

Besser essen. Mehr bewegen. Prävention von Übergewicht bei Kindern

Das bringt Maßnahmen voran

Eine Hilfestellung für Planende und Entscheidungsträger



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
----------------	----------

1 Einleitung	6
-----------------------	----------

2 Kinder und ihre Familien mit verzahnten Maßnahmen erreichen	9
--	----------

2.1	Inhalte verzahnen	9
2.2	Verhalten und Verhältnisse berücksichtigen	11
2.3	Unterschiedliche Lebenswelten verzahnen	13
2.4	Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen verzahnen	16
2.5	Partizipation: Zielgruppen beteiligen	18

3 Lebenswelt Familie	21
-------------------------------	-----------

3.1	Zielgruppe Eltern	22
3.2	Niedrigschwellige Zugangswege zu Eltern	26
3.2.1	Eltern persönlich ansprechen	26
3.2.2	Rahmenbedingungen niedrigschwellig gestalten	27
3.3	Inhalte vermitteln und Zielgruppen bei der Stange halten	31
3.3.1	Veränderungsbereitschaft entwickeln	31
3.3.2	Praxisorientierung und alltagstaugliche Aktivitäten	32
3.3.3	Erziehungskompetenz im Blick haben	33
3.4	Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Elternarbeit	34
3.4.1	Schulung nach Bedarf	34
3.4.2	Professionelle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	37
3.4.3	Geschulte Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren	40
3.4.4	Vergütung versus Ehrenamt	42

4 Lebenswelt Kindertageseinrichtung und Grundschule	43
--	-----------

4.1	Zugangswege zu Einrichtungen	44
4.1.1	Persönliche Ansprache	45
4.1.2	Weitere Motivationsstrategien	45
4.2	Voraussetzungen für die Zusammenarbeit	46
4.3	Konzept: bedarfsgerecht und partizipativ	47
4.3.1	Passgenau oder von der Stange	47
4.3.2	Gemeinsam – am besten von Anfang an	48
4.3.3	Bestandsermittlung: Was ist vorhanden?	49

4.4	Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Kindertageseinrichtungen und Schulen	50
4.4.1	Training „on the job“	50
4.4.2	Schulungsinhalte: individuell und alltagsnah	51
4.4.3	Das Team einbeziehen	51
4.4.4	Schulung für Elternmaßnahmen	51
4.5	Elternmaßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen	52

5 | Auf- und Ausbau lokaler Netzwerke 53

5.1	Netzwerkpartner für Gesundheitsförderung bei Kindern	54
5.1.1	Partner im Überblick	54
5.1.2	Qualifikation der Partner für die Konzeptentwicklung	56
5.1.3	Qualifikation der Partner für die Maßnahmenumsetzung	57
5.2	Koordination und Leitung des Netzwerks	58
5.3	Struktur des Netzwerks	59
5.4	Teilnahme an Förderprogrammen	60

6 | Verstetigung von Anfang an mitplanen 62

6.1	Maßnahmen und Prozesse optimieren und verschlanken	63
6.2	Verstetigung braucht ein Konzept	63
6.3	Verstetigung von Netzwerken	64
6.4	Verstetigung von Maßnahmen	66
6.5	Strategien zur Verstetigung	68

7 | Weiterführende Informationen 70

7.1	Projektplanung und -umsetzung	70
7.2	Qualitätssicherung von Projekten und Maßnahmen	71
7.3	Evaluation	72
7.4	Materialien für Kindertageseinrichtungen und Schulen	73
7.5	Informationen zu Ernährung, Bewegung, Psychosoziale Gesundheit sowie Übergewicht (Adipositas)	74
7.6	Die 24 Modellprojekte des Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen.“	75

8 | Glossar 76

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die Gesundheit unserer Kinder liegt uns allen am Herzen. Wir möchten, dass die junge Generation bestmögliche Chancen für ihren Start ins Leben hat. Eine gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung sind dafür Schlüsselfaktoren.

Doch die Realität sieht leider häufig anders aus: Zu viele Kinder leiden heute an Übergewicht und daraus folgenden Krankheiten. Das ist nicht zuletzt deshalb problematisch, weil bereits in jungen Jahren die Weichen für ein langes und gesundes Leben gestellt werden.

Kinder sollten frühzeitig erfahren und lernen dürfen: Gesundes Essen und Bewegung tun mir gut; sie machen Spaß und tragen zu meinem Wohlbefinden bei. Aus diesem Grund hat das Bundesernährungsministerium das Projekt „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT – Regionen“ initiiert. Das Projekt ist Teil des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“.

Damit wurden insgesamt 24 Modellprojekte gefördert und wissenschaftlich begleitet. Ziel der Projekte war es, Kindern und Eltern Wege aufzuzeigen, wie sie sich gesund ernähren können und wie dies zur Gewohnheit wird. Sie sollten zudem erfahren, dass körperliche Aktivität Spaß macht.

Der vorliegende Leitfaden stellt die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der untersuchten Projekte zusammen. Sie sollen denjenigen, die zukünftig Projekte zur Gesundheitsförderung und zur Prävention von Übergewicht bei Kindern planen und durchführen, wertvolle Anregungen für ihre Tätigkeit geben.

Die Erfahrungen sollten wir nutzen – für die Gesundheit und Zukunft unserer Kinder.



Ilse Aigner
Bundesministerin für Ernährung,
Landwirtschaft und Verbraucherschutz



1. Einleitung

Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht bei Kindern setzen sich mehrere Ziele: Verhalten oder Rahmenbedingungen ändern, Einstellungen zu einem gesunden Lebensstil verbessern und vieles mehr. Möglichst erfolgreich sein wollen sie alle. Doch was bringt Projekte und Maßnahmen voran? Was hilft bei der Umsetzung? Wo liegen Stolpersteine auf dem Weg zum Ziel und zur Verstetigung?



Die Evaluation des Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“ ging diesen Fragen nach. 24 Modellprojekte mit etwa 700 einzelnen Maßnahmen wurden dazu in der dreijährigen Förderphase wissenschaftlich begleitet, 16 Modellprojekte darüber hinaus in der anschließenden zweijährigen Phase der Verstetigung.

Alle teilnehmenden Projekte mussten folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Aus- und Aufbau lokaler Netzwerke, um gesundheitsfördernde Strukturen zu schaffen, die auch nach Ablauf der staatlichen Förderung Bestand haben
- Erreichung von Kindern und ihren Eltern, die überdurchschnittlich häufig von Übergewicht betroffen sind, d. h. bildungsferne und einkommensschwache Familien sowie Familien mit Migrationshintergrund
- Verzahnung von Maßnahmen, in Bezug auf Inhalte (zum Beispiel Ernährung und Bewegung), Lebenswelten, Verhaltens- und Verhältnisprävention
- Streben nach Verstetigung der Maßnahme

Die Fülle von Ergebnissen aus der Evaluation und die gewonnenen Erfahrungen aus der intensiven wissenschaftlichen Begleitung der Projekte zeigen deutlich: bestimmte Faktoren sind ausschlaggebend, inwieweit die Koordination der Projekte gelingt, stabile, aktive Netzwerke aufgebaut werden und Maßnahmen ihre formulierten Ziele erreichen. Bei der Ermittlung dieser Faktoren war dabei auch von Interesse, ob die Vorgehensweise für eine Verstetigung förderlich oder hinderlich war.

Überraschendes Ergebnis: manche der Faktoren erscheinen selbstverständlich, doch gerade ihnen wird in der Praxis zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dazu gehört beispielsweise die Erkenntnis, bei Maßnahmen und Kommunikation nicht die Prävention von Übergewicht in den Mittelpunkt zu stellen. Dies führt automatisch zur Ausgrenzung und Stigmatisierung von Menschen, deren Gewicht nicht der Norm entspricht – egal ob Kinder oder Erwachsene. Und das wiederum beeinträchtigt ihre seelische Gesundheit. Besser ist es, mit Ernährung und Bewegung langfristig auf die Förderung von Gesundheit zu setzen und damit indirekt eine gesunde Gewichtsentwicklung zu begünstigen.

Die vorliegende Broschüre nimmt die kritischen Punkte in den Blick. Sie zeigt, worauf es ankommt und was voran oder zum „Stolpern“ bringen kann: bei einzelnen Maßnahmen, bei größer angelegten Projekten mit mehreren Maßnahmen oder bei Netzwerken, die Akteure vor Ort an einen Tisch bringen. Konkrete Beispiele aus den Modellprojekten veranschaulichen die Ausführungen.

Zielgruppe für diese Broschüre sind vor allem Planende von Projekten und Maßnahmen sowie Entscheidungsträger aus Kommunen und Institutionen, die langfristige und vernetzte Gesundheitsförderung und damit auch Prävention von Übergewicht bei Kindern initiieren und umsetzen möchten. Sie sollen angeregt werden, die Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben auf eigene Konzepte und Planungen zu übertragen, um damit die eigenen Handlungsspielräume zu erweitern und personelle und finanzielle Ressourcen effektiv zu nutzen.

Die vorliegende Broschüre kann Handreichungen und Leitfäden, die das qualitätsgesicherte Vorgehen bei der Planung und Steuerung von Projekten sowie der Umsetzung von Maßnahmen ausführlich thematisieren (siehe Seite 71) nicht ersetzen. Sie möchte vielmehr diese Informationen ergänzen und für kritische Punkte auf dem Weg von der Planung bis hin zur Verstetigung sensibilisieren.

Das Modellvorhaben

„Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“



Die 24 Modellregionen

Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) initiierte im Frühjahr 2005 das Modellvorhaben „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“. Ziel war es, zu untersuchen, mit welchen Maßnahmen, Partnern und welchen lokalen Netzwerkstrukturen der Entstehung von Übergewicht im Kindesalter langfristig vorgebeugt werden kann. In einem zweistufigen Wettbewerbsverfahren wurden bundesweit 24 Modellprojekte ausgewählt, die ab Herbst 2006 für drei Jahre finanziell gefördert wurden. Die wissenschaftliche Evaluation des Modellvorhabens führte das Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, in Karlsruhe durch.

Informationen zu dem Modellvorhaben und den 24 Modellprojekten finden sich auf der Internetseite

www.besseressenmehrbeugen.de

2. Kinder und ihre Familien mit verzahnten Maßnahmen erreichen

Um dauerhaft gesundheitsförderliche Lebenswelten für Kinder zu schaffen und ein gesundes Aufwachsen zu fördern, sollten auf vier verschiedenen Ebenen Maßnahmen verzahnt werden: Maßnahmen mit unterschiedlichen Inhalten, Maßnahmen in den Lebenswelten von Kindern, Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention und Maßnahmen für Kinder und für ihre Eltern.

2.1 Inhalte verzahnen

Ernährung und Bewegung sind wichtige inhaltliche Säulen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Ausgewogen sollten Kinder essen und mindestens eine Stunde am Tag in Bewegung sein. Um dieses Ziel zu fördern, setzen Maßnahmen zum Beispiel auf ein gutes Essensangebot in Kindertageseinrichtungen oder Schulen, auf ein bewegungsfreundliches Umfeld, auf Bewegungsangebote, auf die gemeinsame Zubereitung bei Kochveranstaltungen, auf Einkaufstrainings, auf den verantwortungsvollen Umgang mit Süßigkeiten in Familien, auf die Förderung einer gemeinsamen Esskultur in der Familie, zum Beispiel durch regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten ohne Fernseher und am Esstisch.

