schüler der Klasse 8) angepasst, um zu überprüfen, ob damit auch dort depressiven Störungen vorgebeugt werden kann (Wahl et al. 2011). Zu klären war, ob Risikofaktoren minimiert und Schutzfaktoren wie die seelische Widerstandsfähigkeit gestärkt werden können. Darüber hinaus wurde durch die Einsetzung von Lehrkräften als Trainerinnen und Trainer die Implementierung des Programms im schulischen Alltag deutlich erleichtert.

» Inhalte und theoretischer Hintergrund des Präventionsprogramms

Das universale schulbasierte Präventionsprogramm »Lebenslust mit LARS&LISA« für Hauptschülerinnen und -schüler basiert auf dem bereits gut evaluierten »LARS&LISA«-Programm für Realschülerinnen und -schüler (Pössel et al. 2004) und integriert einige neue Aspekte, wie sie auch für die inzwischen vorliegende amerikanische Version des Präventionsprogramms übernommen bzw. adaptiert wurden (»TIM&SARA«, Pössel et al. 2008). Abbildung 1 zeigt das Programm auf einen Blick.

Beide Programme basieren auf dem Modell der sozialen Informationsverarbeitung von Dodge (1993) und haben zum Ziel, Risikofaktoren für die Entwicklung emotionaler Beeinträchtigungen entgegenzuwir-

Zielgruppe	8. Klasse (Haupt- und Realschülerinnen und -schüler, Gymnastinnen und Gymnasiasten)
Programmziele	Förderung von Lebenskompetenzen und Emotionsregulation, Prävention von Depression
Umfang	10 Doppelstunden in geschlechtshomogenen Gruppen
Trainerinnen und Trainer	Lehrerinnen und Lehrer oder Psychologinnen und Psychologen
Inhalte	Schulbasiertes, universales, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm
Materialien	Trainermanual, Schülerarbeitsblätter und Materialien auf CD-ROM, Lehrfilme zum Programm auf DVD

Abb. 1: »Lebenslust mit Lars&Lisa« – Das Programm auf einen Blick

ken, indem vorhandene Schutzfaktoren gestärkt und Risikofaktoren minimiert werden. Dazu werden verschiedene zentrale kognitive und soziale Kompetenzen vermittelt, die den Schülerinnen und Schülern helfen, mit Belastungen des Alltags leichter fertigzuwerden (siehe Abbildung 2). Dabei werden sowohl theoretische Grundlagen kreativ und aktiv-entdeckend vermittelt als auch deren praktische Umsetzung durch Übungen bzw. Rollenspiele alltagsnah trainiert.

In engem Zusammenhang mit der Entwicklung von emotionalen Beeinträchtigungen stehen kritische Lebensereignisse (zum Beispiel Nichtversetzung in die nächste Klasse) und Alltagsbelastungen (zum Beispiel schlechte Noten, Streit mit einer Freundin oder einem Freund). Dabei wird dieser Zusammenhang von anderen Variablen moderiert, an denen »Lebenslust mit LARS&LISA« ansetzt. Dazu gehören gedankliche Verarbeitungsmuster wie negative Ursachenzuschreibungen (Attributionen),

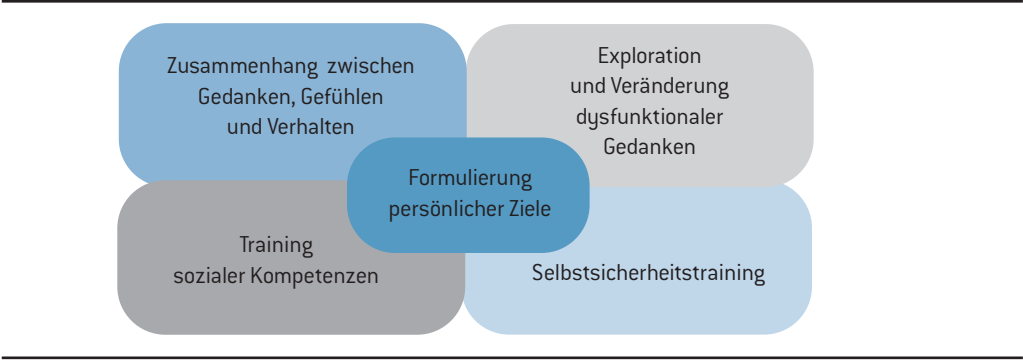


Abb. 2: Bausteine des Präventionsprogramms

negatives Selbstbild und pessimistische Grübeleien (Rumination). Beim Umgang mit Belastungen schützen funktionale Bewältigungsstrategien, positive Selbstschemata und günstige Attributionsstile vor der Entstehung von resignativen und depressiven Befindlichkeiten (Garber et al. 1997).

Um die Resilienz der Schülerinnen und Schüler gegen kritische Lebensereignisse und Alltagsbelastungen zu erhöhen und den Schülerinnen und Schülern Lebenskompetenzen und Handlungsspielräume zu vermitteln, werden bei »Lebenslust mit LARS&LISA« funktionale kognitive Stile erarbeitet und ein positives und selbstwirksames Selbstbild aufgebaut. Hierzu müssen die Jugendlichen zunächst erkennen, dass ihr Befinden und ihr Verhalten nicht von der äußeren Situation vorgegeben ist, sondern von ihren gedanklichen Verarbeitungen abhängt, auf die sie Einfluss nehmen können (»Magische Spirale«, siehe Abbildung 3). Dabei lernen die Jugendlichen, ihre dysfunktionalen automatischen Gedanken zu identifizieren, in Zweifel zu ziehen und durch funktionalere Gedanken zu ersetzen (»Think«).

Auch soziale Faktoren sind Risiko- bzw. Schutzfaktoren für die Entwicklung emotionaler Beeinträchtigungen. Soziale Defizite und geringe soziale Kom-

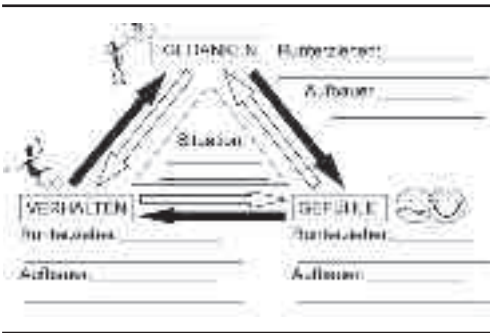


Abb. 3: Gedanken, Gefühle und Verhalten beeinflussen sich gegenseitig (Magische Spirale). Folie 3.4/Arbeitsblatt 3.4

Merkmale von unsicherem Verhalten

Gefühl:	
Bewertung:	
Kommunikation:	
Wahrnehmung:	

Merkmale von aggressivem Verhalten

Gefühl:	
Bewertung:	
Kommunikation:	
Wahrnehmung:	

Merkmale von selbstsicherem Verhalten

Gefühl:	
Bewertung:	
Kommunikation:	
Wahrnehmung:	

Abb. 4: Merkmale von unsicherem, aggressivem und selbstsicherem Verhalten. Folie 7.3/Arbeitsblatt 7.3

petenz erhöhen das Risiko für Isolation und Resignation. Soziale Ressourcen und soziale Unterstützung moderieren den Einfluss von negativen Lebensereignissen. Deshalb wird den Jugendlichen mit »Lebenslust mit LARS&LISA« sozial angemessenes Verhalten in schwierigen sozialen Situationen vermittelt (»Just do it«, siehe Abbildung 4). Damit verbunden wird die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme und -pflege vertieft (»Get in Touch«), wobei neben den verbesserten sozialen Kompetenzen erneut ein positives selbstwirksames Selbstbild durch Erfolgs-erlebnisse in sozialen Beziehungen angestrebt wird.

Zusätzlich zu diesen inhaltlichen Bausteinen umfasst das Programm das Element Formulierung persönlicher Ziele («Set your goals»), mit dessen Hilfe die Motivation zur aktiven Teilnahme gefördert wird.

» Durchführung und Evaluation

Für die Umsetzung an Hauptschulen wurde aus dem bestehenden Präventionsprogramm »LARS & LISA« ein Manual entwickelt, das Informationen zum theoretischen Hintergrund von Depressionen im Jugendalter und die Darstellung der Vorgehensweise und der einzelnen Übungen enthält. Folien und Arbeitsblätter befinden sich auf einer CD-ROM. Auf einer DVD können anhand kurzer Filmszenen ausgewählte Inhalte vertieft werden. Für die Durchführung des Programms wurden Lehrkräfte sowie (Schul-)Psychologinnen und -Psychologen geschult.

An dem Programm nahmen 16 Klassen mit mehr als 300 Schülerinnen und Schülern teil, zwölf Klassen mit mehr als 200 Schülerinnen und Schülern bildeten die Kontrollgruppe. Unmittelbar vor und nach der Durchführung sowie in zwei Folgeerhebungen im Abstand von jeweils sechs Monaten wurden die Ergebnisse mit Fragebogen, Interviews und Lehrerbeurteilungen evaluiert.

» Zentrale Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz des Programms und positive Effekte beispielsweise auf das Wohlbefinden, die soziale Kompetenz und das

schulische Verhalten. 95,5 % der Trainerinnen und Trainer und 78,2 % der Schülerinnen und Schüler beurteilten das Programm als gut oder sehr gut. Insgesamt wurde das Programm in sehr hoher Qualität und Manualtreue umgesetzt, dabei hatten die Lehrkräfte mindestens so hohe Werte wie Psychologinnen und Psychologen. Bei den Jugendlichen, die an dem Programm teilgenommen hatten, traten seltener Depressionen auf als in der Vergleichsgruppe ohne Training. Auch in Bezug auf aggressives Verhalten und Schulbucheinträge konnten deutlich positive Effekte festgestellt werden.

» Schlussfolgerung

Neben Wissenserwerb und Bildung kommt der Schule auch die Aufgabe zu, soziale und lebenspraktische Kompetenzen zu vermitteln. Damit können seelische Ressourcen gestärkt und Bewältigungsstrategien trainiert werden; Erfolgsorientierung, Emotionsregulation, Lebenslust und Selbstwirksamkeit bei Heranwachsenden verbessern sich. »Lebenslust mit LARS&LISA« ist ein Programm, das sich an Hauptschulen gut in den Schul- und Unterrichtsrahmen integrieren lässt.

» Literatur

Birmaher, B. et al. [1996]: Childhood and adolescent depression. A review of the past 10 years, Part I. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35 (11), 1996, pp. 1427–1439.

- Costello, E. et al. (2005): 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (10), 2005, pp. 972–986.
- Costello, E. et al. (2003): Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60 (8), 2003, pp. 837–844.
- Dodge, K. A. (1993): Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 1993, pp. 559–584.
- Fend, H., Schröder, S. (1990): Depressive Verstimmungen in der Adoleszenz. Verbreitungsgrad und Determinanten in einer Normalpopulation. In: Steinhausen, H.-C., Albrecht, H. T. (Hrsg.): *Das Jugendalter. Entwicklungen. Probleme. Hilfen*. Huber, Bern, S. 58–86.
- Ferguson, C. (2010): Video Games and Youth Violence: A Prospective Analysis in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 2010, pp. 1–15.
- Garber, J. et al. (1997): The Relation Between Parenting and Adolescent Depression. *Journal of Adolescent Research*, 12 (1), 1997, pp. 12–33.
- Georgiades, K. et al. (2006): Major Depressive Disorder in Adolescence: The Role of Subthreshold Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 2006, pp. 936–944.
- Hautzinger, M. (2010): *Akute Depression*. Fortschritte der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen.
- Ihle, W., Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 2002, S. 159–169.
- Kessler, R. C., Wang, P. S. (2008): The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29, 2008, pp. 115–129.
- Murray, C. J. L., Lopez, A. D. (1996): *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*: Harvard University Press Cambridge, MA.
- Pössel, P. et al. (2008): *Training Program for Prevention of Depression in Adolescents. TIM&SARA – Together Initiating More Socially Adaptive & Realistic Attitudes*. Vanderbilt University, USA.
- Pössel, P. et al. (2004): *Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen. LARS&LISA. Lust an realistischer Sicht und Leichtigkeit im sozialen Alltag*. Hogrefe, Göttingen.
- Schwartz, D. et al. (2008): Peer Relationships and Academic Achievement as Interacting Predictors of Depressive Symptoms During Middle Childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (2), 2008, pp. 289–299.
- Spoth, R. et al. (1999): Engaging families in longitudinal preventive intervention research. Discrete-time survival analysis of socioeconomic and social-emotional risk factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 1999, pp. 157–163.
- Wahl, M. S. et al. (2011): A school-based universal programme to prevent depression and to build up life skills. *Journal of Public Health*, 2011, pp. 1–8.
- Weissman, M. M. et al. (1999): Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 281 (18), 1999, pp. 1707–1713.
- World Health Organization (WHO) (2008): *The Global Burden of Disease 2004 Update*. WHO, Genf.

Anmerkung: Die Materialien sind bei den Autoren zum Selbstkostenpreis zu beziehen.

» GESUND LEBEN LERNEN – Netzwerk Schulen für Gesundheit 21

Monika Kislik, Ute Schmazinski-Damp

» Die Projektidee

Die Qualität von Bildung und Erziehung ist eng mit der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern sowie Lehrerinnen und Lehrern verbunden. Gesundheitsförderung an Schulen bedeutet, in einem gesunden Umfeld zu lernen und zu lehren (Gesundes Lernen) und Gesundheit selbst zu thematisieren (Lernen für Gesundheit).

Schulische Gesundheitsförderung bezieht alle Bereiche und alle Beteiligten des schulischen Lebens ein und umfasst neben traditionellen Themen der Gesundheitsförderung (Bewegungs- und Ernährungserziehung, Prävention von Abhängigkeit und Gewalt) auch strukturelle Fragestellungen wie Leitbild, Erhöhung von Arbeitszufriedenheit, Entwicklung der Kommunikations- und Kooperationsstrukturen, Schaffung eines gesunden Umfelds durch räumliche Gestaltung und Zeitmanagement. Über das Schulleben eröffnet sich insbesondere die Möglichkeit, sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche, die ansonsten weniger Zugang zu gesundheitsfördernden Aktivitäten finden, gut zu erreichen.

Zentrale gesundheitliche Risiken von Kindern und Jugendlichen wirken auch in die Schule hinein: Unzureichende Fähigkeiten, mit Stresssituationen umzugehen, sowie Bewegungsmangel und Fehlernährung sind nur einige Beispiele. Sie führen zu Lernblockaden, Konzentrationsproblemen und Stresssymptomen wie Nervosität oder Gereiztheit.

Das rheinland-pfälzische Modellprojekt »GESUND LEBEN LERNEN – Netzwerk Schulen für Gesundheit 21« war eines von drei Teilprojekten, entstanden aus einer ersten Kooperationsvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt. Für das rheinland-pfälzische Teilprojekt konnte zusätzlich das Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur (MBWJK) als Kooperationspartner gewonnen werden.

» Die Ziele des Projekts

Die Ziele des Projekts waren die Förderung und Verbesserung der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern sowie von Lehrkräften. Gesundheitsförderung sollte in festen Strukturen und im Qualitätsprogramm der Schule verankert werden und die Schule nachhaltig zum gesunden Lebensraum für alle Beteiligten entwickeln. Gesundheitsförderung wurde als Querschnittsaufgabe in das Schulleben integriert, damit Lehren und Lernen in einem gesunden Umfeld stattfinden kann. Eine Erprobung, Verankerung und Verbreitung praxistauglicher Modelle zur Gesundheitsförderung erfolgte. Durch den Aufbau regionaler Netzwerke wurden Austausch und Fortbildung ermöglicht.

Die Ziele der Vernetzung

Die Vernetzung diente dem Aufbau und der Weiterentwicklung gegenseitiger Unterstützung und Kooperation bei schulischer Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz. Es fanden Qualifizierungen von Lehrkräften zu Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren statt, die sich regelmäßig zu Fortbildungen und Regionalgruppentreffen einfanden. Aus den Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren wurden einige Lehrkräfte zu Netzwerkmoderatorinnen und -moderatoren weiterqualifiziert. Die einzelnen Schulen und Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren wurden durch das Netzwerk unterstützt. Es wurde Hilfe bei professioneller Öffentlichkeitsarbeit angeboten, Referentinnen und Referenten vermittelt und über einen Newsletter regelmäßig Informationen weitergegeben.

Bausteine des Projekts

1. Projektschulen

Zunächst konnten 45 Projektschulen gewonnen werden, die einen Querschnitt durch die rheinland-pfälzische Schullandschaft bildeten. Aus einer hohen Anzahl von Projektbewerbungen wurden die teilnehmenden Schulen nach den Kriterien der sozialen und strukturellen Benachteiligung ausgewählt. Bis Ende 2008 wurden insgesamt 65 Schulen im »Netzwerk Schulen für Gesundheit 21« zertifiziert.

Die Schulen mussten bereit und fähig sein, bindende Voraussetzungen zur Mitbeteiligung zu realisieren. Schulen, die im Netzwerk mitarbeiteten, verpflichteten sich dazu, die Ausbildung einer Kollegin bzw. eines Kollegen zur Gesundheitsmoderatorin bzw. zum Gesundheitsmoderator – am besten im Tandem – zu ermöglichen. Regelmäßige Teilnahme an Netzwerktreffen zum fachlichen Austausch, zur kollegialen Beratung und zum Ideentransfer sowie an Fortbildungsveranstaltungen wurde erwartet. Die Durchführung eines Studientags mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung sowie die Aufnahme

von Aspekten der Gesundheitsförderung in das Qualitätsprogramm der Schule waren Voraussetzung. Ebenso war die regelmäßige Information des Kollegiums über den aktuellen Stand der Gesundheitsförderung bei Gesamtkonferenzen maßgebend. Zudem sollte das Thema in der Öffentlichkeitsarbeit, wie etwa auf der Internetseite der Schule, berücksichtigt werden. Hierbei wurden die Schulen durch die LZG und die Netzwerkmoderatorinnen und -moderatoren unterstützt.

Schulen profitierten von der Mitarbeit im Netzwerk GESUND LEBEN LERNEN, indem eine gesundheitsfördernde Schulreform von innen angestoßen wurde, das heißt, alltägliche schulische Bedingungen vor Ort und bereits vorhandene Initiativen wurden kritisch hinterfragt, koordiniert und auf der Grundlage einer integrierenden Leitidee bzw. eines Gesamtkonzepts im Schulprofil zusammengeführt. Das Lern- und Arbeitsklima für alle Beteiligten an der Schule wurde verbessert. Durch ein Gesamtkonzept fand teilweise Entlastung für einzelne Akteure statt, da weniger Zeit für Einzelaktionen aufgewandt werden musste. Ein zusätzlicher Anreiz bestand für die Schulen darin, dass das Bildungsministerium die Zertifizierung öffentlichkeitswirksam vornahm.

2. Regionale Arbeitsgemeinschaften

Circa 100 Schulen beteiligten sich in Rheinland-Pfalz an fünf regionalen Arbeitsgemeinschaften; kontinuierlich wirkten davon etwa 40 Schulen mit. Die regionalen Arbeitskreise tagten vierteljährlich. Informationsaustausch und inhaltliche Fortbildung sicherten eine kontinuierliche Prozessbegleitung.

Inhaltliche Schwerpunkte der Treffen waren:

Ernährung und Bewegung, gesunder Umgang mit der Stimme, Mädchen-/Jungengesundheit, Aufbau eines Sinnesparcours, Vorstellung von Schulprojekten, Stressmanagement für Lehrkräfte, psychische Gesundheit und Erkrankungen im Jugendalter, Gewaltprävention und -intervention, Miteinander

kommunizieren – Spiel zur Stärkung der Klassengemeinschaft, Mobbing und vieles mehr.

Zunehmend brachten außerschulische Partner – zum Beispiel Hauswirtschafterinnen und Hauswirtschafter sowie Ernährungsberaterinnen und -berater – bei konkreten Aktivitäten in den Schulen ihre Fachkompetenz ein. Regionale Ressourcen und Kooperationspartner wurden eingebunden. Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG), Organisationen wie ehemals das Pädagogische Zentrum (PZ), das Institut für schulische Fortbildung und schulpсихologische Beratung (IFB) und die zuständigen Fachministerien unterstützten und begleiteten das Projekt gemeinsam mit der Länderberatergruppe. Die LZG bot Seminare und Fortbildungen an. Diese vermittelten Hintergrundinformationen, thematische Vertiefungen und Impulse für die Praxis. Sie standen nicht nur den Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren, sondern allen interessierten Lehrkräften der am Netzwerk beteiligten Schulen offen. Auf diese Weise konnten mehrere Lehrkräfte in den Entwicklungsprozess der Gesundheitsförderung an ihrer Schule eingebunden und die Aufgaben besser bewältigt werden.

3. Netzwerkarbeit

Über die am Kooperationsprojekt beteiligten Modellschulen hinaus wurden in Anbindung an die aufgebauten Strukturen Netzwerke weiterentwickelt und unterstützt, zum Beispiel bei Fragen nach Referentinnen und Referenten, in der Öffentlichkeitsarbeit, bei Projektideen und deren Umsetzungsmöglichkeiten an der Schule.

Die Netzwerkmoderatorinnen und -moderatoren bündelten die Kompetenzen der beteiligten Schulen bzw. der Lehrkräfte und nutzten sie im Rahmen der Fortbildung und Beratung. Sie akquirierten über persönliche Gespräche mit Schulleitungen und Lehrkräften sowie über Präsentationen bei Schulleiterkonferenzen weitere Schulen und unterstützten diese vor

Ort in der Weiterentwicklung ihres Schulprofils hin zu einer gesundheitsfördernden Schule. Acht, später fünf Netzwerkmoderatorinnen und -moderatoren begleiteten die fünf regionalen Arbeitskreise. Diese tagten drei- bis viermal im Schuljahr und dienten dem Informationsaustausch sowie der inhaltlichen Fortbildung; sie sicherten eine kontinuierliche Prozessbegleitung.

4. Überregionale Veranstaltungen

Das Projekt GESUND LEBEN LERNEN wurde bei landesweiten Veranstaltungen im schulischen Kontext präsentiert. Darüber hinaus fanden landesweite Fortbildungen und Workshoptagungen zu verschiedenen Themen der Gesundheitsförderung statt, um allen an Gesundheitsförderung interessierten Schulen das Thema nahezubringen. Auch wurde in den Lehrerfortbildungen der LZG über das Projekt informiert.

Mit dem landesweit tätigen Büro für Suchtprävention der LZG gab es eine gute Zusammenarbeit, indem über die Arbeit informiert und Lehrkräfte gewonnen wurden. Daneben fanden ein landesweiter Austausch mit mehreren Treffen und eine regionale Zusammenarbeit mit den Fachberaterinnen und Fachberatern für Nachhaltigkeit an und für Schulen des Landes Rheinland-Pfalz statt. Die Bildung nachhaltiger Entwicklung beinhaltete auch die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung. Die LZG baute im Netzwerk die Öffentlichkeitsarbeit aus. Die Schulen erhielten Unterstützung u. a. von Pressefachkräften. Zuletzt fand eine Zusammenführung mit den Beraterinnen und Beratern für Gewaltprävention an Schulen statt.

» Praktische Erfahrungen an den Schulen

Sehr unterschiedlich fiel in den einzelnen Schulen die steuernde Mitarbeit aller am Schulleben Beteiligten aus. In einer Schule engagierte sich nur eine einzige Person bzw. ein »Tandem«. Viele Schulen hingegen machten positive Erfahrungen mit der Steuerungsgruppe und der Unterstützung durch die Schulleitung. Auch Eltern bzw. der Schulelternbeirat engagierten sich zuweilen bei Aktivitäten und Projekten.

Die Umsetzung konkreter Projekte stellte sich sehr unterschiedlich dar. Auffällig und erfreulich zugleich war die Vielfalt der Projekte:

Während sich eine Grundschule im Wesentlichen auf *Gesundes Frühstück* konzentrierte, kombinierten andere Grundschulen *Gesunde Ernährung mit Bewegter Schule*. Ein Gymnasium verzeichnete als konkrete Projekte: *Ernährungsberatung, Gewaltprävention, Kennenlertage mit Stärkung der Sozialkompetenzen, Orientierungstage [6. Klasse]: Verantwortung übernehmen, Zahnpflegemodule, Verkehrserziehung* sowie das Projekt *Erwachsen werden* mit den Elementen ProFamilia, *Umgang mit Medien* (Vortragsreihe Prof. Jatzko), *Aids-Prävention* der AIDS-Hilfe Kaiserslautern und *Aids-Parcours* der BZgA. Zusätzlich betrieben wurden das Projekt *Prävention im Team*, Sportveranstaltungen sowie Sport-AGs. In den Schulen wurde bei der Projektarbeit sehr auf die jeweilige Schülerklientel geachtet. So ging zum Beispiel eine Berufsbildende Schule (BBS) folgende Aktivitäten an: *Kollegiale Fallberatung* und *Konfrontative Pädagogik* als dauerhafte Konzepte sowie Veranstaltungen zur Drogen- und Gewaltprävention als ständiges Angebot. Projektweise startete zudem eine Selbsthilfegruppe bei Alkoholproblemen.

Die Themen einer anderen BBS lauteten: *Lärmampel, Sanitätsdienst, Sicherheitswettbewerb der Berufsgenossenschaften, Lehrersport, Frühschicht, Gedächtnistraining, Blutspenden, Aktion Pausenverpflegung, Schulfahrten mit pädagogischem Hintergrund und mehrtägiger Lehrerausflug*. Das gesamte Kollegium, der Schulelternbeirat und Kooperationspartner einer weiteren BBS widmeten sich in drei Projekten der Lebenskompetenzförderung, der Fort- und Weiterbildung zum Thema Gesundheit und der Beratung zur Meditation/Streitschlichtung.

Die Vorstellungen zur Weiterentwicklung des Modellprojekts bzw. zur Nachhaltigkeit über das offizielle Ende hinaus waren unterschiedlich. Zwei Grundschulen wollten beispielsweise die Aktion *Ernährungsführerschein* dauerhaft praktizieren. Eine weitere Grundschule wollte ergonomische Tische und Stühle in allen Klassen etablieren. Ein monatliches *Elterncafé* wurde angedacht. Die weitere Ausgestaltung des Schulhofs im Sinne von Bewegungsförderung lag mehreren Schulen am Herzen. Eine regionale Schule nahm sich ein *Projekt Zivilcourage* vor. Weitere Pläne waren: Gesunde Ernährung am Schulkiosk ermöglichen, Bewegungsprogramme betreiben, Ruheraum für Lehrkräfte einrichten, einen Arbeitskreis *Kollegiale Fallberatung* einrichten sowie über den Schwerpunkt *Gesundheit* auf der schuleigenen Homepage informieren.

» Die Wirksamkeit des Projekts

Das Mitte 2003 gestartete kassenartenübergreifende Projekt mit drei Teilprojekten in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Niedersachsen endete zunächst Mitte 2006. Eine externe Evaluation untersuchte die Wirksamkeit der gesund-

heitsfördernden Entwicklung und zeigte, dass sowohl die Lehrer- und Schülergesundheit zugenommen hatte als auch die gesundheitsbezogene Strukturqualität der Schulen nach zwei Jahren um knapp 11 % gestiegen war.

An fast allen Schulen traten übergreifende Wirkungen von GESUND LEBEN LERNEN ein, die die Organisationskultur und das Schulklima verbesserten. Für den umfassenden schulischen Wandel waren einerseits externe Unterstützung und Vernetzung, Motivation, Wissens- und Kompetenztransfer, Möglichkeiten zur Intervention in Konflikt- und Demotivationslagen und Erfahrungsaustausch sowie andererseits das Engagement der jeweiligen schulischen Pioniergruppen von entscheidender Bedeutung.

Schulen aus GESUND LEBEN LERNEN boten aktiv und nach Bedarf andere Schulen zu Fragen der Gesundheitsförderung im Setting Schule. Das Resümee vieler Projektschulen war sehr ermutigend. So sollten bestehende Aktivitäten und Projekte beibehalten, ja sogar weitergeführt werden.

LZG und GKV sahen den Erfolg des Projekts darin, dass durch das Zusammenspiel der verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Lebensraum der Kinder und Jugendlichen – im sogenannten »Setting Schule« – Gesundheitsförderung nicht nur zeitweise, sondern langfristig als wichtiges Thema in der Schule verankert wurde. GESUND LEBEN LERNEN hatte nachhaltige Wirkungen auf gesundheitsbezogene Abläufe und die Verankerung von Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. Die GKV zeigte sich aufgrund der Auswertung des Modellprojekts daran interessiert, zukünftig schulische Gesundheitsförderung möglichst breitenwirksam zu aktivieren und aus den Erfahrungen praxistaugliche, nachhaltige und übertragbare Modelle zu entwickeln.

Weiterentwicklung und Perspektive

Das Projekt »GESUND LEBEN LERNEN – Netzwerk Schulen für Gesundheit 21« ist mit dem Ziel der

Nachhaltigkeit konzipiert worden. Um das Netzwerk zu stärken und zu erweitern, wurde es Anfang 2007 für neue interessierte Schulen geöffnet. Die Kooperationspartner – GKV und Landesvereinigungen zur Gesundheitsförderung – einigten sich auf eine Projektfortsetzung bis Ende 2008. Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. (LZG) übernahm weiterhin die Projektleitung.

Das Projekt GESUND LEBEN LERNEN fand in einer Fach- und Zertifizierungsveranstaltung im November 2008 als Modellprojekt seinen Abschluss. Zu den bisherigen 45 Schulen wurden weitere 20 Schulen als GESUND LEBEN LERNEN-Schulen anerkannt sowie 35 Lehrkräfte zu Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren ernannt. Somit sind in dem Projekt »GESUND LEBEN LERNEN – Netzwerk Schulen für Gesundheit« 65 Schulen zertifiziert und anerkannt.

Das Netzwerk wurde in den vergangenen Jahren auf solide Füße gestellt, sodass eine selbstständige Weiterarbeit mit Unterstützung des Bildungsministeriums, anderer Partnerinnen und Partner und der LZG erfolgen konnte.

»GESUND LEBEN LERNEN – Netzwerk Schulen für Gesundheit 21« unterstützte einen Wandel der Organisationskultur und bewirkte in den Schulen ein Klima der Kooperation und Anerkennung, einen partizipativen Führungsstil, kollegiale Unterstützung sowie die Zusammenarbeit verschiedener schulischer Teilgruppen. Diese positiven Auswirkungen erreichten Schulleitungen, Kollegien und Schülerinnen und Schüler ebenso wie Teile der Elternschaft.

Die Landesregierung Rheinland-Pfalz unterstützte »GESUND LEBEN LERNEN – Netzwerk Schulen für Gesundheit 21« stark und nachhaltig. Die Arbeit der LZG wurde in diesem Projekt maßgeblich vom Bildungsministerium gefördert.

Das Projekt in Rheinland-Pfalz vernetzte alle Schulakteure und weitere Partner, aber auch die Schüler- und Elternschaft, um Gesundheitsförderung erfolgreich und nachhaltig in die Schulen zu tragen.

Die Landesschülervertretung und der Landeselternbeirat Rheinland-Pfalz wurden in die Länderberatergruppe einbezogen. Gesundheit und Gesundheitsförderung wurden als Querschnittsaufgaben im Qualitätsprogramm von Schulen in Rheinland-Pfalz verankert und boten eine gute Basis für die weitere Strukturentwicklung.

Ab 2008 führte die LZG das Projekt GESUND LEBEN LERNEN mit Unterstützung des Bildungsministeriums fort, bot Fortbildungsveranstaltungen und Workshoptage an und unterstützte die Tätigkeit der Netzwerkmoderatorinnen und -moderatoren in den Regionen. Zudem wurde eine weitere Schulung für Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren durchgeführt.

Das Bildungsministerium setzte 2010 für eine nachhaltige gesundheitsfördernde und präventive Arbeit im Setting Schule eine neue Beratergruppe ein. Diese Beraterinnen und Berater für schulische Gesundheitsförderung und Prävention sind beim Pädagogischen Landesinstitut (PL) angesiedelt, dem Unterstützungssystem für Lehrkräfte und Schulen in Rheinland-Pfalz. Sie sind nun für die Weiterentwicklung und Begleitung des Netzwerks GESUND LEBEN LERNEN vorrangig verantwortlich. Die LZG unterstützt die Arbeit der Beratergruppe fachlich durch Fortbildungen auf landesweiter und regionaler Ebene.

» Integration täglicher Bewegung in den Schulalltag – Das Projekt »fit für pisa«

Elena Sterdt, Sebastian Liersch, Vicky Henze, Markus Röbl, Jörg Schnitzerling, Eckart Mayr, Christian Krauth, Thomas Suermann, Ulla Walter

» Relevanz des täglichen Schulsports – Handlungsbedarf

Körperlich-sportliche Aktivität ist für eine gesunde Entwicklung von Kindern essenziell und trägt zu einer Reduktion chronischer Erkrankungen im Lebenslauf bei. Kinder mit einem hohen Aktivitätslevel sind weniger anfällig für kardiovaskuläre Risikofaktoren wie hoher Blutdruck, Übergewicht, Rauchen sowie Diabetes mellitus Typ II. Körperlich-sportliche Aktivität fördert zudem kognitive Fähigkeiten, psychische Gesundheit, psychosoziale Kompetenzen sowie die Persönlichkeitsentwicklung (WHO 2008, USDHHS 2008, Salmon et al. 2007, Biddle und Cavill 2008, Sallis und Owen 1999). Zu einer gesunden Entwicklung und für langfristige gesundheitsfördernde Effekte ist eine tägliche, mindestens 60 Minuten andauernde körperlich-sportliche Aktivität von moderater bis starker Intensität erforderlich. Inaktive Freizeitaktivitäten sollten auf zwei Stunden täglich beschränkt werden (USDHHS 2008, Strong et al. 2005, Kavey et al. 2003). Nach dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) erreichen in Deutschland in der Altersklasse der Sieben- bis Zehnjährigen allerdings nur 15,2 % der Jungen und 9,9 % der Mädchen das gewünschte Niveau von mindestens 60 Minuten an fast jedem Tag. In der Altersklasse der Elf- bis 17-Jäh-

rigen sind es lediglich 28,2 % der Jungen und 17,3 % der Mädchen (Lampert et al. 2007). Eine hohe Anzahl junger Menschen ist folglich zu wenig körperlich aktiv.

Schule ist als zentraler Lebensbereich von Kindern für Maßnahmen zur Förderung der körperlich-sportlichen Aktivität besonders geeignet. Umfangreichen bewegungsorientierten Schulprogrammen wird das Potenzial zugeschrieben, den altersbezogenen Rückgang der körperlichen Aktivität zu verlangsamen und die Etablierung eines lebenslangen gesundheitsfördernden Bewegungsmusters zu unterstützen. Zudem werden fast alle Kinder einer Altersgruppe erreicht und damit auch Kinder von Eltern mit geringem sozioökonomischem Status, die sich weniger am außerschulischen Sport beteiligen (Deutscher Sportbund 2006). Für die Förderung der körperlichen Aktivität stellt neben der Schule als Bewegungsraum täglicher Sportunterricht als curricularer Bestandteil einen wichtigen Ansatz zur Prävention von Bewegungsmangel dar (Strong et al. 2005). Ein bis zwei Sportstunden in der Woche reichen dagegen aus pädagogischer, medizinischer und trainingswissenschaftlicher Sicht nicht aus, um die Kinder ausreichend zu bewegen (LSB NRW 2005, Centers for Disease Control and Prevention 1997, Kolbe 1993).

Die Intervention »fit für pisa«

Die Intervention »fit für pisa« ergänzte seit dem Schuljahr 2003/2004 an fünf Grundschulen in Göttingen die obligatorischen zwei Schulstunden Sport pro Woche durch drei weitere Sportstunden. Ausgangsziel der Intervention »fit für pisa« war es, den Schulalltag »bewegter« zu gestalten und den Schülerinnen und Schülern einen besseren Zugang zur Bewegung zu ermöglichen (Liersch et al. 2011, Walter et al. 2008).

Der Sportunterricht von jeweils 45 Minuten pro Tag wurde für den ausgewählten Jahrgang über die gesamte Grundschulzeit als Bestandteil des Pflichtunterrichts durchgeführt. Davon wurden zwei Stunden – wie in der Stundentafel für die Grundschule in Niedersachsen vorgesehen – von den Lehrkräften erteilt. Zusätzlich wurden unter Berücksichtigung der Höchststundenzahl in der Grundschule drei Stunden Sportunterricht durch außerschulische Übungsleiter des ASC Göttingen von 1846 e. V. wöchentlich gegeben, wofür zwei Verfügungsstunden und eine Fach-

stunde genutzt wurden (siehe Abbildung 1). Die Übungsleiter verfügten im Gegensatz zu vielen Grundschullehrerinnen und -lehrern (Deutscher Sportbund 2006) über eine Grundqualifikation im Bereich Sport. Die Auswahl der Grundschulen erfolgte auf freiwilliger Basis, um eine langfristige Teilnahme der Schulen und die Unterstützung aller Beteiligten zu gewährleisten.

Die Integration und Förderung von drei zusätzlichen Stunden Sport pro Woche ging mit einer Vielzahl an Herausforderungen einher. Die wichtigsten Herausforderungen bei der Realisierung waren 1) die Änderung der Kontingentstundentafel, 2) die Entwicklung eines standardisierten verbindlichen Curriculums für den Sportunterricht in Klasse 1 bis 4, 3) die Schulung von externen Übungsleitern, 4) die Einwerbung von Drittmitteln zur Finanzierung über die Gewinnung von Förderern und 5) die Zusammenarbeit mit der Schulleitung und mit Lehrkräften (Prüfung der Bereitschaft und Motivation).

Für eine weitgehend standardisierte Durchführung in den Interventionsschulen und zur Qualitätssicherung wurden die Übungsleiter speziell für diesen Unterricht regelmäßig einmal monatlich geschult.

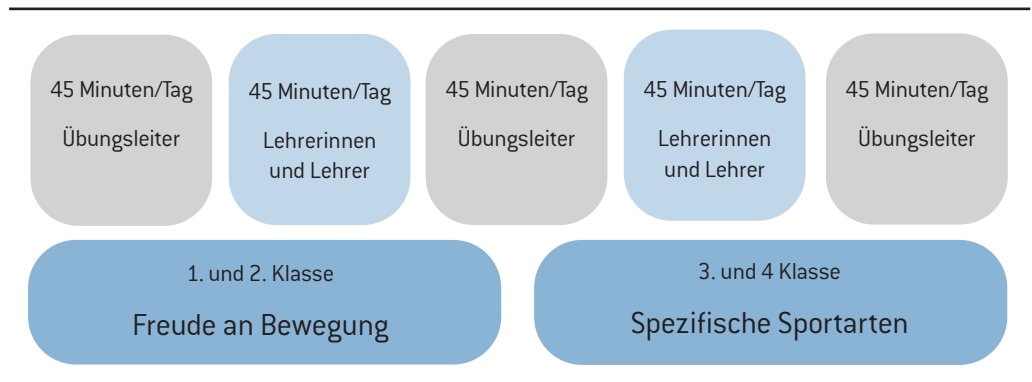


Abb. 1: Die Intervention »fit für pisa« von der 1. bis zur 4. Klasse

Hinzu kamen monatliche Besprechungen, in denen auftretende Schwierigkeiten, Differenzierungen im Unterricht usw. erörtert wurden. Darüber hinaus wurden Checklisten eingesetzt, mit denen Übungsleiter sowie die Lehrkräfte Inhalte und Zielkonditionen (Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer, Beweglichkeit, Orientierung) für jede Unterrichtsstunde erfassen. Für die Lehrkräfte und die Schulleitung wurden zusätzliche Fortbildungen zum Beispiel zum Aufbau und zum Umgang mit Bewegungslandschaften und zur Stärkung eigener Gesundheitsressourcen angeboten. Ziel war es, ihre persönliche Haltung zur Bewegungserziehung zu reflektieren und sie zur Implementierung von »fit für pisa« in den Schulalltag zu motivieren.

Die Kosten für die externen Übungsleiter (ca. 2500 Euro pro Schuljahr pro Klasse) wurden durch die Gewinnung von Förderern wie der Ärztekammer Niedersachsen, der Schulstiftung der Stadt Göttingen, der Toto-Lotto-Stiftung, dem Sportärztebund sowie dem Verein zur Gesundheitsförderung gedeckt. Im Sommer 2005 bildete sich in einer der ersten Interventionsschulen eine Elterninitiative, mit dem Ziel, bei Übernahme der Kosten durch die Eltern vermehrten Sportunterricht auch in Klassen anzubieten, die nicht an dem Praxisprojekt »fit für pisa« teilnahmen.

Wesentlich für das Gelingen des Projekts waren 1.) der sehr aktive Sportverein ASC Göttingen von 1846 e.V., 2.) die Unterstützung durch zentrale Expertinnen und Experten sowie Einrichtungen in Göttingen, dazu gehören die Universitätskinderklinik Göttingen, das Gesundheitsamt für die Stadt und den Landkreis Göttingen sowie die Ärztekammer Niedersachsen, 3.) eine fortwährende Pressearbeit und 4.) die Unterstützung durch lokale Sponsorinnen und Sponsoren.

Zu Beginn wurde von den Initiatoren des Projekts »fit für pisa« eine begleitende Evaluation theoriebasiert entwickelt, ihre Umsetzung geplant und in der Praxis realisiert (Henze 2007).

» Evaluation des Projekts »fit für pisa«

Die Evaluationsstudie des Projekts »fit für pisa« wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung von 2007 bis 2010 gefördert (Förderkennzeichen: 01EL0615). Ziel war es, zu ermitteln, inwieweit sich täglicher Sportunterricht auf Gesundheit, Bewegungsverhalten und Bildung von Schülerinnen und Schülern langfristig ein bzw. zwei Jahre nach Abschluss der Intervention auswirkt und inwieweit Kinder mit erhöhten Risikofaktoren von dem Angebot profitieren. Eine weitere Frage war, inwieweit täglicher Sportunterricht in die Grundschule integriert werden kann und von den Beteiligten akzeptiert wird, welche Barrieren bestehen und wie diese überwunden werden können. Dazu wurden eine teilstandardisierte Querschnittbefragung von Eltern, Lehrkräften, Schulleitung und externen Übungsleitern sowie Klassengespräche mit den Abschlussklassen der beteiligten Interventionsschulen durchgeführt. Diese Ergebnisse flossen in Empfehlungen zur Einführung täglichen Sportunterrichts in der Grundschule ein. Die Evaluation zur Nachhaltigkeit wurde gemeinsam von der Medizinischen Hochschule Hannover und der Universität Göttingen durchgeführt.

Potenziale und Barrieren bei der Einführung des täglichen Schulsports

Die Perspektive der Schülerinnen und Schüler

Die Schülerinnen und Schüler der Abschlussklassen (vierte Klassen) der am Projekt »fit für pisa« beteiligten Interventionsschulen 2007 wurden zu den Potenzialen und Schwierigkeiten, die sich aus ihrer Sicht bei täglichem Sportunterricht ergeben, befragt. Darüber hinaus sollte die Vorstellung der Schülerinnen und Schüler zur Überwindung der Bar-

rieren ermittelt werden. Die Datenerhebung erfolgte in Form von Diskussionsworkshops unter Einsatz der Meta-Plantechnik.

Anhand einer Fokusgruppenbefragung von per Zufallsverfahren ausgewählten Interventionsschülerinnen und -schülern (N = 44) konnte gezeigt werden, dass den Schülerinnen und Schülern am täglichen Schulsport die verschiedenen Sportarten sowie die

Kombination aus Lehrkräften und Übungsleiterin am besten gefallen hat. Vereinzelt äußerten die Schülerinnen und Schüler, dass sie sich als weniger aggressiv, ausgeglichener/ruhiger und beweglicher wahrnahmen. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Antworten der Schülerinnen und Schüler auf die Frage, was ihnen am besten am täglichen Schulsport gefallen hat.

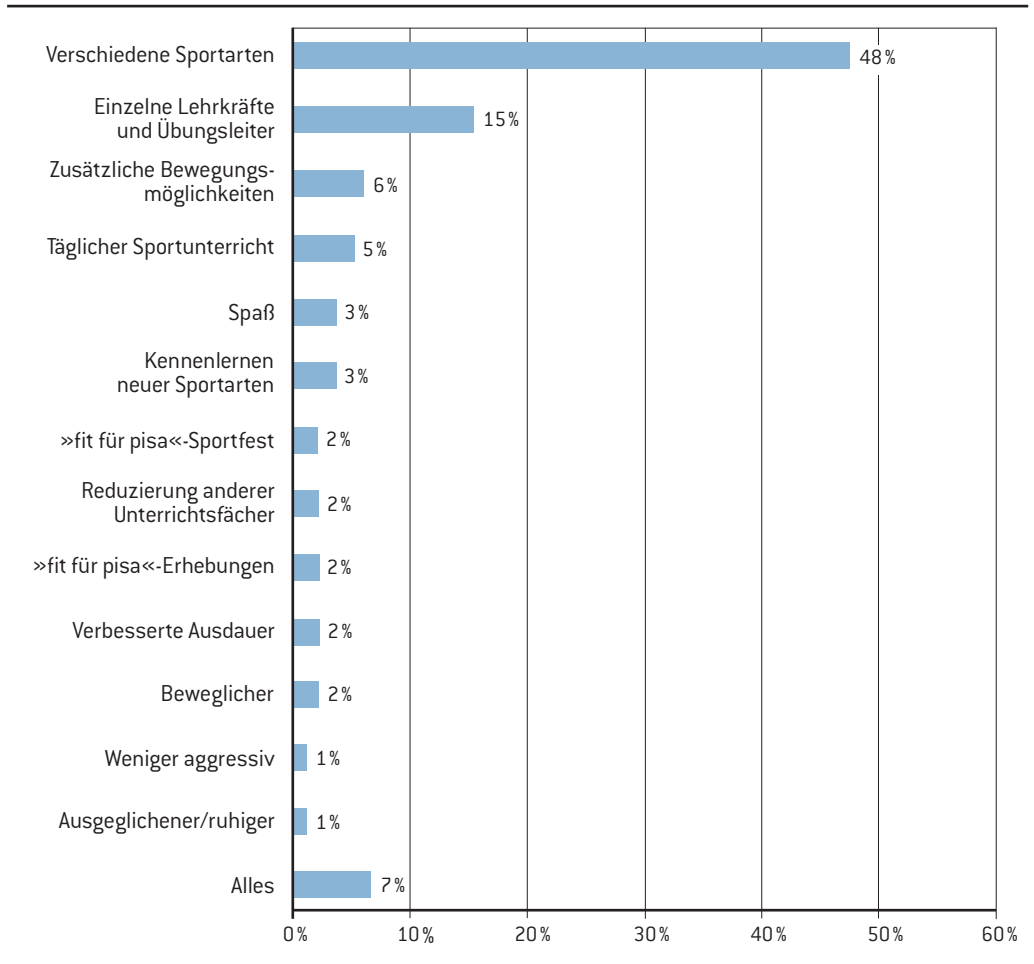
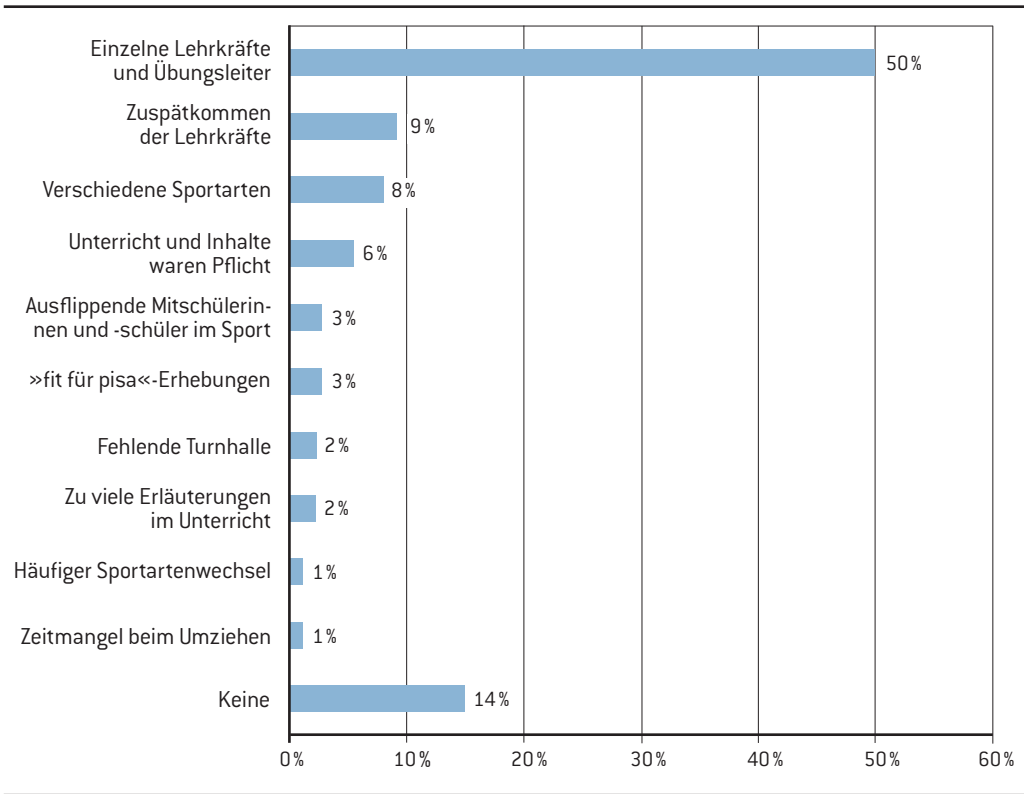


Abb. 2: Positiv wahrgenommene Aspekte der Interventionsumsetzung aus Schülersicht (N = 44)



➤ Abb. 3: Negativ wahrgenommene Aspekte der Interventionsumsetzung aus Schülersicht (N = 44)

Sieht man von der häufigsten Nennung, dem Nichtgefallen einzelner Lehrkräfte und Übungsleiter ab, zeigen sich als Schwierigkeiten im Verlauf der Intervention aus Sicht der Schülerinnen und Schüler vor allem organisatorische und strukturelle Aspekte, wie das Zuspätkommen von Lehrkräften, zu viele Erläuterungen im Unterricht und Zeitmangel.

Abbildung 3 zeigt die Antworten der befragten Schülerinnen und Schüler auf die Frage, was ihnen am täglichen Schulsport am wenigsten gefallen hat.

Eine zusammenfassende Bewertung der befragten Interventionsschülerinnen und -schüler ergab, dass der tägliche Schulsport 86 % der Schülerinnen

und Schüler sehr gut gefallen hat und 84 % ihn auf jeden Fall einführen würden.

Die Perspektive der Eltern, der Schulleitung, der Lehrkräfte sowie der Übungsleiter

Die Eltern, Schulleiterinnen und Schulleiter, Klassenlehrerinnen und -lehrer sowie Übungsleiter der am Projekt »fit für pisa« beteiligten Grundschulen wurden zu ihren Erwartungen und Befürchtungen gegenüber dem Projekt sowie zu den wahrgenommenen Potenzialen und Barrieren, die sich inhaltlich und organisatorisch bei der Einführung täglichen Sportunterrichts ergeben, befragt. Zudem wurden sie

gebeten, Lösungsmöglichkeiten zur Überwindung der Schwierigkeiten zu nennen. Eine weitere Frage war, welche Rolle sie dem Schulsport in Bezug auf die kindliche Entwicklung zuschreiben.

Für die Interviews wurde ein teilstandardisierter Leitfaden entwickelt. Insgesamt wurden 18 teilstandardisierte Leitfadeninterviews geführt. Es konnten sechs Übungsleiter, fünf Schulleiter bzw. Lehrkräfte und sieben Eltern in der qualitativen Erhebung befragt werden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die zentralen Erwartungen und Befürchtungen der Gruppen, die diese zum Projekt »fit für pisa« haben.

Eine zentrale Erwartung, die von allen Beteiligten genannt wurde, war, dass die Freude der Schülerinnen und Schüler an der Schule durch den täglichen Schulsport gesteigert werden würde. Die Eltern er-

warteten, dass das Wohlbefinden, die Konzentration sowie Motivation der Kinder erhöht und der Schulstress und Leistungsdruck abgebaut werden würden. Darüber hinaus wurde angenommen, dass Bewegung in den (Schul-)Alltag der Kinder integriert werden würde. Die Übungsleiter nahmen an, dass die Kinder an Sport herangeführt werden und Spaß am Sportunterricht hätten. Seitens der Lehrkräfte wurde berichtet, dass sich die Aufmerksamkeit und Motivation der Schülerinnen und Schüler erhöhe und der Sport einen Ausgleich zu den kognitiven Anforderungen darstelle. Alle befragten Gruppen gaben zu der Rolle des Schulsports an, dass dieser eine kompensatorische Funktion übernehme und körperliche Fähigkeiten sowie die Konzentration und Ausgeglichenheit der Kinder fördere.

Eltern	Übungsleiter	Schulleitung, Lehrkräfte
Erwartungen		
– Kinder übernehmen Bewegung in den Alltag – Strahlt auf die Familie aus – Abbau von Schulstress und Leistungsdruck – Steigerung des Wohlbefindens und der Konzentration – Kinder werden ruhiger/ausgeglichener – Bewegung wird in den Schulalltag integriert – Freude an der Schule	– Heranführung an Sport – Kinder haben die notwendige Bewegung erhalten, ohne Nutzung weiterer Einrichtungen (Vereine) – Spaß am Sportunterricht	– Steigerung der Aufmerksamkeit – Steigerung der Motivation – Freude an der Schule – Förderung in verschiedenen Sportarten – Ausgleich zu kognitiven Anforderungen
Erwartungen		
– Einschränkungen von Unterrichtsstoff in anderen Fächern – Zusätzlicher Leistungsdruck im Bereich Sport	– Ggf. fehlende fachliche und pädagogische Kompetenzen – Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrkräften	– Probleme bei der Eingliederung in die Stundentafel – Zusammenarbeit mit Eltern (deren Befürchtungen und Kritik)

Tab. 1: Erwartungen und Befürchtungen von Eltern, Schulleitung, Lehrkräften sowie Übungsleitern zum Projekt »fit für pisa«

Bereiche	Potenziale	Barrieren
Umsetzung des Sportunterrichts	– Kinder hatten viel Spaß am täglichen und abwechslungsreichen Schulsport – Leistungsfähigkeit und Lerntempo konnten weitestgehend berücksichtigt werden – Trotz Einschränkungen ließ sich der Unterricht mit den vorhandenen Gegebenheiten gut umsetzen – Unterrichtsqualität wurde verbessert	– Spaß und Motivation waren abhängig von Übungsleiter, Sportart und Interessen der Kinder – Reine Bewegungszeit ist mit 30–35 Minuten zu gering – Integration in den Schulalltag wurde nicht immer optimal umgesetzt
Schulische Bildung	– Freude an der Schule wurde gesteigert – Kein Defizit an Unterrichtsstoff gegenüber anderen Kindern – Klassenklima hat sich verbessert – Unterrichtszeiten konnten auch am Ende des Schultages effektiv genutzt werden – Große Akzeptanz im Schulkollegium	<i>Teilweise Ressourcenmangel:</i> – Sporthalle/Räumlichkeiten – Ausstattung/Materialien – Finanzielle Mittel – Ausreichend qualifizierte Lehrkräfte – Kapazitätsgrenzen bei Umsetzung in allen Schulklassen
Projektumsetzung	– Weitestgehend gute Kooperation und Kommunikation – Kombination von Lehrkräften und externen Übungsleiterinnen/-leitern wird bevorzugt – Curriculum sowie Supervision waren wichtig und hilfreich	– Häufiger Wechsel von Übungsleitern – Kooperation war teilweise unzureichend geregelt – Partiiell mangelhafte Unterstützung seitens der Schulen – Curriculum war für Übungsleiter nicht ausreichend transparent und flexibel – Supervision wurde unzureichend angeboten – Qualifikation von Übungsleitern und Lehrkräften – Unzureichende Erreichung von Eltern
Sportverhalten der Kinder	– Freude an Sport wurde gesteigert – Motivation zum Freizeitsport und zu neuen Sportarten	

Bereiche	Potenziale	Barrieren
Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung	– Teilweise Beeinflussung der körperlich-sportlichen Aktivität der Familie – Steigerung der körperlichen Fähigkeiten (Koordination, Kondition) – Kinder sind ausgeglichener und konzentrierter – Gesteigerte Motivation und Leistungsbereitschaft – Stärkung des Selbstwertgefühls – Verbessertes Sozialverhalten und Wahrnehmung	
Kinder, die besonders profitierten	– Sozial benachteiligte Kinder – Kinder mit geringem Selbstbewusstsein – Kinder aus dem mittleren Leistungsbereich	

Tab. 2: Potenziale und Barrieren des täglichen Schulsports aus Sicht von Eltern, Schulleitung, Lehrkräften und Übungsleitern

Die wichtigsten Befürchtungen der Eltern zum täglichen Schulsport waren die Einschränkung von Unterrichtsstoff in anderen Fächern sowie ein zusätzlicher Leistungsdruck im Sportunterricht. Die Übungsleiter nannten als weitere Befürchtungen, dass die Lehrkräfte der Interventionsschulen über eine unzureichende pädagogische Kompetenz im Bereich Sport verfügten und dass sich die Zusammenarbeit mit den Eltern als schwierig erweisen würde. Die Lehrkräfte sowie die Schulleitung vermuteten vor allem Probleme bei der Integration des täglichen Schulsports in die Stundentafel. Sowohl Übungsleiter als auch Lehrkräfte befürchteten die Zusammenarbeit mit den Eltern, insbesondere in Bezug auf deren kritische Einschätzung des Projekts.

Tabelle 2 stellt die Potenziale und Barrieren zum täglichen Schulsport aus Sicht der Eltern, Schullei-

tung, Lehrkräfte sowie Übungsleiter des Projekts zusammenfassend dar.

In Bezug auf die *Umsetzung des täglichen Sportunterrichts* nahmen Übungsleiter sowie Lehrkräfte wahr, dass die Kinder viel Spaß am täglichen und abwechslungsreichen Schulsport hatten. Aus Sicht der Übungsleiter ließ sich der Unterricht trotz Einschränkungen hinsichtlich Räumlichkeiten und Ausstattung mit den vorhandenen Gegebenheiten umsetzen. Dabei konnten die Leistungsfähigkeit und das Lerntempo der Schülerinnen und Schüler durch differenzierte Übungen berücksichtigt werden. Den Lehrkräften zufolge konnte die Unterrichtsqualität durch den täglichen Schulsport und den Einsatz von Übungsleitern verbessert werden. Eine wichtige Barriere aus Sicht der Eltern war, dass der Spaß und die Motivation der Kinder in Abhängigkeit von den Übungsleitern, der

Sportart und den Interessen der Kinder variierten. Diese Angabe wurde von den Übungsleitern bestätigt. Die Übungsleiter bemerkten, dass die reine Bewegungszeit bei 45 Minuten Sportunterricht nur 30 bis 35 Minuten beträgt, was aus ihrer Sicht insgesamt zu gering ist. Zudem wurde der Sportunterricht teilweise nicht in den Schulalltag integriert, sondern an den Schultag angehängt oder ihm vorgesetzt.

Im Bereich *schulische Bildung* wurde von den Eltern positiv eingeschätzt, dass sich die Erwartungen bestätigt hatten und die Kinder mehr Freude an der Schule hatten. Die Lehrkräfte haben – entgegen-gesetzt der Befürchtungen der Eltern – festgestellt, dass die Kinder keine Defizite gegenüber anderen Kindern im Unterrichtsstoff aufwiesen. Darüber hinaus wurde bemerkt, dass sich das Klassenklima insgesamt verbessert hat, insbesondere bezüglich des Verhaltens der Kinder untereinander. Die Kinder wurden von den Lehrerinnen und Lehrern im übrigen Unterricht als entspannter, motivierter, leistungsbe-reiter und aufnahmefähiger wahrgenommen, sodass die Unterrichtszeiten auch am Ende des Schultags effektiv genutzt werden konnten. Als wichtige Barriere im Bereich Schule nannten alle Gruppen den teil-weisen Ressourcenmangel an den Schulen. Die Durchführung des täglichen Sportunterrichts gestal-tete sich insbesondere aufgrund der fehlenden Sporthallen und Räumlichkeiten als schwierig. Wei-tere Barrieren waren die unzureichende Ausstattung und Materialien sowie die unzureichenden finanziel-len Mittel der Schulen. Nach Angaben der Lehrkräfte würden die Schulen an ihre Kapazitätsgrenzen gelan-gen, würde der tägliche Sportunterricht in der ge-samten Schule durchgeführt werden.

Im Bereich der *Projektumsetzung* bewerteten alle Befragten die Kombination aus Lehrkräften und Übungsleiterinnen bzw. -leitern als positiv. Diese wür-de bei einer flächendeckenden Umsetzung täglichen Schulsports bevorzugt werden. Bemängelt wurde von allen Gruppen der häufige Wechsel der Übungs-

leiter. Sowohl die Lehrkräfte als auch Übungsleiter kritisierten eine teilweise fehlende Qualifikation der jeweils anderen Gruppe. Aus Sicht der Übungsleiter waren weitere Barrieren eine unzureichend geregelte Kooperation zwischen Schulen und Übungsleitern sowie die ungenügende Unterstützung der Übungs-leiter durch die Schulen.

In Bezug auf das *Sportverhalten der Kinder* und die *Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung* wur-den ausschließlich positive Effekte wahrgenommen. Die Freude der Schülerinnen und Schüler am Sport und die Motivation zum Freizeitsport und neuen Sportarten konnte aus Sicht der befragten Gruppen gesteigert werden. Zudem wurde berichtet, dass die Kinder ausgeglichener und konzentrierter waren, über ein erhöhtes Selbstwertgefühl verfügten und ein verbessertes Sozialverhalten zeigten. Sowohl von den Lehrkräften als auch von den Übungsleitern wur-de wahrgenommen, dass sozial benachteiligte Kin-der und Kinder mit einem geringen Selbstbewusst-sein besonders von dem täglichen Sportunterricht profitierten. Alle befragten Personen würden den täg-lichen Sportunterricht weiterempfehlen.

Hürden und Anpassungen während der Projekt-laufzeit

Als wesentliche Hürden bei der Durchführung des täglichen Sportunterrichts zeigten sich organisato-risch und strukturell die teilweise fehlenden Res-sourcen (Räumlichkeiten, Ausstattung, finanzielle Mittel) der Interventionsschulen. Als weitere Hürde erwies sich die Bindung des Sportunterrichts an die 45-minütige Unterrichtsstunde, wodurch die tatsäch-liche Bewegungszeit der Kinder geringer ausfiel und bei ca. 30 bis 35 Minuten lag. Personell stellte eine weitere Hürde die unzureichende Qualifikation ein-zelner, insbesondere fachfremd unterrichtender Lehrkräfte dar.

Während der gesamten Projektlaufzeit wurde ste-tig versucht, auf die auftretenden Hürden zu reagie-

ren, um einen reibungslosen Projektablauf zu gewährleisten. Organisatorische und strukturelle Anpassungen wurden insbesondere hinsichtlich der fehlenden Räumlichkeiten vorgenommen. Waren in den Schulen keine ausreichend großen Turnhallen und Sportmaterialien vorhanden, wurde für jede Schule individuell geprüft, inwieweit Außenanlagen, Klassenräume oder Schulaula als Bewegungsraum genutzt werden konnten. Bei nicht ausreichend vorhandenen Sport- und Gerätematerialien wurden diese den Schulen seitens des Sportclubs bereitgestellt (Henze 2007). Inhaltliche Anpassungen wurden dahingehend vorgenommen, dass die Lehrkräfte ihre Unterrichtseinheiten weitgehend selbst gestalten konnten. Personell war ein ständiger Wechsel der Übungsleiter in den Interventionsschulen unumgänglich, da in der 3. und 4. Klasse die Sportarten von dementsprechend spezifisch ausgebildeten Übungsleitern durchgeführt werden sollten.

» Schlussfolgerung

Die Intervention »fit für pisa« nimmt die vielfach erhobenen Forderungen nach täglichem Sportunterricht während der gesamten Grundschulzeit auf und setzte diese an fünf Schulen um. Mit der standardisierten Durchführung durch speziell qualifizierte Lehrkräfte und auf Basis eines gesondert entwickelten und verbindlichen Curriculums wird die Qualität des Unterrichts verbessert. Diese wird zusätzlich durch ein begleitendes Qualitätsmanagement inklusive kontinuierlicher Supervision gesichert. Der Fokus des quantitativ gesteigerten Schulsports liegt zudem in der Integration der Schülerinteressen sowie dem Ausprobieren neuer Sportarten (Henze 2007). Die Evaluation der Intervention überprüft die

Nachhaltigkeit einer derartigen Intervention ein bzw. zwei Jahre nach ihrem Abschluss im Hinblick auf verschiedene gesundheits- und bildungsbezogene Effekte. Darüber hinaus werden über die Analyse der strukturellen Voraussetzungen sowie die systematische Ermittlung von Hemmnissen und ihrer Überwindung, Hinweise für eine flächendeckende Umsetzung eines bewegungsorientierten Aktivitätsprogramms gegeben (Walter et al. 2008). Mit der Integration von täglichem Sportunterricht in einen zentralen Lebensbereich im Kindesalter wird die körperliche Aktivität bei allen Schülerinnen und Schülern gefördert. Damit trägt diese Maßnahme zur Verbesserung der Chancengleichheit auch bei Kindern in sozial benachteiligten Stadtteilen bei, die häufig eine schlechtere Infrastruktur hinsichtlich bewegungsfördernder Freizeiteinrichtungen aufweisen.

Flächendeckende Maßnahmen zur Förderung der körperlich-sportlichen Aktivität sind national sowie auch international nicht bekannt. Ziel des ASC 1846 e. V. nach Beendigung der Projektlaufzeit ist es, den täglichen Schulsport in Göttingen weiterzuführen. Der Sportclub führt derzeit in Göttingen eine Kooperation mit einer bilingualen Grundschule mit täglichem Sportangebot durch. Trotz des Engagements von Kooperationsgemeinschaften sollte bedacht werden, dass der Verantwortungsbereich der Sport- und Bewegungserziehung für Kinder in Deutschland dem jeweiligen Kultusministerium obliegt.

» Literatur

Biddle, S., Cavill, N. (2008): Physical Activity and Children. Review 1: Descriptive Epidemiology. National Institute for Health and Clinical Excellence und Public Health Collaborating Centre (CC)

- for Physical Activity. Download unter http://www.children-on-themove.ch/dateien/dokumentation/NICE_PromotingPhysicalActivityChildrenReview1Epidemiology.pdf. Zugriff am 30.10.2010.
- Centers for Disease Control and Prevention [1997]: Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. *MMWR*, 46 [RR6].
- Deutscher Sportbund [2006]: DSB-SPRINT-Studie. Eine Untersuchung zur Situation des Schulsports in Deutschland.
- Henze, V. [2007]: »fit für pisa« – Mehr Bewegung in der Schule. Untersuchung über den Einfluss und die Wirkungen zusätzlicher Sportstunden auf die körperliche Fitness und das subjektive Wohlbefinden Göttinger Grundschüler. Dissertation, Sierke Verlag, Göttingen.
- Kavey, R. et al. [2003]: American heart association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. In: *Circulation*, 2003, 107 [11], pp. 1562–1566.
- Kolbe, L. [1993]: An essential strategy to improve the health and education of Americans. In: *Prev Med*, 1993, 22, pp. 544–560.
- Lampert, T. et al. [2007]: Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 2007, 50, S. 634–642.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen [LSB NRW] [2005]: Sport und Gesundheit. Handlungsprogramm 2015 für das Land Nordrhein Westfalen. LSB, Duisburg.
- Liersch, S. et al. [2011]: Forty-Five Minutes of Physical Activity at School Each Day? Curricular Promotion of Physical Activity in Grades One to Four. In: *Journal of Public Health* (in Druck). DOI: 10.1007/s10389-011-0409-3.
- Sallis, J., Owen, N. [1999]: Physical Activity & Behavioral Medicine. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Salmon, J. et al. [2007]: Promoting physical activity participation among children and adolescents. In: *Epidemiol Rev*, 2007, 29, pp. 144–159.
- Strauss, A. [1994]: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Wilhelm Fink Verlag, München.
- Strong, W., Malina, R., Blimkie, C. et al. [2005]: Evidence based physical activity for school-age youth. In: *J Pediatr* 146 [6], 2005, pp. 732–737.
- U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS] [2008]: In: Physical Activity Guidelines for Americans. Internet: www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx. Zugriff am 13.02.2012.
- Walter, U. et al. [2008]: Tägliche Bewegung in der Schule: Das Praxisprojekt »fit für pisa«. In: KKH [Hrsg.] in Zusammenarbeit mit MHH: Weißbuch Prävention 2007/2008. Beweglich? Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 209–216.
- World Health Organization [2008]: Global Strategy on Diet, Physical activity and Health. Genf.

» Prävention von Essstörungen und Adipositas im Setting Schule – Das Thüringer Modell

Uwe Berger, Bianca Bormann, Christina Brix, Melanie Sowa, Katharina Wick,
Dominique Schwartze, Bernhard Strauß

» Einleitung

Essstörungen wie Magersucht (Anorexia nervosa, AN) und Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa, BN) zählen zu den schwersten psychischen Erkrankungen im Jugendalter. Die Lebenszeitprävalenz für Mädchen und Frauen beträgt für AN 0,9 %, BN 1,5 % und Binge-Eating-Disorder (BED) 3,5 %. Hinzu kommt ungefähr die doppelte Anzahl Patientinnen mit der Diagnose »Essstörung vom nicht näher bezeichneten Typ«. Zunehmend sind auch Jungen und Männer von Essstörungen betroffen (AN 0,3 %, BN 0,5 %, BED 2 %; Treasure et al. 2010). Während bei der Magersucht der krankhafte Wunsch, dünner zu werden oder zu bleiben meist durch Hungern und zwanghafte Essrituale erreicht wird, ist die Bulimie durch den unkontrollierbaren Verzehr von großen Nahrungsmengen in kurzer Zeit mit anschließender »Säuberung« (Übersetzung des englischen Begriffs »purging«) gekennzeichnet. Die »Säuberung« (zum Beispiel Erbrechen, Einnahme von Diuretika oder Laxantien, exzessiver Sport), entfällt bei der BED (engl. »binge eating« = »Fressgelage«).

Hinter den nüchternen Zahlen der Prävalenzraten verbirgt sich eine für Eltern, Lehrkräfte und Betroffene selbst erschreckende und schwer zu begreifende Erkenntnis: Aus dem Wunsch dünner zu sein kann – anfänglich oft unbemerkt oder unterschätzt – eine nur schwer behandelbare oder sogar tödlich verlau-

fende Krankheit werden. Dies gilt insbesondere für die Magersucht mit einer Heilungsrate von knapp 50 % (Steinhausen 2002) und einer Sterberate (Letalität) zwischen 5 % und 15 % (Zipfel et al. 2000). Hinzu kommen vor allem viele Mädchen, die zwar nicht das Vollbild einer klinisch relevanten Essstörung zeigen, aber bereits unter einzelnen Symptomen (wie ständigen Gewichtssorgen mit regelmäßigen Reduktionsdiäten) leiden. In der KiGGS-Studie (Hölling und Schlack 2007) beantworteten 23,5 % der Mädchen im Alter zwischen elf und 13 Jahren zwei der fünf Fragen des sogenannten SCOFF-Tests zu Ess- und Figurproblemen zustimmend. Nach Grilo (2006) wenden insgesamt 12,4 % der weiblichen Jugendlichen regelmäßig extreme Praktiken der »Gewichtskontrolle« an, wie Erbrechen, oder die Einnahme von Medikamenten, wie Diätpillen, Entwässerungs- oder Abführmittel.

Während bei Essstörungen in den vergangenen Jahrzehnten nur ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist (siehe »S3-Leitlinien Essstörungen« DGPM/DKPM 2010), findet sich in den KiGGS-Daten eine Verdoppelung der Adipositasprävalenz seit den 1980er-Jahren. »Danach sind in Deutschland insgesamt 14,8 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von zwei bis 17 Jahren übergewichtig, davon leiden 6,1 % unter Adipositas« (Kurth und Schaffrath Rosario 2010, S. 647). Über die Entwicklungsspanne steigt die Adipositasrate kontinuierlich von 2,8 % bei den Zwei- bis Sechsjährigen auf 8,6 % bei den 14- bis 17-Jährigen (interpoliert nach ebd., Abbildung 1). Nach Exper-

tenmeinung (zum Beispiel Wardle 2009) ist Adipositas keine Essstörung, da mit dem starken Übergewicht nicht regelhaft psychische Probleme (wie Gewichtsphobie, zwanghaftes Essverhalten oder eine Körperbildstörung) einhergehen. Dennoch können Essstörungen und Adipositas als zwei Seiten einer Medaille betrachtet werden.

Allen Essstörungen gemeinsam ist eine in der Regel ausgeprägte Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden. Diese Angst manifestiert sich unter anderem in der regelmäßigen Umsetzung von Phasen restriktiven Essverhaltens (umgangssprachlich als »diäten« bezeichnet). So berichten die meisten Patientinnen mit Essstörungen rückblickend von einer »Diätkarriere« (Jacobi und Fittig 2008, Haines und Neumark-Sztainer 2006). Zudem liegt die Komorbidität von Binge-Eating-Störung und Adipositas bei ca. 20 bis 40 % (Biedert und Keller 2002). Das bedeutet, eine dauerhafte Unzufriedenheit mit der eigenen Figur, chronische Gewichtssorgen und regelmäßige Abnehmversuche können sowohl in einer Essstörung als auch in – meist progredientem – Übergewicht münden. In beiden Fällen lässt sich ein Teufelskreis der Dynamik von Verhalten und Erleben erkennen, der zu einer stetigen Verschlimmerung der Erkrankung führt. Bei AN ist es das fortschreitende Untergewicht, bei BN und BED die zunehmende Häufigkeit von Fressattacken, die lebensbedrohlich bzw. unerträglich werden; bei Adipositas stellen sich mit zunehmendem Gewicht körperliche Erkrankungen (wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Rücken- und Gelenksbeschwerden) ein.

Auf psychischer Seite führen sowohl Essstörungen als auch Adipositas zu einem oft vollständigen sozialen Rückzug, mit Depressionen, Ängsten sowie Zwangs- und Suchtverhalten. Gründe für diesen Rückzug sind bei Essstörungen oft starke Schamgefühle und die Angst vor Entdeckung, bei Adipositas kommt zu den Schamgefühlen Stigmatisierung und Diskriminierung hinzu (vgl. Warschburger 2008).

Aufgrund der Parallelen und Verflechtungen sowohl bei den Risikofaktoren als auch bei der Ätiologie bei der Erkrankung liegt die Frage nahe, ob es nicht möglich wäre, beiden Störungsformen bereits in der Entstehung entgegenzuwirken.

Prävention bei Essstörungen und Adipositas – (wie) geht das?

In einer Meta-Analyse (Stice et al. 2007) über 81 internationale Präventionsprogramme zeigen sich systematische Unterschiede der Effektivität in Abhängigkeit von der Art der Implementierung. Demnach waren Programme wirksamer, die folgende Kriterien erfüllen:

- interaktiv (gegenüber didaktisch im Sinne »frontaler« Wissensvermittlung),
- selektiv (gegenüber universell),
- basierend auf mehreren Lektionen (gegenüber Einzellektion),
- mädchenspezifisch (gegenüber gemischtgeschlechtlich = koedukativ),
- dargeboten für Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 15 Jahren (gegenüber jüngeren),
- durchgeführt von externen Fachkräften (gegenüber schuleigenen Lehrkräften).

In Bezug auf eine mögliche Vorbeugung bei Magersucht ist jedoch ein Beginn der Prävention ab 15 Jahren kritisch zu bewerten, da in diesem Alter bereits der Prävalenzgipfel der Magersucht liegt. Die Programme zielen damit eher auf Früherkennung und sind demzufolge der sekundären Prävention zuzuordnen.

Gemeinsam ist der überwiegenden Mehrzahl der bislang entwickelten und erprobten Maßnahmen die Auswahl der »Lebenswelt Schule« als Setting für die Umsetzung Erfolg versprechender Interventionen (WHO 1998, S. 19). Nur hier ist a priori ein sozial gerechter und niederschwelliger Zugang gewährleistet. Um nachhaltig und systematisch mit Schulen zu arbeiten, ist eine Koordination und Kooperation mit dem jeweiligen Kultusministerium bzw. Kultursenat eines Bundeslands erforderlich. Die enge Absprache und Zusammenarbeit mit einem bestimmten Ministerium führt dann zu einer jeweils eigenen Ausprägung des Präventionsangebots in Bezug auf die folgenden Aspekte:

- Inhalte: Welchen Erkrankungen soll mit welcher Reichweite vorgebeugt werden?
- Umfang: Wie viele »Einheiten« umfasst ein Projekt? Welche Fächer bzw. Lehrkräfte sollen einbezogen werden? Gehören auch die Eltern zu den Adressaten?
- Konkrete Umsetzung: Wer macht was? Durchführung innerhalb oder außerhalb des regulären Unterrichts?

In Thüringen war 2004 die Situation gegeben, dass das damalige Kultusministerium (jetzt TMBWK) auf unsere Anfrage hin einen Bedarf für ein langfristig kostenneutrales Präventionsangebot bei Essstörungen signalisierte. Bedingungen waren jedoch die Unabhängigkeit der Programmdurchführung an den Schulen von externen Expertinnen und Experten und der Verzicht auf eine randomisierte Gruppenzuweisung bei der Durchführung der kontrollierten Evaluationsstudien (um Schulen und Lehrkräfte nicht durch Wartelisten zu demotivieren).

Das Präventionsprogramm PriMa wird daher von den schulinternen Lehrkräften nach einer eintägigen Fortbildung selbstständig mit Unterstützung eines ca. 100-seitigen Lehrmanuals in neun Unterrichtseinheiten durchgeführt. Jede Lektion beginnt mit der

Präsentation eines Posters, auf dem Szenen aus dem Leben einer Barbie-Puppe und ihrer »Familie« dargestellt sind, in Kombination mit einem Zitat eines magersüchtigen Mädchens. Der Widerspruch zwischen strahlend lächelnder Barbie und dem Ernst des Zitats erzeugt eine sogenannte »kognitive Dissonanz« und soll die Mädchen anregen, ihre Einstellungen zum Ideal »Je schlanker, desto besser/beliebter« zu überdenken.

Diese Anwendung der Methode der Dissonanzinduktion (siehe auch Roehrig et al. 2005, Stice et al. 2003) setzt voraus, dass die Lehrkräfte keine Lösungen vorgeben, sondern die Mädchen selbstständig und eigenverantwortlich zu einer Einstellungsänderung gelangen. Schrittweise lernen die Mädchen im PriMa-Projektunterricht, die besondere Dynamik der Magersucht zu erkennen und eignen sich Kompetenzen an, um den Gefahren und Verlockungen des »Hineinrutschens« in die Essstörung begegnen zu können. PriMa ist in Form einer Verlaufsmatrix aufgebaut, das heißt, jede Unterrichtseinheit führt von »unauffällig«, über »subklinisch auffällig« bis »klinisch auffällig« tiefer in die Besonderheiten der Magersucht ein (siehe Berger et al. 2007 bzw. ausführlich: Berger 2008).