Sinnvoll ist es, Bewegungs- und Ernährungsmaßnahmen in interdisziplinären Konzepten zu verzahnen, ein gemeinsames Oberziel anzustreben und die Themen dabei von verschiedenen Seiten anzugehen. So kann „Körpergefühl“ zum Beispiel in der Ernährungsmaßnahme über „hungrig und satt sein“ erfahren werden, in der Bewegungsmaßnahme durch „aus der Puste kommen“. Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen können dabei auch in einen anderen Kontext, wie zum Beispiel Umweltbildung, eingebunden werden (siehe Beispiel Seite 10). In Kindertageseinrichtungen und Schulen kann Gesundheitsförderung mit Organisationsentwicklung verknüpft werden (siehe Seite 66).



Das bringt voran:

Konzepte, die neben Ernährung und Bewegung gleichzeitig die psychosoziale Gesundheit fördern.

Gefühle und soziale Beziehungen wirken sich auf Ernährung und Bewegung und damit auf Gesundheit aus. Selbstwirksamkeit, also die Überzeugung, aufgrund eigener Kompetenzen alltägliche Herausforderungen bewältigen und die eigene Lebensführung selbst beeinflussen zu können, ist Voraussetzung für einen gesundheitsfördernden Lebensstil. Freunde, Familie, Kollegen können ihn beeinflussen. Praktische Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen können das Selbstbewusstsein, den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit stärken. So sind zum Beispiel die Zubereitung eigener Gerichte oder die Bewältigung von herausfordernden Bewegungsaufgaben dazu gut geeignet.

Die psychosoziale Gesundheit kann aber auch durch Maßnahmen gefördert werden, die zum Beispiel Bedingungen verändern, um psychischen Belastungen vorzubeugen und Kompetenzen im Umgang mit Anforderungen, Aktivitäten zur Stressbewältigung oder Entspannungstechniken vermitteln.

Verzahnung der Module „Bewegung/Körperwahrnehmung“, „Ernährung“ und „Selbststeuerung“

Projekt „Gesund essen – täglich bewegen“, Hannover

Dieses Projekt für dritte Schulklassen verzahnte Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen mit psychosozialer Gesundheit und vermittelte sowohl Wissen als auch praktische Fähigkeiten. Im Modul „Ernährung“ wurden ein tägliches gesundes Klassenfrühstück eingeführt, eine „Frühstücksbude“ initiiert und Unterrichtseinheiten zu „Gesunder Ernährung“ durchgeführt. Im Modul „Bewegung“ wurde die Bewegung im Schulalltag gefördert, zum Beispiel durch intensiven Sportunterricht, bewegten Unterricht, bewegten Pausenspaß sowie durch Anschaffung von Bewegungsmaterialien. Das Modul „Selbststeuerung“ beinhaltete „Gefühlsstunden für Schülerinnen und Schüler“, in denen sich diese mit ihren Wünschen, Anliegen und Zielen, aber auch mit eigenen unangenehmen Gefühlen und belastenden zwischenmenschlichen Situationen auseinandersetzten. Die Module dauerten jeweils fünf bis acht Unterrichtsstunden. Alle drei Module wurden durch Fortbildungen für Lehrkräfte und Elternarbeit ergänzt.

Kindergarten einmal anders – Gärten für Kinder

Projekt „Bille in Bewegung – fit, pffiffig und kooperativ“, Hamburg

In diesem Schulgartenprojekt wurde der Bereich „Bewegung“ mit der Erzeugung von Lebensmitteln (Ernährung) sowie mit Naturerfahrung verknüpft. Grundschulkinder bauten unter Anleitung von Gärtnern ein Gartenjahr lang in Schulgärten Gemüse und Obst an. War es reif, ernteten, verarbeiteten und verzehrten sie es. Am Ende des Projekts hatten die Kinder ihr Wissen und ihre Fertigkeiten zu Anbau und Verarbeitung von Lebensmitteln erweitert. Sie waren geschmacksoffener geworden und hatten eine Wertschätzung für die selbst angebauten Lebensmittel entwickelt.

*Konzept und Handlungsanleitung für
„Kindergarten einmal anders – Gärten
für Kinder“ steht auf*

*www.besseressenmehrbewegen.de
zum Download bereit.*



2.2 Verhalten und Verhältnisse berücksichtigen

Maßnahmen der Gesundheitsförderung haben oft eine Veränderung des Verhaltens zum Ziel, zum Beispiel „weniger Softdrinks, mehr Wasser trinken“ oder „mehr Gemüse und Obst essen“ (Verhaltensprävention). Doch ein Kind kann der Aufforderung, mehr Obst und Gemüse zu essen, nur folgen, wenn ihm diese Lebensmittel in Familie, Kindertageseinrichtungen und Schulen auch angeboten werden. Mehr bewegen kann es sich nur, wenn entsprechende Bewegungsräume zur Verfügung stehen. Daher ist es besonders bei Kindern wichtig, ihr Umfeld so zu gestalten, dass sie sich in der gewünschten Weise verhalten können (Verhältnisprävention). Dafür ist Voraussetzung, dass Gesundheitsförderung bei den Erwachsenen ansetzt: bei Eltern, pädagogischem Personal, kommunalen Entscheidern etc. Diese müssen motiviert und in die Lage versetzt werden, gesunde Lebenswelten für Kinder zu erhalten und zu schaffen. Doch nur die Veränderung der Verhältnisse ist auch zu wenig.

Am besten ist es, Verhalten wie Verhältnisse zu bedenken und zu verzahnen. Dies beginnt schon bei der Planung. Hier ist beispielsweise kritisch zu hinterfragen, ob die Verhältnisse zur angestrebten Verhaltensänderung passen.

Stimmige Verhältnisse sind Voraussetzung dafür, dass das gesundheitsfördernde Verhalten langfristig realisiert werden kann. Sollen Mütter zum Beispiel Spielplätze nutzen, so muss es solche in ihrer Nähe geben.

Stolperstein:

**Den jeweils anderen „Part“
(Verhalten bzw. Verhältnisse)
nicht genügend mitbedenken.**

In Maßnahmen zur Verhaltensänderung den Verhältnissen Aufmerksamkeit zu schenken, in Maßnahmen zur Verhältnisänderung dafür zu sorgen, dass diese auch angenommen werden, lohnt sich. Doch in der Praxis wird diese Chance nicht ausreichend genutzt. Die Evaluation zeigte beispielsweise, dass bewegungsbezogene verhältnispräventive Maßnahmen das Bewegungsverhalten der Kinder positiv verändern (Erhöhung der täglichen Bewegungszeit). Werden sie mit Maßnahmen zur Verhaltensänderung kombiniert, lassen sich sogar Wirkungen auf die Körpermaße, wie Gewicht, erzielen.

Maßnahmenkombination in Kindertageseinrichtungen

Projekt „Templin – die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt“, Templin

Um den Gemüse- und Obstverzehr von Kindern zu steigern, wurden in Kindertageseinrichtungen feste Obstzwischenmahlzeiten angeboten (Verhältnisänderung). Das gemeinsame Zubereiten von Frühstück und Nachmittagsimbiss mit Obst und Gemüse unterstützte die Verhaltensänderung. Die Erzieherinnen wurden entsprechend zur Ernährung geschult. Die Familienfeste der Einrichtung wurden in Bezug auf ausgewogene Ernährung und mehr Bewegung inhaltlich umgestaltet (zum Beispiel Wanderungen, Obst- und Gemüsefeste). Die Maßnahmen führten dazu, dass Kinder auch außerhalb der Kita mehr Obst und Gemüse aßen.

Erweiterung von Bewegungsräumen in Tageseinrichtungen für Kinder

Projekt „MINIFIT“, Ludwigsburg

Bei dieser Maßnahme wurden die Bewegungsmöglichkeiten in Kindertageseinrichtungen qualitativ und quantitativ verbessert. Neue Bewegungselemente kamen hinzu und die Bewegungszeit der Kinder in den Einrichtungen wurde erhöht (Verhältnisprävention). Ein Sportwissenschaftler, der die Einrichtung bedarfsorientiert beriet, führte eine Bestandsanalyse durch und begleitete den Umbauprozess. Er schulte die Erzieherinnen in der Nutzung der neuen Bewegungselemente und in der Förderung selbstbestimmter Bewegung bei Kindern (Verhaltensprävention). Selbstbestimmte Bewegungszeiten wurden täglich eingeführt. Im Gegensatz zu Einrichtungen, in denen keine Schulung stattfand, steigerten sich die Bewegungszeiten der Kinder nach der Schulung der Erzieherinnen stärker und der Bewegungsraum wurde intensiver und vielfältiger genutzt.

► Mehr zu Verhaltens- und Verhältnisprävention

- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2010): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Teil 1: Gesunde Lebenswelten schaffen.
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, Stichwort Arbeitshilfen

2.3 Unterschiedliche Lebenswelten verzahnen

Um Gesundheit langfristig zu fördern, ist es wichtig, Kinder in ihren verschiedenen Lebenswelten (Familie, Kindertageseinrichtungen, Schule, Freizeit etc.) aktiv zu unterstützen, eine gesunde Lebensweise umzusetzen. Daher ist es sinnvoll, Maßnahmen entlang der Lebensphasen des Kindes durchzuführen und sie aufeinander abzustimmen (siehe Aufgabe von Netzwerken Seite 53).

Verzahnung von Kindertageseinrichtungen und Schule: Nehmen Kindertageseinrichtungen und Schulen mit gleichem Einzugsgebiet (zum Beispiel Stadtteil, Gemeinde) an Gesundheitsförderungsmaßnahmen teil, kann das, was an Gesundheitsförderung in der Kindertageseinrichtung angelegt wurde, in der Schule weitergeführt werden. So kann der Übergang von einer in die andere Einrichtung gezielt mit Bewegungsförderung und Ernährungsbildung begleitet werden.

Ein optimaler Ernährungs- und Bewegungsstart in die Schulkarriere

Projekt „optiSTART“, Leipzig

In diesem Projekt wurde die Lebenswelt Grundschule mit den angeschlossenen Horten und den Kindertageseinrichtungen in der näheren Umgebung durch einheitliche Konzepte für gesunde Ernährung und Bewegungsförderung verzahnt. Ein Ziel war es, über die Gesundheitsförderung den Übergang von der Kindertageseinrichtung in die Grundschule zu erleichtern. In den Vorschulgruppen der Kindertageseinrichtungen wurde eine zusätzliche Wochenstunde für Bewegung und Ernährung durchgeführt. In den Schulen wurden die Themen in zwei zusätzlichen Unterrichtsstunden pro Woche fächerübergreifend und -verbindend über drei Schuljahre bearbeitet. Die Pädagoginnen und Pädagogen beider Einrichtungen wurden umfangreich fortgebildet und durch verschiedene Coaching-Angebote sowie durch die Finanzierung von Lehr- und Lernmitteln in ihrer Arbeit unterstützt.

Verzahnung von Kindertageseinrichtung / Schule und Freizeit: Diese beiden Lebenswelten lassen sich beispielsweise durch Kooperationen vor allem mit Sportvereinen gut verzahnen. Für die Gestaltung des Wohnumfeldes, wie zum Beispiel die Neugestaltung eines Spielplatzes, können über die Einrichtungen Eltern und Kinder für die Mitarbeit gewonnen werden (siehe auch Beispiel S. 19).

Patenschaften mit Sportvereinen

Projekt „Dortmunder Kinder. Besser essen. Mehr bewegen“, Dortmund

Die Zusammenarbeit von Kindertageseinrichtungen und Sportvereinen (Lebenswelt Freizeit) wurde im Rahmen von Patenschaften festgelegt. Ziel war es, zusätzliche Bewegungsmöglichkeiten in den Kindertageseinrichtungen zu schaffen, Kindern so die Angebote von Sportvereinen vorzustellen und sie langfristig auch für den Vereinssport zu gewinnen. So wurde beispielsweise angeboten, ein Mini-Sportabzeichen zu machen. Voraussetzung für eine gelingende Patenschaft war die Begleitung und Beratung durch die Koordinierungsstelle beim StadtSportBund Dortmund.

Verzahnung von Kindertageseinrichtungen / Schule und Familie: Die Lebenswelt „Familie“ (Eltern) kann über Kindertageseinrichtungen und Schulen erreicht werden. Allerdings bieten Kindertageseinrichtungen und Schulen unterschiedliche Bedingungen für Elternmaßnahmen. Eltern sind über Schulen viel schwieriger zu erreichen. Beispiele für verzahnte Maßnahmen sind Familien- oder Sportfeste, Eltern-Kind-Aktionen, wie Wandertage, Radtouren, Spielenachmittage, Kinderrestaurants (Kinder kochen für ihre Eltern) oder Angebote für Eltern, die in Kindertageseinrichtungen und Schulen durchgeführt werden.

Rahmenbedingungen für die Verzahnung von Kindereinrichtungen und Familie

Kindertageseinrichtungen

- Niedrigschwellige Orte für Eltern.
- Bei täglichen Bring- und Holzeiten der Kinder ist persönliche Ansprache möglich.
- Elternarbeit ist reguläre Aufgabe von Kindertageseinrichtungen und reicht bis hin zur Erziehungspartnerschaft zwischen Erzieherinnen/Erziehern und Eltern.
- Kinderbetreuung, auch für Geschwisterkinder, kann bei Veranstaltungen während der Öffnungszeiten gewährleistet werden.

Grundschulen

- Für bildungsferne Eltern hochschwellige Orte (häufig mit eigenen unangenehmen Schulerfahrungen verknüpft).
- Lernorte der Kinder. Eltern bleiben „draußen“. Im regulären Schultag ist eine persönliche Ansprache der Eltern nicht möglich.
- Elternarbeit findet überwiegend in Form von Elternabenden, Elternsprechstunden und Elternbriefen statt.
- Kinderbetreuung kann nicht gewährleistet werden.

Verzählen und fokussieren



Das bringt voran:

Das Angebot auf bestimmte Zielgruppen und überschaubare Sozialräume (Institutionen/ Stadtteile) fokussieren.

Durch das Fokussieren können Kräfte auf Seiten der Akteure gebündelt werden. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Kinder und deren Eltern im Laufe der Zeit von mehreren Maßnahmen und Angeboten profitieren. In der Praxis kann fokussieren durch verschiedene Ansätze gelingen.

- **Konzentration auf überschaubare Sozialräume**, wie Stadtteile, Gemeinden oder Kleinstädte. Die Ergebnisse aus der Evaluation des Modellvorhabens zeigen, dass Projekte mit einer breiten Streuung möglichst vieler Maßnahmen weniger erfolgreich im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte Umsetzung und Verstetigung sind als Projekte, die sich auf überschaubare Sozialräume konzentrieren. Natürlich wäre es wünschenswert, alle Kinder und Eltern einer Stadt oder einer Region zu erreichen. Doch viele Einzelmaßnahmen nebeneinander und breit gestreut haben Nachteile. Synergieeffekte können nicht entstehen, denn Kinder und ihre Familie können vielleicht nur an einer dieser Maßnahmen teilnehmen. Gerade hinsichtlich Intensität und Kontinuität profitieren Maßnahmen von einer guten Verzahnung. Viele parallele Einzelmaßnahmen verbrauchen zudem viele Ressourcen für die Organisation.

- **Konzentration auf eine überschaubare Anzahl von Schulen und Kindertageseinrichtungen** macht eine intensive persönliche Begleitung durch Projektmitarbeiter*innen in der Planungs- und Umsetzungsphase möglich. Sind die Maßnahmen in diesen Einrichtungen etabliert und waren sie erfolgreich, können sie in weiteren Einrichtungen eingeführt und so verbreitet werden.
- **Gute Gestaltung der Schnittstellen** zwischen Kindertageseinrichtung und Schule oder Kindertageseinrichtung und Sportverein etc. setzt eine konstruktive Zusammenarbeit der relevanten Akteure voraus (siehe auch Netzwerke Seite 53). Beispiele sind gemeinsame Veranstaltungen wie Sportfeste durch benachbarte Kindertageseinrichtungen, Schulen und Sportvereine, Beratungsangebot durch eine Familienhebamme in einer Kindertageseinrichtung, die im Stadtteil auch Familien mit Säuglingen besucht oder die Vermittlung einer Mutter durch eine Kinderärztin in ein weiterführendes Angebot, zum Beispiel Mutter-Kind-Turnen oder Mütterfrühstück.

Nicht bewährt: Einrichtungsübergreifende Veranstaltungen für Kinder und Eltern außerhalb von Kita- und Schulzeiten und ohne Einbindung der Einrichtungen, wie zum Beispiel stadtweite Eröffnungsveranstaltungen des Projekts mit Vorträgen für Eltern und Spieleparcours für Klein und Groß.

Arbeitskreis und Fachtagung der pädagogischen Einrichtungen in einem Stadtteil

Projekt „Gesund aufwachsen in ... Münster“, Münster

Dieses Projekt fokussierte auf die Gesundheitsförderung im Münsteraner Stadtteil „Berg Fidel“. Ziel war es, in allen pädagogischen Einrichtungen dieses Stadtteils einheitlich Gesundheitsförderung für Kinder und ihre Eltern einzuführen bzw. auszubauen. Um das Vorhaben zielgerichtet zu verfolgen, stand das Projekt „Gesund aufwachsen in Berg Fidel“ bei den monatlichen Arbeitskreistreffen der pädagogischen Einrichtungen, betreffender Behörden und weiterer sozialer Akteure der Stadt Münster als fester Besprechungspunkt auf der Tagungsordnung. Ergänzt wurde diese Maßnahme durch eine Fachtagung für das pädagogische Personal der pädagogischen Einrichtungen des Stadtteils. Neben Fachvorträgen gab es ausreichend Zeit für den Austausch über Gesundheitsförderung in den einzelnen Einrichtungen, auch zwischen Kita und Schule.

Fokussierung innerhalb einer Einrichtung:

Bei der Planung inhaltlich unterschiedlicher Maßnahmen in einer Einrichtung sollte ebenfalls auf eine gute Verzahnung geachtet werden, damit alle Maßnahmen die gleichen Kinder erreichen. Dann können sie von Synergieeffekten profitieren.

2.4 Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen verzahnen



Das bringt voran:

Aufeinander abgestimmte Maßnahmen für Kinder und ihre Mütter *und* Väter

Gesundheitsfördernde Projekte, die Kinder bis ins Grundschulalter im Blick haben, müssen auch die erwachsenen Bezugspersonen ansprechen (Eltern, Erziehende, Lehrkräfte, Übungsleiterinnen und -leiter im Verein etc.). Die zentrale Lebenswelt für Kinder bis zum Ende der Grundschulzeit ist jedoch die Familie und die Eltern sind damit eine zentrale Zielgruppe. Die Ergebnisse des Modellvorhabens zeigen, dass zeitlich und konzeptionell verzahnte Maßnahmen für Kinder und Maßnahmen für Eltern besonders erfolgreich hinsichtlich der Umsetzung von Verhaltensänderungen im Familienalltag sind.

- **Bei gemeinsamen Veranstaltungen** für Eltern und Kinder wird die gemeinsame Aktivität gefördert. Fordern die Kinder diese Aktivitäten dann zu Hause ein, wird die Umsetzung des Gelernten im Alltag gefördert.
- **Bei parallelen Veranstaltungen** werden Kinder und Eltern jeweils zielgruppenspezifisch angesprochen, zum Beispiel regelmäßiges Kinderkochen und ein Elternkochkurs in der Kindertageseinrichtung. Das fördert den Austausch in der Familie über die Aktivitäten.
Kinderbetreuung darf nicht vergessen werden, wenn Eltern- und Kindermaßnahmen zeitlich nicht gleichzeitig stattfinden oder es kein Angebot für Kleinkinder gibt (siehe auch Seite 30).

Nicht bewährt: Nach Erfahrungen aus dem Modellvorhaben ist die Anwesenheit von Kindern in Elternmaßnahmen ohne adäquate Betreuung für Lernerfolge der Eltern kontraproduktiv.

Familienbildungskurs „BEST for Family“

Projekt „Besser essen, mehr bewegen in Groß Klein“, Rostock

In diesem Projekt gab es sowohl gemeinsame als auch parallele Veranstaltungen für Kinder im Alter von eins bis sechs Jahren und ihre Eltern. An acht Sport- und Entspannungsstunden nahmen Eltern und Kinder gemeinsam teil. Zwei Einheiten wurden getrennt für Eltern und Kinder durchgeführt: Eltern erfuhren mehr zu „Bärenstarker Kinderkost“, Kinder zu „Spiel und Sport“. Vor allem die Bewegungsspiele mit Alltagsmaterialien machten den Kindern sehr viel Spaß und wurden häufiger in den Familienalltag übernommen.

Elternkochtreff kombiniert mit Kinderkochkurs

Projekt „AGIL in Aachen – Aktiver, gesünder, is(s) leichter“, Aachen

Ein Eltern-Kochtreff und ein Kinder-Kochkurs wurden im Kindergarten parallel von derselben Kursleiterin durchgeführt. Die Elterngruppe traf sich an fünf Terminen je zwei Stunden, um in Theorie und Praxis eine gesunde, multikulturelle und preiswerte Küche kennenzulernen. Die Kinder erlebten 14-tägig in je zwei Stunden ganz praktisch, was gesunde Ernährung bedeutet. Darüber hinaus hatte das Angebot zum Ziel, die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder ganzheitlich zu fördern. Es zeigte sich, dass die Kombination von Eltern- und Kinder-Kochkurs den Austausch über die Kursinhalte in den Familien und damit auch die Umsetzung in den Familienalltag förderte.

Gemeinsame Radtouren, Technikkurse und Radfahrtraining

Projekt „Bremen:kinder.leicht.gesund“, Bremen

Um das Radfahren im Alltag zu fördern, wurden parallel für Kinder und Eltern Radtouren und ein Radfahrtraining angeboten. Die Kinder nahmen zudem an einem Fahrradtechnikkurs teil. Die Aktivitäten wurden durch ehrenamtliche Radtourenleiter des ADFC (Allgemeiner Deutscher Fahrrad-Club Deutschland) durchgeführt, die für Fahrradtouren mit Kindern fortgebildet wurden.

Väter einbinden: Väter sind wichtige Vorbilder für Kinder, auch was das Ernährungs- und Bewegungsverhalten betrifft. Doch durch herkömmliche Elternmaßnahmen werden sie kaum erreicht. Bei einer genauen Analyse der Maßnahmen im Modellvorhaben zeigte sich, dass sich die Inhalte und die Termingestaltung der Maßnahmen vor allem an den Interessen von nicht oder teilzeiterwerbstätigen Müttern orientierten. Wenn Väter teilnahmen, dann eher bei einmaligen Aktionen, wie Sportfesten, Bauaktionen oder speziellen Vater-Kind-Spiel- und Sportangeboten am Wochenende.