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit und des Gelingens der Implementierung des neuen Programms PriMa folgten wir den Empfehlungen der »Society for Prevention Research« (SPR) für eine umfassende Evaluation mit den drei Schritten »Erprobung«, »Bewährung im Feld« und »flächendeckende Verbreitung« (Flay et al. 2005). Nach der erfolgreichen Prozessevaluation (Berger, Ziegler und Strauß 2008) erfolgten zwei Wirkungsevaluationen in Form von Prä-/Post-Kontrollgruppenstudien über drei Messzeitpunkte (Baseline, Post-Intervention und Drei-Monats-Follow-up) an 42 Thüringer Schulen (N = 1006 Mädchen zwischen elf und 14 Jahren, siehe Berger et al. 2007) bzw. 92 Schulen (N = 1553 Mädchen zwischen elf und 14 Jahren, siehe BMBF-

Angebot	6. Klasse	7. Klasse	8. Klasse	ab 9. Klasse
Bausteine für Projektunterricht	PriMa ¹ , TOPP ²	Torera ³	STARK ⁴	Peer-to-Peer ⁵
Begleitforschung	Prozessevaluation und Wirkungsevaluation mit kontrollierten Studien mit Prä-/Post-Messungen			Langzeitforschung
Unterstützung	Infotelefon der Thüringer Essstörungeninitiative, ThEssi e. V. (03641-937747)			
Fortbildung Lehrkräfte	Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (ThILLM) Bundesweit: Heidelberger Präventionszentrum, HPZ (www.h-p-z.de)			
Material	Kostenlos für Thüringer Schulen über Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (TMBWK) Für Schulen bundesweit: Einkauf über HPZ			

1 Primärprävention Magersucht für Mädchen
2 Teenager ohne pfundige Probleme – Prävention Übergewicht und Bewegungsmangel für Jungen
3 Primärprävention Bulimie, Fressattacken und Adipositas für Mädchen und Jungen
4 Stationsarbeit: kompetent in Ernährung und Bewegung
5 Ältere Jugendliche schulen Jüngere (in Vorbereitung)

Tab. 1: Gesamtkonzept zur Prävention von Essstörungen und Adipositas

Projekt, Nr. 01EL0602, Strauß und Berger 2008). Es konnten signifikante Verbesserungen durch das Präventionsprogramm für Essverhalten, Wissen und Körperselbstwert (primäre Outcomes) gegenüber der Kontrollgruppe nachgewiesen werden. Negative Programmwirkungen konnten anhand eines Vergleichs der Veränderungen auf den primären Zielvariablen in Interventions- und Kontrollgruppe ausgeschlossen werden (Wick et al. 2011).

Auf Wunsch vieler Schulen wurde PriMa durch das Angebot TOPP (Teenager ohne pfundige Probleme, siehe Sowa 2008) für Jungen der 6. Klasse sowie das koedukative Aufbauprogramm Torera für Mädchen und Jungen der 7. Klasse (siehe Berger 2008) und die Auffrischungssitzung STARK (siehe Wick 2010) für Mädchen und Jungen der 8. Klasse ergänzt. Dieses Gesamtpaket zur Gesundheitsförderung im Bereich des Ess- und Bewegungsverhaltens

steht allen Thüringer Schulen bei Anmeldung bis 2011 kostenlos zur Verfügung. Deutschlandweit können PriMa und TOPP über das Heidelberger Präventionszentrum (www.h-p-z.de) erworben werden (siehe Tabelle 1).

Bei der Prävention von Essstörungen ist unstrittig, dass diese auf jeden Fall geschlechtsspezifische Anteile enthalten sollte (vgl. zum Beispiel Stice et al. 2007 oder Levine und Smolak 2006). Wir kamen in Gesprächen mit Lehrkräften zu dem Schluss, dass auch für Jungen die Themen »Selbstbewusstsein«, »Hänseln und Gehänseltwerden« und »Gewichtsprobleme« geschlechtsspezifisch angeboten werden sollten. Innerhalb des TOPP-Programms sollen die Jungen Alternativen zu ungünstigen Ernährungsgewohnheiten kennenlernen und ausprobieren. Sie werden motiviert, schrittweise mehr Bewegung in ihren Alltag zu integrieren und die positiven Effekte auf

Wohlbefinden, Körper und soziale Kontakte zu beobachten.

Eine differenzierte Übersichtsarbeit zum internationalen Stand der Adipositasprävention wurde 2010 von Brandt und Kollegen publiziert. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Schule das ideale Setting für Erfolg versprechende Programme ist. Sie identifizieren mehrere kritische Phasen für eine mögliche Beeinflussung der Gewichtsentwicklung. Neben der Fetalzeit und dem ersten Lebensjahr sind dies die Grundschulzeit und die Pubertät. Während Mädchen in dieser Phase nach einem schlanken Körperideal streben und besonders anfällig für die Entwicklung von Essstörungen sind, versuchen Jungen, eher Muskeln aufzubauen, um sich in der Gruppe der Gleichaltrigen behaupten zu können (McCabe und Ricciardelli 2004). Brandt et al. resümieren mehrere Erfolgsfaktoren für wirksame Präventionsprogramme (2010, S. 218):

- Langfristige Intervention (mindestens ein Schuljahr, optimal die gesamte Schulzeit),
- Bearbeitung des Themas »zuckerhaltige Getränke« und Einschränkung des Angebots am schulinternen Kiosk,
- Aufnahme des Themas »TV-Konsum« in den Schulunterricht,
- Aufstellen von frei zugänglichen Wasserspendern im Schulgebäude,
- gezielte Förderung der körperlichen Aktivität im Schulalltag, zum Beispiel durch bewegte Pausen,
- Modifizierung des bestehenden Sportunterrichts,
- Einbezug der Eltern in die Intervention (Elternabende, Familienhausaufgaben).

Auffällig ist hierbei, dass alle Erfolgsfaktoren neben Verhaltensprävention auch eine weitreichende Verhältnisprävention, das heißt in den Worten der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) eine »Änderung adipogener Lebensbedingungen« (2007, S. 10) erfordern. Grundsätzlich muss eine vorbeu-

gende oder eindämmende Intervention bei Übergewicht und Adipositas parallel an zwei Stellen ansetzen, um Aussicht auf Erfolg zu haben: dem Hinwirken auf eine langfristig gesündere Ernährung und einer deutlichen Steigerung des Bewegungspensums mit dem Resultat einer negativen Energiebilanz (siehe zum Beispiel DAG 2007).

In Thüringen entschieden wir uns 2006 gemeinsam mit dem TMBWK, auch für die Adipositasprävention ein eigenes Programm zu entwickeln, da zu diesem Zeitpunkt keine evaluierte deutschsprachige Intervention für Jugendliche vorlag (siehe Sowa 2008). Das Programm sollte vielfältige verhaltenspräventive Anteile enthalten (wie zum Beispiel die Analyse und Veränderung individueller Ess- und Bewegungsgewohnheiten), da diese schneller und einfacher umzusetzen sind. Darüber hinaus sollten verhältnispräventive Aspekte berücksichtigt werden, um eine nachhaltige Programmwirkung sicherzustellen (zum Beispiel von den Schülerinnen und Schülern erarbeitete Vorschläge an die Schulleitung zur Umgestaltung des Schulgeländes im Hinblick auf mehr Bewegungsmöglichkeiten oder die Veränderung des Essensangebots an der Schule).

Eine Meta-Analyse über 22 internationale Studien zu schulischen Adipositas-Präventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen (Summerbell et al. 2005) zeigt, dass zwar der TV-Konsum reduziert, die körperliche Aktivität (jeweils Selbstbericht) gesteigert und das ernährungsbezogene Wissen verbessert werden konnte; jedoch fand sich bei einem Großteil der Programme kein bedeutsamer Einfluss auf den Gewichtsstatus (BMI) der Kinder. Diese eher ernüchternden Aussichten decken sich mit den Ergebnissen unserer Evaluation zu TOPP mittels einer Prä-/Post-Kontrollgruppenstudie (N = 996 elf- bis 14-jährige Jungen; siehe Schwartze et al. 2011): Weder auf den Variablen »Essverhalten«, »Figurzufriedenheit«, »Hänselerfahrungen« noch »Körperselbstwert« konnten Verbesserungen gegenüber der

Kontrollgruppe erzielt werden. Lediglich das ernährungs- und bewegungsbezogene Wissen verbesserte sich bei der Gruppe der übergewichtigen Jungen signifikant. Trotzdem wurde TOPP von den insgesamt 29 Lehrkräften und Schulklassen, die das Programm bis zum Zeitpunkt der Evaluation 2008 durchführten, sehr positiv aufgenommen, da es viele Möglichkeiten bietet, auch spielerisch mit dem Thema Ernährung, Bewegung, Figur und Gewicht umzugehen (zum Beispiel Rollenspiele zum Umgang mit Hänkeln und Gehänkseltwerden). Unsere Erfahrungen mit dem TOPP-Programm bestätigen, dass Präventionserfolge ohne die bei Brandt et al. herausgestellten strukturellen Veränderungen (Verhältnisprävention) nicht erzielt werden können. Zwar sind in TOPP viele Vorschläge für Hausaufgaben, Mitarbeit der Eltern, Veränderungen in der Schule usw. enthalten, diese wurden jedoch kaum von den beteiligten Schulen umgesetzt.

Ausblick

Sowohl Essstörungen als auch Adipositas sind Erkrankungen, von denen Kinder und Jugendliche in zunehmendem Maß betroffen sind. Wenngleich Adipositas ausdrücklich nicht als Essstörung gilt, sollte angesichts der großen Überschneidungen bei der Ätiologie und den aufrechterhaltenden Bedingungen beider Erkrankungen erwartet werden, dass die gesundheitliche Versorgung ebenfalls große Schnittmengen zeigt. Bislang erfolgen jedoch sowohl Prävention, Therapie als auch Forschung bei beiden Erkrankungen weitgehend getrennt: Adipositas wird in erster Linie als körperliche Erkrankung definiert und daher aus medizinischer Sicht betrachtet und behandelt; Essstörungen werden in erster Linie als

psychische Erkrankungen gesehen und fallen damit in die Zuständigkeit von Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (bzw. Ärztinnen und Ärzten mit entsprechender Spezialisierung und/oder Zusatzausbildung). Ein Wandel dieser strikten Trennung ist zum Beispiel beim Titel des Buches »Handbuch Essstörungen und Adipositas« (Herpertz et al. 2008) zu erkennen, bei dem sich Expertinnen und Experten beider Fachrichtungen zusammengetan haben, um die wichtigsten Erkenntnisse zu beiden Erkrankungen zusammenzutragen.

Unsere Erfahrungen mit der Implementierung primärpräventiver Interventionen bei Essstörungen und Adipositas in Thüringen haben gezeigt, dass eine strikt getrennte Herangehensweise an beide Problembereiche weder mit der Realität des Auftretens der beiden Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen noch mit den Erwartungen der Adressaten an Präventionsprogramme vereinbar ist. Wir haben uns dafür entschieden, unter der Überschrift »Bausteine für ein gesundes Ess- und Bewegungsverhalten« ein Gesamtkonzept entsprechend Tabelle 1 für die Klassenstufen 6 bis 9 in Thüringen zu etablieren (siehe auch Berger et al. 2011). Welche Bausteine hierbei wie gut wirken und von den Adressaten angenommen werden, konnten wir in einer umfassenden Evaluation darlegen. Die Nachhaltigkeit der Implementierung in Thüringen hängt nun jedoch davon ab, wie gut die Überführung der Projektverantwortlichkeit aus der Phase der intensiven Begleitung durch das TMBWK und unser Institut am Universitätsklinikum Jena in ein Routineangebot des Landes (zum Beispiel durch kostenlose Ausleihmöglichkeit der Materialien zu den Programmen bei den Landesbildstellen) gelingt.

» Literatur

- Berger, U. (2008): Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen – Die Programme »PriMa«, »TOPP« und »Torera« zur Prävention von Magersucht, Bulimie, Fressanfällen und Adipositas. Kohlhammer, Stuttgart.
- Berger, U., Joseph, A., Sowa, M., Strauß B. (2007): Die Barbie-Matrix: Wirksamkeit des Programms PriMa zur Primärprävention von Magersucht bei Mädchen ab der 6. Klasse. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 57, S. 248–255.
- Berger, U., Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Schwartze, D., Strauß, B. (2011): Primary prevention of eating related problems in the real world. *Journal of Public Health*. Download unter www.springerlink.com/content/619j4n8162648711/fulltext.pdf. Zugriff am 24.06.2011.
- Berger, U., Ziegler, P., Strauß, B. (2008): PriMa für Barbie: Formative Evaluation eines Programms zur Primärprävention von Magersucht bei Mädchen ab der 6. Klasse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54, S. 32–45.
- Biedert, E., Keller, U. (2002): Binge Eating Disorder bei Adipositas. *Schweiz Med Forum*, 40, S. 945–948.
- Brandt, S., Moß, A., Berg, S., Wabitsch, M. (2010): Schulbasierte Prävention der Adipositas: Wie sollte sie aussehen? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53, S. 207–220.
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (Hrsg.) (2007): Evidenzbasierte Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas. Internet: www.adipositas-gesellschaft.de. Zugriff am 24.06.2011.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) (2010): S3-Leitlinie – Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Download unter www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026I_S3_Diagnostik_Therapie_Essstoerungen.pdf. Zugriff am 24.06.2011.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Moscick, E. K., Schinke, S., Valentine, J. C., Ji, P. (2005): Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6, pp. 151–175.
- Grilo, M. G. (2006): *Eating and Weight Disorders*. Psychology Press Taylor & Francis Group, Hove.
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D. (2006): Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 21, pp. 770–782.
- Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hrsg.) (2008): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Springer, Berlin.
- Hölling, H., Schlack, R. (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, S. 794–799.
- Jacobi, C., Fittig, E. (2008): Psychosoziale Risikofaktoren. In: Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Springer, Berlin, S. 67–74.
- Kurth, B. M., Schaffrath Rosario, A. (2010): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53, S. 643–652.
- Levine, M. P., Smolak, L. (2006): The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A. (2004): A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 39, pp. 145–166.

- McVey, G. L., Tweed, S., Blackmore, E. (2004): Dieting among preadolescent and young adolescent females. *Canadian Medical Association Journal*, 170, pp. 1559–1561.
- Roehrig, M., Thompson, J. K., Brannick, M., van den Berg, P. (2005): Dissonance-based eating disorder prevention program: A preliminary dismantling investigation. *Int J Eat Disord*, 39, pp. 1–10.
- Schwartz, D., Sowa, M., Bormann, B., Brix, C., Wick, K., Strauß, B., Berger, U. (2011): Evaluation der Wirkung des schulbasierten Präventionsprogramms TOPP »Teenager ohne pfundige Probleme« auf adipositasrelevante Faktoren an Thüringer Schulen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, S. 349–356.
- Sowa, M. (2008): Evaluation des Schulprogramms TOPP zur Prävention von Übergewicht und Bewegungsmangel bei Jungen ab der sechsten Klasse. Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität, Jena.
- Steinhausen, H. C. (2002): The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*, 159, pp. 1284–1293.
- Stice, E., Shaw, H., Marti, C. N. (2007): A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, pp. 207–231.
- Stice, E., Trost, A., Chase, A. (2003): Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *Int J Eat Disord*, 33, pp. 10–21.
- Strauß, B., Berger, U. (2008): Schlussbericht »Evaluation und Wirkungsnachweis der Programme »PriMa« und »Torera« zur Primär-Prävention von Ess-Störungen bei Schülerinnen ab dem 6. Schuljahr«. BMBF-Förderkennzeichen 01EL0602. Download unter <http://edok01.tib.uni-hannover.de/edoks/e01fb10/625953053.pdf>. Zugriff am 24.06.2011.
- Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L., Kelly, S. A. M., Brown, T., Campbell, K. J. (2005): Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, pp. 1–70.
- Wardle, J. (2009): Is obesity an eating disorder? *The European Health Psychologist*, 11, pp. 52–55.
- Warschburger, P. (2008): Psychosoziale Faktoren der Adipositas in Kindheit und Adoleszenz. In: Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Springer, Berlin, S. 259–264.
- Wick, K. (2010): Effekte einer Auffrischungssitzung zur Prävention von Essstörungen an Schulen (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Friedrich-Schiller-Universität, Jena.
- Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Strauß, B., Berger, U. (2011): Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Preventive Medicine*, 52, pp. 152–158.
- World Health Organisation (WHO) (Ed.) (1998): *Health Promotion Glossary*. WHO, Geneva. Download unter www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary.en.pdf. Zugriff am 24.06.2011.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., Herzog, W. (2000): Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*, 355, pp. 721–722.

» Erfahrungen bei der Implementierung von *Faustlos*

Manfred Cierpka

» Was ist das Besondere an *Faustlos*?

Faustlos (Cierpka 2005) ist ein Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen. Es dient der Prävention aggressiven Verhaltens, fördert die psychische Gesundheit von Kindern und stärkt deren Selbstwertgefühl. Übergeordnetes Ziel von *Faustlos* ist die Erweiterung des Verhaltensrepertoires und die gezielte Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen, um so gewalttätigem Verhalten vorzubeugen. Die zu Beginn erarbeiteten emotionalen und kommunikativen Basiskompetenzen werden dabei sukzessive um Handlungskompetenzen ergänzt und erweitert. Kinder lernen durch *Faustlos*

- kompetent mit Gefühlen umzugehen (Empathieförderung),
- Probleme kreativ und effektiv zu lösen (Impulskontrolle) und
- konstruktiv mit Ärger und Wut umzugehen (konstruktiver Umgang mit Ärger und Wut).

Faustlos fördert die Konfliktfähigkeit bzw. Konfliktkompetenz von Kindern und stärkt deren Selbstwertgefühl. Das Curriculum liegt in drei Versionen vor:

- *Faustlos* für den Kindergarten,
- *Faustlos* für die Grundschule,
- *Faustlos* für die Sekundarstufe.

Sämtliche *Faustlos*-Curricula basieren auf dem bewährten amerikanischen Ansatz »Second Step«, der europaweit – und vor allem in den skandinavischen Ländern – umgesetzt wird. Die Originalmaterialien wurden in einem mehrstufigen Prozess übersetzt, im ständigen Feedbackprozess mit Lehr- und Erziehungskräften weiterentwickelt, evaluiert und dem deutschsprachigen Kulturraum angepasst.

Die für die Durchführung des Programms benötigten Materialien (Cierpka 2001, 2004; Cierpka und Schick 2011) umfassen ein Handbuch, ein Anweisungsheft und Bildmaterialien (Fotos) und sind nur in Verbindung mit der Teilnahme an einer entsprechenden Fortbildung erhältlich. Die Materialien und Lektionsinhalte sind entwicklungspsychologisch fundiert und den jeweiligen altersspezifischen Ausgangsbedingungen der Kinder angepasst. So sind im *Faustlos*-Koffer für Kindergärten die Handpuppen »Wilder Willi« und »Ruhiger Schnecke« enthalten. Die Materialien für das Sekundarstufenprogramm umfassen zusätzlich eine DVD mit Videosequenzen, die verschiedene soziale Kompetenzen illustrieren.

Im Handbuch ist der theoretische Hintergrund von *Faustlos* beschrieben, es sind alle Informationen zur Anwendung des Curriculums aufgeführt und es umfasst einen umfangreichen Anhang mit ergänzenden Anregungen zur spielerischen Vertiefung verschiedener Inhalte. Im Anweisungsheft sind alle Lektionen in der Reihenfolge der Durchführung detailliert beschrieben. Die Anweisungen sind durchgängig untergliedert in einen Vorbereitungsteil, eine Geschichte mit Diskussionsfragen und einen Vertiefungsteil mit

Rollenspielen und anderen Übungen zur Übertragung des Gelernten. Das Anweisungsheft und die Fotos sind die Grundlage für die *Faustlos*-Arbeit. Auf den Fotos sind passend zum Thema der jeweiligen Lektion soziale Situationen dargestellt, die zunehmend komplexer werden. Jeder *Faustlos*-Stunde liegt ein entsprechendes Bild zugrunde, anhand dessen schrittweise die jeweiligen Lernziele erarbeitet werden. Nach einer ersten kognitiven Auseinandersetzung mit dem Stundenthema wird das Gelernte anschließend in Rollenspielen praktisch geübt; abschließend werden Möglichkeiten der Übertragung auf den Lebensalltag der Kinder besprochen.

Mit den *Faustlos*-Materialien wird den Lehr- bzw. Erziehungskräften somit ein klares, kleinschrittiges und praxiserprobtes Curriculum zur Verfügung gestellt, dessen Effektivität eng an die Einhaltung der Reihenfolge der Lektionen und vor allem an die authentische Umsetzung des Curriculums gekoppelt ist. Die nachhaltige Wirksamkeit von *Faustlos* ist umso größer, je mehr die durchführenden Personen von diesem Programm überzeugt sind.

Inzwischen wird *Faustlos* bundesweit und auch in Österreich, der Schweiz und Luxemburg in über 9000 Grundschulen und Kindertagesstätten (Stand: Mai 2011) mit großem Erfolg eingesetzt. Neben verschiedenen didaktischen Standards (zum Beispiel Kombination von kognitiven, emotionalen und praktischen Lernphasen; spielerisches Üben sozialer Kompetenzen; Kleinschrittigkeit; kontinuierliche Übertragung des Gelernten in den Alltag) realisiert *Faustlos* auch zentrale strukturelle Bedingungen für eine effektive Präventionsarbeit:

- *Faustlos* setzt früh in der Entwicklung von Kindern an (»Je früher, desto besser«).
- *Faustlos* arbeitet langfristig an der Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen.
- *Faustlos* ist ein »niederschwelliges« Angebot (Breitenwirksamkeit).

- *Faustlos* wird kontinuierlich wissenschaftlich evaluiert (Qualitätssicherung ist obligatorischer Bestandteil des Programms, vgl. Schick 2006).

Welches Vorgehen hat sich bei der Einführung von *Faustlos* bewährt?

Am wirkungsvollsten ist es, wenn die Schülerinnen und Schüler das Programm in jeder Klassenstufe vermittelt bekommen und das gesamte Kollegium trainiert wird, denn Verhaltensänderungen brauchen Zeit. Das Programm ist daher am erfolgreichsten, wenn es kontinuierlich während der gesamten Grundschulzeit eingesetzt wird. Des Weiteren wird das Gelernte eher von den Schülerinnen und Schülern angewendet, wenn es ihnen bei allen in der Schule tätigen Personen begegnet, das heißt im Gespräch mit der Schulleitung, mit der Beratungslehrerin oder dem Beratungslehrer, bei der Buchausleihe, der Pausenaufsicht, in der Auseinandersetzung mit dem Hausmeister bzw. der Hausmeisterin usw. Wenn *Faustlos* nicht in der ganzen Schule eingeführt werden kann, ist es hilfreich, wenn wenigstens zwei Lehrkräfte in einer Schule damit arbeiten, sodass sie Beobachtungen vergleichen, Fortschritte diskutieren, eventuell gegenseitig Stunden beobachten und sich ein Feedback geben können. Wenn etwa Lehrkräfte Freistunden erübrigen können oder Referendarinnen und Referendare im Unterricht hospitieren, bietet *Faustlos* eine ausgezeichnete Möglichkeit für gemeinsames Unterrichten.

Folgende Schritte haben sich bei der Implementierung von *Faustlos* bewährt:

» Bilden eines Teams, das *Faustlos* unterstützt (*Faustlos*-Unterstützungsteam)

Wenn die Schule sich entschieden hat, *Faustlos* zu implementieren, werden die durchzuführenden Planungsaufgaben von Mitgliedern des Kollegiums sowie Elternvertreterinnen und -vertretern, die sich einer erfolgreichen Implementierung gegenüber verpflichtet sehen, übernommen. Diese das Projekt fördernde Gruppe nennen wir *Faustlos*-Unterstützungsteam.

Alle an *Faustlos* interessierten Lehrkräfte schließen sich zu einer Gruppe zusammen. Es ist besonders wichtig, dass *Faustlos*-Lehrer und -Lehrerinnen selbst über gute Problemlöse- sowie Ärger- und Wutmanagement-Fähigkeiten verfügen, um den Schülerinnen und Schülern ein gutes Beispiel zu sein. Ihr Führungsstil in der Klasse sollte mit den Zielen des Programms, das sie lehren, übereinstimmen; sie sollten ein Beispiel geben, was den gegenseitigen Respekt vor Gefühlen, Fähigkeiten und dem Potenzial zur Lösung interpersoneller Probleme betrifft.

Die Gruppe sollte koordiniert werden. Der Leiter bzw. die Leiterin der Schule oder Behörde ernennt einen solchen Koordinator bzw. eine solche Koordinatorin, oder diese(r) wird vom Kollegium vorgeschlagen. Für diese Rolle sind sicherlich Beratungslehrerinnen- und -lehrer oder Vertrauenslehrerinnen und -lehrer besonders qualifiziert. Die Koordinatorin bzw. der Koordinator, die oder der die Aufgaben des Unterstützungsteams planmäßig festlegt und fördert, sollte dem Leiter bzw. der Leiterin der jeweiligen Einrichtung gegenüber direkt Bericht erstatten.

Die erstmalige Einführung von *Faustlos* in der Grundschule sollte durch die Klassenlehrerinnen bzw. -lehrer erfolgen. Dieses Vorgehen hat mehrere

Vorteile: Klassenlehrerinnen oder -lehrer sind in der Regel am häufigsten in der Klasse präsent und können deshalb am besten für die Übertragung des Gelernten – ein Hauptziel des Curriculums – sorgen. Durch den engen und regelmäßigen Kontakt zur Klassenlehrerin bzw. zum Klassenlehrer können sich die Schülerinnen und Schüler zudem jederzeit an sie bzw. ihn wenden, wenn im Laufe des Curriculums Fragen auftauchen. Der Unterricht durch die Klassenlehrerin bzw. den Klassenlehrer stellt zudem sicher, dass *alle* Schüler und Schülerinnen einer Klasse an den Lektionen teilnehmen, was zu neuen Verhaltensnormen in der Klasse beitragen kann.

» Vorbereiten eines Finanzierungsplans

Bei der Festsetzung des Haushaltsplans für die *Faustlos*-Implementierung in einer Klasse bzw. in mehreren Klassen einer Schule sind die folgenden Kosten zu berücksichtigen:

- Einkauf der Curricula,
- Trainingskosten (eventuell Freistellungszeiten),
- die Implementierung unterstützenden Optionen (informierende Veranstaltungen [»Booster sessions«], Trainingsvideo).

Die Kosten sollten für das entsprechende Haushaltsjahr veranschlagt und eingeplant werden. Zum Kauf der Materialien und zur Bezahlung des Trainings der Lehrkräfte sind die Kindergärten und Schulen oft auf finanzielle Unterstützung angewiesen. Möglichkeiten zur Unterstützung bietet das »Bündnis für Kinder gegen Gewalt«, das ein Patenschaftsmodell für Sponsoren bzw. Sponsorinnen aufgelegt hat.

» Das Training der Lehrkräfte

Das Training soll sicherstellen, dass die Klassenlehrerinnen und -lehrer (das heißt diejenigen, die in erster Linie das Curriculum präsentieren) mit der Vermittlung der *Faustlos*-Fähigkeiten vertraut sind und sich in deren Unterrichtung sicher fühlen. Das Training vermittelt dem Kollegium ein grundlegendes Verständnis für die Rolle, die sie bei der Verstärkung der während des Curriculums vermittelten Fähigkeiten spielen.

Faustlos ist effektiver, wenn die Lehrkräfte vor der Einführung darin trainiert werden, wie sie den Kindern die Inhalte des Programms wirkungsvoll vermitteln können. Inhalte eines solchen eintägigen Trainings sind: Informationen über Verhaltensprobleme von Kindern und deren Hintergründe, Einführung in die theoretischen Grundlagen von *Faustlos*, Einüben der Vorgehensweisen und Unterrichtsstrategien des Curriculums (Bildmaterialien, Rollenspiele, Übertragung des Gelernten etc.).

Neben der theoretischen Vermittlung und der Diskussion steht die praktische Erprobung im Vordergrund. In Kleingruppen üben die Lehrkräfte den Umgang mit dem Bildmaterial, indem sie sich gegenseitig unterrichten, die vorgesehenen Geschichten erzählen und Rollenspiele durchführen. Dabei sollen sie insbesondere eine neutrale Haltung beim Brainstorming der Lösungen und bei der Problembeschreibung, das Anleiten und Erleichtern von Rollenspielen und die Übertragung des Gelernten einüben.

Zu diesem Training erhalten die Lehrkräfte die Bildmaterialien und ein Handbuch, in denen alle Informationen schriftlich zusammengefasst sind. Meistens stehen diese Materialien jedoch schon vor dem Training in der jeweiligen Institution zur Verfügung, so dass sich die Interessierten schon vor dem Training damit beschäftigen können. Wenn die Inhalte des

Curriculums schon vor dem Training bekannt sind, können sich die Trainerinnen und Trainer mehr auf die übenden Anteile konzentrieren, die den meisten Lehrkräften weniger vertraut sind.

» Sicherstellen einer kontinuierlichen Unterstützung der Implementierung

Ein weiterer entscheidender Schritt für eine erfolgreiche Implementierung von *Faustlos* ist die kontinuierliche Unterstützung aller Kollegiumsmitglieder und/oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben. Dies gilt in besonderem Maße für die Klassenlehrerinnen und -lehrer, die die Lektionen unterrichten. Diese Unterstützung hilft sicherzustellen, dass das Curriculum konsequent und richtig vermittelt wird und die Verantwortlichen sich motiviert und ermutigt fühlen.

Nachdem einige Erfahrungen bei der Durchführung gesammelt wurden, ist ein kollegialer Erfahrungsaustausch hilfreich, um Fortschritte, offene Fragen und Probleme diskutieren zu können. Während des ersten halben Jahres hat sich für die Lehrkräfte insbesondere eine Supervisionsgruppe bewährt. Hier kann besprochen werden, welche Fortschritte, Erfolge, Schwierigkeiten und Probleme es beim Unterrichten von *Faustlos* gibt, welche Lösungsmöglichkeiten es geben könnte. Auch Kritik und Veränderungsvorschläge sollen in diesem Rahmen diskutiert werden, um sie ggf. in einer Überarbeitung des Curriculums berücksichtigen zu können. Die Lehrkräfte sind die Expertinnen und Experten für die Kinder, das *Faustlos*-Team sieht sich in der Moderatorenrolle.

» Überwachen und Bewertung des Programms

Das Durchführen einer eigenen Auswertung des *Faustlos*-Programms ist zwar nicht notwendig, kann jedoch bei der Bemessung des Grads und des Erfolgs der Programmimplementierung an einer Schule sehr hilfreich sein. Wenn eine Schule oder ein Kindergarten bzw. ein bestimmter Regierungsbezirk das Curriculum zum ersten Mal durchführt, bietet sich eine Evaluation dieser Pilotphase an, um den Erfolg bei der Vermittlung von Fähigkeiten zur Gewaltprävention zu messen.

» Eltern und Lehrkräfte – ein gutes Team

Wesentlich ist die Zusammenarbeit von Eltern und Schule. Dazu gehört, dass die Eltern und Erziehungsberechtigten mit dem Programm *Faustlos* vertraut gemacht werden.

Es ist nicht nur unabdinglich, dass das Kollegium für *Faustlos* gewonnen wird, sondern es sollte auch die Elternschaft für das Projekt sensibilisiert werden. Eltern und Erziehungsberechtigte sollten für die Notwendigkeit eines solchen Curriculums und ihr Engagement bei den Hausaufgaben und der Verstärkung der erlernten Fähigkeiten zu Hause Verständnis aufbringen.

Wenn die Kinder im Kindergarten bzw. in der Schule das Projekt durchführen und die Eltern dies zu Hause unterstützen, ist der Effekt größer. Kinder wer-

den dann in den für sie wichtigsten Beziehungskontexten von ihren Vorbildern gefördert. Eltern und Lehrkräfte ziehen an einem Strang, sodass sich für die Kinder große Übereinstimmungen in den Erziehungszielen ergeben. *Faustlos* trägt so auch zur Kooperation zwischen Elternschaft und Schule bei. Der Aufbau von Kooperationsbeziehungen zwischen verschiedenen Institutionen ist umso sinnvoller, wenn Kinder schwieriges oder aggressives Verhalten kontextübergreifend und situationsübergreifend (zum Beispiel in der Schule und auch zu Hause) zeigen und/oder das aggressive Verhalten eines Kindes zur Überlastung und Überforderung in einem Bereich führt. Falls sich zum Beispiel eine Lehrerin oder ein Lehrer nicht mehr in der Lage sieht, mit dem aggressiven Verhalten einer oder eines ihrer bzw. seiner Schülerinnen oder Schüler fertigzuwerden, können Absprachen und Verabredungen in gemeinsamen Gesprächen mit den Eltern dieser Schülerin oder dieses Schülers eine hilfreiche Unterstützung sein. Eltern und die Lehrkräfte im Kindergarten bzw. in der Schule sollten im Interesse für das Kind ein gutes Team bilden.

» Wie trägt *Faustlos* zur Kooperation zwischen Eltern und Lehrkräften bei?

Vor der Einführung von *Faustlos* in einen Kindergarten oder in eine Schule hat es sich bewährt, das Programm an einem Elternabend vorzustellen. An einem Abend kann man die Grundzüge des Curriculums vorstellen und die Praxis anhand einer Lektion illustrieren. Den Eltern fällt es dann leichter, sich vorzustellen, was auf ihre Kinder zukommt.

Das Curriculum stellt auch einen Entwurf für die Präsentation des Projekts an einem Familienabend (Elternabend) zur Verfügung. Es können an diesem Abend auch Kopien der Vorschläge, was zu tun ist, wenn man ärgerlich und wütend ist oder wie man ein Problem löst, verteilt werden.

Die Eltern werden auch fragen, in welchen Unterrichtsstunden *Faustlos* unterrichtet werden soll. Dies ist im Allgemeinen kein Problem, weil in der Grundschule die Lerninhalte noch nicht so eindeutig an die Stunden gebunden sind. Auf dem Elternabend sollte man darauf hinweisen, dass die Eltern regelmäßig Informationen über *Faustlos* erhalten werden und dass das Programm umso effektiver ist, je mehr sich auch die Eltern mit den Inhalten beschäftigen und die einzelnen Einheiten in ihr Erziehungskonzept aufnehmen. Als Lehrkraft kann man auf das vorliegende *Faustlos*-Begleitbuch hinweisen, das die Eltern in jeder Buchhandlung erwerben können.

Bevor mit dem *Faustlos*-Programms begonnen wird, sollte ein Einführungsbrief verschickt werden, da zu den Elternabenden erfahrungsgemäß nicht alle Eltern kommen. Vor der Durchführung einer Einheit (zum Beispiel Empathie) sollten die Eltern informiert werden und es sollte ihnen das Ziel der anstehenden Einheit beschrieben werden. Die Lehrkraft wird darauf hinweisen, dass es sicherlich hilfreich wäre, wenn in einer Zwei-Eltern-Familie beide Elternpaare die Informationsbriefe lesen.

Durch eine gute Kooperation zwischen Eltern und Kindergarten bzw. Schule kann es gelingen, eine *Faustlos*-Kultur für die Kinder zu etablieren. Diese wird natürlich noch stärker gefestigt, wenn bereits im Kindergarten *Faustlos* gelehrt wurde und dies dann in der Grundschule und in der Sekundarstufe fortgesetzt wird.

Für Eltern, die danach »Appetit auf mehr« bekommen haben, wurden vom Heidelberger Präventionszentrum (HPZ) sieben vertiefende Module zur Ressourcenstärkung und zum Umgang mit anspruchsvollen

Erziehungssituationen entwickelt, die in Form jeweils 2,5-stündiger Elternabende angeboten werden können. Die entsprechende Fortbildung zum *HPZ-Elterntrainer* qualifiziert sowohl für die Durchführung des Elternseminars als auch der sieben Elternabende.

» Wie kann man ein Projekt verstetigen?

Das unabhängige Heidelberger Präventionszentrum wurde im Jahre 2000 gegründet, um alles, was mit der Umsetzung von *Faustlos* zusammenhängt, zu organisieren. Das HPZ erhält von keiner staatlichen oder privaten Institution Gelder. Die Finanzierung der Stellen trägt sich allein durch die Trainings, die vom Heidelberger Präventionszentrum für die Lehrkräfte angeboten werden. Durch diese strategische Entscheidung konnte das Curriculum *Faustlos* über befristete Projektzeiten hinaus verstetigt werden. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des HPZ haben sich auf dieses Curriculum spezialisiert und sind auch nach der universitären Forschungsphase die kompetenten Ansprechpartner bzw. -partnerinnen für alle Lehrkräfte geblieben.

» Literatur

Cierpka, M. (Hrsg.) [2001]: *Faustlos – Ein Curriculum zur Prävention aggressiven Verhaltens*. Hogrefe, Göttingen.

- Cierpka, M. (2004): Faustlos – Ein Curriculum für sozial-emotionales Lernen im Kindergarten. Hogrefe, Göttingen.
- Cierpka, M. (2005): Faustlos – Wie Kinder Konflikte lösen lernen. Herder, Freiburg.
- Cierpka, M., Schick, A. (Hrsg.) (2011): Faustlos – Sekundarstufe. Hogrefe, Göttingen.
- Schick, A., Cierpka, M. (2009): Gewaltprävention in weiterführenden Schulen: Das Faustlos-Curriculum für die Sekundarstufe. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58, 2009, S. 655–671.
- Schick, A. (2006): Evaluationsstudien zum Gewaltpräventions-Curriculum Faustlos. In: Praxis der Rechtspsychologie, 16 (1/2), 2006, S. 169–181.

» Gesund aufwachsen (Teil 1) – Evidenz und Umsetzung verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention am Beispiel der Zahnmedizin

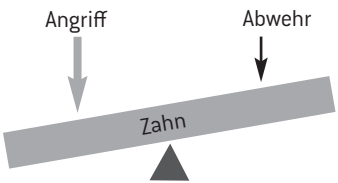
Christian H. Splieth

Im ersten Teil von »Gesund aufwachsen« werden beispielhaft die Möglichkeiten der verhaltens- und verhältnisbezogenen Prävention erläutert, die in der Zahnmedizin seit über 100 Jahren sehr erfolgreich kombiniert werden. Im zweiten Teil wird anhand des Projekts »GeKoKidS – Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule« gezeigt, wie die bestehenden zahnmedizinischen Strukturen um Aspekte allgemeiner, gesundheitlicher Prävention ausgebaut werden können.

» Kariesätiologie und Möglichkeiten der Prävention

Karies ist die häufigste chronische Infektionskrankung mit Behandlungskosten von über 10 Milliarden Euro (KZBV 2011). Ihr Ursachenkomplex konnte in den 1950er-Jahren wissenschaftlich geklärt werden. Aus anfänglich mehreren Kariestheorien konnte die chemoparasitäre Genese, also die Entkalkung der Zahnhartsubstanz durch bakteriell fermentierte organische Säuren nachgewiesen werden. Diese oralen Faktoren werden durch einen individuellen und sozioökonomischen Überbau beeinflusst (siehe Abbildung 2, Splieth 2002).

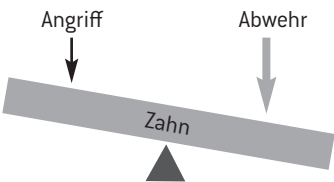
Demineralisation



Kariesaktivität

Aktiv	
Plaque	Gingival
Kreidig weiß	Gingivitis
Matt	

Remineralisation



» Abb. 1: Karies als chronisches Ungleichgewicht (oben), Indikatoren für Kariesaktivität (Mitte) und Therapie durch Verschiebung des De-/Remineralisationsungleichgewichts (unten)

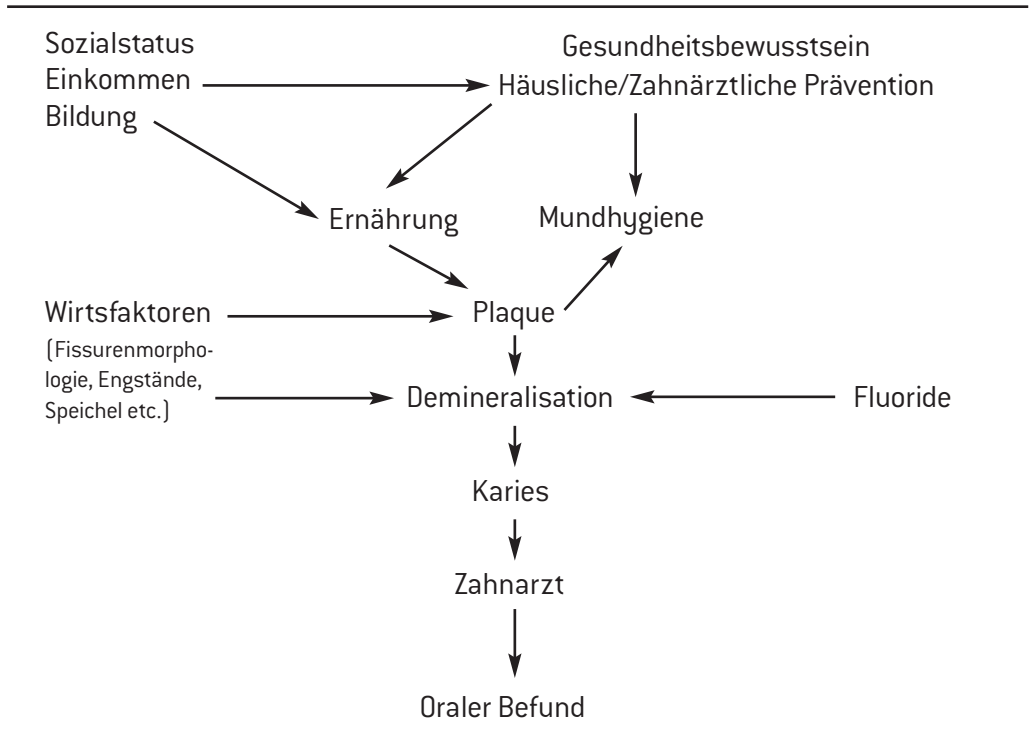


Abb. 2: Ursachenkomplex der Karies sowie individuelle und sozioökonomische Einflussfaktoren

Karies resultiert damit aus einem chronischen Ungleichgewicht zwischen demineralisierenden Angriffs- und Abwehrfaktoren (siehe Abbildung 1a), die im Mund leicht klinisch ablesbar sind (siehe Abbildung 1b). Ziel der zahnmedizinischen Prävention ist es, dieses Ungleichgewicht zu verschieben, also Angriffsfaktoren und Demineralisation zu reduzieren und/oder Abwehrfaktoren bzw. die Remineralisation zu verstärken (siehe Abbildung 1c).

Durch die Kenntnis der Ätiologie konnten gezielte Präventionsmaßnahmen entwickelt werden (Bratt-hall et al. 1996, Kay und Locker 1998). Prinzipiell sind dies:

- Ernährungslenkung zur Substrat- oder Kohlenhydratkontrolle,
- Plaquekontrolle (antimikrobiell, mechanisch),
- Verschiebungen des Mineralgleichgewichts/Fluoridnutzung,
- Versiegelungen.

Diese Präventionsmaßnahmen wurden sowohl in einem individuell gezielten Verhaltenansatz (Aufklärung, Motivation, häusliche Zahnpflege, Ernährungslenkung) als auch durch Verhältnisprävention, wie das tägliche Zähneputzen in Kindergärten oder kontrollierte Fluorideinbürstungen bzw. -lacktouchierungen in Schulen, umgesetzt.

Die gesetzlich verankerten Reihenuntersuchungen in Schulen ermöglichten eine gute, deutschlandweit repräsentative, epidemiologische Datenlage und eine Kontrolle der Effektivität der eingeschlagenen Präventionsmaßnahmen (DAJ 2010).

Kariesepidemiologie

Die Kariesprävalenz von Kindern- und Jugendlichen konnte in den industrialisierten Ländern seit den 1970er-Jahren um über 80 % gesenkt werden (siehe Abbildung 3, Marthaler et al. 1996), was belegt, dass die präventiven Maßnahmen äußerst erfolgreich waren. Ein Blick auf die neuesten Karies-

verteilungsmuster zeigt allerdings deutliche Polarisierungen: Innerhalb vieler Länder gibt es beträchtliche regionale Unterschiede der Kariesprävalenz, zum Beispiel im strukturschwächeren Süden von Frankreich oder zwischen Ost- und Westdeutschland (DAJ 2010, IDZ 2006, Muller und Jasmin 1988). Hinzu kommt, dass die Kariesprävention im Milchgebiss weniger erfolgreich war als in der permanenten Dentition: Kinder häufen in den ersten sechs Jahren mehr kariöse Defekte (def^t) an als in den folgenden sechs Lebensjahren (DMFT), und die frühkindliche oder Nuckelflaschenkaries stellt in einigen Bevölkerungsschichten ein Problem von immer höherem Ausmaß dar (DAJ 2010, Casamassimo et al. 2009, Poulsen und Pedersen 2002).

Außerdem wird eine Polarisierung auf Personen-niveau bei der Verteilung kariöser Läsionen nach dem Kariesrückgang deutlich: Ca. 25 % der sogenann-

Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen

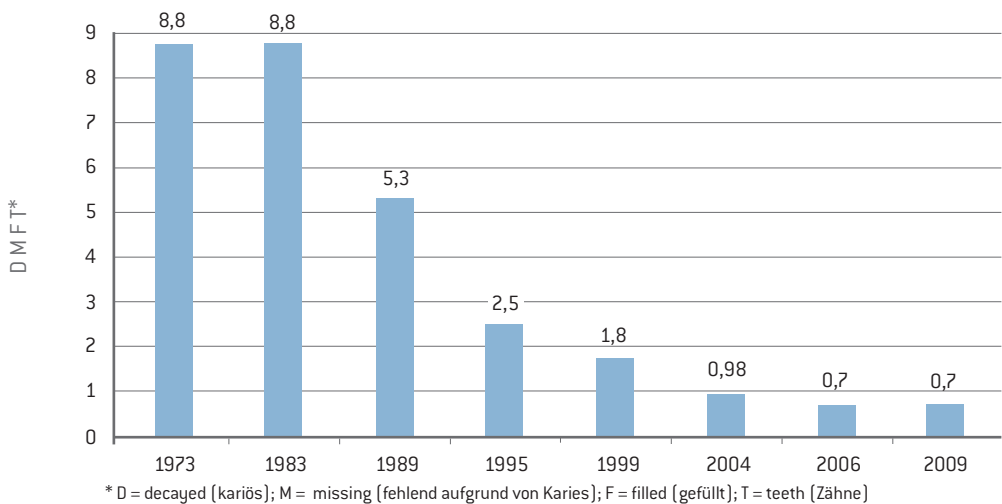


Abb. 3: Karies konnte bei Kindern und Jugendlichen um über 80 % reduziert werden (IDZ 2007, Pieper 2010)

Polarisation des Kariesbefalls



» Abb. 4: Karies konnte bei Kindern und Jugendlichen um über 80 % reduziert werden, allerdings mit einer deutlichen Polarisierung bei der Verteilung der Läsionen

ten Karieshochrisikokinder entwickeln ungefähr 75 % der kariösen Defekte (siehe Abbildung 4). Erziehung und Deprivation scheinen die bestimmenden Faktoren für den Karieszuwachs zu sein, zum Beispiel zeigen deutsche Gymnasiastinnen und Gymnasiasten nur eine halb so hohe Karieserfahrung wie Haupt- oder Realschülerinnen und -schüler (IDZ 2006). Niedriger sozioökonomischer Status ist ein exzellenter Indikator für hohen Behandlungsbedarf bei Kindern (Jones 2001, IDZ 2006).

» Kariesprävention nach dem Caries Decline

Die oben erwähnte Polarisation der Karies legt nahe, auch bei der zukünftigen Prävention einen Schwerpunkt bei den sogenannten Risikokindern zu legen. Außerdem ist eine Reevaluation der Effektivität und Effizienz der kariespräventiven Maßnahmen

angeraten. Aufgrund der hohen Kariesprävalenz, dem guten Zugang bei Schulkindern, den validen und reproduzierbaren Diagnosekriterien, den relativ unkomplizierten Interventionen sowie den genau kalkulierbaren Therapiekosten liegen sehr umfangreiche Untersuchungen sowohl zur Effektivität von Präventionsmaßnahmen als auch deren Kosten und dem daraus resultierenden Kosten-Nutzen-Verhältnis vor.

Systematische Reviews zur Effektivität von zahnmedizinischer Gesundheitsförderung kommen zu eindeutigen Schlussfolgerungen (Kay und Locker 1998):

- Trotz sehr vieler Studien und wissenschaftlich evaluierter Programme konnte keine Evidenz dafür gefunden werden, dass orale Gesundheits-erziehung per se die Kariesrate beeinflusst. So wird die Effektivität von alleinigen Informationen oder Motivierungen zur Verhaltensprävention infrage gestellt.
- Kein Präventionsprogramm ohne Fluoride führte zu Kariesreduktionen.
- Mundhygieneinstruktionen führten zeitbegrenzt zu Plaquereduktionen.
- Ernährungsberatung resultierte nicht in Kariesreduktionen.

Systematische Literaturübersichten zeigen für Fluoride Kariesreduktionen bis zu 50 %, sodass sie eine zentrale Säule der Kariesprävention sein sollten (Marinho et al. 2002a, 2002b, 2003). Der Einsatz von kollektiven Präventionsstrategien ist ausgesprochen attraktiv (siehe Tabelle 1), weil beispielsweise durch Trinkwasser- oder Salzfluoridierung bevölkerungswirksame Kariesprävention betrieben werden kann, unabhängig von der individuellen Compliance. So können sozioökonomisch bedingte Unterschiede im Kariesbefall reduziert werden (Spencer et al. 1996). Allerdings funktionieren Fluoride ohne eine

	Kollektivprophylaxe	Gruppenprophylaxe	Individualprophylaxe
Zugang	++	++	–
Soziale Gleichheit	++	++	–
Wirksamkeit	+++	++	+++
Kosten	+++	++	–
Effizienz	+++	++	–

Tab. 1: Vor- und Nachteile bei Kollektiv-, Gruppen- und Individualprophylaxe in der Zahnmedizin

mäßige Mundhygiene nur sehr bedingt. Auch Parodontalerkrankungen können durch Fluoride nicht vermieden werden.

Damit bietet das Zähneputzen, das die Plaqueentfernung mit der Fluoridapplikation über Zahnpaste kombiniert, die geradezu ideale Kariespräventionsmaßnahme [Marinho et al. 2003, Bratthall et al. 1996]. Zähneputzen kann sowohl nach Motivation und Instruktion in der Individualprophylaxe der Zahnarztpraxen als Verhaltensprävention zu Hause eingesetzt werden als auch in Kindergärten und Schulen verhältnispräventiv als Gruppenprophylaxe umgesetzt werden.

Die Komm-Strukturen der Prophylaxe über Zahnarztpraxen sind kaum dazu angetan, die sozialen Unterschiede zu kompensieren, sondern verstärken durch ihre Mittelschichtorientierung den Trend der Polarisierung. Aber auch die Literaturübersicht zur Wirksamkeit anderer Präventionsprogramme für Kariesrisikokinder zeigt ein eher ernüchterndes Bild: Bader et al. (2001) schlussfolgern in ihrer systematischen Übersicht, dass die Evidenz für die Wirksamkeit von Fluoridlackprogrammen, also der professionellen Applikation, gegeben ist, jedoch nicht für andere Programme. So führen drei bis vier Lackapplikationen pro Jahr zu einer 37 %igen Reduktion des

Karieszuwachses bei Kindern und Jugendlichen in einer sozial benachteiligten Region [Zimmer et al. 1999]. Beispielhaft für die Schwierigkeiten der Intensivprophylaxe ist die Studie von Hausen et al. (2006), die mit einer Kombination von Beratung, Fluoridlack, Fluoridpastillen, Versiegelungen und Chlorhexidin enttäuschend geringe Kariesreduktionen im Vergleich mit der in der Basisprophylaxe genutzten Beratung und jährlichen Fluoridlacktouchierung aufwiesen. Pieper (1990) fand trotz einer 14-tägigen, professionellen Zahnreinigung einen verdoppelten Karieszuwachs bei Kindern und Jugendlichen der Karieshochrisikogruppe, verglichen mit Kindern und Jugendlichen der Niedrigrisikogruppe, die zwei Lokalfuoridierungen pro Jahr erhielten. Die Risikoprognose auf der Gruppenebene war damit korrekt, jedoch waren die präventiven Maßnahmen in der Karieshochrisikogruppe nur kaum erfolgreich. Dies bestätigte Marthaler (1975), der 1975 eine selektive Intensivprophylaxe bei Schulkindern empfahl, jedoch 20 Jahre später anerkennen musste, dass keine hocheffektiven Präventionsprogramme für Kariesrisikokinder mit mangelhafter Compliance bekannt sind [Marthaler 1995].

Zusammenfassend schlussfolgern medlinebasierte Literaturübersichten, dass verschiedene Metho-

den (Sensitivität und Spezifität: 51 bis 98 %) zur Identifikation der Karieshochrisikogruppe oder von Kariesrisikokindern entwickelt wurden, es jedoch häufig schwierig ist, diese in gezielte Programme umzusetzen (Tickle 2002, Klimek et al. 1992).

Im Gegensatz dazu konnten kommunale oder schulbasierte Kariespräventionsprogramme, die häufig in nicht medlinegeleisteten Zeitschriften veröffentlicht werden, erfolgreiche Methoden für weitere Kariesreduktionen bei Risikokindern entwickeln. Um wirksame Präventionsmethoden zu implementieren, ist ein Zugang zu den Kindern unerlässlich. Wiederholte, aufsuchende Betreuung hat eine höhere Chance, Kinder mit hohem zahnärztlichen Präventionsbedarf zu erreichen. Eine Studie zur Effektivität von schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen zeigte, dass durch das Verlangen einer Behandlungsbestätigung und deren Kontrolle mehr Zahnarztbesuche erreicht werden konnten (73 %) als durch alleinige Behandlungsaufforderungen (42 %, Zarod und Lennon 1992).

Aber nicht nur kurativ lassen sich so deutliche Erfolge erzielen, auch präventiv bietet die Schule einen idealen Ansatzpunkt. So erreichte Brunner-Strepp (2001) durch wöchentliche, überwachte Zahnputzübungen in Schulen mit Elmex fluid® sehr niedrige Kariesprävalenzen und durch viermal jährliche Applikationen von Elmex fluid® bei Karieshochrisikokindern ebenfalls niedrige Prävalenzwerte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Selbst bei einem niedrigen Kariesniveau in Solothurn/Schweiz (Zwölfjährige: 0,77 DMFT), wo eine sehr hohe Nutzung von fluoridierter Zahncreme und fluoridiertem Speisesalz erreicht wurde (> 90 bzw. 80 %), fanden Guindy et al. (2000) eine Korrelation zwischen Kariesprävalenz und der Anzahl der Gruppenprophylaxeimpulse aus Instruktion und Putzen mit Fluoridpräparaten in den Schulen. Trummler und Weiss (2000) schlussfolgerten, dass die sehr geringe Kariesprävalenz in St. Gallen/Schweiz (Zwölfjährige: 0,75 DMFT) auf dem Gesetz

zur Schulzahnpflege aus dem Jahr 1982 basiert, das Erziehende und Lehrkräfte verpflichtet, die Kariesprävention aktiv zu unterstützen. So führen die 14-tägigen Fluoridgelee-Einbürstungen in den Schulen (Klassenstufe 1–6) zu ca. 20 »Lokalfluoridierungen« pro Jahr bei gleichzeitiger Plaqueentfernung.

Die Kommune mit der geringsten Kariesprävalenz in Europa ist Nexö/Dänemark (Zwölfjährige: 0,23 DMFT). Dieses Programm basiert auf einem sehr frühen Zugang zu allen Kindern der Kommune (ab dem 8. Lebensmonat) und einer qualitativ hochwertigen Mundhygiene mit Fluorideinsatz. Diese wird durch das Training zum Nachputzen durch die Eltern vom ersten Zahn an, also einen verhaltenspräventiven Ansatz mit Stärkung der Eigenverantwortung und -kompetenz, und risikobasierte Recallintervalle mit professionellen Zahnreinigungen erreicht. Der Erfolg der Nexö-Methode ist in Studien gut dokumentiert (Thylstrup et al. 1997, Ekstrand et al. 2000).

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass wissenschaftlich als wirksam begutachtete Maßnahmen über einen Mix aus Stärkung der Eigenverantwortung bzw. -kompetenz und risikoabhängiger, professioneller Unterstützung bevölkerungsweit umgesetzt werden konnten. Insbesondere eine aufsuchende Betreuung in Kindergärten und Schulen bietet die Möglichkeiten, elterliche Defizite auszugleichen oder die nötige Gesundheitskompetenz in Risikofamilien zu tragen.

Für den Kleinkindbereich bieten sich analog Familienhebammenprogramme an, vulnerablen Familien die vielfältigen Kompetenzen zur Ernährung, Hygiene und medizinischen Vorsorge bei Kleinkindern zu geben. Dies beinhaltet auch die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen beim (Kinder-) Zahnarzt bzw. -ärztin und eine systematische Kariesprävention vom ersten Zahn an, kann aber auf Vorsorge beim Kinderarzt bzw. der Kinderärztin und Ernährung, Körperhygiene etc. ausgeweitet werden. Zahnärzt-

licherseits steht das elterliche Zähneputzen beim Kleinkind mit fluoridhaltiger Zahnpaste im Vordergrund, was ein wichtiger Baustein zur Vermeidung der frühkindlichen Karies darstellt. Auch hier kommen die erfolgreichen Ansätze aus der Praxis, werden aber häufig wissenschaftlich begleitet.

Beispiele aus Skandinavien, wo dies über den kommunalen jugendzahnärztlichen Dienst umgesetzt wird (Ekstrand et al. 2000), oder aus England, wo Gesundheitshelferinnen junge Familien aufsuchen (Kowash et al. 2006), geben Hoffnung, dem Thema der Chancengleichheit zumindest beim Thema orale Gesundheit ein Stück näherzukommen. Neben ethischen Aspekten würde dies durch die Entlastung der Sozialkassen auch im Interesse der großen Mehrheit liegen. Nach den wissenschaftlichen Vorarbeiten, die verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze kombinieren, sollte daher auch in Deutschland nach bevölkerungswirksamen Umsetzungsstra-

tegien gesucht werden. Die Erfolge bei der Gruppen- und Individualprophylaxe sind dabei ein ermutigendes Vorbild.



Gesundheitsökonomische Aspekte

Die lange Tradition einer präventiven Zahnmedizin und die umschriebenen Maßnahmen und Krankheitskosten ermöglichen neben Studien zur Effektivität auch eine detaillierte Analyse der Effizienz. Gesundheitsökonomische Auswertungen (siehe Tabelle 2) kommen zu sehr günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnissen der Kariesprävention. Selbst bei

	Karies-reduktion	Kosten pro Person und Jahr	Kosten pro gesund erhal- tener Fläche	Eingesparte Behandlungs- kosten	Kosten-Nutzen- Verhältnis
F-Salz	50 %	0,01 €	0,01 €	13,00 €	1:1000
Trinkwasser- fluoridierung	50 %	0,50 €	0,50 €	13,00 €	1:25
F-Zahnpaste	20 %	2,00 €	5,00 €	5,00 €	1:2,5
F-Gel 1-mal wöchentlich	40 %	4,40 €	6,00 €	10,00 €	1:2,27
F-Tabletten	50 %	7,00 €	7,00 €	13,00 €	1:1,92
Professionelle Fluoridierung (IP4) in Zahnarztpraxis	40 %	12,00 €	14,50 €	10,00 €	1,15:1

 Tab. 2: Kosten und Nutzen verschiedener Fluoridapplikationsformen (modifiziert nach Schmelzer 2002)

den niedrigen aktuellen Karieswerten und höheren Kosten von zusätzlichen professionellen Präventionsmaßnahmen ergibt sich bei Analysen der Lebenszeitkosten ein deutlicher Kostenbenefit der präventiven Strategien, ganz abgesehen von Aspekten der erhöhten Lebensqualität mit gesunden Zähnen gegenüber zahnärztlichem Ersatz.

Allein die in Mecklenburg-Vorpommern eingesparten Füllungen an bleibenden Zähnen bei Zwölfjährigen entsprechen einem Finanzvolumen von jährlich 472.000 Euro gegenüber dem Jahr 2000. Im Vergleich mit den hohen Karieswerten der 1980er-Jahre sind dies sogar 2,6 Millionen Euro pro Jahr. Für Gesamtdeutschland ergeben sich ohne Berücksichtigung von Komplikationen wie Wurzelbehandlungen, Extraktionen und kieferorthopädischen Folgebehandlungen jährliche Einsparungen von ca. 50 Millionen Euro pro Jahr. Dieses günstige Kosten-Nutzen-Verhältnis hat sicherlich nicht unerheblich zur gesetzlichen Implementierung der Individualprophylaxe beim Zahnarzt und der Gruppenprophylaxe in Schulen und Kindergärten über das Sozialgesetzbuch V beigetragen, das auch klar die Bereitstellung von Ressourcen über die Krankenkassen sowie flächendeckende Strukturen mit niedergelassenen Zahnärztinnen und -ärzten und aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst festschreibt. Zusammen mit den ebenfalls gesetzlich festgeschriebenen Reihenuntersuchungen ergibt sich ein exzellentes Instrumentarium, um den zahnmedizinischen Präventionsbedarf zu erheben, Prophylaxemaßnahmen umzusetzen und anschließend auch zu evaluieren und zu optimieren.

Fazit

In der Zahnmedizin bestehen seit Langem etablierte, bevölkerungsweite Präventionsansätze, die durch einen Mix aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen zu deutlichen Kariessenkungen bei Kindern und Jugendlichen geführt haben und die sich jetzt auch bei den Erwachsenen abzeichnen (IDZ 2006). Nur im Kleinkindalter fehlen äquivalente Strukturen, obwohl auch hier analoge Modelle wissenschaftlich validiert sind und gesundheitsökonomische Benefits von 1:4 ausgewiesen sind (Kowash et al. 2006). Sie sollten daher zügig bevölkerungsweit gesetzlich implementiert werden, da im Gegensatz zu den generellen Rückgängen die Karieswerte bei den Dreijährigen stagnieren oder sogar steigen.

Die etablierten Strukturen der zahnärztlichen Prophylaxe können außerdem genutzt werden, um andere Präventionsbereiche mit verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen für Kinder und Jugendliche anzukoppeln, wie im zweiten Teil von »Gesund aufwachsen« beschrieben wird. Dies macht insbesondere mit dem gemeinsamen Risikofaktor – der sozioökonomischen Benachteiligung – Sinn, der in einem Common Risk Factor Approach (Sheiham und Watt 2000) adressiert wird.

Literatur

Bader, J. D., Shugars, D. A., Bonito, A. J. (2001): Systematic reviews of selected dental caries diagnostic and management methods. J Dent Educ, 65, pp. 960–968.

- Bratthall, D., Hänsel-Petersson, G., Sundberg, H. (1996): Reasons for the caries decline: what do the experts believe? *Eur J Oral Sci*, 104, pp. 416–425, 430–432.
- Brunner-Strepp, B. (2001): Intensive fluoridation in group prevention programs, a long term observation. *Community Dent Health*, 18, p. 199 (Abstr. 32).
- Casamassimo, P. S., Thikkurissy, S., Edelstein, B. L., Maiorini, E. (2009): Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc.*, 140 (6), pp. 650–657.
- DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahn-pflege) (2010): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege. Bonn.
- Ekstrand, K., Christiansen, C., Christiansen, J. (2000): Cost minimisation analysis of two occlusal caries preventive programmes. *Community Dental Health*, 17, pp. 260–261.
- Guindy, J. S., Weber, C., Meyer, J. (2000): Die Zahngesundheit von 7- und 12-jährigen Schülerinnen und Schülern im Kanton Solothurn. *Acta Med Dent Helv*, 5, S. 119–124.
- Hausen, H., Karkkainen, S., Seppä, L. (2006): Application of the high risk strategy to control dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28, pp. 26–34.
- IDZ (Institut der Deutschen Zahnärzte) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie [DMS IV]. Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln.
- Jones, C. M. (2001): Capitation registration and social deprivation in England. An inverse >dental< care law? Consultant in Dental Public Health, Highland Health Board, Assynt House, Inverness. *Br Dent J*, 190, pp. 203–206.
- Kay, E., Locker, D. (1998): A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health*, 15, pp. 132–144.
- Klimek, J., Schmidt, S., Schmidt, H. F. M., Jürgensen, R. (1992): Der kariesprophylaktische Effekt von Duraphat nach 6 Jahren in Abhängigkeit vom Kariesrisiko. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 47, S. 761–763.
- Kowash, M. B., Tumba, K. J., Curzon, M. E. (2006): Cost-effectiveness of a long-term dental health education program for the prevention of early childhood caries. *Eur Arch Paediatr Dent.*, 2006, 7, pp. 130–135.
- KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) (2011): Jahrbuch 2010. Köln.
- Marinho, V. C., Higgins, J. P., Logan, S., Sheiham, A. (2002a): Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD002280.
- Marinho, V. C., Higgins, J. P., Logan, S., Sheiham, A. (2002b): Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 3: CD002279.
- Marinho, V. C., Higgins, J. P., Sheiham, A., Logan, S. (2003): Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD002278.
- Marthaler, T. (1975): Selektive Intensivprophylaxe zur weitgehenden Verhütung von Zahnkaries, Gingivitis und Parodontitis beim Schulkind. *Schweiz Monatsschr Zahnheilkd*, 85, S. 1227–1240.
- Marthaler, T. M. (1995): Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in der Schweiz: Beobachtungen und Schlüsse für die Vorbeugung in Deutschland. *DAZ-forum* 14, 211–214.
- Marthaler, T. M., O'Mullane, D. M., Vrbic, V. (1996): The prevalence of dental caries in Europe 1990–1995. ORCA Saturday afternoon symposium 1995. *Caries Res*, 30, pp. 237–255.

- Muller, M., Jasmin, J. R. (1988): L'état bucco-dentaire d'une population d'enfants scolarisés dans le Sud-Est de la France. [The oro-dental status of a population of school children in the southeast of France.] Faculte de Chirurgie-Dentaire, Parc Valrose, Nice J Biol Buccale, 16, pp. 239–244.
- Pieper, K. (1990): Selektive Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe. ZWR, 99, S. 174–179.
- Poulsen, S., Pedersen, M. M. (2002): Dental caries in Danish children: 1988–2001. Eur J Paediatr Dent, 3, pp. 195–198.
- Schmelzer, J. (2002): Einschätzung der Effektivität von Individual-Prophylaxeprogrammen zur Verbesserung der Mundhygiene. Prophylaxeimpuls, 6, S. 167–173.
- Sheiham, A., Watt, R. G. (2000): The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol, 28, pp. 399–406.
- Spencer, A. J., Slade, G. D., Davies, M. (1996): Water fluoridation in Australia. Community Dent Health, 13, Suppl. 2, pp. 27–37.
- Splieth, C. (2002): Kinderzahnheilkunde in der Praxis. Quintessenz, Berlin.
- Splieth, C., Rosin, M., Kuusela, S., Honkala, E. (1999): Erkrankungs- und Therapiemuster der Karies bei Kindern in zahnärztlichen Praxen. Oralprophylaxe, 21, S. 122–125.
- Thylstrup, A., Vinther, D., Christiansen, J. (1997): Promoting changes in clinical practice. Treatment time and outcome studies in a Danish public child dental health clinic. Community Dent Oral Epidemiol, 25, pp. 126–134.
- Tickle, M. (2002): The 80:20 phenomenon: help or hindrance to planning caries prevention programmes? Community Dent Health, 19, pp. 39–42.
- Trummler, A., Weiss, V. (2000): DMFT scores in 12 year old school children in the city of St. Gallen. Oralprophylaxe, 22, pp. 206–208.
- Zarod, B. K., Lennon, M. A. (1992): The effect of school dental screening on dental attendance. The results of a randomised controlled trial. Community Dent Health, 9, pp. 361–368.
- Zimmer S., Robke, F. J., Roulet, J. F. (1999): Caries prevention with fluoride varnish in a socially deprived community. Community Dent Oral Epidemiol, 27, pp. 103–108.

» Gesund aufwachsen (Teil 2) – Evidenz und Umsetzung verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention am Beispiel des Programms »GeKoKidS – Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule«

Marco Franze, Konstanze Fendrich, Wolfgang Hoffmann und Christian H. Splieth

» Gesundheitskompetenz: Begriffsbestimmung

Nutbeam (2000) beschreibt Gesundheitskompetenz als personenbezogene, kognitive und soziale Fähigkeiten, die es Individuen ermöglichen, Informationen zu erhalten, sie zu verstehen und zu nutzen, um so die eigene Gesundheit zu fördern und einen positiven Gesundheitszustand aufrechtzuerhalten.

Ein niedriges Maß an Gesundheitskompetenz ist zum Beispiel verbunden mit einem schlechteren Gesundheitszustand (Baker et al. 1997, Wolf, Gazmararian und Baker 2005, von Wagner et al. 2007), einer höheren Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen (Gazmararian et al. 2006), Diabetes (Schillinger, Grumbach und Piette 2002), Asthma (Mancuso und Rincon 2006), Übergewicht (Hawthorne 1997, Goodman 1999, Sharif und Blank 2010) und einem höheren Tabak- und Alkoholkonsum (Conwell et al. 2003, von Wagner et al. 2007).

» Die Ziele von GeKoKidS

Das Hauptziel des bevölkerungsbezogenen Projekts GeKoKidS bestand in der Evaluation eines Programms zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei Schülerinnen und Schülern der Klassenstufen 5 und 6. Dieses GeKoKidS-Programm (Franze, Hoffmann und Splieth 2010a, Franze et al. 2011) verfolgt die nachstehenden Einzelziele:

- Förderung der Zahngesundheit,
- Verbesserung des Impfstatus,
- Prävention des Beginns des Rauchens,
- Prävention chronischer Schmerzen,
- Prävention von Übergewicht und verbesserter Ernährungsstatus sowie
- Förderung körperlicher Aktivität.

» Evaluationsdesign, Datenerhebung und Messinstrumente

Die Evaluation von GeKoKidS richtete sich an Schulen der Region Greifswald und des Landkreises Ostvorpommern (Mecklenburg-Vorpommern). Die Schulen wurden per Zufallsverfahren entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeteilt (Studiendesign: cluster-randomisierte prospektive kontrollierte Studie [RCT]). Das Präventionsprogramm wurde danach in den Schulen der Interventionsgruppe angewendet, während die Schulen der Kontrollgruppe keine Änderung der sonst üblichen Unterrichtspraxis vornahmen. Die Datenerhebung basierte auf bereits bestehenden Strukturen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe und den jährlich stattfindenden schulzahnärztlichen Pflichtuntersuchungen. Sie fand in Form einer Erweiterung dieser Untersuchungen zu Beginn des Schuljahrs 2007/2008 (September/Oktober 2007) und zu Beginn des zweiten Halbjahrs des Schuljahrs 2008/2009 (Januar/Februar 2009) statt. Die Erweiterung umfasste medizinische Untersuchungen (Erfassung von Zahngesundheit, Körpergröße, Gewicht und Taillenumfang) sowie eine schriftliche Befragung der Schülerinnen und Schüler zur subjektiven Gesundheit. Der hierzu verwendete Fragebogen beinhaltete standardisierte Fragebogenmodule (Tagmat et al. 2011, DiFranza et al. 2002) und Items aus dem im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS eingesetzten Instrumentariums (Robert Koch-Institut 2003a, 2003b, Ravens-Sieberer 2003, Ravens-Sieberer und Bullinger 1998, Ravens-Sieberer et al. 2005, Roth-Isigkeit, Ellert und Kurth 2002). Darüber hinaus enthielt er selbstentwickelte Items, die der Erfassung von Facetten der Gesundheitskompetenz dienten (Schmidt et al. 2010).

Eine schriftliche Befragung von Eltern im Rahmen von Elternabenden diente insbesondere der Erfassung des elterlichen Sozialstatus. Neben selbstentwickelten Items zur Einschätzung des Gesundheitszustands ihrer Kinder und zur elterlichen Zahngesundheit basierte dieses Instrument ebenfalls auf ausgewählten Items des KiGGS-Instrumentariums (Robert Koch-Institut 2003b).

Ein Fragebogen für Lehrkräfte diente der Erfassung der Akzeptanz des Trainings bzw. der Unterrichtsmaterialien. Ein weiteres Instrument wurde zur Abschätzung des Grads an Programmimplementation bzw. der Erfassung der Nutzung anderer Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsprogramme eingesetzt.

» Kontextuelle Anpassung des Programms GeKoKidS an Rahmenbedingungen von Schulen in Greifswald und Ostvorpommern

Maßnahmen zur Erhöhung der Response

Eine hohe Response ist eine zentrale Bedingung für die Validität und Generalisierbarkeit von Ergebnissen epidemiologischer Studien (Drivsholm et al. 2006). Wichtige Einflussfaktoren sind dabei begleitende multimodale PR-Strategien, der Gebrauch von »Incentives«, das Design und der Versand von Studieninformationen und Fragebogen, die Art und Weise der Kontaktaufnahme vor dem Fragebogenversand und das Interesse des bzw. der Befragten am Forschungsgegenstand (Hoffmann et al. 2004, Latza et al. 2004).

Um eine hohe Response zu erreichen, wurden die Schulleitungen über das Projekt mittels Informationsschreiben, Telefonaten und persönlichen Vor-Ort-Besuchen informiert. Zusätzlich wurde ihnen eine Teilnahmevereinbarung als verbindliches Kriterium zur Teilnahme am Projekt ausgehändigt (durch die Unterzeichnung verpflichteten sich die Schulen, das angebotene Unterrichtsmaterial zu nutzen, sich an den Lehrerfortbildungen und der Evaluation zu beteiligen und hierfür ausreichende zeitliche und räumliche Ressourcen bereitzustellen).

Zu Beginn des Schuljahrs 2007/2008 wurden alle Eltern von Fünftklässlern über das Forschungsprojekt, das Präventionsprogramm und datenschutzrechtliche Aspekte informiert¹ (die Studienkonzeption wurde vom Landesbeauftragten für den Datenschutz Mecklenburg-Vorpommern [M-V] und der Ethikkommission der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald [EMAU] positiv begutachtet). Dies erfolgte in Form eines Elternbriefs und mittels Informationen über das Projekt im Rahmen von Elternabenden. Eltern erhielten darüber hinaus auch ein Unterstützungsschreiben des Ministers für Bildung, Wissenschaft und Kultur M-V, in dem er die Bedeutung der Studie betonte und die Eltern um Studienteilnahme bat.

Unterstützung der Modellschulen (Interventionsgruppe) durch Lehrerfortbildungen

Im September 2007 wurden die Inhalte des GeKoKidS-Programms Lehrkräften aus Schulen der Interventionsgruppe im Rahmen von drei Fortbildungsveranstaltungen, die von wissenschaftlichen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der an GeKoKidS beteiligten Institute² durchgeführt wurden, vermittelt. Diese Fortbildungen hatten die Umsetzung des GeKoKidS-Programms insbesondere durch Lehrkräfte der Unterrichtsfächer Biologie, Sport und Mathematik zum Ziel. Bei jeder Fortbildungsveranstaltung wurde den Lehrkräften eine Broschüre mit den präsentierten Folien zum jeweiligen theoretischen und wissenschaftlichen Hintergrund (etwa zum Gesundheitskompetenzmodell von Nutbeam sowie zu Prävalenzraten einzelner Erkrankungen) und Kopiervorlagen der Unterrichtsmaterialien ausgehändigt.

Umsetzung der Unterrichtsmaterialien und weiterführende Unterstützung der Modellschulen

Um die Implementation der Unterrichtsmaterialien zu fördern und mit Lehrkräften weitere Unterstützungsbedarfe zu diskutieren, wurden im April und September 2008 zwei Treffen zum Erfahrungsaustausch initiiert. Innerhalb dieser Treffen erhielten die Teilnehmenden Informationen zu aktuellen Projektergebnissen (zum Beispiel zu schulspezifischen Prävalenzraten) wie auch auf diesen Evaluationsergebnissen basierende Empfehlungen. Um präventive Aktivitäten in den beteiligten Schulen zu unterstützen, wurden außerdem zwei Wettbewerbe initiiert, bei denen die Klasse mit der höchsten dentalen Gesundheit sowie die Klasse mit dem besten Impfstatus zum zweiten Messzeitpunkt gewählt wurde.

Um die Vernetzung der Schulen untereinander zu fördern, wurden während des Implementationszeitraums an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald drei Symposien zu Gesundheitsförderungs- und

1 Im Rahmen des Datenschutz- und Sicherheitskonzepts und zur Vermeidung selektiver Response erfolgte die elterliche Zustimmung zur Studie nicht vor dem Hintergrund einer Einverständniserklärung, sondern in Form der Einräumung eines elterlichen Widerspruchsrechts.

2 Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (EMAU) [Projektleitung], Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health (EMAU) [stellvertretende Projektleitung], Institut für Community Medicine, Abteilung Methoden der Community Medicine (EMAU), Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin (EMAU), Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Präventionsprogrammen in M-V durchgeführt. An diesen Veranstaltungen nahmen Lehrkräfte, Politikerinnen und Politiker, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Schul(zahn)ärztinnen und -ärzte sowie Angehörige der Gesundheitsämter Greifswald und Ostvorpommern teil. Die Teilnehmerzahl stieg vom 1. zum 3. Symposium von 70 auf 140 Personen an.

» Ausgewählte Ergebnisse

Angaben zur Response: An GeKoKidS beteiligten sich in der Studienregion Greifswald und Ostvorpommern 19 von 22 Schulen mit einer 5. Jahrgangsstufe [Response: 86,3%; Grund für Nichtteilnahme: fehlendes Interesse [13,7%]].

- Response schulzahnärztliche Untersuchung: 882 von 914 Schülerinnen und Schülern (96,4%) nahmen an diesem Untersuchungsabschnitt teil.³
- Response erweiterte schulzahnärztliche Untersuchung (Messung von Körpergröße, Gewicht und Taillenumfang): 863 Schülerinnen und Schüler (94,4%) beteiligten sich an diesem Untersuchungsabschnitt.⁴
- Response schriftliche Befragung bei Schülerinnen und Schülern: 852 Schülerinnen und Schüler (93,2%) nahmen an der schriftlichen Befragung teil.⁵
- Response schriftliche Befragung bei Eltern: An der Elternbefragung beteiligten sich 721 Eltern (78,8%).⁶

Bewertung der Lehrerfortbildungen und der Unterrichtsmaterialien: Im Rahmen der drei Lehrerfortbildungen sollten die Lehrkräfte das Fortbildungskonzept und die GeKoKidS-Unterrichtsmaterialien in Bezug auf ihre Eignung für die 5. und 6. Jahrgangsstufe bewerten. Dabei wurden die einzelnen Unterrichtsmaterialien je nach Thema von 75 % bis 100 % der Befragten als für die Klassenstufe 5 und 6 geeignet eingeschätzt (Franze et al. 2011).