2.5 Partizipation: Zielgruppen beteiligen

Es hat viele Vorteile, Eltern, Kinder, aber auch Erziehende oder andere Zielgruppen der Maßnahme in die Konzeption und Gestaltung einzubeziehen: Die Maßnahme kann genau auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten werden. Eltern, Kinder und Erziehende fühlen sich wertgeschätzt. Die Einbindung schafft Vertrauen, die Maßnahme wird eher akzeptiert. Die Motivation zur Teilnahme steigt und damit die Chance, dass das gesundheitsfördernde Verhalten auch in den Alltag übernommen wird. Werden den Zielgruppen dagegen fertig konzipierte Maßnahmen „vorgesetzt“, wird ihnen keine Möglichkeit zur Mitbestimmung über Inhalte und/oder Rahmenbedingungen gegeben, ist mit einer geringeren Akzeptanz zu rechnen. Es kann sein, dass Angebote mangels geringer Teilnehmerzahl nicht zustande kommen und/oder die Teilnehmenden ein laufendes Angebot abbrechen. Die Teilhabe der Zielgruppe gilt deshalb als wichtiger Faktor für erfolgreiche Gesundheitsförderung. Doch in der Praxis wird sie – so zeigt das Modellvorhaben – zu wenig bedacht.

Stolperstein:

Keine oder nicht genügend Zeit für die persönliche Zusammenarbeit, für den Vertrauensaufbau, für Beteiligungs- und gemeinsame Entscheidungsprozesse einplanen.

Partizipation – Beteiligung und Einbindung der Zielgruppe – ist ein langfristiger, zeitintensiver Prozess, der viel Geduld in der persönlichen Zusammenarbeit erfordert. Dies steht im Widerspruch zu zeitlich häufig knapp bemessenen Projektförderungen. Bei der Antragstellung für eine externe Förderung sollte darauf geachtet werden, die Partizipation mit ausreichend Zeit und Ressourcen einzuplanen.



Das bringt voran:

Flexible Konzepte und erfahrene, fachlich sichere Akteure

Damit Zielgruppen mitgestalten können, dürfen Konzepte nicht zu starr sein. Sie müssen Raum für die Anpassung an individuelle Gegebenheiten vor Ort und die Wünsche der Zielgruppen enthalten. Die Menschen, für die die Maßnahme angeboten wird, sollen Inhalte und Rahmenbedingungen mitgestalten und verändern dürfen. Bei der Antragstellung für Projektförderung sollten flexible Konzepte aber gut begründet werden, da oft komplett durchgeplanten Maßnahmen bei der Projektförderung der Vorzug gegeben wird.

Um Bedürfnisse und Wünsche aufzugreifen, bedarf es inhaltlich und methodisch sicherer Akteure, die möglichst bereits Erfahrung mit partizipativen Prozessen haben. Sie sollten Offenheit und zeitweise Ungewissheiten im Verlauf dieser Prozesse aushalten können, sie gestalten können und den Zielgruppen echte Entscheidungsmacht zugestehen (siehe dazu auch Qualifikation Seite 57).

Unterschiedliche Stufen der Partizipation

Bei einer echten Partizipation können die Zielgruppen über Inhalt und Umsetzung einer Maßnahme selbst entscheiden, mitentscheiden oder mitbestimmen. Werden die Zielgruppen angehört oder nur über die Maßnahme informiert, dann handelt es sich erst um Vorstufen der Partizipation. Werden die Zielgruppen angewiesen oder gar für bestimmte Zwecke seitens der Maßnahmenplaner instrumentalisiert, dann liegt keine Teilhabe der Zielgruppe vor.

Akteure sollten bereits bei der Konzeption der Maßnahme die Bedürfnisse, Interessen, Probleme und Fragestellungen der Eltern und Kinder einbeziehen. Zumindest in der Maßnahmenumsetzung sollten Kinder und Eltern mitgestalten können.

Beispiele für verschiedene Stufen der Partizipation

Niedrige Stufe:

- Bei einem Kochkurs Rezepte der Teilnehmenden aufgreifen.
- Bei einem Bewegungskurs auf die Wünsche der Kinder nach Spielen und bestimmten Bewegungsmaterialien eingehen.

Hohe Stufe:

- Den Wunsch der Mütter, einen Frühstückstreff in einen Walkingtreff umzuwandeln, aufgreifen.
- Zu Beginn eines Kindergartenjahres gemeinsam mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Eltern, Erzieherinnen und Erziehern Themen und Termine für monatliche Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung in ihrer Kindertagesstätte planen.
- In Steuerungsgruppen bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen Vertreter der Elternschaft beteiligen.
- Bei der Bedarfsanalyse, Konzeption und Planung von Maßnahmen, die sich an Familien mit Migrationshintergrund richten, Mitglieder von entsprechenden Migrantenvereinigungen und -institutionen beteiligen, die bereits mit der angestrebten Zielgruppe arbeiten.

Partizipatives Bauprojekt „Waldtal“

Projekt „mittendrin“, Marburg

Die konsequent partizipativ angelegte Maßnahme hatte zum Ziel, das Wohnumfeld bewegungsorientierter zu gestalten. In Kooperation mit Kindertageseinrichtungen und Schulen wurde der Sozialraum in Form von Spaziergängen im Stadtteil mit Kindern und Eltern erkundet. Dabei wurden viele Ideen zur Umgestaltung gesammelt. Kinder malten beispielsweise Bilder dazu und Eltern und Pädagogen entwickelten Ideen in Workshops. Aus diesem Prozess ging der Wunsch hervor, einen baufälligen städtischen Spielplatz zu erneuern. Nach einer gemeinsamen Planungsphase wurde der Spielplatz in einer viertägigen Bauphase umgestaltet. Kinder und Eltern beteiligten sich beim Zeichnen der Pläne, bei handwerklichen Tätigkeiten, beim Kochen u. a. Tätigkeiten. Sie wurden von einer professionellen Bauleitung mit pädagogischer und handwerklicher Qualifikation angeleitet.

Parallel dazu kümmerten sich die Projektverantwortlichen um die entsprechenden Absprachen und Genehmigungen bei öffentlichen Stellen, um die Finanzierung, um Unterstützung durch Firmen und die TÜV-Abnahme. Das Ergebnis: Der umgebaute Spielplatz wird intensiv genutzt und von Eltern und Anwohnern positiv bewertet.

► Mehr zu Partizipation

- Gesundheit Berlin e.V., Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2008): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2010): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier.
Teil 1: Gesunde Lebenswelten schaffen.
Teil 2: Probleme erkennen – Lösungen finden. Teil 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, Stichwort Arbeitshilfen
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (2011): Gesunde KITA für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte
www.gesundheit-nds.de, Stichwort Veröffentlichungen

3. Lebenswelt Familie



Die wichtigste Lebenswelt von Kindern ist die Familie. Hier wird ihr Gesundheitsverhalten am stärksten geprägt. Eltern leben es vor, schaffen Rahmenbedingungen, kaufen zum Beispiel bestimmte Lebensmittel ein, andere nicht, sie fahren mit dem Auto zum Bäcker oder gehen zu Fuß, sie setzen Regeln, sie können zu einem bestimmten Verhalten ermutigen und es bestärken.

Maßnahmen für Eltern haben zum Ziel, für die Bedeutung von ausgewogener Ernährung und ausreichend Bewegung für eine gesunde Entwicklung der Kinder zu sensibilisieren, die Kompetenzen der Eltern zu stärken und sie bei der Umsetzung in den Familienalltag zu unterstützen. Werden Elternmaßnahmen parallel mit inhaltlich abgestimmten Maßnahmen für die Kinder dieser Eltern verzahnt (siehe Seite 16), sind sie besonders erfolgversprechend, um einen gesunden Lebensstil für die ganze Familie zu fördern. In Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren werden schwerpunktmäßig die Eltern angesprochen. Später

können Kinder je nach Alter eingebunden werden, zum Beispiel beim Kochen, bei Geschmackstests, durch Spiele oder im Rahmen von Familienkonferenzen.

Von Elternmaßnahmen profitiert auch die Gesundheit der Eltern, wenn diese die Inhalte auf ihr eigenes Ernährungs- und Bewegungsverhalten anwenden. Das gute Vorbild motiviert die Kinder und lädt zusätzlich manchmal auch andere Eltern und Familien zur Nachahmung ein, so dass dadurch eine Verbreitung der gesundheitsförderlichen Botschaften gefördert wird.

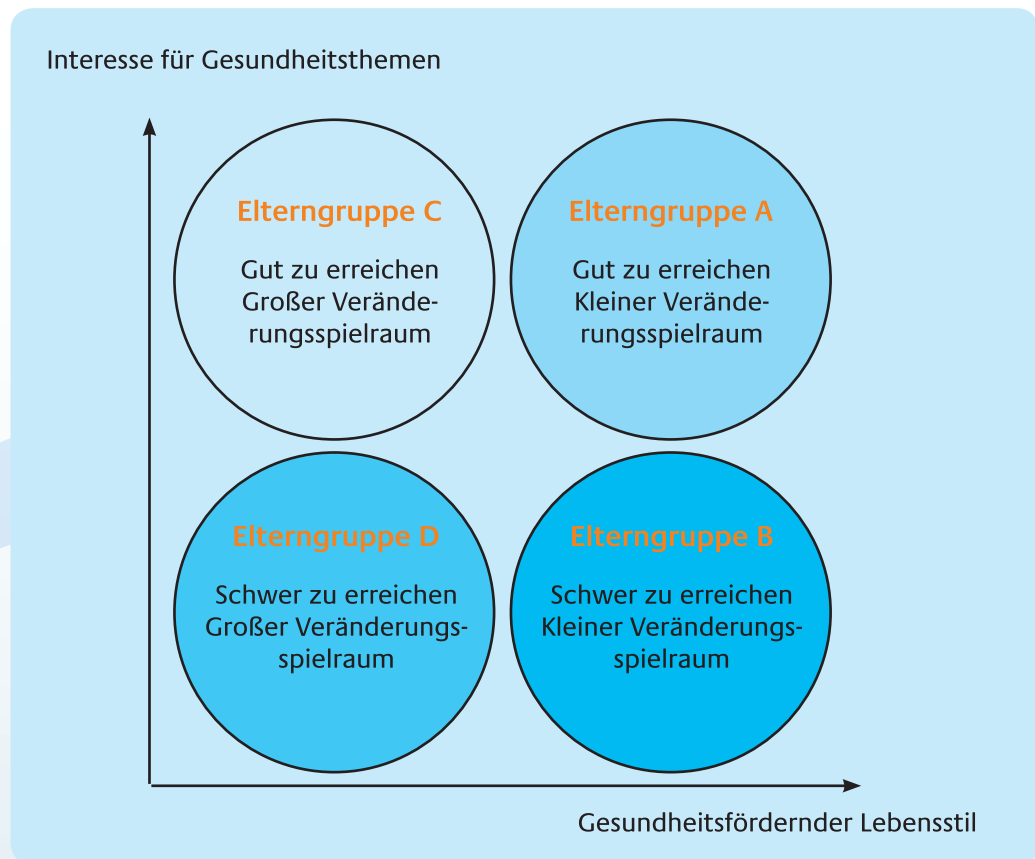
3.1 Zielgruppe Eltern

Familien bzw. Eltern lassen sich anhand ihrer Interessen an Gesundheitsthemen und ihrer Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten bzw. ihres Lebensstils in vier Gruppen einteilen (siehe Abb.). Diese grobe Einteilung macht die Erreichbarkeit der Zielgruppe und ihren Veränderungsspielraum deutlich. In der Realität lassen sich die Gruppen oft nicht so klar definieren, denn die Übergänge sind fließend.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten sich vor allem an Familien richten, die sich bisher wenig gesundheitsfördernd verhalten.

Es sind Familien, in denen die Ernährung nicht oder wenig ausgewogen ist oder in denen sich die Kinder wenig bzw. nicht regelmäßig bewegen. Mangel an Wissen oder Fertigkeiten, Überforderung oder Erziehungsschwierigkeiten der Eltern können der Grund dafür sein.

Um mehr über die Lebensgewohnheiten der Familien, für die eine Maßnahme geplant ist, zu erfahren, ist der Austausch mit Vertretern der Zielgruppe oder mit Menschen, die bereits mit diesen Familien arbeiten, unerlässlich (siehe auch Partizipation).



Elterngruppe A: gut zu erreichen + kleiner Veränderungsspielraum

Dies sind gut informierte Eltern, die bereits einen gesundheitsfördernden Lebensstil führen. Die Familie ernährt sich ausgewogen, bewegt sich regelmäßig, treibt Sport und die Eltern fördern eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder. Die Eltern, die zu diesem Zielgruppentyp gehören, beschaffen sich in der Regel eigeninitiativ Informationen. Es handelt sich meist um Familien in bildungsnahen Milieus.

Diese Eltern sind gut mit mittelschichtsorientierten Maßnahmen der Elternarbeit erreichbar. Sie sind keine bevorzugte Zielgruppe der Gesundheitsförderung, aber auch sie profitieren von Unterstützung.

In den Modellprojekten wurde diese Elterngruppe mit schriftlichen Informationen (Broschüren, Elternbriefen), Informationsveranstaltungen und Elternabenden erreicht. In Kursangeboten waren Eltern dieser Gruppe häufig anzutreffen und sie waren auch bereit, für die Kurse zu zahlen. Vertiefung und Verfeinerung des vorhandenen Wissens und von Fertigkeiten (zum Beispiel Spezialitäten statt Grundkochkurs) standen für diese Eltern im Vordergrund. Typische Motivation zur Teilnahme war „etwas Gutes für sich selbst und die Familie zu tun“.

Elterngruppe B: schwer zu erreichen + kleiner Veränderungsspielraum

Die Eltern, die zu dieser Gruppe gehören, pflegen einen gesunden Lebensstil, reflektieren ihn allerdings wenig. Sie sind daher für Maßnahmen der Gesundheitsförderung schwer erreichbar.

Dieser Eltern- bzw. Familientyp zählt ebenfalls nicht zu den bevorzugten Zielgruppen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Wünschenswert ist es jedoch, auch diese Eltern für mögliche Optimierungen in ihrem Gesundheitshandeln zu sensibilisieren. Dies kann beispielsweise in Kindertageseinrichtungen und Schule durch ein vorbildliches Verpflegungsangebot, durch Angebote der Ernährungsbildung und Bewegungsförderung für die Kinder (die davon zu Hause berichten), durch die Förderung des Austausches von Eltern untereinander oder im Rahmen von Beratungsgesprächen durch pädagogische Fachkräfte erfolgen.

Im Modellvorhaben gehörten zu dieser Zielgruppe beispielsweise Familien in den östlichen Bundesländern, die im ländlichen Raum wohnten, über einen Garten verfügten, ihr eigenes Gemüse anbauten und deren Kinder viel draußen spielten. Diese Eltern nahmen zwar an Elternveranstaltungen, zum Beispiel in Kindertageseinrichtungen und Schulen, teil, hielten allerdings die Inhalte für sich selbst nicht für relevant („Wir machen das schon. Das ist was für die anderen, für die Familien in der Stadt.“). Eltern aus dieser Zielgruppe boykottierten und unterliefen teilweise auch die Maßnahme. Sie gaben ihren Kindern Süßigkeiten mit, obwohl die Einrichtung das süßigkeitenfreie Frühstück eingeführt hatte. Das Argument der Eltern: „Mein Kind ist schlank, das kann ruhig mal etwas Süßes essen“.

Elterngruppe C: gut zu erreichen + großer Veränderungsspielraum

Dieser Gruppe lassen sich Eltern bzw. Familien zuordnen, die zwar in einigen Gesundheitsbereichen Kompetenzen besitzen (zum Beispiel Kochkenntnisse), sich in anderen aber weniger gesundheitsfördernd verhalten. Diesen Eltern fehlt beispielsweise aufgrund ihrer Lebenssituation oder geringer Sprachkenntnisse oft der Zugang zu Informationen und aktuellem Wissen, der kritische Umgang mit Werbebotschaften fällt ihnen schwer. Sie sind allerdings an Gesundheitsthemen interessiert, mit einer niedrigschwelligen Zielgruppenansprache (siehe Seite 26) gut zu erreichen und bereit, neu Gelerntes in den Alltag umzusetzen. Es sind zum Beispiel Eltern, die sich auch sonst bei Veranstaltungen in Kindertageseinrichtungen bzw. Schulen gerne aktiv beteiligen.

Diese Zielgruppe sollte mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung gezielt angesprochen werden. Maßnahmen an vertrauten Orten mit geselligem Charakter (zum Beispiel Elterntreffs, Mütterfrühstück, Walkingtreff) sind dazu gut geeignet.

Im Modellvorhaben waren für diese Zielgruppe Mütter mit Migrationshintergrund, die über gute Haushaltsführungskompetenzen verfügten, typisch. In ihren Familien wurden in bestimmten Bereichen weniger gesundheitsförderliche Gewohnheiten gepflegt, zum Beispiel hoher Verzehr an Süßigkeiten und Softgetränken und hoher Fernsehkonsum. Werbeaussagen für Kinderlebensmittel wurden für wahr gehalten.

Kinderleicht-Talk

Projekt „KINDERLEICHT-Quartier“,
Gelsenkirchen

Ziel war es, Mütter mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund, die zum Elterntyp C gehörten, in einem moderierten Gespräch für Übergewichtsprävention zu sensibilisieren und sie auf weitere Angebote des Projekts hinzuweisen. Qualifizierte KINDERLEICHT-Talk-Moderatorinnen (Muttersprachlerinnen) führten die Gespräche meist in türkischer oder arabischer Sprache durch. Die Talks zu den Themen Ernährung und Bewegung fanden in privatem Rahmen statt. Mit insgesamt 232 durchgeführten Talks wurden 885 Mütter, überwiegend Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, erreicht.

Die Evaluationsergebnisse belegen den Erfolg der Gespräche. Konkrete Verhaltensänderungen aufgrund der vermittelten Informationen waren noch einige Monate nach den Talks festzustellen. So fand beispielsweise eine bewusstere Auswahl und Zusammenstellung von Getränken und Lebensmitteln im Familienalltag statt.

Elterngruppe D: schwer zu erreichen + und großer Veränderungsspielraum

Eltern, die sich in diese Gruppe einordnen lassen, verhalten sich wenig gesundheitsfördernd und nehmen aus eigener Initiative keine Beratungs- und Bildungsangebote, zum Beispiel von Familienbildungsstätten, in Anspruch. Es sind häufig bildungsferne Familien mit niedrigem Einkommen. Sie sind oft mehrfach benachteiligt, zum Beispiel durch Armut, Arbeitslosigkeit, Bildungsferne, soziale Isolation, Erkrankungen, Sprachbarrieren, frühe Elternschaft. Gesundheitsfördernde Projekte sollten sich besonders an diese Zielgruppe richten. Denn verfestigen sich das geringe Interesse für Gesundheitsthemen und das Verhalten der Eltern, sind die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen der Kinder besonders ungünstig. Individuell zugeschnittene Beratungen, bei denen niedrigschwellige Zugangswege berücksichtigt werden (siehe Seite 26) können diese Eltern gut erreichen und teilweise umfassende Veränderungen initiieren. Allerdings sind eine entsprechende Veränderungsbereitschaft und relativ stabile Lebensverhältnisse Voraussetzungen. In Familien, in denen existentielle Probleme vorherrschen oder kritische Lebensereignisse, wie Trennung, Krankheit oder Arbeitslosigkeit, eingetreten sind, stoßen Maßnahmen der Gesundheitsförderung an ihre Grenzen. Hier werden andere familienunterstützende Angebote der Sozialarbeit gebraucht.

Beratungen durch Familienassistentinnen

Projekt „Ganztags leicht(er) leben“, Eutin

In diesem Projekt wurden deutschsprachige, sozial benachteiligte Familien im ländlichen Raum über Beratungen durch Familienassistentinnen gut erreicht. Diese hatten eine sechstägige Fortbildung zur Familienhelferin vom Deutschen Kinderschutzbund, ergänzt um zwei eintägige Module zum Thema Ernährung, absolviert. Sie wurden u. a. von Lokalkoordinatorinnen und -koordinatoren, die in Schulen, Familien- und Jugendzentren angesiedelt waren, vermittelt.

Die Beratungen fanden meistens zu Hause in den Familien statt. Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, Erziehungsschwierigkeiten, akute Krisen wie Trennung der Eltern oder Übergewicht bzw. Adipositas der Kinder waren die häufigsten Beratungsanlässe. Ein Teil der Familien konnte ihre Ernährung bzw. ihre Mahlzeitengestaltung positiv verändern und/oder die Bewegungszeit der Kinder steigern. Außerdem konnten die Erziehungskompetenz und die Kommunikation innerhalb von Familien gestärkt werden. In einigen Fällen führten diese Veränderungen auch zu einer Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Kindern.



3.2 Niedrigschwellige Zugangswege zu Eltern

Patentrezepte, um schwer erreichbare Eltern für eine Maßnahme zu gewinnen, gibt es nicht. Um geeignete Zugangswege zu entdecken und zu nutzen, ist es wichtig, dass sich Anbieter und Durchführende von Maßnahmen möglichst gut in die Lebensbedingungen und Einstellungen der Menschen, die teilnehmen sollen, einfühlen. Im Austausch mit Vertretern der Zielgruppe oder mit Menschen, die bereits mit ihnen zusammenarbeiten, können Zugangsbarrieren und akzeptierte Zugangswege identifiziert werden (siehe auch Seite 18 Partizipation).

Bewährte Zugangswege

- Über Sozial- und Gemeinwesenarbeit, idealerweise über Angebote, die die Familien bereits nutzen (siehe Seite 34 Multiplikatorenansätze)
- Aufsuchende Maßnahmen mit längerfristigen Einzelberatungen in den Familienhaushalten selbst oder an Orten, an denen sich die Eltern aufhalten (zum Beispiel in etablierten Elterncafés, Kindertageseinrichtungen)
- Offene Angebote an vertrauten, gut zu erreichenden Orten, bei denen es keine Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme gibt

Der Vertrauensaufbau zu schwer erreichbaren Eltern braucht viel Zeit und Geduld, vor allem, wenn die Akteure den Zielgruppen noch unbekannt sind. Für eine dauerhafte Etablierung kontinuierlicher offener Angebote, wie ein Beratungsangebot in Kindertageseinrichtungen oder ein Mütterfrühstück, sollten sechs bis zwölf Monate eingeplant werden. Mit zunehmender Akzeptanz des Angebots werden durch Mund-zu-Mund-Propaganda andere Eltern zur Teilnahme an der Maßnahme motiviert.