Umsetzung des GeKoKidS-Programms in Schulen: Als Ergebnis des ersten Treffens zum Erfahrungsaustausch berichteten die Lehrkräfte, dass das GeKoKidS-Programm hauptsächlich zur Gestaltung von Gesundheitstagen sowie des Schulprogramms und Schulprofils verwendet wurde, jedoch noch nicht umfassend im Bereich des Unterrichts. Im Rahmen des zweiten Treffens zum Erfahrungsaustausch berichteten die Lehrkräfte dann eine weiterführende Programmnutzung, das heißt auch auf der Unterrichtsebene.

Veränderungen des Schullebens durch GeKoKidS: Ausschließlich Schulen der Interventionsgruppe gaben an, Gesundheitstage durchgeführt zu haben ($p < 0,01$). Im Hinblick auf die Frage, ob die Modellschulen im Interventionszeitraum im Bereich schulischer Gesundheitsförderung und Prävention in Form der Nutzung entsprechender Programme »aktiv waren«, gaben in Bezug auf die Themen Zahngesundheit und Impfen signifikant mehr Interventionsschulen an, dies getan zu haben ($p < 0,05$). Ebenso verfügten signifikant mehr Interventionsschulen über ein Schulteam bzw. einen Steuerungskreis zum Thema Gesundheit ($p < 0,05$). Der Effekt bleibt auch dann bestehen, wenn die beiden Modellschulen nicht

3 Gründe für Nichtteilnahme: Krankheit (3,2%) sowie Auswanderung (0,2%).

4 Gründe für Nichtteilnahme: Krankheit (3,1%), Verweigerung (2,1%) sowie Auswanderung (0,2%).

5 Gründe für Nichtteilnahme: Krankheit (4,2%), Verweigerung (2,1%) sowie Auswanderung (0,3%).

6 Gründe für Nichtteilnahme: fehlendes Interesse (18,9%), Verweigerung (1,7%), Auswanderung (0,3%) sowie Verzug nach erstem Messzeitpunkt (0,1%).

in die Analysen mit aufgenommen werden, die bereits vor Beginn des Modellprojekts GeKoKidS über solche Teams verfügten.

» Fazit

Vor dem Hintergrund des niedrigen Ausmaßes an Verweigerungen und den positiven Rückmeldungen von Lehrkräften zu den Fortbildungen und den angebotenen Unterrichtsmaterialien erscheint das GeKoKidS-Programm und seine Evaluation in Form der Erweiterung der schulzahnärztlichen Untersuchung in hohem Maß akzeptiert worden zu sein.

Mögliche Gründe für die Akzeptanz des Programms und seine Evaluation könnten in der Methode der Kontaktherstellung vor dem Fragebogenversand, der ministeriellen Unterstützung und dem elterlichen Widerspruchsrecht anstelle einer aktiven Einverständniserklärung bestehen. Aufgrund einer solch hohen Response ermöglicht die Datenbasis umfangreiche Schlussfolgerungen zum gesundheitsbezogenen Status von Fünftklässlern in der Studienregion und darüber hinaus den Vergleich mit Ergebnissen des KiGGS (Franze et al. 2010b).

Gemäß der Einschätzungen der befragten Lehrkräfte erscheint der Schwierigkeitsgrad der Unterrichtsmaterialien als für die Klassenstufe 5 und 6 angemessen – die Materialien müssen vor ihrem Einsatz nicht modifiziert werden. Förderlich für die Programmimplementation ist die Möglichkeit, das Unterrichtsmaterial gut in den herkömmlichen Lehrplan des Unterrichtsfachs Biologie in Klassenstufe 5 integrieren zu können.

Schulen der Interventionsgruppe verfügen nach der 2. Datenerhebung über einen signifikant strukturierten Ansatz zur gesundheitlichen Prävention mit

deutlich mehr Schulteams, was deshalb von zentraler Bedeutung ist, da in Schulen in M-V das Thema Gesundheit maßgeblich von der oder dem schulischen Gesundheitsbeauftragten betreut bzw. gestaltet wird und eine personelle Ausweitung bzw. Teambildung ein Mehr an gesundheitlichen Aktivitäten begünstigen kann.

» Ausblick

Gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten in Schulen stellen eine lang andauernde Aufgabe dar (Franze et al. 2007). Dies wird zum Beispiel an der Rückmeldung der Lehrkräfte im Rahmen der beiden Treffen zum Erfahrungsaustausch deutlich: Die Implementation des GeKoKidS-Programms speziell im Unterricht dauerte ein Jahr. Bedingt durch die in der Regel zeitliche Begrenztheit zur Verfügung gestellter finanzieller Ressourcen, stellt dies gerade für die Evaluation von Interventionsstudien in diesem Setting ein bedeutsames Problem dar.

Die Praxis der finanziellen Förderung von Projekten zum Beispiel durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung sollte diesem Umstand durch Anpassung von Projektlaufzeiten Rechnung tragen.

Im Rahmen einer Landespressekonferenz im April 2010 wurde das GeKoKidS-Programm von den Projektleiterinnen und -leitern, dem Projektkoordinator und dem Minister für Bildung, Wissenschaft und Kultur M-V vorgestellt. Zum Zweck der Programmdissemination und in seiner Funktion als Vorsitzender der Kultusministerkonferenz informierte der Minister auch seine Amtskolleginnen und -kollegen über das Programm und seine Verfügbarkeit (Franze, Hoffmann und Splieth 2010a).

Danksagung

Die Studie wurde finanziert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (FKZ: 01EL0610) und von der Landesregierung M-V unterstützt. Besonderer Dank gilt auch den sich am Projekt beteiligenden »GeKoKidS-Schulen«.

Literatur

- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Clark, W. S., Nurss, J. (1997): The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. In: *Am J Public Health*, 87 (6), 1997, pp. 1027–1030.
- Conwell, L. S., O’Callaghan, M. J., Andersen, M. J., Bor, W., Najman, J. M., Williams, G. M. (2003): Early adolescent smoking and a web of personal and social disadvantage. In: *J Paediatr Child Health*, 39 (8), 2003, pp. 580–585.
- DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Rigotti, N. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., McNeill, A. D., Coleman, M., Wood, C. (2002): Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow-up from the DANDY study. In: *Tobacco Control*, 11, 2002, pp. 228–235.
- Drivsholm, T., Eplov, L. F., Davidsen, M., Jørgensen, T., Ibsen, H., Hollnagel, H., Borch-Johnsen, K. (2006): Representativeness in population-based studies: a detailed description of non-response in a Danish cohort study. In: *Scand J Public Health*, 34 (6), 2006, pp. 623–631.
- Franze, M., Fendrich, K., Schmidt, C. O., Fahland, R. A., Thyrian, J. R., Plachta-Danielzik, S., Seiberl, J., Hoffmann, W., Splieth, C. (2011): Implementation and evaluation of the population-based programme »Health literacy in school-aged children« (GeKoKidS). In: *Journal of Public Health*, 2011. DOI: 10.1007/s10389-011-0421-7.
- Franze, M., Hoffmann, W., Splieth, C. (2010a): GeKoKidS – Unterrichtsmodule und Monitoringsystem zur Förderung gesundheitsbezogener Kompetenzen für Klassenstufe 5/6. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald. Download unter <http://www.bildung-mv.de/export/sites/lisa/de/startseitennachrichten/download/GEKOKIDS-UNTERRICHTSMODULE.pdf>. Zugriff am 28.06.2011.
- Franze, M., Fendrich, K., Schmidt, C. O., Splieth, C., Hoffmann, W. (2010b): Schmerzen und Schmerzmanagement bei Kindern in Greifswald und Ostvorpommern: Vergleich mit den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: *Das Gesundheitswesen*. DOI: 10.1055/s-0029-1242785.
- Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R., Paulus, P. (2007): MindMatters – Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Sekundarstufe I. Deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 2007, S. 221–227.
- Gazmararian, J. A., Kripalani, S., Miller, M. J., Echt, K. V., Ren, J., Rask, K. (2006): Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: a focus on health literacy. In: *J Gen Intern Med*, 21 (12), 2006, pp. 1215–1221.
- Goodman, E. (1999): The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents’ health. In: *Am J Public Health*, 89 (10), 1999, pp. 1522–1528.
- Hawthorne, G. (1997): Preteenage drug use in Australia: the key predictors and school-based drug education. In: *Journal of adolescent health*, 20 (5), 1997, pp. 384–395.
- Hoffmann, W., Terschüren, C., Holle, R., Kamtsiuris, P., Bergmann, M., Kroke, A., Sauer, S., Stang, A., Latza, U. (für die gemeinsame Arbeitsgruppe »Epidemio-

- logische Methoden« der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie [DAE], der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention [DGSMP] und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Statistik, Biometrie und Epidemiologie [gmds]) (2004): Zum Problem der Response in epidemiologischen Studien (Teil 2). In: Das Gesundheitswesen, 66, 2004, S. 482–491.
- Latza, U., Stang, A., Bergmann, M., Kroke, A., Sauer, S., Holle, R., Kamtsiuris, P., Terschüren, C., Hoffmann, W. (für die gemeinsame Arbeitsgruppe »Epidemiologische Methoden« der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie [DAE], der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention [DGSMP] und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Statistik, Biometrie und Epidemiologie [gmds]) (2004): Zum Problem der Response in epidemiologischen Studien (Teil 1). In: Das Gesundheitswesen, 66, 2004, S. 326–336.
- Mancuso, C. A., Rincon, M. (2006): Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes. In: Journal of General Internal Medicine, 21 (8), 2006, pp. 813–817.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International, 15, 2000, pp. 259–267.
- Ravens-Sieberer, U. (2003): Der Kindl-R-Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen – Revidierte Form. In: Schumacher, J. K. A., Brähler, E. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Hogrefe, Göttingen, S. 184–188.
- Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M. (1998): Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. In: Qual Life Res, 7, 1998, pp. 399–407.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group (2005): KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. In: Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 5 (3), 2005, pp. 353–364.
- Robert Koch-Institut (2003a): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Kinder. 11–13. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut (2003b): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eltern. 11–13. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Roth-Isigkeit, A., Ellert, U., Kurth, B. M. (2002): Die Erfassung von Schmerz in einem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Gesundheitswesen, 64, Suppl. 1, 2002, S. 125–129.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J. (2002): Associations of Health Literacy with Diabetes Outcomes. In: American Medical Association, 288 (4), 2002, pp. 475–482.
- Schmidt, C. O., Fahland, R. A., Franze, M., Splieth, C., Plachta-Danielzik, S., Thyrian, R., Hoffmann, W., Kohlmann, T. (2010): Health related behaviour, knowledge, attitudes, communication, and social status in German school children. In: Health Education Research, 25 (4), 2010, pp. 542–551.
- Sharif, I., Blank, A. E. (2010): Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. In: Patient Education and Counseling, 79 (1), 2010, pp. 43–48.
- Tagmat, D., Wolff, J., Schumann, A., John, U., Thyrian, J. R. (2011): Development and psychometric properties of a short situational urge to smoke scale [SUS] for smoking adolescents. In: Substance use & misuse, 46 (8), 2011, pp. 959–968.
- von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., Wardle, J. (2007): Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British

adults. In: *J Epidemiol Community Health*, 61, 2007, pp. 1086–1090.

Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., Baker, D. W. (2005): Health literacy and functional health status among older adults. In: *Arch Intern Med*, 165 (17), 2005, pp. 1946–1952.

» Innovative Ansätze zum Qualitätsmanagement für eine gesundheitsfördernde Schule

Sebastian Liersch, Mustapha Sayed, Irmtraut Windel, Thomas Altgeld, Christian Krauth, Ulla Walter

» Einleitung

Die Förderung der Gesundheit in der Schule hat sich in den vergangenen Jahrzehnten von der Gesundheitserziehung bis hin zu dem umfassenden Ansatz der gesundheitsfördernden Schulen entwickelt. Wesentlich dabei sind organisations- und strukturbegleitende Strategien (Leurs et al. 2005, Sommer et al. 2005, St Leger 1999). Im Zuge der Umsetzung des § 20 SGB V bildet die Förderung der Gesundheit im Setting Schule ein wichtiges Handlungsfeld. Nach dem Leitfaden des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband 2010) sind verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze in den Schulen zu integrieren. Zudem ist für den Eintritt in den Prozess der Gesundheitsförderung die Zustimmung aller Beteiligten durch den Beschluss der Schulkonferenz sowie die Bildung eines entscheidungskompetenten Steuerungsteams wesentlich.

Prinzipiell sollte sich der Gesundheitsförderungsprozess an der Bedarfsermittlung, der Definition von Zielen sowie der arbeitsteiligen Übernahme konkreter Aufgaben orientieren und ein Qualitätsmanagement sowie eine Evaluation aufweisen (GKV-Spitzenverband 2010). 2009 entfielen 47 % aller Settingaktivitäten der Krankenkassen auf Schulen. Der Anteil der verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen liegt zwischen 33 % (Berufsschulen) und 71 % (Sonderschulen) (GKV-Spitzenverband,

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2010).

Neben den Einflüssen aus dem Feld der Gesundheit unterliegt die Schule Anforderungen der Bildungspolitik. Die strukturellen Änderungen im Bildungsbereich lassen sich – ähnlich denen im Gesundheitswesen – mit den Begriffen Qualität, Exzellenz, Markt und Evaluation beschreiben (Kuper 2002). Sie implizieren die Übernahme entsprechender Managementkonzepte und Instrumente wie die der Output-Steuerungsmodelle. So wurde in Niedersachsen im Jahr 2006 das Gesetz zur Einführung der eigenverantwortlichen Schule verabschiedet. Ziel ist dabei die Verbesserung der Qualität schulischer Arbeit durch weitgehende Eigenverantwortung, wobei die Schulen stets staatlicher Aufsicht unterstehen und ihre Arbeit intern sowie extern evaluiert wird.

Ein zentraler Bereich in der Schule (und Gesundheitsförderung), in der Managementmethoden und -instrumente übernommen werden, ist die Verbesserung und Sicherung der Qualität. Dubs (2003) definiert Qualität als das bewertete Ergebnis eines Handlungsprozesses unter Beteiligung aller am Bildungsprozess interessierten Personengruppen. Ein Leitbild für die Schulqualität stellt in Niedersachsen der Orientierungsrahmen Schulqualität dar (Niedersächsisches Kultusministerium 2006). Grundlage bilden sechs Qualitätsbereiche, die sich in 25 Qualitätsmerkmale, darunter auch Gesundheitsförderung im Schulalltag, untergliedern und weiter ausdifferenzieren. Im vierjährigen Rhythmus wird

jede Schule von der Niedersächsischen Schulinspektion evaluiert (Niedersächsisches Kultusministerium 2006).

» Die Intervention

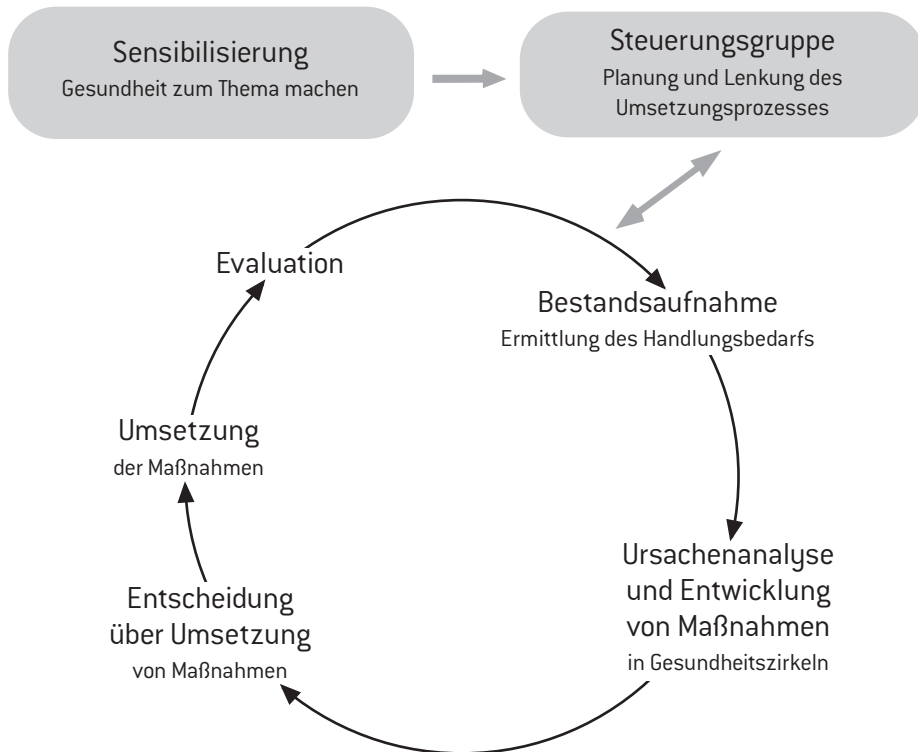
Gesund Leben Lernen (GLL) begann 2003 in Niedersachsen als Kooperationsprojekt zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (LVG). Weitere Kooperationspartner waren in der dreijährigen Modellphase das Niedersächsische Kultusministerium, das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, das Niedersächsische Landesamt für Lehrerfortbildung und Schulentwicklung sowie der Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover/Landesunfallkasse Niedersachsen. Sie begleiteten GLL in der sogenannten Länderberatergruppe, einem Gremium, das die strategischen Ziele und deren Umsetzung festlegte. Nach dem Ablauf der Modellzeit beschlossen alle Träger, das Projekt in Niedersachsen auf Landesebene fortzuführen, wobei die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen an die Stelle der Spitzenverbände traten (Windel 2011).

Ziel der Intervention GLL ist es, die Organisation Schule zu einer gesunden Lebenswelt für alle Beteiligten zu entwickeln. Hierzu sollen nachhaltige Strukturen, in denen Gesundheitsförderung stattfinden kann, aufgebaut werden. Das individuelle Wohlbefinden soll gesteigert sowie die Eigenverantwortung und Handlungsfähigkeit aller Gruppen in der Schule (Empowerment) gestärkt werden. Über die Erhöhung der Beteiligung an den schulischen Veränderungsprozessen, besonders von Schülerinnen und Schülern (Beteiligungsorientierung), soll die Identifikation

mit der Schule sowie die dauerhafte Verankerung von Gesundheit im Leitbild der Schule und im Schulalltag erreicht werden. Um Veränderungsprozesse in der Schule zu initiieren, wurden die Instrumente, Strategien und Erfahrungen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Projektorganisation genutzt. Zur nachhaltigen und effektiven Zielerreichung werden die Prinzipien 1) Ganzheitlichkeit, 2) Partizipation, 3) Integration und 4) Projektmanagement aus dem betrieblichem Gesundheitsmanagement beachtet.

Entsprechend dem Leitbild der lernenden Organisation sollen Schulen ihr Gesundheitsmanagement nach einem vorgegebenen Lernzyklus aufbauen (siehe Abbildung 1). Zunächst ist es erforderlich, für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren. An den einzelnen Schulen wird jeweils eine Steuerungsgruppe eingerichtet, die sich aus allen relevanten Gruppen – Schulleitung, Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler, Eltern und Schulträger – zusammensetzt. Aufgabe der Steuerungsgruppe ist es, Maßnahmen zu planen und den Umsetzungsprozess zu lenken. Der Umsetzungsprozess besteht aus einem Kreislauf: Am Anfang erfolgt die *Bestandsaufnahme* mit dem Ziel, den Handlungsbedarf an der jeweiligen Schule zu ermitteln. In Gesundheitszirkeln werden dann konkrete *Maßnahmen* entwickelt. Nach der Entscheidung werden ausgewählte Maßnahmen *umgesetzt* und schließlich im Hinblick auf die gesetzten Ziele *evaluiert*. Für neue Ziele bzw. nicht hinreichend erreichte Ziele beginnt der Kreislauf wieder mit der Bestandsaufnahme, in der der Handlungsbedarf ermittelt wird.

Die LVG unterstützt und betreut die Schulen u. a. bei der Einrichtung einer Steuerungsgruppe, der Datenerhebung und Problemanalyse, der Aufstellung eines Projektplans sowie der Installierung von Gesundheitszirkeln. Die Schulen legen Handlungsfelder und Themenbereiche ihrer Arbeit entsprechend dem Prinzip der Partizipation der Betroffenen selbst fest. Benötigen diese besondere Hilfe zur Umsetzung ein-



➤ Abb. 1: Gesunde Schulentwicklung als Lernprozess

zelter Maßnahmen, wird diese von der LVG zusammen mit den Kooperationspartnern organisiert. Hierzu stehen unterstützend Gesundheitsfachkräfte zur Verfügung. Von der LVG sind für die Intervention GLL seit Juni 2006 46 Fachkräfte für schulisches Gesundheitsmanagement in mehrtägigen Seminaren weitergebildet und auf ihren Einsatz in den beteiligten Projektschulen vorbereitet worden.

Diese Fachkräfte, die auch weiterhin kontinuierlich von der Landesvereinigung supervidiert werden, werden von den Kooperationspartnern für die Betreuung der Schulen im Rahmen der Intervention GLL im Sinne eines Schulcoachs freigestellt, momentan sind es

31 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen. Sie unterstützen die Schulen bei der Definition und Entwicklung ihrer Ziele sowie bei der Planung ihrer Maßnahmen. Im Sinne einer partizipativen Qualitätsentwicklung helfen die Gesundheitsfachkräfte bei der Einrichtung der Steuergruppen und Gesundheitszirkel, begleiten, beraten und moderieren diese unter Umständen, vermitteln regionale Kooperationspartner sowie Unterstützungsangebote und organisieren gezielt Workshops sowie Weiterbildungsangebote. Die Schulen werden zwei Jahre lang von den Fachkräften betreut, wobei nach anfänglicher engmaschiger Begleitung das Gesundheits-

management zunehmend von den Schulen selbst getragen werden soll.

Jedes Jahr werden – nach einem Bewerbungs- und Auswahlverfahren – Schulen neu aufgenommen. Schulen mit mehrheitlich sozial benachteiligten Schülerinnen und Schülern werden bevorzugt berücksichtigt. Mit dem Schuljahr 2010/2011 begann die 6. Runde von GLL. Damit haben ca. 140 Schulen das Projekt durchlaufen bzw. arbeiten mit ihm. Von den aufgenommenen Schulen sind 29 % Grundschulen, 20 % Haupt- und Realschulen, 8 % Gesamtschulen, 10 % Gymnasien und 15 % Berufsbildende Schulen sowie 18 % Förderschulen.

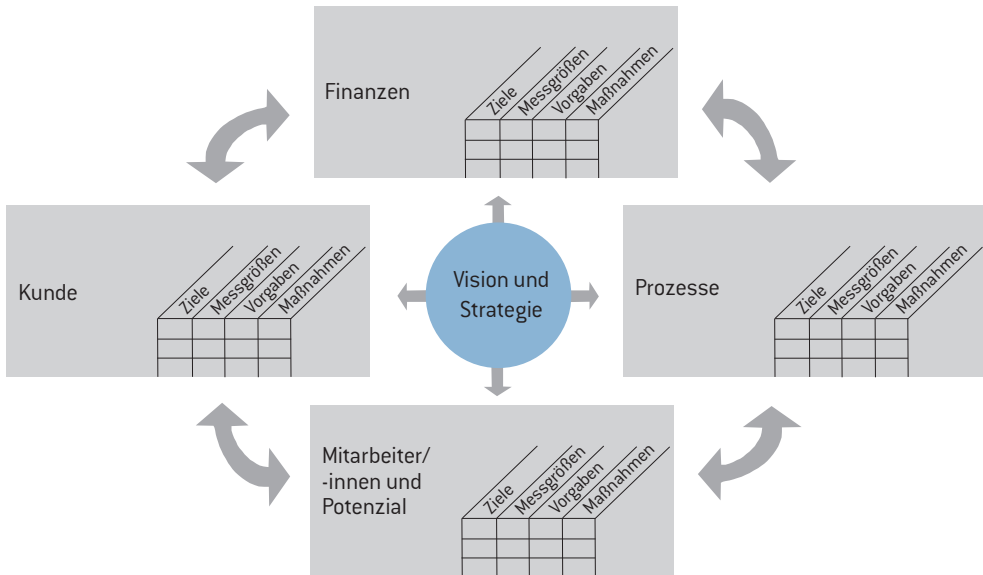
» Integration der Balanced Scorecard als Managementansatz

Ein strategisches, umsetzungsorientiertes Managementinstrument stellt die von Kaplan und Norton [1996, dt.: 1997] entwickelte Balanced Scorecard (BSC) dar [siehe Abbildung 2]. Sie ermöglicht die Umwandlung von Unternehmenszielen in präzise Kennzahlen auf Basis von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen. Dabei werden Einflussgrößen ermittelt und einbezogen, die die Zielerreichung ursächlich mitbestimmen. Die BSC versucht mit dem gesamten Planungs-, Steuerungs- und Kontrollprozess der Mehrdimensionalität einer Organisation gerecht zu werden und geht damit über ausschließlich die Finanzperspektive berücksichtigende Systeme weit hinaus [Boersch und Elschen 2005]. Die BSC betrachtet nicht allein vergangenheitsorientierte Größen, sondern bezieht ebenso zukünftige Aktivitäten in die Betrachtung ein. Wesentlich ist, dass eindeutig

messbare Ergebnisse über die Zielerreichung einer Organisation Auskunft geben können. Zudem werden im Rahmen der BSC die Indikatoren mit den Ursachen und Wechselwirkungen verknüpft [Niven 2009]. Da sie die kontinuierliche Abstimmung zwischen Zielen und Maßnahmen verlangt, kann die BSC eine Grundlage für organisationales Lernen bilden [Zurwehne 2000].

Die BSC fand zunächst Anwendung im privatwirtschaftlichen Bereich unterschiedlicher Branchen, sie eignet sich aber auch für den Public- und Non-Profit-Bereich [Kleine 2005]. So wird dieses Instrument inzwischen zunehmend in Einrichtungen des Gesundheits- und Bildungswesens eingesetzt wie etwa in Krankenhäusern [Brinkmann et al. 2003], in Rehabilitationskliniken [Kehl et al. 2005], in Hochschulen [Röbken 2003] – so auch in der Medizinischen Hochschule Hannover [Schweitzer et al. 2005] – und Schulen [Storey 2002, Seitz und Capaul 2007]. In Deutschland fand die BSC bislang nur in Modellversuchen in berufsbildenden Schulen Eingang. In einem Projekt an Berliner Berufsschulen steht die Entwicklung eines verbindlich strategisch-operativen Instruments zur Selbststeuerung im Fokus. Das an der BSC orientierte umgesetzte Steuerungsmodell unterlag einer wissenschaftlichen Evaluation [RKW Berlin GmbH 2008]. Ein systematischer Einsatz in deutschen Grund-, Haupt-, Real- und Förderschulen sowie in Gymnasien und ihre Evaluation ist uns nicht bekannt.

In der BMBF-geförderten Studie »Schulentwicklung durch Gesundheitsmanagement – Entwicklung einer Kennzahlentoolbox, Bewertung der Zielerreichung, der Wirksamkeit und der Kosten« wird das strategische Instrument der BSC in die Intervention GLL integriert. Sie bildet im Rahmen der Intervention die Grundlage zur Definition und Priorisierung der Ziele an den einzelnen Schulen. Dabei wurden die ursprünglichen Perspektiven mit den zugehörigen Leitfragen auf den Schulbereich angepasst. Mit der



➤ Abb. 2: Balanced Scorecard (eigene Darstellung, in Anlehnung an Kaplan und Norton 1997)

Kommunikation der Strategien über die Visualisierung der BSC wird ihre Transparenz gewährleistet, sodass Innovationen für alle Beteiligten plausibel umgesetzt werden können (Conradt-Mach 2005).

Wesentlich für die nachhaltige Umsetzung sind die Unterstützung der Schulleitung, die Einrichtung einer Steuergruppe sowie eine Zuordnung von Verbindlichkeiten bei der Umsetzung. Die Entwicklung der Ziele ist ein mehrstufiges Verfahren, bei dem die Priorisierung und Bewertung von Zielen zu einer Komplexitätsreduktion und einer Konzentration auf wenige realisierbare Ziele und Maßnahmen führen sollte, die konsequent verfolgt werden (Schweizer und Gloger 2006).

Die BSC ist ein Instrument zur Unterstützung von Veränderungsprozessen. Darüber hinaus ermöglicht sie die Messung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten der Schule. Die gemeinsame Erarbeitung ver-

bindlicher Ziele und daraus abgeleiteter Maßnahmen für einen definierten Zeitraum, an dessen Ende Schulen selbst überprüfen können, ob und inwieweit die gesetzten Ziele vonseiten der Schule erreicht worden sind, stellen einen wesentlichen Erfolgsfaktor zur Einführung der BSC dar.

Eine mangelnde Kommunikation über die Ziele führt oftmals dazu, dass häufig Vorhaben geplant, diese allerdings in der Praxis nicht umgesetzt werden können. Das Konzept der Balanced Scorecard setzt genau an diesem Defizit an, da die Implementierung und Steuerung der Schulabläufe mit der BSC auf Kommunikation und Transparenz basieren. Die Schule erhält durch die BSC eine ganzheitliche Sicht ihrer Entwicklung und die Möglichkeit der Steuerung. Die Erarbeitung der BSC ist nicht als einmalige Aufgabe zu sehen, insofern müssen deren Inhalte regelmäßig angepasst werden.

» Evaluierung der BSC im Integrationsprozess

Mit der Einbindung der BSC als strategisches Instrument wird die Schul-BSC unterstützend zur Förderung der Schulentwicklung an niedersächsischen GLL-Schulen eingesetzt. Die Schul-BSC bildet die Grundlage zur Definition und Priorisierung der Ziele an den einzelnen Schulen in der Intervention Gesund Leben Lernen. Hierzu wurden die Perspektiven des Instruments an die Intervention angepasst.

Vor der Implementierung der BSC in den Schulen wurden 31 Gesundheitsfachkräfte zum Hintergrund der BSC sowie deren Handhabung intensiv geschult. Während der Projektlaufzeit werden die Fachkräfte kontinuierlich supervidiert. Die Fachkräfte führen die BSC in einem Workshoppaket mit mehreren aufeinander aufbauenden Veranstaltungen in den Schulen ein, um diese bei der Umsetzung ihrer Strategie zu unterstützen. Im Sinne einer partizipativen Qualitätsentwicklung wurde die Methodik des Workshoppakets bezüglich der vermittelten Inhalte nach der Schulung anhand telefonischer Leitfadeninterviews evaluiert. Das Ziel der Erhebung war die Erfassung von Potenzialen und Schwierigkeiten aus Sicht der Gesundheitsfachkräfte zur Umsetzung der BSC an Schulen. Des Weiteren sollten mögliche Vorstellungen zur Überwindung der Barrieren ermittelt werden. Im Rahmen der teilstandardisierten telefonischen Interviews konnten mit 22 (Frauen: 18, Männer: 4) von 32 Gesundheitsfachkräften Telefoninterviews durchgeführt werden. Sieben Gesundheitsfachkräfte konnten im Erhebungszeitraum (12/2009 bis 01/2010) nicht erreicht werden; drei Fachkräfte waren nicht mehr im Projekt GLL tätig. Die Interviews wurden auf Grundlage eines teilstandardisierten Leitfadens geführt. Die Auswertung der teilstandardisierten Inter-

views erfolgte deskriptiv. Offene Fragen wurden mit qualitativen Methoden aufbereitet und ausgewertet (Flick, von Kardoff und Steinke 2000). Die analytische Vorgehensweise entspricht dem thematischen Kodieren sowie der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

Die Evaluation des Workshoppakets zu den Erwartungen an die BSC zeigt, dass diese von den Gesundheitsfachkräften als strukturiertes Hilfsmittel verstanden wird. Zudem unterstützt es die Schulen bei der Zielfindung und schafft Transparenz. Nach den ersten Workshops sehen die Gesundheitsfachkräfte die BSC als nützliches Instrument, mit dem sich die Weiterentwicklung der sehr unterschiedlichen Schulen evaluieren lässt. Die Vorgehensweise der BSC ähnelt teilweise der der Gesundheitsfachkräfte, jedoch wird von diesen eine unterstützende Wirkung der strukturierten Umsetzung von GLL mit verstärkter Zielorientierung erwartet. Die BSC bietet die Möglichkeit, die Ergebnisse der einzeln verfolgten Ziele zu dokumentieren und auch für alle Beteiligten sichtbar zu machen und somit Transparenz zu schaffen. Mithilfe der Schul-BSC können bereits kleine Veränderungen und Erfolge visualisiert werden. Es werden durch die BSC die Kommunikationswege innerhalb der Organisation Schule verbessert sowie Verbindlichkeiten geschaffen. Die BSC wird als praktische Handreichung verstanden, die die eigene Arbeit der Gesundheitsfachkräfte erleichtert.

Schwierigkeiten sehen die Gesundheitsfachkräfte vor allem in der Umsetzung der vermittelten Theorie in die Praxis. Dies beinhaltet neben der Verwendung von komplexen Begrifflichkeiten den Umgang mit Messgrößen, die Zuordnung zu den Perspektiven sowie die Motivierung zur ergänzenden Integration der BSC. Zudem erwarten die Gesundheitsfachkräfte Barrieren bei der Dokumentation von Ergebnissen seitens der Schulen. Unsicherheit besteht bezüglich der Anwendung an den verschiedenen Schulformen, die von Grundschulen (teilweise sehr kleine Organi-

sationseinheiten) bis hin zu Gymnasien oder Berufsschulen (große Organisationseinheiten) reichen. Der zeitliche Rahmen zur Vermittlung des komplexen Instruments wurde von den Fachkräften als zu kurz eingeschätzt und es wurden zusätzliche kleinere Schulungen gefordert. Zur Überwindung der Barrieren gilt es zudem, die Begrifflichkeiten zu vereinfachen und die Schul-BSC an Praxisbeispielen zu simulieren. Vier Gesundheitsfachkräfte schlugen die Verknüpfung der Schul-BSC mit dem niedersächsischen Orientierungsrahmen für Schulqualität vor, um so potenzielle Synergieeffekte zu nutzen.

Der grundlegenden Notwendigkeit der Integration des niedersächsischen Orientierungsrahmens für Schulqualität wurde Folge geleistet, sodass die BSC nicht mehr aus vier Perspektiven besteht, sondern in

Anlehnung an den Orientierungsrahmen aus sechs Perspektiven mit identischen Begrifflichkeiten (siehe Abbildung 3). Dieser wirkt unterstützend bei der Zuordnung der Ziele zu den einzelnen Perspektiven. Für jede Perspektive wurde eine Leitfrage definiert, die zum unmittelbaren Verständnis beiträgt. Die Ziele sind so auszuwählen, dass sie die Schulstrategie widerspiegeln. Die Perspektiven werden nicht isoliert voneinander betrachtet, sondern nach Möglichkeit in Ursache-Wirkungs-Ketten miteinander verknüpft. Die BSC ist somit nicht mehr nur ein Instrument zur Integration eines Gesundheitsmanagements an Schulen, sondern unterstützt zudem die Umsetzung des Orientierungsrahmens.

Im Rahmen eines partizipativen Ansatzes wurden zur Optimierung des Schulungskonzepts zwei Ge-

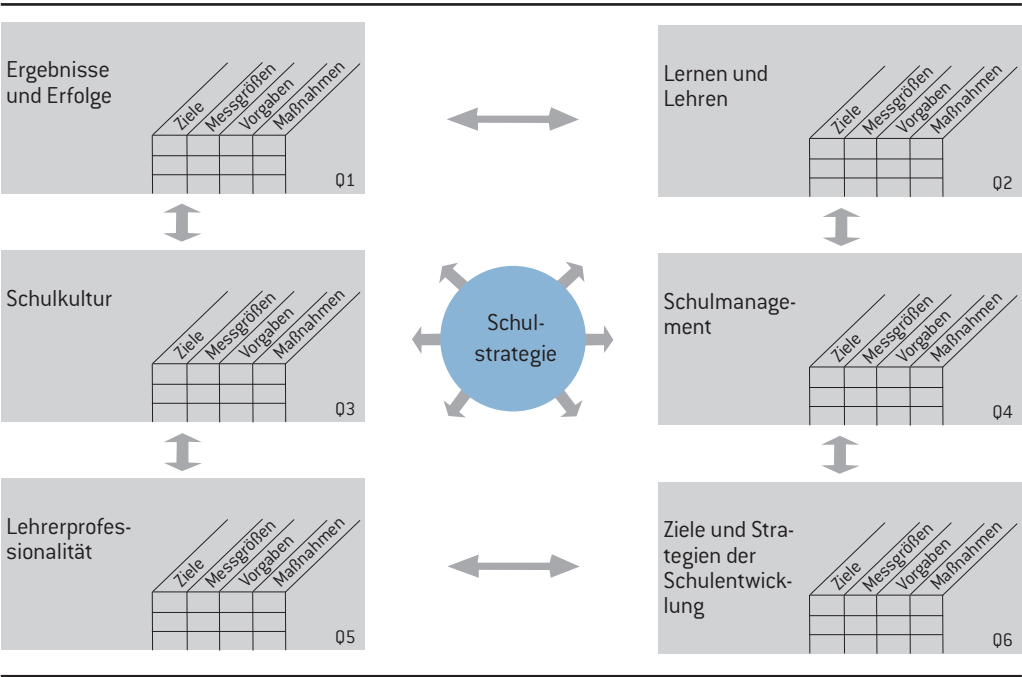


Abb. 3: Schul-BSC Gesund Leben Lernen

Muster-Scorecard Schule X

Perspektive	Ziel	Messgrößen	Plan	Ist	Zeitpunkt Zielerreichung	Maßnahmen zur Veränderung	Wer?	Macht was?
Ergebnisse und Erfolge	Minimierung des Unterrichtsausfalls	Anfall ausfallender Unterrichtsstunden	40 pro Halbjahr	60 pro Halbjahr	2. Halbjahr 2011/2012	Notfallplan für Lehrerausfall erstellen		
Lernen und Lehren								
Schulkultur	Ergonomie der Arbeitsplätze (AP) in der Schule verbessern	Anzahl ergonomischer AP für Schülerinnen und Schüler	100 %	60 %	2. Halbjahr 2011/2012	Umbau der Arbeitsplätze für Schüler/-innen und Lehrkräfte		
		Anzahl ergonomischer AP für Lehrerinnen und Lehrer	100 %	50 %				
Schulmanagement								
Lehrerprofessionalität	Stressprävention für das Lehrerkollegium	Anzahl stressbedingter Erkrankungen	5 AU-Tage pro Halbjahr	10 AU-Tage pro Halbjahr	1. Halbjahr 2011/2012	Kooperation mit Anbietern von Stressbewältigungskursen		
Ziele und Strategien der Schulentwicklung								

Abb. 4: Visualisierung einer Schul-BSC

sundheitsfachkräfte einbezogen. Anfangs bestehende Vorbehalte seitens der Gesundheitsfachkräfte konnten durch neu entwickelte Schulungsprogramme weitgehend beseitigt werden. In diesen wurde die Entwicklung einer schulspezifischen BSC simuliert und potenzielle Probleme bei der Integration in die Organisationseinheit wurden gemeinsam diskutiert sowie zeitgleich Lösungsansätze eruiert. Die Gesundheitsfachkräfte haben im Rahmen der zusätzlichen Workshops die Vorgehensweise mit der Schul-BSC anhand von Maßnahmen aus den von ihnen betreuten Schulen ausprobiert (siehe Abbildung 4). Die Schul-BSC wird als nützliches Hilfsmittel zur Schaffung von Strukturen und Transparenz sowie als Arbeitserleichterung aufgenommen.

Diskussion

Wesentlich für die Förderung der Gesundheit in Settings ist die Entwicklung von Organisationen. Die Intervention GLL stellt einen neuen Ansatz zur schulischen Gesundheitsförderung dar mit dem Ziel, die Organisation Schule zu einer gesunden Lebenswelt für alle in ihr Arbeitenden und Lernenden weiterzuentwickeln. Zur Bewertung gesundheitsfördernder Schulen sind kurz-, mittel- und langfristige Outcome- sowie Prozessindikatoren zu kombinieren. Bei der BSC handelt es sich nicht in erster Linie um ein Bewertungsinstrument, sondern um eine Veränderungsinitiative, die neue Managementprozesse in die Organisation Schule integriert. Im Zentrum steht dabei die Schulstrategie, die die Ausrichtung hin zu einer gesundheitsfördernden Schule bestimmt.

Die Evaluation während des Implementierungsprozesses unter den Gesundheitsfachkräften als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren hat gezeigt, dass

die Einführung von Managementinstrumenten in die Organisation Schule eine differenzierte Anpassung an interne und externe Rahmenbedingungen erfordert. Zudem wird der Schul-BSC das Potenzial zugeschrieben, Strukturen zu schaffen, die die gesundheitsförderliche Ausrichtung unterstützen sowie die Kommunikation und Transparenz innerhalb der Organisation Schule verbessern.

Zur Implementierung des schulischen Gesundheitsmanagements erweist sich die Einbeziehung des partizipativen Ansatzes in die Qualitätsentwicklung als notwendige Maßnahme. Insbesondere für Settingansätze, bei denen es um die Beteiligung der Zielgruppe an Organisationsentwicklungsprozessen geht, stellt die partizipative Qualitätsentwicklung eine sinnvolle Methode dar. Partizipative Qualitätsentwicklung kann daher als Querschnittsaufgabe angesehen werden und sollte nach Möglichkeit in den Projektphasen mitberücksichtigt werden (Wright 2010).

Die Evaluation der Schul-BSC in der Schule ermöglicht eine Bewertung als Management- und Evaluationsinstrument in der Organisation. Dabei geht es nicht primär darum, die einzelnen Schulen hinsichtlich ihrer Veränderungsprozesse zu bewerten, sondern das Gesamtprojekt GLL und den Projektansatz mit seinen Instrumenten (Steuerungsgruppe, Balanced Scorecard, Gesundheitszirkel) auf seine Wirkung hin zu überprüfen. Erweist sich die Schul-BSC als förderlich, steht sie als evaluiertes Managementinstrument allen Schulen zur Verfügung. Dies erlaubt den Schulen eine eigenständige Überprüfung der Zielerreichung ihrer Aktivitäten und organisatorischen Veränderungen. Die Ergebnisse werden im Sinne einer Politikberatung in die Weiterentwicklung des Orientierungsrahmens Schulqualität sowie in die Handlungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbands eingebracht.

» Literatur

- Boersch, V., Elschen, R. (Hrsg.) (2005): Das Summa Summarum des Management – Die 25 wichtigsten Werke für Strategie, Führung und Veränderung. Gabler, Wiesbaden.
- Brinkmann, A., Gebhard, F., Isenmann, R., Bothner, U., Mohl, U., Schwilk, B. (2003): Balanced Scorecard – »Tool or toy« im Krankenhaus? Der Anästhesist, 52 (10), 2003, S. 947–956.
- Conradt-Mach, A. (2005): Eigenverantwortung stärkt den Menschen – Teil 2. Bildungspolitik aktuell, 2005, S. 10–11.
- Dubs, R. (2003): Qualitätsmanagement für Schulen. Institut für Wirtschaftspädagogik, St. Gallen.
- Flick, U., von Kardoff, E., Steinke, I. C. H. (2000): Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Reinbek.
- GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2010): Präventionsbericht 2010. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2009, Düsseldorf. Download unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/medienservice/thema/mds_gkv-sv_pr_ventionsbericht_2010.pdf. Zugriff am 27.06.2011.
- GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010, Berlin 2010. Download unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/praevention_leitfaden_2010.pdf. Zugriff am 27.06.2011.
- Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1997): Balanced-Scorecard-Strategien erfolgreich umsetzen (aus dem Amerikanischen von Horváth, P., Kuhn-Würfel, B., Vogelhuber, C.). Schäffer-Poeschel, Stuttgart.
- Kehl, T., Güntensperger, M., Schmidt, W., Fridag, H. R. (2005): Strategieentwicklung und ihre Umsetzung mit der Balanced Scorecard – Das Praxisbeispiel der Zürcher Höhenkliniken. Der Controlling-Berater 4, 2005, S. 2–37.
- Kleine, D. (2005): Die Balanced Scorecard als Ansatz der strategischen Steuerung und Strategieumsetzung im Public und Non-Profit-Bereich – Vortrag anlässlich des 2. Osnabrücker Kolloquiums zum Hochschul- und Wissenschaftsmanagement der Fachhochschule Osnabrück 2005. Download unter http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/uploads/media/Vortrag_Kleine.BSC-Tagung.08.03.05.pdf. Zugriff am 28.06.2011.
- Kuper, H. (2002): Stichwort Qualität im Bildungssystem. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 5 (4), 2002, S. 533–551.
- Leurs, M. T. W., Schaalma, H. P., Jansen, M. W. J., Mueveeman, I. M., St. Leger, L. H., de Vries, N. (2005): Development of a collaborative model to improve school health promotion in the Netherlands. Health Promotion International, 20 (3), 2005, pp. 296–305.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag, Weinheim.
- Niedersächsisches Kultusministerium (2006): Orientierungsrahmen Schulqualität in Niedersachsen, Hannover. Internet: www.mk.niedersachsen.de. Zugriff am 27.06.2011.
- Niven, P. R. (2009): Balanced-Scorecard-Arbeitsbuch. WILEY-VCH, Weinheim.
- RKW Berlin GmbH (2008): QEBs-Qualitätsentwicklung in beruflichen Schulen. Internet: <http://rkw-online.com/projektergebnisse.html>. Zugriff am 22.06.2011.
- Röbken, H. (2003): Balanced Scorecard als Instrument der Hochschulentwicklung – Projektergebnisse an der Reykjavik Universität. Beiträge zur Hochschulforschung, 25 (1), 2003, S. 102–120.

- Schweitzer, A., Kegeler, D., Weidelhofer, K. (2005): Die Strategie der MHH. MHH Info, Juni/Juli, 2005, S. 20–29.
- Schweizer, G., Gloger, H. (2006): Die Balanced Scorecard als Managementverfahren für die Leitung von Schulen. Unterricht Wirtschaft, 25, 2006, S. 39–45.
- Seitz, H., Capaul, R. (2007): Balanced Scorecard (BSC) – Ein integrativer und praxisnaher Ansatz zur Umsetzung der Schulstrategie. In: Schulführung und Schulentwicklung – Theoretische Grundlagen und Empfehlungen für die Praxis. 2. Aufl., Bern, S. 144–150.
- Sommer, D., Westermann-Krieg, L., Klaes, L., Kuhn, D. (2005): Gesunde Schule – Gesundheit – Qualität – Selbständigkeit. Mabuse, Frankfurt am Main.
- St Leger, L. H. (1999): The opportunities and effectiveness of the health promoting school in improving child health – a review of the claims and evidence. Health Education Research, 14 (1), 1999, pp. 51–69.
- Storey, A. (2002): Performance Management in Schools – could the Balanced Scorecard help? School Leadership & Management, 22 (3), 2002, pp. 321–338.
- Windel, I. (2011): Gesund Leben Lernen – Ein Projekt zur schulischen Gesundheitsförderung. In: Weißbuch Prävention – Gesund jung?! Herausforderung für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Springer Verlag, Berlin, S. 201–204.
- Wright, M. (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber, Bern.
- Zurwehme, A. (2000): Möglichkeiten der Steuerung beschäftigungsadäquater Qualifizierung im Lernort Schule – Überlegungen zum Einsatz einer Balanced Scorecard in beruflichen Schulen. Dresdner Beiträge zur Wirtschaftspädagogik Nr. 2, Dresden.

» Qualität schulischer Gesundheitsförderung: Erkennen, entwickeln, sichern

Peter Paulus

» Schulische Gesundheitsförderung

Schulische Gesundheitsförderung umfasst eine Vielzahl von Aktivitäten. Im engeren Sinn geht es ihr um gesundheitsbezogene Interventionen im Schulkontext, die sich an den Werten und Prinzipien der Gesundheitsförderung (WHO 1986) orientieren und Gesundheits-, Gesundheitserziehungs- bzw. Gesundheitsbildungs- und schließlich auch Bildungsziele verfolgen. Gesundheitsziele verfolgt die schulische Gesundheitsförderung, wenn sie sich auf das Schulpersonal bezieht, also auf Lehrkräfte und das nicht unterrichtende Personal. Alle anderen Ziele sind dem Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schule zuzurechnen und beziehen sich auf die schulische Gesundheitserziehung und -bildung oder direkt auf Erziehungs- bzw. Bildungsprozesse und -outcomes. Dies geschieht, wenn zum Beispiel ein gesundes Schulfrühstück in der Schule eingeführt wird, nicht (nur) im Rahmen der Gesundheitserziehung und -bildung, sondern (auch), um allgemein die Lernaktivitäten und -leistungen der Schülerinnen und Schüler positiv zu beeinflussen. In einem erweiterten Sinn gehören zur schulischen Gesundheitsförderung auch die Organisationen, die solche Interventionen anbieten und durchführen (Krankenkassen, Sportvereine, Jugendhilfe).

Dies kann zum Beispiel auch die Schule bzw. ein Netzwerk von Schulen (mit außerschulischen Partnern) sein (Barkholz et al. 2001), dann ist sie bzw. sind sie die Durchführungsorganisation(en) (Paulus 2011).

Die aktuelle Situation der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland ist durch Unübersichtlichkeit der Akteurinnen und Akteure sowie der angebotenen bzw. durchgeführten Initiativen gekennzeichnet. Unter den Anbietern und Durchführenden, sogar in den Schulen selbst, gibt es oftmals nur eine sehr geringe bis gar keine Abstimmung. Immer wieder werden gerade von den Krankenkassen Projekte und Programme vielfach zu den gleichen Themen (Ernährung, Bewegung, Aggression und Gewalt) für die relevanten Zielgruppen (Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler, Eltern) mit unterschiedlichen Kooperationspartnerinnen und -partnern und in verschiedenen Bezugsrahmen (zum Beispiel Schule als Organisation, Schule und Kommune, Schule und soziale Arbeit, Schule und Wirtschaft) entwickelt bzw. deren Entwicklung gefördert (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008a). Diese wenig gesteuerte Entwicklung führt dazu, dass in Schulen Projekte, Programme und Initiativen zum Einsatz und zur Umsetzung kommen, die von einfach strukturierten, wie zum Beispiel kleineren Unterrichtseinheiten, bis hin zu komplexen Settingprojekten auf Landes- oder Bundesebene mit dem Fokus auf Verhaltens- und/

oder Verhältnisprävention aller an Schule beteiligten bzw. mitwirkenden Personengruppen reichen (Paulus und Witteriede 2008).

» Qualität schulischer Gesundheitsförderung

Die Qualität schulischer Gesundheitsförderung bezeichnet die Gesundheitsqualität der Schule. Sie kennzeichnet das Ausmaß der Erfüllung von gesundheitsbezogenen Anforderungen. Diese beziehen sich auf

- a) die Verankerung von wissensbasierten, die Prinzipien und Werte der Gesundheitsförderung verkörpernden gesundheitsbezogenen Maßnahmen in den Strukturen und Prozessen der Organisation Schule (Organisationsebene),
- b) die Konzeption und Durchführung dieser Maßnahmen und auch auf die sie anbietenden und durchführenden Organisationen oder Personen (Programmebene) und
- c) die Verwirklichung definierter Ziele zu Gesundheits-, Gesundheitsbildungs-, Bildungs- und Erziehungsaspekten für die Schülerinnen und Schüler, zum Teil auch für Lehrkräfte, das nicht unterrichtende Personal und die Eltern (Personenebene).

Die Frage nach der Qualität der schulischen Gesundheitsförderung bezieht sich deshalb auf so unterschiedliche »Gegenstände« wie:

- a) Aktivitäten, Initiativen, Projekte (zum Beispiel bewertet durch Empfehlungen der GKV; TK – Projekt »Gesunde Schule« in der Perspektive einer »Evaluierung«).

- b) Programme (zum Beispiel bewertet durch GVG – Logo »gesundheitsziele.de«; Q-SGB – Qualitätssicherung schulbezogener Programme in Gesundheit – Bildung in der Perspektive einer »Zertifizierung«).
- c) Anbieter (zum Beispiel bewertet durch die GKV – »Leitfaden Prävention« (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008b in der Perspektive einer »Akkreditierung«).
- d) Schulen bzw. Schulnetzwerke (mit Partnern) (zum Beispiel bewertet durch LfG Sachsen-Anhalt, BKK, GKV – »Audit Gesunde Schule«; BMG – »Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung« (Paulus und Michaelsen-Gärtner 2008); UK-NRW – »Schulentwicklungspreis NRW – Gute gesunde Schule«; UK-NRW – »IQES – Instrumente zur Qualitätsentwicklung in Schulen«, (Brägger und Posse 2007) in der Perspektive einer »Auditierung«.

Die schon benannten Akteurinnen und Akteure (Stakeholder) haben unterschiedliche Erwartungen an die Qualität der schulischen Gesundheitsförderung. Die wichtigsten sind:

- a) Adressatinnen und Adressaten/Nutzerinnen und Nutzer (Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, nicht unterrichtendes Personal, Eltern): Zufriedenheit, Bedürfnis-, Erwartungsbefriedigung, Partizipation,
- b) Träger/Mittelgeber (Krankenkassen, Stiftungen, Ministerien): Effektivität, effizienter Ressourceneinsatz,
- c) Anbieter/Expertinnen und Experten (Beraterinnen und Berater, Trainerinnen und Trainer): Fidelität der Umsetzung, Qualität und angemessener Einsatz der Methoden, theoretische Fundierung der Interventionen, Qualifikation.

Aus wissenschaftlicher Sicht bietet sich die folgende Systematik an, die zurückgeht auf die Unterschei-

Planungs-/ Konzeptqualität	Bedarfs- und Zielbestimmung; Zielgruppenbestimmung; Angemessenheit des Konzepts; Interventionstheorie; Rahmenbedingungen
Strukturqualität	Qualifikationen, Ressourcen, Nachhaltigkeit
Prozessqualität	Durchführung/Umsetzung
Ergebnisqualität	Messung, Bewertung

Tab. 1: Qualitätsaspekte der Maßnahmen schulischer Gesundheitsförderung

dungen, die Donabedian (2003) eingeführt hat. Sie beziehen sich auf die Maßnahmen, um die es auch im Folgenden vornehmlich gehen wird, und berücksichtigen die folgenden Aspekte (siehe Tabelle 1):

Die Qualität der Maßnahmen schulischer Gesundheitsförderung wird üblicherweise über Niveaustufen bestimmt. Eine hohe Qualität ist dann erreicht, wenn Interventionen sich in Meta-Analysen methodisch guter Studien bewährt haben. Eine mittlere Qualität ist dann gegeben, wenn in mehreren Studien mit methodisch geringerem Anspruch Effekte identifiziert werden konnten. Eine niedrige Stufe der Qualität ist dann gegeben, wenn sie sich nur auf Erfahrungen und Meinungen anerkannter Autoritäten sowie Expertinnen und Experten berufen kann. Neben der Problematik der Bestimmung methodisch relevanter Standards liegt eine weitere darin, dass die Qualität schulischer Gesundheitsförderung sich letztlich in der Realität des schulischen Alltags bewähren muss. Die Evidenz einer Praxis, die in schulischen Modellversuchen nachweisbar ist (»Evidenzbasierte Praxis«), bedeutet noch lange nicht, dass sie sich in der Praxis auch bewährt (»Praxisbasierte Evidenz«).

» Qualität schulischer Gesundheitsförderung – Hinweise aus der Forschung

Nach Kliche et al. (2010), die die Ergebnisse der bisher vorliegenden Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung insbesondere auch vor dem Hintergrund der Evaluationsstudie des GKV-Projekts »Gesund leben lernen« zusammenfassen, hat sich der Settingansatz auch in Schulen als aussichtsreicher Weg der Gesundheitsförderung herausgestellt, vor allem für gesundheitlich Benachteiligte. Diese Einschätzung ist seit etlichen Jahren auch international Konsens (Dür 2008b, International Union for Health Promotion and Education 2008, 2009, Tang et al. 2008, St Leger et al. 2010). Dieser Ansatz erbringt aber keineswegs immer gute Gesundheits- und Bildungswirkungen. Sie hängen vielmehr von komplex interagierenden Umsetzungsbedingungen in den Schulen und von der Qualität der Maßnahmen selbst ab (Schumacher et al. 2006).

Auch die Breitenwirksamkeit des Settingansatzes gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung für Schulen, der systemische, strukturverändernde Maßnahmen beinhaltet, ist aber ebenso wie die vielen Einzelprogramme schulischer Gesundheitsförderung, die die Förderung in den Bereichen gesundheitsbezogener Lebenskompetenzen, Ernährungs- und Bewegungsverhalten zum Ziel haben (Bundesministerium für Gesundheit 2011), noch weitgehend ungesichert (Kliche et al. 2010). Paulus und Witteriede (2008) konnten zeigen, dass nur ca. 14 % der ca. 48.000 Schulen in Deutschland programmatisch auf der Ebene der Schulleitbilder und -programme den Settingansatz in der schulischen Gesundheitsförderung vertreten. Durchgeführte Stichproben las-

sen aber vor dem Hintergrund der eben angeführten Erkenntnisse vermuten, dass auf der Ebene der Umsetzung im schulischen Alltag sehr viel weniger verwirklicht wird. Dies bedeutet, dass es trotz der fast 20-jährigen Bemühungen nicht gelungen ist, den Settingansatz schulischer Gesundheitsförderung in Schulen umfassend und wirksam zu verankern und zu integrieren. Aus den »Modellen guter Praxis« der zum Teil bundesweiten Pilotprojekte ist kaum eine »Praxis der guten Modelle« hervorgegangen (Paulus 2003). Zunehmend ist durch die Ergebnisse der Gesundheits- bzw. Wohlbefindensforschung deutlich geworden, dass Gesundheit nicht nur ein Output/Outcome von Schule ist, sondern auch eine andere wichtige Funktion hat (Hascher und Winkler-Ebner 2010; Paulus 2011). Gesundheit ist auch Input- und Throughputfaktor für Lernen, Leistung und soziale Kompetenz der Schülerinnen und Schüler, der Lehrkräfte und auch des nicht unterrichtenden Personals. Gesundheit ist eine Ressource, ein Katalysator, Motor oder eine Triebkraft der Qualität von Schule und Bildung (Murray et al. 2007, Center for Disease Control and Prevention 2010, Paulus 2010a, 2010 b). Deshalb ist ein neuer konzeptueller Rahmen nötig, der die Beziehung von Gesundheit und Bildung thematisiert (Griebler et al. 2009, Suhrcke und de Paz Nieves 2011).

In dieser neuen Perspektive ist nun die Schule der Ausgangspunkt mit ihren pädagogischen Bildungs- und Erziehungsaufträgen. Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung sind als Maßnahmen der Unterstützung der Schule zu verstehen, ihre alltägliche »Schularbeit« effektiver und besser zu leisten. »Mit Gesundheit gute Schule entwickeln« lautet nun das Motto, und die »Gute Gesunde Schule« ist das diesen Ansatz repräsentierende Konzept. »Anschub.de – ein Programm für die gute gesunde Schule« (www.anschub.de) und »MindMatters – mit psychischer Gesundheit gute Schule machen. Eine Ressource für die Sekundarstufe 1« (www.mindmat-

ters-schule.de) stellen zwei bundesweit verbreitete Programme dar, die diesen Ansatz explizit umsetzen.

Sie markieren auch einen Wechsel in der Betrachtung der Qualität schulischer Gesundheitsförderung. Maßnahmen, die für Schulen geplant oder umgesetzt werden, müssen neben anderen Kriterien zeigen, dass sie einen Beitrag zur Förderung der Bildungsqualität der Schule leisten können. Diese Ausrichtung erfordert auch, dass der Referenzrahmen der schulischen Gesundheitsförderung nicht mehr die Gesundheitsfördernde Schule mit dem aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive entwickelten Settingansatz sein kann, sondern dass das Qualitätsverständnis der »guten Schule« den neuen Bezugsrahmen schulischer Gesundheitsförderung bilden muss.

Gesundheitsqualität der Schulen

Abgeleitet aus einer Analyse der Qualitätsrahmen, die die Kultusministerien und obersten Senatsbehörden der Bundesländer für ihre Schule vorhalten, ist eine Synopse entstanden, die als Orientierungsrahmen für die schulische Gesundheitsförderung dienen kann (Paulus und Michaelsen-Gärtner 2008; siehe Tabelle 2)

Für diese Qualitätsbereiche sind in den Qualitätsrahmen der Bundesländer allgemeine Standards festgelegt worden, die als »Orientierungshilfen« für die Schulen in ihrem Schulentwicklungsprozess dienen sollen. Aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften bzw. der schulischen Gesundheitsförderung können für diese Bereiche nun Standards für die Gesundheitsqualität der Schule entwickelt werden, die dann einen Beitrag zu einer umfassenden

Qualitätsbereiche	Qualitätsmerkmale (Beispiele)
Rahmenbedingungen	Bedingungen, Intentionen
Schulkultur	Pädagogische Grundsätze
Lehren und Lernen	Unterrichtsgestaltung
Schulführung und Management	Schulleitungshandeln
Kooperation und Außenbeziehungen	Kooperation der Lehrkräfte
Personalentwicklung	Personaleinsatz der Lehrkräfte
Ergebnisse und Erfolge der Schule	Schulabschlüsse
Qualitätsmanagement	Evaluation des Unterrichts

Tab. 2: Schulqualität in Deutschland – Eine Systematik der Bundesländer

qualitätsorientierten Schulentwicklung leisten können (Dür et al. 2009).

Ein solcher Rahmen mit den entsprechenden Indikatoren ist von Paulus und Michaelsen-Gärtner (2008) in dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt »Qualität schulischer Gesundheitsförderung. Dimensionen, Kriterien und Indikatoren. Entwicklung eines Analyserasters mit Toolbox« erstellt worden. Er kann im Rahmen des selbst durchgeführten Qualitätsmanagements von den Schulen genutzt werden. Er integriert das Gesundheitsmanagement in das umfassende Qualitätsmanagement und stellt ein Beispiel dar, das zur Sicherung, aber auch zur Entwicklung der Qualität schulischer Gesundheitsförderung im Schnittfeld Bildung–Gesundheit geeignet ist.

Ein zweites Beispiel ist das fragebogengestützte Verfahren QSGB (Dadaczynski und Witteriede 2011). Es umfasst insgesamt vier Dimensionen, neun Kriterien und 36 Indikatoren, die die Qualitätsbereiche Konzept, Struktur, Prozess und Ergebnis abbilden. Es ermöglicht die systematische Bewertung schulbezogener Programme und erleichtert damit die Auswahl aus der Vielzahl der sich zurzeit am Markt

befindenden Programme. Damit wird zugleich auch die Transparenz der Qualität von schulbezogenen Programmen im Bereich Gesundheit–Bildung erhöht. Schließlich bildet dieses Verfahren auch eine Orientierung für die Entwicklung neuer Programme in dem neuen Ansatz der »Guten Gesunden Schule«.

Schließlich sei ein drittes Beispiel zur Qualitätsentwicklung und -sicherung angeführt. Es ist »die initiative – Gesundheit – Bildung – Entwicklung« in Niedersachsen (www.dieinitiative.de). Sie ist insofern innovativ, als dass sie selbst keine Projekte durchführt, sondern im Sinne einer Qualitätsagentur für die schulische Gesundheitsförderung fungiert. Sie nutzt zentral das eben vorgestellte Verfahren QSGB.

» Schluss

Die schulische Gesundheitsförderung ist ein komplexes Geschehen, das durch den Paradigmenwechsel von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten

gesunden Schule eine neue Ausrichtung erfahren hat. Dies wird auch in den Fragen zur Qualität, Qualitätsentwicklung und -sicherung sichtbar. Die Qualität wird jetzt vor dem Hintergrund des Beitrags der schulischen Gesundheitsförderung zur Bildungsentwicklung der Schule bewertet. Nicht mehr die Gesundheitsförderung durch Bildung steht im Zentrum, sondern die Bildungsförderung durch Gesundheit (Paulus 2010a, 2010b). Wie man die Qualitätsfrage in dieser Perspektive stellt und welche Lösungsmöglichkeiten sich anbieten, ist an drei Beispielen verdeutlicht worden. Ein viertes mögliches Beispiel, die »Balanced Score Card«, wird ausführlicher in dem Beitrag »Innovative Ansätze zum Qualitätsmanagement für eine gesundheitsfördernde Schule« (siehe S. 164) präsentiert. Die Frage nach der Qualität schulischer Gesundheitsförderung ist aber mit dieser Wendung nicht abschließend beantwortet. Ein neuer Horizont schulischer Gesundheitsförderung tut sich auf. Schulische Gesundheitsförderung muss im Kontext der Lebenswelten und Lebensweisen der Schülerinnen und Schüler, der Lehrkräfte und schließlich der Schule insgesamt gesehen werden. Bildung und Gesundheit weisen über die Schule als Ort der Bildung hinaus und schließen die außerschulische Bildung, das informelle und inzidentelle Lernen mit ein.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008a): Dokumentation 2007. Leistungen der Prävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Essen.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008b): Leitfadens Prävention – 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. Bonn.
- Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H., Paulus, P. (2001): Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen. Norderstedt.
- Brägger, G., Posse, N. (2007): Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen (IQES), Band 1 und 2. Bern.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): Nationales Gesundheitsziel – Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Center for Disease Control and Prevention (2010): The association between school based physical activity, including physical education, and academic performance. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta.
- Donabedian, A. (2003): An introduction to Quality Assurance in Health Care. New York.
- Dür, W. (2008a): Was kann Gesunde Schule und Gesundheitsförderung in der Schule bewirken? In: Hörhan, C., Rohrauer, G. (Hrsg.): Was kann Gesundheitsförderung? Evidenz in Theorie und Praxis. Tagungsband. Wien, S. 19–23.
- Dür, W. (2008b): Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Bern.
- Griebler, R. et al. (2009): Schulqualität, Schulerfolg und Gesundheit. Ergebnisse aus der österreichischen »Health Behaviour in School-Aged Children«-Studie, ÖZS, 2, S. 79–88.
- Hascher, T., Winkler-Ebner, C. (2010): Gesundheit und Bildung der Kinder und Jugendlichen. In: Paulus, P. (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim, S. 31–56.

- International Union for Health Promotion and Education (2008): *Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools*, 2nd ed., Geneva. Download unter http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_English.pdf. Zugriff am 13.02.2012.
- International Union for Health Promotion and Education (2009): *Promoting Health in Schools: From Evidence to Action*, Geneva. Download unter http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/CDC/PHIS-E&A_3Mar2010_WEB.pdf.
- Kliche, T. et al. (2010): (Wie) wirkt gesundheitsfördernde Schule? Effekte des Kooperationsprojekts »GESUND LEBEN LERNEN«. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5, 2010, S. 377–388.
- Murray, B., Low, B., Hollis, C., Cross, A., Davis, S. (2007): Coordinated school health programs and academic achievement: A systematic review of the literature. In: *Journal of School Health*, 77, 2007, pp. 589–600.
- Paulus, P. (2003): Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur »guten gesunden Schule«. In: Aregger, K., Lattmann, U. (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven*. Luzern 2003, S. 93–114.
- Paulus, P. (Hrsg.) (2010a): *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim.
- Paulus, P. (2010b): *Förderung der psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Schulen. Nationale und internationale Entwicklungen*. In: Paulus, P. (Hrsg.): *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim, S. 275–290.
- Paulus, P. (2011): *Gesundheitsförderung und Schule*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Gamburg, S. 272–275.
- Paulus, P., Gediga G. (2010): *Anschub.de. Bericht über erste Ergebnisse der Evaluation eines Programms zur Förderung der guten gesunden Schule*. In: Paulus, P. (Hrsg.): *Bildungsförderung durch Gesundheit, Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim, S. 311–328.
- Paulus, P., Michaelsen-Gärtner, B. (2008): *Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung, Gesundheitsqualität im Kontext der Schulqualität. Handreichung mit Indikatorenlisten und Toolbox*. Bonn.
- Paulus, P., Witteriede, H. (2008): *Bilanzierung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im ganzheitlichen Konzept einer gesunden Schule*. Dortmund, Berlin.
- Schumacher, L. et al. (2006): *Lehrergesundheit – Baustein einer guten gesunden Schule*. In: Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (Hrsg.): *Bundesverband der Unfallkassen (BUK), Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (GUUV W-L), Universität Lüneburg, Institut für Psychologie, Lüneburg*.
- Suhrcke, M., de Paz Nieves, C. (2011): *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*. WHO, Copenhagen.
- St Leger, L. et al. (2010): *Promoting Health in Schools. From Evidence to Action*. Internet: http://www.iuhpe.org/?page=516&lang=en#sh_advevid. Zugriff am 13.02.2012.
- Tang, K. et al. (2008): *Schools for health, education and development: a call for action*. *Health Promotion International*, 24, 2008, pp. 68–77.
- WHO (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization. Geneva.

04

FAMILIE

» Projekt WiEge: »Wie Elternschaft gelingt« [Fachhochschule Potsdam [FHP]] – Frühe Hilfen für hoch belastete Eltern mit Kindern von null bis zwei Jahren, Hilfsangebote zur Stärkung der Erziehungskompetenzen

Bärbel Derksen

» Projektrahmen

Das Projekt »WiEge – Wie Elternschaft gelingt« an der Fachhochschule Potsdam (2007 bis 2010) unter der Leitung von Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner wurde vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ) im Rahmen des Aktionsprogramms der Bundesregierung »Frühe Hilfen

für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme« gefördert. Die Mittelvergabe und fachliche Begleitung erfolgte durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH).

In allen Bundesländern wurden zwischen 2006 und 2010 vom NZFH verschiedene Projekte im Bereich frühe Elternschaft mit unterschiedlichen Ausgangssituationen gefördert und wissenschaftlich begleitet; im Land Brandenburg und in Hamburg (Leiter: Prof. Dr. Gerhard Suess, Hochschule für

angewandte Wissenschaften) war dies das Projekt »WiEge«.

Die Bedeutung sehr früh einsetzender Hilfen für Eltern mit sehr kleinen Kindern ist inzwischen unumstritten und wissenschaftlich gut belegt. Je früher Hilfen beginnen, desto wirksamer sind sie. Schon in der frühen Kindheit werden wichtige Weichen für die kindliche Persönlichkeitsentwicklung gelegt. Dabei wird dem Aufbau einer tragfähigen Eltern-Kind-Beziehung eine besondere Bedeutung zugewiesen. Eine sichere Bindung zu einer oder mehreren Bezugspersonen gilt als ein erstrangiger Schutzfaktor für ein gesundes Aufwachsen von Kindern.

Säuglinge und Kleinkinder können sich in den ersten Monaten nur in der Beziehung zu anderen Menschen als selbstwirksam erleben und erst im Spiegel des Erwachsenen und durch seine unterstützende Moderation können sie die Umwelt fördernd erfahren. Säuglinge und Kleinkinder sind besonders verletzlich und häufiger von Kindeswohlgefährdung betroffen als ältere Kinder. Das frühzeitige Erkennen von Risiken und Gefährdungen, die schnelle und gute Erreichbarkeit junger Familien über das Gesundheitswesen hinaus spielen dabei eine wichtige Rolle. Wirksame, teilweise schon in der Schwangerschaft beginnende Interventionsprogramme können Fehlentwicklungen schon sehr früh vorbeugen.

»Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierenden Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der Null- bis Dreijährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familien und Gesellschaft frühzeitig zu erkennen und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Auf-

wachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe. Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten. Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen. Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden ...« (Wissenschaftlicher Beirat des NZFH, www.fruehehilfen.de)

Frühe Hilfen sind demnach sehr breit aufgestellt. Sie reichen von gesundheitsförderlichen Angeboten und Gesundheitskontrollen (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen) über den Bereich der Familienbildung, Eltern-Säuglings-/Kleinkindberatung und -Psychotherapie bis hin zu hoch spezialisierten Angeboten für Familien mit besonderen Belastungen (zum Beispiel Frühförderung, Familienhebammen, Entwicklungspsychologische Beratung).

Das Projekt »WiEge« verfolgte mehrere Ziele:

- Aufbau und Etablierung von Vernetzungsstrukturen im Bereich Frühe Hilfen unterstützen,
- Strategien zur Früherkennung von hoch belasteten Familien mit Säuglingen und Kleinkindern erproben,
- nachgehende Strategien der Kontakthanbahnung und Aufrechterhaltung mit besonders belasteten Familien entwickeln,
- Fortbildungen und Supervision im Bereich der frühen Elternschaft für Fachleute anbieten,
- das STEEP™-Programm evaluieren und ggf. Möglichkeiten der Implementierung als eigenständige Hilfeform in die Jugendhilfe im Rahmen einer Regelfinanzierung diskutieren (als Hilfen zur Erziehung),
- passgenaue Hilfen entwickeln.

Das STEEP™-Programm (steps towards effective and enjoyable parenting) von Erickson und Egeland richtet sich primär an hoch belastete, werdende Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern von null bis zwei Jahren (psychosoziale Belastungsfaktoren, zum Beispiel Armut, keine Schul- und Berufsausbildung, psychisch erkrankte Eltern, sehr junge Eltern usw.). Im Unterschied zu Eltern-Kind-/Familienzentren oder dem in Brandenburg beheimateten »Netzwerke gesunde Kinder (NgK)« werden mit diesem Angebot speziell Eltern von Neugeborenen und Säuglingen mit Belastungen und Risiken angesprochen.

Das Frühinterventionsprogramm STEEP™ ist ein langfristiges, komplexes, bindungstheoretisch fundiertes Präventionskonzept, das auf unterschiedlichen Ebenen die Erziehungskompetenzen der Eltern unterstützt und die positive Eltern-Kind-Beziehung innerhalb der ersten Lebensjahre des Kindes in den Mittelpunkt stellt. Mithilfe von Videoaufnahmen von Eltern-Kind-Interaktionen soll ein gelingendes und feinfühliges elterliches Verhalten aufgebaut und gefestigt werden. Zudem werden eigene Kindheitserfahrungen der Eltern reflektiert und im Hinblick auf die momentane Beziehung zum eigenen Kind besprochen. Die Hilfeform wird im Rahmen von Hausbesuchen im Einzelkontakt mit der gesamten Familie sowie in Gruppentreffen von mehreren Müttern durchgeführt (ca. ein bis zwei Kontakte pro Woche). Dadurch sollen mitunter auch soziale Kontakte und Unterstützungsnetze für die Familien etabliert werden. Da die Hilfe insgesamt zwei Jahre andauert, ist die Beziehung zwischen der Familie – besonders den Müttern – und der STEEP™-Mitarbeiterin von großer Bedeutung.

In Potsdam-Mittelmark – einem Landkreis Brandenburgs – wurde die STEEP™-Intervention aufgrund der hohen Belastungsfaktoren der Familien und der ländlichen Struktur den vorliegenden Besonderheiten und den Bedürfnissen der Familien angepasst. Statt wöchentlich einmalige Kontakte zwischen der

Familie und der STEEP™-Beraterin wurden mehrere Termine vereinbart, die bei familiären Krisen noch deutlich erweitert werden konnten (bis zu drei Einzelkontakte). Jede Woche wurde ein Gruppentreffen von 9:00 bis 15:00 Uhr durchgeführt. Auch ein enger Telefonkontakt (teilweise auch am Wochenende bei Krisen) war zwischen der Familie und der Betreuerin möglich.

Zusätzlich zu der STEEP™-Intervention hatten die Familien die Möglichkeit, einmal wöchentlich eine PEKiP®-Gruppe zu besuchen.

Es konnten bisher ca. 19 Familien mit einem hohen Gesamttrisikoindex erreicht und in ihrer Elternschaft begleitet und unterstützt werden. Dabei war die unterstützende, die Stärken der Elternschaft fokussierende Beziehung zwischen Mutter und STEEP™-Mitarbeiterin von großer Bedeutung und setzte ein hohes Maß an persönlichem Engagement, Reflexionsfähigkeit, begleitender Fortbildung und Supervision bei den Mitarbeiterinnen voraus. In Potsdam-Mittelmark konnte das Konzept der »Jungen Mütter« – STEEP™-Arbeit mit erhöhtem Kontaktangebot (WIR e.V., Bartl und Wiltzer) – erfolgreich in das bestehende Angebot der Jugendhilfe eingebaut werden. Es war darüber hinaus auch möglich, mit sogenannten »geschickten« Familien intensiv zusammenzuarbeiten (Familien mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung und »Kontrollauftrag«) und sie über diese erste lange Familienzeit zu begleiten.

Das STEEP™-Programm wurde als ein spezifisches Angebot über die »Hilfen zur Erziehung« finanziert und teilweise im Rahmen eines Pauschalfinanzierungskonzepts oder im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienhilfe etabliert.

Vorläufige Ergebnisse (in Auswertung; Suess et al. 2010), die sich auf die Eltern-Kind-Beziehung beziehen (Verhaltensebene), zeigten eine Verbesserung der Interaktionsqualität. Eltern und ihre Kinder hatten mehr Freude und Interesse an den gemeinsamen Aktivitäten. Durch eine empathische Grundhaltung

den kindlichen Bedürfnissen gegenüber und durch die elterliche Auseinandersetzung und Reflexion mit den eigenen Bedürfnissen und Wünschen konnte die Eltern-Kind-Beziehung unterstützt werden. Bei den Eltern war eine vorausschauende Sorge und Auseinandersetzung mit kommenden, neuen Entwicklungsschritten zu beobachten. Einige Eltern sprachen über den Einfluss eigener Kindheitserfahrungen auf den Umgang mit dem eigenen Kind und fanden einen neuen Zugang zu ihrer Biografie. Es wurden neue Freundschaften untereinander geschlossen, sodass sich die Mütter gegenseitig bei der Kinderbetreuung unterstützen konnten.

Auch zukünftig wird ein lockerer Kontakt zu den STEEP™-Beraterinnen bestehen, die auch in Zukunft in Notsituationen oder weiteren Herausforderungen und Unsicherheiten ansprechbar sind und helfen können.

Für einige wenige Familien mit besonders hoher psychosozialer Belastung, die das Wohl des Kindes nicht sicher oder dauerhaft gewährleisten können, waren neben dem STEEP™-Programm weitere umfassendere Hilfestellungen notwendig. Hier reichte allein die STEEP™-Intervention mit ihrem spezifischen Fokus auf die Eltern-Kind-Beziehung nicht aus.

Das Familienzentrum an der Fachhochschule Potsdam wurde zunehmend im Fall von Kindeswohlgefährdung vom Jugendhilfeträger beauftragt, eine erste Risiko- und Ressourceneinschätzung der Eltern-Kind-Beziehung durchzuführen und Möglichkeiten der passgenauen Hilfen in den Hilfeplanprozess mit einzubringen.

Obwohl der Bedarf groß ist, gibt es leider zurzeit in Brandenburg nur vereinzelt ausgebildete STEEP™-Begleiterinnen. Das langfristige, über zwei Jahre angelegte Konzept stellt sowohl für Eltern, Beraterinnen und deren Institutionen als auch für die Behörde eine große Herausforderung dar. Die intensive kontinuierliche Arbeit mit hoch belasteten Familien fordert von Beraterinnen und Beratern ein hohes emo-

tionales Engagement und eine fundierte fachliche Qualifizierung und Supervision.

In Brandenburg gibt es – wie in anderen Regionen auch – parallel aufgebaute Vernetzungsstrukturen und Netzwerkaktivitäten, die von der Jugendhilfe oder vom Gesundheitswesen ausgehen. Gemeinsamer Ausbau sowie gemeinsame Steuerung und Planung der Arbeitsaktivität brauchen Zeit und ausreichende personelle Ressourcen, um eine konstruktive, förderliche Kooperation aufzubauen.

In Potsdam-Mittelmark wurde eine spezifische Koordinierungsstelle, »Netzwerk Hilfen von Anfang an«, eingerichtet. Nach einer zweitägigen Fortbildung zum Thema »Warnzeichen von Kindeswohlgefährdung bei Säuglingen und Kleinkindern« entstand in Bad Belzig und Umgebung ein Arbeitskreis »Frühe Hilfen«, geleitet von der Koordinierungsstelle und gestützt durch die Steuerungsgruppe des Landkreises. In diesem Arbeitskreis »Frühe Hilfen« konnte die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Vernetzungspartnern wie dem »Netzwerk gesunde Kinder«, Hebammen und Entbindungspflegern, Klinik, Gesundheitsamt, Frühförderstelle, freien Trägern usw. gut etabliert werden. Es wurden kurzfristig persönliche Kontakte hergestellt, wenn Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf identifiziert und akute Hilfe benötigt wurde. Regionale Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten wurden bei der konkreten Fallarbeit deutlicher, die in der Arbeitsgruppe transparent und offen thematisiert und nutzbringend diskutiert wurden.

Das STEEP™-Programm wurde bisher nur begrenzt in bestehende Jugendhilfestrukturen implementiert. In Zukunft soll dies jedoch, unterstützt durch die Institutionen des Landes, weiter ausgedehnt und dem Bedarf der Familien und den Möglichkeiten sowie Voraussetzungen des Flächenlandes Brandenburg stärker angepasst werden. Den Beteiligten ist bewusst, dass für eine weitere Verbreitung im Land Brandenburg ausreichend geschultes Fachpersonal

für eine unterstützende, kontinuierliche Fallbegleitung noch nicht flächen- und bedarfsdeckend vorgehalten werden kann.

Das Familienzentrum der FHP hat sich dem Bedarf an zunehmender spezifischer Qualifizierung im Bereich der frühen Elternschaft und Frühen Hilfen angenommen und wird auch im Jahr 2012 unterschiedliche Fort- und Weiterbildungen anbieten.

- zu Vernetzung und Kinderschutz diverse Informationsbroschüren (hier besonderes Vernetzungshandbuch),
- zu anderen Konzepten im Bereich »Frühe Hilfen«: Kurzevaluation der Frühen Hilfen beim DJI,
- diverse Broschüren und Expertisen vom NZFH.

www.gaimh.de

www.familienzentrum-potsdam.de

Literatur

Erickson, M., Egeland, B. (2006): Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP™-Programm. Klett-Cotta, Stuttgart.

Ludwig-Körner, C., Suess, G. J., Bohlen, U., Derksen, B., Koch, G., Mali, A. (2008): Frühe Hilfen für Kinder und ihre Familien. Langzeitstudie zur Effektivität und Indikation früher Hilfen bei drohender Kindeswohlgefährdung in Risikofamilien im Rahmen der sozialen Arbeit. Veröffentlichungsreihe der Fachhochschule Potsdam.

Ludwig-Körner, C., Schöberl, G., Derksen, B. (2010): Die helfende Beziehung in der STEEP™-Arbeit. In: BFSFJ (Hrsg.): Forschung und Praxisentwicklung früher Hilfen. Modellprojekte, begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen.

Suess, G., Bohlen, U., Mali, A., Frumentia-Maier, M. (2010): Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP™-Praxisforschungsprojekt »WiEge«.

Weitere Informationen zu dem Bereich:

www.fruehehilfen.de (Webseite des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen)

» Der Eltern-Ordner »Gesund groß werden« zur U1 bis U9 und J1

Ute Fillinger

» Hintergrund

Seit 1971 sind die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder eine gesetzliche Leistung des Gesundheitssystems. Das sekundärpräventive Programm nach § 26 SGB V sieht zehn Untersuchungstermine im Kindesalter (U1–U9) und eine Untersuchung zwischen zwölf und 14 Jahren (J1) vor. Früherkennungsuntersuchungen sollen dazu beitragen, gesundheitliche Risiken und Entwicklungsstörungen bei Kindern rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Das Programm ist ein bei Eltern ein anerkanntes Instrumentarium. Dies belegen auch die insgesamt hohen Teilnahmeraten. Allerdings nutzen Eltern mit niedrigem Sozialstatus und Eltern mit Migrationshintergrund die Untersuchungen für ihre Kinder deutlich seltener. Mit der Einführung verbindlicher Einlade- und Meldeverfahren durch die Länder seit 2007 steigen nach ersten Ergebnissen auch die Teilnahmeraten von Kindern aus schwer erreichbaren Familien (Thais et al. 2010). Damit bieten die Früherkennungsuntersuchungen einen frühen und breiten Zugang zu Eltern mit jungen Kindern, der für die Primärprävention genutzt werden kann.

In den 40 Jahren seines Bestehens hat das Programm immer wieder Veränderungen bzw. Ergänzungen erfahren. Dennoch fordern Fachkreise seit geraumer Zeit eine grundlegende Anpassung der Inhalte

an die veränderten Lebensbedingungen und Gesundheitslagen von Kindern im 21. Jahrhundert. Ein zeitgemäßes Programm sollte

- die sogenannte »neue Morbidität« bei Kindern berücksichtigen,
 - die Untersuchungsintervalle an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse anpassen,
 - Elemente primärpräventiver Elternberatung integrieren sowie
 - die Ergebnisse der Untersuchungen begleitend evaluieren (Robert Koch-Institut und BZgA 2008).
- 2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als zuständiges Gremium die Beratungen zur Aktualisierung der Früherkennungsuntersuchungen aufgenommen. Das Fehlen primärpräventiver Elemente im gegenwärtigen Programm war für die BZgA Ausgangspunkt für die Entwicklung von Elternmaterialien in Form des Eltern-Ordners »Gesund groß werden«.

» Zielsetzung und Interventionskonzept

Werdende und junge Eltern haben einen hohen Aufklärungsbedarf zu Themen der gesunden kindlichen Entwicklung. Viele Eltern sind vor allem beim

ersten Kind oft unsicher und zeigen zum Teil erhebliche Lücken im Präventionswissen (Bergmann et al. 2000, Koch et al. 2008). Schriftliche Materialien, die Eltern über die Gesundheit von Kindern informieren, genießen – neben der persönlichen Beratung – eine hohe Akzeptanz bei Eltern aller Bildungsschichten (Langness 2007). Information und Aufklärung – frei von Weltanschauungen und von Werbe- und Einzelinteressen – sind deshalb ein erster wichtiger Baustein, damit Eltern Wissen erwerben und kompetent handeln können.

Der Kinderarzt bzw. die Kinderärztin sind für Eltern vorrangige Ansprechpartner und wichtige Vertrauenspersonen. Das Arzt-Eltern-Gespräch im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen bietet einen geeigneten Rahmen, um Aspekte der kindlichen Entwicklung und Gesundheit zu besprechen. Dazu gehören auch relevante Themen der Prävention wie zum Beispiel Stillen, die Vorbeugung von Schlaf- oder Fütterstörungen, die Vermeidung von Unfällen oder die Allergievorbeugung. Allerdings sieht das Früherkennungsprogramm derzeit keine Vergütung für primärpräventive Leistungen vor. Darüber hinaus fehlt es an allgemeinverbindlichen Qualitätskriterien bzw. Standards über Zeitpunkt, Vorgehen und Inhalte einer präventiven Elternberatung.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat den Eltern-Ordner »Gesund groß werden« mit dem Ziel entwickelt, Eltern im Kontext der Früherkennungsuntersuchungen einen Zugang zu aktuellem Gesundheits- und Präventionswissen zu ermöglichen und Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte in der Beratung von Eltern zu unterstützen. Sie hat daher eng mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen und den pädiatrischen Fachgesellschaften zusammengearbeitet. Die Auswahl der Themen orientiert sich an den epidemiologisch relevanten Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen, denen präventiv begegnet werden kann. Die konkreten Inhalte und Präventionsempfehlungen wurden

in einem aufwendigen Prozess mit einem Kreis von Expertinnen und Experten aus der Pädiatrie, Bindungsforschung, Entwicklungs- und Familienpsychologie beraten und abgestimmt.

Akzeptanz und Wirksamkeit

Der Prototyp des Eltern-Ordners wurde von 2005 bis 2008 im Rahmen des Förderschwerpunkts »Präventionsforschung« mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung evaluiert. Das Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf überprüfte die Wirksamkeit bei Eltern verschiedener sozialer Schichten anhand einer randomisierten Studie mit Kontrollgruppendesign. Daneben wurden zufällig ausgewählte Expertinnen und Experten zum Gebrauchswert des Eltern-Ordners befragt.

Die Studienergebnisse zeigen, dass deutsch- und türkischsprachige Eltern sowie die befragten Fachleute den Eltern-Ordner mehrheitlich als sehr positiv bewerten. Alle Eltern, gleich welchen Sozialstatus, haben durch die Nutzung des Ordners nachweislich ihr Präventionswissen erweitern können. Eltern und Fachleute befürworten mehrheitlich eine bundesweite Ausgabe des Eltern-Ordners (Pawlis et al. 2010). Die Evaluationsergebnisse und die Optimierungsvorschläge von Eltern und Fachleuten sind 2009 in die Überarbeitung und Aktualisierung des Eltern-Ordners eingeflossen.

» Struktur und Inhalte des Eltern-Ordners

Der Eltern-Ordner ist modular aufgebaut, um Unterschieden im Bildungshintergrund, in den Informationsbedürfnissen und den Lesegewohnheiten von Eltern so weit wie möglich Rechnung zu tragen. Er bietet Platz für Dokumente wie das Kinderuntersuchungsheft oder den Impfpass, damit Eltern alle wichtigen Unterlagen stets griffbereit haben.

Die »Elternhefte zur U1–U6 und zur U7–U9 und J1« sind das Kernelement des Ordners. Sie enthalten die wichtigsten Informationen und Empfehlungen zu relevanten Gesundheits- und Präventionsaspekten entlang der U-Untersuchungen. Fragen zu Entwicklung und Verhalten des Kindes helfen Eltern, sich auf das Arztgespräch vorzubereiten. Die sechs »Infohefte zur Entwicklung und Gesundheit« sind als Hintergrundmaterial konzipiert, wenn Eltern mehr wissen möchten oder Fragen haben. Zentrale Themen sind: Grund- und Bindungsbedürfnisse des Kindes, die Eltern-Kind-Beziehung, Entwicklungsphasen und -aufgaben, Pflege und Ernährung, die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes, die Vorbeugung von Gesundheitsrisiken und Entwicklungsstörungen, aber auch die Aufklärung über die empfohlenen Impfungen im Kindesalter.

» Transfer in die Praxis

Ursprünglich war eine Verteilung des Eltern-Ordners gemeinsam mit dem »gelben Kinderuntersuchungsheft« vorgesehen, da eine Aushändigung

kurz nach der Geburt einen alternativlos niedrigschwelligen Zugangsweg zu Eltern darstellt. Da aber die Beratungen zur Revision des Früherkennungsprogramms im Gemeinsamen Bundesausschuss andauern, ist auch eine Entscheidung über eine Aufnahme primärpräventiver Inhalte und der Elternberatung noch offen.

Derzeit erwerben Fachinstitutionen und Fachkräfte vor allem aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe den Eltern-Ordner gegen eine Schutzgebühr und geben ihn im persönlichen Kontakt kostenlos an Eltern weiter. Schwangerschaftsberatungsstellen, Geburts- und Kinderkliniken, Arztpraxen, Frühfördereinrichtungen und vereinzelt auch Krankenkassen nutzen dieses Angebot.

In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Thüringen kommt der Eltern-Ordner im Rahmen landeseigener Programme für Familien zum Einsatz.

Die große Mehrheit der Bestellungen erfolgt allerdings durch kommunale Einrichtungen, vor allem Jugend- und Gesundheitsämter, aber auch Freie Träger, die den Ordner im Rahmen ihrer Angebote für junge Familien einsetzen, zum Beispiel bei »Willkommensbesuchen« anlässlich der Geburt eines Kindes (Pott, Fillinger und Paul 2010).

Auch in Familienzentren, Kindertagesstätten und Einrichtungen der Familienbildung rückt das Thema Gesundheitsförderung immer stärker in den Blickpunkt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009). Der Bedarf an aktuellen und qualitätsgesicherten Materialien zur Gesundheitsförderung und Prävention in den verschiedenen Praxisfeldern der Kinder- und Jugendhilfe wächst, was zu einer steigenden Nachfrage führt.

Der Ordner kann auch für die Beratung und Begleitung besonders belasteter Familien genutzt werden, wie eine Studie im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) ergab. Vor allem als Hintergrund- und Schulungsmaterial für Fachkräfte im Feld Frühe

Hilfen, als Strukturierungshilfe und »Aufhänger« für die Gespräche in Familien sowie zur Vor- und Nachbereitung der Früherkennungsuntersuchungen (Heimeshoff und Klößinger 2009).

Der Eltern-Ordner eignet sich als Aufklärungsmaterial für die überwiegende Mehrzahl der Eltern in Deutschland und auch für Familien mit multiplen sozialen Belastungen, sofern er in Ansätze früher Prävention und Hilfen durch Fachkräfte vor Ort eingebettet ist. Die Bundeszentrale strebt deshalb eine weitere Verbreitung an.

Literatur

Bergmann, R., Kamtsiuris, P., Bergmann, K. E., Huber, M., Dudenhausen, W. (2000): Kompetente Elternschaft: Erwartungen von jungen Eltern an die Beratung in der Schwangerschaft und an die Entbindung, *Z Geburtshilfe Neonatol*, 204, 2000, S. 60–67.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin.

Heimeshoff, V., Klößinger, S. (2009): Einsatz des Eltern-Ordners »Gesund groß werden« im Feld der Frühen Hilfen. Ergebnisse einer ExpertInnenbefragung (Abschlussbericht). Deutsches Jugendinstitut, München.

Koch, U. et al. (2008): Ergebnisse der modellhaften Evaluation der Funktion und Wirksamkeit des »Eltern-Ordners« der BZgA »Gesund groß werden«, Forschungsprogramm »Präventionsforschung« des BMBF. Abschlussbericht, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Hamburg.

Langness, A. (2007): Prävention bei sozial benachteiligten Kindern. Verlag Hans Huber, Bern.

Pawils, S. et al. (2010): Der Eltern-Ordner »Gesund groß werden« – modellhafte Evaluation der Funktion und Wirksamkeit von Elternmaterialien. In: *Forum Public Health*, 69, 2010, S. 17–18.

Pott, E., Fillinger, U., Paul, M. (2010): Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 2010, S. 1166–1172.

Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.

Thais, H. et al. (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 2010, S. 1029–1047.

» My home is my castle – Welche Zugangswege gibt es zu benachteiligten Familien?

Hildegard Müller-Kohlenberg

Obwohl die Gesundheitssituation von Kindern in sozial benachteiligten und randständigen Familien manchmal kritisch ist und die Weichenstellung für eine gesundheitsförderliche Lebensführung früh erfolgen sollte (Bauer und Bittlingmayer 2008, Hackauf und Ohlbrecht 2010, Lampert 2010, Lampert und Richter 2006, Lampert und Kurth 2007, Power und Kuh 2006, Schnabel 2006, Richter und Mielck 2006, Richter et al. 2008), ist zugleich die Distanz dieser Gruppen zu den Angeboten der Gesundheitsförde-

rung besonders groß (Dragano und Siegrist 2006, Erhart et al. 2008, Helming et al. 2007a, 2007b). Diejenigen, die von Präventionsprogrammen in erster Linie profitieren könnten, sind oftmals schwer erreichbar und ihre Bereitschaft zur Kooperation ist eher gering (Barlow et al. 2006, Haug-Schnabel et al. 2003). Empirische Studien, die bislang Fragen des Zugangs zu unterprivilegierten Familien untersucht haben, zogen meist ein ernüchterndes Fazit.

Autor(en)	Maßnahme/Angebot	Zugang*
Haug-Schnabel et al. 2003	Niederschwellige Angebote zur Elternbildung	22,0 % »Zugang im gewünschten Maße«
Eisner et al. 2007	Anmeldung, Teilnahme und Verbleib in einem Elterntrainingsprogramm Triple P	27 % »tatsächl. Teilnehmende« Andere Programme: 10–25 % »Teilnahmerate«
Warschburger und Richter 2009	Gesunde Ernährung und Bewegung: Was verhindert und erleichtert Müttern den Zugang zu Präventionsprogrammen?	22,7 % »bereit, an einem Präventionsprogramm teilzunehmen«
Brand und Jungmann 2009	Zugang zu sozial benachteiligten Familien. Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojekts »Pro Kind«	17 % »Empfehlungsrate« der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
Erfling 2011	Telefonbefragung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren: Mentorenprogramm »Balu und Du«	82 % »stimmen zu«

* Die Formulierungen wurden wegen der unterschiedlichen Fragestellung wörtlich übernommen.

Autor(en)	Maßnahme	Abbruchquote
Elger 1990	»Sozialpädagogische Familienhilfe« SPFH	40 %
Blüml et al. 1994	»Sozialpädagogische Familienhilfe in Bayern« SPFH (Dieses Ergebnis wird bis 2007 häufig zitiert)	20 %
Erzberger 2004	Evaluation der Bremer Familienkrisenhilfe	18 %
Fröhlich-Gildhoff et al. 2006	Vergleich verschiedener Maßnahmen	SPFH 19 % Heimerziehung 29 % EB 43 %
Friedrich 2008	SPFH	31,3 %
Erziehungsberatungs- stelle für den Landkreis Regen 2008 und 2009	Beratung 2008 Beratung 2009	24,5 % 24,3 %
Krauß 2010	Mentorenprogramm »Balu und Du«	11,1 %

Tab. 2: Die Häufigkeit von Abbrüchen verschiedener Förderangebote für Familien und Kinder

Eine unmittelbare Vergleichbarkeit der Studien, die sich mit dem Zugang zu Familien beschäftigt haben, ist jedoch insofern nicht ohne Weiteres gegeben, weil die Begrifflichkeiten und Konzepte etwas unterschiedlich sind: Wenn sich jemand »einverstanden« erklärt, heißt das noch nicht, dass ein Präventionsprogramm auch wirklich angefangen und zu Ende gebracht wird. Auch können Angebote für Familien unterschiedlich gestaltet sein – für Eltern, für Kinder oder beide. Das Design der Begleitforschung der Studien, die in Tabelle 1 aufgeführt sind, ist insofern nicht vollkommen identisch.

Tabelle 1 gibt zunächst nur Hinweise auf die Akzeptanzquote, die ein Maß für die Bereitschaft von unterprivilegierten Familien/Eltern/Müttern darstellt, einem Präventionsprogramm überhaupt einmal näherzutreten. Neben der Frage der Erreichbarkeit bzw. des Zugangs sollte auch das Durchhalte-

vermögen der angesprochenen Familien in die Überlegungen einbezogen werden. Wie hoch ist die Abbruchquote, wenn einer Kooperation zugestimmt wurde?

Die Abbruchquote gibt Aufschluss darüber, inwieweit eine Zusammenarbeit für die Dauer des Programms erreicht werden konnte.

Um eine breitere Vergleichsbasis zu erhalten, sind in Tabelle 2 diverse Angebote der Prävention und Familienhilfe aufgenommen.

» Wege und Umwege zu den Familien

In der Literatur werden erprobte Möglichkeiten beschrieben, wie Familien erreicht werden können, die in sozioökonomisch prekären Verhältnissen leben (vgl. zusammenfassend: Darimont 2010). Diese stimmen zum Teil mit den allgemeinen Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung überein, wie sie von der BZgA publiziert wurden (BZgA 2010).

Aus diesen Empfehlungen und zusätzlichen Grundsatzüberlegungen werden im Folgenden sechs zentrale Merkmale ausgewählt und daraufhin befragt, ob sie für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit belasteten Familien hilfreich sind. Welche Zugangswege wurden beschritten? Welche Erfahrungen wurden gemacht?

Da das Mentorenprojekt »Balu und Du« in Bezug auf Zugangsmöglichkeiten und Commitment vergleichsweise günstige Werte erzielt hat, finden die Erfahrungen dieses Projekts jeweils gesonderte Erwähnung (vgl. www.balu-und-du.de).

1. Niedrigschwelligkeit

Niedrigschwelligkeit wird mit dem Konstrukt der »Gehstruktur« verbunden, während die »Kommstruktur« – die Erwartung, dass ein Ratsuchender in die Beratungsstelle kommt – meist eine höhere Hürde bedeutet.

Das Aufsuchen eines Büros setzt eine Motivation und Aktivität voraus, die unter Umständen erst Ziel des Hilfsangebots ist. Denn ein Beratungsbüro ist nicht selten ausgestattet mit den »Requisiten der Macht« (Wurr 1981), zu denen Schreibtisch, Computer, Telefon, Gesetzestexte, Formulare, Sitzordnung u.Ä. gehören. Dagegen sei – so wird unterstellt – das Hingehen zum Adressaten, die aufsuchende Hilfe,

eher eine willkommene und akzeptable Geste. Aber auch die »Gehstruktur« hat ihre Tücken: es wird häufig als Kontrolle erlebt, wenn Personen, die zu Recht oder Unrecht als »Offizielle« angesehen werden, an der Wohnungstür klingeln. Die Unverletzlichkeit der Wohnung ist nicht nur ein Grundrecht (Art. 13 GG), sondern wird auch subjektiv als Anspruch verstanden, den es zu verteidigen gilt. Daraus kann sich ein Dilemma aus »Komm- und Gehstruktur« ergeben: Um aktiv eine Beratung aufzusuchen, bedarf es auf der einen Seite oftmals der vorausgehenden Aktivierung; die aufsuchende Hilfe löst jedoch – gerade bei Familien, die sich nicht »in die Karten schauen« lassen wollen – auf der anderen Seite manchmal Abwehr aus.

Wie schwierig es ist, hochbelastete Familien zur Annahme von Hilfen zu bewegen, geht aus Tabelle 1 hervor. Wenn der direkte Weg schwierig ist, gibt es vielleicht Umwege.

»Balu und Du« scheint einen Weg gefunden zu haben, wie das Dilemma umgangen werden kann: Eine Anfrage per Telefon wird zunächst durch eine Lehrkraft (meist aus Grundschulen aus sozialen Brennpunkten) gestellt. Die Lehrkräfte genießen bei den Familien ein gewisses Vertrauen. Ihre Empfehlung, dass es für das Kind vorteilhaft sei, und die Versicherung, dass die Mentorinnen und Mentoren keine Vertreterinnen und Vertreter von Behörden sind, öffnen viele Türen.

2. Die Funktion von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Mediatorinnen und Mediatoren

Die Erfolge von vermittelnden Personen (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren oder Mediatorinnen und Mediatoren), die auf Existenz und Vorteile eines Hilfsangebots aufmerksam machen, sind bisher unterschiedlich. Es kommt auf die Rahmenbedingungen an: Unter welchen Voraussetzungen lassen sich Multiplikatoren bzw. Multiplikatorinnen überhaupt finden und wie können sie eine hilfreiche Funktion

übernehmen? Im Spektrum frühkindlicher Hilfen waren die angesprochenen Personen – zum Beispiel Hebammen und Entbindungspfleger, Personen von Jobcentern oder Freien Trägern der Jugendhilfe, Ärzte und Ärztinnen – nicht immer bereit, die Familien auf die Unterstützungsangebote aufmerksam zu machen [Brand und Jungmann 2010]. Auf das Programm »Pro Kind« wurde in 17 % der Fälle ein Hinweis gegeben oder eine Empfehlung ausgesprochen (vgl. Tabelle 1).

Da im Rahmen des Mentorenprojekts »Balu und Du« eine relativ hohe Bereitschaft von Grundschullehrkräften zur Übernahme der Multiplikatorenfunktion besteht, kann die Vernetzungsstruktur von Familien, Grundschule und Mentorenprogramm Hinweise auf eine erfolgreiche Zugangsmöglichkeit zu sozial Benachteiligten geben.

3. Vernetzung vor Ort: Familie, Grundschule und Bildungseinrichtung des sekundären und tertiären Sektors

Warum nehmen Lehrerinnen und Lehrer an Grundschulen die zusätzliche Aufgabe der Telefonate und die Überzeugungsarbeit auf sich? Sie rufen bei den Eltern an, stellen das Projekt kurz vor und legen ihnen die Teilnahme des Kindes nahe. Sie beantworten Fragen, geben Infomaterial weiter und können auf positive Erfahrungen verweisen. Die Lehrkräfte erhalten – wenn die Eltern zustimmen – von der Projektleitung einen kurzen, einseitigen Anmeldebogen (Adresse, Alter, Interessen des Kindes etc.), den sie selbst ausfüllen und zurücksenden. Sie übernehmen damit die wichtige Funktion einer Multiplikatorin bzw. eines Multiplikators.

Es liegen jedoch Erkenntnisse vor, dass die Aktivierung von Personen, die die Brücke zu den Eltern schlagen könnten, auch durch erheblichen zusätzlichen Aufwand seitens der Projektleitung nicht immer zufriedenstellend ist [Brand und Jungmann 2010]. Die Teilnahme von sozial benachteiligten Müttern

und Eltern an einem Präventionsprogramm ließ sich in diesem Fall nur geringfügig steigern.

Im Mentorenprojekt »Balu und Du« waren die angesprochenen Lehrkräfte überwiegend bereit, als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Familien davon zu überzeugen, dass ihr Kind am Präventionsprojekt teilnehmen möge. Das Interesse zeigte sich auch darin, dass die verteilten Anmeldebögen für »Mogli« vervielfältigt wurden, sodass oft mehr Kinder gemeldet wurden als letztendlich aufgenommen werden konnten.

Folgende Überlegungen und Beobachtungen könnten die Kooperationsbereitschaft erklären:

- Lehrkräfte haben nicht selten den Wunsch, den Kindern, die es besonders schwer haben, mehr persönliche Zuwendung zu geben und sie intensiver zu betreuen [Esch et al. 2010]. In einem Klassenverband ist das aber kaum zu realisieren. Insofern gleicht das Angebot ein Ungleichgewicht zwischen Wünschenswertem und Leistbarem aus und kommt den Lehrkräften gerade recht.
- Einige Kinder fragen aus eigenem Antrieb, ob sie »Mogli« werden können. Dies gilt selbstverständlich nur, wenn das Projekt in der Schule bekannt ist. Je länger es eingeführt ist, desto eher kommt der Wunsch von den Kindern.
- Das Projekt stellt sich in erster Linie als ein Freizeitangebot dar – weniger als klassische »Hausaufgabenhilfe«. Das ist jedoch ambivalent. Viele Eltern wünschen sich für ihre Kinder eine (kostenfreie) Nachhilfe. Die Überzeugung zu vermitteln, dass auch über die Steigerung der Lernfreude, die verbesserte Konzentration, das erweiterte Alltagswissen und das Interesse am Unterrichtsstoff die Schulleistungen gesteigert werden, ist zwar nicht immer einfach, die Lehrkräfte sind aber selbst von diesen Zusammenhängen überzeugt und sind bereit, sie zu vermitteln.
- Die Lehrkräfte erleben, wie die Kinder sich positiv verändern. Bessere Integration in die Lerngruppe,

interessierte Beteiligung am Unterricht oder eine konzentriertere Lernhaltung tragen zur Entlastung im Klassenraum bei.

- Die Eltern werden nicht selbst zur Mitarbeit aufgefordert, sondern legen ihren Kindern die Teilnahme nahe. Letzteres ist eher zu erreichen.
- Außer dem Telefonat bzw. Elterngespräch und dem Ausfüllen des Anmeldezettels haben die Lehrkräfte keine weitere Arbeitsbelastung; ein fachlicher Austausch mit »Balu« (das heißt mit der Mentorin oder dem Mentor) ist jedoch möglich, wenn es gewünscht wird. Die Bereitschaft zur Evaluation des Projekts wird gelegentlich erbeten, ist aber selbstverständlich freiwillig.

Diese Faktoren tragen vermutlich dazu bei, dass die Telefonanfragen und Gespräche der Lehrkräfte auch zu einem erheblichen Teil erfolgreich sind. Die angefragten Eltern stimmen in der überwiegenden Mehrzahl zu und sind bereit, einen »Balu« – also einen jungen Menschen im Alter von ca. 17 bis 30 Jahren – zunächst einmal kennenzulernen. Damit ist in den meisten Fällen das Eis gebrochen, und es kommt eine Mentorenbeziehung von wenigstens einem Jahr Dauer zustande.

Durch das Engagement der Lehrkräfte wird der Zugang zu den Familien sehr erleichtert. Um Genaueres über die Quote von Ablehnungen bzw. Verweigerungen durch die Eltern bei diesen Telefonanfragen zu erfahren, wurde eine telefonische Befragung der Lehrkräfte durchgeführt (Erfling 2011). Es zeigt sich, dass nach Aussage der Lehrkräfte in über 80 % der Fälle eine Zusage erreicht wurde. Allerdings gaben die Befragten auch an, in 13 % der Fälle ein Telefonat nicht geführt zu haben, weil es ihnen aussichtslos erschien. Beide Zahlen zusammen geben einen Hinweis auf die Erreichbarkeit von Familien durch die Vermittlung der Lehrkräfte.

4. Partizipation

Die Möglichkeit der Beteiligung und aktiven Gestaltung durch die Adressaten der Maßnahme gilt als Kriterium für die Angemessenheit eines Angebots – nicht nur für sozial Benachteiligte. Diese Forderung ist umso wichtiger, je differenter die Lebenswelten und -stile der Personen sind, die etwas miteinander erreichen wollen.

Wenn sich ein Projekt an Kinder wendet, ist sowohl die Beurteilungsmöglichkeit für Eltern wie auch für Kinder ins Auge zu fassen – und unterschiedlich zu gestalten.

Mit den Eltern wird bei »Balu und Du« während des Vorstellungsgesprächs eine Liste durchgesprochen, die die Überschrift trägt »Welche Wünsche und Hinweise sollen im Projekt »Balu und Du« beachtet werden?« Darin enthalten sind Fragen wie: »Darf Fatma alleine Bus fahren?« – »Hat Fatma in einem Schulfach besondere Schwierigkeiten?« – »Welche Nummer kann ich anrufen, wenn es irgendwelche Schwierigkeiten gibt?« – »Darf Fatma Schweinefleisch essen?«

Die Bezugnahme auf dieses Blatt Papier hat mehrere Vorteile.

- Die Eltern fühlen sich direkt angesprochen und aufgefordert, ihre Einstellung zum Ausdruck zu bringen. Diese wird notiert bzw. angekreuzt und anschließend noch einmal zum »Kontrollieren« und Unterzeichnen unterbreitet.
- Für die angehenden Mentoren und Mentorinnen ist es eine Stütze im Gespräch, wenn der Fragebogen durchgearbeitet werden kann. Er bringt Sachlichkeit, quasi-professionelle Sicherheit und Gesprächsanlässe mit sich.
- Der (kopierte) Zettel hat für die Projektleitung und die Mentorinnen und Mentoren eine absichernde Funktion: Allergien, Telefonnummern, Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber der Lehrkraft (oder auch nicht!), weitere Anregungen, was getan oder unterlassen werden sollte.

Die Partizipation der Kinder ist dagegen manchmal schwerer zu erreichen. Sie muss bisweilen aktiv als Etappenlernziel angestrebt und mehr oder minder mühsam erlernt werden. Insofern ist Partizipation nicht immer eine Geste der großzügigen »Gewährung«.

Die Auswertung von Tagebucheinträgen (online im geschlossenen Bereich) hat Hinweise dazu erbracht, mit welch einfallsreichen Überlegungen die »Balus« ihre »Moglis« dazu bewegen, die Treffen aktiv zu gestalten und selbst Vorschläge einzubringen. Es werden zum Beispiel Ideen auf Zettelchen geschrieben und in einem Kästchen aufbewahrt, Plakate gestaltet mit Wünschen und Einfällen, Pläne geschmiedet usw.

Und wenn nach längerer Phase der Aktivierung und Aufmunterung zu einer eigenständigen Entscheidung der erste vernehmbar geäußerte Wunsch lautet »zu McDonalds«, dann ist »Balu« hin- und hergerissen zwischen der Bestärkung von aufkeimender Eigenaktivität und dem Ziel einer gesunden Lebensführung!

5. Vermeidung von Stigmatisierung

Präventionsangebote richten sich an eine Zielgruppe, die zwar unter gefährdenden Umständen lebt, sich aber definitionsgemäß (noch) nicht in einer akuten Notlage befindet. Für die Aufrechterhaltung und Präsentation der Normalität wenden die betreffenden Personen oft erhebliche Anstrengungen auf; die Organisation der Lebensgestaltung verlangt Kraft und Kalkül. Insofern ist die Annahme von Hilfsangeboten, die verbunden sein könnte mit dem Sichtbarwerden von Unterstützungsbedürftigkeit – zumindest subjektiv – mit einem Schritt des Outings vergleichbar.

Präventionsangebote sollten diese Situation berücksichtigen. Indem man den Eindruck vermeidet, dass es sich um »Auflagen« von offizieller Seite handelt, um Kontrollen oder Vorschriften, ist schon eine

wesentliche Hürde umgangen. Wenn die Offerte – wie bei »Balu und Du« – als Möglichkeit für eine spannende Freizeitgestaltung betrachtet wird, ist die Annahmefähigkeit größer.

Aus dem Austausch von Lehrkräften und »Balus« und aus Interviews mit ehemaligen »Moglis« geht hervor, dass die Teilnahme am Mentoren- bzw. Patenschaftsprojekt »Balu und Du« nicht stigmatisierend erlebt wird, sondern im Gegenteil: Im Allgemeinen sind die »Moglis« stolz auf ihren »Balu«, führen ihn gern im Schulhof vor und wissen, dass die anderen neidisch sind. Eine Mentorin schreibt in ihrem Tagebuch (online, geschützter Bereich): »... die anderen wussten sofort, dass ich Yıldız' »Balu« bin. Sie haben mich durchlöchert mit Fragen, wie man denn einen »Balu« bekommen kann und dass sie so neidisch sind auf Yıldız, dass sie mich hat« (V. M., »Balu« 2011). Oder eine Lehrerin schreibt in einer E-Mail: »Die drei Schülerinnen meiner Klasse ..., die bis jetzt einen »Balu« hatten, sind sehr glücklich. Für sie ist der Balu-Tag das Highlight der Woche. Immer wieder werde ich von Eltern und Schülern angesprochen, ob es eventuell noch weitere »Balus« gäbe, sodass auch ihre Kinder bzw. sie selbst »Moglis« werden dürfen« (G. H., Lehrerin 2011). »Ich habe vier weitere Kinder in meiner Klasse, die sich nicht nur einen »Balu« wünschen (das tun sie alle!), sondern für die es in ihrer tristen Lebenssituation eine immense Bereicherung ihres Lebens wäre« (H. L., Lehrerin 2011).

Des Rätsels Lösung für die freudige Akzeptanz scheint im Konzept des informellen Lernens zu liegen. Die Mentoren und Mentorinnen erkennen in den unscheinbaren Situationen des Alltags die Lernchancen für Lebenskompetenzen. Ohne dass es den Kindern recht bewusst wird, lernen sie mit ihren »Balus« Schulisches und Außerschulisches. Rechnen kann man lernen, indem man ein Backrezept verdoppelt – damit die Geschwister auch etwas bekommen. Oder wenn »Mogli« die Kasse führt beim Monopoly. Die Leselust kann geweckt werden, indem

beide in die Kinderbibliothek gehen und dort spannende Lektüre entdecken – oder das Rezept beim schon erwähnten Backen entschlüsseln.

Die Lehrkräfte sind vom informellen Lernen – als einer Möglichkeit des Lernens en passant – meist unmittelbar überzeugt und erblicken darin eine willkommene Möglichkeit der Ergänzung des Lernens in der Schule.

Schwierig kann es manchmal werden, wenn Eltern das Projekt »Balu und Du« als Hausaufgabenhilfe ansehen. Dann heißt es, diplomatisch sein: Die positiven Wirkungen für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes, die durch Bewegung und Sport, soziale Kontakte, neue Essgewohnheiten, neue Interessen, Neugier oder eine fröhlichere Stimmung zustande kommen, wirken sich auch indirekt auf die (schulischen) Leistungen des Kindes aus. Auch deshalb sind Lehrkräfte geeignete Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um die Eltern zu überzeugen. Die Mentorinnen und Mentoren erreichen es im Laufe der Zeit meistens, den Eltern diese Zusammenhänge zu verdeutlichen.

6. Settingansatz

Ein Mentorenprogramm liegt etwas quer zum Settingansatz. Während der Settingansatz lokal oder institutionell zu beschreiben und einzugrenzen ist – zum Beispiel als Stadtteil, Schule, Betrieb – gilt das nur bedingt für Projekte, die mit Mentoren arbeiten. Lesepatenschaften jedoch, die in die Schule kommen, entsprechen eher dem Konzept des Settingansatzes, weil sie als eine Bereicherung des Settings »Schule« angesehen werden können.

Das Mentorenprogramm »Balu und Du« überschreitet dagegen konzeptionell das Setting, indem die Erweiterung der Lebenswelt als Ziel gesetzt und die Vernetzung unterschiedlicher Räume angestrebt werden. Auch das Erschließen ganz neuer Felder, die das Potenzial zu einem Setting haben könnten, wird aktiv betrieben.

Bei der Betrachtung einiger Aspekte werden die Grenzen deutlich – aber es können auch Chancen zu einer Erweiterung des Ansatzes angedeutet werden.

- Für Kinder aus sozial benachteiligten Familien ist das Setting »Stadtteil« oder »Quartier« oft ein unbekannter, zumindest unausgeschöpfter Ort. Manche Kinder verbringen noch im Grundschulalter einen Großteil ihrer Freizeit sozial isoliert und/oder abgeschottet in ihren Familien, ohne am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilzunehmen. Aufgabe von Mentorinnen und Mentoren ist es daher öfters erst einmal, die Fundgrube »Stadtteil« mit ihrem Mentee zu erschließen. Es ist das Wahrnehmen der Möglichkeiten. »Balus« und »Moglis« erkunden deshalb manchmal auf Rollerblades oder mit dem Fahrrad den Stadtteil, lernen die Spielplätze der Umgebung kennen – aber eventuell auch die Gefahrenstellen oder Ruheplätze.
- Durch Besuche der »Moglis« in der WG des »Balus« oder im Studentenwohnheim lernen die Kinder manchmal eine neue Lebenswelt kennen. Begegnungen mit anderen kulturellen Milieus lassen die Besonderheit – vielleicht auch Begrenztheit – des eigenen Settings erkennen.
- Ein Mentorenprogramm ist auch deshalb einem bestimmten Setting kaum zuzuordnen, weil die Überwindung der Raum-Zeit-Zonen zum Programm gehört: Heute gehen wir ins Schwimmbad, das nächste Mal ins Museum, zum Schlittenfahren geht's mit dem Bus bis zur Endstation, die Altstadt lenkt die Gedanken in die Geschichte der Stadt, die Kinderbibliothek eröffnet die Welt des Lesens.
- Vereine werden klassischerweise nicht als Setting bezeichnet. Die Mitgliedschaft eines »Moglis« in einem Sportverein eröffnet jedoch in sozialer Hinsicht wie auch im Hinblick auf Gesundheitsverhalten wichtige institutionell gesicherte Möglichkeiten. Ob die Entdeckung der »Natur« als Zugang zu einem neuen Setting zu betrachten ist, sei dahin-

gestellt. Wenn man jedoch in Betracht zieht, dass viele »Moglis« als Stadtkinder noch nie in einem Wald waren und noch nie einen Bach in einer Wiese gesehen haben, sollte man über die Potenziale der Natur als ein kaum erlebtes und erschließenswertes Umfeld nachdenken.

- Schließlich ist der Settingansatz auch deshalb für Mentoren und Mentorinnen als Orientierungskonzept nicht unproblematisch, weil deren Einfluss auf das Setting begrenzt ist. In der Schule oder dem Stadtteil sind sie eher sporadische Randfiguren ohne gestaltende Einflussmöglichkeiten. Sie können aber helfen, mit den Rahmenbedingungen besser zurechtzukommen.

» Ist die Familie als Koproduzent der Präventionswirkung für Kinder unerlässlich?

Die wissenschaftliche Debatte ist hinsichtlich der Frage, ob Eltern in die Präventionsarbeit mit Kindern einbezogen werden sollen, uneinheitlich. Zwar wird die unterstützende Rolle von Eltern und Familie betont (Hartung et al. 2010), und es liegen zum Teil evidenzbasierte Studien vor, wonach sich kindliches Verhalten vor allem dann in die gewünschte Richtung verändert, wenn eine Kombination von Kinder- und Elternt raining durchgeführt wird (Lösel et al. 2008). Andererseits konnten in der klinischen Psychologie bei der Behandlung von Angststörungen keine Unterschiede nachgewiesen werden, je nachdem ob diese mit dem Kind allein oder unter Einbezug der Familie durchgeführt wurde (Schneider und In-Albon 2006).

Das Mentorenprojekt »Balu und Du« verzichtet aus pragmatischen Gründen weitgehend auf Eltern-

arbeit. Die Erziehungsberechtigten geben lediglich ihr Einverständnis, dass ihr Kind »Mogli« werden darf, und sagen, was ihnen wichtig ist. Eine weitere Mitwirkung der Eltern ist nicht erforderlich. Wahrscheinlich liegt die Erklärung für die relativ hohe Zustimmungsr ate der Eltern in dieser Tatsache begründet.

Die Fokussierung auf das Kind schließt aber nicht aus, dass es Veränderungen und systemische Rückwirkungen auf das Familiengefüge gibt: Die Mentorinnen und Mentoren stellen öfters Veränderungen fest – wie gemeinsame Gesellschaftsspiele, aushäusige Unternehmungen, Interesse der Eltern für die Hausaufgaben, mehr Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern. Vieles davon übernehmen die Eltern von den »Balus« – insofern wird auch hierbei das informelle Lernen wirksam.

Die Evaluationsergebnisse von »Balu und Du« scheinen zu bestätigen, dass die Mentorenbeziehung zum Kind – ohne die explizite Einbeziehung der Eltern – zu hohen Effekten führt. Einige Veränderungen der Kinder gehen über die Effektstärken durchschnittlicher Psychotherapien hinaus (Müller-Kohlenberg 2008, Schlüter und Müller-Kohlenberg 2010).

» Zusammenfassung

Folgende Merkmale haben sich als begünstigend für die Kooperationsbereitschaft bei Präventionsangeboten herausgestellt:

- Überwindung des Dilemmas von »Kommstruktur« und »Gehstruktur« durch die Einschaltung einer vermittelnden Person (Multiplikatorin/Multiplikator oder Mediatorin/Mediator). Diese sollte das Vertrauen der Adressaten genießen und Diskretion sichern. Lehrkräfte sind besonders geeignet.

- Motivierung dieser Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durch die Überzeugung, dass das Projekt den Kindern gut tut. Keine weiteren Arbeitsbelastungen für die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.
 - Als »Erstmotivierung« für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind die positiven Evaluationsergebnisse hilfreich (Schlüter und Müller-Kohlenberg 2010).
 - Mitwirkungsmöglichkeiten – auch der Eltern – hinsichtlich der Gestaltung des Projekts (Partizipation). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Kinder – und teilweise auch Erwachsene – den erforderlichen Ideen- und Einfallsreichtum erst erwerben und entwickeln müssen.
 - Vermeidung von Stigmatisierung. Das in den Alltag integrierte »informelle Lernen« hat eher den Charakter von Freizeitaktivität als von »Kurs« oder »Training«.
 - Flexibler Umgang mit dem Settingansatz. Das Erschließen neuer Lebensräume und deren Vernetzung sind nicht unmittelbar mit dem Konzept des Settingansatzes kompatibel.
 - Um die Kinder zu erreichen, ist zwar die Zustimmung der Eltern erforderlich. Ihre Mitarbeit ist aber nicht unerlässlich. Man darf auf gute Kooperation, Modelllernen und die indirekte Rückwirkung der neuen Verhaltensweisen der Kinder auf die Familie setzen.
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. H. (2008): Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden.
- Blüml, H. et al. (1994): Sozialpädagogische Familienhilfe in Bayern SPFH. Abschlussbericht – Deutsches Jugendinstitut, München.
- Brand, T., Jungmann, T. (2010): Zugang zu sozial benachteiligten Familien. Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojekts »Pro Kind«. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 2/2010, S. 109f. Online publiziert am 29.10.2009.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung konkret, Band 5. 4. Aufl., Köln.
- Darimont, F. (2010): Nachhaltige Erreichbarkeit von psychosozial hochbelasteten Familien. (DJI im Auftrag des Informationszentrums Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung IzzKK). München.
- Dragano, N., Siegrist, J. (2006): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. Berlin.
- Eisner, M. et al. (2007): Anmeldung, Teilnahme und Verbleib in einem Elterntrainingsprogramm – Erfahrungen mit Triple P. In: Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (Nr. 52). Antisoziales Verhalten bei Kindern, psychosoziale Risiken von Jugendlichen: Was bringt Prävention und Beratung? Zürich, S. 13ff.
- Erfling, M. (2011): Die Teilnahmebereitschaft von Eltern am »Balu und Du«-Projekt (unveröffentlichtes Manuskript).
- Erhart, M. et al. (2008): In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik. In: Bauer, U., Bittlingmayer, U. H. (2008): Health Inequalities: Deter-

Literatur

Barlow, J. et al. (2006): Hard-to-reach or out-of-reach? Reasons why women refuse to take part in early interventions. In: Children and Society, 19, 2006, pp. 199–210.

Bauer, U., Bittlingmayer, U. H. (2008): Health Inequalities: Deter-

- minanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, S. 331ff.
- Erzberger, C. (2004): Evaluation der Bremer Familienkrisenhilfe. Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e. V., (Hrsg.). Bremen.
- Erziehungsberatungsstelle für den Landkreis Regen – Jahresbericht »Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung«. Landkreis Regen 2008 und 2009.
- Esch, D. et al. (2010): Das ehrenamtliche Mentorenprojekt »Balu und Du«. Deutschland morgen – Visionen unserer Zukunft. In: Hagemann, T. (Hg.): Lengerich, S. 117–123.
- Friedrich, S. (2008): Die Aktivierung sozialer Netzwerke in der Sozialpädagogischen Familienhilfe (Dissertation, Universität Hamburg).
- Fröhlich-Gildhoff, K. et al. (2006): SPFH im Wandel? Untersuchungsergebnisse zu Konzepten, Praxis und Rahmenbedingungen der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Freiburg.
- Hackauf, H., Ohlbrecht, H. (Hrsg.) (2010): Jugend und Gesundheit – Ein Forschungsüberblick. Weinheim, München.
- Hartung, S. et al. (2010): »Es geht nur mit den Eltern!« Kriterien erfolgreicher Präventionsprogramme. In: Public Health Forum, 18 (69), 2010.
- Haug-Schnabel, G. et al. (2003): Niederschwellige Angebote zur Elternbildung. Recherche im Auftrag der Katholischen Sozialethischen Arbeitsstelle (KSA). Hamm.
- Helming, E. et al. (2007a): Abschlussbericht – Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Deutsches Jugendinstitut, München.
- Helming, E. et al. (2007b): Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Schriftenreihe, Band 182, Stuttgart, S. 255ff.
- Hermann, N., Mielck, A. (2001): Der Gesundheitszustand von deutschen und ausländischen Kindern: Warum ist Mehmet gesünder als Maximilian? In: Gesundheitswesen, 63 (12), 2001, S. 741–747.
- Krauß, H. (2010): Abbruchquote von Mentoraten im Projekt »Balu und Du« – Auswertung des Online-Tools (unveröffentlichtes Manuskript).
- Kupka, J. (2008): Nutzerforschung zum Mentorenprojekt »Balu und Du«. Auf welche Art und Weise nutzen Mentees und MentorInnen die gemeinsamen Treffen hinsichtlich der projektspezifischen Möglichkeiten? (unveröffentlichtes Manuskript).
- Lampert, T. (2010): Gesundheitliche Ungleichheit: Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status für die Gesundheit von Jugendlichen zu? In: Hackauf, H., Ohlbrecht, H. (Hrsg.) (2010): Jugend und Gesundheit – Ein Forschungsüberblick. Weinheim, München, S. 44ff.
- Lampert, T., Kurth, B. M. (2007): Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Deutsches Ärzteblatt, 104 (43), 26.10. 2007.
- Lampert, T., Richter, M. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden.
- Lampert, T. et al. (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert Koch-Institut (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung, Berlin.
- Lösel, F. et al. (2008): Das Präventionsprogramm Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training (EFFEKT). In: Bundesministerium des Innern (Hrsg.): Theorie und Praxis gesellschaftlichen Zusammenhalts. Berlin, S. 199–219.
- Müller-Kohlenberg, H. (2008): Entwicklungsorientierte Prävention von Devianz im Jugendalter: Das Mentorenprojekt »Balu und Du«. In: Bundesminis-

- terium des Innern (Hrsg.): Theorie und Praxis gesellschaftlichen Zusammenhalts. Berlin, S. 241–259.
- Power, C., Kuh, D. (2006): Life course development of unequal health. In: Siegrist, J., Marmot, M. (Eds.): Social inequalities in health. New Evidence and policy implications, 2006, pp. 27ff.
- Richter, M. et al. (2008): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der WHO. München.
- Richter, M., Mielck, A. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit im Jugendalter. Herausforderungen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Vol. 1, Nr. 4, 2006, S. 248–254.
- Schlüter, M., Müller-Kohlenberg, H. (2010): Feststellung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen am Beispiel des Mentorenprogramms »Balu und Du«: Effektstärken, Netto-Effektstärken und die Funktion von Kontrollgruppen. In: Forum Kriminalprävention. Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention (Hrsg.), 3, 2010, S. 34–36.
- Schnabel, P. E. (2006): Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren – Besonderheiten, Leistungen und Potenziale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns. Weinheim, München.
- Schneider, S., In-Albon, T. (2006): Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter – Was ist evidenzbasiert? In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Vol. 34, Heft 3, 2006, S. 191–202.
- Warschburger, P., Richter, M. (2009): Gesunde Ernährung und Bewegung: Was verhindert und erleichtert Müttern den Zugang zu Präventionsprogrammen? In: Aktuelle Ernährungsmed., 34, Heft 2, 2009, 88–94.
- Wurr, R. (1981): Macht in der sozialpädagogischen Interaktion. Stuttgart.

»... dass sie mir den Weg gezeigt haben, dass sie auch mit mir gekommen sind« – Peerprojekte als Brücke zu Familien in schwierigen Lebenslagen

Regina Stolzenberg

Zunächst möchte ich einige theoretische Fragestellungen in Bezug auf das Aufwachsen von Kindern in sozial benachteiligten Familien vorstellen sowie die Herausforderungen, die sich für Public-Health-Programme daraus ergeben. Danach gehe ich auf den Peeransatz und dessen Nutzung für die frühe Förderung von Kindern ein. Am Beispiel des Projekts Stadtteilmütter in Berlin-Kreuzberg, das als ein aufsuchendes Peerprojekt konzipiert ist, beleuchte ich einige konzeptionelle Fragen und stelle Ergebnisse dar, die sich aus unserer Projektevaluation¹ ergeben. Im Anschluss daran werden Hürden und Hindernisse skizziert, die auch bei einem derartigen, als niederschwellig geltenden Ansatz festzustellen sind, aber es werden auch dessen Stärken herausgearbeitet. In der Schlussfolgerung aus dem Gesagten ergeben sich Essentials, die für die Bewertung dieses Ansatzes, aber auch für Programme der Gesundheitsförderung allgemein Gültigkeit haben können.

» Theoretischer Hintergrund

Dass das Aufwachsen in Armut langfristige Folgen für den späteren Lebensverlauf von Kindern hat, gilt in der wissenschaftlichen Diskussion inzwischen als unstrittig und wurde besonders durch die Lebenslauforschung belegt (Dragano und Siegrist 2006, Mielck 2005). Als Risikofaktoren werden in der Literatur angeführt: niedriger Bildungsstand und beruflicher Status, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund, Status als Alleinerziehende, fehlender Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem, soziale Ausgrenzung und unzureichende individuelle Ressourcen und Kompetenzen. Die genannten Belastungen stehen in Abhängigkeit zueinander, wobei die Kausal- und Wechselwirkungen bisher noch unzureichend empirisch erfasst worden sind (vgl. Bauer et al. 2008). Besonders gravierend wirken diese Faktoren, wenn sie bereits von früher Kindheit an die Lebensrealität bestimmen (Erhart et al. 2008). Unklar ist, ob die Belastungen sich im Laufe des Lebens akkumulieren oder ob es besonders kritische Perioden gibt, die die Entwicklung beeinflussen (Kuh und Ben-Shlomo 2005).

¹ Leitung: Prof. Dr. U. Maschewsky-Schneider, Charité Universitätsmedizin, Berlin School of Public Health; wissenschaftliche Mitarbeit: Dr. G. Berg, R. Stolzenberg; Förderung: BMBF. Ich danke G. Berg für ihren unterstützenden Beitrag zu diesem Artikel.

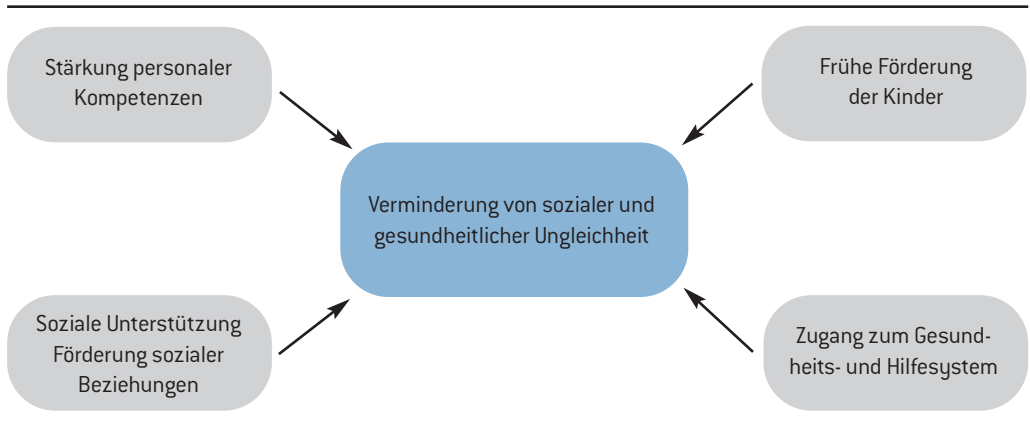


Abb. 1: Projekt Stadtteilmütter, multifaktorieller Ansatz

In seinem Bild der Armutsspirale benennt Altgeld (2006) konkrete Mechanismen, durch die sich die Armut der Eltern auf die nachfolgende Generation überträgt: den prägenden Einfluss von Mangelerfahrungen, die daraus häufig resultierende Tendenz des sozialen Rückzugs, verstärkt durch soziale Exklusion seitens der Gesellschaft, die geringere Nutzung frühkindlicher Bildungsangebote sowie Sozialisationsdefizite, die sich in Funktionsstörungen, Sprachdefiziten und Konzentrationsschwierigkeiten widerspiegeln können. Dadurch verschlechtern sich die Chancen für einen Schulerfolg, die wiederum geminderte Chancen auf dem Arbeitsmarkt, stärkeres Risikoverhalten und verminderte gesellschaftliche Teilhabe zur Folge haben können. Letztlich führt dieser Weg nicht selten zu früher und überforderter Elternschaft mit dem erhöhten Risiko, dass die Spirale auch für die nächste Generation nach unten weist.

Daraus ergibt sich als Anforderung an Förderprogramme, dass sie zur Verminderung gesellschaftlicher Ungleichheit beitragen und den genannten Teufelskreis durchbrechen sollten (OECD 2011). Heutige Programme kämpfen häufig daran, dass sie »mono-

thematisch und unvernetzt« sind (Altgeld 2008, S. 517). Die größte Hürde stellt aber der Zugang zu benachteiligten Familien dar. Das Problem, auch als »Präventionsdilemma« beschrieben, besteht darin, dass von allgemeinen Präventionsangeboten in der Regel diejenigen am meisten profitieren, die es am wenigsten brauchen, da die Nutzung von Angeboten Einsichten voraussetzt, die erst durch die angebotene Aufklärung vermittelt werden sollen (Bauer 2005). Die Herausforderung besteht nicht nur darin, mit wenig zugänglichen Familien physisch in Kontakt zu kommen, sondern sie auch persönlich – im Sinne von kognitiver und emotionaler Zugänglichkeit für die vermittelten Botschaften – zu erreichen.

Das Projekt Stadtteilmütter (STM) hat das Ziel, soziale Ungleichheit durch die frühe Förderung der Kinder zu vermindern und setzt dabei an mehreren Faktoren an: Stärkung der personalen Kompetenzen der Mütter, Herstellung von Zugang zum Hilfesystem und Aktivierung sozialer Unterstützung. Dem Peeransatz kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu, da die zu Stadtteilmüttern geschulten Frauen selbst Teil der Zielgruppe sind.

» Die Bedeutung von Peerbeziehungen

Die Wirkung von Peerbeziehungen wurde besonders im Hinblick auf Heranwachsende systematisch untersucht. Hier dient sie der Entwicklungsförderung, der Stützung des Selbstwertgefühls und der Problembewältigung (vgl. von Salisch 1998). In Deutschland wurde der Einsatz von Peerbeziehungen als Bestandteil von Programmen bisher vor allem in der Gesundheitsförderung von Jugendlichen sowie in der Drogen- und Aidsprävention genutzt. Weltweit hat sich das Konzept in Entwicklungsländern als erfolgreich erwiesen. Erste positive Erfahrungen damit gibt es in Deutschland inzwischen auch in der Gesundheitsförderung von Migrantinnen und Migranten (Salman und Menkhaus 2005).

In den vergangenen Jahren war eine starke Zunahme von Peerprojekten in der Frühförderung von Familien und Kindern in unterschiedlichen Regionen der Bundesrepublik zu verzeichnen; weitere Projekte sind im Aufbau, sodass von einer großen Ausstrahlungskraft des Ansatzes ausgegangen werden kann.

» Das Stadtteilmütter-Projekt

Das Projekt liegt im Regionalraum I in Berlin-Kreuzberg, einem Stadtteil, auf den sämtliche der genannten Risikofaktoren zutreffen. Die Situation ist

gekennzeichnet durch die berlinweit ungünstigsten Kennzahlen im Sozialindex, die sich zum Beispiel in hohen Raten von Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit von Transferleistungen niederschlagen. 78 % der Kinder gelten als arm, 88 % von ihnen haben einen Migrationshintergrund, ein Viertel wächst bei nur einem Elternteil auf (Häußermann et al. 2010). Bewegungsmangel und hoher Medienkonsum gehen einher mit einer höheren Inzidenz von Übergewicht und ADHS. Bei den Schuleingangsuntersuchungen gelten die Deutschkenntnisse von über der Hälfte der Vorschulkinder als unzureichend (Delekat 2008). Gleichzeitig besteht in diesem Quartier seit vielen Jahren eine große und teilweise unüberschaubare Vielfalt an Angeboten für diese Zielgruppe, deren Wirkungen jedoch wenig bekannt sind.

Im Interventionsprojekt Stadtteilmütter² werden Frauen aus dem Sozialraum – in den allermeisten Fällen selbst Mütter – in einem sechsmonatigen Trainingskurs geschult, der mit einem Zertifikat endet. Themen sind vor allem Erziehung, Kindesentwicklung, Gesundheit, Sprache, Spielen und materielle Absicherung. Aufgabe der STM ist es, in durchschnittlich zehn Hausbesuchen ihr Wissen an Familien in der Nachbarschaft weiterzugeben. Neben der Vermittlung von Information sollen sie die aufgesuchten Frauen auch praktisch unterstützen und sie zur Nutzung professioneller Angebote (früher Kita-Besuch, Logopädie etc.) anregen.

Die gezielte Kooperation mit Institutionen wie Kitas, Schulen und Jugendamt ist konzeptioneller Bestandteil des Projekts; die Akteurinnen und Akteure sind in einem Netzwerk Frühe Bildung zusammengeschlossen. Aufgrund des großen Erfolgs eines von den STM aufgebauten Elterncafés in einer Kita wurden inzwischen zusätzlich zehn weitere Cafés in

2 Träger des Projekts ist das tam, ein sozialer Treffpunkt mit Beratungsstelle des Diakonischen Werks Berlin-Stadtmitte. Gefördert wird es über das Jugendamt, das gleichzeitig Kooperationspartner ist, sowie aus Mitteln des Programms Soziale Stadt bzw. aus EU-Mitteln.

Kitas und Schulen eingerichtet. Kaffeetrinken, Mutter-Kind-Angebote, Informationsveranstaltungen, Ausflüge, aber auch das persönliche Gespräch gehören zum Programm, das die STM in diesen Einrichtungen anbieten.

» Projektevaluation

Die Evaluation des Projekts hat ein multimethodisches Design, das aus Mehrfachbefragungen der beteiligten Gruppen (STM, aufgesuchte Frauen, Projektteam und kooperierende Expertinnen und Experten) sowie teilnehmender Beobachtung besteht. Die vorgestellten Ergebnisse basieren auf Befragungen der STM, der Auswertung von 89 Dokumentationsbögen für Hausbesuche, 15 qualitativen Interviews sowie teilnehmender Beobachtung.

» Stadtteilmütter und Zielgruppe

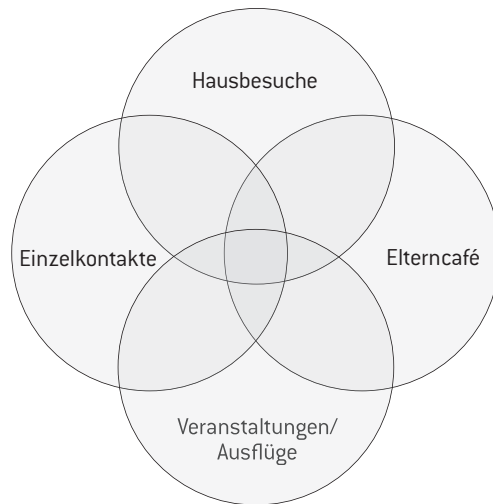
Seit Projektbeginn 2008 wurden 67 Frauen zu STM geschult. Die Mehrheit der Frauen stammt aus der Türkei, weitere Teilnehmerinnen haben eine arabisch, deutsche oder sonstige Herkunft. Ihr Bildungshintergrund ist äußerst heterogen und reicht von der akademischen, in Deutschland nicht anerkannten Ausbildung bis zu fünf Jahren Schule ohne Abschluss. Die meisten sind ALG-II-Empfängerinnen und haben zwei Kinder, das Durchschnittsalter liegt bei 35 Jahren. Zurzeit sind 24 Frauen als STM tätig.

Die Ergebnisse zeigen, dass die STM selbst am meisten von der Maßnahme durch einen Gewinn an Wissen, Selbstvertrauen und Erziehungskompetenz profitieren. Sie zeigen eine verstärkte Umsetzung eines demokratischen Erziehungsstils, verbesserte Beziehungen zu ihren Kindern, eine veränderte Stellung in der Familie, eine verbesserte Zeitstruktur im Alltag, eine dezidierte Förderung der Bildungskarrieren ihrer Kinder und Fortschritte in ihrer eigenen beruflichen Entwicklung.

» Wirkungen bei Familien im Stadtteil

Mit den diversen Zugängen – Hausbesuchen, Einzelkontakten im Café oder sozialen Umfeld, Elterncafés und den dort angesiedelten Angeboten – erreichen die Stadtteilmütter unterschiedliche Schnittmengen von sozial benachteiligten Frauen, die auf diese Weise mehrfache Zugangsmöglichkeiten erhalten.

Von 86 Familien liegen die Besuche in detailliert dokumentierter Form vor. Die aufgesuchten Familien stammen aus 13 verschiedenen Ländern, 73 % beziehen ALG II. Gut 40 % der aufgesuchten Frauen verfügen über geringe bis keine Deutschkenntnisse. 58 % haben ein bis zwei, knapp ein Viertel mehr als vier Kinder. 36 % der Kinder sind null bis fünf Jahre alt, 33 % sind sechs bis zehn Jahre alt, 31 % sind älter als zehn Jahre. Ein großer Anteil der Familien befindet sich in besonders schwierigen Lebenslagen bis hin zu Lebenskrisen. Ihre Situation ist gekennzeichnet durch Wohnungsverlust, Schulden, Partnerschaftsprobleme, Trennung/Scheidung oder gesundheitliche Krisen.



➤ Abb. 2: Vielfältige Zugangswege zur Zielgruppe

Die qualitativen Interviews ergaben, dass die aufgesuchten Frauen durch die STM neben der Wissensvermittlung auch emotionale und praktische Unterstützung sowie Zugang zu verschiedenen institutionellen Angeboten erhielten. Die Aussagen der befragten Frauen reflektieren eine gestiegene Erziehungskompetenz, die sich ihren Angaben zufolge häufig in verbesserten Beziehungen zu ihren Kindern bemerkbar macht. Weitere berichtete Wirkungen waren u. a.:

- Frühe Kita-Anmeldung in Familien mit kleinen Kindern,
- Besuch von Deutschkursen, Verbesserung der Sprachkompetenz,
- Verbesserung der Schulleistungen der Kinder,
- Teilnahme der Kinder an Sportangeboten,
- geregelter Medienkonsum der Kinder.

Etliche Frauen berichten, dass ihr Selbstvertrauen und ihre Stellung innerhalb der Familie gestärkt wurden und sie sich weniger isoliert fühlen:

»Ja, im Alltag wirkt sich das schon aus. Ich habe mehr Selbstvertrauen. Ich weiß, dass ich auch Rechte habe. Früher habe ich mich im Alltag sehr von der Verwandtschaft dirigieren lassen. Und das mache ich jetzt weniger. Und ich bin stärker geworden, und ich komme leichter ins Gespräch.« (AUF 4: 255–7)

»Ich glaube, da ist ein großer Unterschied, weil du fängst an zu lernen, auf eigenen Füßen zu stehen und vieles zu lernen, selbst zu machen. Dann fängst du an zu denken: Ich kann es ja auch mal versuchen. Dann fängst du an, selbst da hinzugehen.« (AUF 13: 302–7)

Anderen Frauen half die Unterstützung, ihre eigene Problemlösungskompetenz zu erhöhen.

»Mit vier Kindern wär' ich gar nicht klargekommen. Also wirklich, seit ich Frau H. kennengelernt habe, hat sich alles geändert.« (AUF 3: 312–4)

»Meine Bedürfnisse wurden gedeckt, dass sie mir einfach einen Weg gezeigt haben, wo ich auch lang-

gehen könnte, dass sie auch mit mir gekommen sind. Das waren schöne Sachen für mich.« (AUF 2: 414–7)

» Hürden und Hindernisse

Die STM erreichen viele Familien, aber nicht alle. Auch bei diesem sehr niederschweligen Ansatz zeigen sich Hürden und Hindernisse, die mit dem beschriebenen Präventionsdilemma zu tun haben. Das Format »Hausbesuche« hat seine Grenzen, wenn bei den Familien fehlende Einsicht in den Bedarf, fehlende Offenheit und Lernbereitschaft oder ein Mangel an Vertrauen vorhanden sind. Hier spielt die Angst vor dem Jugendamt, aber auch das Misstrauen der Ehemänner eine Rolle, die den Angaben der STM zufolge in etlichen Fällen gegen den Besuch einer STM sind. Manchmal kollidieren die fehlenden Zeit- und Tagesstrukturen mit den Anforderungen an Verbindlichkeit, die das Hausbesuchsprogramm stellt. Die soziale Nähe der STM zu ihrer Community kann teilweise auch die Annahme des Angebots von Hausbesuchen erschweren, da in manchen Kulturen der Konformitätsdruck und die Angst, jemanden hinter die Kulissen schauen zu lassen, das Bedürfnis nach Unterstützung überwiegt. Familien mit Kindern unter fünf Jahren werden zudem weniger erreicht, was vermutlich dem fehlenden Problemdruck geschuldet ist, der meist erst mit Schuleintritt beginnt.

Auch da, wo es den STM gelingt, Familien über Hausbesuche zu erreichen, werden diese in einem Drittel der Fälle vorzeitig abgebrochen. Gründe können in den unterschiedlichen Erwartungen der Frauen, in mangelndem Bedarf oder in familiären Umständen liegen. Als weiteres Moment spielen die unterschiedliche Persönlichkeit und Überzeugungskraft der

STM sowie das Passungsverhältnis zwischen aufsuchender und aufgesuchter Frau eine Rolle.

Als weiteres Hindernis lässt sich bei einigen STM ein Motivationsverlust aufgrund der unzureichenden Vergütung (MAE) und fehlenden beruflichen Perspektive als STM beobachten. Die Frauen, die das Projekt verlassen, um sich beruflich weiterzuqualifizieren, sind oft besonders engagiert und kompetent. Hier besteht ein immanenter Zielkonflikt zwischen einer erwünschten und sinnvollen beruflichen Weiterentwicklung der STM und dem Verlust an Kontinuität und Qualität der Arbeit, der durch die Fluktuation entsteht. Dieser Widerspruch ließe sich nur durch eine geregelte und dauerhafte Vergütung der Stadtteilmutter-Arbeit lösen.

» Zusammenfassende Betrachtung und Schlussfolgerung für die Gesundheitsförderung

Trotz der genannten Probleme überwiegen deutlich die Stärken des Ansatzes, die sich darin zeigen, dass das Programm eine doppelte Wirkung besitzt: auf die STM selbst als Akteurinnen und Teil der Zielgruppe und auf die erreichten Frauen im Stadtteil.

1. Die STM werden nachhaltig gefördert und aktiviert und erhalten dadurch Möglichkeiten zur Teilhabe.
2. Die Möglichkeiten des Zugangs zu den Familien sind vielfältig und alltagsnah wie bei kaum einem anderen Programm.
3. Die Familien werden – ausgehend von den Bedürfnissen der Kinder – mit einer Vielfalt an Themen erreicht.
4. Bei den aufgesuchten Frauen ist ein Gewinn an Wissen, Erkenntnissen und Selbstvertrauen

zu verzeichnen, der auch Verhaltensänderungen erwarten lässt.

5. Familien erhalten Zugang zu institutionellen Freizeit-, Hilfs- und Therapieangeboten, den sie ohne diese Vermittlung wahrscheinlich nicht bekommen hätten.

Durch ihre Arbeit im Setting Stadtteil stellen die STM eine Verbindung auch zwischen anderen Settings vor Ort her, die häufig nicht oder wenig miteinander kooperieren wie zum Beispiel Schulen und Kitas. Gleichzeitig sind sie eine Brücke zwischen Familien und anderen Programmen, die vor Ort angeboten werden (zum Beispiel: Griffbereit) oder Kampagnen (zum Beispiel: Kampagne zur Leseförderung). Damit verknüpfen sie lose Enden, die oftmals unverbunden nebeneinander existieren, und fungieren als ideale Multiplikatorinnen.

Das Projekt erfüllt in vielfacher Weise die Anforderungen an gute Programme: Es ist multithematisch und vernetzt, flexibel in Bezug auf die Anpassung an die Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppen und in Bezug auf die Einbeziehung und Integration verschiedener Settings, ohne die die Familien nur unvollständig erreicht werden können.

Weitere Forschung ist erforderlich, um die Nachhaltigkeit der Wirkungen auch auf die langfristige Entwicklung der Kinder überprüfen zu können, ebenso wie die Fragen, ob und in welcher Weise implizites Lernen, das mit dem Peeransatz verknüpft ist, bessere Erfolge als herkömmliche Lernformen aufweist und ob die Intervention in Krisensituationen eine veränderte Weichenstellung für den weiteren Lebensweg der Kinder bewirken kann.

Auch ohne Antwort auf diese Fragen ist der Peeransatz schon allein deshalb vielversprechend, weil er auf den Potenzialen der Zielgruppe selbst basiert, die dadurch aktiviert und für die Gesellschaft genutzt werden.

» Literatur

- Altgeld, T. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Diskussionspapier des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Altgeld, T. (2008): Gesundheitsfördernde Settingarbeit als Schlüsselstrategie zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten. In: Bauer, U., Bittlingmayer, U. H., Richter, M. (Hrsg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, S. 511–529.
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Schulische Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden.
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. H., Richter, M. (Hrsg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden.
- Delekat, D. (2008): Kindergesundheit in Berlin am Beispiel Friedrichshain-Kreuzberg. In: Berliner Ärzte 12/2008, S. 14–20.
- Dragano, N., Siegrist, J. (2006): Die Lebenslaufperspektive sozialer Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden, S. 199–220.
- Erhart, M., Wille, N., Ravens-Sieberer, U. (2008): In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik. In: Bauer, U., Bittlingmayer, U. H., Richter, M. (Hrsg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, S. 331–358.

- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y. (Hrsg.) (2005): A life course approach to chronic disease. Epidemiology, Oxford.
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Bern.
- OECD (2011): Familien besser fördern, Doing Better for Families 2011. Internet: www.oecd.org/bookshop.
- Salman, R., Menkhaus, B. (2005): Gesundheit Hand in Hand – Mit Migranten – für Migranten (MiMi). Ein interkulturelles Projekt stellt sich vor. Soziale Psychiatrie, 29, 2005, S. 26–28.
- von Salisch, M. (1998): Zum Einfluss von Gleichaltrigen (Peers) und Freunden auf die Persönlichkeitsentwicklung. In: Amelang, M. (Hrsg.): Determinanten individueller Unterschiede. Göttingen, S. 345–405.

» Wie der Praxistransfer gelingen kann – Nachhaltige Kooperation als Bedingung für kontextsensible Anpassung

Sibylle Friedrich

Die Implementierung von Neuerungen in die Soziale Praxis stellt eine große Herausforderung dar und bedarf kontextsensibler Anpassung. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die mit mehrfach belasteten Familien arbeiten, um gesundheitliche Benachteiligung zu vermindern und das Kindeswohl zu sichern, sind auf passgenaue Konzepte angewiesen, sei es zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz, zur Aktivierung informeller Netzwerke und vieles mehr. Eine solche Passung kann aber nur in enger und nachhaltiger Zusammenarbeit mit der Praxis entwickelt werden, und auch dann ist eine Verstetigung der Angebote und ihre Übernahme ins Standardrepertoire der Praktiker und Praktikerinnen kein Selbstgänger.

Im vorliegenden Artikel sollen anhand von Erfahrungen aus der Begleitung verschiedener Projekte zentrale Barrieren und ihre mögliche Überwindung diskutiert werden: Welche Rolle kommt der Leitungskraft im Implementierungsprozess zu, was kann eine Moderation von außen (nicht) leisten, welche Fortbildungsstrategien erscheinen vielversprechend, welche Relevanz kann einer projektbegleitenden (Selbst-)Evaluation zugeschrieben werden?

»Viele wissenschaftliche Innovationen der letzten Jahre, etwa aus der Bildungs-, der Psychotherapie- oder der Präventionsforschung, haben den Weg in die Praxis bislang nur mühsam gefunden. Unstreitig gibt es viele Hürden in den Professionen und Praxisfeldern – und nicht zuletzt Mittelknappheit –, die

Neuerungen erschweren. Doch zudem hat die Wissenschaft auch häufig Einsichten der Transferforschung vernachlässigt, die eine gezielte Umsetzung von neuen Erkenntnissen und Ansätzen unterstützen.« (Kliche 2010, S. 127)

Es muss demnach davon ausgegangen werden, dass es keinesfalls ausreicht, ein gutes pädagogisches, psychologisches oder gesundheitswissenschaftliches Konzept zu entwickeln – genaue Kenntnisse über die förderlichen und hinderlichen Bedingungen seiner Implementierung und späteren Verstetigung in die soziale Praxis sind offenbar ebenfalls unabdingbar. Dem widmet sich die Transferforschung. Thomas Kliche (2010) fasst die Ergebnisse aus Übersichtsarbeiten zu annähernd 1500 internationalen Studien zusammen. Einige ausgewählte wissenschaftliche Erkenntnisse sollen in diesem Beitrag genauer beleuchtet und in ihrem Zusammenspiel betrachtet werden, da sie sich in verschiedenen konkreten Praxisprojekten als bedeutsame Faktoren erwiesen haben.

» Fester Kern – flexible Peripherie

Kliche spricht davon, dass Modifizierbarkeit ein Qualitätsmerkmal erfolgreicher Innovationen sei. Dafür müsse »der ›Kern‹ der Innovation klar benannt sein, während ihre veränderbare ›Peripherie‹ verschiedene Möglichkeiten zur Einbettung in den Alltag offen« lasse (Kliche 2010, S. 131). Was heißt das in der Praxis, und warum ist es so entscheidend?

Implementierungen gelingen dann, wenn alle relevanten Beteiligten sich darauf einigen, sie in der Praxis auch tatsächlich umzusetzen. Sie müssen also das gemeinsame Ziel verfolgen, zum Gelingen der Implementierung beizutragen. Das bedeutet, dass jede und jeder Einzelne von ihnen eine persönliche Motivation entwickeln muss, die es ihr oder ihm ermöglicht, durch konkretes Handeln – beispielsweise das Ausfüllen eines Dokumentationsbogens – den Praxistransfer voranzutreiben. Aus der Arbeit mit Klienten und Klientinnen an individuellen Zielen wissen wir, dass diese nur dann erreicht werden, wenn sich die Betroffenen aktiv dafür entscheiden. Ein Ziel, das nicht wirklich ein eigenes ist, hinter dem keine persönliche Motivation steckt, wird bewusst oder unbewusst *torpediert*. Gleiches gilt für kollektive Ziele, insbesondere, wenn es zur Zielerreichung notwendig ist, dass viele Beteiligte an einem Strang ziehen, was in der Regel für Implementierung und Verstetigung von Innovationen gilt. Eine Innovation, die den Weg in die Praxis schaffen will, muss demnach diejenigen, die sie umsetzen sollen, überzeugen. Sie müssen es als nachvollziehbar und gerechtfertigt empfinden, dafür zusätzliche Zeit und Energie bereitzustellen –

denn das bedeutet die Umstellung von Strukturen und Abläufen zunächst immer.