3.2.1 Eltern persönlich ansprechen

„Das ist nichts für mich, da gehen die anderen hin.“ „Essen ist meine private Angelegenheit. Da lasse ich mir nicht reinreden.“ Schwer erreichbare Eltern/Familien fühlen sich durch Maßnahmen, die ausschließlich mit schriftlichen Informationen wie Aushängen, Elternbriefen oder Flyern beworben werden, meist nicht angesprochen. Die Maßnahmen kommen dann häufig nicht zustande. Besser ist es, die Eltern durch ihnen vertraute Multiplikatorinnen und Multiplikatoren persönlich anzusprechen. Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Ärztinnen und Ärzte haben häufig einen guten Kontakt zu den Eltern und sie können auf die Maßnahmen aufmerksam machen. Mehrmaliges Ansprechen kann vonnöten sein, um für das Thema zu sensibilisieren und zur Teilnahme zu motivieren. Befürchtungen, wie zum Beispiel eine zu starke Einmischung ins Familienleben, können dabei angesprochen und abgebaut werden.



Das bringt voran:

Für die zeitintensive persönliche Ansprache bereits bei der Projektkonzeption genügend personelle Ressourcen einplanen.

Die persönliche Ansprache kann durch Akteure, die die Maßnahme durchführen oder durch Mittlerkräfte, wie Erzieherinnen bzw. Erzieher, erfolgen. Immer braucht sie Zeit. Sprechen externe Akteure (beispielsweise eine Ernährungsfachkraft, die einen Kochkurs durchführen will) in Kindertageseinrichtungen und Schulen Eltern an, ist es sinnvoll, Elternveranstaltungen oder Bring- und Holzeiten in Kindertageseinrichtungen dafür zu nutzen.

Förderlich ist es, wenn Einrichtungsleitung und pädagogisches Personal dabei unterstützen. Damit diese dazu motiviert sind, sollten sie im Vorfeld der Maßnahme gewonnen werden und gut über die Maßnahme und das Projekt als Ganzes informiert sein. Das häufig unentgeltlich erbrachte Engagement sollte für sie einen Nutzen bringen.

Sprechstunde der „Familienhebamme“ in Kindertageseinrichtungen

Projekt „Gesund aufwachsen in ... Münster“, Münster

Um Zugang zu Müttern im Stadtteil Berg Fidel für eine früh ansetzende Gesundheitsförderung zu bekommen, boten Familienhebammen in Kindertageseinrichtungen wöchentliche Sprechstunden an. Damit wurden schwangere Mütter und über Mund-zu-Mund-Propaganda auch Erstgebärende erreicht. Eine Familienhebamme mit Migrationshintergrund, die mehrere Sprachen beherrschte, hatte einen besonders guten Zugang zu Frauen mit geringen Deutschkenntnissen.

3.2.2 Rahmenbedingungen niedrigschwellig gestalten



Das bringt voran:

Mögliche Zugangsbarrieren erkennen und vermeiden.

Was Eltern davon abhält, an Maßnahmen teilzunehmen, kann sehr unterschiedlich sein. Niedrigschwellige Zugangswege und Rahmenbedingungen beugen diesen Barrieren vor oder verringern sie. Folgende Aspekte sollten bedacht werden:

Teilnehmerbeiträge

„Das ist zu teuer, das kann ich mir nicht leisten!“ Häufig haben Eltern nur begrenzte finanzielle Ressourcen. Einmalige Veranstaltungen oder Elterntreffs können meistens kostenfrei angeboten werden. Bei Maßnahmen mit mehreren Terminen, zum Beispiel bei Kochkursen, stellt sich die Frage der Finanzierung und wie Eltern daran beteiligt werden können.

Kostendeckende Teilnehmerbeiträge führen dazu, dass bildungsferne und einkommensschwache Familien häufig nicht teilnehmen. Kostenfreie Angebote werden häufig weniger wertgeschätzt und bewirken, dass die Zielgruppen weder verbindlich noch regelmäßig teilnehmen. Im Modellvorhaben haben sich geringe Teilnehmerbeiträge bewährt, die gerade noch von den Eltern akzeptiert und für sie bezahlbar sind. Alternativ können Eltern Beiträge auch in Form von Eigenleistungen erbringen, zum Beispiel Lebensmittel für den Kochkurs zur Verfügung stellen, Handtücher und Schürzen waschen.

Bezuschussung von Präventionskursen durch Krankenkassen

Präventionskurse für Kinder können nach § 20 SGB V durch Krankenkassen als bezuschussungsfähig anerkannt werden, wenn die entsprechenden Bedingungen der Krankenkassen erfüllt werden. Dadurch kann ein Großteil der Teilnehmergebühren über die Krankenkassen erstattet werden. Allerdings steigt damit der administrative Aufwand für die kurskoordinierende Person, einerseits um die Maßnahme als Präventionskurs bei den verschiedenen Krankenkassen anerkennen zu lassen, andererseits um die Eltern bei der Beantragung der Erstattung zu unterstützen. Außerdem kann bei extrem einkommensschwachen Familien eine ergänzende Sonderfinanzierung notwendig sein, da diese oft nicht in der Lage sind, die gesamte Kursgebühr bis zur Krankenkassenerstattung vorzulegen oder den von den Krankenkassen geforderten Eigenanteil von 20 % zu tragen.

Mehr über die Anforderungen siehe GKV-Leitfaden Prävention des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen www.gkv-spitzenverband.de/Praevention_Leitfaden.gkvnet

Erfahrungen aus dem Modellvorhaben belegen dies anschaulich: Ein Projekt, das in einer Arbeitsagentur gezielt sozial benachteiligte Familien für Koch- und Bewegungskurse ansprechen wollte, musste feststellen, dass sie an diesem Ort nicht offen für Gesundheitsmaßnahmen waren.

Orte, die den Zielgruppen vertraut *und* die für sie gut zu erreichen sind, eignen sich als Veranstaltungsort für sozial benachteiligte Familien besonders. Kindertageseinrichtungen oder bereits etablierte Stadtteil- und Familienzentren gehören dazu. Alternativ können aufsuchende Maßnahmen im häuslichen Umfeld der Familien durchgeführt werden. Finden Maßnahmen an für die Zielgruppen fremden Orten statt, kann es helfen, wenn Eltern in der Anfangsphase durch eine ihnen bekannte Person, zum Beispiel eine Familienhebamme, begleitet werden.

Eisenbahngleise, Autobahnen oder stark befahrene Straßen, die auf dem Weg zum Veranstaltungsort überquert werden müssen, können in Stadtteilen oder kleinen Gemeinden Zugangsbarrieren darstellen. Obwohl der Veranstaltungsort im gleichen Stadtteil bzw. Ort liegt, wird er dann nicht angenommen.

Termingestaltung

„Ich habe keine Zeit!“ Maßnahmen werden nicht angenommen, wenn die Termine für die Zielgruppen nicht günstig sind. Auch hier hat Partizipation (siehe Seite 18) der Teilnehmenden Vorteile. Passende Wochentage und Uhrzeiten können im Vorfeld abgesprochen und so die Motivation zur Teilnahme erhöht werden. Dabei auch an die Väter denken (siehe Seite 17). Sollen sie an der Maßnahme teilnehmen, müssen die Termine für sie wahrnehmbar sein.

Maßnahmen für Eltern muslimischen Glaubens sollten möglichst nicht im Ramadan stattfinden, da die Teilnehmenden unkonzentrierter sein können oder fernbleiben. In der Praxis ist die Termingestaltung häufig ein Spagat zwischen der zeitlichen Verfügbarkeit von Veranstaltungsräumen und den Terminwünschen der Zielgruppe.

Veranstaltungsort

Stolperstein:

Veranstaltungsort nur nach der Erreichbarkeit aussuchen. Gut besucht heißt nicht zwangsläufig von allen akzeptiert und beliebt.

„An dem Ort fühle ich mich nicht wohl, da fühle ich mich fremd!“ Es lohnt sich, bei der Auswahl des Ortes genau auf die Menschen zu blicken, die den Veranstaltungsort bereits aufsuchen. Sind es jene Eltern, die erreicht werden sollen? Emotional negativ besetzte Orte, wie Sozialamt, Arbeitsamt oder ggf. Stadtteilzentren in sozialen Brennpunkten, können Zugangsbarrieren darstellen.

Erfahrung aus dem Modellvorhaben

Zeiten, in denen Sporthallen oder Bewegungsräume nicht belegt sind, sind in der Regel knapp oder kaum vorhanden. Diese Erfahrung mussten alle machen, die verstärkt Sport- und Bewegungsmaßnahmen für Kinder bzw. Eltern und Kinder anbieten wollten. Die „Lösungen“ reichten von der Nutzung unattraktiverer Randzeiten, der Verlegung der Maßnahme nach draußen ins Freie bis hin zur Nichtdurchführung der Maßnahme.

Eine weitere Lösung wäre die Nutzung von Räumen, die nicht typischerweise Bewegungsräume sind (z. B. Räume in Jugendtreffs und kirchlichen Einrichtungen).

Dauer von Angeboten

„Ich kann mich nicht solange festlegen!“
Tatsache ist: Langfristige Maßnahmen zeigen mehr Wirkung auf Verhaltensänderung als einmalige oder kurzzeitige. In Kursen können Themen aufbauend und vertieft behandelt, Fertigkeiten eingeübt, der Transfer in den Familienalltag begleitet werden. Doch gerade für sozial benachteiligte Eltern ist diese Angebotsform meist ungeeignet, denn sie legen sich häufig nicht verbindlich für eine längere Zeit fest. Genügend Kursteilnehmende zu gewinnen und zu halten, ist schwer. Eine Alternative können Kurse mit vier bis fünf Terminen oder offene Angebote sein.

Wer sich für eine Maßnahme in Form eines Kurses entscheidet, muss im Vorfeld der Maßnahme viel Zeit für Motivation einplanen und auch im Kurs selbst für ausreichend Zeit zum Austausch sorgen. Dann können auch sozial benachteiligte Eltern in vielen Fällen für eine längerfristige Teilnahme gewonnen werden. Dass sich der hohe Aufwand lohnen kann, zeigte sich in den Modellprojekten. Schwer erreichbare Zielgruppen profitierten durch die Kursteilnahme häufig sehr stark und setzten ihr neues Wissen und die Fertigkeiten zu Ernährung und Bewegung im Familienalltag um.

Sprache

„Ich verstehe zu schlecht Deutsch und traue mich nicht zu sprechen!“ Schlechte Sprachkenntnisse können eine Barriere sein. Für die Ansprache von Eltern mit weniger guten Deutschkenntnissen hat es sich bewährt, Muttersprachler einzubinden, zum Beispiel eine türkisch sprechende Diätassistentin bzw. einen Diätassistenten oder eine Laienmultiplikatorin bzw. einen Laienmultiplikator. Veranstaltungen können zweisprachig durchgeführt werden, Eltern können auch für Eltern dolmetschen, zum Beispiel bei einem Frühstückstreff.

In andere Sprachen übersetzte Informationsmaterialien, wie Elternbriefe oder Flyer, können nur Eltern erreichen, die lesen können und die auch sonst schriftliche Informationen als Impuls im Alltagshandeln nutzen. Eltern, die dies nicht gewohnt sind, sind eher über die persönliche Ansprache zu erreichen.

Stolperstein:

Den kultursensitiven Zugang auf das Dolmetschen und Übersetzen beschränken.