Da die ausführenden Praktiker und Praktikerinnen, wenn sie nicht gerade in einer projektinternen vorbereitenden Arbeitsgruppe tätig waren, das mit dem Praxistransfer verbundene Ziel nicht selbst formuliert haben, ist es umso wichtiger, dass sie die Chance bekommen, es sich nachträglich zu Eigen zu machen. Dafür sind Zeit für Reflexionen sowie Entscheidungsspielräume in der Ausführung notwendig. Der Weg der Aneignung geht über Beteiligung; Partizipation ist ein Schlüssel erfolgreicher Projektimplementierung. Es ist nach meiner Erfahrung wichtig, aufkommende Fragen und Bedenken der Praktiker und Praktikerinnen nicht als destruktiven Widerstand zu werten und sich als Projektentwicklerin und -entwickler bzw. als Leiterin und Leiter gekränkt zu fühlen und verärgert zu zeigen. Vielmehr sollte auch die kritische Beschäftigung mit den Inhalten und Anforderungen als Zeichen eines Ringens um die Aneignung des Ziels verstanden werden, die eine notwendige Bedingung für einen erfolgreichen Praxistransfer darstellt. Hilfreich ist es, dieses Verständnis rückzuspiegeln und damit zur aktiven Auseinandersetzung und Aneignung einzuladen, ebenso bereits bei der Projektplanung Spielräume freizulassen und Beteiligungsverfahren einzubauen.

Dieses Wissen um förderliche Bedingungen geben wir in der Jahresfortbildung zum Ressourcen-Coach an unsere Teilnehmer und Teilnehmerinnen weiter. In der zweiten Kurshälfte sind diese mit der Anforderung, ein eigenes ressourcenorientiertes Projekt zu entwickeln und in die Praxis zu implementieren, konfrontiert und treffen dort nicht ausschließlich auf Leitungskräfte sowie Kolleginnen und Kollegen, die bereits ein eigenes Verständnis ressourcenorientierten Arbeitens entwickelt haben¹. Diesen hilft es sehr,

1 Beispiele zu Projekten von Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern des Ressourcen-Coaches finden sich bei Oberpriller 2010.

sich bewusst zu machen, dass sie ihren im Rahmen der Fortbildung stattgefundenen Aneignungsprozess nicht einfach auf ihre Kollegen und Kolleginnen übertragen und dieselbe Begeisterung für die ressourcenorientierte Haltung und ihre Methoden voraussetzen können, sondern ihnen ihren eigenen Weg zugestehen müssen. Auch, wenn das bedeutet, trotz akribischer Planung unter Kenntnis von Setting und Klientel Spielräume für Planänderungen zuzulassen. Beruhigend ist es dabei zu wissen, dass in der Regel eine 60%ige Umsetzungstreue ausreicht, um gute Projektergebnisse zu erzielen (vgl. Kliche 2010).

Genauso wichtig wie die flexible »Peripherie« ist jedoch der feste »Kern« der Innovation. »Selbst gut konzipierte Maßnahmen können Dank freizügiger Basteleien in der Praxis am Ende derart erbärmliche Programmtreue aufweisen, dass sie auf Zeitverschwendung hinauslaufen« (Kliche 2010, S. 133). Soll beispielsweise ein ressourcenorientiertes Vorgehen implementiert werden, ist es entscheidend, dass der Charakter der Ressourcenorientierung nicht verwässert wird. Es sollte also nicht die gesamte Idee zur Disposition gestellt werden. Begeisterung für eine Innovation zu wecken, bedarf eigener Überzeugung; insbesondere, weil Projektentwicklerinnen und -entwickler sowie Leitungskräfte, die eine Maßnahme implementieren wollen, als Ansprechpartnerinnen und -partner für die beteiligten Kollegen und Kolleginnen bei Bedenken und Adaptionswünschen fungieren. Das Ziel sollte folglich im Planungsprozess konkretisiert und im Vorfeld sollte überlegt worden sein, an welchen Kriterien der Erfolg der Maßnahme festgemacht wird.

» Vereinbarkeit mit Normen und Werten – und doch unterscheidbar

Erfolgreiche Innovationen sind einerseits mit den Werten und Normen der Einrichtung, in deren Praxis sie implementiert werden sollen, vereinbar (vgl. Kliche 2010), andererseits ist wie bereits beschrieben der »Kern«, also das Neue und Besondere und damit das Normbrechende, klar erkennbar. Diese Balance gilt es zu halten. Generell gilt, dass sich Neues umso leichter implementieren und verstetigen lässt, desto weniger neu es sich anfühlt, also desto weniger es mit den bisherigen Normen und Werten bricht. Andererseits lässt sich ab einem bestimmten Punkt schwerlich noch von einer wirklichen Innovation sprechen. Innovationen zeichnen sich ja oft geradezu dadurch aus, dass sie mit Althergebrachtem, mit bestehenden Normen und Werten brechen. Besonders deutlich wird das am Beispiel von ressourcenorientierten Projekten, die in Settings implementiert werden sollen, in denen eine eher problemorientierte bis defizitfokussierte Haltung vorherrscht.

Projektentwicklerinnen und -entwickler sowie Leitungskräfte tun in diesem Fall gut daran, das Alte zu würdigen, bevor Neues implementiert wird. »Was ist das Gute an dem bisherigen Vorgehen?«, »Was ist erhaltenswert?« sind Fragen, die vor jeder Innovationsentwicklung stehen und deren Antworten auch den Fachkräften rückgemeldet werden sollten, wenn sie nicht sogar mit ihnen erarbeitet wurden. Wenn die bisherige Leistung und die damit eng verbundene Berufsidentität gewürdigt wurde, fällt es den meisten leichter, Änderungen anzunehmen und sich die Projektziele zu Eigen zu machen.

Im Falle eines gewünschten Haltungswechsels hin zu einem ressourcenorientierteren Vorgehen in der

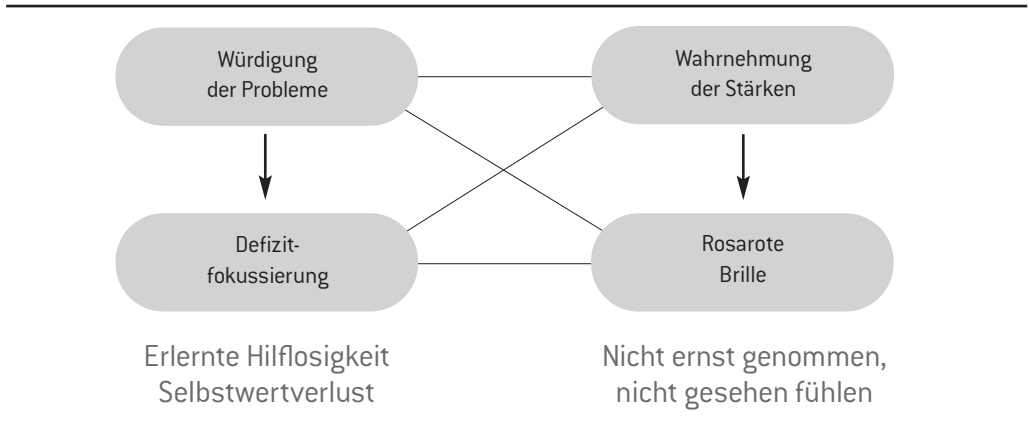


Abb. 1: Werte- und Entwicklungsquadrat zur Ressourcenorientierung

Kinder- und Jugendhilfe bedeutet das, das Potenzial einer problemorientierten Vorgehensweise in der Arbeit mit den Klienten und Klientinnen herauszuarbeiten und wertzuschätzen.

Dabei hilft das Modell des Werte- und Entwicklungsquadrats² (Schulz von Thun 2008, S. 38ff.), das grundsätzlich von einer Wertebalance ausgeht (vgl. Abbildung 1). Die beiden Qualitäten, die es gilt, in der Balance zu halten, sind in diesem Fall die Würdigung der Probleme der Klienten und Klientinnen bei gleichzeitiger Wahrnehmung ihrer Stärken.

»Eine ausschließliche Orientierung an den Problemen ist in der Gefahr, quasi ›in den Keller zu rutschen‹ und zu einer Defizitfokussierung zu verkommen. Diese macht Professionelle und ihre Klientinnen und Klienten blind für die vielfältigen, den Betroffenen aufgrund ihrer Ressourcen innewohnenden und damit individuellen und nachhaltigen Lösungswege. Den Professionellen droht ge-

sundheitsgefährdender Zynismus bis hin zum Burn-out, den Klientinnen und Klienten Selbstwertverlust und erlernte Hilflosigkeit ... Eine ausschließliche Orientierung an den Stärken und Kraftquellen der Menschen unter Vernachlässigung ihrer ... Probleme wäre selbstverständlich genauso wenig zielführend.« (Friedrich und Redlich 2010, S. 46)

Es bestünde die Gefahr, dass die Menschen sich nicht in ihrer Not gesehen und ernst genommen fühlen. Abbildung 1 verdeutlicht den ausgeführten Gedanken.

² Das Werte- und Entwicklungsquadrat stellt eine Weiterentwicklung des von Helwig (1967, nach Schulz von Thun, 2008, S. 38) entwickelten Wertequadrats dar.

» Was kann eine externe Projektbegleitung (nicht) leisten?

Wie kann der Praxistransfer durch eine organisationsfremde Projektbegleitung unterstützt werden? In der Rolle der externen Projektbegleiterin oder des externen Projektbegleiters müssen nach meiner Erfahrung verschiedene Aspekte berücksichtigt werden, damit sie zum Gelingen der Implementierung beitragen können.

In der Regel umfasst die Projektbegleitung auch die Fortbildung der Fachkräfte. Bei der Planung der Fortbildungsinhalte und des Fortbildungsablaufs sollte darauf geachtet werden, dass im Sinne der oben ausgeführten Erkenntnisse genügend Zeit und Raum zur Auseinandersetzung mit der Anforderung, künftig anders als bisher zu handeln, gegeben wird. Ebenfalls sollte die schon beschriebene Würdigung des »Alten« in der Fortbildung Platz haben.

Darüber hinaus ist aber vor allem entscheidend, nach der theoretischen und praktischen Vermittlung der Inhalte und Methoden konkrete, selbstverpflichtende Absprachen zu treffen, auf welche Weise, in welchem Ausmaß und in welchem Zeitraum ein Praxistransfer stattfinden soll. Gute Erfahrung habe ich damit gemacht, die Gruppe gemeinsam eine Mindestanforderung erarbeiten zu lassen, auf die sie sich einigt. In einem Projekt zur Implementierung eines ressourcenorientierten Leitungsstils bedeutete das für die teilnehmenden Führungskräfte beispielsweise die Selbstverpflichtung, innerhalb von zwei Monaten mindestens drei unterschiedliche Instrumente zum Einsatz kommen zu lassen, die frei aus einem Methodenpool gewählt werden konnten. In einem anderen Projekt einigte sich die Gruppe von Praktikern und Praktikerinnen der ambulanten und stationären

Kinder- und Jugendhilfe darauf, innerhalb eines halben Jahres wenigstens zehn Netzwerkmoderationen mit von ihnen betreuten Familien durchzuführen.

Um die Umsetzung zu überprüfen, ist zumindest ein Follow-up-Termin vonnöten, besser jedoch eine regelmäßige Praxisbegleitung. In Letzterer geht es weniger um die Vermittlung neuer Inhalte, als vielmehr um die Frage, was bereits regelhaft umgesetzt wird, welche Erfolge zu feiern sind, wo Hürden aufgetaucht sind und wie mit ihnen umgegangen werden kann, welche Fragen noch geklärt werden sollten etc. Es braucht Zeit, neue Vorgehensweisen in bestehenden Arbeitsabläufe stimmig zu integrieren und neue Routinen zu entwickeln. Die Passgenauigkeit des Vorgehens im Rahmen des vorhandenen Settings wird in diesem Prozess durch die Bearbeitung und Beseitigung von Hürden und Stolpersteinen immer weiter verbessert. Eine nachhaltige Kooperation mit der Praxis stellt also eine notwendige Bedingung für erfolgreiche Implementierungen dar.

Die Einigung auf eine begrenzte Umsetzung von Neuerungen innerhalb eines überschaubaren Zeitraums hat einen weiteren Vorteil. Aus der Transferforschung ist bekannt, dass die Implementierung größere Chancen hat, erfolgreich zu sein, wenn die Möglichkeit zu begrenzten Probeläufen gegeben ist (vgl. Kliche 2010, S. 131).

Eine externe Projektbegleitung kann den Implementierungsprozess also auf vielfältige Weise unterstützen – solange sie nicht in die Falle tappt, Leitungsaufgaben zu übernehmen! Aus meiner Erfahrung scheitern Implementierungen neben anderen Gründen an einer nicht sichtbaren Leitung. Die Leitungskraft einer Einrichtung, innerhalb derer eine Neuerung Eingang in die Praxis finden soll, muss erkennbar und »mit klaren strategischen Zielen« (Kliche 2010, S. 135) hinter dieser Neuerung stehen. Sie muss gegenüber ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen deutlich machen, dass sie die Neuerung will und dass sie möchte, dass diese sie umsetzen. Über-

spitzt formuliert befördert die Haltung: »Wir haben hier ein neues Konzept erarbeitet – aber ihr müsst es euch nicht ansehen« das Scheitern des Implementierungsprozesses.

Wichtig ist, dass sich die Leitungskraft während des Implementierungsprozesses zeigt, indem sie beispielsweise an den Fortbildungen oder den Praxisbegleiterterminen teilnimmt, und somit deren Relevanz verdeutlicht. Sie kann den Praxistransfer dadurch unterstützen, dass sie die Bemühungen ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, sich die mit der Neuerung verbundenen Haltungen und Methoden anzueignen, wertschätzt und sie durch die Bereitstellung von Freiräumen zum Reflektieren und Üben unterstützt.

Weiterhin kann es als Leitung wichtig sein, gegenüber Dritten, wie beispielsweise dem Jugendamt, auf eine Weise aufzutreten, die deutlich macht, dass das neue Vorgehen keine autonome Einzelentscheidung des jeweiligen Mitarbeiters bzw. der jeweiligen Mitarbeiterin darstellt, sondern konzeptionelle Angebotsentwicklung und einrichtungsspezifische Profilbildung.

Keinesfalls sollte die Leitungskraft die Aufgabe, für die Neuerung und ihren Transfer in den Arbeitsalltag zu werben, vollständig an externe Moderatorinnen und Moderatoren delegieren und sich den Bedenken ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen anschließen. Damit wird sie ihrer Rolle als Ansprechpartnerin im Implementierungsprozess nicht gerecht, da von ihr bei allem Verständnis für die Bedenken und aller Offenheit für Adaptionswünsche auch erwartet wird, für die Neuerung zu *brennen* und somit Orientierung zu geben. Der Projektbegleiter oder die Projektbegleiterin sollte die Leitungskraft auf diesen Zusammenhang, falls nötig, hinweisen.

» Der Wert von Evaluationen

Wann immer dies möglich ist – und das ist selbstverständlich auch eine Ressourcen- und Kostenfrage – sollten begleitende Evaluationen eingeplant werden. Dabei ist es für Praxisprojekte meines Erachtens nicht entscheidend, dass es sich dabei um externe Evaluationen handelt. Zwar ist mit diesen eher die (trügerische?) Erwartung an objektive Ergebnisse verknüpft – eine Hoffnung, die auf den Möglichkeiten externer Evaluatorinnen und Evaluatoren gründet, wissenschaftliche Kriterien an den Evaluationsprozess anzulegen –, die Nachteile externer Evaluationen sind jedoch ebenso deutlich. Sie kosten den Träger in der Regel viel Geld, und es ist nicht allen Einrichtungen möglich, dieses aufzubringen.

Zudem erscheint es mir erstrebenswert, dass Einrichtungen und ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen die Angst vor dem oft als hoch eingeschätzten Mehraufwand von Evaluationen verlieren und die Kompetenz entwickeln, unaufwendige Projektevaluationen regelhaft bei Projekteinführungen durchzuführen. Wird ihnen auf diese Weise der hochwissenschaftliche, praxisferne und bürokratische Charakter genommen und der Nutzen von Evaluationen unmittelbar erlebt, erhalten sie den Stellenwert eines Praxisinstruments und finden bestenfalls Eingang ins Standardrepertoire der Fachkräfte als Qualitätssicherungsinstrument.

Dennoch habe ich auch gute Erfahrungen mit transparenten Fremdevaluationen gemacht, die in einem kooperativen Prozess mit der Einrichtung entwickelt und durchgeführt wurden. Der Blick von außen kann hier erhellende Einsichten gewähren; Klienten und Klientinnen antworten möglicherweise weniger sozial als erwünscht und Praktiker und Praktikerinnen fühlen sich durch die wertschätzende Atmosphäre in vertieften Interviews zur projektför-

dernden Selbstreflexion ermutigt. Außerdem bieten insbesondere quantitative externe Evaluationsergebnisse eine Grundlage für die Selbstdarstellung der Einrichtung und eine Rechtfertigung für die Beantragung von Geldern für die (Weiter-)Finanzierung von Projekten.³

Unabhängig davon, ob es sich um externe oder um Selbstevaluationen handelt: Evaluationen ergänzen die ohnehin stattfindenden Projektreflexionen während des Implementierungsprozesses. In der Reflexion des Prozesses geht es vorrangig um die Zielerreichung aus eigener Sicht. Projektentwicklerinnen und -entwickler sowie Implementatorinnen und Implementatoren fragen sich anhand vorab festgelegter Kriterien, inwieweit es gelungen ist, die Ziele, die mit der Einführung der Neuerung verbunden waren, zu erreichen. Dieser Selbsteinschätzung wird mit der Evaluation die Erhebung einer oder mehrerer Fremdperspektiven gegenübergestellt. Hier geht es nun um die Zielerreichung aus Sicht der Prozessbeteiligten, also der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie der Klienten und Klientinnen. Wie haben sie den Prozess erlebt? Was waren aus ihrer Sicht förderliche und hinderliche Faktoren? Was hätten sie sich gewünscht? Wie bewerten sie den Erfolg der Maßnahme(n)?

Damit drückt eine Evaluation die Bereitschaft aus, Neuerungen auf den Prüfstand zu stellen, bevor sie endgültig übernommen werden und würdigt auf diese Weise das *Alte*. Die in ihrer Relevanz bereits herausgearbeiteten Punkte werden noch unter-

stützt: Evaluationen sind an begrenzte Probeläufe gekoppelt, sie geben den Beteiligten durch die signalisierte Offenheit für Veränderungen die Chance, sich das Ziel zu Eigen zu machen und holen somit Skeptikerinnen und Skeptiker *mit ins Boot*.

Meiner Erfahrung nach erhöht bereits das Vorhandensein einer Evaluation, unabhängig von ihrer Form und ihren Ergebnissen, die Implementierungschancen eines Projekts, also das Ausmaß an Praxistransfer. Es wirkt offensichtlich motivationssteigernd, zu wissen, dass es jemanden interessiert, ob das Projekt erfolgreich war und was es bewirkt hat. Evaluation übernimmt hier eine Art Erinnerungs- und Kontrollfunktion. Zudem geben die Evaluationsergebnisse wertvolle Hinweise auf Implementierungshürden, die es noch zu bedenken und zu überwinden gilt. Das erhöht, verknüpft mit der bereits beschriebenen Praxisbegleitung, die Passgenauigkeit der Intervention.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass erfolgreiche Innovationen einen festen Kern, aber eine flexible Peripherie besitzen, die es den Praktikern und Praktikerinnen ermöglicht, sich das Projektziel zu Eigen zu machen; weiterhin, dass sie vereinbar mit den Normen und Werten der Einrichtung sind, in dessen Praxis sie implementiert werden sollen, aber dennoch ein klar erkennbares innovatives und somit oftmals normbrechendes Moment besitzen. Eine externe Projektbegleitung kann den Implementierungsprozess auf vielfältige Weise unterstützen, insbesondere, wenn sie an der Seite einer sichtbaren Leitung

3 Mit diesen Überlegungen soll keinesfalls die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Beforschung manualisierter Programme infrage gestellt werden. Wir haben bisher viel zu wenig Wissen darüber, was wirklich wirkt, welche Programme die Klienten und Klientinnen wirklich dabei unterstützen, ihre Belastungen zu reduzieren und ihre Ziele zu erreichen. Randomisierte Kontrollgruppendesigns behalten daher ihre Berechtigung zur Beforschung der Programmwirksamkeit. Sie zeigen das Potenzial eines Programms auf und geben dadurch wertvolle Hinweise darauf, ob es sich lohnt, es in der Fläche zu implementieren. Die Bedingungen, unter denen es beforscht wurde, sind allerdings in der Regel im Alltag der Berufspraxis schwer replizierbar, da zumeist die Ressourcen fehlen, die in Form von Fördergeldern während der Evaluationsphase vorhanden waren, und die Qualität an Zeit, Räumlichkeiten und Know-how sicherten. Kliche spricht von der »Modellprojekt-Falle« (Kliche 2010, S. 130). Daher bleiben bei der Verbreitung der Programme in der Fläche die beschriebenen Herausforderungen bestehen.

steht, deren Interesse, den Praxistransfer der Neuerung zu befördern, klar erkennbar ist. Zudem erhöhen Fremd- und Selbstevaluationen die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Implementierung.

» Literatur

- Friedrich, S., Redlich, A. (2010): Ressourcenorientierung – für die Gesundheitsförderung konkretisieren. In: DJI & Uni Hamburg (Hrsg.): Gesundheit beginnt in der Familie – eine Handreichung, S. 44–49.
- Kliche, T. (2010): Wie bekomme ich neue Ansätze in die Praxis? Erfolgsfaktoren für die Verbreitung, Einführung und Verstetigung von Innovationen. In: Möbius, T., Friedrich, S. (Hrsg.): Ressourcenorientiert arbeiten. VS-Verlag, S. 155–166.
- Oberpriller, K. (2010): Projekte der Ressourcenorientierung – Praxisbeispiele. In: Möbius, T., Friedrich, S. (Hrsg.): Ressourcenorientiert arbeiten. VS-Verlag, S. 127–140.
- Schulz von Thun, F. (2008): Miteinander reden: 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek.

» Familienbasierte Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen – Kultursensibler Adaptionsprozess des Strengthening Families Program 10–14 in Deutschland

Martin Stolle, Julian Stappenbeck, Astrid Wendell, Rainer Thomasius

» Einleitung

Trotz ermutigender internationaler Ergebnisse sind Ansätze von universeller und selektiver familienbasierter Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen in Deutschland weitgehend ungenutzt. Die Settings Schule und Freizeit, der kommunale Bereich, Medien und die gesetzlichen Rahmenbedingungen stehen traditionell im Vordergrund (Bühler und Kröger 2006). Die zu adressierenden Altersgruppen und die mit Substanzstörungen bei Kindern und Jugendlichen typischerweise einhergehenden komorbiden psychischen Störungen legen jedoch die Entwicklung familienbasierter Präventionsmaßnahmen nahe, die möglichst früh einsetzen sollten (Ramey und Ramey 1998, Scheithauer et al. 2003).

Die zurzeit am besten untersuchten familienbasierten Programme zur familiären Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen kommen aus den USA. Erste Forschungen dazu begannen vor gut 25 Jahren. Wie Foxcroft et al. (2003) in ihrem Review anmerken, ist die Qualität der Auswertung der verschiedenen Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche sehr unterschiedlich. Viele Evaluationen litten unter methodischen Schwächen, wie

etwa fehlenden Prätestmessungen, einem hohen Schwund an Probandinnen und Probanden oder zu kurzen Katamnesezeiträumen. Andere Autoren (Gruner Gandhi et al. 2007, Gorman et al. 2007, Midford 2008) kritisieren ein verbreitetes »*selective reporting*«, das zwar präventive Effekte mitteilt, konträre jedoch nicht. Der Einschätzung von Foxcroft et al. (2003) zufolge, die die Qualität der unterschiedlichen Evaluationsstudien zu familienbasierten Präventionsprogrammen untersuchten, kann das *Strengthening Families Program 10–14* (SFP 10–14; Molgaard et al. 2000) als eines von acht Programmen der zweithöchsten Evidenzklasse (IB) zugeordnet werden. Für diese Programme lassen sich präventive Effekte für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren feststellen. Eine eigene Literaturübersicht kam zu dem Ergebnis, dass das *Strengthening Families Program 10–14* gerade im Bereich der universellen Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen gut evaluiert ist und im Vergleich zu anderen Präventionsprogrammen den stärksten Familienbezug aufweist (Stolle et al. 2010). Dieses universelle familienbasierte Präventionsprogramm soll im Folgenden inhaltlich charakterisiert werden.

» Das *Strengthening Families Program* 10–14

Das SFP 10–14 wurde ab 1993 von Molgaard und Kollegen an der Iowa State University zur universellen familienbasierten Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von zehn bis 14 Jahren entwickelt (Molgaard et al. 2000). Das Programm ist theoretisch fundiert über den sozialökologischen Ansatz (Bronfenbrenner und Morris 1998).

SFP 10–14 ist manualisiert und besteht aus sieben wöchentlichen Einheiten plus vier sogenannten Booster-Sessions, die vier bis sechs Monate nach Abschluss der initialen Einheiten durchgeführt werden. Wesentliches Lehrmittel sind Videosequenzen mit Modellfamilien und darauf aufbauende interaktive Rollenspiele. Pro Sitzung arbeiten mindestens drei Anleiter mit acht bis zwölf teilnehmenden Familien. Es gibt Programmteile für Eltern, Kinder und für die Gesamtfamilie. SFP 10–14 zielt bei den Kindern und Jugendlichen auf bessere Selbstwirksamkeitswahrnehmung, funktionales Stressmanagement und Widerstandsfähigkeit gegenüber dysfunktionalen Peergroupeinflüssen ab. Die Eltern werden dazu angeregt, ihren Erziehungsstil zu reflektieren, eine konsistentere Erziehungshaltung zu entwickeln (»using love and limits«) und positivere Affekte zu zeigen. Dysfunktionale Kommunikationsmuster in der Familie sollen abgebaut und familiärer Zusammenhalt soll befördert werden.

SFP 10–14 kann in den Evaluationsstudien aus den USA auf hohe Haltequoten zwischen 65 und 80 % verweisen. Durch vielfältige Maßnahmen wird versucht, die Familien an das Programm zu binden:

- Bereitstellung einer gemeinsamen Mahlzeit zur Förderung des informellen Austausches unter den

- Familien (»Selbsthilfegruppen-Effekte«) und zur Entlastung von häuslichen Verpflichtungen,
- Kinderbetreuung für jüngere Kinder,
- ggf. Angebot eines Fahrdienstes,
- Inzentive für Eltern sowie Kinder und Jugendliche,
- wöchentliche »keep in touch«-Anrufe sowie Postkarten zu den Geburtstagen.

Evaluation des *Strengthening Families Program* 10–14

Das *Strengthening Families Program* 10–14 wurde in einer längsschnittlichen randomisiert-kontrollierten Studie von 1993 bis 2000 in ländlichen strukturschwachen Regionen Iowas evaluiert (Gates et al. 2006, Spoth et al. 1999, 2001, 2004).

Im Vergleich zu Kontrollen berichteten die an SFP 10–14 teilnehmenden Kinder und Jugendlichen (Spoth et al. 2001) von:

- signifikant geringerem Alkohol- und Tabakkonsum nach einem Jahr (bei meist kleinen Effektstärken),
- einer um 30 % (Alkohol) bzw. 46 % (Tabak) niedrigeren 30-Tage-Prävalenz im Vier-Jahres-Follow-up.

Weiter hatte die SFP-Gruppe ein deutlich geringeres Risiko eines Cannabisgebrauchs sowohl in der Lebenszeit- als auch 12-Monats-Prävalenz. Bezogen auf den Konsum von Inhalantien und anderen illegalen Drogen sind die Resultate allerdings uneinheitlich. Berichtet wird darüber hinaus von signifikant weniger Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-oppositionelles Verhalten) in der Schule bei zugleich besseren Schulleistungen. Dabei wurden im Mittel die Unterschiede im Zielverhalten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe über die Zeit größer (»sleepers effects«).

Im Vergleich zu Kontrollen fand man bei den an SFP 10–14 teilnehmenden Eltern (Spoth et al. 2001)

- größere Erziehungskompetenzen und einen konsistenten Erziehungsstil,

- effektivere Kommunikation (Gefühle artikulieren und Grenzen setzen können),
- ein aktiveres Verfolgen der Aktivitäten und Entwicklung der Kinder («parental monitoring«).

Die Autoren des vorliegenden Beitrags leiten aus den berichteten Evidenzgraduierungen sowie den referierten Reviews und Einzelstudien ihre Entscheidung für eine Adaptation von SFP 10–14 ab. Damit soll bei positiver Evaluation auch in Deutschland eine Lücke in der bundesdeutschen Präventionslandschaft geschlossen werden.

Anforderungen an die kultursensible Adaptation

SFP 10–14 erfuhr kultursensitive Adaptationen für Schweden (seit 2002), Großbritannien (seit 2004) und seit 2005/2006 für Spanien, Italien, Polen und Griechenland. Allen et al. (2006) berichten hierzu für Großbritannien (GB), dass die kulturelle Distanz zwischen USA-spezifischen Programmmerkmalen und der Zielpopulation in GB unter Berücksichtigung von vier Punkten minimiert werden musste:

- kultursensitive Definition von dysfunktionalem Verhalten,
- kultursensitives (familiäres) Rollenverhalten,
- (umgangs-)sprachliche Anpassungen,
- Anpassung an Eigenheiten lokaler Hilfesysteme.

Die Herausforderung bestand dabei nach Allen et al. (2006) darin, eine kulturspezifische Adaptation durchzuführen, ohne gleichzeitig den Einsatz in heterogenen kulturellen Zusammenhängen – wie sie Gesellschaften darstellen, die durch Migration geprägt sind – zu verunmöglichen. Darüber hinaus durfte die theoretische und konzeptuelle Integrität des Programms nicht beeinträchtigt werden.

Methodik

Die kultursensible Adaptation der US-amerikanischen Materialien des Strengthening Families Programm 10–14 für Deutschland wurde mittels eines Fokusgruppenkonzepts durchgeführt. Um regionale Besonderheiten der Bundesrepublik Deutschland abbilden zu können, wurden diese Fokusgruppen in drei unterschiedlichen Regionen durchgeführt: Im Norden (Hamburg), im Osten (Schwerin) und im Süden (München). Um gleichzeitig die unterschiedlichen Perspektiven von Fachkräften einerseits und Eltern andererseits einfließen lassen zu können, wurden pro Standort zwei Fokusgruppen durchgeführt. Zum einen wurden Fachkräfte aus der Suchtprävention und -beratung sowie der Jugendhilfe eingeladen, die über Erfahrungen in der Arbeit mit Familien verfügen. Zum anderen wurden Eltern aus der Zielgruppe des Programms – rekrutiert über Familienberatungsstätten – in Fokusgruppen zusammengeführt. Die Zielgruppe war dabei entsprechend der Kriterien des späteren randomisiert-kontrollierten Evaluationsdesigns definiert und schloss Eltern mit mindestens einem Kind im Alter von zwölf bis 13 Jahren ein, die unter schwierigen sozialen Bedingungen in einem sogenannten städtischen sozialen Brennpunkt leben.

Allen Fokusgruppen war ein vorstrukturiertes Vorgehen gemein, im Rahmen dessen definierte Filmausschnitte der Lehrvideos der Originalversion von SFP 10–14 gezeigt wurden. Darüber hinaus wurden ausgewählte Teile des Manuals vorgestellt und von den Fokusgruppen diskutiert.

» Ergebnisse

Die Zusammensetzung der einzelnen Fokusgruppen lässt sich Tabelle 1 entnehmen.

Ergebnisse aus den Fokusgruppen mit den Fachkräften

Die Fokusgruppendifkussionen wurden entlang der von Allen et al. (2006) oben benannten vier

Kriterien zur kultursensiblen Adaptation von Präventionsprogrammen und -materialien ausgewertet.

Im Rahmen einer Inhaltsanalyse ließ sich herausarbeiten, dass die Fachkräfte die inhaltliche Stoßrichtung von SFP 10–14 teilten. Im Sinne einer *kultursensiblen Definition von dysfunktionalen Verhaltensweisen* bei Eltern und Kindern, die im Rahmen des Trainings modifiziert werden sollen, bestand Einigkeit, dass wenig grundsätzlicher Adaptationsbedarf bestünde. Die Ziele von SFP 10–14, Erziehungskompetenzen bei den Eltern durch Beför-

Fokusgruppe Fachkräfte	Teilnehmer/-innen gesamt männl. weibl.			Beruflicher Hintergrund
Hamburg (Norddeutschland)	3	1	2	Sozialpädagoginnen und -pädagogen aus Elternschule, Gesundheitsbehörde und Kinderschutzzentrum
Schwerin (Ostdeutschland, ehemalige DDR)	5	2	3	Sozialpädagoginnen und -pädagogen aus Jugendamt, Erziehungshilfe und Suchtprävention
München (Süddeutschland)	5	2	3	4 Sozialpädagoginnen und -pädagogen aus Jugendamt, Erziehungshilfe und Suchtprävention, 1 Diplompädagoge als niedergelassener systemischer Familientherapeut mit englischem Migrationshintergrund

Fokusgruppe Eltern	Teilnehmer/-innen gesamt männl. weibl.			Familiärer Hintergrund
Hamburg (Norddeutschland)	5	1	4	2 alleinerziehende Mütter, 3 Elternteile aus »traditionell verheirateter« Konstellation, davon 2 mit türkischem Migrationshintergrund
Schwerin (Ostdeutschland, ehemalige DDR)	6	1	5	3 alleinerziehende Mütter, 2 Elternteile aus »traditionell verheirateter« Konstellation, 1 »Patchworkkonstellation«, kein Elternteil mit Migrationshintergrund
München (Süddeutschland)	6	2	4	2 alleinerziehende Mütter, 2 Elternteile aus »traditionell verheirateter« Konstellation, davon 1 mit iranischem Migrationshintergrund, 2 »Patchworkkonstellationen«

derung eines liebevollen und gleichzeitig Grenzen setzenden konsistenten Erziehungsstils (»love and limits«) zu erhöhen, der zudem durch eine effektive Kommunikation zwischen Eltern und Kindern (eigene Gefühle und Erwartungen artikulieren, Gefühle und Erwartungen des Gegenübers wahrnehmen) und ein aktives Verfolgen der Entwicklung der Kinder (»parental monitoring«) gekennzeichnet ist, wurden einhellig an allen drei Standorten begrüßt. Es wurde als realistisch betrachtet, dass über diesen Weg relevanten Risikofaktoren von Substanz- und Alkoholkonsum, Schulversagen und Dissozialität vorgebeugt und entsprechende Schutzfaktoren aktiviert werden könnten.

Kritisch äußerten sich die Fachkräfte zu einer aus ihrer Sicht »moralisierenden« Haltung bezüglich kindlich-jugendlichen Problemverhaltens. Zum Teil würde das Befolgen familiärer und gesellschaftlicher Regeln und Normvorstellungen als unabänderliche Voraussetzung für ein funktionales Familienleben dargestellt. Hier werde zu wenig deutlich gemacht, dass kindlich-jugendliches Problemverhalten auch vor dem Hintergrund eines altersspezifischen adoleszenten Experimentierverhaltens zu sehen sei, im Rahmen dessen mitunter Regelverstöße funktional im Sinne der Identitätsbildung bewertet werden müssten.

Adaptationsbedarf wurde von mehreren Fachkräften in der Sitzung 6 (»protecting against substance abuse«) gesehen. Hier würde »mit dem drohenden Zeigefinger« gearbeitet und Alkohol- und Substanzkonsum würden dämonisiert. Die Erwartungen, die Eltern diesbezüglich ihren Kindern vermitteln sollten (»No drinking at home or with friends«, »No beer or wine coolers«, »No drugs ever«, »No drinking at parties«, »No smoking«) seien unrealistisch hoch und würden die Notwendigkeit jugendlichen Ausprobierverhaltens nicht berücksichtigen. Kindern und Jugendlichen könne so erst Lust auf den Konsum psychotroper Substanzen gemacht und Neugier

geweckt werden. Angemessener sei ein »unaufgeregt und sachlicher« Umgang mit Alkohol und »weichen Drogen« wie Cannabis, der den Kindern und Jugendlichen die »Entwicklung einer Alkohol- und Drogenkompetenz« zubillige. Der Fokus solle mehr auf die Schutzfaktoren vor riskanten Konsummustern, wie vertrauensvollen Beziehungen in der Familie und einer guten Einbindung in Schule und nicht devianter Peergruppe, gelegt werden.

Andere Fachkräfte begrüßten die »Klarheit« des SFP 10–14. Es werde »nicht herumlabiert« und deutlich die Erwartung einer absoluten Abstinenz an die Kinder und Jugendlichen herangetragen. Diese seien während des Programms maximal 14 Jahre alt, sodass eine strikt ablehnende Haltung der Eltern helfen könne, das Einstiegsalter in Substanzkonsum anzuheben und damit späteren problematischen Entwicklungen vorzubeugen.

Bezogen auf das *kultursensible familiäre Rollenverhalten* in SFP 10–14 begrüßten die Fachkräfte, dass einerseits eine realistische Darstellung familiärer Konstellationen (Bezugnahme auf alleinerziehende Mütter, Berücksichtigung von Familien mit einem ortstypischen Migrationshintergrund) gelungen sei und andererseits die Väter, soweit in den Familien vorhanden, eine aktive Rolle im Familiengeschehen einnehmen. Moniert wurden von einigen Fachkräften »gendertypische Klischees«. So repariere der Vater das Auto und spiele mit dem Sohn Basketball, während die Mutter für die Küche zuständig sei. An einigen Punkten würden diese Klischees zwar aufgebrochen (der Vater räumt eine Waschmaschine ein oder trocknet den Abwasch ab), trotzdem schwinde eine eher traditionelle Rollenverteilung zwischen Mann und Frau mit.

Das Rollenverhalten zwischen den Generationen Eltern und Kind wird als angemessen eingeschätzt. Die Elternrollen seien klar als zugewandt-liebevoll auf der einen und vorhersehbar Grenzen setzend auf der anderen Seite definiert. Dies trage zur Sicherheit

der Kinder und Jugendlichen bei und beuge einer Rollenkonfusion vor.

Bezüglich *sprachlicher Anpassungen* sehen die Fachkräfte großen Bedarf. Eine Eins-zu-eins-Übersetzung der englischsprachigen Materialien sei nicht möglich, sprachliche Adaptationen seien unabdingbar. Für den deutschsprachigen Kulturraum würden untypisch häufig die Wörter »Liebe« und »lieben« verwendet. Hier seien Alternativen wie »Zuneigung«, »gern haben« und »mögen« angemessener. Auch würden Emotionen stark akzentuiert und übertrieben dargestellt. In Deutschland sei man damit zurückhaltender, betonten vor allem die Fachkräfte aus Nord- und Ostdeutschland. In Süddeutschland wurde dies weniger als Problem wahrgenommen. Örtliche Dialekte sollten in der deutschen Version wie in den englischsprachigen Versionen nicht verwandt, sondern es sollte Hochdeutsch gesprochen werden. Die Mehrheit der Fachkräfte spricht sich für den Einsatz umgangssprachlicher Redewendungen aus, ohne zu jugendtypisch zu formulieren. Inhaltlich schlagen die Fachkräfte vor, nicht das Wort »penalty« zu verwenden. Statt von »Strafe« und »strafen« zu sprechen, sollte der Ausdruck »Konsequenz« bzw. »Konsequenzen« eingeführt werden. Dies sei neutraler und weniger mit Assoziationen von Rigidität und »körperlicher Bestrafung« verbunden.

Anpassungen an die *Besonderheiten der lokalen Hilfesysteme* seien aus Sicht der Fachkräfte leicht durchführbar. Hier müssten auch Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern in Deutschland berücksichtigt werden. Generell schien den Fachkräften die Bedeutung kirchlicher Institutionen, die im amerikanischen Programmoriginal durchschimmere, in Deutschland geringer. Das Hilfesystem greife eher auf öffentliche Institutionen wie Jugend- und Erziehungshilfe, Elternschulen, schulbezogene Beratung und suchtpräventiv arbeitende Einrichtungen zurück. Besonderheiten des SFP 10–14, wie die Integration einer gemeinsamen Mahlzeit zwischen Eltern-

/Kindergruppe und der gemeinsamen Familiengruppe sowie der Einsatz von Inzentiven (zum Beispiel Gutscheine für gemeinsame familiäre Aktivitäten) wurden von den Fachkräften einhellig begrüßt. Zwar sei es für die Bundesrepublik ungewöhnlich, dass Familien mit einem Hilfe- bzw. Beratungsbedarf zusätzlich geldwertige Anreize für die Wahrnehmung der entsprechenden Hilfsangebote erhielten. Die hohen Haltequoten, die auf diese Weise in den USA erzielt wurden, beeindruckten jedoch die Fachkräfte positiv.

Ergebnisse aus den Fokusgruppen mit den Eltern

Die inhaltsanalytische Auswertung der Fokusgruppen der Eltern aus der Zielgruppe des Programms zeigte in der *kultursensiblen Definition von dysfunktionalen Verhaltensweisen* wenige Differenzen. Die Eltern begrüßten den Grundansatz von »Liebe zeigen und Grenzen setzen« und bezogen sich positiv auf die klaren Vorgaben bezüglich des Alkohol- und Substanzkonsums. Im Gegensatz zu einigen Fachkräften nahmen es die Eltern nicht als Problem wahr, dass diesbezüglich in den englischen Programmversionen »moralisiert« oder jugendlicher experimenteller Konsum »übertrieben dramatisiert« würde. Die Eltern gaben mehrheitlich an, dass ihnen diese Klarheit helfe und diese »leichter durchzuhalten« sei.

Bezogen auf das *kultursensible familiäre Rollenverhalten* begrüßten die in ihrer Mehrheit weiblichen Elternteile, dass Väter intensiv miteinbezogen würden, hielten dies aber nur für wenig realistisch. Letztlich »bleibe doch viel an den Müttern hängen«. Auch seien alleinerziehende Mütter mit nur einer von vier Beispielfamilienkonstellationen in den Videofilmen noch unterrepräsentiert, da dieses Phänomen in der Zielgruppe deutlich häufiger anzutreffen sei. »Gendertypische Klischees« wie von den Fachkräften konstatiert, waren in den Elternfokusgruppen kein Thema. Die klare Rollenverteilung zwischen Eltern- und Kindergeneration wurde von den Elternteilen

begrüßt und als Hilfe angesehen, gegenüber den Kindern und Jugendlichen klare Positionen und Erwartungen zu vertreten.

Sprachliche Anpassungen werden von den Eltern teilen ähnlich eingeschätzt wie von Expertinnen und Experten. Die Eltern wiesen zudem darauf hin, dass neben der Modifizierung der »akademischen Sprache« auch einzelne Schimpfwörter benutzt werden sollten, um die familiäre Kommunikation in Konfliktsituationen realistischer darstellen zu können.

Ein in den Elternfokusgruppen viel diskutiertes Thema stellte eine *angemessene kulturelle Darstellung* in den Videos dar. Mehr als die Fachkräfte machten die Eltern zum Thema, dass ihnen die Lebenswelten der Beispielfamilien »zu sauber und zu heil« erschienen. Um eine möglichst hohe Identifikation der Familien im Training zu erreichen, müssten die Lebenswelten entsprechend der Zielgruppe von »Familien in schwierigen sozialen Lagen« gestaltet sein. Das hieße aus Sicht der Eltern, dass anstelle kleinstädtischer Einfamilienhaussiedlungen oder einer typischen englischen Wohnstraße Wohnsiedlungen am Stadtrand – wie in deutschen sozialen Brennpunkten üblich – einen größeren Stellenwert bekommen müssten. Diese Wohnsiedlungen sollten dabei nicht Verwahrlosung und Perspektivlosigkeit illustrieren, sondern aufgeräumt und sauber sein.

Auch Schauspielerinnen und der Schauspieler der Beispielfamilien wurden in den Diskussionen der Eltern als »zu adrett« bewertet. Die Kleidung dürfe »schlampiger« sein und die Kinder »weniger hübsch«, auch einmal adipös und mit Pubertätsakne. Die Wohnungen der Beispielfamilien seien »auffällig aufgeräumt«, »wenig bewohnt« und mitunter »zu stylisch«. Teilweise fiel auf, dass in einem Studio und »nicht in richtigen Wohnungen« gedreht wurde.

Bezogen auf eine angemessene ethnische Mischung der Familien müsse statt afroamerikanischen und hispanischen eher ein türkischer, mediterraner und osteuropäischer Migrationshintergrund für die deutschen Videos berücksichtigt werden. Neben alleinerziehenden Müttern sollte eine Patchworkfamilie dargestellt werden. Typische Tätigkeiten müssten ebenfalls an deutsche Verhältnisse angepasst werden: So spiele man hier kaum mit den Kindern Basketball, sondern eher Fußball. Walken und Autowaschen seien ebenfalls keine typischen Freizeitbeschäftigungen der Zielklientel, hier müsse modifiziert werden.

Diskussion

Die Pilotstudie, bestehend aus je drei Fokusgruppen mit Fachkräften und Eltern aus der anvisierten Zielgruppe, lieferte in der Inhaltsanalyse nützliche Hinweise für die Adaptation der englischsprachigen »SFP 10–14« Materialien zu einer deutschen Programmversion (»Familien stärken«). In der *kultursensiblen Definition von dysfunktionalen Verhaltensweisen* sowie den inhaltlichen Grundannahmen des Programms (»love and limits«) zeigte sich in beiden Fokusgruppenkontexten eine große Akzeptanz. Bei einer nur leichten Modifizierung der Inhalte zum Alkohol- und Substanzkonsum in Richtung einer »weniger moralisierenden« und jugendliche Experimentierwünsche berücksichtigenden Version, war die von den Eltern begrüßte inhaltliche Klarheit beizubehalten. Auch das *familiäre Rollenverhalten* war nur leicht im Sinne einer etwas weniger geschlechtstypischen Aufgabenverteilung in der Familie zu modifizieren, sollte dabei aber nicht gekünstelt wirken. Anpassungen an die *Besonderheiten der lokalen Hilfesysteme* wurden vorgenommen.

Vielfältig zu überarbeiten waren *sprachliche und kulturräumliche Aspekte*. Als »typisch amerikanisch« wahrgenommene Kommunikationsweisen wurden eher deutschen Gepflogenheiten angepasst, das Setting der Beispielfamilien aus den Videofamilien wurde unter Berücksichtigung sozialräumlicher Bedingungen der deutschen Zielgruppe von Familien in schwierigen sozialen Lagen und bezüglich einer typischen großstädtisch-deutschen ethnischen Zusammensetzung geändert. Dabei wurde deutlich, dass dem hohen Anteil an Familien mit Migrationshintergrund in der Zielgruppe Rechnung getragen werden musste und trotzdem nur Familien für das Programm angesprochen werden konnten, die sprachlich weitgehend in die bundesrepublikanische Gesellschaft integriert sind und sich »westlichen Erziehungsvorstellungen« gegenüber offen zeigen. Zur spezifischen Ansprache von Migrationsfamilien mit schlechten Deutschkenntnissen und noch starker Verhaftung in den Ursprungsgesellschaften bedarf es anderer spezifischer Programme. Die Videos wurden unter der Prämisse »wirklichkeitsnäher« und »weniger statisch« mit professionellen deutschen Schauspielern neu gedreht. Begrifflichkeiten wie »Strafe« wurden angepasst. Die Ergebnisse der Pilotstudie wurden jüngst im Journal of Public Health publiziert (Stolle et al. 2011).

Deutlich wurde im Rahmen der Pilotstudie, welche Bedeutung der ausreichend guten Ausbildung der Programmtrainerinnen und -trainer beigemessen werden muss. Diese werden, selbst aus der Sucht- oder Familienberatung bzw. Erziehungshilfe stammend, in einem Drei-Tages-Seminar über insgesamt 24 Stunden in »Familien stärken« ausgebildet. Um aufgrund der Anforderungen im Rahmen eines hochstrukturierten Programms auf unterschiedliche Bedürfnisse der Familien eingehen zu können, die sich aus der Schichtzugehörigkeit oder dem Migrationshintergrund ergeben, sind flexible und sicher agierende Persönlichkeiten gefordert.

» Weitere Forschungsperspektive

Die weitere Forschungsperspektive baut auf der Pilotstudie zur Entwicklung von »Familien stärken« auf. Im Rahmen einer Multicenterstudie wird »Familien stärken« derzeit in vier Zentren Deutschlands in sogenannten sozialen Brennpunkten evaluiert. Das Design ist kontrolliert-randomisiert, längs- und querschnittlich mit Messzeitpunkten zum Start und Follow-ups nach sechs, zwölf und 24 Monaten. Interventions- und Kontrollgruppe umfassen jeweils 144 Familien, die Kontrollgruppe erhält eine Minimalintervention. Als Untersuchungsinstrumente werden reliable und valide Fragebogen zur Selbst- und Fremdbeurteilung (Kinder, Eltern, Familie, Lehrkräfte) eingesetzt. Ein standardisiertes klinisches Interview dient diagnostischen Zwecken. Urinalanalysen objektivieren die Angaben der Kinder zum Substanzkonsum. Mit ersten Ergebnissen aus der Prä-/Post-Messung wird Anfang 2012 gerechnet.

» Literatur

- Allen, D., Coombes, L., Foxcroft, D. R. (2006): Cultural Accommodation of the Strengthening Families Programme 10–14: UK Phase I Study. Health Education Research Advance Access Published October 13, p. 14.
- Bronfenbrenner, U., Morris, P. A. (1998): The Ecology of Developmental Processes. In: Damon, W., Lerner, R. M. (Eds.): Handbook of Child Psychology Vol. 1. Theoretical Models of Human Development. 5th ed., Wiley, New York, pp. 993–1028.

- Bühler, A., Kröger, C. (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs, Band 29. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., Breen, R. (2003): Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98 (4), pp. 397–411.
- Foxcroft, D. R. (2006): Alcohol Misuse Prevention for Young People: A Rapid Review of Recent Evidence. WHO Technical Report.
- Gates, S., McCambridge, J., Smith, L. A., Foxcroft, D. R. (2006): Interventions For Prevention of Drug Use by Young People Delivered in Non-School Settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD 005030. DOI: 10.1002/14651858.CD005030.pub2.
- Gorman, D. M., Conde, E., Huber, J. C. (2007): The creation of »evidence based« drug prevention: a critique of the Strengthening Families Program Plus Life Skills Training evaluation. *Drug and Alcohol Review*, 26 (6) pp. 585–593.
- Gruner Gandhi, A., Murphy-Graham, E., Petrosino, A., Schwartz Chrismer, S. und Weiss, C. H. (2007): The devil is in the details. Examining the evidence for »proven« School-based Drug abuse prevention programs. *Evaluation Review*, 31 (1), pp. 73–74.
- Midford, R. (2008): Is this the path to effective prevention? *Addiction*, 103, pp. 1169–1173.
- Molgaard, V. K., Spoth, R. L., Redmond, C. (2000): Competency Training. The Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10–14. *OJJDP Juvenile Justice Bulletin*. Internet: www.ncjrs.gov/html/ojjdp/2000_8_1/contents.html. Zugriff am 23.03.2007.
- Ramey, C. T., Ramey, S. L. (1998): Early Intervention and Early Experience. *American Psychologist*, 53, pp. 109–120.
- Scheithauer, H., Mehren, F., Petermann, F. (2003): Entwicklungsorientierte Prävention von aggressiv-dissozialem Verhalten und Substanzmissbrauch. *Kindheit und Entwicklung*, 12 (2), S. 84–99.
- Spoth, R. L., Reyes, M. L., Redmont, C., Shin, C. (1999): Assessing a Public Health Approach to Delay Onset and Progression of Adolescent Substance Use: Latent Transition and Log-Linear Analyses of Longitudinal Family Preventive Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (5), pp. 627–642.
- Spoth R. L., Redmond C., Shin C. (2001): Randomized Trial of Brief Family Interventions for General Populations Adolescent Substance Use Outcomes 4 Years Following Baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pp. 1–15.
- Spoth, R. L., Redmond, C., Shin, C., Azevedo, K. (2004): Brief Family Intervention Effects on Adolescent Substance Initiation Scholl-Level Growth Curve Analyses 6 Years Following Baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3), pp. 535–542.
- Stolle, M., Sack, P. M., Stappenbeck, J., Thomasius, R. (2010): Familienbasierte Prävention bei Kindern und Jugendlichen. *Das Strengthening Families Program*. *Sucht*, 56 (1), S. 51–60
- Stolle, M., Stappenbeck, J., Wendell, A., Thomasius, R. (2011): Family-based prevention against substance abuse and behavioral problems: culture-sensitive adaptation process for the modification of the US-American Strengthening Families Program 10–14 to German conditions. *J Public Health*. DOI: 10.1007/s10389-011-0405-7 [online publication].

»Die können ja nicht einmal Kartoffeln schälen!« – Akteurinnen und Akteure in der individuen- bezogenen Prävention

Brigitte Borrmann

Das Titelzitat gibt die Aussage einer Familienhebamme wieder, die sich im Rahmen ihrer Tätigkeit u. a. auch mit dem Thema Ernährung auseinander setzen muss. In ihm schwingt die Frustration darüber mit, dass die Beratung von Müttern – beispielsweise zum Thema Säuglingsernährung – schwierig ist, wenn grundlegende Kompetenzen der Nahrungszubereitung fehlen.

Die Frage, um die es im Folgenden gehen soll, lautet daher: Welchen Stellenwert haben derartige hauswirtschaftliche Kompetenzen im Rahmen von familienbezogenen Gesundheitsförderungsprojekten und wer kann sie überhaupt vermitteln?

Wenn man sich Qualitätsanforderungen an (ernährungsbezogene) Gesundheitsförderungsprojekte – und hier speziell auch die Anforderungen in Bezug auf die Qualifikationen der Akteurinnen und Akteure – ansieht, fällt auf, dass das Thema Haushalts- bzw. Kochpraxis einen geringen Stellenwert einnimmt. Zum Beispiel lauten die im GKV-Leitfaden Prävention (GKV Spitzenverband 2010) aufgelisteten, allgemeinen Anbieterqualifikationen für individuelle Präventionsansätze:

- »Grundqualifikation: Staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Fachgebiet (Handlungsfeld).
- Zusatzqualifikation: Spezifische, in der Fachwelt anerkannte Fortbildung.
- Einweisung in das durchzuführende Programm (ist ggf. in der Zusatzqualifikation enthalten).

- Ferner müssen Anbieter über pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen sowie Berufserfahrung verfügen. Insbesondere bei Maßnahmen, die sich an sozial Benachteiligte richten, sollen die Anbieter zusätzlich über sozialpädagogische Kompetenzen verfügen« (ebda., S. 36).

Zusätzlich zu diesen allgemeinen Anbieterqualifikationen bietet der aktuelle GKV-Leitfaden auch nach Themenfeld differenzierte Beschreibungen. Die für ernährungsbezogene Projekte notwendigen Anbieterqualifikationen werden im GKV-Leitfaden wie folgt definiert: »Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- und Studienabschluss im Bereich Ernährung in Betracht, insbesondere

- Diätassistenten,
- Ökotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor),
- Ernährungswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor),
- Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygienetechnik, Schwerpunkt »Ernährungstechnik«,
- Diplom-Ingenieure Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt »Ernährung«, mit gültiger Zusatzqualifikation, entsprechend den Inhalten eines der den folgenden Zertifikaten zugrunde liegenden Curricula:

- Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE,
- VDD-Fortbildungszertifikat,
- Zertifikat »Ernährungsberater VDOe«,
- VFED-Zertifizierung,
- QUETHEB-Registrierung sowie
- Ärztinnen und Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer ...« (ebda., S. 48).

Durch diese Fachkräfte sollen »Trainings-/Schulungsmodule

- zur Förderung eines bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens,
- zur Verhaltensmodifikation durch Training der flexiblen Verhaltenskontrolle,
- zur Motivation zu vermehrter Bewegung im Alltag,
- zum Einüben des verbesserten Koch- und Einkaufsverhaltens unter Einbeziehung des sozialen Umfelds und Berücksichtigung der Alltagssituation« (ebda., S. 47/48)

durchgeführt werden.

Unter die Ausschlusskriterien der Förderfähigkeit fallen u. a. »reine Koch- und Backkurse« (ebda., S. 48). Zu den Qualifikationsanforderungen für die Fachkräfte gehört also nicht der Nachweis von hauswirtschaftlichen Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten im Bereich der Nahrungszubereitung. Einzig Diätassistentinnen und -assistenten müssen sich im Rahmen ihrer Ausbildung laut Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (DiätAss-APrV) u. a. zwingend mit Koch- und Küchentechnik auseinandersetzen.

Im Vergleich dazu wird in Bezug auf die Bewegungsförderung vom GKV-Spitzenverband explizit die

- »Verbindung von praktischer Erfahrung mit Kenntnisvermittlung (bzw. Information)« und die
- »Verbindung von körperlicher Beanspruchung mit positivem emotionalem Erleben (zum Beispiel

durch Rhythmisierung, durch Einsatz von Geräten und Materialien, durch Gruppenaufgaben)« (ebda., S. 43)

gefordert.

Bis auf Ärztinnen und Ärzte (die laut GKV-Spitzenverband auch als Fachkräfte für Bewegungsförderung eingesetzt werden dürfen) haben alle hierfür ebenfalls geeigneten Berufsgruppen (Frauen und Männer aus den Bereichen Sportwissenschaft, Physiotherapie sowie Sport- und Gymnastiklehrerinnen und -lehrer) in ihrer Ausbildung Sportpraxisanteile.

Beim Thema Bewegungsförderung scheint also völlig klar zu sein, dass dazu vor allem das Einüben von Bewegungsabläufen und ein regelmäßiges Training gehören. Der Begriff »Enabler« als Bezeichnung für eine der professionellen Rollen in der Gesundheitsförderung neben »Expert«, »Advocate« und »Change Facilitator« (Grossmann und Scala 2001, S. 44) erscheint für Akteure und Akteurinnen im Bewegungsbereich dementsprechend treffend. Man stelle sich stattdessen bewegungsbezogene Präventionsprojekte vor, bei denen in erster Linie theoretische Kenntnisse zur Beanspruchung einzelner Muskelgruppen und zur Physiologie von Bewegungsabläufen vermittelt werden würden, um dann allenfalls noch Trainingspläne zu besprechen.

Im Ernährungsbereich soll hingegen eine »Verhaltensmodifikation« stattfinden, ohne dass die dafür notwendigen Kulturtechniken in ausreichender Intensität eingeübt werden können. Der Griff zu Fertigprodukten und Fast Food wird aber umso wahrscheinlicher, je weniger selbstverständlich die Zubereitung einfacher Gerichte ist. Es stimmt ja tatsächlich, dass immer weniger Menschen Kartoffeln schälen, eine Salatsoße herstellen, einen Eintopf oder einen Auflauf zubereiten können. Daher reicht es zum Beispiel auch nicht, die Vorteile selbst gekochter Baby-Breie in ansprechend bebilderten Flyern und Broschüren darzustellen. Wenn Eltern dazu

animiert werden sollen, eine gute und gesunde Familienkost selbst herzustellen, braucht ein großer Teil dafür erst einmal entsprechende Kochkurse, denn die innerfamiliäre Vermittlung von Haushalts- und Kochkompetenzen scheint von Generation zu Generation weiter abzunehmen. Kochkurse können auch dazu genutzt werden, die sensorischen Aspekte des Essens stärker hervorzuheben, wodurch erstens das genussvolle Essen als ein wesentlicher Beitrag zur Lebensqualität an Bedeutung gewinnen kann und zweitens die Körperwahrnehmung geschult wird, die ein bedeutsames Element eines gesunden Essverhaltens darstellt. Kochkurse bieten zudem die Gelegenheit, die Vermittlung von Verbraucherkompetenzen zum Beispiel in Bezug auf Budgetplanung, Hygiene und Ökologie im Haushalt in praxisrelevanter Form mit einzubeziehen. Nicht zuletzt stellt gerade das Erlernen von alltagspraktischen Kompetenzen mit hohem kreativem Potenzial, wie es beim Kochen der Fall ist, einen Beitrag zum Empowerment der Zielgruppe dar.

Basiskompetenzen im Bereich der Nahrungszubereitung sind sicher keine hinreichende Voraussetzung, aber – vor allem, wenn wenig Geld zur Verfügung steht – eine notwendige und bisher sehr vernachlässigte Ressource für eine ausgewogene Ernährung.

Nicht nur die Angemessenheit der heute üblichen, eher praxisfernen Gestaltung von ernährungsbezogenen Gesundheitsförderungsprojekten soll hier infrage gestellt werden. Damit in Zusammenhang stehen auch die oben dargestellten Qualifikationsanforderungen an Akteurinnen und Akteure in diesem Bereich der Gesundheitsförderung. Diese Qualifikationsanforderungen sind zwar nachvollziehbar, aber es gibt bisher keine systematische Forschung dazu, was eigentlich eine gute Akteurin bzw. einen guten Akteur in der (ernährungsbezogenen) Gesundheitsförderung ausmacht.

Eine von vielen, noch offenen Forschungsfragen, die sich daraus ergeben, ist zum Beispiel die Frage, ob und in welchem Ausmaß die Kochkompetenzen der Akteurinnen und Akteure (sofern sie denn überhaupt zur Anwendung kommen) und vor allem auch die Freude am Kochen für den Erfolg von Ernährungsprojekten eine Rolle spielen.

Die besten Gesundheitsförderungskonzepte können in der Praxis nur so gut umgesetzt werden, wie die fachlichen und persönlichen Qualifikationen der Akteurinnen und Akteure, die vor Ort arbeiten, es erlauben. Deshalb kann es auf Dauer nicht ausreichen, ausgeklügelte Manuale zu erarbeiten und im Rahmen der Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf die Einhaltung der Manualtreue hinzuwirken. Für ein prozess- und ergebnisorientiertes Anbieterassessment im Rahmen der Gesundheitsförderung fehlen allerdings – nicht nur im Ernährungsbereich – bisher sowohl die theoretischen Grundlagen als auch die entsprechenden Untersuchungsinstrumente.

» Literatur

- GKV Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Download unter http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Leitfaden_Pr%C3%A4vention_RZ_wb4_2011_15702.pdf. Zugriff am 22.12.2011.
- Grossmann, R., Scala, K. (2001): Gesundheit durch Projekte fördern. Juventa, Weinheim, München.

» Qualitätssicherung im Setting Familie – Umsetzungserfahrungen aus dem Modellprojekt »Pro Kind«

Tilman Brand, Vivien Kurtz, Tanja Jungmann

» Hintergrund

Qualitätssicherung bzw. -entwicklung ist in der Prävention und Gesundheitsförderung ein viel diskutiertes Thema (zum Beispiel BZgA 2001, Kliche 2011, Kliche et al. 2004, Lehmann und Töppich 2002). Der Begriff Qualität umfasst sehr unterschiedliche Dimensionen. Häufig wird dabei zwischen Strukturqualität (Rahmenbedingungen), Prozessqualität (Qualität der angebotenen Leistungen) und Ergebnisqualität (Wirksamkeit) unterschieden (Donabedian 2005). Im Folgenden geht es um die leitfadengestützte Arbeit in Familien als Beitrag zur Prozessqualität. Leitfäden oder Programmanuale enthalten in der Regel detaillierte Beschreibungen der wichtigsten Inhalte und Arbeitsweisen einer Intervention. Diese Leitfäden oder Manuale werden häufig im Forschungskontext entwickelt und bilden dort den Rahmen, um die programmgetreue Umsetzung einer Intervention zu beurteilen.

Zusammenfassende Studien belegen die Wichtigkeit der programmgetreuen Umsetzung von präventiven Angeboten. Ein hohes Maß an Programmtreue führt zu einer Verdopplung bis Verdreifachung der Effektivität von präventiven Programmen (Durlak und DuPre 2008). Unter den Befürworterinnen und Befürworthern einer stärkeren Evidenzbasierung prä-

ventiver Arbeit wird die Manualisierung einer Intervention zudem als wichtige Vorbedingung für deren Verbreitung gesehen (Standards of Evidence, siehe Flay et al. 2005). Kritikerinnen und Kritiker der Evidenzbasierung sehen hingegen in der Manualisierung und Standardisierung eine Tendenz zum »Malen nach Zahlen« oder zur »Kochbuchsozialarbeit« (Otto und Ziegler 2008, Silverman 1996). Die Kritik richtet sich darauf, dass Manuale nicht der Komplexität der familiären Situationen gerecht werden, durch rigide Arbeitsanweisungen die professionelle Handlungsfreiheit einschränken und langfristig zu einer De-Professionalisierung führen (Beckmann et al. 2007).

In diesem Beitrag werden die Umsetzungserfahrungen des leitfadengestützten Hausbesuchsprogramms »Pro Kind« beschrieben. Im Einzelnen werden 1) die generelle Nutzung der Programmmaterialien, 2) die Beurteilung der Materialien durch die Teilnehmerinnen und 3) Vor- und Nachteile der Arbeit mit den Programmanualen aus der Sicht der Familienbegleiterinnen und Fachberaterinnen dargestellt. Abschließend werden 4) Anforderungen an Programm- und Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert.

» Das Modellprojekt »Pro Kind«

Das Hausbesuchsprogramm »Pro Kind« für sozial benachteiligte erstgebärende Frauen und ihre Familien ist eine Adaption des evidenzbasierten US-amerikanischen Nurse-Family-Partnership-Programms (Olds 2006). Es wird als Modellprojekt seit 2006 in Niedersachsen, Bremen und Sachsen durchgeführt und durch umfangreiche Forschung (Implementationsforschung, summative Evaluation und Kosten-Nutzen-Analyse) begleitet (Jungmann 2010, Jungmann, Kurtz und Brand 2008).

Die circa zweiwöchentlichen Hausbesuche durch Familienbegleiterinnen (Hebammen und Sozialpädagoginnen) beginnen möglichst früh in der Schwangerschaft und enden mit dem zweiten Geburtstag des Kindes. Ziele der Begleitung sind die Verbesserung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit, die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz und die Vernetzung mit geeigneten öffentlichen Unterstützungsangeboten. Für die Umsetzung des Programms wurden die amerikanischen Materialien ins Deutsche übersetzt und adaptiert. Die Materialien umfassen drei Handbücher, die auf die kindlichen Entwicklungsphasen (Schwangerschaft, Säuglings- und Kleinkindphase), in denen die Begleitung stattfindet, zugeschnitten sind. Diese enthalten zu jedem Hausbesuch einen Leitfaden mit Themenvorschlägen sowie passende Arbeits- und Informationsmaterialien für die Familien.

Die Handbücher beinhalten eine Vielzahl von Themen, die in sechs Schwerpunkten (Domänen) zusammengefasst sind. Die *Gesundheit der Mutter* bildet die erste Domäne, hierbei geht es um Themen wie Ernährung oder Nikotinkonsum. Die Gesundheit der Mutter hat während der Schwangerschaft Priorität, weil sich das mütterliche Gesundheitsverhalten unmittelbar auch auf das ungeborene Kind auswirkt.

Die zweite Domäne ist die *gesundheitsförderliche Umgebung*. Themen sind hier zum Beispiel die Kindersicherheit der Wohnung oder Passivrauchen. Die dritte Domäne ist die *Lebensplanung bzw. -gestaltung* mit Themen wie dem (Wieder-)Einstieg in die Berufstätigkeit oder die Familienplanung. Die vierte Domäne ist die *Mutter-/Vater-/Elternrolle*, auf der in der Säuglings- und Kleinkindphase der Schwerpunkt liegt. Säuglingspflege und -ernährung sowie die Förderung der kindlichen Entwicklung und die Reflexion der eigenen Erziehungsvorstellungen sind wichtige Unterthemen. Die fünfte Domäne ist *Familie und Freundeskreis* und bezieht sich auf die informelle soziale Unterstützung. Die Vernetzung mit *anderen sozialen oder gesundheitsbezogenen Diensten* ist inhaltlicher Gegenstand der sechsten Domäne. Zu den einzelnen Themen stehen Informations- und Arbeitsmaterialien zur Verfügung. Bei Ersteren liegt der Schwerpunkt auf der Informationsvermittlung, Letztere bieten die Möglichkeiten, persönliche Angaben (zum Beispiel Genogramm) festzuhalten, um daran das eigene Verhalten zu reflektieren und Veränderungsprozesse aufzuzeigen. Ergänzt werden die programmeigenen Materialien um Listen mit Versorgungsangeboten in den einzelnen Kommunen und aktuellen Informationsmaterialien (zum Beispiel BZgA-Eltern-Ordner). Die Themen der Handbücher orientieren sich an den typischen Fragen und Problemen junger Eltern in den jeweiligen Entwicklungsphasen ihres erstgeborenen Kindes. Bei der tatsächlichen Auswahl der Themen stehen jedoch die Bedürfnisse und Interessen der Familien an erster Stelle.

Die Familienbegleiterinnen wurden in einzelnen Workshops in der Nutzung der Handbücher geschult. Zusätzlich bieten die ca. zweiwöchentlichen Fachberatungen Raum, um den Umgang mit den Manualen weiter zu vertiefen.

» Daten und Auswertungsmethoden

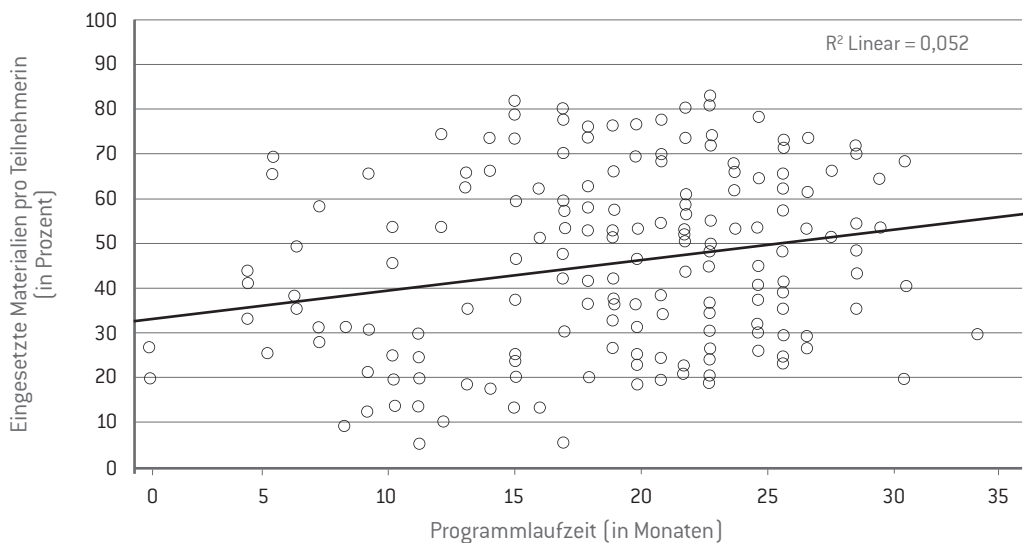
- *Materialnutzung in den Familien.* Nach jedem Hausbesuch füllten die Familienbegleiterinnen ein kurzes Protokoll aus, in dem u. a. Angaben über die Nutzung der Programmmaterialien gemacht wurden. Die Protokolle wurden in einem Dokumentationssystem gebündelt und ausgewertet.
- *Beurteilung durch die Teilnehmerinnen.* Um die Perspektive der Teilnehmerinnen einzubeziehen, wurde zum ersten Geburtstag des Kindes eine telefonische Zufriedenheitsbefragung durchgeführt. Darin wurden die Teilnehmerinnen u. a. zur Nutzung der Programmmaterialien und zur Zufriedenheit mit diesen befragt.

– *Perspektiven der Familienbegleiterinnen und Fachberaterinnen.* Mit den Familienbegleiterinnen und Fachberaterinnen wurden qualitative Interviews zur Programmumsetzung geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

» Ergebnisse

Materialnutzung in den Familien

Erste Auswertungen zur Materialnutzung von der Schwangerschaft bis zum ersten Geburtstag des Kindes zeigen, dass im Mittel 44 % [Standardabweichung 20,9; N = 178] der Arbeits- und Informationsmaterialien in den Familien eingesetzt wurden. Pro Hausbesuch wurden dabei durchschnittlich zwei



» Abb. 1: Nutzung der Programmmaterialien im Zeitverlauf (N = 178)

Materialien eingesetzt. Abbildung 1 zeigt den Einsatz der Materialien über den Projektverlauf. Die horizontale Achse gibt den Zeitpunkt des Eintritts der Teilnehmerinnen ins Projekt an, wobei der Zeitpunkt des Projektstarts mit 0 markiert ist. Die vertikale Achse gibt den Anteil der in den Familien eingesetzten Materialien in Prozent an. Die Ergebnisse einer Regressionsanalyse zeigen, dass es über die Zeit zu einer Steigerung der Materialnutzung in den Familien gekommen ist (abhängige Variable: Anteil der eingesetzten Materialien pro Teilnehmerin; unabhängige Variable: Zeitpunkt des Programmeintritts, bezogen auf die Projektlaufzeit; standardisierter Regressionskoeffizient $\beta = 0,229$; $p = 0,002$; $R^2 = 0,05$). Dieser Effekt wird sogar noch stärker, wenn man um den Projektstandort (Bundesland) und die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Hausbesuche kontrolliert (standardisierter Regressionskoeffizient »Zeit-

punkt« $\beta = 0,252$; $p = 0,000$; R^2 gesamt = $0,47$). Über den Projektverlauf ist somit ein Zugewinn an Programmtreue zu verzeichnen.

Eine Beurteilung, ob eine Materialnutzung von 44 % viel oder wenig ist oder ob eine höhere Materialnutzung in jedem Fall besser ist, ist indes schwierig: Einerseits sieht das Programm eine flexible Anpassung an den Bedarf in den Familien vor. Andererseits lässt die Quantität der genutzten Materialien keinen Rückschluss auf die Qualität der Nutzung zu, das heißt die Art und Weise, wie die Familienbegleiterinnen die Materialien in den Familien einsetzen.

Beurteilung durch die Teilnehmerinnen

Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung deuten auf eine hohe Akzeptanz der Materialien hin (siehe Abbildung 2). Eine sehr große Mehrheit der

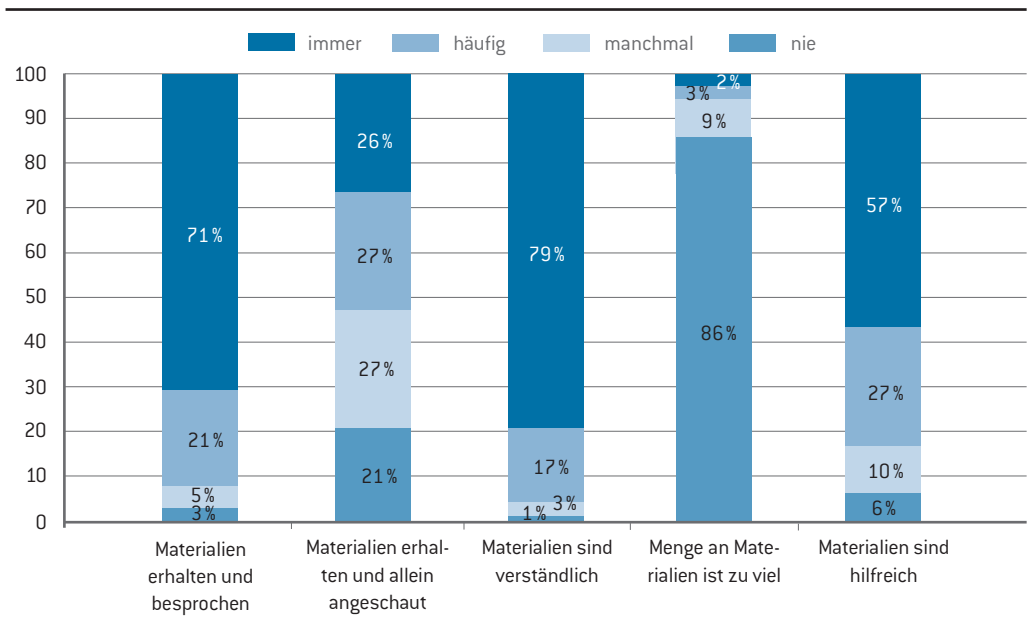


Abb. 2: Nutzung und Beurteilung der Programmmaterialien durch die Teilnehmerinnen (N = 210)

begleiteten Frauen beurteilt die Materialien als verständlich und im Hinblick auf die Menge als angemessen. Größtenteils werden die Informationen auch als hilfreich empfunden. Bezüglich der Nutzung zeigt sich, dass die Teilnehmerinnen und Familienbegleiterinnen die Materialien in der Regel gemeinsam besprechen. Jedoch erfolgt eine eigene Auseinandersetzung mit den Materialien ohne die Familienbegleiterinnen wesentlich seltener.

Einschränkend muss angemerkt werden, dass Zufriedenheitsbefragungen häufig positive Verzerrungstendenzen enthalten. Eine solche Tendenz besteht in diesem Fall vor allem darin, dass weniger zufriedene Familien die Begleitung vorzeitig beendet haben und deshalb an dieser Befragung nicht teilgenommen haben. Die Beurteilungen in Abbildung 2 vermitteln also wahrscheinlich ein zu positives Bild.

Perspektiven der Familienbegleiterinnen und Fachberaterinnen

Die Arbeit mit manualisierten Leitfäden war für fast alle Familienbegleiterinnen eine neue Erfahrung. Generell wurde die Arbeit mit den Handbüchern von den Familienbegleiterinnen und Fachberaterinnen als positiv erlebt. Im Folgenden werden zunächst einzelne positive Aspekte und danach Herausforderungen, die sich aus der Arbeit mit den Leitfäden ergaben, erläutert.

Positive Aspekte

- *Wahrung der thematischen Vielfalt.* Als ein positiver Aspekt wurde genannt, dass die Themenvorschläge das handbucheigene Themenspektrum erweiterte und davon abhielt, sich auf »Lieblingsthemen« zu beschränken. Die Familienbegleiterinnen hatten dadurch das Gefühl, die gesamte Bandbreite an relevanten Themen im Blick zu haben.
- *Unverfügbare Möglichkeit, schwierige Themen anzusprechen.* Die Bezugnahme auf das Themenprogramm konnte von manchen Familienbegleiterinnen genutzt werden, um schwierige Themen wie zum Beispiel häusliche Gewalt anzusprechen, ohne dadurch gleichzeitig den Verdacht zu erwecken, dass dies in den betreffenden Familien ein akutes Thema ist. Das heißt, der Leitfaden und nicht ein besonderes Vorkommnis wurde als Anlass genommen, um das Thema anzusprechen, wodurch das Thema »normalisiert« wurde.

– *Entlastung der Kommunikationssituation.* Bei Teilnehmerinnen, die Schwierigkeiten mit persönlicher Nähe hatten, führte die Arbeit mit den Materialien zum Teil zu einer Entlastung der Kommunikationssituation, da nicht unentwegt direkter Augenkontakt gehalten werden musste, sondern der Blick gemeinsam auf das Material gerichtet wurde.

- *Erleichterung der Arbeitsorganisation.* Obwohl die Arbeit zunächst von einigen Familienbegleiterinnen wegen des großen Umfangs – insgesamt ungefähr 1000 Seiten Papier mit ca. 250 Arbeits- und Informationsmaterialien – als umständlich und belastend empfunden wurde, bewerteten viele Familienbegleiterinnen die Arbeit mit den Handbüchern als positiv, sobald sie sich eine Routine im Umgang mit den Handbüchern angeeignet hatten. Die Handbücher wurden dann sogar als Arbeitserleichterung wahrgenommen, weil sie durch die chronologische Ordnung und passenden Themenvorschläge eine schnelle Orientierung und Vorbereitung der Hausbesuche ermöglichten.

Herausforderungen

- *Identifikationsprobleme.* Da der gesamte Adaptionsprozess eher einem Top-down-Vorgehen entsprach, stellten sich bei einigen Familienbegleiterinnen Identifikationsprobleme ein. Dies betraf die in den Materialien benutzte Sprache, die nicht als die eigene empfunden wurde, aber auch das gesamte Auftreten als Familienbegleiterin. Eine Hebamme äußerte in diesem Zusammenhang, sie

fühle sich wie eine Versicherungsvertreterin, wenn sie die Handbücher in den Familien nutze.

- *Missverständnis der Bedeutung des Leitfadens.* Manche Familienbegleiterinnen fühlten sich zu Beginn ihrer Arbeit unter Druck gesetzt, alle Themen, die zu den einzelnen Hausbesuchen vorgeschlagen wurden, mit den Familien durchzuarbeiten. Die Handbücher wurden als starres Korsett anstatt als flexible Themenvorschläge missverstanden.
- *Orientierung am Leitfaden statt langfristiger und gezielter Bearbeitung einzelner Themen.* Während die Wahrung der thematischen Vielfalt oben als positiver Aspekt angeführt wurde, ist als Herausforderung auf der anderen Seite das Sich-Verlassen auf den Leitfaden zu nennen. Damit ist gemeint, dass am Leitfaden orientiert entsprechendes Bearbeiten von Themen erfolgte, ohne dass dabei ein für die Familien sinnvoller roter Faden entstand und ohne dass an einzelnen kritischen Themen konsequent weitergearbeitet wurde.
- *Programmtreue versus Beratungskompetenz?* In eine ähnliche Richtung geht die schon angeschnittene Frage, ob eine gesteigerte Nutzung der Leitfäden und Materialien zwangsläufig besser ist. Bei den Fachberaterinnen entstand der Eindruck, dass für die Qualität der Umsetzung die Art und Weise, wie und wann auf bestimmte Arbeitstechniken und Programminhalte zurückgegriffen wurde [Beratungskompetenz], von herausragender Bedeutung ist. Positive Erfahrungen konnten hier mit Hospitationen in einzelnen Hausbesuchen durch die Fachberaterinnen gemacht werden, auch wenn sie bei einigen Familienbegleiterinnen zunächst Unsicherheit und Unbehagen auslösten. Die Fachberaterinnen erhielten dadurch einen deutlicheren Eindruck von der Qualität der Arbeit und konnten ein gezielteres Feedback geben.

» Diskussion

Insgesamt wurde die Arbeit mit den Handbüchern von den beteiligten Akteurinnen positiv bewertet. Im Verlauf der Programmumsetzung konnte die Nutzung der Materialien gesteigert und Missverständnisse über die Bedeutung der Leitfäden als starres Korsett abgebaut werden. Die Arbeit mit den Handbüchern wurde zunehmend als Erleichterung anstatt als Belastung wahrgenommen.

Ebenso wie die Umsetzung ist auch die Entwicklung von Programmmanualen ein kontinuierlicher Prozess. Es ist kein Zufall, dass elaborierte Präventionsprogramme häufig eng mit einzelnen Personen oder Organisationen verknüpft sind. Die Entwicklung eines hochwertigen Programms ist oft eine persönliche oder organisationale Lebensaufgabe. So wurden zum Beispiel auf die Entwicklung und Evaluation des amerikanischen Vorbilds von »Pro Kind«, dem NFP-Programm, fast 30 Jahre verwendet.

Worauf sollte bei der Entwicklung von Programmmanualen geachtet werden? Je nach Entwicklungsstufe eines Programms ergeben sich unterschiedliche Anforderungen an die Programmmanualen. Es existieren bereits Phasenmodelle für die Manualentwicklung, in denen diese Anforderungen genauer beschrieben werden [siehe Carroll und Nuro 2002, Carroll und Roundsaville 2008]. Generell werden demnach solche Manuale in der Praxis als hilfreich erlebt, in denen 1) alltägliche Umsetzungsprobleme wie zum Beispiel ablehnende Familienmitglieder oder Störungen im Umfeld (laufender Fernseher) antizipiert werden, 2) einerseits zur Orientierung Kurzüberblicke zu einzelnen Besuchen und andererseits verschiedene Vorgehensweisen bei einzelnen Themen oder Problemen offeriert werden, 3) obligatorische und optionale Programmbestandteile klar benannt werden und dadurch der Rahmen für Flexibi-

lität abgesteckt wird und die 4) von den Fachkräften als Bereicherung ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten erlebt werden. Insbesondere Letzteres wirkt befürchteten Tendenzen einer De-Professionalisierung entgegen.

Um den Spagat zwischen den Erfordernissen der Programmtreue und der Kontextanpassung zu bewältigen, ist fortwährende Weiterentwicklung und Verbesserung von Programmanualen notwendig. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung können partizipative Formen der Prozessevaluation zu regelmäßigen Rückkopplungen zwischen Forschung, Praxis und Teilnehmerinnen beitragen (siehe zum Beispiel Streckler und Linnan 2002). Gerade in der Gesundheitsförderung wird die Partizipation aller Beteiligten als hohes Gut angesehen. Jedoch sollte dabei auch auf die Systematik im Vorgehen geachtet werden, die für eine langfristige Qualitätsentwicklung besonders wichtig ist. Wird ein Programm durch Impulse aus der Praxis weiterentwickelt, muss auch geprüft werden, ob dies tatsächlich zu einer Programmverbesserung führt.

Auch wenn Programmtreue nicht das einzige Merkmal der Prozessqualität ist, so belegen jedoch, wie oben angeführt, zusammenfassende Studien die Wichtigkeit der Programmtreue für die Wirksamkeit eines Programms. Für die Verbreitung eines manualisierten Programms bedeutet dies, dass damit einhergehend auch die organisationalen Kapazitäten für ein Monitoring der Programmtreue, zum Beispiel durch Informationssysteme, ausgebaut werden müssen. Technische Unterstützung und Beratung durch die Programmentwicklerinnen und -entwickler sowie ein regelmäßiges Monitoring der Programmtreue sind wichtige Faktoren für eine langfristige Programmimplementation (Fixsen et al. 2005, Stith et al. 2006).

Bisher weitgehend unerforscht ist die Frage der Beratungskompetenz, obwohl dieser wahrscheinlich eine noch größere praktische Bedeutung zukommt

als der Programmtreue. Während sich jedoch für die Programmtreue vergleichsweise einfache Richtlinien entwerfen lassen, ist die Beratungskompetenz ein schwer zu operationalisierendes Konstrukt. Im Bereich der Psychotherapie gibt es bereits etablierte Verfahren, wie das Aufzeichnen und die Supervision einzelner Sitzungen sowie einzelne Instrumente zur Beurteilung von Beratungskompetenz (Nezu und Nezu 2008). Letztere können sicherlich nicht ohne Weiteres auf den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung übertragen werden, jedoch bieten sie Anregungen, wie die Beurteilung der Beratungskompetenz in der Prävention und Gesundheitsförderung aussehen könnte. Kollegiale Hospitationen oder Hospitationen durch Fachberaterinnen bieten auch jenseits von Forschungskontexten die Möglichkeit, hier einen Qualitätsentwicklungsprozess unter den Fachkräften anzuregen.

Literatur

- Beckmann, C. et al. (2007): Quality management and formalization in social service organizations – a survey on home-based family intervention services. In: *Social Work & Society*, 5 (1), 2007, pp. 78–93.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Köln.
- Carroll, K., Nuro, K. (2002): One size can't fit all: A stage model for psychotherapy manual development. In: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (4), 2002, pp. 396–406.
- Carroll, K., Roundsaville, B. (2008): Efficacy and effectiveness in developing treatment manuals.

- In: Nezu, A., Nezu, C. (Eds.): Evidence-Based Outcome Research, Oxford, pp. 219–244.
- Donabedian, A. (2005): Evaluating the quality of medical care (zuerst 1966). In: *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 2005, pp. 691–729.
- Durlak, J. A., DuPre, E. (2008): Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. In: *American Journal of Community Psychology*, 41 (2), 2008, pp. 327–350.
- Fixsen, D. L. et al. (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa.
- Flay, B. R. et al. (2005): Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. In: *Prevention Science*, 6 (3), 2005, pp. 151–174.
- Jungmann, T. (2010): Das Hausbesuchsprogramm des Modellprojektes »Pro Kind«. In: Kißgen, R., Heinen, N. (Hrsg.): *Frühe Risiken und Frühe Hilfen*. Stuttgart, S. 183–193.
- Jungmann, T., Kurtz, V., Brand, T. (2008): Das Modellprojekt »Pro Kind« und seine Verortung in der Landschaft früher Hilfen in Deutschland. In: *Frühförderung interdisziplinär*, 27 (2), 2008, pp. 67–78.
- Kliche, T. (2011): Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Bundesgesundheitsforschung – Bundesgesundheitschutz*, 54 (2), 2011, S. 194–206.
- Kliche, T. et al. (2004): Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderung und Lösungen. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47 (2), 2004, S. 125–132.
- Lehmann, H., Töppich, J. (2002): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45 (3), 2002, S. 234–239.
- Nezu, A., Nezu, C. (2008): Ensuring treatment integrity. In: Nezu, A., Nezu, C. (Eds.) (2008): *Evidence-Based Outcome Research*. Oxford, pp. 263–284.
- Olds, D. (2006): The Nurse-Family Partnership: an evidence-based preventive intervention. In: *Infant Mental Health Journal*, 27 (1), 2006, pp. 5–25.
- Otto, H.-U., Ziegler, H. (2008): The notion of causal impact in evidence-based social work: an introduction to the special issue on What Works? In: *Research on Social Work Practice*, 18 (4), 2008, pp. 273–277.
- Silverman, W. H. (1996): Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: Psychotherapy in the 90's. In: *Psychotherapy*, 33 (2), 1996, pp. 207–215.
- Stith, S. et al. (2006): Implementing community-based prevention programming: A review of the literature. In: *The Journal of Primary Prevention*, 27 (6), 2006, pp. 599–617.
- Streckler, A., Linnan, L. (2002): *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research*. San Francisco.

05

QUARTIER

» GUT DRAUF in der Gemeinde – Nachhaltige Gesundheitsförderung im Rhein-Sieg-Kreis

Karsten Heusinger

Seit über acht Jahren gibt es die Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rhein-Sieg-Kreis. Acht Jahre intensive Bemühungen unter der Schirmherrschaft von Landrat Frithjof Kühn um gesunde Einrichtungen, gesunde Angebote und den Aufbau von gesundheitsförderlichen sozialräumlichen Strukturen im zweitgrößten Landkreis Deutschlands, mit seinen 19 Kommunen und rund 600.000 Einwohnern. Für die Jugendlichen des Kreises bedeutet dies, dass sie möglichst täglich und nachhaltig unter gesundheitsfördernden Bedingungen leben, lernen und ihre Freizeit verbringen sollen. Ob in der Schule, im Verein, bei Aktionen der Jugendarbeit oder in Jugendfreizeiten: GUT DRAUF mit seinem Wirkungsdreieck Ernährung, Bewegung und Stressregulation soll ein integraler Bestandteil ihres Aufwachsens sein und sie zu einer

gesundheitsförderlichen Verhaltensweise befähigen (im Sinne der WHO-Charta von 1984).

» Die Jugendaktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

»GUT DRAUF – Bewegung, entspannen, essen – aber wie!« ist eine regional vernetzte Jugendaktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für Jugendliche von zwölf bis 18 Jahren. Mädchen und Jungen erfahren unter dem Dach die-

ser Qualitätsmerkmale, wie gesundheitsgerechtes Verhalten Spaß macht und sich in den Lebensalltag integrieren lässt. Für die Zielgruppe Kinder im Grundschulalter wird GUT DRAUF unter dem Namen »Unterwegs nach Tutmirgut« im Rhein-Sieg-Kreis umgesetzt. Es gilt auch hier das GUT DRAUF-Qualitätskonzept und der GUT DRAUF-Ansatz.

Gesunde Ernährung, ausreichende und mit Freude verbundene Bewegung und gelingende Stressbewältigung sollen selbstverständlich integrierte Elemente des sozialen Lebens Jugendlicher werden. Das Wechselspiel zwischen den drei Elementen wird erlebbar und die Notwendigkeit, diese im Gleichgewicht zu halten, wird erfahrbar gemacht. Über Angebote, die jugendliche Bedürfnisse nach Abenteuer, Risiko, körperlicher Selbst- und Grenzerfahrungen aufgreifen, werden Anreize zu einer bewussten Körperwahrnehmung gegeben. Jugendliche werden für physische und psychische Befindlichkeiten sensibilisiert, damit sie lernen, eigene Bedürfnisse zu erkennen, einzuordnen und mit ihnen umzugehen. Indem gesundheitsrelevante Botschaften »in Szene gesetzt« werden, wecken geschulte GUT DRAUF-Teamer die Neugier auf spannende und anregende Erfahrungen. Unter Beteiligung der Jugendlichen werden immer neue Anlässe geschaffen und gestaltet, in denen Ernährung, Bewegung und Stressregulation zu Erlebnissen mit nachhaltiger Wirkung verknüpft sind.

Einrichtungen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein wissenschaftliches Qualitätszertifikat. Die GUT DRAUF-Qualitätskriterien wurden in Qualitätsstandards für die verschiedenen Handlungsfelder Schule, Jugendarbeit und Sportver-eine konkretisiert.

Die Partner werden in einem Prozess durch Anmeldung, Schulung und Beratung zur Zertifizierung begleitet. Die kontinuierliche Betreuung geschieht über regionale Partner, im Rhein-Sieg-Kreis über kivi e. V. in Zusammenarbeit mit dem Kreissportbund und seinen lokalen Netzwerkpartnern. Neben dem Einrichtungszertifikat gibt es die Möglichkeit, GUT DRAUF/Tutmirgut-Programme und -Aktionen mit dem einheitlichen Label [Marke] »GUT DRAUF/Tutmirgut-Programm« von der BZgA auszeichnen zu lassen.

Von der BZgA ausgebildete GUT DRAUF-Trainerinnen und -Trainer schulen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den verschiedenen Handlungsfeldern. Sie befähigen sie, gesundheitsförderliche Botschaften wirkungsvoll zu kommunizieren und Jugendliche für Themen rund um die Gesundheit zu interessieren. Thematische Fachtagungen in der Region sichern ein hohes inhaltliches Niveau und bieten neue Impulse für die Praxis. Weitere Infos zur Jugendaktion: www.gutdrauf.net.

» Das GUT DRAUF-Qualitätskonzept

GUT DRAUF steht für geprüfte Qualität und macht sie nach außen sichtbar. Mit der Zertifizierung als GUT DRAUF- bzw. Tutmirgut-Einrichtung erhalten die

» Umsetzung von GUT DRAUF im Rhein-Sieg-Kreis

Eine kreisweite GUT DRAUF-Steuergruppe spielt seit 2003 eine wichtige Rolle hinsichtlich des Aufbaus und der Entwicklung der Modellregion und ihrer lokalen Netzwerke. Sie ist zusammengesetzt aus den überregionalen Handlungsfeldkoordinatoren

[Kreissportbund, Jugendamt, Schulamt, Jugendverbände] und Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen bzw. den lokalen Netzwerken. Hier werden die strategischen und praktischen Umsetzungsschritte der Jugendaktion und der lokalen Netzwerke festgelegt und weiterentwickelt. Die Steuergruppe war bis zum Jahr 2008 der Ausgangspunkt für die GUT DRAUF-Entwicklung und -Zertifizierung von Institutionen der Handlungsfelder und für gemeinsame Aktionen im Rhein-Sieg-Kreis.

Seit Anfang 2008 wird die »GUT DRAUF-Modellregion Rhein-Sieg-Kreis« durch den in jenem Jahr neu gegründeten Verein kivi e. V. koordiniert und weiterentwickelt. Der Verein hat seitdem folgende Aufgaben:

- Jährlich werden zwei GUT DRAUF-Basiserschulungen der BZgA von kivi e. V. begleitet, in denen jedes Jahr rund 40 neue Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Umsetzung von GUT DRAUF in den Handlungsfeldern geschult und fit gemacht werden.
- Neue Projektpartner in den Kommunen des Rhein-Sieg-Kreises werden aus den verschiedenen Handlungsfeldern gewonnen, nach der Schulung beraten und zur Auditierung durch die BZgA begleitet.
- Schrittweise werden in den Kommunen lokale Netzwerke zur Gesundheitsförderung nach GUT DRAUF aufgebaut, beraten und begleitet.
- Jedes Jahr werden mindestens zwei Fachtage und Tagungen für Lehrkräfte, Fachkräfte sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Kinder- und Jugendarbeit und des Sports durchgeführt. Diese Tagungen dienen der fachlichen Auseinandersetzung mit Schwerpunktthemen der Gesundheitsförderung und der besseren Vernetzung der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure aus dem Rhein-Sieg-Kreis.
- Regelmäßig stattfindende GUT DRAUF-Veranstaltungen und Events für Jugendliche werden gefördert und umgesetzt. Dafür hat kivi e. V. eigens ein

Eventkonzept entwickelt, um gemeinsam mit Kooperationspartnern vor Ort präsent zu sein und Jugendlichen attraktive und zeitgemäße Aktionen zu bieten. Die kivi-Gesundheitstankstelle – gefördert durch die BB-Bank – ist bei vielen Jugendveranstaltungen dabei und schafft mit eigenen GUT DRAUF-Aktionsteamerinnen und -teamern gesunde Angebote.

Die verstärkten Bemühungen seit 2008 zeigen ihre Wirkung: Die Anzahl der gemeldeten Projektpartner (Institutionen) im Rhein-Sieg-Kreis hat sich so von 45 Partnern am 1. November 2008 auf 96 Partner zum 1. November 2010 verdoppelt. Seit Mitte 2010 sind diese Partnerdaten auf Grundlage einer umfangreichen Partnerbefragung gesichert und bereinigt. Im Dezember 2010 wurde daraus erstmals die Partnerbroschüre für den Rhein-Sieg-Kreis herausgegeben, in der Institutionen vorgestellt werden, die sich aktiv an den Aktionen GUT DRAUF oder Tutmirgut beteiligen. (Download: www.kivi-ev.de). Bislang sind 47 Einrichtungen und Schulen im Rhein-Sieg-Kreis von der BZgA zertifiziert worden (GUT DRAUF und Tutmirgut). Die beteiligten Institutionen gehen davon aus, dass weit über 20.000 Kinder und Jugendliche im Rhein-Sieg-Kreis durch GUT DRAUF und Tutmirgut erreicht wurden!

Aufbau von lokalen Netzwerken

Strategisches Ziel von kivi e. V. ist es, in den Städten und Gemeinden des Rhein-Sieg-Kreises kleinräumige und nachhaltige Strukturen der Gesundheitsförderung nach GUT DRAUF auszubauen. Gemeinsam

mit dem Gesundheitsamt, den Kommunen und dem Kreissportbund werden in ausgewählten Städten und Gemeinden diese sozialraumorientierten Bündnisse gegründet, um GUT DRAUF und andere Projekte der Gesundheitsförderung lokal vernetzt zu initiieren und umzusetzen.

Aktionspartner und Ausgangspunkt in den Kommunen sind jeweils die Institutionen der Handlungsfelder der Jugendaktion (Schulen, Sportvereine, Jugendhäuser, Jugendverbände, Jugendunterkünfte, Ausbildungsbetriebe, Bildungsträger) sowie die Ansprechpartnerinnen und -partner der jeweiligen Kommunalverwaltung und andere wichtige Netzwerkakteurinnen und -akteure. Inhalte der sozial-räumlichen Vernetzung sind der Austausch der Fachkräfte sowie die Planung und kooperative Realisierung von aufeinander abgestimmten Angeboten und Projekten für Jugendliche im jeweiligen sozialen Raum. Dabei wird der »soziale Raum« in der Regel geografisch an kommunalen Grenzen wie Stadtteilen, Ortschaften und ländlichen Strukturen definiert. Partizipation ist dabei ein wichtiges sozialpädagogisches Prinzip, da sich nur durch die aktive Beteiligung der Jugendlichen an der Art und der Gestaltung der Angebote die notwendige Akzeptanz und eine Chance auf Aneignung einstellt.

» Erfahrungen aus der Netzwerkarbeit im Rhein-Sieg-Kreis

Die Erfahrungen der ersten Jahre mit lokalen GUT DRAUF-Netzwerken zeigen, dass der Aufbau und die Festigung von lokalen Netzwerken viele personelle Ressourcen auf Kreisebene bindet. Die Bildung der Netzwerke muss systematisch geplant und schritt-

weise vor Ort in verschiedenen Phasen partnerschaftlich umgesetzt werden.

Vor allem die Entwicklungsphase, in der möglichst viele Institutionen aus den verschiedenen Handlungsfeldern für die Jugendaktion gewonnen werden müssen, ist aufwendig und zeitintensiv. Ein bewährter Schlüssel zu den Institutionen ist die Fachberaterbene der jeweiligen Institutionen, möglichst auf kommunaler Ebene. Dazu müssen zunächst diese Fachinstanzen »ins Boot geholt werden«, was nur durch die Unterstützung und Flankierung durch höhere Verwaltungsebenen der jeweiligen Systeme gelingen kann. Zur systematischen und erfolgreichen Etablierung des Themas ist viel Zeit und Know-how notwendig, zumal in zumindest drei völlig unterschiedlichen Handlungsfeldern parallel gearbeitet und geworben werden muss: Jugendarbeit (Jugendhilfe), Schule (Schulämter), Sport (Sportbünde und Sportverbände).

Die Erfahrung zeigt allerdings auch, dass sich die Akzeptanz und das Interesse der lokalen Partner durch eine stetige öffentliche Präsenz der Jugendaktion in der Region rasch erhöht und damit der Wunsch der Einrichtungen, »dabei sein zu wollen«, stark ansteigen kann. Somit kann auf der örtlichen Ebene durchaus auf einen »Selbstläufereffekt« gehofft werden. Es ist allerdings eine kontinuierliche Koordination und Ansprache der Projektpartner durch erfahrene Fachkräfte notwendig, damit Entwicklungsprozesse in den Einrichtungen am Laufen gehalten und zur Zertifizierung – und damit auch zur öffentlichen Wirkung – durch die BZgA geführt werden.

Sind einmal genügend Partner in die GUT DRAUF-Umsetzung eingestiegen bzw. zertifiziert, kann der nächste Schritt – der Aufbau einer lokalen Netzwerkkoordination – angegangen werden. Schließlich ist die Errichtung einer institutionalisierten GUT DRAUF-Koordination auf der lokalen Ebene der entscheidende Dreh- und Angelpunkt zu einer gelingenden Netz-

werkarbeit, die Gesundheitsförderung nach der BZgA-Aktion GUT DRAUF als Thema und zum Inhalt hat. Auch die lokalen Prozesse müssen kontinuierlich geplant, gesteuert und reflektiert werden, damit begonnene Vernetzungsstrukturen nicht bereits nach kurzem »Aufflammen« wieder verlöschen. Dafür muss sich eine langfristige und gelingende Kooperationsstruktur der beteiligten Partner mit einem funktionierenden »Win-win-Prinzip« für alle Beteiligten einstellen und sich entsprechend der Anforderungen im konkreten kommunalen Kontext weiterentwickeln. Dazu gehört auch die Beteiligung der Partner an allen wesentlichen Entscheidungen und Entwicklungen, damit sich ein System der kooperativen Zusammenarbeit erschließt.

Eine wichtige Erkenntnis des Netzwerkaufbaus ist, dass ein kommunales Netzwerk sowohl »Bottom up« (von der Fachebene gestaltend) als auch »Top down« (von der höheren Verwaltungsebene der Kommune) initiiert und unterstützt werden sollte, damit es erfolgreich sein kann. An diesen Gedanken schließt sich die zentrale Frage an, an welcher institutionellen Stelle die lokale Netzwerkkoordination angebunden sein sollte: Die Erfahrung zeigt, dass eine jeweils passende, kommunale Lösung gemeinsam gefunden werden muss. Erfolgreiche Beispiele der kommunalen GUT DRAUF-Vernetzung im Rhein-Sieg-Kreis finden sich zurzeit in den Städten Bornheim und Troisdorf sowie in der Gemeinde Eitorf.

Die Stadt Bornheim hat das Konzept der sozial-räumlichen Vernetzung seit Beginn der Modellregion im Jahr 2003 vorangetrieben. Die Koordination obliegt dem Jugendamt, in dessen Regie zahlreiche vernetzte GUT DRAUF-Veranstaltungen und -Events entwickelt und umgesetzt werden. Am 22. September 2010 schließlich wurde Bornheim als erste GUT DRAUF-Kommune Deutschlands ausgezeichnet.

In der Gemeinde Eitorf konnte Anfang 2010 eine Vor-Ort-Koordination an den örtlichen »Förderverein Jugend« angebunden werden, die seither in enger

Kooperation mit der Gemeinde Eitorf den Entwicklungsprozess steuert und begleitet. In der Folge konnten zahlreiche Partner gewonnen und zur Zertifizierung begleitet werden, darunter ein Judo-Club, ein Jugendcafé, ein Tauchclub und die örtliche Hauptschule. Gemeinsam mit der GUT DRAUF-Tanke Eitorf und der Gemeindeverwaltung konnte der Förderverein Jugend so eine funktionierende und engagierte Vernetzungsstruktur in der Gemeinde aufbauen. Die Zertifizierung der Kommune Eitorf wurde schließlich im Dezember 2010 in einem Audit durch BZgA-Referatsleiter Reinhard Mann vorgenommen. Die öffentliche Zertifizierungsfeier fand im Mai 2011 statt.

Parallel erfolgte der Aufbau eines lokalen Netzwerks in Troisdorf, der größten Stadt im Rhein-Sieg-Kreis. Es wurden bereits eine große Anzahl von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durch die GUT DRAUF-Basiserschulungen erreicht; das Netzwerk besteht inzwischen aus zwölf beteiligten aktiven Institutionen. Somit konnte im Jahr 2010 eine solide Basis für die mögliche Zertifizierung der Stadt Troisdorf in den Folgejahren gelegt werden. Der nächste wichtige Schritt wird hier die Suche und Installation einer geeigneten und tragfähigen Netzwerkkoordination sein.

Unterwegs nach Tutmirgut im Rhein-Sieg-Kreis

Seit Mitte 2008 wird auch die Zielgruppe der Fünf- bis Elfjährigen – im Auftrag der (und gefördert durch die) BZgA – in das Gesundheitskonzept von GUT DRAUF integriert. Insgesamt 37 Grundschulen (von 105) werden seither im Rhein-Sieg-Kreis durch kivi e.V. zur gesundheitsfördernden Grundschule

nach dem GUT DRAUF-Konzept mit dem Projekttitel »Unterwegs nach Tutmirgut« entwickelt. 18 Grundschulen sind bislang als »Tutmirgut-Schule« zertifiziert worden.

Seit Sommer 2010 ist es auch für andere Handlungsfelder möglich, eine Entwicklung nach der Aktion »Unterwegs nach Tutmirgut« zu betreiben. Es gilt dafür das Qualitätskonzept der Jugendaktion GUT DRAUF mit der entsprechenden Anpassung für die Zielgruppe »Kinder im Grundschulalter«. Es haben sich im Rhein-Sieg-Kreis bereits zahlreiche Partner für diese Umsetzung interessiert. Die ersten Zertifizierungen im Sport und in der Jugendarbeit sind beantragt und werden im Sommer 2011 erfolgen. Zurzeit laufen intensive Bestrebungen, Tutmirgut-Partner in die GUT DRAUF-Netzwerke zu integrieren und dadurch zielgruppenübergreifende Netzwerkarbeit zur Gesundheitsförderung zu betreiben.

GUT DRAUF kommt bei Kindern und Jugendlichen an!

Der Rhein-Sieg-Kreis hat sich gemeinsam mit kivi e. V. auf den Weg gemacht, Gesundheitsförderung in seinen Städten und Gemeinden als gelingendes kommunales Vernetzungskonzept umzusetzen. Diese Aktivitäten von GUT DRAUF und »Unterwegs nach Tutmirgut« werden im gesamten Kreis als wichtige Meilensteine zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit und der Zukunftschancen junger Menschen gesehen. Gesunde Lebenswelten für Jugendliche in ihrem sozialen Umfeld werden langfristig und nachhaltig geschaffen. Damit ist der Kreis auf dem Weg zur flächendeckenden Umsetzung im gesamten Kreisgebiet.

» Gesund und fit in Fürth – Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Stadtteil

Eva Göttlein

Forschungsprojekt des Deutschen Instituts für Urbanistik Berlin (Difu)

Angefangen hat alles im Jahr 2006, als Dr. Bettina Reimann und Gesine Bär vom Deutschen Institut für Urbanistik Berlin (Difu) nach Fürth kamen, auf der Suche nach einer geeigneten Fallstudie für das Regierungsprogramm »Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen« des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Das Forschungsprojekt dauerte von 2006 bis Mitte 2009 und wurde in drei Fallstudien (Soziale-Stadt-Gebiete Fürth-Innenstadt, Hamburg-Lurup, Halle-Silberhöhe) vom Difu begleitend evaluiert. Zwei Veröffentlichungen liegen vor: die Difu-Arbeitshilfe und die Edition Difu.

Anfangsprojekt in Fürth-Innenstadt

Das Forschungsprojekt mit dem Titel »Mehr als gewohnt – Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung in der Innenstadt Fürth« startete dann konkret im Januar 2008 mit der Einrichtung einer Koordinierungsstelle, der sogenannten Geschäftsstelle Gesundheit.

Ausgangslage im Stadtteil Fürth-Innenstadt

Die Fürther Innenstadt ist geprägt von einem großen Altbaubestand, mit noch immer vielen unsanierten Wohnungen, das heißt Wohnungen mit Außentoi-letten, Ofenheizung und schlechter Energetik. Zudem besteht eine hohe Verkehrsdichte mit dadurch stark erhöhten Lärm- und Schadstoffemissionen; in den Straßen gibt es kaum Grünbestand. Die Bewohnerstruktur ist entsprechend: Viele Menschen, die in

Bedarfsgemeinschaften leben, viele Empfängerinnen und Empfänger von Hartz IV, also ein im Städtedurchschnitt erhöhter Anteil an armen Menschen. Zudem leben in der Innenstadt sehr viele Menschen mit Migrationshintergrund.

Durch die Fürther Innenstadt fließen jedoch zwei Flüsse (Pegnitz und Rednitz), die im Flüsse-Dreieck zusammenfließen (zur Regnitz), das heißt, es gibt sehr viel naturnahe Räume, Wiesenauen und Landschaftsschutzgebiete, die in Laufnähe (3 Minuten) zur dicht bevölkerten Innenstadt liegen.

Zielgruppen

Die Zielgruppen des Projekts sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahren. Außerdem Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Eltern, Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher.

Handlungsfelder

In der begleitenden städtischen Steuerungsgruppe haben wir uns auf folgende Handlungsfelder geeinigt: Ernährung, Bewegung als Sport und Bewegung in der Natur sowie Suchtprävention.

Zeitraumen

Das Gesundheitsprojekt wurde im Zeitraum 2008/2009 und 2010/2011 in zwei Projektphasen gefördert.

Geschäftsstelle Gesundheit

Die Geschäftsstelle Gesundheit wird von Eva Göttlein geleitet und dient in erster Linie als Koordinie-

rungsstelle im Stadtteil. Weitere Aufgaben der Geschäftsstelle sind im Wesentlichen die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure, die Aktivierung im Stadtteil, Projektberatung und -abwicklung, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und Strategieentwicklung.

Städtische Steuerungsgruppe

Die Steuerungsgruppe trifft sich alle zwei Monate seit 2006. Sie arbeitet ämterübergreifend und hat eine begleitende und beratende Funktion. Die Steuerungsgruppe setzt sich aus folgenden städtischen Fachämtern zusammen: Jugendamt, Sozialamt, Stadtplanungsamt, Umweltamt, Sportamt, Integrationsbüro, Jugendärztlicher Dienst, Staatliches Gesundheitsamt, Quartiersmanagement.

Finanzierung

2008 und 2009 wurde die Geschäftsstelle Gesundheit ausschließlich vom Landesverband der Betriebskrankenkassen Bayern BKK finanziert. 2010 und 2011 wurde die Geschäftsstelle Gesundheit über das Programm Soziale Stadt mithilfe einer Mittelbündelung (Mittel des Landesverbands der Betriebskrankenkassen Bayern BKK, Mittel aus dem Sozialreferat und Stiftungsgelder) finanziert. Zudem stellte die Techniker Krankenkasse (TK) in beiden Projektphasen 2008/2009 und 2010/2011 jeweils einen Verfügungsfonds für Mikroprojekte bereit.

Mikroprojekte

Bis zum Frühjahr 2011 wurden über 30 Mikroprojekte initiiert, die zum großen Teil aus dem Verfügungsfonds der TK finanziert wurden. Alle Angebote sind für alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Zielgruppen kostenlos. Die Zielgruppenerreichbarkeit wird über direktes Abholen und Bringen sowie enge Kooperationen mit den Einrichtungen im Stadtteil sichergestellt. Es werden keine Werbematerialien gedruckt und verteilt. Die Projekte entstehen durch Aktivierung im Stadtteil, wie Projektgruppentreffen

und Stadtteilkonferenzen. Die Projektleiterinnen und -leiter sind in der Mehrzahl im Stadtteil verankert und haben einen direkten Bezug zur Zielgruppe.

» Projektbeispiele



Kinderkochkurs im Mütterzentrum/Mehrgenerationenhaus

Projektdauer: 1 Jahr. Projektleitung: Julia Preßmann, Mütterzentrum Fürth

Die »Hausaufgabenkinder«, die nachmittags von Ehrenamtlichen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Mütterzentrums betreut werden, kochen einmal wöchentlich selbst. In Kooperation mit einer Diätassistentin und der Fürther Tafel e. V. werden Rezepte für ausgewogene Mahlzeiten ausprobiert. Es wird zusammen gekocht, der Tisch wird gedeckt,



es wird gemeinsam gegessen, abgeräumt und das Geschirr gespült. Die Rezepte wurden gesammelt, und für die Kinder wurden zum Auftakt des Projekts Schürzen genäht. Das Konzept wurde nach Projektende in größeren zeitlichen Abständen in die tägliche Arbeit übernommen.

Unterwegs mit den vier Elementen

Projektdauer: 6 Wochen. Projektleitung: Melanie Diller, Ökozentrum Fürth eG

Eine feste Gruppe von Grundschulkindern der Rosenschule war einmal wöchentlich unterwegs, um in der Natur mit Bewegungselementen die vier Elemente Wasser, Feuer, Erde und Luft zu erforschen. Auf dem Bild zu sehen ist der Waldmannsweiher, drei Gehminuten von der Innenstadt entfernt.

Schwimmkurs für Nichtschwimmerkinder

Projektdauer: 8 Wochen. Projektleitung: Heinz Kvasnicka, DLRG in Kooperation mit dem städtischen Hort Pfisterkiste und dem städtischen Sportamt

Der Anlass für die Initiierung des Projekts sind besorgniserregende Daten von Kindern, die im Grundschulalter noch nicht schwimmen können, und die Tatsache, dass die meisten tödlichen Kinderunfälle

beim Schwimmen passieren. Zehn Kinder, die nicht schwimmen konnten, teilweise Angst vor dem Wasser hatten oder noch nie im Schwimmbad waren, haben sich in den acht Terminen ans Wasser gewöhnen können. Sie hatten nach anfänglichen Schwierigkeiten richtig Spaß am Wasser. Drei Kinder haben das Schwimmbabzeichen »Seepferdchen« machen können.



Gesunde Obst- und Gemüsepause an Innerstadtschulen

Projektdauer: 1 Schuljahr. Projektleitung: Anne Buttazzo, Schule der Phantasie Franken

Einmal im Quartal wurde an allen Innerstadtschulen in einer Pause frisches Obst (regional und jahres-

zeitengemäß) verteilt. Die Kinder haben Rezeptkärtchen erhalten, und es wurden Schautafeln aufgestellt mit Informationen, wie und wo das Obst wächst. Im darauf folgenden Jahr wurde das Projekt vom Deutschen Kinderschutzbund gefördert.

Der Natur auf der Spur 1–3

Projektdauer: jeweils 12 Wochen. Projektleitung: Silke Wessling, Ökozentrum Fürth eG

Jeweils 14 Kindergartenkinder sind zwölf Wochen lang einmal wöchentlich für drei Stunden in der Natur, um Bewegung ganz ohne Turnhalle und Turngeräte zu erfahren. Bei jedem Wetter haben die Kinder mit großer Begeisterung Bewegungsspiele umgesetzt, draußen gegessen und die Natur gleich neben ihrer Einrichtung erforscht. Begleitend wurde eine Fortbildung für die Erzieherinnen und Erzieher der Einrichtungen angeboten, um Elemente des Projekts in die tägliche Arbeit der Einrichtung übernehmen und fortführen zu können.

2011 bis 2014 weitergeführt und sogar aufgrund der bereitgestellten finanziellen Mittel auf weitere Stadtteile in Fürth ausgedehnt werden (siehe auch Transfer in die Breite).

Transfer nach Nürnberg – Transfer in die Breite

→ Aufgrund der positiven Erfahrungen mit dem Fürther Gesundheitsprojekt wurde im Herbst 2010 das Gesundheitsnetzwerk Leonhard/Schweinau gegründet. Die Struktur ist an das Fürther Projekt angelehnt, mit ähnlichen Elementen (Geschäftsstelle Gesundheit, städtische Lenkungsgruppe, Zielgruppen, Handlungsfelder, Projektkonzept). Das Projekt wird finanziert über das Programm Soziale Stadt. Von der Techniker Krankenkasse wurde wieder ein Verfügungsfonds für Mikroprojekte bereitgestellt.

Erfolg

Das Projekt hat den 2. Preis auf der Internationalen Bodenseekonferenz für Gesundheitsförderung und Prävention 2010 – IBK gewonnen. Beworben haben sich 160 Projekte aus Bayern, Baden-Württemberg, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz.

Gefördert u. a. von Techniker Krankenkasse, BKK, »Soziale Stadt« Innenstadt Fürth.

Transfer

Transfer in Fürth – Transfer in die Länge

Ausgangslage war das Forschungsprojekt in den Jahren 2008 und 2009.

→ Über das Programm Soziale Stadt und Mittelbündelung (BKK, Spenden, Mittel des Sozialreferats) konnte das Projekt um zwei Jahre verlängert und 2010 und 2011 weitergeführt werden.

→ Ein weiterer bedeutender Transfer gelang über das Modellprojekt ExWoSt »Kooperationen konkret« (Experimenteller Wohnungs- und Städtebau des Bundesbauministeriums). Das Projekt kann somit von

» Gesundheitsförderung im Stadtteil – Möglichkeiten und Herausforderungen des Zugangs zu den Bewohnerinnen und Bewohnern

Gesine Grande, Janke Große, Claudia Menkouo

» Der Zugang zu den Betroffenen als Qualitätsmerkmal der Gesundheitsförderung

Maßnahmen der Primärprävention sollen »insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen« (SGB V, § 20, Abs. 1). Die Qualität einer Maßnahme muss sich daran messen lassen, ob sie tatsächlich sozial Benachteiligte erreicht (Geene 2006). Der Zugang zur Zielgruppe, die Wirksamkeit spezifischer Zugangswege und die Maßnahmen zur Förderung der Inanspruchnahme von Angeboten finden als intermediäre Parameter Verwendung für die Bewertung der Qualität und Wirksamkeit einer gesundheitsförderlichen Maßnahme. Die Zielerreichung ist dabei nicht nur ein wichtiges Qualitätsmerkmal, sondern auch die Voraussetzung für die Einlösung der eigentlichen Wirkungsziele (Rosenbrock 2004, Ruckstuhl et al. 2001). Zielgruppen zu erreichen, bedeutet erstens, einen Zugang zu finden und Kontakt herzustellen, und zweitens, dass gesundheitsförderliche Angebote über einen ersten Kontakt hinaus von der Zielgruppe wahrgenommen und akzeptiert werden (Soom Ammann und Salis Gross 2011).

» Das Präventionsdilemma

Das Präventionsdilemma bezeichnet die Situation, dass individuelle Gesundheitsförderungsmaßnahmen nachweislich vor allem von ohnehin schon gesundheitsbewusst lebenden Bevölkerungsgruppen mit der geringsten Risikobelastung in Anspruch genommen werden, während Bevölkerungsgruppen, die besonders von Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren würden, am wenigsten erreicht werden (Trabert 2002, Schneider und Schiltenswolf 2005, Bauer und Bittlingmayer 2005, Marzinzik und Kluwe 2007, Sahrai 2010). So wurden im Jahr 2009 deutschlandweit insgesamt ca. 2,1 Millionen Menschen, davon 77 % Frauen und lediglich 6,8 % sozial Benachteiligte, mit präventiven individuellen Angeboten der Gesundheitsförderung erreicht (Zelen und Strippel 2010). Das Präventionsdilemma zeigt sich insbesondere für sozial benachteiligte Menschen, die deutlich häufiger gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren ausgesetzt sind, die einen schlechteren Gesundheitszustand berichten, höhere Morbiditätsraten aufweisen, eine um mehr als zehn Jahre verkürzte Lebenserwartung haben (Lampert et al. 2007, Mielck 2000, 2010) und zugleich weniger gesundheitsrelevante Ressourcen wie Wissen, Selbstwirksamkeit und soziale Integration haben (Hradil

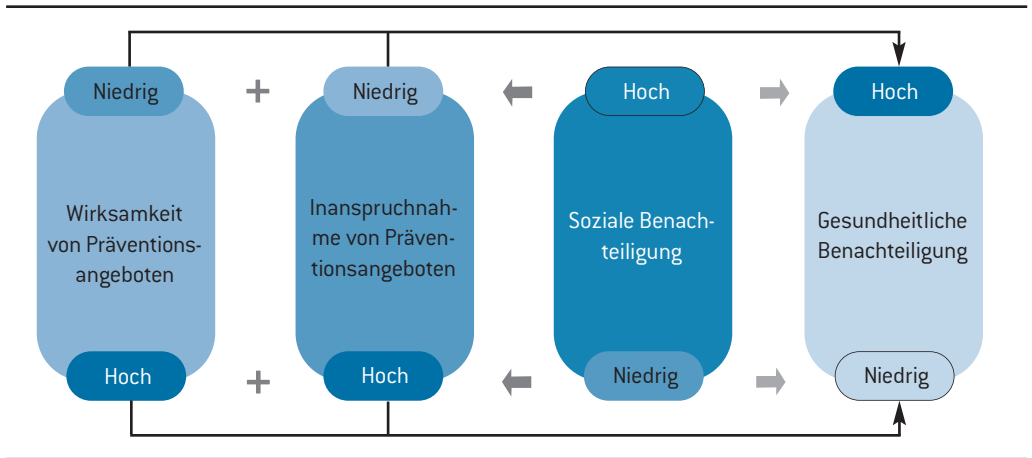


Abb. 1: Präventionsdilemma

2006, Mielck 2000 und 2010, Rosenbrock 2004, Richter und Hurrelmann 2006).

Diskutiert werden verschiedene Faktoren, die zu diesem Präventionsdilemma führen. Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen haben größere Probleme, Angebote zur Verhaltensmodifikation zu suchen und zu finden und die Teilnahme daran durchzuhalten (Rosenbrock 2004). Gleichzeitig ziehen sozial benachteiligte Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht den gleichen gesundheitlichen Nutzen wie Angehörige höherer Statusgruppen aus gesundheitsförderlichen oder rehabilitativen Angeboten und haben größere Schwierigkeiten, Verhaltensänderungen im Alltag dauerhaft umzusetzen (Rosenbrock 2004, Sperlich 2009). Soziale Benachteiligung geht mit einer »Beeinträchtigung basaler Kompetenzen des Lernens, des Dazulernens und Neulernens« einher (Bauer und Bittlingmayer 2005). Die vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen reichen nicht aus für einen Ausgleich von Kompetenzdefiziten oder restriktiver psychosozialer Lebenssituationen (Bauer und Bittlingmayer 2005, Sperlich 2009). Gesundheitliche Ungleichheit wird

also reproduziert oder gar verstärkt, indem ressourcenstarke Personengruppen häufiger präventive Angebote in Anspruch nehmen und in höherem Maße davon profitieren als sozial benachteiligte Gruppen (Hurrelmann 2006, in: Hartung et al. 2010a) (vgl. Abbildung 1).

» Der Stadtteil – ein geeignetes Setting für die Gesundheitsförderung

Das Konzept der settingbezogenen Gesundheitsförderung wurde 1986 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erarbeitet und gilt derzeit als eine Schlüsselstrategie zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit (Rosenbrock und Kümpers 2006). Rosenbrock und Hartung (2011) definieren als Setting einen »Sozialzusammenhang,

der relativ dauerhaft und seinen Mitgliedern auch subjektiv bewusst« ist. Dieser Zusammenhang drückt sich aus durch formale Organisation (zum Beispiel Betrieb, Schule), regionale Situation (zum Beispiel Kommune, Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslage (zum Beispiel Rentner/Rentnerinnen), gemeinsame Werte bzw. Präferenzen (zum Beispiel Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale (Rosenbrock und Hartung 2011).

In der Ottawa-Charta heißt es: »Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Lebenswelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und leben« (WHO 2001, S. 343). Stadtteile, Nachbarschaften und das unmittelbare soziale Umfeld stellen besonders für sozial Benachteiligte bedeutsame und geeignete Settings der Gesundheitsförderung dar, da sie an bereits vorhandene Ressourcen und von den Betroffenen akzeptierte Strukturen wie soziale Einrichtungen oder Bürgerorganisationen anknüpfen (Bunge et al. 2006, S. 894; Rosenbrock und Kümpers 2006). Damit wird der Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen verbessert (Hartung et al. 2010a). Zugangsbarrieren wie fehlende Kenntnis von Angeboten, mangelnde Sprachkenntnisse, Vorbehalte gegenüber anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern oder geringe Selbstwirksamkeit können verringert werden (Schneider und Schiltenswolf 2005, Bestmann 2009).

Laut Präventionsbericht wurden im Jahr 2009 deutschlandweit insgesamt ca. 2,1 Millionen Personen direkt mit dem Settingansatz als Teilnehmende gesundheitsbezogener Veranstaltungen erreicht und weitere 4,8 Millionen indirekt über verhältnisbezogene Maßnahmen oder den Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, allerdings entfallen nur 5 % der Maßnahmen auf das Setting Stadtteil (Zelen und Strippel 2010).

» Vier Strategien zur Verbesserung des Zugangs zu sozial benachteiligten Personen im Stadtteil

Niedrigschwelligkeit

Das Qualitätskriterium Niedrigschwelligkeit betrifft die Art des Zugangs für die Nutzung eines Angebots und gilt als die wahrscheinlich »entscheidende Kategorie im gesundheitsförderlichen Kontext milieu- und quartiersbezogener Sozialarbeit« (Schütte-Bäumner 2007). Niedrigschwellige Angebote zeichnen sich durch einen engen Lebensweltbezug aus. Niedrigschwelligkeit muss im Rahmen einer Maßnahme inhaltlich bestimmt werden, indem sie zu den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe und ihrer Lebenswelt in Beziehung gesetzt wird (Hartmann 2008). Wesentliche Kennzeichen einer niedrigschwelligen Arbeitsweise sind:

- Zeitlich und räumlich offene, alltagsnahe Strukturen,
 - formale und finanzielle Barrierefreiheit,
 - direkte und persönliche Ansprache,
 - soziale und kulturelle Zielgruppenorientierung.
- (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2005, Bunge et al. 2006, Bestmann 2009, Hartung et al. 2010a, 2010b).

Umsetzung im Projekt »GO – Gesund im Osten«

Anliegen des seit 2007 vom BMBF im Förderungsschwerpunkt Prävention (BMBF 2007) geförderten Forschungsprojekts »GO – Gesund im Osten« war die Entwicklung und Umsetzung eines stadtteilbezogenen Ansatzes der Gesundheitsförderung, um insbesondere sozial benachteiligte Mütter und Mütter mit Migrationshintergrund besser zu erreichen. Das

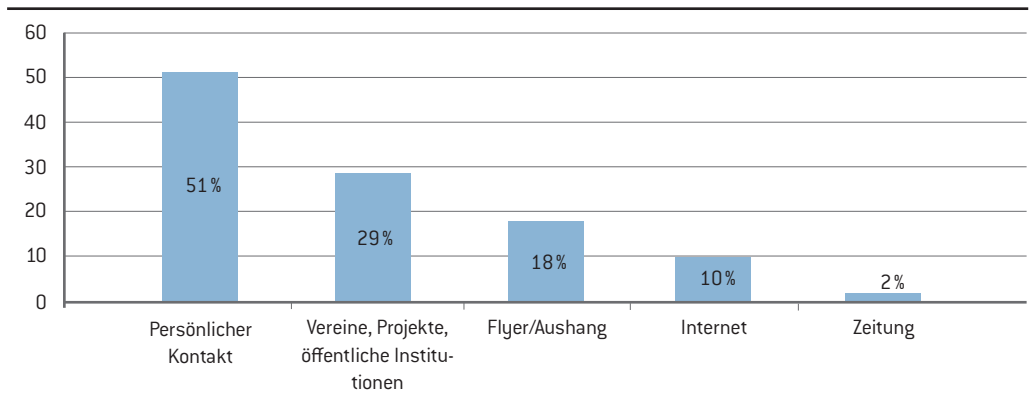


Abb. 2: Zugangswege zu den Angeboten (N = 389), Anteile der Teilnehmerinnen in Prozent

Projekt ist im Leipziger Osten angesiedelt, der als »sozial benachteiligter Stadtteil« mit einem erhöhten Handlungsbedarf gilt.

Der Gesundheitsladen im Leipziger Osten ist täglich geöffnet und hält gesundheitsförderliche Angebote in einer Kombination aus »Komm- und Gehstruktur« vor. Das Angebotsspektrum reicht von Informationsveranstaltungen mit Expertinnen und Experten über kostenlose offene Beratung bis hin zu aktiven Freizeitangeboten. Davon wird mehr als ein Drittel gemeinsam mit Kooperationspartnern im Stadtteil in deren Räumlichkeiten realisiert. Ein Beispiel für niedrigschwellige Angebote ist das in Kooperation mit dem Internationale Frauen e. V. einmal monatlich und kostenfrei durchgeführte Frauen-Informations-Café. Die Teilnehmerinnen bestimmen die Gesundheitsthemen, eingeladene Expertinnen und Experten vermitteln Wissenswertes im Dialog mit den Teilnehmerinnen. Bei Bedarf stehen Sprachmittlerinnen zur Verfügung.

Informationen zu den Angeboten werden über das Internet, das kostenfreie »Gesundheitsblättchen«, Flyer und Aushänge im Stadtteil zugänglich gemacht. Auf Wunsch werden die Nutzerinnen regelmäßig per

E-Mail bzw. telefonisch informiert. Projektmitarbeiterinnen besuchen Mütter mit ihren Kindern auf Spielplätzen im Stadtteil und den Höfen in der Nachbarschaft und laden sie zu den Veranstaltungen ein.

Die Zugangswege wurden mittels Kurzfragebogen erfasst (N = 389). Der wichtigste Zugangsweg zu den Angeboten des Gesundheitsladens war die persönliche Ansprache, vor allem durch Familie, Freundeskreis und Bekannte sowie Gesundheitsmittlerinnen. Ein Viertel der Teilnehmerinnen benannte als Informationsquelle Vereine, Projekte, öffentliche Institutionen im Stadtteil und den Gesundheitsladen selbst. Auch dieser Zugang wird überwiegend über persönliche Ansprache durch die Mitarbeiterinnen der genannten Träger ermöglicht. Die Zugangswege über Flyer, das Internet, Aushänge und Lokalzeitung spielen dagegen eine untergeordnete Rolle (siehe Abbildung 2).

Multiplikatorenansatz

Der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren hat sich als ein erfolgreicher Weg zur Erreichung sozial Benachteiligter erwiesen, die schriftliche Materialien weniger eigenständig wahrnehmen

(Hartung et al. 2010a). Insbesondere Angehörige der Zielgruppe können als ehrenamtliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Wissen, Einstellungen und Erfahrungen zielgruppengerecht und alltagsnah an ihre Umwelt weitergeben und durch ihre Vertrauensstellung auch Menschen erreichen, zu denen sonst kein Zugang besteht (Haisch 1999, Menkhaus und Salman 2005, Stickan-Verfürth 2005, Bunge et al. 2006, Gesundheit Berlin e. V. 2010, Blümel und Lehmann 2011). Erwerben diese Schlüsselpersonen im Rahmen von Schulungen selbst gesundheitsförderliches Verhalten neu, wirken sie in ihren Familien und sozialen Netzwerken als Vorbild und tragen das erwünschte Gesundheitsverhalten weiter (Blümel und Lehmann 2011). In Erziehungsfragen beispielsweise holen sich Eltern Rat im sozialen Nahraum bei Freundinnen, Freunden und Familie (Hartung et al. 2010a). Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren informieren und beraten oftmals nebenbei während ihrer üblichen Sozialkontakte (Grabow, in: Kuhn 2009) und nutzen damit die große Bedeutung informeller Bindungen als vielversprechenden Informationsweg.

Geschäfte und Lebensmittelläden im Stadtteil sind beliebte und viel genutzte Treffpunkte; die Inhaberinnen bzw. Inhaber pflegen regelmäßigen Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern. So konnten auch Friseure als Multiplikatoren in einem US-amerikanischen Pilotprojekt zu einer verbesserten Inanspruchnahme der Prostatakrebsvorsorge beitragen (Luque et al. 2010).

Umsetzung im Projekt »GO – Gesund im Osten«

Im Rahmen des Projekts wurden zwei Ansätze gewählt, um Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Förderung einer gesunden Lebensweise im Stadtteil einzusetzen.

A. Insgesamt 26 Laienmultiplikatorinnen wurden in einer mehrtägigen Schulung als Gesundheitsmittlerinnen ausgebildet. Neben gesundheitsspezifi-

chem Wissen wurden Grundlagen der Beratung, Moderation und Präsentation vermittelt. Seitdem führen die Gesundheitsmittlerinnen selbstständig eigene Angebote durch, zum Beispiel Frauentanz, gemeinsames Backen, ein gesundes Ramadanfest oder muttersprachliche Informationsveranstaltungen. Die Gesundheitsmittlerinnen treffen sich einmal monatlich, erhalten Angebote zur weiteren Qualifikation und bei Bedarf Unterstützung bei der Organisation und Planung ihrer Veranstaltungen. Im Zeitraum eines Projektjahres führten die Gesundheitsmittlerinnen 15 Angebote durch und erreichten damit insgesamt 294 Teilnehmerinnen. Mit einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl von 16,5 Teilnehmerinnen pro Veranstaltung erreichen sie die höchste Inanspruchnahmerate aller Angebote des Gesundheitsladens.

B. In einem zweiten Ansatz wurden Gewerbetreibende im Stadtteil als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aktiviert. Die Mitarbeiterinnen von sieben Friseursalons und Nagelstudios wurden zum Thema Vorsorgeuntersuchungen für Kinder geschult, mit dem Ziel der Informationsweitergabe an ihre Kundinnen und der Motivation zur Inanspruchnahme der Vorsorgeangebote. Für die Aktion »Gesundes Pausenbrot« wurden sieben Lebensmittelhändler gewonnen, die ihre Kunden auf die Aktion hinwiesen und ihnen Informationsmaterial (bedruckter Stoffbeutel, Flyer) zu einem gesunden Schulfrühstück an die Hand gaben (siehe Foto). Für die Aktivierung der Händler als Multiplikatoren waren der Aufbau und die kontinuierliche Pflege einer partnerschaftlichen Beziehung entscheidend, dazu dienten auch Werbeaktionen (Zeitungsartikel, Internetseite) sowie Unterstützungsangebote (Schaufenstergestaltung, Internetauftritt, Gestaltung von Werbeträgern) durch einen Sponsor.



»Beiläufige« Kompetenzvermittlung

In der Arbeit mit bildungsfernen sozial Benachteiligten wird in jüngster Zeit ein niedrigschwelliger Zugang mit dem Prinzip der »beiläufigen« Kompetenzvermittlung verknüpft und erprobt. Informell gestaltete und an Sozial-, Kultur- und Freizeiteinrichtungen mit offenem Konzept angebundene Angebote erweisen sich als besonders Erfolg versprechend (Douma und Kilian 2007, Hartung et al. 2010a). In spaßbetonten Angeboten werden gesundheitsrelevante Informationen und Kompetenzen nicht intentional, sondern vielmehr »beiläufig« im Austausch oder gemeinsamen Tun erworben. Die Zielgruppe kann dadurch erfolgreich an vermeintlich weniger attraktive Gesundheitsthemen herangeführt werden (Friedrich et al. 2010, Reimann et al. 2010). Als besonders vielversprechend gilt die Kombination von handlungsorientierten Angeboten und Informationsveranstaltungen mit Expertinnen und Experten (Bunge et al. 2006).

Umsetzung im Projekt »GO – Gesund im Osten«

Alle informativen, handlungs- und erlebnisorientierten Angebote haben informellen Charakter (siehe oben, Abschnitt Niedrigschwelligkeit). Dieser zeigt sich am stärksten bei einmaligen Veranstaltungen, wie partizipativ geplanten Ausflügen oder Festen, die

besonders gut von der Zielgruppe akzeptiert werden und mit durchschnittlich 16,5 Teilnehmerinnen pro Veranstaltung die höchste Inanspruchnahme aller Angebote des Gesundheitsladens erreichen.

Beim monatlich stattfindenden »Internationalen Kochen« wählen die Teilnehmerinnen unter Anleitung einer Ökotrophologin Rezepte ihrer Heimatländer aus, prüfen deren Zusammensetzung und ersetzen beispielsweise zucker- und fettreiche Zutaten durch eine gesündere Variante. Sie kaufen gemeinsam ein und bereiten die Gerichte zu, die sie am Ende des Kochabends zusammen verzehren. Die gesamte Veranstaltung wird zum intensiven Austausch und als Raum für Geselligkeit und soziale Kontakte genutzt. Die Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung bestätigten den Aufbau und die Pflege sozialer Kontakte als bedeutsames Motiv für die Teilnahme. Die Adressatinnen möchten Freundinnen treffen und die Küche anderer Kulturen kennenlernen. Das Erlernen von Fähigkeiten für die Zubereitung gesunder Gerichte steht dabei im Hintergrund (Große et al. 2012).

Vernetzung im Stadtteil

Die Vernetzung und Verankerung im Stadtteil, die Anbindung an soziale Einrichtungen und die Zusammenarbeit mit Vereinen haben sich nach Bunge et al. (2006) als entscheidende Faktoren für einen zielgruppenadäquaten und erfolgreichen Zugang erwiesen. Die Bildung gesundheitsbezogener Netzwerke ermöglicht eine fächerübergreifende Kooperation verschiedener Akteure und dient der Entwicklung gemeinsamer Gesundheitsziele, Strategien und Maßnahmen sowie der Bildung nachhaltiger Strukturen, mit deren Hilfe flexibel auf Gesundheitsprobleme und Entwicklungen im Stadtteil reagiert werden kann (Reimann et al. 2010, Trojan und Süß 2010b).

Vernetzung erfolgt entlang »persönlicher Drähte« und steht für Kommunikation, Koordination und Kooperation in unterschiedlich stark formal organisier-

ten Partnerschaften, Netzwerken, Arbeitsgemeinschaften etc. (Trojan und Süß 2010). Als zentrale Akteurinnen und Akteure sind dabei Stadtpolitik, Gesundheitsbehörden, Quartiersmanagerinnen und -manager, öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen, Sozial-, Kultur- und Bildungseinrichtungen, Vereine sowie die Bewohnerinnen und Bewohner gefragt. Heterogene Netzwerkakteurinnen und -akteure haben als Vertreterinnen und Vertreter von Teilsetzungen und organisierten Interessen eine wichtige Multiplikatorfunktion und erreichen ihnen nahe stehende Zielgruppen (Bär et al. 2009). Aufgaben gesundheitsbezogener Stadtteilnetzwerke sind die Ermittlung von Gesundheitsproblemlagen und -potenzialen im Stadtteil, die Entwicklung gemein-

samer Gesundheitsziele und Handlungsstrategien sowie die kooperative Umsetzung von Maßnahmen und Projekten (Reimann et al. 2010).

Umsetzung im Projekt »GO – Gesund im Osten«

In Zusammenarbeit mit dem Quartiersmanagement, dem Gesundheitsamt und dem Amt für Stadterneuerung und Wohnungsbauförderung wurde ein Bürgerforum zum Thema »Gesund im Stadtteil« veranstaltet. Gemeinsam mit Stadtteilakteurinnen und -akteuren, Stadtpolitik sowie Bewohnerinnen und Bewohnern wurden Gesundheitsproblemlagen diskutiert, prioritäre Handlungsbedarfe bestimmt und Ideen für Handlungsstrategien gefunden. Die Ergebnisse wurden in zwei offenen Gesundheits-

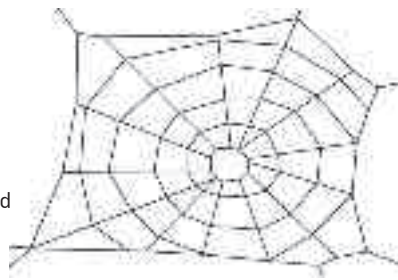
Wohnungs- und Immobilien-gesellschaften

- Leipziger Wohnungs- und Baugesellschaft mbH
- Conforma Immobilien GmbH

Bewohnerinnen und Bewohner

Kommune

- Amt für Stadtentwicklung und Wohnungsbauförderung
- Gesundheitsamt
- Amt für Jugend, Familie und Bildung
- Referat für Migration und Integration
- Quartiersmanagement



Vereine

- Freiwilligenagentur Leipzig e. V.
- Sportvereine
- Stadtteil- und Bürgervereine
- Verein Pflegenetzwerk Leipzig
- Verein gute Zahnfee
- Andere

Forschungsprojekte/Soziale Projekte

- HTWK – GO & Agnes
- »Lernen vor Ort«
- KiFaZ – Kita als Familienzentrum

Kindertageseinrichtungen

- Kindertagesstätten
- Horteinrichtungen
- Schulen

Gesundheitsdienstleister

- Hebammen
- Zahnärztinnen und Zahnärzte
- Pflegedienste
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- AOK PLUS

werkstätten mit Stadtteil- und Gesundheitsakteurinnen und -akteuren wieder aufgenommen und mündeten in die Gründung des Netzwerks »Gesundheit im Leipziger Osten« (siehe Abbildung 4). Dieses Netzwerk ermöglicht den Zugang zu bisher unerreichten Zielgruppen und führte nicht zuletzt dazu, dass Gesundheit als eigenständiges Handlungsfeld in das Stadtteilentwicklungskonzept integriert wurde.

Zusammenfassung und Fazit

Stadtteile bzw. Nachbarschaften erweisen sich als besonders geeignet zur Implementierung einer gesunden Lebensweise. Sie ermöglichen über die Strategien Niedrigschwelligkeit, Beiläufigkeit und Netzwerkbildung sowie über den Einsatz von anderen Bewohnerinnen und Bewohnern oder Gewerbetreibenden im Stadtteil als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einen deutlich besseren Zugang zu Menschen mit sozialer Benachteiligung. Räumliche und soziale Nähe kann als Türöffner zu den Klientinnen und Klienten wirken und birgt zudem ein hohes Potenzial der Aktivierung (durch soziale Netzwerke, Nachbarschaften und Commitment mit dem eigenen Stadtteil). Die Nachhaltigkeit der Investitionen ergibt sich zwangsläufig, wenn es gelingt, die Verhältnisse im Stadtteil gesundheitsförderlich zu verändern.

Modellprojekte zur kommunalen Gesundheitsförderung stehen deshalb jedoch auch in einer besonderen Verpflichtung und sogar ethischen Verantwortung, Aktivierung und Vertrauensaufbau langfristig – das heißt weit über die Laufzeit der Förderung des Modellvorhabens hinaus – zu denken. Als eine der Kernaufgaben von Modellprojekten kommunaler Gesundheitsförderung ist deshalb die langfristige Absicherung von Rahmenbedingungen für das

Engagement von Akteurinnen und Akteuren, Ehrenamtlichen sowie Bewohnerinnen und Bewohnern anzusehen, zum Beispiel durch enge Kooperationen mit Institutionen, Trägern und Vereinen vor Ort, die die Aktivitäten in ihrer Verantwortung weiterführen und weiterentwickeln.

Eine koordinierte Weiterentwicklung von Städten und Gemeinden zu gesundheitsförderlichen Lebenswelten kann jedoch nicht nur von der Basis und aus den Aktivitäten vor Ort heraus entstehen. Gesundheit muss als Querschnittsthema in kommunale Verwaltung und Politik integriert werden, denn dort werden Entscheidungen über Stadtentwicklung, Ressourcenverteilung sowie Kampagnen getroffen und Rahmenbedingungen für langfristige Veränderungen geschaffen. Gesundheit sollte ein Thema werden, das jedes Dezernat betrifft und von dem alle profitieren können! In Leipzig – auch als Ergebnis des Projekts G0 – wurde das Thema Gesundheit in das Stadtteilentwicklungskonzept für den Leipziger Osten aufgenommen. Darauf können wir aufbauen.

Literatur

- Bär, G., Böhme, C., Reimann, B. (2009): Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin.
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. (2005): Wer profitiert von Elternbildung? In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 25 (3), 2005, S. 263–280.
- Bestmann, S. (2009): »Bitte halten Sie den Zugang frei!« Sozialräumliches Arbeiten im Bereich der Gesundheitsförderung mit Familien mit sogenanntem Migrationshintergrund. In: Kuhn, D., Papies-Winkler, I., Sommer, D. (Hrsg.): Gesundheitsförde-

- rung mit sozial Benachteiligten. Frankfurt am Main, S. 55–92.
- Blümel, S., Lehmann, F. (2011): Stichwort: Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- BMBF (Hrsg.) (2007): Roadmap für das Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesregierung. Bonn.
- Bunge, C., Meyer-Nürnberger, M., Kilian, H. (2006): Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49 (9), 2006, S. 893–897.
- Douma, Y., Kilian, H. (2007): Fokus-Auswertung: »Angebote der Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil«. Endbericht. Gesundheit Berlin e. V., Berlin. Download unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=1d73a586a20b30ad1b02e0450cf836e7>. Zugriff im Juni 2011.
- Friedrich, S. et al. (2010): Gesundheit beginnt in der Familie – eine Handreichung. Evaluation innovativer Praxisprojekte zur Gesundheitsprävention für Kinder aus sozial benachteiligten Familien in großstädtischen Wohnquartieren. In: Deutsches Jugendinstitut und Universität Hamburg (Hrsg.). München und Hamburg. Download unter http://www.dji.de/bibs/handr_gesundheit.pdf. Zugriff im Januar 2011.
- Geene, R. (2006): Evidenz, Evaluation, Qualitätsorientierung und Good Practice – Beiträge zu einer partizipativen Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Geene, R. et al. (Hrsg.): Qualitäten der Gesundheitsförderung. Dokumentation einer Workshoptagung. Mittwoch, 22. Juni 2005 in Berlin. Berlin, S. 15–25. Download unter http://www.gesundheitberlin.de/download/Dokumentation_Qualitaeten_www.pdf. Zugriff im Januar 2012.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2010). Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 5. Möller Druck und Verlag GmbH, Berlin.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010): Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin. Download unter http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Leitfaden_Pr%C3%A4vention_RZ_web4_2011_15702.pdf. Zugriff im Juni 2011.
- Grabow, K. (2009): Die Erfahrungen. In: Kuhn, D., Papies-Winkler, I., Sommer, D. (Hrsg.): Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Erfahrungen aus der Lebenswelt Stadtteil. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Große, J. et al. (2012): Community-based health promotion for socially disadvantaged mothers as health managers of their families: strategies for accessing the target group and their effectiveness. In: Journal of Public Health. Download unter <http://www.springerlink.com/content/jv14242351712x85/fulltext.pdf>. Zugriff im Januar 2012.
- Haisch, J., Weitkunat, R., Wildner, M. (Hrsg.) (1999): Wörterbuch Public Health. Hans Huber, Bern.
- Hartmann, M. (2008): Frühe Hilfen für Schwangere und Familien – Anforderungen an die Angebotsgestaltung, niedrigschwellige Zugänge und interdisziplinäre Kooperation. Dokumentation des 4. Praxistags des Projekts »Gesellschaftliche Integration«, »Integration und Gesundheit«. Friedrich-Ebert-Stiftung. Download unter http://www.fes.de/integration/pdf/080626_Hartmann.pdf. Zugriff im Januar 2012.
- Hartung, S., Kluwe, S., Sahrai, D. (2010a): Elternbildung und Elternpartizipation in Settings. Eine programmspezifische und vergleichende Analyse von Interventionsprogrammen in Kita, Schule und Kommune. Abschlussbericht – Bielefelder Evalua-

- tion von Elternedukationsprogrammen (BEEP). Bielefeld.
- Hartung, S., Kluwe, S., Sahrai, D. (2010b): »Es geht nur mit den Eltern!« – Kriterien erfolgreicher Präventionsprogramme. In: Public Health Forum, 18 (69), S. 15–17.
- Hradil, S. (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden, S. 33–52.
- Lampert, T., Kroll, L. E., Dunkelberg, A. (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 42, S. 11–18.
- Marzinzik, K., Kluwe, S. (2007): Stärkung der Erziehungskompetenz durch Elternkurse – Zur Wirksamkeit und Reichweite des Elterntrainings STEP. In: Prävention, 29 (3), S. 79–82.
- Mielck A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern.
- Mielck, A. (2010): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln, S. 510–515.
- Reimann, B., Böhme, C., Bär, G. (2010): Mehr Gesundheit im Quartier: Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung. Berlin.
- Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. Wiesbaden.
- Rosenbrock, R. (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M., Schröer, A. (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm »Mehr Gesundheit für alle«. Essen, S. 7–149.
- Rosenbrock, R., Hartung, S. (2011): Settingansatz/ Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Gamburg, S. 497–500.
- Rosenbrock, R., Kümpers, S. (2006): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden.
- Ruckstuhl, B., Kolip, P., Gutzwiller, F. (2001): Qualitätsparameter in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Köln, S. 38–50.
- Sahrai, D. (2010): Differenzen in der Wahrnehmung präventiver Angebote und von Elternpartizipation im Setting Kita. Eine Analyse der Wechselwirkung schicht- und migrationsspezifischer Einflüsse. Bielefeld.
- Salman, R., Menkhaus, B. (2005): Gesundheit Hand in Hand – Mit Migranten für Migranten (MiMi). Ein interkulturelles Projekt stellt sich vor. Soziale Psychiatrie, 29, 26–8.
- Schneider, S., Schiltenswolf, M. (2005): Rückenschulen verfehlen ihre Hauptzielgruppen. In: Newsletter »Aktion gesunder Rücken«, Nr. 33.
- Schütte-Bäumner, C. (2007): Que(e)r durch die Soziale Arbeit. Professionelle Praxis in den AIDS-Hilfen. Transcript, Bielefeld.
- Soom Ammann, E., Salis Gross, C. (2011): Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts »Best Practice Gesundheitsförderung im Alter«. Zürich. Download unter http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praevention/allgemeines/bpgfa/d/BPGFA-Schwererreichbare-Zielgruppen-Gesamtstudie-2011.pdf. Zugriff am 14.02.2012.
- Sperlich, S. (2009): Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit durch Empowerment: Empirische

Analyse der Gesundheitseffekte für sozial benachteiligte Mütter. Wiesbaden.

Stickan-Verfürth, M. (2005): Multiplikator/innen und Mediator/innen als Schlüsselpersonen erfolgreicher Prävention: In: Strategien und Erfahrungen: Mehr Gesundheit für alle. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Band 14. Geene, R., Steinkühler, J. (Hrsg.): Gesundheit Berlin e. V. Wirtschaftsverlag NW – Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven, S. 103–114.

Trabert, G. (2002): Zwei-Klassen-Gesundheit. In: Deutsches Ärzteblatt, 99 (3), A93–5.

Trojan, A., Süß, W. (2010a): Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Aufl., Bern, S. 336–346.

Trojan, A., Süß, W. (2010b): Vermitteln und Vernetzen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Gamburg, S. 572–574.

WHO (2001): World Health Report 2001.

Zelen, K., Strippel, H. (2010): Präventionsbericht 2010. In: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (Hrsg.). Essen. Download unter http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/PM_2010-11-11_Pr%C3%A4ventionsbericht_Anlage_14931.pdf. Zugriff im Januar 2012.

» Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier – Anforderungen und Hürden einer partizipativen Herangehensweise¹

Waldemar Süß, Alf Trojan

» Vorbemerkung

Für die Tagung des Verbunds »Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP)« mit dem Titel »Gesund Aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier« wurden im Vorfeld Leitfragen gestellt, auf die in den Beiträgen vor dem Hintergrund der jeweiligen Erfahrungen der jeweiligen Forschungsprojekte eingegangen werden sollte.

- *Erste Leitfrage:* Welche Schwierigkeiten wirft der Einsatz strukturierter Programme im jeweiligen Handlungsfeld (hier: das Quartier) auf?
- *Zweite Leitfrage:* Welchen Erfordernissen muss ein Programm gerecht werden, damit es verwendet wird und wirken kann?

Für diesen Beitrag wurden die beiden Leitfragen erweitert, indem sie nicht nur auf strukturierte Programme (mit Modulen, Bausteinen und wiederholbaren Abläufen) bezogen werden. Darüber hinaus werden auch integrierte Programme, die einerseits

sehr dynamisch sein können und andererseits häufig starke partizipative Anteile haben, in den Fokus der Betrachtung gestellt. In weiteren Textabschnitten (siehe Abschnitt »Integrierte Programme und partizipative Elemente«) wird erläutert, was im Kontext des hier vorgestellten Programms und seiner Begleitforschung unter »integriertem Programm« und unter »Partizipation« zu verstehen ist.

» Informationen zum Quartier: Kurze Charakterisierung der Lenzsiedlung

Die Lenzsiedlung im Stadtteil Lokstedt in Hamburg-Eimsbüttel wurde zwischen 1974 und 1984 im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus errichtet. Mit ihren ca. 1200 Wohnungen ist sie die letzte Hochhaus­siedlung dieser Größe, die in Hamburg entstand.

1 Zentrale Passagen dieses Textes sind bereits in einem BZgA-Fachheft veröffentlicht worden. Der Vortrag griff in wesentlichen Aussagen auf die Inhalte dieses Textes zurück. Es handelt sich um folgende Publikation: Süß, W., Trojan, A. (2011): Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen für integrierte Handlungskonzepte am Beispiel des sozialräumlich angelegten Präventionsprogramms »Lenzgesund« in einem benachteiligten Quartier in Hamburg-Eimsbüttel. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesundheitsförderung konkret 17. BZgA, Köln.

Ein Vergleich der Bevölkerungs- und Sozialstruktur zwischen der Lenzsiedlung (ca. 3100 Einwohnerinnen und Einwohner), dem Bezirk Eimsbüttel und dem Hamburger Durchschnitt lässt deutliche Unterschiede erkennen. So wohnen in der Lenzsiedlung deutlich mehr junge Menschen unter 18 Jahren als im restlichen Stadtgebiet. Der Anteil der Lenzsiedlung an der Gesamtbevölkerung liegt bei ca. 27%. Neben dem hohen Anteil an jungen Menschen leben im Quartier auch überdurchschnittlich viele Menschen mit Sozialleistungen nach SGB II (ca. 35% in Bedarfsgemeinschaften nach Hartz IV) und Menschen mit ausländischem Pass (ca. 37%). Zu Letzteren kommen nach Schätzung der Akteurinnen und Akteure vor Ort noch weitere 20% von Menschen mit Migrationshintergrund und deutschem Pass, sodass der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung bei fast 60% liegt. Diese Situation in dem sozial benachteiligten Quartier geht einher mit gesundheitlichen Problemen (zum Beispiel schlechte Zahngesundheit bei vielen Bewohnerinnen und Bewohnern) und zusätzlichen Belastungen wie Gewalt in Familien und unter Jugendlichen.

Gleichzeitig verfügt das Quartier aber auch über vielfältige Ressourcen und Potenziale, die zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen beitragen oder aber hierfür genutzt werden können. Dazu gehören vor allem die durch den lokalen Träger der offenen Jugendarbeit aufgebauten Aktivitäten und Angebote sowie die Stärkung partizipativer Ansätze durch die Aktivierungsstrategien der sozialen Stadtteilentwicklung. Diese lassen insbesondere der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst als einem der Hauptakteure, aber auch der sozialen Stadtteilentwicklung, eine wachsende Bedeutung zukommen, da so Synergieeffekte hergestellt werden können.

Im Hamburger Senatsprogramm »Soziale Stadtteilentwicklung« (1998 bis 2004) und dessen Fort-

schreibung »Aktive Stadtteilentwicklung« (2004 bis 2008) war das Quartier von Anfang 2000 bis Februar 2007 Programmgebiet. In diesem Zeitraum wurden vor dem Hintergrund gravierender (städte-)baulicher Mängel, eines ausgeprägten Negativimages des Quartiers sowie eines zu aktivierenden Selbstorganisationspotenzials der Bewohnerschaft bereits in verschiedenen Handlungsfeldern (Wohnen, Wohnumfeld und Freiflächen, Bürgermitwirkung, gesellschaftliche Infrastruktur etc.) zahlreiche erfolgreiche Projekte und Maßnahmen umgesetzt und nachhaltige Strukturen zur Vernetzung, Kooperation und Projektentwicklung aufgebaut. Die Lenzsiedlung ist weiterhin ein sogenanntes Verstetigungsgebiet innerhalb des neuen Senatsprogramms »RISE« (Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung), in dem Gesundheitsförderung jetzt explizit eines der offiziell aufgeführten Handlungsfelder ist.

Informationen zum Präventionsprogramm: Das quartiersbezogene Präventionsprogramm »Lenzgesund«

Nahezu parallel zur Aufnahme des Quartiers in das Senatsprogramm der »Sozialen Stadtteilentwicklung« begann auch das Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel im Jahr 2001, mit ersten gesundheitsförderlichen Aktivitäten zum Quartiersmanagement beizutragen. Diese Aktivitäten orientierten sich zunächst an der Situation von jungen Familien und Migrantinnen/Migranten, da es sich bei der Lenzsiedlung um eine sehr kinderreiche innenstadtnahe Großsiedlung handelt (zum Beispiel 2001: Eröffnung

einer Sprechstunde der Mütterberatung im Quartier; 2002: Einsatz der Familienhebamme etc.).