„Ich fühle mich nicht mit meiner Lebensweise und Kultur verstanden. So passt und gilt das nicht für mich!“ Familien aus anderen Ländern bringen nicht nur eine andere Sprache mit. Ernährung und Bewegung sind kulturell geprägt und deshalb ist „Übersetzen“ der Botschaften zu wenig. Kultursensitivität ist gefragt und Schulung notwendig (siehe Seite 35).

Kinderbetreuung

„Ich würde ja gerne kommen. Aber ich weiß nicht wohin mit meinen Kindern!“ Ein Angebot zur Kinderbetreuung ist zentrale Voraussetzung, damit Eltern, die keine oder nur mit extremem Aufwand privat Kinderbetreuung organisieren können, an Elternvereinstellungen teilnehmen können. Das gilt auch für Maßnahmen während der regulären Kindergarten- und Schulzeiten, wenn jüngere Geschwisterkinder zu betreuen sind. Ideal ist es, parallel zu Elternmaßnahmen die Zeit für Präventionsmaßnahmen für Kinder zu nutzen, zum Beispiel mit Spielen rund um Bewegung und Ernährung (siehe Seite 16).

Name der Maßnahme

Stolperstein:

Im Namen der Maßnahme auf Übergewicht hinweisen und damit Defizite in den Blick nehmen.

„Mein Kind ist doch nicht dick!“, so reagieren Eltern häufig auf Maßnahmen oder Projekte, die „Übergewicht“ im Namen tragen oder damit assoziiert werden. „Gewichtig“, „Übergewichtsprävention in Grundschulen“ oder „Adipositasprävention und Intervention“ waren entsprechende Beispiele aus dem Modellvorhaben. Eltern normalgewichtiger Kinder und Eltern übergewichtiger Kinder mit mangelndem Problembewusstsein fühlen sich meist von diesen Maßnahmen nicht angesprochen. Ein attraktiver Name, der den Fokus auf die Gesundheitsförderung legt und Positives in den Blick nimmt, erhöht die Chance, dass potentielle Zielgruppen aufmerksam werden. Beispiele aus dem Modellvorhaben waren „Kinderleicht gesund“, „Gesund sind wir stark“ oder „Früh übt sich. Von klein auf gesund“.



3.3 Inhalte vermitteln und Zielgruppen bei der Stange halten

3.3.1 Veränderungsbereitschaft entwickeln

Sind Eltern motiviert und bereit an der Maßnahme teilzunehmen, ist der nächste Schritt, eine „aktivierte Bereitschaft“ zu schaffen. Dabei nehmen Eltern ihren Veränderungsspielraum wahr und entwickeln den Wunsch und die Bereitschaft, die gesunde Entwicklung ihres Kindes aktiv zu unterstützen. Erst wenn eine intrinsisch motivierte Veränderungsbereitschaft besteht, können Maßnahmen auf fruchtbaren Boden fallen. Diese Veränderungsbereitschaft kann durch eine hohe Qualität der Zielgruppenansprache erzielt werden. Sie zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

- **Wertschätzende und respektvolle Ansprache.** Sie ist klar und verbindlich und von Anerkennung und Akzeptanz anderer Lebensentwürfe geprägt. Eine kultursensitive Haltung ist dabei Voraussetzung (siehe Seite 35).
- **Auf gleicher Augenhöhe.** Dabei werden Eltern als Expertinnen und Experten für ihre Kinder und Familien gesehen und eingebunden. Maßnahmendurchführende und Akteure treten als „Suchende“ den Eltern gegenüber und entdecken gemeinsam Anknüpfungspunkte und Handlungsspielräume für ein verbessertes Gesundheitsverhalten. Demotivierend sind dagegen Beratende mit einer „Retter-Haltung“.
- **Persönlich begleiten statt belehren.** Gesundheitsbildung besteht zu einem großen Teil aus Beziehungsarbeit. Eine belehrende Weitergabe von Fachinformationen führt selten zu Verhaltensänderung und kann im schlechtesten Fall sogar Widerstand hervorrufen. Es ist sinnvoll, im Rahmen des Projekts für Maßnahmendurchführende kontinuierliche Reflexions-

möglichkeiten ihrer Arbeit zu schaffen, um sie in ihrer Rolle der Begleitung zu stärken (siehe Seite 37).

- **Freude und Freiräume schaffen.** Spaß ist ein wichtiger Faktor damit Eltern dabeibleiben. Sie sollten ihre Interessen entwickeln und ihre Fragen diskutieren können. Dies ist bei einem Großteil der praktisch orientierten Ernährungs- und Bewegungsthemen leicht möglich.
- **Gemeinschaftsstiftende und gesellige Aspekte bei Gruppenmaßnahmen.** Sie fördern den verbindlichen Charakter einer Maßnahme und führen dazu, dass Eltern sich in der Gruppe wohl und ihr zugehörig fühlen. Die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sie gerne und regelmäßig kommen.
- **Austausch der Eltern untereinander fördern.** Das entlastet die Eltern psychisch und sie erfahren, dass sie nicht alleine mit ihren Problemen sind. Sie können Umsetzungsstrategien austauschen, sich im Idealfall mit anderen Eltern anfreunden und außerhalb der Maßnahme gemeinsame Aktivitäten durchführen.



Das bringt voran:

Zeit für persönlichen Austausch einplanen.

Persönlicher Austausch ist ein Erfolgsfaktor auf allen Ebenen von Projekten: Austausch zwischen den Eltern, zwischen den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, zwischen den Netzwerkpartnern, zwischen Teilnehmenden und Durchführenden ... Weil Austausch Zeit braucht, diese gezielt einplanen.

3.3.2 Praxisorientierung und alltagstaugliche Aktivitäten

Das klingt selbstverständlich und fast schon banal. Doch die Evaluationen aus dem Modellvorhaben zeigten, dass die Modellprojekte in der konkreten Umsetzung ihrer Maßnahmen damit Schwierigkeiten hatten.

Praxisorientierte Maßnahmen haben den Alltag der Zielgruppe im Blick, knüpfen an den Erfahrungen und ihren Fragestellungen an. Eltern und Kinder bringen ihre Fähigkeiten ein, bauen auf ihnen auf und entwickeln sie weiter (Ressourcenorientierung). Praxisorientierte Maßnahmen sind deshalb im Hinblick auf Veränderungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten sehr wirkungsvoll und sie werden gut akzeptiert. Dagegen stoßen Vorträge zu Ernährung und Bewegung im Rahmen von Elternabenden in Kindertageseinrichtungen und Schulen bei schwer erreichbaren Eltern kaum auf Akzeptanz und sind deshalb nicht geeignet.

Praxisorientierte Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen erweisen sich außerdem als gute Türöffner für weiterführende Inhalte, zum Beispiel für Gesundheits- und Erziehungsthemen (siehe Beispiel Seite 33). Gemeinsame praktische Tätigkeiten, wie walken oder kochen, können auch als Rahmen für Gespräche über andere Themen genutzt werden.

Beispiele für Praxisorientierung

- Kochveranstaltungen führten zur Erweiterung von Fertigkeiten der Nahrungszubereitung. Die Rezepte können zu Hause nachgekocht werden.
- Die Schulung im Lesen von Zutatenlisten oder Einkaufstrainings führten zu einer Sensibilisierung für einen hohen Zucker-, Salz- und Fettgehalt oder für Zusatzstoffe. Entsprechende Lebensmittel wurden seltener gekauft.

- In Maßnahmen der Bewegungsförderung konnte die Botschaft „täglich mit Kindern auf den Spielplatz gehen“ leicht in die Praxis umgesetzt werden.

- Informationen zu Angeboten von Sportvereinen im Stadtteil konnten zur Anmeldung der Kinder für Sport- und Bewegungsgruppen führen.

Elternkurs „kochen & genießen“

Projekt „gewichtig!“, Rhein-Kreis Neuss

Dieser Kurs mit 9 Terminen à 180 Minuten fand monatlich einmal in Kindertageseinrichtungen statt. Die Eltern bereiteten jedes Mal Speisen zu, die im Anschluss gemeinsam verzehrt wurden. In einer Einheit fand ein Einkaufstraining im Supermarkt statt. Darüber hinaus erhielten die Eltern in jeder Kursinheit Informationen über verschiedene Aspekte der gesunden (Kinder-)Ernährung. Die Inhalte wurden in interaktiver Vortragsform mit Raum für Fragen und Anregungen der Eltern, in Gruppenarbeiten, Partnerarbeiten, praktischen Übungen, Geschmackstests etc. vermittelt. Dabei kamen Anschauungsmaterialien, wie Lebensmittel oder Verpackungen, zum Einsatz. Praktische Hausaufgaben, wie Nachkochen von Rezepten oder Ausprobieren von Strategien, Kinder zum Probieren zu motivieren, halfen, Gelerntes im Alltag umzusetzen. Die Hausaufgaben wurden in den Folgeveranstaltungen besprochen. Am Ende des Kurses wurde ein Rezeptheft erstellt, in das die Rezepte der Teilnehmerinnen einfließen.

Die Evaluation zeigte, dass der Kurs auch sozial benachteiligte Familien erreichte. Eine grundlegende Veränderung des Ernährungsverhaltens war bei manchen Familien noch sechs Monate nach Beendigung des Kurses feststellbar (mehr Frischgekohtes, mehr Obst und Gemüse und weniger gesüßte Getränke und Süßigkeiten, Einbeziehen der Kinder in die Zubereitung der Mahlzeiten). Als Erfolgsfaktoren konnten Praxisorientierung und die Kursdauer ausgemacht werden.

3.3.3 Erziehungskompetenz im Blick haben



Das bringt voran:

Neben der Vermittlung von Inhalten zur Bewegung und Ernährung auch die Erziehungskompetenz zum festen Bestandteil von Maßnahmen machen.

Im Modellvorhaben zeigte sich, dass für Eltern Erziehungsfragen häufig dringlicher sind als solche zur Ernährung oder Bewegung der Kinder. Bei offen gestalteten Maßnahmen unterhielten sich die Eltern sehr häufig über Erziehungsprobleme. Dabei wurde deutlich, dass Essprobleme der Kinder oft mit mangelnder Erziehungskompetenz zusammenhängen. In Familien gab es zum Beispiel zu wenig klare Regeln, die Eltern hatten Schwierigkeiten Grenzen zu setzen oder sie schenken den Kindern zu wenig Aufmerksamkeit.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können in den Maßnahmen mit Erziehungsfragen an Themen der Gesundheitsförderung, wie Regeln für den Süßigkeitenkonsum, für Fernsehzeiten oder zum Essen am Tisch ohne Fernsehen anknüpfen. Oft ging es in den Modellprojekten darum, das Selbstvertrauen der Eltern in ihrer Rolle als Erziehende zu stärken. Darüber hinaus wurden Persönlichkeitsstärkung der Mütter und die Verbesserung der Kommunikation in Familien häufig thematisiert.

Kurs „Starke Eltern – Starke Kinder®“, erweitert um Elternkochtreffs

Projekt „AGIL in Aachen – Aktiver, gesünder, is(s) leichter“, Aachen

In dieser Maßnahme wurde der Erziehungskurs „Starke Eltern – starke Kinder®“ um fünf Termine „Elternkochtreff“ zur Vertiefung des Themas (Kinder-)Ernährung ergänzt. Im Kochtreff wurden Grundlagen der Kinderernährung vermittelt, Tipps zur Nahrungszubereitung gegeben sowie Fertigkeiten eingeübt. Dabei zeigte sich, dass der praktisch orientierte Elternkochtreff insbesondere Müttern mit geringen Deutschkenntnissen und einem niedrigen sozioökonomischen Status einen niedrighschwelligen Einstieg in den Erziehungskurs ermöglichte. Diese Zielgruppe wurde vor allem in Kindertageseinrichtungen in sozial benachteiligten Stadtteilen erreicht.