Zwei Jahre später, im Herbst 2003, wurde dann auf Initiative des Gesundheitsamts der erste Runde Tisch »Lenzgesund« ins Leben gerufen, der einerseits zur Vernetzung der Akteure beitragen sollte und andererseits als Nahtstelle zwischen diesen und der Bewohnerschaft diente. Am Runden Tisch fanden und finden sich drei- bis viermal jährlich vielfältige Einrichtungen und Einzelpersonen aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich in und um die Lenzsiedlung (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Jugendamt, Familienhebamme, Stadtteilbüro, Kindertagesstätten etc.) zusammen, mit dem Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention als ein vorrangiges Handlungsfeld der Quartiersentwicklung zu etablieren. Weitere übergeordnete Ziele der gesundheitsförderlichen Aktivitäten des durch das Gesundheitsamt koordinierten und moderierten Runden Tisches »Lenzgesund« sind im Einzelnen:

- Vermittlung von Information und Wissen über das Gesundheitswesen,
- Förderung der Motivation, sich an einem gesunden Lebensstil zu orientieren,
- Aktivierung der Bewohnerschaft,
- Vernetzung der professionellen Akteurinnen und Akteure im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich hin zu einer informierteren und verbindlicheren Zusammenarbeit im Alltag, aber auch im Besonderen im Rahmen der Umsetzung des Präventionsprogramms.

Das Präventionsprogramm »Lenzgesund« wurde dem Runden Tisch »Lenzgesund« 2005 vom Gesundheitsamt vorgestellt und seitdem mit diesem und weiteren Kooperationspartnern umgesetzt und weiterentwickelt. Kernstück des dynamischen Handlungskonzepts ist die Organisation und Koordination vernetzter Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre mit dem Ziel, die

gesundheitliche Lage unter aktiver Beteiligung der Bewohnerschaft im Quartier zu verbessern. Damit soll ein kleinräumiger Beitrag zur sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet werden. Die Ziele sind im Einzelnen:

- Verbesserung der gesundheitlichen Lage im Quartier, besonders für Kinder und ihre Eltern,
- Erschließung der guten gesundheitlichen Versorgungsstruktur im Umfeld der Siedlung für die Bewohnerschaft,
- Aufbau und Sicherung von Brückenstrukturen zwischen dem medizinisch-sozialen Angebot und dem Gesundheitsbedarf der Bewohnerschaft,
- Förderung der Vernetzungsaktivitäten im Rahmen einzelner Handlungsfelder des Programms,
- Zusammenarbeit von Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung und der Gesundheitsförderung.

Aktuell gliedert sich das anfänglich aus neun Handlungsfeldern bestehende Präventionsprogramm nach mehrmaliger Diskussion am Runden Tisch in sieben Handlungsfelder (mit einzelnen Teilzielen und Zielgruppen) sowie in zwei Querschnittsaufgaben, die in alle Handlungsfelder integriert werden sollen:

1. Geburtsvorbereitung,
2. Schwangerschaft/Elternschaft Minderjähriger (Angebote für Jugendliche),
3. Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr,
4. Impfen,
5. Frühe Hilfen, Frühförderung und Sprachförderung,
6. Zahngesundheit,
7. Ernährung, Bewegung und Sucht.

Zu integrierende Querschnittsaufgaben:

- Erziehungs- und Gesundheitskompetenz der Eltern,
- Gewaltprävention.

In den einzelnen Handlungsfeldern wurden bereits und werden vielfältige Maßnahmen und Projekte der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt und umgesetzt.

Kurzinformation zu den Forschungsprojekten der Begleitforschung

Seit 2005 wird die Entwicklung und Umsetzung des Präventionsprogramms vom Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf mit folgenden Projekten wissenschaftlich begleitet:

Projekt 1:

»Strukturbildung (Capacity Building) für Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Eltern in einem benachteiligten Quartier« (Laufzeit von 5/2005 bis 2/2009; FKZ: 01 EL 04 14)

Projekt 2:

»Langzeit-Evaluation des Präventionsprogramms der Lenzsiedlung »Lenzgesund« und Transferpotenzial eines innovativen Evaluationsinstrumentes zur Messung von Strukturbildung (Capacity Building)« (Laufzeit von 3/2009 bis 2/2012; FKZ: 01 EL 0812)

Beide Projekte wurden und werden im Rahmen der Präventionsforschung vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Durch die Forschungsprojekte wurden und werden im Wesentlichen gemäß des bekannten Public Health Action Cycle zwei Hauptziele verfolgt:

- die Entwicklung einer quartiersbezogenen kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung (GBE) im Hinblick auf die Nutzung für Prozess- und Ergebniskontrolle, aber auch für die Situationsanalyse,
- die Entwicklung und Erprobung einer Evaluationsmethodik für settingbezogene Prävention/Gesundheitsförderung (»Capacity Building«).

In diesem Zusammenhang wurde im Projekt eine Methodik entwickelt, die als Messinstrumentarium zur Messung der Ausprägung der »Kapazitätsentwicklung und Strukturbildung im Quartier« im zeitlichen Verlauf genutzt werden kann.

Das Wissenschafts-Praxis-Projekt umfasst ein durch Arbeitspakete strukturiertes umfangreiches Arbeitsprogramm, das auf einem Mix von quantitativen und qualitativen Methoden basiert (sekundärstatistische Analysen, Experteninterviews, Bewohnerbefragung etc.). Wesentliche Ergebnisse wurden in den bisher zwei Quartiersdiagnosen und anderen Publikationen veröffentlicht.

Integrierte Programme und partizipative Elemente

Handlungsansätze zur Verbesserung der Lebensqualität in benachteiligten Quartieren erfordern aufgrund der komplexen Problemlagen einerseits und vielfältiger Akteurskonstellationen andererseits integrierte Handlungskonzepte.

Zu den städtebaulichen, ökonomischen, sozialen und ökologischen Problemen in den Gebieten und Quartieren kommen vermehrt auch gesundheitliche Probleme und Belastungen hinzu, die in besonderem Maße Kinder und Jugendliche betreffen können. Die

Situation der dort lebenden Menschen hängt verstärkt von den sozialen und ökologischen Determinanten von Gesundheit und Lebensqualität ab.

Dies macht ein integriertes Vorgehen notwendig und erforderlich, indem Handlungsbereiche bzw. Politikfelder wie soziale Lage und Gesundheit oder Umwelt, Wohnumfeld und Gesundheit miteinander verknüpft und integriert werden. Das bedeutet, dass so entstehende integrierte Handlungskonzepte Querschnittsaufgaben sind, die ressortübergreifend umgesetzt werden müssen.

Für diese integrierte Herangehensweise müssen intersektorale Akteurskoalitionen (die durchaus aus einem Ressort herausgeführt und koordiniert werden können) gebildet werden, die dann integrativ, quartiersbezogen (Settingansatz) und partizipativ (Integration der Bewohnerschaft) arbeiten. Diese Art der Politikentwicklung und -umsetzung soll im Folgenden am Beispiel der Umsetzung des Präventionsprogramms »Lenzgesund« erläutert werden. Damit verbunden werden Qualitätskriterien und Qualitätsanfordernisse für integrierte Programme und Ansätze formuliert.

Partizipative Elemente bestehen im Rahmen der Entwicklung, der Umsetzung und Begleitforschung des Präventionsprogramms in folgender Art und Weise:

- partizipative Evaluationsansätze im Rahmen der Begleitforschung,
- Beteiligung bzw. Partizipation von Bürgerinnen und Bürgern (Anwohnerschaft im Allgemeinen, Zielgruppen bestimmter Maßnahmen und Aktivitäten etc.),
- Beteiligung bzw. Partizipation von lokalen und überlokalen Akteuren und Stakeholdern bzw. Praktikerinnen und Praktikern (Runter Tisch »Lenzgesund«, Übernahme von Verantwortung und/oder Patenschaft für Projekte und Maßnahmen etc.),
- Integration der Stufenleiter der Beteiligung an lokalen Entscheidungsprozessen (Stufenleiter der

Partizipation in der Gesundheitsförderung) in die Bearbeitung der praktischen und wissenschaftlichen Aufgaben.

» Qualitätskriterien/Qualitätsanfordernisse für integrierte Handlungskonzepte am Beispiel des Präventionsprogramms »Lenzgesund«

Ein »Integriertes Handlungskonzept« für soziale Räume und Gebiete kann man definieren als intersektoral bzw. ressortübergreifend und dynamisch angelegtes Handlungs- und Steuerungsinstrumentarium für lokale Akteure. Mit der Umsetzung des Handlungskonzepts sollen in unterschiedlichen miteinander verknüpften (integrierten!) Handlungsfeldern vorher bestimmte Ziele ebenso erreicht werden, wie die sich aus der Programmdynamik heraus entwickelnden neuen Ziele. Da sich diese Ziele unter der Überschrift »Verbesserung der kommunalen bzw. lokalen Lebensqualität« zusammenfassen lassen, kann man beim Präventionsprogramm »Lenzgesund« von einem integrierten Handlungskonzept sprechen (siehe Handlungsfelder des Programms und die Programmziele).

Kernqualitätskriterien

- *Integrierter Teil eines übergeordneten politischen Leitziels bzw. Leitbildes (politischer Wille):*
Das Präventionsprogramm »Lenzgesund« ist integrierter Bestandteil der bezirklichen Entwicklungsplanung in Hamburg-Eimsbüttel, die neben anderen Leitzielen auch das Leitziel »Gesundes

Eimsbüttel« verfolgt. Es ist damit eines der acht Leitprojekte, die im Rahmen der bezirklichen Entwicklungsplanung langfristig weiterentwickelt und umgesetzt werden.

- *Integration in bzw. Verknüpfung mit andere(n) integrierte(n) Handlungskonzepte(n):*
Die inhaltliche Entwicklung des Präventionsprogramms »Lenzgesund« und die Konstruktion seiner Handlungsfelder und Umsetzungsstrukturen wurden in enger Kooperation und Verbindung mit dem Quartiersmanagement des Hamburg-spezifischen Programms der sozialen bzw. aktiven Stadtteilentwicklung vollzogen. So konnte die Gesundheitsförderung auch ein stabiles Handlungsfeld in der Umsetzung des Entwicklungskonzepts für das Quartier werden.
- *Tragfähige gesetzliche Grundlagen, die integriertes Arbeiten ermöglichen:*
Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (HmbGDG von 2001) ermöglicht mit seinen Paragraphen (insbesondere § 2 Aufgaben und Leistungen, § 3 Behörden, Zusammenarbeit, § 4 Gesundheitsberichterstattung, § 6 Gesundheitsförderung und Prävention) integriertes Arbeiten auf unterschiedlichen Ebenen. Außerdem wird durch das Gesetz die Prioritätensetzung auf sozialräumlich orientierte integrierte Handlungskonzepte, insbesondere für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, gefordert und gefördert.
- *Intersektorale Kooperation/ressortübergreifende Zusammenarbeit:*
Dieses Kriterium ist auf unterschiedlichen Ebenen bei der Entwicklung und Umsetzung des Präventionsprogramms »Lenzgesund« erfüllt. Durch die Verknüpfung mit der aktiven bzw. sozialen Stadtteilentwicklung kommt es auch auf den bezirklichen Leitungsebenen zur intersektoralen Kooperation (Stadtplanungsabteilung, Gesundheitsamt, Sozialraummanagement, Projektgruppe der be-

zirklichen Entwicklungsplanung etc.) (siehe dazu auch: Kernqualitätskriterien: Vernetzung und Strukturbildung).

- *Vernetzung und Strukturbildung auf der direkten Umsetzungsebene vor Ort:*
Um lokale Strukturbildung und Kapazitätsentwicklung zu betreiben, wurde der Runde Tisch »Lenzgesund« vom Gesundheitsamt ins Leben gerufen, der alle wichtigen Vor-Ort-Akteurinnen und -Akteure aus unterschiedlichen Bereichen (Kinder- und Jugendhilfe, medizinische Versorgung, Schule, schulärztliche Gesundheitsdienste, Kindertagesbetreuung, Quartiersmanagement etc.) regelmäßig zusammenführt. Auch die bestehende AG Familienförderung weist eine ähnliche Struktur auf, sodass man hier von Gremien ressortübergreifender Kooperation sprechen kann, die integriertes Arbeiten ermöglichen.
- *Integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung als rationale Entscheidungsgrundlage (Public Health Action Cycle):*
Durch die Zusammenarbeit der bezirklichen Gesundheitsberichterstattung mit dem Forschungsprojekt des Instituts für Medizinische Soziologie und dem Quartiersmanagement konnten eine Reihe von unterschiedlichen Indikatoren mit Daten gefüllt und fortgeschrieben werden. Daten aus dem Bereich sozialer Indikatoren, Gesundheitsdaten, Schuleingangsuntersuchungen, Flächennutzungsplanung etc. wurden aus der Sekundärstatistik oder aus Primärerhebungen zusammengetragen und für unterschiedliche Handlungsfelder nutzbar gemacht.
- *Anerkennung der grundlegenden sozioökonomischen Determinanten:*
Die Anerkennung erwiesener Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge im Bereich sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und insbesondere die Anerkennung der Tatsache der Notwendigkeit der Verbesserungen im Bereich der sozioökonomi-

schen Determinanten führen fast zwangsläufig zur Erkenntnis, dass dafür ein integriertes Handlungskonzept erforderlich ist. Das ist im Falle des Präventionsprogramms »Lenzgesund« gegeben, nicht nur normativ-programmatisch, sondern auch in den Köpfen der handelnden Akteurinnen und Akteure. Dies gilt insbesondere für die Führungspersonen im Gesundheitsamt selbst, aber auch in den Einrichtungen und Gremien vor Ort, was durch deren vielfältige Unterstützung der Aktivitäten und Aktionen des kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements in der Lenzsiedlung deutlich wird. Synergieeffekte lassen sich so einfacher erreichen.

– *Integrierte Handlungsansätze in den Handlungsfeldern:*

Integration von Handlungsbereichen wie beispielsweise im Präventionsprogramm »Ernährung, Bewegung und Sucht« oder in der sozialen Stadtteilentwicklung »Grünflächenplanung und Bewegungsförderung« zeigen, dass in der Umsetzung beider Programme auch integriert gehandelt wird.

– *Integration der Bevölkerung bzw. der Zielgruppen: Partizipation/Bürgerbeteiligung bei Analyse, Politikformulierung, Umsetzung und Evaluation:*

Durch bürgerorientierte Aktionen (Nachbarschaftstreffen, Stadtteilstefte etc.) und eine Reihe von Umfragen wurden die Bewohnerinnen und Bewohner sowohl am Präventionsprogramm als auch am Quartiersentwicklungskonzept beteiligt. In diesem Bereich bestehen in der Lenzsiedlung sicherlich noch Lücken (insbesondere im Bereich Evaluation) und Handlungsbedarf, wenn auch bereits viele Schritte unternommen wurden.

– *Integration verschiedener Evaluationsansätze in das Handlungskonzept als zentraler Bestandteil desselben (partizipativ, formativ, prozessorientiert, ergebnisorientiert):*

Ein Muss für alle Konzepte integrierter Ansätze ist das Mitdenken einer umfangreichen Evaluation

auf unterschiedlichen Ebenen von Anfang an. Sie gehört normativ betrachtet direkt zum integrierten Handlungskonzept dazu. Ohne Monitoring und Evaluation droht ein integriertes Handlungskonzept schnell wieder aus dem Denken und Handeln der Akteurinnen und Akteure verloren zu gehen.

– *Dynamisches lernendes Programm:*

Legt man die obige Definition für integrierte Handlungskonzepte zugrunde, dann sind solche Programme und Konzepte immer auch dynamisch angelegt und damit in ihren Zielen, Handlungsbereichen und Strukturen im laufenden Prozess veränderbar und aktualisierbar; beispielsweise vor dem Hintergrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse oder vor dem Hintergrund vermehrter Bürgerbeteiligung bei Konzeptentwicklung und Umsetzung. Das bedeutet, dass das Programm dazulernen kann. Mit einem solchen Ansatz kommen auch Aspekte von Nachhaltigkeit in die Diskussion um Zielbestimmung und Zielerreichung.

Am Beispiel des Präventionsprogramms »Lenzgesund« und seiner Umsetzung lassen sich bestimmte Qualitätskriterien und Qualitätserfordernisse aufzeigen, die man als Standards für sozialräumlich orientierte integrierte Handlungskonzepte bezeichnen kann. Sie dienen der kontinuierlichen, auch partizipativen Qualitätssicherung in der Entwicklung und Umsetzung solcher Programme und Konzepte und wurden hier in ihrem eher normativen Charakter formuliert, wenn auch konkret am Beispiel des Präventionsprogramms »Lenzgesund« abgearbeitet.

Ganz konkret auf der Ebene von Maßnahmen und Instrumenten lassen sich folgende Anforderungen formulieren:

- Aktive Beteiligung von Professionellen aus allen Handlungsbereichen (Gesundheit, Bildung, Umwelt, Soziales etc.) sowie Bewohnerinnen und Bewohnern mit »Schlüsselfunktionen« im Quartier (Adressaten der Programmakteurinnen und

- akteure im Hinblick auf nachhaltige Implementierung aufgebaute Strukturen],
- Entwicklung geeigneter Dialogformen und Kooperationsstrukturen (Runde Tische, GF-Konferenzen, Beiräte, Arbeitsgruppen, Bürgerversammlungen etc.),
- »Befähigung« und Stärkung (Empowerment) von Einzelpersonen oder Gruppen durch gezielte Wissensvermittlung, Kompetenzentwicklung und gegenseitige Unterstützung,
- Etablierung neuer Finanzierungsmodelle bzw. Zusammenführung verschiedener Finanzierungsquellen (Verfügungsfonds, Spenden, Public Private Partnership, aber auch Haushaltsmittel etc.).

Hürden: Was bereitet Probleme?

Im Folgenden sollen kurz die Hürden bei der Umsetzung partizipativer Ansätze dargestellt werden. Dabei muss – wie bei der Unterscheidung der partizipativen Aspekte – zwischen den Bürgerinnen und Bürgern auf der einen Seite und den Akteurinnen und Akteuren sowie Praktikerinnen und Praktikern auf der anderen Seite unterschieden werden.

Hürden für Bürgerinnen/Bürger und Bewohnerschaft

- Begrenzter Zugang zu besonderen Bevölkerungsgruppen (Menschen mit Migrationshintergrund, Männer, sozial benachteiligte Menschen, Obdachlose),
- »Expertenlastigkeit« bei der Programmplanung, -implementation und -evaluation (kann abschrecken),

- fehlende Kontinuität der Interventionen, zu viele Einzelaktionen und -angebote (»Projektitis«), zu wenig neue Regelangebote,
- Freiwilligkeit der Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten (»Ehrenamtlichkeit«),
- fehlende Verbindlichkeit von Entscheidungen – Frustration aus bisherigem Engagement,
- allgemein begrenzte Ressourcen der Akteurinnen und Akteure (Geld, Zeit, Personal, Räume).

Hürden für Akteurinnen/Akteure und Praktikerinnen/Praktiker

- Ungleiche Aufgabenverteilung und/oder Wechsel einzelner Personen behindern Entscheidungsfindung und Nachhaltigkeit der Programmentwicklung,
- mangelnde intersektorale Kooperation, insbesondere mit Angehörigen der Gesundheitsberufe (Vernetzung, Strukturbildung, enge Ressortbezogenheit),
- mangelnde »Macht« der beteiligten Ämter und/oder Bezirkspolitikerinnen und -politiker auf der niedrigeren kommunalen Ebene (mangelnder politischer Wille),
- Anforderungen und Prioritäten des Alltagsgeschäfts,
- allgemein begrenzte Ressourcen (Geld, Zeit, Personal, Räume).

Für die hier herausgearbeiteten Hürden für Bürgerinnen und Bürger, Bewohnerschaft sowie Akteurinnen/Akteure und Praktikerinnen/Praktiker sollten Strategien zu ihrer Überwindung überlegt werden. Dabei braucht man besonders für die Integration der Bürgerschaft mehr partizipative Konzepte, die mehr Einflussmöglichkeiten vorsehen als bisher. Für die Akteurinnen/Akteure und Praktikerinnen/Praktiker scheinen besonders intersektorale Kooperationsansätze wichtig zu sein, weil diese mehr und wirkungsvollere Entscheidungsmöglichkeiten in den Arbeitsalltag bringen können.

» Ausblick

Abschließend kann man sagen, dass die vielen Anforderungen und Hürden in gewisser Weise schon lange bekannt sind, dass also nichts wirklich Neues dabei ans Tageslicht gebracht wird. Es mangelt an der Umsetzung von vorhandenen Konzepten und Strategien zur Überwindung von Hürden und hinderlichen Faktoren sowie an der politischen Einlösung der Ansprüche und Anforderungen an Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Dazu müssen national, auf Länderebene sowie auf der kommunalen Ebene die Strukturen aufgebaut und die Kapazitäten entwickelt werden. Politische Unterstützung, auch durch entsprechende parlamentarische Beschlüsse, ist dabei unabdingbar.

» Literatur

- Bezirksamt Eimsbüttel (Hrsg.) (2008): BEP Eimsbüttel 2008. Bezirkliche Entwicklungsplanung – Die Zukunft des Bezirks gestalten. Bezirksamt Eimsbüttel, Hamburg.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2011): Ergebnisse der Präventionsforschung nutzen. 16 Beispiele aus dem BMBF-Förderschwerpunkt. Stärkung von Kindern und Jugendlichen. Köln.
- Kohler, S., Mossakowski, K., Süß, W., Nickel, S., Trojan, A. (Hrsg.) (2007): Beiträge zur Quartiersdiagnose. Kindergesundheit in der Lenzsiedlung. Eigenverlag, Hamburg.
- Laverack, G. (Hrsg.) (2010): Gesundheitsförderung und Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- Mossakowski, K., Nickel, S., Schäfer, I., Süß, W., Trojan, A., Werner, S. (Hrsg.) (2006): »Quartiersdiagnose Lenzgesund – mehr Gesundheit ins Quartier! Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg-Eimsbüttel«. Eigenverlag, Hamburg.
- Mossakowski, K., Süß, W. (2009): »Daten für Taten«: Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber, Bern. S. 23ff.
- Mossakowski, K., Süß, W. (2010): Öffentliche Gesundheitsförderung im sozialräumlichen Kontext und quartiersbezogene Prävention. In: Göpel, E., Gesundheitsakademie e.V. (Hrsg.): Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten – Band 4. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 258ff.
- Nickel, S., Trojan, A. (2009): Zur Messung von Kapazitätsentwicklung im Quartier: Konzepte, Methode, Erfahrungen. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber, Bern, S. 279ff.

» Gesundheitsförderung von Schulkindern im Wohnumfeld – Erhebung, Vernetzung, Verbesserung des kommunalen Bewegungsraumangebots

Hartmut Dunkelberg, Jürgen Schröder, Hans-Joachim Schemel

Die wichtigen Weichenstellungen für die biologische und seelische und damit auch gesundheitliche Entwicklung erfolgen im Kindes- und Jugendalter. Mit der Gesundheitsförderung sollte daher so früh wie möglich begonnen werden (Naidoo und Wills 2003, S. 279). Epidemiologische Basisdaten zur Gesundheit von Kindern haben sich jedoch in den letzten Jahren nicht zum Besseren hin entwickelt. Untersuchungen seit den 1980er- und 1990er-Jahren zeigen, dass sich der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher erhöht hat. Dies gilt wieder insbesondere für die Gruppe der 14- bis 17-Jährigen: Die Häufigkeit von Adipositas hat sich unter ihnen sogar verdreifacht. Damit steigt auch das Risiko für weitere ernährungsabhängige Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder, deren Mütter bereits durch Übergewicht oder Adipositas auffallen, sind einem höheren Risiko ausgesetzt (vgl. Kurth und Schaffrath 2007, S. 737 f.).

Diese eher negative Tendenz überrascht vor dem Hintergrund der Förderung des nicht wettkampfbundenen Breitensports, des außerunterrichtlichen Schulsports [Beschlüsse/Empfehlungen der 4. Konferenz der Sportminister der Länder vom 23.4.1980] und weiterer bereits fast in Vergessenheit geratener Aktivitäten des Deutschen Sportbunds wie zum

Beispiel die Trimm-dich-Aktion. Der Ruf nach einer zusätzlichen Sportstunde oder nach der Einführung eines Schulfaches Gesundheit wird von politischer Seite immer wieder deutlich vorgebracht und als der Lösungsweg angepriesen. Gegen die Einführung eines Schulfaches Gesundheit wird andererseits eingewandt, dass mit dieser zusätzlichen Stoffausweitung eher Schaden angerichtet werden könnte. Denn Gesundheit als persönlicher Lebensstil ist im Gegensatz zu anderen Schulfächern nicht allein durch Aneignung von Wissen zu erreichen und nicht als überprüfbare Leistung abzurufen.

Unumstritten ist dagegen, dass der schulische Bildungs- und Erziehungsauftrag auch die gesundheitliche Entwicklung der Schüler meint: Denn erst ein hohes Maß an Gesundheit der schulischen Akteurinnen und Akteure und Praktikerinnen/Praktiker insgesamt lässt den schulischen Bildungsprozess zum Erfolg werden. Bildung, verstanden als Prozess der Aneignung von Handlungs-, Wissens- und Lebenskompetenzen, beinhaltet immer dann auch Gesundheitsförderung. Ein wirklicher Durchbruch in der schulischen Gesundheitsförderung – das heißt, wie gesundheitliches Lernen überzeugend und effektiv im Schulleben verankert werden kann – konnte bisher jedoch nicht oder höchstens partiell erzielt werden. Die Konsequenz daraus ist, dass durch weitere Anstrengungen bei der Ursachensuche und bei der

Entwicklung schlüssiger Lösungsvorschläge die konzeptionelle Unsicherheit in der Gesundheitsförderung im Schulbereich überwunden werden muss. Hierzu sollte auch das vorliegende Forschungsprojekt beitragen.

Dem vorliegenden Forschungsprojekt lag die Zielsetzung zugrunde, einmal durch eine Fragebogenerhebung die gesundheitliche Orientierung von acht- bis zwölfjährigen Kindern in Verbindung mit ihrem Bewegungs- und Ernährungsverhalten, ihrer Freiraumaktivität und ihrem Sozialverhalten zu erfassen. Darüber hinaus sollte durch Spielaktionen das Bewegungsverhalten der Kinder in ihrem eigenen Wohnumfeld aktiviert und verbessert werden. Schließlich sollten neue kommunale Kooperationsstrukturen zur Förderung der Kindergesundheit erprobt werden, indem Lehrkräfte, Eltern sowie Vertreterinnen und Vertreter von kommunalen und konfessionellen Institutionen durch Bildung von Kontaktkreisen zu aktiven Arbeitsgruppen zusammengeführt werden.

Projektgebiete

In den Städten Göttingen und München wurde in Absprache mit den Kooperationspartnern (Referat für Gesundheit und Umwelt in München, Oberbürgermeister der Stadt Göttingen) je ein Projektgebiet mit hoher Wohndichte abgegrenzt. Beide Untersuchungsräume entsprachen den Einzugsgebieten der dortigen Grundschulen. Die Gebiete lagen in den Stadtteilen Göttingen-Weststadt und München-Hadern. Insgesamt waren 22 Klassen der Jahrgangsstufen 2 bis 6 am Projekt beteiligt. Folgende sozioökonomische Angaben zum Zeitpunkt der Befragung geben einen Einblick in die Bevölkerungsstruktur dieser Gebiete: Die durchschnittliche Kinderzahl

pro Familie lag bei 2,6; etwas mehr als die Hälfte der Eltern gab an, in Deutschland geboren zu sein; keinen Schulabschluss hatten 7 % der Eltern, 10 % der Väter waren arbeitslos.

Zu Beginn des Projekts wurden Begehungen mit dem Projektteam durchgeführt, um einen ersten Überblick über das räumliche Lebensumfeld der Eltern und Kinder zu erhalten: Wohnsituation (Ein- oder Mehrfamilienhäuser, Gartenanteil), Wohnumgebung (Grünflächen, Straßenverkehr) sowie Spielsituation (Spielplätze, Brachflächen, weitere potenzielle Bewegungsräume) wurden erfasst.

Drei Settings wurden im Rahmen der Projektarbeit unterschieden: Wohnumfeld/Kommune, Schule und Familie. Im Setting Schule wurde das Ineinandergreifen von Gesundheit und Bildung neu strukturiert, indem in regulären Unterrichtsstunden, zum Beispiel in den Sportstunden, regelmäßig Spielaktionen im Wohngebiet der Schülerinnen und Schüler durchgeführt wurden. Damit wurde auch die Möglichkeit geschaffen, ausgewählte Unterrichtseinheiten, zum Beispiel in Sachkunde, mit einem Freiraumaufenthalt zu verbinden. Den Kindern wurde eine möglichst breite Vielfalt an Spielmöglichkeiten vermittelt: Spielen allein, zu zweit und in der großen Gruppe, Bauen und Gestalten, Bewegungsspiele, Natur- und Gruppenerfahrung. Die Spielaktionen waren so angelegt, dass Kinder auch dazu gebracht werden sollten, vermehrt aus eigener Initiative im Freien in ihrem Wohnumfeld zu spielen. Spaß und Begeisterung an Spiel und Bewegung im Freien sollten vorrangig geweckt werden. Für die Spiele wurden bei Bedarf nur Materialien verwendet, die in der Umgebung gefunden werden konnten.

Im Setting Wohnumfeld/Kommune wurden neue Kooperationsstrukturen (Kontaktkreise) in den Projektgebieten eingerichtet. Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Verwaltung (Zuständigkeitsbereiche: Stadtplanung, Umwelt, Grünflächenentwicklung, Kinder und Jugendliche, Gesundheit,

Schule, Sport), Lehrkräfte, Eltern, Kinder sowie engagierte Anwohnerinnen und Anwohner wurden eingeladen, sich zur Verbesserung der Bewegungssituation im Wohngebiet zusammenzufinden und regelmäßig zu treffen. Besondere Themen dieser Kontaktkreise waren:

- Erarbeitung von Vorschlägen zu flächenbezogenen Maßnahmen: Aufwerten von bestehenden Spielflächen und Beseitigung von Einschränkungen (zum Beispiel Hausordnung),
- Beseitigen von Gefahren für spielende Kinder, Pflege der Spielplätze und Freiflächen,
- Sicherheit im Straßenverkehr,
- Zusammenarbeit mit den kommunalen Ämtern.

Im Setting Familie war vorgesehen, Eltern in die Spielaktionen im Wohngebiet, die auch nachmittags angeboten wurden, in das Projekt einzubeziehen. Dies sollte auch und durch den Informationsaustausch in Form von Elternbriefen und durch Beteiligung an Elternabenden usw. geschehen.

Fragebogenerhebung

Grundlage für die Befragungen bildeten verschiedene Standardfragebogen wie der HBSC-Fragebogen der WHO-Gesundheitsstudie oder der Fragebogen »Inventar zum Essverhalten und zu Gewichtsproblemen für Kinder« (Diehl 1999) sowie eigene projektbezogene Fragen. Insgesamt wurde die Fragebogenerhebung an 316 Kindern (entsprechend einem Rücklauf von 93 %) und 233 Eltern (entsprechend einem Rücklauf von 54 %) durchgeführt. Der zugrunde gelegte HBSC-Fragebogen wurde uns freundlicher Weise von der School of Public Health – WHO Collaborating Center for Child and Adolescent Health

Promotion (Leitung: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann), Universität Bielefeld, zur Verfügung gestellt. Die Fragebogenerhebung bei den Kindern erfolgte anonym zu Beginn; eine Zweitbefragung fand am Ende der Grundschulphase bzw. vor Abschluss der Studie statt.

Selbsteinschätzung der Gesundheit durch die Kinder

Nur einige wichtige Projektergebnisse können im Rahmen dieser Übersicht angesprochen werden.

Von einem großen Teil der Kinder wird die eigene Gesundheit positiv eingeschätzt. Mit »einigermaßen« oder »schlecht« bewerteten nur 14 % der Kinder ihre Gesundheit. Mädchen stufen ihren Gesundheitszustand jedoch erkennbar schlechter ein. Hier waren es 18 %, die ihre Gesundheit nur mit »einigermaßen« oder »schlecht« bezeichneten. Eltern dagegen bewerteten in keinem Fall die Gesundheit der Kinder als »schlecht« und nur in 4 % mit »einigermaßen«.

Zu 90 % erachteten die Kinder die eigene körperliche Aktivität und Bewegung als sehr wichtig. Auch wurde von den Kindern die eigene Bewegungsaktivität häufig als wichtiges Mittel gegen emotionale Beschwerden und Spannungen wahrgenommen. In Bezug auf die körperliche Aktivität gab die Hälfte der Kinder an, Bewegung als Mittel gegen emotionale Belastung einzusetzen. In Bezug auf das Essen waren es nur 15 %.

» Sozialverhalten und Kontakt zu Gleichaltrigen

Sozialverhalten wie das gemeinsame Verbringen der Freizeit im Freundeskreis war mit anderen gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen und Einschätzungen der Kinder positiv assoziiert. Kinder, die häufig die Freizeit im Freundeskreis verbrachten, gaben auch an, die Freizeit häufiger im Freien zu verbringen.

Diese Kinder bewerteten auch ihr Wohngebiet häufiger als Stätte mit ausreichend guten Plätzen und Flächen zum Spielen. Auch die Häufigkeit des Verbringens der Freizeit mit Freundinnen und Freunden

und die Häufigkeit von körperlichen Anstrengungen waren positiv korreliert (siehe Abbildung 1).

» Orientierung der Kinder mit selbst berichteten gesundheitlichen Beschwerden

Kinder, die durch verschiedene und häufig auftretende gesundheitliche Beschwerden auffielen, waren eine besondere Zielgruppe dieses Projekts zur Förderung der Kindergesundheit. Um die Orientierung dieser Gruppe in Bezug auf Bewegungsaktivität, auf so-

Zusammenhang von Sozialkontakten und Bewegungsaktivität

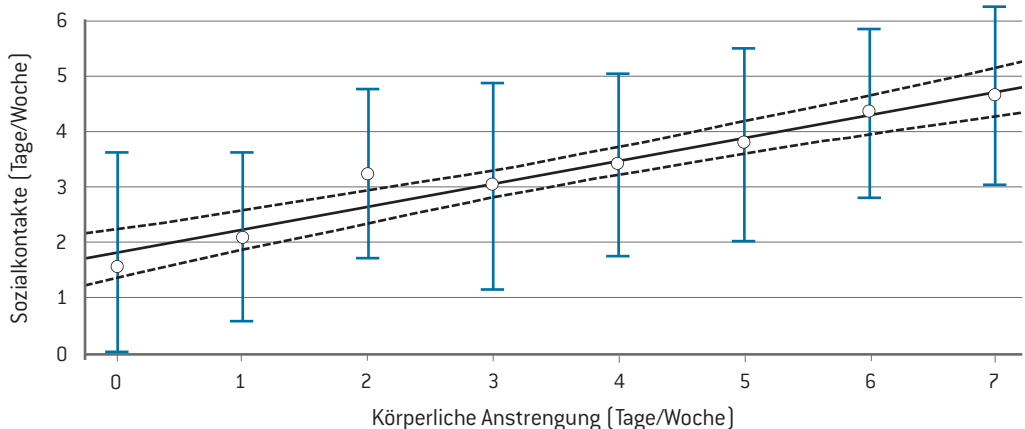


Abb. 1: Korrelation Sozialkontakte – durchschnittliche körperliche Aktivität. Frage: An wie vielen Tagen pro Woche verbringst du normalerweise am Nachmittag nach der Schule Zeit mit Freundinnen und Freunden? Frage: An wie vielen Tagen pro Woche treibst du normalerweise, auf das Jahr bezogen, Sport oder strengst dich für mindestens eine Stunde körperlich an? Gesamtkollektiv Kinder, Erstbefragung, N = 271, Korrelationswert 0,39.

Soziale Orientierung der Kinder mit gesundheitlichen Beschwerden (Risikogruppe)

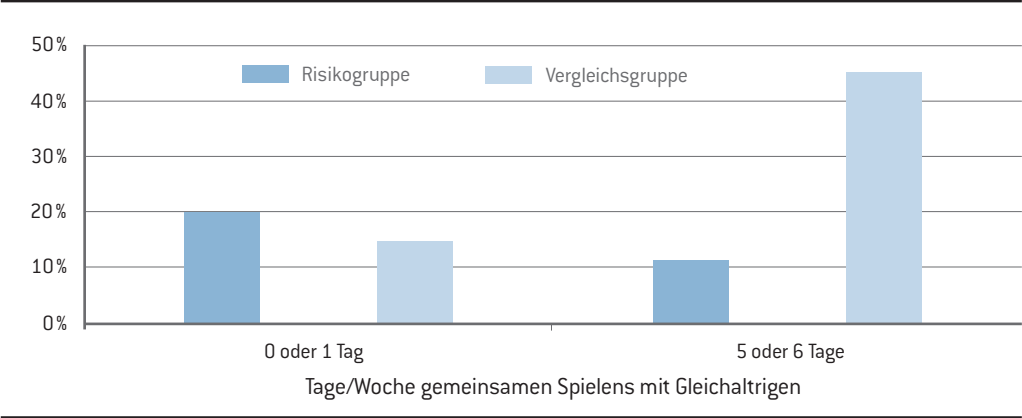


Abb. 2: Häufigkeit der Sozialkontakte zu Gleichaltrigen von Kindern mit und ohne subjektive(r) gesundheitliche(r) Beeinträchtigung (Risiko-/Vergleichsgruppe) (Frage: An wie vielen Tagen pro Woche verbringst du normalerweise am Nachmittag Zeit mit Freunden und Freundinnen?).

ziale Beziehungen, auf Freiraumorientierung und auf Ernährung und Medienkonsum zu erfassen, wurde die Fragebogenerhebung spezifisch in Bezug auf diese Gruppe ausgewertet. Aufgrund dieser Erkenntnisse sollten Interventionsmaßnahmen gezielt weiterentwickelt und angewendet werden. Zu der Gruppe mit stärker ausgeprägten subjektiven gesundheitlichen Beschwerden wurden Kinder zusammengefasst, die bei Fragen nach der Häufigkeit von Beschwerden wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, Gereiztheit oder Angst durch wöchentliche oder fast tägliche Nennungen auffällig waren. Diese Kinder werden im Folgenden als »Risikogruppe« im Sinne einer gesundheitlich gefährdeten Gruppe bezeichnet und mit dem restlichen Kollektiv verglichen (Vergleichsgruppe). Selbstverständlich befanden sich auch in der Vergleichsgruppe Kinder, die Beschwerden der einen oder anderen Art nannten, aber nicht in derselben Breite und Häufigkeit.

Die Risikogruppe bestand aus 28 Kindern (= 11,6%). Mit 70% war der Anteil der Mädchen be-

sonders groß. Die entsprechende Vergleichsgruppe bestand aus 206 Kindern. Der Anteil an Jungen und Mädchen war hier exakt gleich groß.

Die Kinder der Risikogruppe unterschieden sich von den übrigen Kindern nicht nur in Bezug auf gesundheitliche Beschwerden und die Geschlechterverteilung. Sie zeigten auch in ihrem Sozialverhalten, im Medienkonsum, im Bewegungsverhalten und in der Bewertung ihres Wohnumfelds als Lebensraum Besonderheiten.

So verbrachten Kinder dieser Gruppe weniger häufig den Nachmittag gemeinsam im Freundeskreis als Kinder der Vergleichsgruppe (siehe Abbildung 2), Kinder der Risikogruppe bewerteten auch den Schulweg zu 15% als gefährlich, nur 3% waren es in der Vergleichsgruppe. Auch das wohnungsnahe Umfeld als geeignetes Spielgebiet wurde aus der Sicht der Kinder der Risikogruppe häufiger negativ bewertet. So beantworteten 14% dieser Kinder die Frage »Es gibt gute Plätze zum Spielen und für die Freizeit

[Parks, Sportplätze, Freizeittreffs usw.] « mit »stimmt nicht«/»stimmt überhaupt nicht«. In der Vergleichsgruppe waren es nur 4 %. Ihre Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit dem eigenen Wohngebiet konnten Kinder auch durch die Beantwortung der Frage »Ist die Gegend, in der du wohnst, ein guter Platz zum Leben?« zum Ausdruck bringen. Auch bei dieser Frage tendierten die Kinder der Risikogruppe mit 15 % zu eher negativen Bewertungen im Verhältnis zur Vergleichsgruppe mit 5 %. Deutliche Unterschiede ließen sich auch im Freizeitverhalten feststellen, wie Abbildung 3 zeigt. 27 % der Kinder der Risikogruppe gaben an, fast nie draußen zu sein, 6 % waren es in der Vergleichsgruppe.

Einen Hinweis auf eine eingeschränkte Bewegungsaktivität bei den Kindern der Risikogruppe erbrachte auch die Auswertung der Frage nach der Beteiligung am Freizeitsport. 35 % der Kinder der Risikogruppe verneinten dies, während es in der Vergleichsgruppe nur 8 % waren. Auch bei der Frage nach der Häufigkeit der Einnahme eines Mittagessens pro Woche gab es Unterschiede. Waren es in der Ver-

gleichsgruppe 77 % der Kinder, die täglich ein Mittagessen einnahmen, so waren es in der Risikogruppe 52 %. Bei den Kindern der Risikogruppe war intensivere Computernutzung oder Medienkonsum mit verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie Kopfschmerzen oder Angstgefühlen assoziiert.

Auf der Grundlage der Fragebogenerhebung lässt sich zusammenfassen, dass einerseits gesundheitliches Wohlbefinden, häufige Sozialkontakte zu Gleichaltrigen, regelmäßige Bewegungsaktivität, häufiger Aufenthalt im Freien und häufiger Gebrauch der körperlichen Aktivität als emotionales Ausdrucksmittel in der Persönlichkeit der Kinder im Sinne einer gesunden Entwicklung zusammenwirken. Andererseits verbinden sich häufige gesundheitliche Beschwerden, seltene soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, reduzierte Bewegungsaktivität und negative Bewertung des eigenen Lebensumfelds zu einer kindlichen Lebenswelt, in der die Möglichkeiten, die Persönlichkeit zu entwickeln und gesundheitsbezogene Lebenskompetenzen zu erwerben, eingeschränkt sind.

Spielen im Freien: Kinder der Risikogruppe/Vergleichsgruppe

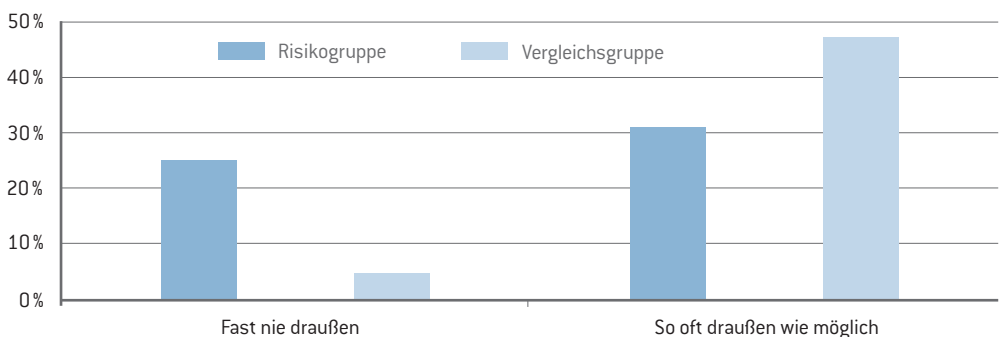


Abb. 3: Häufigkeit des Aufenthalts im Freien in der Freizeit bei Kindern mit und ohne subjektive(r) gesundheitliche(r) Beeinträchtigung (Frage: Wie verbringst du deine Freizeit?)

» Ergebnisse durch neue Kooperations und Partizipationsstrukturen: Kontaktkreise in Göttingen und München

In beiden Projektgebieten trafen sich die Kontaktkreise aus Vertreterinnen und Vertretern der kommunalen Einrichtungen, der Lehrerinnen und Lehrer, der Eltern und verschiedener sozialer und konfessioneller Einrichtungen etwa 10-mal im Abstand von zwei Monaten. Damit sollte das Projekt durch konkrete Ideen und Vorschläge, durch Anschub von lokalen planerischen Maßnahmen und durch organisatorische Veränderungen vorangebracht werden.

Von den verschiedenen, zum Teil sehr kleinräumigen Veränderungen sind folgende Maßnahmen besonders herauszustellen, die langfristige und auch überregionale Wirksamkeiten entfalteten. Einmal wurde in München in Zusammenarbeit mit der Städtischen Wohnungsgesellschaft (GWG) und der Verwaltung erstmals eine »Kinderfreundliche Hausordnung« verabschiedet, in der kindliches Spielverhalten als wichtiger Lebensausdruck der Kinder anerkannt und unterstützt wurde. Weiter wurden damit erhebliche Verbesserungen der Spielmöglichkeiten wie Radfahren für Kinder auf Wegen u. a. für die Wohnanlagen mit insgesamt 26.000 Wohnungen in München eingeführt (vgl. Süddeutsche Zeitung vom 04.01.2010: »Kinder dürfen Kinder sein – Neue Paragrafen in der Hausordnung räumen Kindern mehr Rechte ein«; vgl. Abbildung 4).

Ein weiteres Thema – die planerische Umgestaltung eines Teilabschnitts der Leineau in Göttingen im Sinne einer besseren Erschließung für ufernahe Spiel- und Freizeitaktivitäten – erforderte einen län-

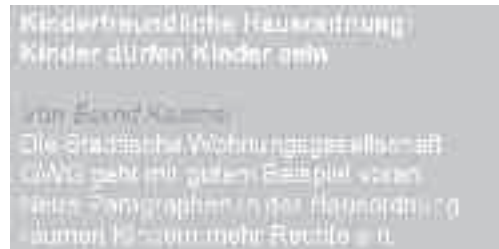


Abb. 4: Dokumentation zur »Kinderfreundlichen Hausordnung«
[oben: GWG-Journal, September 2009; unten: Süddeutsche Zeitung, 04.01.2010]

geren Diskussions- und Entscheidungsprozess. Im Kontaktkreis wurden Gestaltungsoptionen zu Flussbett und Uferbereich gesammelt und anhand einer detaillierten Planungsskizze den zuständigen Behörden vorgelegt: Renaturalisierung des Flussbetts mit flachen Uferzonen, Spielbuchten in knöcheltiefem Wasser, Baumbepflanzungen und ufernahe Fußwege waren schließlich das Ergebnis dieser Aktivitäten (siehe Abbildung 5).

Zu einer Veränderung des Umfelds und damit der schulnahen Spielmöglichkeiten führte ebenfalls die Errichtung eines Spielbergs, der mehrere hundert



» Abb. 5: Beispiel für freiraumplanerische Umgestaltung zur Förderung der Freiraumaktivität von Kindern und Jugendlichen: Erschließung und Renaturalisierung der Leineaue in Göttingen. Oben vor, unten nach der Maßnahme.



» Abb. 6: Spielberg an der Hagenbergschule in Göttingen

Lkw-Ladungen von Mutterboden erforderlich machte und direkt neben der Hagenbergschule in Göttingen angelegt wurde. Dieser sollte den Schulkindern abwechslungsreiche Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten gegenüber der zuvor planen Wiese bieten.

» Zweitbefragung

Bei einer Gesamtprojektdauer von knapp drei Jahren und unter Berücksichtigung der erforderlichen Zeiten für organisatorische Planungen und für die Etablierung handlungsfähiger Kooperationen war eine Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung der Kinder (gemessen mittels Fragebogenerhebung oder durch Bestimmung objektiver Parameter) nur begrenzt zu erwarten. Signifikante Verbesserungen, wohl auch als direkte Folge der projektbedingten Intervention, ließen sich in mehrfacher Hinsicht feststellen. Zum Beispiel verbrachten insbesondere Kinder der Risikogruppe die Freizeit häufiger draußen, nahmen zu einem deutlich höheren Anteil regelmäßig ein Mittagessen ein, und spielten mit Gleichaltrigen etwa ebenso häufig wie die Kinder der Vergleichsgruppe.

» Schlussbetrachtung

Die vorliegende Studie zeigt, dass Kindergesundheit mit den Beziehungen der Kinder zu ihrem individuell bewerteten, körperlich und sozial erlebten Umfeld korreliert ist. Deutlich wird, dass sich die schulischen, räumlichen und sozialen Erfahrungs-

und Handlungsräume mit dem gesundheitlichen Befinden zu einer der Gesundheit förderlichen oder diese beeinträchtigenden Gesamtheit verbinden. Die Förderung der Kindergesundheit erfordert demnach, dass Anforderungen und Angebote vor allem kindgerecht sind. Das bedeutet, dass Hausordnungen und der Schulbetrieb nicht vorzugsweise erwachsenengerecht, Grünanlagen und Grünflächen zur Optimierung der Pflegemaßnahmen nicht ausschließlich maschinengerecht und Schulwege nicht vordringlich autogerecht sein sollten.

Die Studie hat ferner gezeigt, dass sich Partizipation auch hinsichtlich der Verhältnisprävention in der Gesundheitspolitik lohnt. Eltern, Lehrkräfte und andere an einer gesunden Entwicklung von Kindern interessierte Bürgerinnen und Bürger haben sich mit Erfolg bei den zuständigen Entscheidungsträgern für bessere räumliche und organisatorische Bedingungen für Spiel und Bewegung im Freien eingesetzt.

Literatur

Diehl, J. M. (1999): Einstellungen zu Essen und Gewicht bei 11- bis 16-jährigen Adoleszenten.

Schweiz Med Wochenschr 1999, 129, S. 162–175.

Naidoo, J., Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Kurth, B.-M., Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007, 50, S. 736–743.

» Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in Hamburger Stadtteilen

Christiane Färber, Petra Hofrichter

» Einleitung

Gesundheitsförderung und Prävention haben für die Stadtteilentwicklung eine wichtige Bedeutung. Ohne eine deutliche Senkung der Gesundheitsrisiken ist die Verbesserung der Lebensbedingungen in sozial benachteiligten Stadtteilen und Quartieren nicht zu erreichen. Dies gelingt nur, wenn geeignete Strukturen flächendeckend in Regelsystemen verankert werden und damit Maßnahmen alltagsnah und zielgruppenspezifisch im Lebensumfeld der Menschen umgesetzt werden. Dabei werden alters-, geschlechts- sowie migrationsspezifische Perspektiven einbezogen.

Hamburg setzt mit seinem Rahmenprogramm für Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE) auf lokale Gesundheitsförderungsstrategien mit niedrigschwelligen Angeboten. Verknüpft wird dies mit dem setting- und lebensphasenbezogenen Zieleprozess »Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!«. Das Rad wird hier nicht neu erfunden, sondern die positiven und evaluierten Ergebnisse und Erfahrungen aus Modellprojekten werden verstetigt und schrittweise in vergleichbaren Strukturen verankert. Wichtig ist dabei nicht nur die bessere Zusammenarbeit und Vernetzung der professionellen Akteurinnen und Akteure, sondern auch die Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern vor Ort mit ihren Kompetenzen, Erfahrungen und Interessen.

Das methodische Vorgehen und die bewährten Instrumente wurden bei der Konzeption der »Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung« zusammengefügt.

Koordinierungsbausteine beinhalten:

- a) die Finanzierung eines Stundenkontingents für Koordinierungsaufgaben im Bereich Gesundheitsförderung an den Träger einer Stadtteileinrichtung (Community Center, Stadtteilbüro); der jeweilige Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin übernimmt damit die Rolle eines Koordinators oder einer Koordinatorin für Gesundheitsförderung im Stadtteil,
- b) Qualifizierungsmaßnahmen für diese Koordinierenden im Bereich stadtteilbezogene Gesundheitsförderung sowie eine systemische Fortbildung zum Aufbau der Vernetzung und Zusammenarbeit von Schlüsselpersonen im Stadtteil sowie
- c) einen Verfügungsfonds für Mikroprojekte im Bereich Gesundheitsförderung (finanziert durch Krankenkassen, aktuell durch die Techniker Krankenkasse).

» Ausgangslage in Hamburg: » Mehr als gewohnt – Stadt- teile machen sich stark für Gesundheit«

Wie Prozesse der Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung intensiver miteinander verknüpft werden können, wurde im Rahmen des Forschungsprojekts »Mehr als gewohnt – Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung« im Zeitraum von September 2006 bis Juli 2009 vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) erarbeitet.

Der Stadtteil Lurup im Bezirk Hamburg-Altona war einer der drei Modellstandorte. Nachdem die Förderprogramme (»Aktive Stadtteilentwicklung« und »Soziale Stadt«) ausgelaufen waren, sah sich der Standort Lurup vor der Herausforderung, das bereits Erreichte zu bewahren bzw. in Bezug auf Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln.

Damit dies gelingt, hat das Deutsche Institut für Urbanistik folgende Empfehlungen für stadtteilbezogene Gesundheitsförderung ausgesprochen:

- Netzwerkentwicklung ist kein Selbstläufer, es braucht Netzwerkerinnen und Netzwerker sowie Ressourcen für die Koordination.
- Koordinierungsstellen mit anerkannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben sich bewährt.
- Gute Zusammenarbeit von Stadtentwicklung, Jugendhilfe, Schule und Gesundheitsförderung ist auf allen föderalen Ebenen wichtig.
- Verknüpfung mit vorhandenen Netzwerkstrukturen (Soziale Stadt) ist günstig.
- Vielfältige Anlässe und Anreize zur Zusammenarbeit sind nötig.
- Beteiligungskultur wirkt stabilisierend.
- Krankenkassen lassen sich für Quartiersentwicklung gewinnen (Reimann, Böhme und Bär 2010).

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts sind in das Rahmenprogramm für Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE) und das Konzept der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung eingeflossen, ebenso in den »Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!«.

Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE, 2009)

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz verantwortet die stadtweit wirksamen Aufgaben im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, die Bezirksämter sind für die Stadtteilebene zuständig.

Um die Erfolgsaussichten von Gesundheitsförderung und Prävention zu steigern, werden im Rahmenprogramm für das Handlungsfeld »Gesundheitsförderung« folgende Strukturelemente der integrierten Stadtteilentwicklung empfohlen:

- Gesundheitsbezogene Analysen zu Problemen und Potenzialen im Stadtteil,
- Einbindung der wesentlichen Akteurinnen und Akteure sowie der Stadtteilbevölkerung,
- Verständigung auf konkrete Handlungsschwerpunkte und Abstimmung eines Umsetzungskonzepts mit klaren Verantwortlichkeiten,
- Aktivierung und Unterstützung vorhandener Ressourcen und Kompetenzen im Stadtteil, u. a. durch Einbeziehung freiwilligen Engagements von Bürgerinnen und Bürgern,
- Koordination der Gesundheitsförderung zur Aktivierung, Zusammenführung (zum Beispiel in Transparenz- und Planungskonferenzen) und Beratung der Stadtteilakteurinnen und -akteure, Begleitung des Umsetzungskonzepts, Hilfe bei der Finanzierung von (Mikro-)Projekten sowie Dokumentation und Überprüfung der Wirksamkeit des Gesundheitsförderungsansatzes,
- unbürokratische Finanzierung und Umsetzung kleinerer Gesundheitsförderungs- bzw. Präventi-

- onsprojekte (zum Beispiel durch Verfügungsfonds),
- Bündelung der Koordination für Gesundheitsförderung mit weiteren Angeboten (zum Beispiel Stadtteilcafé, Beratungsangebote).

Schnittstellen zu anderen Handlungsfeldern (dazu gehören zum Beispiel Familienförderung, Wohnumfeld, Integration usw.) werden im Rahmen von RISE definiert; es wird eine ressortübergreifende Zusammenarbeit angestrebt (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drs. 19/3652).

»Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!« (PfP, 2010)

Präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten zielen darauf ab, große Gesundheitsrisiken und Volkskrankheiten zu mindern bzw. zu verhüten. Der Paradigmenwechsel von einer krankheitsorientierten zu einer Gesundheit erhaltenden Strategie im Gesundheitswesen wird zwar immer wieder beschworen, ist aber bei Weitem noch nicht umgesetzt. Dafür sind Gesundheits- und Präventionsziele erforderlich. Zur Entwicklung und Umsetzung der Hamburger Gesundheitsziele dient der Pakt für Prävention. Der zunächst auf drei Jahre angelegte Prozess mit seinen Ziel- und Gesamtkonferenzen wird unter Federführung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz und mit Unterstützung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) organisiert und begleitet. Über 90 Akteurinnen und Akteure haben mittlerweile die Kooperationsvereinbarung zum PfP unterzeichnet.

Auf den Zielkonferenzen des Pakts für Prävention werden zentrale Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen der Gesundheitsberichterstattung vorgestellt, diskutiert und bewertet. Planungen und empfohlene Strategien sollen sich alltagsnah an den Lebenswelten der Menschen ausrichten. Das verbindende Ziel ist es, die Gesundheit der Hamburger

Bevölkerung nachhaltig zu fördern, zu stärken und zu verbessern.

In drei Phasen werden die Gesundheitsziele in Zielkonferenzen und lebensweltbezogenen Foren entwickelt:

- Gesund aufwachsen in Hamburg! (ab 2010),
- Gesund alt werden in Hamburg! (ab 2011),
- Gesund leben und arbeiten in Hamburg! (ab 2012).

Der erste Gesundheitszieleprozess »Gesund aufwachsen in Hamburg!« wurde im letzten halben Jahr intensiv bearbeitet. Bis März 2011 haben in den Foren »Gesundheit rund um die Geburt«, »Gesunde Kita«, »Gesunde Schule« und »Gesunder Stadtteil« über 100 Akteurinnen und Akteure Gesundheitsziele und Eckpunkte erarbeitet, die in ein gemeinsames Rahmenprogramm eingeflossen sind. Dieses wurde auf einer Gesamtkonferenz im Mai 2011 verabschiedet (weitere Informationen unter www.hamburg.de/pakt-fuer-praevention).

Zu den Schwerpunkten des Forums »Gesunder Stadtteil« zählte die Auseinandersetzung über wirkungsvolle Herangehensweisen, um Akteurinnen und Akteure sowie Ressourcen für das Gelingen von Stadtteilprojekten nachhaltig zu gewinnen. Empfohlen wurde u. a. auch die Einrichtung von Koordinierungsbausteinen für Gesundheitsförderung, die eine Bestandsaufnahme der Angebote, die Koordinierung und Vernetzung der wesentlichen Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung mit ihren Potenzialen, einen Verfügungsfonds für gesundheitsfördernde Projekte und Qualifizierungsmaßnahmen für die Beteiligten umfassen. Damit wurden die Leitlinien zur Gesundheitsförderung in der integrierten Stadtteilentwicklung mit der Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie auf Hamburger Ebene verknüpft.

» Übertragung der Erfahrungen guter Praxis: Die Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung

Mit der Einrichtung der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung (KoBa) setzt die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz in Kooperation mit weiteren Partnerinnen und Partnern also die Empfehlungen aus dem Rahmenprogramm für Integrierte Stadtteilentwicklung modellhaft um. Angelehnt an Erfahrungen aus dem Quartiersmanagement soll auch diese Koordinationsaufgabe dazu beitragen, nachhaltig wirksame Strukturen – explizit für Gesundheitsförderung – in Stadtteilen und Quartieren aufzubauen.

In drei Stadtteilen wurden (ab 2010) – zusätzlich zur Förderung des Luruper Modellprojekts (BÖV 38) – an zwei Community-Centern in sogenannten RISE-Entwicklungsgebieten (Phönixviertel im Bezirk Harburg und Hohenhorst im Bezirk Wandsbek) sowie an ein weiteres Stadtteilbüro (Dulsberg) Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung (KoBa) »angedockt«. Die Laufzeit der Koordinierungsbausteine ist zunächst für ein Jahr bewilligt, die Koordinierungsaufgaben werden mit jeweils 10.000 Euro unterstützt.

Alle vier Standorte verfolgen folgende Leitziele:

- Stärkung von Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit Entwicklungsbedarf,
- Integration von Gesundheitsförderung als Querschnittsthema in unterschiedliche Settings (zum Beispiel Kita, Schule),
- Öffnung der Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen.



» Abb. 1: Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt, Leitstelle Integrierte Stadtteilentwicklung: Fördergebiete der Stadterneuerung, ergänzt um Standorte der Koordinierungsbausteine (KoBa) im Hamburger Stadtgebiet (Stand Juli 2011, BGV)

Die enge Zusammenarbeit mit dem Quartiers- und/oder Centermanagement bzw. den Stadtteilbüros ermöglicht die Nutzung von Synergieeffekten (bei Ressourcen, zum Beispiel Räume und deren Nutzung, Kontakte, Verteiler u. a.).

Koordinierungsbausteine Gesundheitsförderung – Ein Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist für die Federführung, Steuerung und Abstimmung zwischen den Kooperationspartnerinnen und -partnern im Hinblick auf Weiterentwicklung und Evaluation verantwortlich. Die BGV stellt für die Koordinierungsaufgaben im Bereich Gesundheitsförderung Personalmittel für ein Stundenkontingent an vorhandenes Personal in Community-Centern oder Stadtteilbüros in insgesamt vier Stadtteilen zur Verfügung (zwei davon in Entwicklungsgebieten von RISE). Ein regelmäßiger Austausch zwischen den

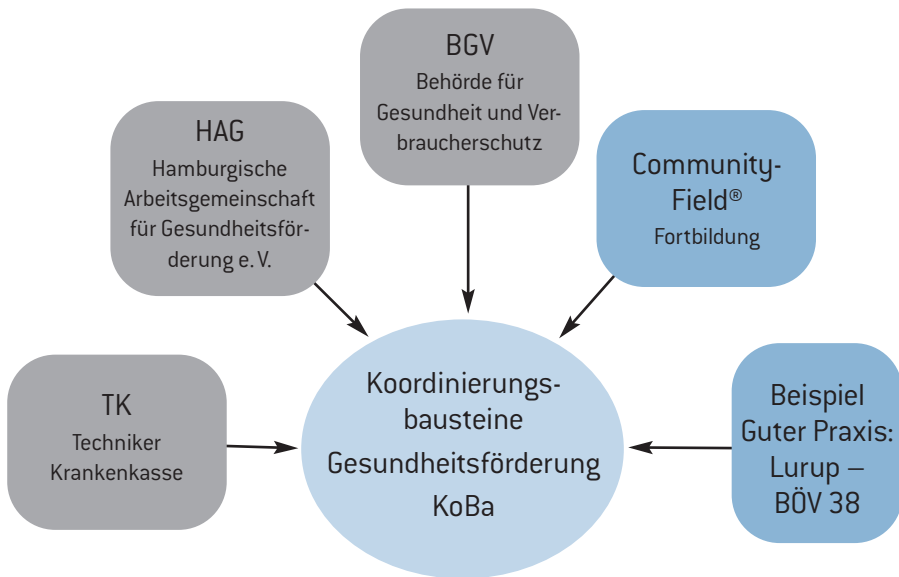


Abb. 2: Koordinierungsbausteine Gesundheitsförderung KoBa. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2011

Standorten (nach Bedarf drei bis vier Treffen pro Jahr) findet statt.

HAG – Regionaler Knoten

Die HAG (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.) bildet die Akteurinnen und Akteure der Modellstandorte u. a. durch eine Fortbildungsreihe zur Qualitätsentwicklung im »Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!« weiter und bietet eine »Ad-hoc-Beratung« an. Sie gewährleistet den Informationstransfer zum Beispiel über Entwicklungen auf Bundesebene, mit Hinweisen auf Veranstaltungen und aktuelle Veröffentlichungen zum Thema.

Techniker Krankenkasse (TK)

Die TK stellt aktuell für die vier Standorte jeweils einen Verfügungsfonds für Mikroprojekte zur Ver-

fügung. Dazu gehört zusätzlich die Umsetzung des bereits ebenfalls in Lurup erprobten Projekts »Superklasse – Gesundheitssong in Schulen«. Sie unterstützt die verschiedenen Träger bei der Öffentlichkeitsarbeit.

Stadtteilbüro Lurup (Böverstland – BÖV 38)

Das Stadtteilbüro in Lurup mit der Adresse Böverstland (kurz BÖV 38) ist »Model of Good Practice«. Die Mitarbeiterinnen geben ihre Erfahrungen an die anderen Standorte bei Bedarf weiter und beraten die Koordinierungsbausteine in Zusammenhang mit dem Verfügungsfonds.

Fortbildungsteam CommunityField®

CommunityField® ist eine systemische Methode zum Aufbau personaler Vernetzung. Margret Roddis und Rainer Kirstetter führten zwischen 2010 und

2011 diese praxisorientierte Fortbildung im Phönixviertel (Bezirk Harburg) und in Hohenhorst (Bezirk Wandsbek) durch. Damit soll die Zusammenarbeit von Schlüsselpersonen im Stadtteil gefördert und verstetigt werden.

Aufgaben im Rahmen der Koordinierungsbausteine

Zentrale Aufgaben im Rahmen der Koordinierungsbausteine sind:

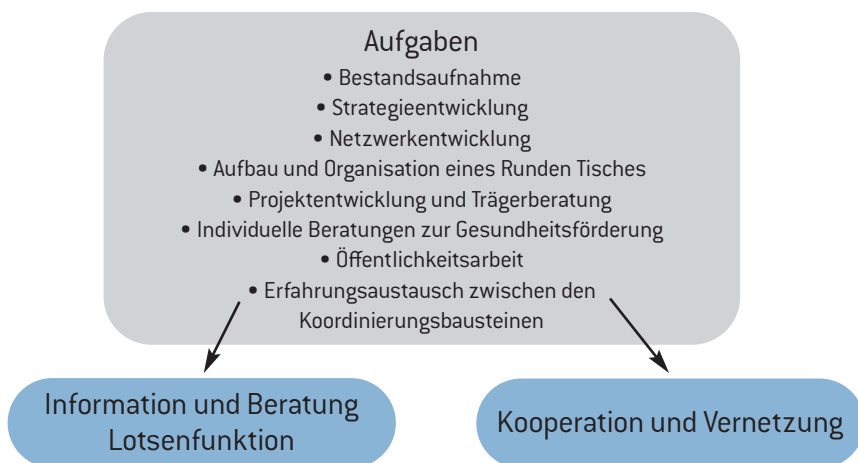
- Entwicklung einer Gesamtstrategie für Gesundheitsförderung im jeweiligen Stadtteil/Quartier,
- Bestandsaufnahme der Ressourcen und Bedarfe,
- Aufbau von Vernetzungsstrukturen,
- Projektentwicklung und Trägerberatung,
- Ausübung der Lotsenfunktion zwischen den Bereichen Gesundheit, Quartiersentwicklung, Bildung, Soziales, Beschäftigung,

- Aufbau von Kooperations-, Vernetzungs- und Beteiligungsstrukturen (zum Beispiel durch CommunityField®),
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Einrichtung eines Verfügungsfonds für Mikroprojekte im Bereich Gesundheitsförderung.

Über den Einsatz der Mittel aus dem Verfügungsfonds der TK entscheidet ein lokales Gremium (zum Beispiel der Stadtteilbeirat). Die schnelle, unbürokratische finanzielle Förderung kleinerer Projektvorhaben im Stadtteil/Quartier unterstützt lokale Empowerment- und Partizipationsprozesse. Die Koordinatorin bzw. der Koordinator der Koordinierungsbausteine berät die Träger bei der Antragstellung, stimmt die Prozesse mit dem lokalen Gremium ab und macht die Ergebnisse öffentlich.

Gesundheitsförderung wird ...

... integriert in Stadtteilarbeit und bekommt Koordinatorin oder Koordinator (Hütermodell)



Prozessbegleitende Arbeitsschwerpunkte

Um die Nachhaltigkeit der Strukturen zu fördern, wird im Rahmen des Projekts der Schwerpunkt auf Partizipation und Qualitätsentwicklung gelegt. Das bedeutet konkret: Die Modellstandorte beteiligen sich an der Fortbildung CommunityField® – eine Multiplikatorenfortbildung, die das Ziel verfolgt, eine Kultur des Miteinanders im Stadtteil zu entwickeln. Sie wendet sich an sozial engagierte Akteurinnen und Akteure (Bewohnerinnen und Bewohner, Haupt- und Ehrenamtliche, Schlüsselpersonen aus dem Feld der Gemeinwesen-, Jugend-, Kultur-, Bildungs- und Gesundheitsarbeit mit Zugang zu den Zielgruppen), die in einem gemeinsamen Prozess für das Querschnittsthema Gesundheitsförderung fortgebildet werden. Mit CommunityField® wird der Stadtteil bei der Entwicklung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensraum unterstützt. Eine Beteiligungs- und Begegnungskultur wird ermöglicht und stabilisiert.

Einen weiteren Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten die Qualifizierungsangebote der HAG im Rahmen des Regionalen Knotens. Seit 2010 konnten interessierte Stadtteilakteurinnen und -akteure an einer viertägigen Qualifizierung zu Gesundheitsförderung im Stadtteil teilnehmen. Ab 2011 besteht über den Pakt für Prävention auch für die Koordinatorinnen und Koordinatoren der KoBa die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Fortbildungsreihe zur Qualitätsentwicklung. Den Teilnehmenden wird in praxisorientierten Workshops ein Überblick über unterschiedliche Instrumente und Systeme der Qualitätsentwicklung geboten. Einerseits bekommen sie damit Unterstützung für die tägliche Arbeit, andererseits wird dadurch sektorenübergreifendes Lernen ermöglicht.

In Hamburg wurde mit den »Kordinierungsbausteinen Gesundheitsförderung« die bewährte Struktur eines evaluierten Modellprojekts in weiteren Standorten etabliert und dessen zunehmende Ausweitung »in die Fläche« begonnen. Die Erfahrungen

mit den Kordinierungsbausteinen an den verschiedenen Standorten werden ausgewertet, evaluiert und weiterentwickelt. Darüber hinaus sind angesichts knapper finanzieller Ressourcen gemeinsame Anstrengungen aller Akteurinnen und Akteure notwendig, um entsprechende »Hütermodelle« in möglichst vielen Stadtteilen mit entsprechendem Bedarf zu verankern.

» Literatur

- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2009): Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE). Ders.: 19/3652 vom 21.07.09.
- Reimann, B., Böhme, C., Bär, G. (2010): Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung. Berlin.

» Gemeinsame Ziele, gemeinsames Lernen durch Partizipative Qualitätsentwicklung

Michael T. Wright

» Qualität durch Zusammenarbeit

Die Bedeutung von Bündnissen bei der Umsetzung lebensweltorientierter Gesundheitsförderung und Prävention hat sowohl international als auch in Deutschland in den letzten Jahren zugenommen. Dieser Entwicklung liegt die Erkenntnis zugrunde, dass nicht isolierte Einzelmaßnahmen, sondern koordinierte, flächendeckende, vielschichtige Strategien die beste Chance haben, die Gesundheitslage sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen nachhaltig zu verbessern (vgl. SVR 2007). Der Kooperationsverbund zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten auf Bundesebene (Lehmann 2006) sowie integrierte Handlungskonzepte auf Stadtteilebene (Bär et al. 2004) sind zwei bedeutende Beispiele dieser Entwicklung. Auf kommunaler und regionaler Ebene bauen die neuen Bündnisse oft auf bereits existierenden Arbeitskreisen und Netzwerken auf, die sich seit längerer Zeit um die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen diversen Akteurinnen und Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens bemühen.

Zusammenarbeit ist auch ein zentrales Merkmal der Partizipativen Qualitätsentwicklung, die eine möglichst starke Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) der im Projekt Mitarbeitenden und vor allem der Zielgruppen an allen Aspekten der Planung, Durch-

führung, Steuerung und Auswertung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen gewährleistet. Die Partizipative Qualitätsentwicklung will durch den Aufbau einer Kooperation zwischen den Beteiligten eine Situation schaffen, in der die oft divergierenden Interessen diskutiert und Lösungen ausgehandelt werden können. Hierfür muss die Partizipation aller Beteiligten (im Sinne von Einflussnahme auf Entscheidungsprozesse) gewährleistet werden.

» Bestimmung des Ausmaßes der Partizipation in der Zusammenarbeit

In Zusammenarbeit mit Praktikern und Praktikerrinnen, die im Rahmen unserer Forschungsprojekte¹ an Workshops teilnahmen, entwickelten wir die Methode »Kreise der Entscheidung«. Die Methode basiert auf den Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung (Wright et al. 2010a). Durch die »Kreise der Entscheidung« kann die Einflussnahme der verschiedenen Akteure und Akteurinnen (Projektmitarbeitende, Zielgruppe, Geldgeber bzw. Geldgeberin und eventuell weitere Kooperationspartner und -partnerinnen) auf Entscheidungen zur Gesundheitsförderung und Prävention bildlich dargestellt werden, auch im Verhältnis zueinander. Auf der Grundlage



Abb. 1: Kreise der Entscheidung

dieser Darstellung können Strategien zur Stärkung der Partizipation solcher Akteure und Akteurinnen entwickelt werden, die bisher nur schwach an Entscheidungsprozessen beteiligt sind. Mithilfe der »Kreise der Entscheidung« kann geklärt werden – oft zum ersten Mal –, wie Entscheidungsprozesse verlaufen und wer an welchen Entscheidungen beteiligt ist. Entscheidungsmacht kann erst geteilt werden, wenn Klarheit darüber herrscht, wer sie ausübt. So lässt sich reflektieren, wie es aktuell um die Partizipation in der Zusammenarbeit steht (Ist-Zustand) und wie eine zukünftige Zusammenarbeit partizipativ gestaltet werden kann (Soll-Zustand).

Für die »Kreise der Entscheidung« wird ein Diagramm verwendet, das ein Bild über die relative Einflussnahme der verschiedenen Akteure und Akteurinnen auf Entscheidungen zeichnet (siehe Abbildung 1): Es lässt sich ablesen, wer anteilig wie viel Entscheidungsmacht hat. Jeder Kreis entspricht einer der Stufen aus den Kategorien »Vorstufen der Partizipation« bzw. »Partizipation«. Die zusätzliche Kategorie »nicht beteiligt« umfasst diejenigen, die aktuell nicht an der Zusammenarbeit teilnehmen. Je weiter ein Akteur oder eine Akteurin vom inneren Kreis entfernt ist, umso weniger Partizipation (Teilhabe an Entscheidungsprozessen) wird realisiert

1 »Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern. Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«, Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Förderprogramm »Präventionsforschung«, Förderkennzeichen: GFEL01050773/01EL0406 [WZB], GFEL01050768/01EL0416 [GBB], Zeitraum: Mai 2005 bis Dezember 2008; »Strukturen zur Stärkung der Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention der Aids-Hilfen«, Förderung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Förderkennzeichen: GZ Z2/25.5X/2006, Zeitraum: Mai 2006 bis August 2008.

[für weitere Informationen zur Methode siehe Wright et al. 2010b].

Bei den *Vorstufen der Partizipation* werden die Akteure und Akteurinnen zunehmend in Entscheidungsprozesse eingebunden, auch wenn (noch) kein direkter Einfluss auf diese Prozesse möglich ist.

- *Information:* In diesem Kreis sind Personen, die von den Entscheidungsträgern und -trägerinnen über die (geplante) Maßnahme informiert werden. Rückmeldungen von diesen Personen werden weder gesucht noch erwartet.
- *Anhörung:* Personen in diesem Kreis werden bei Bedarf von den Entscheidungsträgern und -trägerinnen konsultiert. Der Kontakt zwischen diesen Personen sowie den Entscheidungsträgern und -trägerinnen ist unverbindlich und üblicherweise unregelmäßig.
- *Einbeziehung:* Die Entscheidungsträger und -trägerinnen lassen sich von den Personen in diesem Kreis beraten. Die Beratungen haben jedoch keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

Bei der »echten« *Partizipation* haben die Akteure und Akteurinnen eine formale, verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung.

- *Mitbestimmung:* Personen in diesem Kreis wird ein Mitspracherecht zugeteilt. Zu wesentlichen Aspekten der Maßnahme halten die Entscheidungsträger und -trägerinnen mit ihnen Rücksprache. Diese Personen haben jedoch keine alleinigen Entscheidungsbefugnisse.
- *Teilweise Entscheidungskompetenz:* Personen in diesem Kreis können über bestimmte klar eingeschränkte Aspekte der Maßnahme selbst entscheiden.
- *Entscheidungsmacht:* In diesem Kreis befinden sich die Akteure und Akteurinnen, die an allen wichtigen Entscheidungen direkt beteiligt sind. Diese Personen bestimmen alle Aspekte der Maß-

nahme (Problemdefinition, Planung, Durchführung, Auswertung).

Nach unserem Verständnis ist Partizipation kein Entweder-oder, sondern ein Entwicklungsprozess. In vielen Settings müssen zunächst Vorstufen der Partizipation realisiert werden, bevor eine direkte Beteiligung an Entscheidungsprozessen möglich ist. Allerdings muss die Mahnung von Arnstein ernst genommen werden: Viele Maßnahmen, die sich für partizipativ halten, bieten keine Möglichkeit für eine Beeinflussung der Entscheidungsprozesse durch die Bürger und Bürgerinnen und sind daher nicht als partizipativ einzustufen. In ihren Worten: »Es gibt einen wesentlichen Unterschied zwischen dem Durchlaufen eines leeren Rituals der Partizipation und dem Verfügen über die Macht, die man braucht, um die Ergebnisse des Prozesses zu beeinflussen« (Arnstein 1969, S. 216).

Faktoren, die Partizipation beeinflussen

Zahlreiche Faktoren beeinflussen, ob Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgeber bzw. Geldgeberin und anderen Akteurinnen und Akteuren realisiert werden kann. Im Rahmen unserer Forschungsarbeit wurden zwei Gruppen von Praktikern und Praktikerinnen gebeten, die aus ihrer Erfahrung wichtigsten Faktoren zu erörtern. Die folgende Darstellung gibt die Meinung der Befragten wieder. Als Ergebnis der Gruppengespräche konnten folgende Aspekte herausgearbeitet werden:

- Haltung,
- Aufwand,

- Pflege der Zusammenarbeit,
- Interessen,
- Einigkeit in der eigenen Einrichtung,
- Fachlichkeit.

Bei jedem Aspekt wurde nach dem Kooperationspartner unterschieden: Zielgruppe, Geldgeber bzw. Geldgeberin und andere Kooperationspartner.

Haltung

Die Partizipation der *Zielgruppe* verlangt unter Umständen einen Perspektivwechsel in der Arbeit: Es handelt sich nicht (mehr) in erster Linie darum, ein Projekt für, sondern mit der Zielgruppe durchzuführen. Die Entwicklung der Partizipation ist ein Prozess, auf den sich ein Projekt einlassen muss. Dazu gehören Vertrauen zur Zielgruppe, Geduld im Prozess und Disziplin bei der Durchführung der Bemühungen, Partizipation zu stärken. Aufgrund des Misstrauens, das manche sozial benachteiligte Menschen gegenüber Einrichtungen der sozialen Arbeit empfinden, kann der Aufbau einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Projekt und Zielgruppe problematisch sein. Ein Hindernis aus Sicht vieler Einrichtungen, die der Zielgruppe eine stärkere Partizipation ermöglichen wollen, ist der Mangel an Interesse des Geldgebers bzw. der Geldgeberin, die Partizipation der Zielgruppe als Projektziel explizit zu unterstützen.

Der Grad der notwendigen Anpassung an die Erwartungen von *Geldgebern*, um verstanden und ernst genommen zu werden, ist oft unterschiedlich. Im Allgemeinen halten die Mitarbeitenden im Projekt es für wichtig, in der Zusammenarbeit mit Förderungseinrichtungen eine authentische Haltung zu wahren; sich so zu geben, wie man im (Praxis-)Alltag ist, kann die Glaubwürdigkeit des Auftretens steigern. Eine Voraussetzung für eine stärkere Partizipation eines Projekts an Entscheidungen hinsichtlich geförderter Maßnahmen ist das Vertrauen des Geldgebers.

Eine überhöhte Anspruchshaltung des Projekts kann eine partizipative Zusammenarbeit behindern.

In der Zusammenarbeit mit anderen *Kooperationspartnern* müssen die Mitarbeitenden im Projekt akzeptieren, dass einige Einrichtungen aufgrund ihres Konzepts oder ihrer (hierarchischen) Strukturen Entscheidungskompetenzen nicht teilen dürfen. Konkurrenz zwischen Einrichtungen ist ein weiterer Grund, warum partizipative Formen der Zusammenarbeit nicht zustande kommen.

Aufwand

Der Aufbau einer Zusammenarbeit – ob mit der *Zielgruppe* oder anderen *Kooperationspartnern* – ist ein aufwendiger Prozess, der erst über einen längeren Zeitraum und durch die Investition von Ressourcen (Personal- und Sachmittel) initiiert und entwickelt werden kann. Kurzfristig betrachtet können deshalb partizipative Formen der Zusammenarbeit kostenintensiver als nichtpartizipative Formen sein. Längerfristig können jedoch die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, die durch partizipative Prozesse entwickelt und umgesetzt wurden, wirkungsvoller sein, weil sie durch die Einbindung der Zielgruppe besser in die Lebenswelt sozial benachteiligter Menschen integriert werden können.

Pflege der Zusammenarbeit

Für alle Kooperationspartner gilt, dass die Zusammenarbeit nicht von selbst entsteht, sondern von allen Beteiligten aufgebaut und gepflegt werden muss. In der Zusammenarbeit mit der Zielgruppe bedeutet dies eine Steuerung (zum Beispiel durch strategische Planung zur Stärkung der Zusammenarbeit), um mit der Zeit eine größere Partizipation der Zielgruppe zu ermöglichen. Konsumverhalten der Zielgruppe kann ein Hindernis beim Aufbau partizipativer Strukturen sein. Vor diesem Hintergrund können Konfrontationen zwischen den Mitarbeitenden im

Projekt und Mitgliedern der Zielgruppe notwendig sein, um die Zielgruppe zu motivieren, eine passive Konsumhaltung aufzugeben und eine aktive Teilhabe am Projektgeschehen zu entwickeln. Hierbei kann es hilfreich sein, der Zielgruppe deutlich zu machen, wie wichtig ihr Engagement für die Aufrechterhaltung der Einrichtung ist.

Die Form der Zusammenarbeit mit *Geldgebern* sollte mit Sorgfalt bestimmt werden. Eine gleichberechtigte Partnerschaft im Hinblick auf alle Projektentscheidungen ist für die Mitarbeitenden im Projekt oft nicht erstrebenswert. Sie wünschen sich eine Kooperation, in der das Projekt eine gewisse (Entscheidungs-)Autonomie bewahrt. Um eine Gesprächskultur zwischen Projekt und Geldgeber zu etablieren, müssen angemessene Strukturen geschaffen werden (regelmäßige Termine, Verfahren für Entscheidungsfindung und Konfliktmanagement, Austausch von Informationen etc.). Gegenseitige Transparenz ist die Voraussetzung für eine gelungene Zusammenarbeit.

Aus Sicht der Praktiker und Praktikerinnen ist die Entwicklung einer angenehmen Gesprächskultur auch mit *anderen Kooperationspartnern* wichtig. Dafür können diverse Methoden der Gruppendiskussionsführung eingesetzt werden. Das Motto »Gemeinsam sind wir stark« kann als Leitsatz dienen, um die Beteiligten anzuregen, sich mit den gemeinsamen Interessen zu identifizieren und konkrete Formen der Kooperation zu überlegen. Treffen, auf denen sich die potenziellen Kooperationspartner präsentieren können (»Dachveranstaltungen«), können dazu beitragen, fachliche Übereinstimmungen zu erzielen. Nicht selten werden Kooperationen von Förderungseinrichtungen oder anderen (politischen) Entscheidungsträgern vorgeschrieben; aus der Erfahrung der Praktiker und Praktikerinnen funktionieren solche »Zwangskooperationen« jedoch unterschiedlich gut. Anregungen »von außen« zur Kooperation können nützlich sein, aber die Gründe

für die Kooperation müssen klar kommuniziert und es muss der richtige Rahmen für die Zusammenarbeit geschaffen werden.

Zwei weitere Punkte, die Probleme in der Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartnern schaffen können, sind Scheinkooperationen und eine zu hohe Zahl an Beteiligten. Bei Scheinkooperationen ist keine Teilhabe an Entscheidungsprozessen vorgesehen, die Arbeitsbeziehung wird so jedoch nach außen dargestellt. Bei der Anzahl an Beteiligten gilt das Sprichwort »Zu viele Köche verderben den Brei«: Eine zu hohe Zahl an Kooperationspartnern und/oder Kooperationsvereinbarungen kann die Wege länger machen und eine unnötige Bürokratie verursachen; dadurch wird die Qualität der Arbeit nicht verbessert, sondern die Arbeit wird verlangsamt und beeinträchtigt.

Interessen

Gemeinsame Interessen sind das Fundament jeder Zusammenarbeit, vor allem aber der partizipativen Zusammenarbeit, die einen hohen Grad an Abstimmung verlangt.

Die Interessen der *Zielgruppe* sind nicht immer einfach in Erfahrung zu bringen. Projektinteressen, die von den Förderinteressen der *Geldgeber* stark beeinflusst sind, werden oft mit den Interessen der Zielgruppe gleichgestellt. Es wird in der Regel von einer Bedürftigkeit der Zielgruppe ausgegangen, die im Rahmen von Antragsverfahren die Bereitstellung von Hilfeleistungen begründet, aber nicht unbedingt eine Basis für eine partizipative Zusammenarbeit mit der Zielgruppe bietet. Nicht selten definiert die Zielgruppe ihre Lebenslage anders und setzt andere Schwerpunkte in Bezug auf die Definition und Lösung von Gesundheitsproblemen. Wichtig ist, dass Wege außerhalb der Projekt- und Förderlogik gefunden werden, um die Interessenlage der Zielgruppe zu bestimmen. Möglich ist auch, dass die Zielgruppe nicht immer gemeinsame, sondern unterschiedliche

Interessen hat, denn »Zielgruppen« sind oft theoretische Konstrukte und keine lebensweltlichen Gruppierungen, die sich über ihre gemeinsamen Interessen verständigen.

Auch bei *anderen Kooperationspartnern* ist die Erkundung der Interessenlage von zentraler Bedeutung. Kleinere und größere Präferenzen, sowohl in Bezug auf Fachthemen als auch in Bezug auf Umgangsformen, sind beim Aufbau einer Zusammenarbeit zu beachten.

Einigkeit in der eigenen Einrichtung

Nicht selten kommt es in der Projektarbeit vor, dass eine Gruppe von Mitarbeitenden eine Kooperation mit einer *Zielgruppe* oder *anderen Kooperationspartnern* anstrebt, ohne sich der Zustimmung ihrer Kollegen, Kolleginnen oder Vorgesetzten zu versichern. Durch die resultierende Uneinigkeit in der Einrichtung kann keine tragfähige Zusammenarbeit realisiert werden, weil die Interessen der Einrichtung nicht glaubwürdig und konsistent nach außen vertreten werden können. Aus diesem Grund gilt für viele Praktiker und Praktikerinnen die Regel, zuerst Klarheit in der eigenen Einrichtung darüber schaffen, mit wem kooperiert werden soll, bevor konkrete Formen der Zusammenarbeit in die Wege geleitet werden.

Fachlichkeit

Eine weitere Voraussetzung für die erfolgreiche Zusammenarbeit eines Projekts mit *allen Kooperationspartnern* sind folgende Aspekte von Fachlichkeit:

- Klare Ziele und Standpunkte zu fachrelevanten Themen,
- Klarheit über die eigenen Grenzen in Verhandlungsgesprächen (Welche Kompromisse können wir als Einrichtung eingehen, welche nicht?),
- Kenntnisse über erfolgreiche, vergleichbare Projekte in anderen Kommunen,
- Fähigkeit, über die eigene Arbeit nachvollziehbar zu kommunizieren, einschließlich der spezifischen

Bedeutung der Arbeit für die Kommune (mit entsprechender Dokumentation, Fallbeispielen etc.),

- Fähigkeit, die Belange der Zielgruppe (mit) zu vertreten,
- Fähigkeit, sich an die Sprache von Politikern und Politikerinnen und anderen Entscheidungsträgern und -trägerinnen sowie der Zielgruppe anzupassen,
- Fähigkeit, Lobbyarbeit zu leisten.

» Ausblick

Eine partizipative Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt, Geldgeber und anderen Akteurinnen und Akteuren zu realisieren, ist kein leichtes, jedoch ein zunehmend notwendiges und lohnendes Unterfangen, um erfolgreiche, lebensweltrelevante Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu realisieren. Auf der Grundlage eines gemeinsamen Verständnisses von Partizipation als Entwicklungsprozess wird der Aufbau partizipativer Formen der Zusammenarbeit erleichtert – zum einen, weil die verschiedenen Ausprägungen der Partizipation konkretisiert werden, und zum anderen, weil die Möglichkeit zur Überprüfung der eigenen Zusammenarbeit im Hinblick auf den aktuellen und erwünschten Stand der Partizipation besteht. Dadurch wird die Diskussion über förderliche und hemmende Bedingungen der Partizipation transparenter und für alle Beteiligten handhabbar.

Literatur

- Arnstein, S. R. (1969): A Ladder of Citizen Participation. In: Journal of the American Planning Association, 35 (4), 1969, pp. 216–224.
- Bär, G., Buhtz, M., Gerth, H. (2004): Der Stadtteil als Ort von Gesundheitsförderung – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M., Schröer, A. (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Bremerhaven, S. 233–294.
- Lehmann, F. (2006): Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. Wiesbaden, S. 423–438.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn. Download unter <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>. Zugriff am 14.02.2012.
- Wright, M., Block, M., von Unger, H., (2010a): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright, M. (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern, S. 35–51.
- Wright, M., Block, M., von Unger, H. (2010b): Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber/-in. In: Wright, M. (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern, S. 75–92.

» Wie gelingen eine qualitätsgesicherte und nachhaltig wirksame Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier? Herausforderungen und Umsetzungserfolge¹

Bettina Reimann

» Ausgangslage und Hintergrund

Spätestens seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung durch die Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1986 wird offensiv thematisiert, dass Armut ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellt. Menschen mit geringem Einkommen, niedriger beruflicher Stellung oder Bildung sterben in der Regel früher und leiden zudem häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Richter und Hurrelmann 2006), wobei Jugendliche hiervon besonders negativ betroffen sind (Lampert et al. 2006). Diese Benachteiligungen konzentrieren sich räumlich in benachteiligten Stadtteilen, die im Vergleich zur Gesamtstadt besonders komplexe soziale, ökonomische, infrastrukturelle, bauliche und eben auch gesundheitliche Problemlagen aufweisen (BMVBS 2008, Böhme 2009, Difu 2003).

Es stellt sich daher die Aufgabe, stärker als bislang Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung mit-

einander zu verknüpfen und gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung für und mit jungen Menschen zum Thema in den Kommunen zu machen. Praktische Erfahrungen mit der Umsetzung von Gesundheitsförderung im Stadtteil liegen bislang allerdings eher nur punktuell in Form von einzelnen quartiersbezogen durchgeführten Gesundheitsprojekten vor. Umfassende Ansätze gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung, die neben Projekten auch strategisch orientiert sind und den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen berücksichtigen, stellen noch die Ausnahme dar. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die Gesundheitsförderung im Stadtteil für Kommunen, Krankenkassen und andere Gesundheitsakteurinnen und -akteure eine besondere Herausforderung darstellt. Gegenüber anderen Settings (beispielsweise Schule, Betrieb) ist das Setting Stadtteil nämlich ein diffuserer Sozialzusammenhang (Lebenswelt), in dem Strukturen, Verantwortlichkeiten und Angebote nicht klar definiert sind. Es kann daher nicht auf bereits bestehende Verfahren der Settingentwicklung zurückgegriffen werden. Interventionen sind damit schwieriger zu konzipieren und zu evaluieren.

1 Der vorliegende Beitrag fasst Ergebnisse eines Projekts zusammen, das die Autorin gemeinsam mit Christa Böhme und Gesine Bär durchgeführt hat. In diesem Zusammenhang sind mehrere Publikationen erschienen (siehe Literatur); der Beitrag nutzt diese Publikationen.

» Projektziel und methodisches Vorgehen

Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) im Rahmen des Regierungsprogramms »Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen« und gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung von August 2006 bis Juli 2009 das Forschungsprojekt »Mehr als gewohnt: Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung« durchgeführt (Bär et al. 2009, Reimann et al. 2010).

Im Mittelpunkt standen der Aufbau, die Weiterentwicklung und die Evaluation von Strategien, Strukturen sowie Projekten und Maßnahmen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung. Zentrales Ziel war es, einen praxistauglichen Implementationsansatz der Primärprävention für die Zielgruppen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auszuarbeiten, der vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen einsatzfähig ist und dort zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beisteuern kann.

Der im Projekt entwickelte Ansatz zur Gesundheitsförderung wurde in drei Stadtteilen (Fürth-Innenstadt, Halle-Silberhöhe und Hamburg-Altona-Lurup) erprobt; die Programmgebiete der Sozialen Stadt unterscheiden bzw. unterschieden sich jedoch hinsichtlich ihrer Problemlagen, Handlungsbedarfe und Arbeitsstände der stadtteilorientierten Gesundheitsförderung.

Um im Sinne der Zielsetzung erfolgreich zu sein, mussten in den Kommunen und Stadtteilen Lernprozesse initiiert und in Gang gesetzt werden. Hierbei spielte die prozessbegleitende und partizipativ-aktivierend angelegte Evaluation eine Schlüsselrolle:

Analysen und Ergebnisse der Begleitforschung wurden kontinuierlich an die Akteurinnen und Akteure rückgekoppelt und beförderten den Dialog zwischen Praxis und Wissenschaft.

» Zentrale Untersuchungsergebnisse

Die Ergebnisse des Projekts sind vielschichtig. Für die Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung im Rahmen integrierter Stadtteilentwicklung mit besonderem Augenmerk auf junge Menschen wurden insbesondere die folgenden Qualitätselemente als maßgeblich herausgearbeitet (Reimann et al. 2010):

Stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung:

Die Analyse der spezifischen Gegebenheiten im Quartier – Probleme und Bedarfe, aber auch Ressourcen und Potenziale – ist notwendige Grundlage für die Entwicklung qualitätsgerichteter Maßnahmen zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung. Für eine dem umfassenden Verständnis von Gesundheitsförderung der WHO gerecht werdende Erfassung der gesundheitlichen Lage in benachteiligten Stadtteilen erscheint es sinnvoll, indikatorenbasiert Daten zu allgemeinen bzw. umweltbezogenen Gesundheitsbelastungen (zum Beispiel Lärm- und Luftbelastung), zu individuellen bzw. sozialen Gesundheitsbelastungen (zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug), zum Gesundheitszustand der Stadtteilbevölkerung (zum Beispiel Übergewicht, Motorik- und Sprachstörungen bei Kindern) sowie zur Gesundheitsversorgung (zum Beispiel Anzahl der Arztpraxen, Teilnahme Früherkennungsuntersuchung) und zu

Gesundheitspotenzialen (zum Beispiel öffentliche Grünflächen, Gesundheitsprojekte in Kitas und Schulen) aufzubereiten und diese Daten um qualitative Einschätzungen von Vor-Ort-Akteurinnen und -Akteuren sowie der Bewohnerschaft zu ergänzen (Mossakowski und Süß 2009).

Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte für den Stadtteil: Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte sind wichtige Instrumente, um eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung systematisch voranzubringen (BMVBS 2008, Becker et al. 2003). Nach der Bedarfsanalyse im Rahmen der kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung ist das Erstellen eines solchen Konzepts ein konsequenter nächster Schritt. Ein Entwicklungs- und Handlungskonzept verschafft zum einen Orientierung und zum anderen – soweit das Konzept politisch beschlossen ist – Planungssicherheit. Bei seiner Erstellung bietet sich die Chance, mit den Stadtteilakteurinnen und -akteuren sowie der Quartiersbewohnerschaft in einen Dialog über Entwicklungsaufgaben und Maßnahmenswerpunkte im Gebiet zu treten.

Ressortübergreifende Kooperation in der Kommunalverwaltung: Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung tangiert je nach Größe und Ausdifferenzierung der Kommunalverwaltung eine Reihe von verschiedenen Fachressorts. Hierzu zählen vor allem die Bereiche Gesundheit, Umwelt, Sport, Kinder, Jugend und Familie, Soziales, Bildung sowie Stadtentwicklung. Für den Aufbau und die Weiterentwicklung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung ist daher die Beteiligung eines breiten Spektrums an Fachämtern erforderlich, die ressortübergreifend zusammenarbeiten sollten.

Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen(-verbänden): Neben den Kommunen sind Krankenkassen wichtige Partner bei der Settingentwicklung im Stadtteil. Mit ihrer Hilfe und durch ihre Kooperation mit den Kommunen kann Gesundheitsförderung in Stadtteilen – vor allem in den klassi-

schen Handlungsfeldern von Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, Stressbewältigung) – gestärkt werden. Die Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen erfolgt bislang selten direkt, in der Regel bedarf sie einer Vermittlung durch eine intermediäre Instanz (Quartiersmanagement, Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung, Begleitforschung).

Netzwerkentwicklung im Stadtteil: Die Bildung von gesundheitsbezogenen Netzwerken für den Stadtteil ist häufig der Auftakt für Aktivitäten zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung. Ziel der Netzwerkarbeit ist eine kooperative Gesundheitsförderung im Sinne eines von möglichst vielen Gesundheitsakteuren gemeinsam getragenen Aktionsbündnisses im Stadtteil. Mit dem Netzwerkaufbau wird eine zielgerichtete und handlungsbezogene Zusammenarbeit mit bis dato häufig separiert arbeitenden Gesundheitsakteurinnen und -akteuren möglich.

Koordinierungsstelle Gesundheit im Stadtteil: Ein wichtiger Motor für die komplexe Steuerungs- und Koordinierungsaufgabe eines gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozesses auf der Quartiersebene und im intermediären Bereich ist eine lokale Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung. Ähnlich wie das Quartiersmanagement im Rahmen des Programms »Soziale Stadt« (Franke 2003) soll die lokale Koordinierungsstelle zum systematischen Aufbau von selbsttragenden sowie nachhaltig wirksamen Strukturen im Quartier beitragen. Zentrale Aufgaben liegen in den Bereichen Koordination und Moderation, Projektentwicklung, Aktivierung und Beteiligung, Öffentlichkeitsarbeit sowie Berichtswesen.

Projektentwicklung und -umsetzung: Das Spektrum der Handlungsfelder für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ist breit und reicht über klassische Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung und Sport, Stressbewältigung und Suchtprävention über Gewaltprävention, Unfallprävention,

Schwangerschaft und Elternschaft bis hin zu eher baulichen Bereichen wie Wohnen und Wohnumfeld, Umwelt und Verkehr. Welche Handlungsfelder schwerpunktmäßig in den Blick genommen werden, muss sich an den jeweiligen örtlichen Bedarfslagen im Stadtteil orientieren.

Finanzierung: Der gesundheitsfördernde Impuls im Stadtteil kann dann besonders wirksam umgesetzt werden, wenn zusätzliche finanzielle Ressourcen mobilisiert werden. Für die Programmgebiete der »Sozialen Stadt« bieten hier die sozialintegrativen Modellvorhaben der Sozialen Stadt eine gute, aber bislang für Gesundheitsthemen noch wenig genutzte Möglichkeit. Auch Mittel der Krankenkassen, die laut dem Sozialgesetzbuch (§ 20, Abs. 1 SGB V) für Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt werden sollen, sind für die Settingentwicklung in benachteiligten Stadtteilen eine geeignete Finanzierungsbasis.

Verfügungsfonds Gesundheit: Ein stadtteilbezogener Verfügungsfonds, über dessen Mitteleinsatz möglichst durch lokale Gremien entschieden werden sollte, kann für die zügige und dezentrale Projektumsetzung ein wichtiges Instrument darstellen, dem darüber hinaus eine zentrale Funktion im Hinblick auf Aktivierung der Vor-Ort-Akteure und der Quartiersbevölkerung zukommt. Die schnelle, unbürokratische Bezuschussung kleiner Vorhaben unterstützt dezentral im Stadtteil das vorhandene Engagement und führt zu einer zügigen Realisierbarkeit von Ideen.

sen für die Begleitforschung ergeben, vor allem zwei Bereichen zuordnen:

1. Qualitätsgesicherte Settingentwicklung

Heterogenität: An der Settingentwicklung Stadtteil sind Akteurinnen und Akteure und Kooperationspartner mit verschiedenen Rationalitäten, Interessen, Funktionen und institutionellen Bindungen beteiligt.

Kontextbedingungen: Der Settingprozess ist geprägt von Erfahrungen und laufenden Aktivitäten im Stadtteil und in der Gesamtstadt. Darüber hinaus nehmen das politische Umfeld und eine damit verbundene Haltung gegenüber Gesundheitsfragen, Gesundheitspolitik und integrierter Stadtentwicklung Einfluss auf den Settingprozess.

Kompetenzen und Ressourcen: Die im Setting aktiven Akteurinnen und Akteure haben verschiedene Kompetenzen und Ressourcen. Es gilt, sowohl das Know-how als auch die finanziellen Beiträge, die die Akteurinnen und Akteure einbringen können, in den Prozess zu integrieren.

2. Standards aktivierender Begleitforschung/ Evaluation

Beim partizipativ-aktivierenden Evaluationsansatz wird der partizipativen Dialogfunktion ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Dies hat zur Folge, dass die Rolle der externen und objektiven Evaluationsinstanz durch den partizipativ-diskursiven Ansatz eingeschränkt wird. Demgegenüber gewinnen der mitgestaltende Beratungsauftrag und die Prozessbegleitung an Gewicht. Dieser Forschungs-/ Evaluationsansatz erfordert, dass die Forschung die eigene Rolle – und damit beispielsweise den eigenen Beitrag für die Qualitätsentwicklung – reflektieren muss. Die Reflexion und Berücksichtigung der eigenen Rolle kann und sollte dadurch befördert werden, dass das Handeln der Forschung an Standards ausgerichtet wird.

Fazit

Im Ergebnis lassen sich die Herausforderungen, die sich aus der aktivierenden Evaluation von gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozessen

Aufbauend auf den Ergebnissen des Forschungsprojekts, lassen sich folgende Standards aktivierenden der Evaluation formulieren:

Beteiligung der Adressatinnen und Adressaten am Prozess der Evaluation: Grundlegend für die partizipative und aktivierende Evaluation ist die Beteiligung der Adressatinnen und Adressaten der Evaluation an den verschiedenen Evaluationsphasen.

Frühzeitige Verständigung über die Rolle der Begleitforschung: Möglichst zu Beginn sollte die Evaluationsinstanz bzw. die Begleitforschung ihre Rolle im Verlauf der Settingentwicklung darlegen und zur Diskussion stellen. Sollten sich im Projektverlauf Veränderungen in der Rollenwahrnehmung ergeben, sind diese offenzulegen und erneut abzustimmen.

Frühzeitige Abstimmung und Transparenz von Bewertungskriterien der Evaluation: Die Evaluationsinstanz bzw. die Begleitforschung sollte zu Beginn einer Evaluationsmaßnahme (Projektbeginn) sowie im Verlauf der Evaluation ihre Bewertungskriterien offenlegen. Die partizipative und aktivierende Evaluation setzt voraus, dass diese Bewertungskriterien nicht nur transparent sind, sondern auch nachvollzogen werden können und auf Zustimmung stoßen, das heißt, sie müssen erörtert und abgestimmt werden.

Zielgruppenspezifische und adressatenorientierte Aufbereitung und Kommunikation der Evaluationsergebnisse: Die partizipative und aktivierende Evaluation setzt voraus, dass Evaluationsergebnisse in regelmäßigen Abständen vorgestellt und diskutiert werden. Damit die Ergebnisse für die jeweiligen Adressaten und Zielgruppen inhaltlich nachvollziehbar sind, müssen sie entsprechend aufbereitet werden.

Umgang mit Heterogenität: Die partizipative und aktivierende Evaluation muss die Voraussetzungen dafür schaffen, dass in dem Prozess Akteurinnen und Akteure sowie Kooperationspartner mit verschiedenen Rationalitäten, Interessen, Funktionen

und institutionellen Bindungen miteinander in Austausch treten können. Hierfür gilt es, einen geeigneten Rahmen und geeignete Formen zu finden. Wie dieser Rahmen aussieht, hängt von lokalen und akteursbezogenen Kontextbedingungen ab; die Verständigung hierüber kann durch die Begleitforschung moderiert und befördert werden.

Konsensorientierung: Trotz Heterogenität der Beteiligten hat die Evaluation einen Rahmen zu schaffen, der eine Abstimmung über gemeinsame Vorgehensweisen und Ziele ermöglicht und damit auf Konsens ausgerichtet ist, was die Umsetzung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung betrifft. Dies schließt nicht aus, dass die Akteurinnen und Akteure unterschiedliche Interessen verfolgen.

Kontinuität und Verbindlichkeit: Die partizipative und aktivierende Evaluation sollte in ihrem Vorgehen Verbindlichkeit und Verlässlichkeit ausstrahlen und dafür Sorge tragen, dass Prozesse und Strukturen, die im Rahmen des Evaluationsprozesses aufgebaut oder befördert wurden, längerfristig Bestand haben und nicht nach Auslaufen der Evaluationsphase abgebrochen werden.

» Ausblick: Nachhaltige Wirkung des Forschungsprojekts

»Mehr als gewohnt« wurde im Juli 2009 abgeschlossen. In Hamburg-Altona (Lurup) und in Fürth-Innenstadt wird die Umsetzung und Steuerung des Settingansatzes zur Gesundheitsförderung auch nach Abschluss der Projektlaufzeit erfolgreich weiterbetrieben. In Fürth werden beispielsweise vorhandene Strukturen und Instrumente der Programmumsetzung Soziale Stadt (zum Beispiel Steuerungsrunde,

Quartiersmanagement, Integriertes Entwicklungskonzept) stärker als bislang für die Gesundheitsförderung genutzt. Zusätzlich werden neue Strukturen zur Koordinierung und Moderation von Gesundheitsförderungsprozessen (Geschäftsstelle Gesundheit) und Instrumente zur Finanzierung von Projekten zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen (Verfügungsfonds Gesundheit) aufgebaut. Die Geschäftsstelle Gesundheit wurde während der Projektlaufzeit über den BKK Landesverband Bayern finanziert. Ihre Fortführung nach Projektende gelingt über eine Bündelung von Mitteln des BKK Landesverbandes Bayern, der Kommune und durch Stiftungsgelder. Der Verfügungsfonds Gesundheit in Höhe von 10.000 Euro jährlich (Laufzeit 2008 bis 2011), der über die Techniker Krankenkasse finanziert wird, trägt zur Förderung von bislang ca. 26 Mikroprojekten bei, die sich auf gesunde Ernährung, Bewegungsförderung und andere Themen zur Gesundheitsförderung von über 1400 Kindern und Jugendlichen im Stadtteil richten. Ergänzende Projektmittel stellt die Kommune zur Verfügung, zudem werden Mittel aus dem Bund-Länder-Programm Soziale Stadt eingesetzt. 2010 hat die Geschäftsstelle den 2. Platz der Internationalen Bodenseekonferenz für Gesundheitsförderung und Prävention 2010 erzielt. Zudem ist Fürth-Innenstadt eine Modellkommune im neu beginnenden ExWoSt-Forschungsfeld (ExWoSt = Experimenteller Wohnungs- und Städtebau) »Koordination konkret«.

Weiterhin wurden wesentliche Projektergebnisse im aktuellen Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes aufgegriffen (GKV-Spitzenverband 2010). Die im Projektverlauf entwickelten Qualitätskriterien werden somit in der Praxis erfolgreich angewendet und tragen zur Qualifizierung und Verstetigung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung bei.

» Literatur

- Bär, G., Böhme, C., Reimann, B. (2009): Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Difu-Arbeitshilfe, Berlin.
- Becker, H., Böhme, C., Meyer, U. (2003): Integrierte Handlungskonzepte – Steuerungs- und Koordinierungsinstrument für die soziale Stadtteilentwicklung. In: Deutsches Institut für Urbanistik. Strategien für die Soziale Stadt. Erfahrungen und Perspektiven – Umsetzung des Bund-Länder-Programms »Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt«. Berlin.
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2008): Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt. Bearbeitung: Bundestransferstelle Soziale Stadt, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin. Download unter <http://www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/statusbericht-langfassung.pdf>.
- Böhme, C. (2009): Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf. In: Soziale Stadt, info 20, Berlin, S. 2–9.
- Difu – Deutsches Institut für Urbanistik (2003): Strategien für die Soziale Stadt. Erfahrungen und Perspektiven – Umsetzung des Bund-Länder-Programms »Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt«. Berlin.
- Franke, T. (2003): Quartiersmanagement – Schlüsselinstrument integrierter Stadtteilentwicklung. In: Deutsches Institut für Urbanistik. Strategien für die Soziale Stadt. Erfahrungen und Perspektiven – Umsetzung des Bund-Länder-Programms »Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt«. Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V

vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin.

- Mossakowski, K., Süß, W. (2009): »Daten für Taten«: Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern.
- Reimann, B., Böhme, C., Bär, G. (2010): Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung. Edition Difu, Berlin.
- Richter, M., Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS-Verlag, Wiesbaden.

06

ANHANG

» Ergebnisprotokolle der Workshops

» Setting Kita

Moderation: Lotte Kaba-Schönstein,
Christiane Liebald

Workshop 1 – Anforderungen und Hürden

Impulsreferat 1: Anneke Bühler: Früh säen – aber was und wie? Anforderungen und Hürden bei der Bestellung einer gesundheitsförderlichen Kita

Impulsreferat 2: Henning Allmer: Bewegungsförderung in Kindertagesstätten: Anforderungen und Hürden

Im Workshop wurden Hindernisse bzw. Hürden thematisiert, die bei der Programmentwicklung oder beim Transferversuch auftreten. Für ihre Überwindung sollten gemeinsame Strategien entwickelt werden. Die Diskussion erfolgte unter den Leitfragen:

- Welche Schwierigkeiten wirft der Einsatz strukturierter Programme auf?

- Welchen Erfordernissen muss ein Programm gerecht werden, damit es verwendet wird und wirken kann?

Als hauptsächliche Schwierigkeiten im Handlungsfeld Kita wurden benannt:

- Zu viele unverbundene Einzelprogramme und Projekte zu vielen aktuellen Themen, die sich als Aktivismus, Projektitis und Förderung von Parallelstrukturen zusammenfassen lassen. Programme und Projekte werden dabei den Einrichtungen »übergestülpt«, ohne deren spezifischen Auftrag und die jeweiligen Voraussetzungen und Ausgangslagen zu beachten. Es herrscht große Unübersichtlichkeit, »Sättigung« und Überforderung für einzelne Einrichtungen und Träger.
- Fehlende Nachhaltigkeitsorientierung bei vielen Programmen und Projekten, u. a., da sie nicht in die generellen Konzepte übernommen werden.

- Zu geringe Beteiligung und Teilhabe (Partizipation) der Zielgruppen im Setting Kita (Kinder, Eltern, Erzieherinnen und Erzieher).
- Zu geringe Berücksichtigung der sozialen Lage der Zielgruppen sowie der sozialräumlichen Voraussetzungen der jeweiligen Kita (mangelnde Differenzsensibilität und Soziallagenorientierung) mit der potenziellen Folge einer Vergrößerung gesundheitlicher Ungleichheiten.
- Einseitige Risikoorientierung, »Defizitperspektive«, insbesondere bei selektivem Ansatz mit der Folge, dass sich Kinder und Eltern als »Risikogruppen« stigmatisiert fühlen, deshalb den »Zugang« verweigern und ihre Ressourcen und Potenziale nicht angesprochen und ausgeschöpft werden. Angesprochen wurde hier auch die Gefahr eines »Missbrauchs« der Kita als »Zugang«, zum Beispiel für selektive Adipositasprävention, die sowohl den primären Bildungsauftrag der Kita außer Acht lässt als auch die Tatsache, dass Adipositasprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die über den Auftrag der Kita hinausgeht.

Folgende Erfordernisse sind mit Blick auf erfolgreiche Programmwirkungen zu beachten:

- Angepasste Gesamtkonzepte, die den Bildungsauftrag und das pädagogische Konzept der Kitas berücksichtigen und in diese integriert sind (zum Beispiel »Gute gesunde Kita«).
- Partizipation und Empowerment von Kindern und Eltern von Anfang an,
 - in Verbindung mit dem zuvor Genannten ein Settingansatz (Lebensweltansatz): die nachhaltige Gestaltung der alltäglichen Lebensbedingungen in der Kita und im Sozialraum, die Verknüpfung mit den umgebenden Settings Quartier/Stadt, Kita als Teil des Netzwerks der Kommune.
- Soziallagenorientierung und Sozialraumorientierung, das heißt, ansetzen an den Ressourcen und Potenzialen der Kinder, Eltern, des Teams der Kita.

Als Teil eines ressourcenorientierten Gesamtkonzepts können auch Risiken adressiert werden; Ansetzen an Stärkenanalysen.

- Angemessene Ressourcenausstattung.

Workshop 2 – Anpassung von Programmen

Impulsreferat 1: Klaus Fröhlich-Gildhoff: Förderung der seelischen Gesundheit im Setting Kindertageseinrichtung in einem multimodalen Vorgehen

Impulsreferat 2: Holger Hassel: Partizipative Entwicklung von sozialraumorientierter Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten

Der zweite Workshop befasste sich mit der Frage der Spielräume und Grenzen der Anpassung erfolgreich evaluierter Programme an das Umfeld. Dieses Querschnittsthema wurde unter den folgenden Leitfragen diskutiert:

- Welche Spielräume benötigen Nutzerinnen und Nutzer zur Anpassung eines Programms an örtliche Bedingungen?
- Welche Vorgehensweisen haben sich bewährt, welche eher nicht?

In der Diskussion wurden die folgenden Aspekte hervorgehoben:

- Beteiligung und Wertschätzung aller relevanten Akteure und Zielgruppen von Anfang an ist notwendig. Neben den Ergebnissen der Wissenschaft sind auch das Wissen und die Erfahrungen von Fachkräften und Trägern, aber auch von Kindern und Eltern einzubeziehen in die Anpassung von Programmen (erweiterter Evidenzbegriff).
- Sozialraumanalyse – Soziallagenorientierung: Programme der Gesundheitsförderung und Prävention müssen Beteiligung, Anpassung an die soziale Lage und Sozialraumorientierung von Anfang an mitdenken und einplanen.
- Die Form der Verstetigung und Verbreitung eines Pilot-/Modell-Programms in die Fläche muss von

Anfang an mit berücksichtigt werden und gehört zu einem Gesamtkonzept. Dies gilt auch für notwendige strukturelle Rahmenbedingungen und die Bereitstellung von dafür erforderlichen Ressourcen.

Workshop 3 – Qualitätssicherung

Impulsreferat 1: Matthias Franz: Qualifizierung und Qualitätssicherung in der Kita am Beispiel von PALME

Impulsreferat 2: Susanne Borchert: Audit gesunde Kita

Der dritte Workshop konzentrierte sich auf Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung von Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention unter der Leitfrage:

- Welche Mittel und Methoden stehen zur Verfügung, um eine sachgerechte Umsetzung des Programms im jeweiligen Handlungsfeld zu unterstützen?

Folgende Aspekte der Qualitätssicherung wurden als bedeutsam benannt:

- Qualitätssicherung muss zu umfassender Qualitätsentwicklung und kontinuierlicher Verbesserung weiterentwickelt werden und sowohl Strukturen (zum Beispiel Manuale) als auch Prozesse (Schulungen, Support) und Ergebnisse umfassen.
- Mindeststandards und Rahmenbedingungen (Personal, Ausbildung etc.) müssen von Anfang an festgelegt und entsprechende Ressourcen müssen bereitgestellt werden.
- Spezifische Bedarfslagen, insbesondere von belasteten Zielgruppen und Sozialräumen, müssen unbedingt beachtet werden. Kitas und Programme müssen integrierter Baustein der »Präventionsketten« der Kommune (institutions- und struktübergreifende Vernetzung) sein.
- Theoretische Konzepte sind als Grundlage erforderlich, eine Verknüpfung von strukturierten und

evaluierten Programmen und flexibler Anpassung an die jeweiligen Bedingungen ist zu ermöglichen; die Verankerung der Programme in den Settings Kita, Quartier, Kommune ist vorzusehen und zu fördern.

- Wirksamkeitsnachweise – soweit belegt und fundiert – sowie Kosten-Nutzen-Rechnungen sollten kommuniziert werden (Träger, Kommunalpolitik, Öffentlichkeit).
- Träger, Leitung und Team müssen informiert und motiviert werden, entsprechende formale Kompetenzen erhalten und Verantwortung übernehmen.
- Fortlaufende Qualifizierung und Begleitung der Einrichtung und des Teams müssen auch nach der Implementierung gewährleistet werden. Der Erfahrungsaustausch von Eltern und Erzieherinnen sowie Erziehern ist wichtig (Peeransatz).

Setting Schule

Moderation: Peter Paulus, Ulrich Schwabe

Workshop 1 – Anforderungen und Hürden

Impulsreferat 1: Ulla Walter: Integration täglicher Bewegung in den Schulalltag – das Projekt »fit für pisa«

Impulsreferat 2: Uwe Berger: Prävention im Setting Schule: zwischen Euphorie und Ernüchterung

Diskussion:

1. Welche Schwierigkeiten wirft der Einsatz strukturierter Programme auf?
 - Fehlende Akzeptanz bei den Lehrkräften
 - Praxisexperten (Lehrkräfte) sollten möglichst von Anfang an in die Programmentwicklung mit einbezogen werden.

- Fehlende Akzeptanz bei den Eltern
Wissenschaftliche Untersuchungen in Schulen stoßen zunehmend auf Widerstand von Eltern. Eltern sollten möglichst von Anfang an in die Programmentwicklung mit einbezogen werden. Hier ergibt sich die Schwierigkeit, dass Eltern im Bereich der Sekundarstufe I und II oftmals nur schwer für Schulbelange ihrer Kinder zu erreichen sind und eine Intervention (zum Beispiel Ernährungsumstellung) in das soziale System der Familie Auswirkungen hat, die nicht immer positiv aufgenommen werden (Verhältnisprävention). Um fehlende Akzeptanz zu beseitigen, muss ein Präventionsprogramm auf drei verschiedenen Ebenen (Institution Schule, Eltern, Kind) ansetzen. Sinnvoll ist auch, die Intervention in Form eines wiederkehrenden Spiralcurriculums anzulegen.
- Unterrichtsmodelle/Lehrpläne verhindern die Integration von Programmen (vor allem der Zeitfaktor spielt eine Rolle: zu wenig Zeit).
- Konzepte der Gesundheit sollten direkt in die Lehrpläne der verschiedenen Fächer mit aufgenommen werden. Damit erfolgt eine Einordnung in den Schulkontext.
- Übertragungsprobleme: Labor > Schulalltag
 - Programme, die in Modellprojekten funktionieren, scheitern oftmals an der Wirklichkeit des schulischen Alltags.
 - Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit von Präventionsprogrammen sind zu hoch: Auf der einen Seite soll ein Programm strukturiert und standardisiert sein, um gleiche Bedingungen beim Einsatz zu gewährleisten. Auf der anderen Seite wird viel Flexibilität verlangt, um sich an die verschiedenen Kontexte von Schulen, Klassen und Schülerschaft anpassen zu können.
- Programme müssen mehr Lebenskontexte und Determinanten der Schülerinnen und Schüler in die Intervention mit einbeziehen.
- Möglichst kein Aktionismus, es gibt auch zu viele Programme (Projektitis).
 - Programme sollten stärker das Setting Schule berücksichtigen.
 - Programme sollten anschlussfähig an die Schulentwicklung sein.
 - Sie sollten auch als ein Angebot (»Ressource«) für Schulen konzipiert sein.
- Die Curricula der Schule müssen berücksichtigt werden.
- Schule ist ein sehr gutes, aber auch spezielles Setting. Programme müssen kompatibel mit der Schulwirklichkeit sein, zum Beispiel Lehr-/Lernformen des Unterrichts berücksichtigen. Die Programme müssen auch kompatibel zu den derzeitigen Bedürfnissen der Schule sein: Was braucht die Schule überhaupt?
- Akzeptanz der Programme durch Lehrkräfte und deren Integration in die Programme sorgt für Nachhaltigkeit.
 - Lehrkräfte sind Schlüsselpersonen. Sie brauchen aber auch Unterstützung in der Programmdurchführung und auch für den Erhalt ihrer eigenen Gesundheit.

Workshop 2 – Anpassung von Programmen

Impulsreferat 1: Manfred Cierpka: Erfahrungen mit der Implementierung von *Faustlos* in der Grundschule
Impulsreferat 2: Christian Splieth: Gesund aufwachsen – Evidenz und Umsetzung verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention am Beispiel der Zahnmedizin

Erfahrungen mit der Implementierung (Diskussion):

2. Welchen Erfordernissen muss ein Programm gerecht werden, damit es verwendet wird/wirken kann?

1. Welche Spielräume benötigen Nutzerinnen und Nutzer zur Adaption eines Programms an örtliche Bedingungen?

- Lehrerinnen und Lehrer sind als Schlüsselpersonen einzubeziehen, da sie den Kindern schon vertraut sind und somit das Programm flexibel durchführen können (standardisiert und flexibel). Dementsprechend sind Trainings für Lehrkräfte erforderlich.
- Lehrkräfte und Eltern sollen als Team bei der Programmentwicklung mitentscheiden, um die Integration des Programms in den Unterricht zu gewährleisten (siehe Beispiel *Faustlos*) (Bildungsplanung).

2. Welche Vorgehensweisen haben sich bewährt, welche eher nicht?

- Programme sollten nur in entsprechenden Problemfeldern eingesetzt werden. Nur Schulen, die es auch wirklich benötigen (Schwerpunktschulen).
- Es sollte möglich sein, Risikogruppen spezifischer zu identifizieren (Konzentration auf Risikogruppe), indem man Daten der Schulen nutzen kann (schulnahe Gesundheitsdaten), auch wenn das datenschutzrechtliche Schwierigkeiten (Anonymität) mit sich bringt.
- Familienorientierte Programme sind eine gute Vorgehensweise (Familien ansprechen)
 - Konzepte zur Frühen Hilfe,
 - Determinante »Sozialer Status« generell berücksichtigen,
 - Training von Hebammen und Lehrkräften.
- Trotz des gewünschten Einbezugs der Lehrerinnen und Lehrer sollten diese nicht überfordert werden.
- Die Schule als gutes Setting von Präventionsprogrammen von Kindern muss sich besser vernetzen.

Workshop 3 – Qualitätssicherung

Impulsreferat 1: Sebastian Liersch: Innovative Ansätze zum Qualitätsmanagement in der gesundheitsfördernden Schule

Impulsreferat 2: Peter Paulus: Qualität in der schulischen Gesundheitsförderung: Erkennen, sichern, entwickeln

Diskussion:

Welche Mittel und Methoden stehen zur Verfügung, um eine sachgerechte Umsetzung des Programms im jeweiligen Handlungsfeld zu unterstützen?

- Partizipation der Akteure (Lehrerinnen und Lehrer) im Setting (Partizipation Schulakteure).
- Lehrkräfte als Vermittler. Lehrerinnen und Lehrer sollten mehr beteiligt werden, zum Beispiel, indem sie als Team auch für Kooperationen außerhalb der Schule agieren (Betroffene zu Beteiligten machen).
- Das vorgestellte Managementinstrument zur Qualitätssicherung »Balanced Score Card« schließt andere wichtige Stakeholder aus, ist aber ein guter Anfang zur Qualitätssicherung.
- Qualitätssicherung Gesundheitsbildung (QSGB) ist ein gutes Instrument zur Qualitätsbestimmung und -entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen, die im Bereich Gesundheit und Bildung angesiedelt sind.
- Um die Programme an die Schule anzupassen, ist es wichtig, eine Bestandsaufnahme der Schule im Rahmen ihres Qualitätskonzepts unter Gesundheitsgesichtspunkten vorzunehmen. Dadurch können die Schulentwicklung und die Programme näher zusammengebracht werden und sich gut ergänzen.
- Trotz der vielen Angebote an Präventionsprogrammen sind diese meist einzelne, unabhängig voneinander agierende Programme ohne Vergleich und ohne Qualitätssicherung. Deswegen bedarf es qualitätsgesicherter Programme.
- Es fehlt an Vernetzung zwischen Schule und Kommune, was durch die konkrete Einbindung der Schulleitung und zum Beispiel des örtlichen Jugendhilfeträgers in die Entwicklung und Umset-

zung des Programms gefördert werden könnte (Schulleiter bzw. -leiterin ist ein Qualitätsfaktor). Ein gutes Beispiel für eine bessere Vernetzung der Schule mit der Kommune ist das Projekt »GUT DRAUF«, das außer der Schule auch andere soziale Netze von Kindern (Jugendherbergen) mit einbindet (schulische Gesundheitsförderung mit Sozialraumbezug).

- Schulen lehnen oftmals Programme zur Qualitätssicherung ab, da sie sich kontrolliert fühlen. Auch deshalb ist die Integration der Lehrkräfte in die Programmentwicklung ein wichtiger Aspekt, um Präventionsprogramme mit Qualitätssicherung etablieren zu können.
- Qualitätsprogramme enden oftmals nur mit einer Analyse des momentanen Bestands (Ist-Analyse), anstatt langfristig zur Qualitätsentwicklung beizutragen. Dementsprechend sind Qualitätsprogramme gefordert, die nachhaltig wirken und Schulen mit ihrem Qualitätsstatement nicht allein lassen.
- Querdenken! Generell ist es wichtig zu betonen, dass Präventionsprogramme für Kinder settingübergreifend stattfinden sollten, um die Vernetzung aller sozialen Kontexte zu ermöglichen (>Querdenken«, vernetztes Sozialraumdenken).

Impulsreferat 2: Regina Stolzenberg: »... dass sie mir einen Weg gezeigt haben, dass sie auch mit mir gekommen sind« – Peerprojekte als Brücke zu Familien in schwierigen Lebenslagen – das Peerprojekt »Stadtteilmütter« in Berlin-Kreuzberg.

Während der Vorträge haben die Teilnehmenden bereits Stichworte zu den Leitfragen des ersten Workshops »Anforderungen und Hürden« auf Moderationskärtchen gesammelt. Anschließend an die Vorträge wurden die Stichworte über Schwierigkeiten und Anforderungen beim Einsatz von strukturierten Programmen zusammengetragen.

Zentrale Schwierigkeiten sind:

- Die im Handlungsfeld zur Verfügung stehenden Ressourcen (zum Beispiel Personal, Zeit),
- die Frage nach der Finanzierung der Programme,
- Versicherung und Rechtsfragen bei der Jugendarbeit und bei der Arbeit mit Kindern, zum Beispiel: »Wann ist ein Übergang in andere Hilfesysteme (Psychotherapie, Jugendamt etc.) erforderlich?«,
- die Zielgruppentreue bzw. das Präventionsdilemma, dass auch wirklich die gewünschte Zielgruppe (zum Beispiel sozial benachteiligte Familien) erreicht wird.
- Die Nähe zu einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmern führt zu emotionaler Betroffenheit, was zum Abbruch auf beiden Seiten (bei den Teilnehmenden oder den Durchführenden) zur Folge haben kann. Auf der einen Seite kann es passieren, dass die Teilnehmenden sich nicht darauf einlassen möchten, sich einer (relativ) fremden Person gegenüber zu öffnen. Auf der anderen Seite kann diese emotionale Nähe zu den Teilnehmenden aufseiten derjenigen, die das Programm durchführen (zum Beispiel Familienberaterinnen oder -berater), zu einer Überforderung führen, was zusätzliche Unterstützung der Durchführenden erforderlich macht (zum Beispiel Fachberatung, Supervision etc.).

Setting Familie

Moderation: Silke Pawlis, Ute Fillinger, Mechthild Paul

Workshop 1 – Anforderungen und Hürden

Impulsreferat 1: Hildegard Müller-Kohlenberg:

»My home ist my castle« – Welche Zugangswege gibt es zu Familien? Das ehrenamtliche Mentorenprogramm für Kinder aus benachteiligten Familien mit dem Namen »Balu und Du«.

Die zentralen *Anforderungen* sind:

- Betreuung und Begleitung von Praktikerinnen und Praktikern (zum Beispiel Mentorinnen und Mentoren sowie Fachkräften, die Familien begleiten).
- Kontinuität der Programme. Um Nachhaltigkeit zu erzielen, muss die Kontinuität gewährleistet sein.
- Integration der Programme in den Alltag der Familien.
- Flexibilität der Programmentwicklung und Durchführung.
- Vernetzung von Projekten.
- Eine zentrale Anlaufstelle für die Finanzierung von Programmen (bzw. eine Übersicht über Förderer und Fördermittel; gefordert wurde eine »Instrumentenförderplattform«; in Zukunft sollte man auch Wirtschaftsunternehmen als Kooperationspartner und Geldgeber in Betracht ziehen).
- Empowerment.
- Niedrigschwelligkeit der Programme (»auf Augenhöhe«).
- Mehr Evaluation und Dokumentation, um Wirksamkeitsnachweise erzielen zu können; bessere Standards.
- »Komm- und (Zu-)Geh-Strukturen«. → »Dort hingehen, wo die Leute sind«. Die Leute dort abholen, wo sie sind.
- Längere Förderzeiträume sind notwendig, um nachhaltige Effekte messen zu können.
- Generationsübergreifendes Denken muss einsetzen, um auch für zukünftige Kinder und Familien eine gute Voraussetzung für »gesundes Aufwachsen« zu schaffen.
- Informelles Lernen. → Erwartungen an die Zielgruppe müssen überprüft werden.

Workshop 2 – Anpassung

Impulsreferat 1: Sibylle Friedrich: Nachhaltige Kooperation als Bedingung für kontextsensible Anpassung

Impulsreferat 2: Martin Stolle: Familienbasierte Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen am Beispiel der deutschen Adaption des SFT (Strengthening Families Program) aus den USA

In der Diskussion wurden Spielräume für die Adaption von standardisierten Programmen vor Ort sowie Vorgehensweisen, die sich in der Praxis bewährt oder nicht bewährt haben, herausgearbeitet.

Kernfragen der Diskussion waren:

- Ist Standardisierung notwendig? Oder ist es wichtiger, genügend Spielräume für eine Anpassung eines Programms im jeweiligen Handlungsfeld offenzulassen?
- Wie kann eine gute Balance gefunden werden zwischen einem standardisierten »Kern« eines Programms (Mindeststandards), der unbedingte Programmtreue erfordert, und einer »flexiblen Peripherie«, die Veränderungen und Anpassungen vor Ort vorsieht?
- Wie kann festgelegt werden, was der feste »Kern« (60 % laut Thomas Kliche) eines Programms inhaltlich sein muss bzw. welche Qualitätskriterien dieser Kern erfüllen muss?

Weitere wichtige Diskussionspunkte bezüglich der *Spielräume für Adaption vor Ort* waren:

- Spielräume fördern die Motivation der Praktikerinnen und Praktiker vor Ort, da so Anpassungen an ihre Bedürfnisse und Bedarfe möglich sind.
- Auf der anderen Seite ist durch eine starke Strukturierung die Wirkung gesichert, was auch die Motivation der Praktikerinnen und Praktiker fördern kann.
- Spannungsfeld: Standardisierung versus Individuelle Programmentwicklung.
- Es ist wichtig, dass ausreichend Ressourcen (vor allem Zeit und Personal) für eine Adaption vor Ort zur Verfügung stehen.

- Die Institutionen vor Ort müssen differenziert begleitet werden, sodass individuelle Schwierigkeiten Beachtung finden. → Anpassung an Zielgruppe und Problemstellung vor Ort.
- Kooperationen vor Ort erfordern Flexibilität.
- Der feste Kern eines Programms muss durch Qualitätsstandards festgelegt werden.
- Spielräume sind programmabhängig. Manche Programme sind gut, weil sie standardisiert sind, andere benötigen mehr Spielräume.
- Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vor Ort müssen effektiv genutzt werden.
- Die Identifikation mit dem Programm durch die Praktikerinnen und Praktiker, die es vor Ort durchführen sollen, ist entscheidend.
- Strukturierung/Standardisierung schränkt die persönliche Freiheit ein.

Vorgehensweisen, die sich bewährt haben:

- Das Projektziel muss zum eigenen Ziel der Praktikerinnen und Praktiker werden.
- Die Projektleitung muss sich bezüglich der Projektziele positionieren und ihre Überzeugung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergeben.
- Durch Strukturierung werden klare »Spielregeln« geschaffen, wodurch die (eventuell als belastend wahrgenommene) Verantwortung von den Praktikerinnen und Praktikern genommen wird und sie bei der Umsetzung bestärkt werden. → Praktikerinnen und Praktiker fühlen sich sicherer (»Ich muss mich an Regeln halten«).
- Zeit zur Reflexion des Prozesses und zur Problembearbeitung muss da sein.
- Partizipation der Praktikerinnen und Praktiker bei der Programmanpassung ist wichtig.
- Qualitätsanforderungen müssen benannt werden, um wirksame Programmtreue zu gewährleisten.

Workshop 3 – Qualitätssicherung

Impulsreferat 1: Tilman Brand: Umsetzung eines Hausbesuchsprogramms für sozial benachteiligte Familien. Erfahrungen aus dem Modellprojekt »Pro Kind«

Im Anschluss an den Vortrag wurde zuerst diskutiert, wie stark ein Manual befolgt werden sollte. Es wurde die Frage gestellt, ob nicht auch Flexibilität eingeräumt werden sollte bei der Anpassung an die Zielgruppe (zum Beispiel sollten bestimmte Themen aus dem Handbuch in bestimmten Familien intensiver besprochen werden als andere Themen).

Die restliche Zeit wurde über Mittel und Methoden zur Qualitätssicherung diskutiert:

- Das Handlungsfeld und die beeinflussbaren Variablen müssen definiert werden, dabei ist ein ständiger Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis notwendig.
- Fokusgruppen können als Methode zum Austausch zwischen den Beteiligten dienen.
- Zeit für Pilotphasen sollte eingeräumt werden, um eventuell auftretende Probleme zu identifizieren und notwendige Änderungen durchzuführen.
- Fortlaufende Praxisbegleitung in der Form von Supervision und regelmäßiger Fachbegleitung.
- Partizipative Qualitätsentwicklung: Verknüpfung von Standards und partizipativer Programmentwicklung. Weiterentwicklung des Programms durch Partizipation der Durchführenden. → Reflexion der Arbeit der Zielgruppe.
- Checklistenentwicklung unter Einbezug der Zielgruppe (Bottom-up).
- Interne Evaluation (Selbstevaluation) mit unaufwendigen Methoden (zum Beispiel Interviews) sollte in das Standardrepertoire aufgenommen werden (neben Fremdevaluation).
- → Instrumente zur Selbstevaluation entwickeln: Wissenschaft sollte den Praktikerinnen und Prak-

tikern Methoden zur Verfügung stellen, die mit den Ressourcen aus der Praxis umgesetzt werden können (Praxisangemessenheit der Methoden ist besonders wichtig). Hier kam der Verweis auf die Homepage der DeGEval (Deutsche Gesellschaft für Evaluation).

- Selbstreflexion der eigenen Arbeit durch Projektleitung ergänzen (durch Erfahrungen der »Umsetzenden«). → Zielgruppenbefragung, ob Programmziele aus ihrer Sicht erreicht sind.
- Dokumentationsbogen für »Umsetzende« (Praktikerinnen und Praktiker sowie Koordinatorinnen und Koordinatoren).
- Beschäftigung mit Problemen und Fehlern. → Positive Fehlerkultur ist nötig; »Lernen aus eigenen Fehlern«.
- Implementierung in Regelstrukturen muss bei Programmentwicklung mit bedacht werden.
- Weitere Forschung zu Projektkriterien und Wirkungsmechanismen ist nötig.
- »Frühe Hilfen«-Kernkriterium: Förderung der Eltern-Kind-Beziehung.
- Kooperationspartner (für Projekte selbst und Gewinnung der politisch und behördlich verantwortlichen Institutionen und Personen),
- Veränderung der Verhältnisse (erfordert langfristige Arbeit).
- Für Zugang zu sozial benachteiligten Zielgruppen
 - Beiläufigkeit von Präventions- und Gesundheitsförderung (PGF), das heißt, Themen der PGF werden am Rande eingebracht. Im Vordergrund der Projekte stehen (zumindest in der Wahrnehmung der Zielgruppe) Aspekte wie Spaß, soziale Kontakte.
 - Handlungsbezug der Maßnahmen,
 - »Hierarchielosigkeit« der Interaktionen zwischen Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sowie der Zielgruppe,
 - Wahrnehmung von Hierarchie durch Zielgruppe führt zur Ablehnung,
 - Aufsuchendes Arbeiten,
 - Gewinnung von Vertrauen,
 - Peer-to-peer: In der Zielgruppe bereits vernetzte Vertrauenspersonen sollten im Projekt mitarbeiten.

Setting Quartier

Moderation: Alf Trojan, Klaus D. Plümer

Workshop 1 – Anforderungen und Hürden

Impulsreferat 1: Gesine Grande: Gesundheitsförderung im Stadtteil – spezielle Möglichkeiten und Herausforderungen des Zugangs zu den Bewohnerinnen und Bewohnern

Anforderungen:

- Für Nachhaltigkeit: Investition in Strukturen
 - Institutionalisierung, das heißt Schaffung von Strukturen (etwa einer Koordinationsstelle),

Impulsreferat 2: Waldemar Süß: Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier – Anforderungen und Hürden einer partizipativen Herangehensweise (siehe Tabelle).

Workshop 2 – Anpassung von Programmen

Impulsreferat 1: Hartmut Dunkelberg: Projektbericht zur kommunalen Gesundheitsförderung von Kindern im Lern- und Lebensraum Schule und Wohnumfeld

Adaption von Programmen:

Vorbemerkung des Moderators: Der Begriff »Programm« ist im Feld Quartier unklar. Es gibt politische Programme, standardisierte Programme zur PGF, Finanzierungsprogramme, Forschungsprogramme und vieles mehr.

Anforderungen	Hürden
<i>Für Akzeptanz und Berücksichtigung des lokalen Wissens: Partizipation</i> – Vernetzung der Akteure und Schaffung von Strukturen (z. B. Runder Tisch) – Beteiligung der Zielgruppe <i>Für Partizipation: Berücksichtigung der Distanz zwischen Professionellen und (sozial benachteiligten) Zielgruppe</i> – Schaffung von jeweils eigenen Beteiligungsstrukturen für Professionelle und Zielgruppe (z. B. Runder Tisch für Gesundheitsakteure und Beirat für Zielgruppe) <i>Für Akzeptanz der Maßnahmen: Partizipation</i> – Beteiligung der Zielgruppen bei der Definition der relevanten und zu bearbeitenden Gesundheitsthemen	<i>Für Partizipation: Distanz zwischen Professionellen und (sozial benachteiligten) Zielgruppe</i> – Unterschiedliches Wissen, Interessen, Kultur (Umgang, Sprache); gegenseitige Vorbehalte führen zu Distanz und erheblichen Kommunikations- und Interaktionsproblemen

Aufgreifen der bzw. Anpassung an die Verhältnisse vor Ort

- Planungsphase:
 - Analyse programmrelevanter Verhältnisse notwendig:

Beispiel: Projekt zur Bewegungsförderung für Kinder im Quartier:

Bewegungs- und Spielmöglichkeiten der Kinder waren im Wohnumfeld kaum vorhanden, da die Hausordnung das Fußballspielen und Fahrradfahren auf den Grünflächen verbot, »Kinderlärm« verboten war und Büsche und Bäume nicht beschädigt werden durften, so dass sie nicht ins Spiel der Kinder integriert werden konnten.
- Implementierungsphase:
 - Aufgreifen der zuvor analysierten programmrelevanten Verhältnisse.

Beispiel: Veränderung der Hausordnung in Zusammenarbeit mit der Hausverwaltung.
- Partizipation: Beteiligung aller Betroffenen (Akteure und Zielgruppen) an der Definition der Ziele der

Intervention und an der Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Erreichung der Ziele.

- Stark standardisierte Programme sind nicht geeignet für PGF im Quartier.
 - Gründe:

Fehlende Akzeptanz durch die Betroffenen, vor allem durch die Zielgruppen.

Rein standardisierte Programme ohne partizipative Elemente gehen an den Bedürfnissen der Menschen häufig vorbei.
- Lösungsvorschlag: Erarbeitung eines Inventars von adaptierbaren Programmbausteinen für verschiedene Zielgruppen und Ziele der PGF.

Impulsreferat 2: Christiane Färber, Petra Hofrichter: Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in Hamburger Stadtteilen

Adaption von Programmen:

- Ausgangssituation: Vielzahl (verzahnter) Projekte.
- Einrichtung einer Koordinationsstelle notwendig.
 - Aufgaben:

- Bestandsaufnahme vorhandener Projekte in den verschiedenen Quartieren,
- Bedarfsanalyse,
- Koordination der verschiedenen Projekte in einem Quartier,
- Beteiligung, vor allem auch neuer Akteure (zum Beispiel Wohnungsbaugenossenschaften),
- Qualifizierung der Schlüsselpersonen.

Workshop 3 – Qualitätssicherung

Impulsreferat 1: Bettina Reimann: Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier: Ausgangslage, Herausforderungen und Umsetzungserfolge

Mittel und Methoden zur sachgerechten Umsetzung von Programmen/PGF-Interventionen:

- Zur Sicherung einer ausreichenden Finanzierung: Kofinanzierung durch Kommune und Krankenkasse.
- Partizipation wirkt als stabilisierendes Element: Aktivierung und Sensibilisierung der Akteure und Zielgruppen.

Impulsreferat 2: Michael Wright: Qualitätsentwicklung im Stadtteil: gemeinsame Ziele, gemeinsames Lernen

Mittel und Methoden zur sachgerechten Umsetzung von Programmen/PGF-Interventionen:

- Probleme im Zusammenhang mit Partizipation:
 - Stillstand durch mangelnden Konsens: Eine Partizipation auf hohem Niveau (Beteiligung an Entscheidungen) kann das Treffen von Entscheidungen behindern, wenn kein Konsens unter den Beteiligten gefunden werden kann. Daher kann es hilfreich sein, wenn die letztendliche Entscheidung und auch die Verantwortung für die Entscheidung bei einer Person liegen.
- Beteiligung an Entscheidungen kann in bestimmten Situationen rechtlich unzulässig sein,

weil der Entscheidungsträger rechtlich festgelegt ist, zum Beispiel Stadtrat.

- Instrumente, die die Bewohnerperspektive erfassen, sind nicht bekannt. Es existiert jedoch eine Vielzahl von Instrumenten (siehe zum Beispiel www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de).
- Angemessene Partizipation ist oft nicht im Interesse von Geldgebern.
 - Gründe: Partizipative Prozesse sind langwierig, teuer und nicht immer »erfolgreich«.
 - Folge: Projekte mit kosten- und zeitaufwendigen Partizipationsprozessen werden nicht finanziert.
- Es sollte mit den Betroffenen offen diskutiert werden, wenn Partizipation auf dem geplanten Niveau nicht umsetzbar ist.
 - Beispiel: Die geplante Beteiligung der Zielgruppe an Entscheidungen scheitert, weil innerhalb der Zielgruppe kein ausreichendes Interesse an einer Entscheidungsbeteiligung existiert.
- Durch Offenheit seitens der Projektleitung und die Diskussion des Problems können sich Lösungen im Gespräch ergeben.
 - Partizipation sollte nicht zur Pflicht werden, wenn es gute Gründe dagegen gibt (zum Beispiel fehlendes Geld, Know-how, mangelnder Wille zur Beteiligung seitens der Betroffenen).
- Commitment: Selbstverpflichtung verschiedener Akteure und Gruppen auf gemeinsam erarbeitete Ziele = wichtiges Element.
 - Commitment erfordert Kompetenzen, die eventuell erst vermittelt werden müssen (Empowerment).
- Definition von Qualität/Qualitätsmerkmalen:
 - Konkurrierende Paradigmen.
- Definition durch Expertinnen und Experten (wissenschaftliche Entwicklung von Qualitätsstandards).

- Definition durch die Zielgruppen und Akteure (Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse).
- Eine gute Qualitätssicherung sollte eine Qualitätsentwicklung sein, im Sinne einer Synthese der beiden konkurrierenden Paradigmen.
- Dies erfordert eine Aufhebung der »Hierarchie des Wissens«, das heißt, das Expertenwissen sollte nicht als höherwertig angesehen werden als das Wissen der Zielgruppen und Akteure (Akteurinnen und Akteure (→ implizites Wissen«). Beide Wissensformen sollten gleichberechtigt in die Intervention eingehen. Qualität kann sich nur im Dialog mit den Zielgruppen und Akteuren entwickeln.

VORSTELLUNG EXEMPLARISCHER PROGRAMME

KITA	Prävention durch Aktivitäten im Kindergarten Thema: „Bewegungsaktivität“ Der BKK-Besondere-Koffer für Kinder und Eltern Thema: „Bewegung“
SCHULE	Lebenslauf mit Lern- & Lerner Thema: „Bewegung“ Besondere Lern- & Lerner in Rheinland-Pfalz Thema: „Bewegung“
FAMILIE	Wie Elternschaft gelingt Thema: „Bewegung“ Der RZG-Elternrat Thema: „Bewegung“
QUARTIER	„Ein Brief“ in der Gemeinde Thema: „Bewegung“ „Nein, ich bin nicht in der Stadt“ Thema: „Bewegung“

I. ANFORDERUNGEN UND HÜRDEN

KITA	Früh- & spät- & was und wo? Anforderungen und Hürden bei der Bewegungsförderung – Anforderungen für Kinder & Eltern Bewegungsförderung in Kindertagesstätten Anforderungen und Hürden – Thema: „Bewegung“
SCHULE	Integration täglicher Bewegung in den Schulalltag – das Projekt „In der Schule“ Reflexion der Stellung Schule zwischen Eltern & und Bewegung – Thema: „Bewegung“
FAMILIE	„Nicht nur in der Stadt“ – Welche Zugangswege gibt es zu Familien? – Thema: „Bewegung“ – dass wir uns nicht nur auf den Weg gemacht haben, dass wir auch mit uns gekommen sind – Peer-Projekte als Brücke zu Familien – Thema: „Bewegung“
QUARTIER	Gesundheitshandlung im Stadtteil – Thema: „Bewegung“ Vorgeschichte und Herausforderungen des Zugangs zu den Bewohnern – Thema: „Bewegung“ Reflexion der Gesundheitshandlung im Quartier – Anforderungen und Hürden einer partizipativen Handlungsweise – Thema: „Bewegung“

➤ Moderatoren- und Referentenverzeichnis

Prof. Dr. Henning Allmer

Gesund e. V. – Kölner Institut für angewandte
Gesundheitswissenschaften
Hansaring 88
50670 Köln

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie
für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Prof. Dr. Michaela Axt-Gadermann

Hochschule für angewandte Wissenschaften
Fachhochschule Coburg
Friedrich-Streib-Straße 2
96450 Coburg

PD Dr. phil. med. habil. Uwe Berger

Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Institut für psychosoziale Medizin
Steubenstraße 2
07740 Jena

Simone Beuter

Ev. Fachhochschule Freiburg
Zentrum für Kinder- und Jugendforschung
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg

Susanne Borchert

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-
Anhalt e. V.
Badestraße 2
39114 Magdeburg

Bianca Bormann

Universitätsklinikum Jena der Friedrich-Schiller-
Universität Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psycho-
therapie
Stoysstraße 3
07740 Jena

Dr. Brigitte Borrmann

Universität Osnabrück
Fachbereich 8 Humanwissenschaften –
Fachrichtung Gesundheitswissenschaften
Albrechtstraße 28
49090 Osnabrück

Tilman Brand

Kriminologisches Forschungsinstitut Nieder-
sachsen e. V.
Lützerodestraße 9
30161 Hannover

Christina Brix

Universitätsklinikum Jena der Friedrich-Schiller-
Universität Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psycho-
therapie
Stoysstraße 3
07740 Jena

Dr. Ursel Broesskamp-Stone

Gesundheitsförderung Schweiz
Dufourstraße 30
CH-3000 Bern 6

Marijke Brouwer

Team Gesundheit GmbH
 Rellinghauser Straße 93
 45128 Essen

Dr. Anneke Bühler

IFT Institut für Therapieforschung München
 Parzivalstraße 25
 80804 München

Prof. Dr. Manfred Cierpka

Universitätsklinikum Heidelberg
 Institut für Psychosomatische Kooperations-
 forschung und Familientherapie
 Bergheimer Straße 54
 69115 Heidelberg

Bärbel Derksen

Familienzentrum Potsdam c/o FH Potsdam
 Friedrich-Ebert-Straße 4
 14467 Potsdam

Manuela Dicken

Sportjugend Köln
 Ulrich-Brisch-Weg 1
 50858 Köln

Dr. Svenja Dubben

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
 Ostmerheimer Straße 220
 51109 Köln

Prof. Dr. Hartmut Dunkelberg

Georg August Universität Göttingen
 Bereich Humanmedizin – Zentrum Arbeits-, Sozial-,
 Umwelt- und Rechtsmedizin und Dermatologie,
 Allgemeine Hygiene- und Umweltmedizin
 Lenglerner Straße 75
 37085 Göttingen

Christiane Färber

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und
 Verbraucherschutz
 Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz
 Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung und
 Gesundheitsförderung
 Billstraße 80
 20539 Hamburg

Konstanze Fendrich

Institut für Community Medicine
 Abteilung Versorgungsepidemiologie und
 Community Health
 Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (EMAU)
 Ellernholzstraße 1–2
 17487 Greifswald

Ute Fillingner

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
 Ostmerheimer Straße 220
 51109 Köln

Prof. Dr. Matthias Franz

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät
 Klinisches Institut für psychosomatische Medizin
 und Psychotherapie
 Moorenstraße 5
 40225 Düsseldorf

Dr. Marco Franze

Institut für Community Medicine
 Abteilung Versorgungsepidemiologie und
 Community Health
 Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (EMAU)
 Ellernholzstraße 1–2
 17487 Greifswald

Dr. Sibylle Friedrich

Universität Hamburg
Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie
und Bewegungswissenschaft
Fachbereich Psychologie
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff

FIVE – Forschungs- und Innovationsverbund
an der Evangelischen Hochschule Freiburg e. V.
Zentrum für Kinder- und Jugendforschung
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg

Eva Göttlein

Projektagentur Göttlein
Königswarterstraße 62
90762 Fürth

Carola Gold

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Friedrichstraße 231
10969 Berlin

Prof. Dr. Gesine Grande

Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur
Leipzig
Fakultät angewandte Sozialwissenschaften
Karl-Liebknecht-Straße 145
04277 Leipzig

Janka Große

Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur
Karl-Liebknecht-Straße 145
04277 Leipzig

Prof. Dr. Holger Hassel

Hochschule Coburg
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit

Friedrich Streib-Straße 2
96450 Coburg

Prof. Dr. Martin Hautzinger

Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Psychologisches Institut – Klinische und
Entwicklungspsychologie
Christophstraße 2
72072 Tübingen

Vicky Henze

Allgem. Sport-Club Göttingen von 1846 (ASC 46) e. V.
Danziger Straße 21
37083 Göttingen

Karsten Heusinger

KIVI e. V.
Kaiser Wilhelm Platz 1
53721 Siegburg

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

Institut für Community Medicine
Abteilung Versorgungsepidemiologie und
Community Health
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (EMAU)
Ellernholzstraße 1–2
17487 Greifswald

Petra Hofrichter

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheits-
förderung e. V.
Repsoldstraße 4
20097 Hamburg

Prof. Dr. Tanja Jungmann

Institut für Sonderpädagogische Entwicklungs-
förderung und Rehabilitation
Universität Rostock
August-Bebel-Straße 28
18055 Rostock

Prof. Lotte Kaba-Schönstein

Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstraße 101
73732 Esslingen

Monika Kislik

Landeszentrale für Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V.
Hölderlinstraße 8
55131 Mainz

Martina Kolbe

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
Badestraße 2
39114 Magdeburg

Christian Krauth

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Dr. Claudia Kröhl

Institut für Therapieforschung
gemeinnützige GmbH
Parzivalstraße 25
80804 München

Vivien Kurtz

Kriminologisches Forschungsinstitut Nieder-
sachsen e.V.
Lützerodestraße 9
30161 Hannover

Dr. Glenn Laverack

41 Algarth road
Pocklington
York YO42 2HW, UK

Christiane Liebold

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Sebastian Liersch

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Julia Lindenberg

Ev. Fachhochschule Freiburg
Zentrum für Kinder- und Jugendforschung
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg

Dr. Eckart Mayr

Stadt Göttingen
Gesundheitsamt
Theaterplatz 4
37073 Göttingen

Claudia Menkouo

Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur
Karl-Liebknecht-Straße 145
04277 Leipzig

Prof. Dr. Hildegard Müller-Kohlenberg

Universität Osnabrück
Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften
Heger Tor Wall 9
49074 Osnabrück

Dr. Guido Nöcker

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Margarete Patak

Eberhard Karls Universität
Fachbereich Psychologie, Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Christophstraße 2
72072 Tübingen

Mechthild Paul

Nationales Zentrum Frühe Hilfen
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Prof. Dr. Peter Paulus

Leuphana-Universität Lüneburg
Institut für Psychologie
Scharnhorststraße 1
21335 Lüneburg

Dr. Silke Pawils

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und
Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 26
20246 Hamburg

Martina Plaumann

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Klaus D. Plümer

Health Promotion & Public Health Consultant
European Training Consortium Public Health
and Health Promotion
Bachstraße 9
40223 Düsseldorf

Madlen Pomp

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Dr. Bettina Reimann

Deutsches Institut für Urbanistik
Arbeitsbereich Stadtentwicklung, Recht und Soziales
Zimmerstraße 13–15
10969 Berlin

Dr. Markus Röbl

Universitätskinderklinik Göttingen
Pädiatrie II
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen

Maike Rönau-Böse

Ev. Fachhochschule Freiburg
Zentrum für Kinder- und Jugendforschung
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg

Dr. Kristina Roth

Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Universitätsklinikum Würzburg
Kinderklinik und Poliklinik – Pädiatrische Pneumo-
logie, Allergologie und Mukoviszidose
Josef-Schneider Straße 2
97080 Würzburg

Mustapha Sayed

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hoch-
schule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Dr. Hans-Joachim Schemel

Büro für Umweltforschung
 Altostraße 111
 81249 München

Ute Schmazinski-Damp

Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend
 und Kultur
 Referat Gesundheitsförderung, ökonomische
 Bildung, Bildung für nachhaltige Entwicklung
 Mittlere Bleich 61
 55116 Mainz

Bianca Schmidt

Hochschule für angewandte Wissenschaften
 Fachhochschule Coburg
 Friedrich-Streib-Straße 2
 96450 Coburg

Jörg Schnitzerling

Allgemeiner Sport-Club Göttingen von 1846
 (ASC 46) e.V.
 Danziger Straße 21
 37083 Göttingen

Dr. Melanie Sowa

Universitätsklinikum Jena der Friedrich-Schiller-
 Universität Jena
 Institut für Psychosoziale Medizin und Psycho-
 therapie
 Stoystraße 3
 07740 Jena

Prof. Dr. Jürgen Schröder

Institut für Sportwissenschaften
 Universität Göttingen
 Sprangerweg 2
 37075 Göttingen

Dr. Ulrich Schwabe

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-
 Anhalt e.V.
 Badestraße 2
 39114 Magdeburg

Dominique Schwartz

Universitätsklinikum Jena der Friedrich-Schiller-
 Universität Jena
 Institut für Psychosoziale Medizin und Psycho-
 therapie
 Stoystraße 3
 07740 Jena

Prof. Dr. Christian Splieth

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (EMAU)
 Universitätsklinikum
 Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie
 und Endodontologie
 Rotgerberstraße 8
 17489 Greifswald

Julian Stappenbeck

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes-
 und Jugendalters (DZSKJ) am Universitäts-
 klinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg

Elena Sterdt

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
 Gesundheitssystemforschung
 Medizinische Hochschule Hannover
 Carl-Neuberg-Straße 1
 30625 Hannover

Dr. Martin Stolle

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin – Deutsches
Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und
Jugendalters (DZSKJ)
Martinistraße 52
20251 Hamburg

Regina Stolzenberg

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Berlin School of Public Health
Seestraße 73
13347 Berlin

Prof. Dr. Bernhard Strauß

Universitätsklinikum Jena der Friedrich-Schiller-
Universität Jena, Institut für Psychosoziale Medizin
und Psychotherapie
Stoystraße 3
07740 Jena

Dr. Thomas Suermann

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Präventionsbeauftragter
Berliner Allee 22
30175 Hannover

Waldemar Süß

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin
und Gesundheitsökonomie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Rainer Thomasius

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes-
und Jugendalters (DZSKJ) am Universitäts-
klinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Barbara Thumann

Hochschule für angewandte Wissenschaften
Fachhochschule Coburg
Friedrich-Streib-Straße 2
96450 Coburg

Prof. Dr. Alf Trojan

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin
und Gesundheitsökonomie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Melanie Wahl

Eberhard Karls Universität
Fachbereich Psychologie, Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Christophstraße 2
72072 Tübingen

Helge Wallmeier

Stadtverwaltung Neuss
Jugendamt
Markt 2
41460 Neuss

Prof. Dr. Ulla Walter

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Dr. Astrid Wendell

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes-
und Jugendalters (DZSKJ) am Universitäts-
klinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Katharina Wick

Universitätsklinikum Jena der Friedrich-Schiller-
Universität Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psycho-
therapie
Stoystraße 3
07740 Jena

Irmtraut Windel

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie
für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Prof. Dr. Michael Wright

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
Köpenicker Allee 39–57
10318 Berlin

The logo for BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) features the letters 'BZgA' in a bold, white, sans-serif font, set against a dark grey rectangular background.

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Mit dem Förderschwerpunkt Präventionsforschung (2004–2012) hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung wesentliche Impulse für den Ausbau und die Entwicklung evidenzbasierter Prävention und Gesundheitsförderung gegeben. Der vorliegende Tagungsband dokumentiert in 37 Beiträgen den aktuellen Forschungsstand des Förderschwerpunkts für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche und stellt dabei eine Reihe von Programmen und Interventionen vor, die für eine breite Fachöffentlichkeit von Interesse sind. Ergänzt wird dies durch zwei internationale Beiträge, die Erfahrungen aus der Schweiz und Australien aus konzeptioneller und strategischer Perspektive in die Diskussion einbringen. Die Veranstaltung, die im Mai 2011 gemeinsam von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Rahmen des »Kooperationsprojekts für nachhaltige Präventionsforschung« organisiert wurde, hatte zum Ziel, Wissenschaft und Praxis in einem lebendigen Gedankenaustausch zusammenzuführen.