3.4 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Elternarbeit

Um schwer erreichbare Eltern mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erreichen, hat es sich bewährt, Personen in die Maßnahme einzubeziehen, die bereits Kontakt zur Zielgruppe besitzen. Im Rahmen von so genannten Multiplikatorenansätzen vermitteln sie – meist nach einer entsprechenden Schulung – die Inhalte an die Eltern:

- Professionelle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind Personen, die über ihren Beruf Kontakt zur Zielgruppe haben. Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzte, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Erzieherinnen und Erzieher oder Lehrerinnen und Lehrer gehören dazu.
- Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren können Vertreter der Zielgruppe, wie zum Beispiel Eltern, sein oder engagierte Personen, die ihnen nahe stehen.

Ob Laien- oder professionelle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingesetzt werden, hängt vom Ziel einer Maßnahme ab. Sie können ehrenamtlich arbeiten oder für den Aufwand entschädigt werden.

Muttersprachler in der Multiplikatorenarbeit

Bei Maßnahmen für Familien mit Migrationshintergrund hat der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Laien oder Professionelle), die aus derselben Ethnie kommen und die deutsche Sprache gut beherrschen entscheidende Vorteile. Sie sind mit der Kultur ihrer Landsleute vertraut, sprechen dieselbe Sprache und teilen die gemeinsame Erfahrung der Migration. Allerdings zeigte sich im Modellvorhaben, dass diese Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bei Gruppenveranstaltungen Eltern mit anderer nationaler Herkunft leicht ausgrenzen. Das war vor allem in Institutionen wie Kindertageseinrichtungen der Fall.



Das bringt voran:

Beim Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit Migrationshintergrund in Kindertageseinrichtungen und Schulen international zusammengesetzte Teams bilden und Veranstaltungen für die Eltern bewusst offen gestalten.

3.4.1 Schulung nach Bedarf

Bevor Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Maßnahme mit der Zielgruppe durchführen, müssen sie in der Regel dafür qualifiziert werden. Ernährungs- und Bewegungsinhalte, Grundlagenwissen, Methoden zu Vermittlung, Wissen um die Bedürfnisse der Zielgruppe, Kenntnisse zur Beziehungsarbeit, Kultursensitivität – was gebraucht wird, kann unterschiedlich sein. Für Laien ist eine Schulung unbedingte Voraussetzung. Auch professionelle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sollten ggf. qualifiziert werden, beispielsweise Pädagoginnen und Pädagogen in Ernährung und Bewegung.

Die Qualifizierung sollte inhaltlich und zeitlich an die Möglichkeiten der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angepasst sein. Am besten ist es, gemeinsam mit ihnen oder mit Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Berufsgruppen die notwendigen Schulungsthemen auszuwählen (siehe Partizipation Seite 18). Das Konzept zur Qualifizierung von Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren sollte interdisziplinär und am besten von den Dozentinnen und Dozenten für die Schulung entwickelt werden. Dabei ist es günstig, wenn sie Erfahrungen mit den Zielgruppen „sozial benachteiligte Eltern“ und „Eltern mit Migrationshintergrund“ als auch mit Multiplikatorenfortbildungen mitbringen.

Nicht nur Inhalt, sondern auch Methoden



Das bringt voran:

Methodenkompetenz der Maßnahmendurchführenden als zentrale Voraussetzung für eine hohe Qualität der Zielgruppenansprache

Bei der handlungsorientierten und praxisnahen Vermittlung von Ernährung, Ernährungserziehung und Bewegungsförderung können je nach Zielgruppe, Inhalt, Ziel, Rahmenbedingungen verschiedene Methoden zum Einsatz kommen, zum Beispiel Moderationstechniken, Beratungsmethodik und didaktische Fertigkeiten. Methodenkompetenz ist gefragt.

Gesundheitsförderung bei schwer erreichbaren Zielgruppen darf sich nicht auf Informationsvermittlung beschränken. Vielmehr ist sie zu einem hohen Anteil Beziehungsarbeit, die professionell gestaltet werden sollte. Ressourcenorientierte Beziehungsarbeit muss erlernt werden. Dazu gehört: wie gestalte ich einen Erstkontakt, wie baue ich einen vertrauensvollen Kontakt auf, wie kommuniziere ich wertschätzend, wie ermittle ich die Potentiale und Stärken der Eltern und Familien und nutze sie als Anknüpfungspunkt für Veränderung, wie erfasse ich Lebensbedingungen, Lebensstil und Umfeld der Familien sowie Ursachen für ungünstiges Gesundheitshandeln, um Barrieren für eine Verhaltensänderung zu identifizieren, wie vermeide ich, meine eigenen Wertvorstellungen und Normen unreflektiert auf andere zu übertragen.

Professionelle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, wie Hebammen, Ernährungsfachkräfte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter finden Fortbildungen zur Methodenkompetenz häufig bei ihren Berufsverbänden. Bei der Qualifizierung von Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren bietet es sich an, speziell auf die Tätigkeit zugeschnittene

Methoden zu vermitteln, beispielweise eine Kombination aus systemischer oder klientenzentrierter Beratung mit der Schulung einer kultursensitiven Haltung (siehe unten).

► Mehr zu Methodenkompetenz

- DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.): Fortbildung. Fachseminare zum Thema Ernährung, Methodenseminare, Zertifikationslehrgänge www.dge.de
- Gesund ins Leben – Netzwerk junge Familie: Handlungsempfehlungen, Fortbildungen, kostenlose Infomaterialien, Aufkleber und Poster, die sich an die Eltern richten, z. T. auch in Türkisch, Russisch, Arabisch www.gesundinsleben.de, Stichwort Für Fachkräfte
- GwG (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.): Weiterbildung, Fortbildung und Informationsmöglichkeiten zum Thema Personenzentrierte Beratung bzw. Therapie www.gwg-ev.org, Stichwort Bildung

Einfühlungsvermögen und Perspektivenübernahme



Das bringt voran:

Kultursensitivität gezielt schulen.

Übertragen Maßnahmendurchführende unreflektiert ihren Lebensstil und eigene Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten auf Familien aus anderen sozialen Milieus, mit anderen Lebenskonzepten oder mit Migrationshintergrund können Maßnahmen sogar Widerstände hervorrufen. Die Schulung einer kultursensitiven Haltung ist eine wesentliche Voraussetzung, damit die Kommunikation zwischen Mittlerkräften und Zielgruppe gelingt. Dazu gehört, für das „Anderssein“ sensibel zu sein, es wertzuschätzen, es in den Zugangswegen und in der Durchführung der Maßnahmen zu berücksichtigen.

Schulung der Kultursensitivität bedeutet, dass sich Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Vorfeld von Maßnahmen mit den kulturellen Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den Lebensentwürfen der Zielgruppe und den eigenen auseinandersetzen. In der Bestandsaufnahme und im Austausch mit der Zielgruppe werden andere Lebensweisen deutlich: Wie wird gegessen, wer bestimmt in Familien, welchen Stellenwert haben Mahlzeiten und Bewegung, gibt es Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen, welche Informationsquellen werden genutzt u. v. m. Es geht darum, die kulturellen Unterschiede wahrzunehmen, sie zu akzeptieren und die Maßnahmen mit Blick darauf weiter zu entwickeln. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sollten die eigene Wahrnehmung und den Umgang mit kulturellen Unterschieden immer wieder reflektieren, um den Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht zu werden.

Die Erfahrungen aus dem Modellvorhaben zeigen, dass zwar Muttersprachler aus anderen Kulturen eingesetzt werden, aber Kultursensitivität häufig nicht explizit geschult wird. Doch auch Muttersprachler profitieren von einer entsprechenden Schulung. Sie brauchen diese Fähigkeiten, wenn sie auf andere Kulturkreise oder andere Lebenskonzepte treffen.

Fortbildung zur interkulturellen Kompetenz für Lehrerinnen und Lehrer

Projekt „Gesund essen – täglich bewegen“, Region Hannover

Im Rahmen dieses Projekts wurden Lehrerinnen und Lehrer fortgebildet, um ihre interkulturelle Kompetenz zu stärken. Ausführliches Informationsmaterial wurde vom Ethno-Medizinischen Zentrum für sie erstellt. Es umfasste inhaltlich die Themen „Migration und Gesundheit“, „Kulturspezifische Besonderheiten bei Ernährung, Bewegung und Selbststeuerung“ und praktische Hinweise für die Arbeit mit Eltern mit Migrationshintergrund.

Das Teilnehmermaterial findet sich auf der Seite www.besseressenmehrbewegen.de, Stichwort 1. Förderphase, Materialien.

► Mehr zu kultursensitiver Haltung

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Reihe Gesundheitsförderung Konkret; Band 17: Gesundes Aufwachsen für alle (Köln 2012), Band 12: Migration und Gesundheitsförderung (Köln 2009), Band 5: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Köln 2009)
www.bzga.de, Stichwort Infomaterialien
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2010): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier: Teil 1: Gesunde Lebenswelten schaffen
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, Stichwort Arbeitshilfen
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart (2012): Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg – Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen.
www.gesundheitsamt-bw.de, Stichwort Fachpublikationen
- Straßburger, G., Bestmann, S. (2008): Praxishandbuch für sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit. Arbeitshilfen für Selbsthilfe- und Bürgerinitiativen Nr. 36. Verlag Stiftung MITARBEIT.
www.mitarbeit.de, Stichwort Publikationen

Praxisbegleitung

Neben der Basisschulung sollten während der Durchführung der Maßnahmen zumindest Austauschtreffen gewährleistet sein, besser ist es, wenn die Praxisbegleitung in Form von Supervision und Fortbildungen erfolgt. So werden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unterstützt, die Qualität ihrer Arbeit gesichert. Sie werden stärker in das Projekt eingebunden und können sich besser damit identifizieren. Herausforderung ist, die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren trotz häufig bestehenden zeitlichen Überlastungen zu motivieren, regelmäßig an den Treffen teilzunehmen. Hier können eine hohe Relevanz und Qualität der Inhalte, eine Abstimmung der Termine oder ggf. eine verpflichtende Teilnahme als Bestandteil der Qualifizierung helfen.

Werden Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren eingesetzt, hat es sich zur Sicherung der fachlichen und methodischen Qualität bewährt, ihnen Fachkräfte als Ansprechpartner für Fragen und zur kurzfristigen Lösung von Problemen zur Seite zu stellen. Förderlich ist es, wenn die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Experten bereits als Dozenten in der Schulung kennengelernt haben. Auch ein individuelles Coaching kann sinnvoll sein. Um Überforderung zu vermeiden, ist Supervision empfehlenswert.

3.4.2 Professionelle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Professionelle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren haben durch ihren Beruf Kontakt zu den anvisierten Zielgruppen. Die Potentiale und Herausforderungen, die sich für die Arbeit mit professionellen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ergeben, sind im Folgenden aufgelistet:

Potentiale:

- Hohe Akzeptanz und Autorität bei der Zielgruppe durch Berufsrolle
- Hohe fachliche Qualifikation
- Erreichbarkeit einer großen Zielgruppe (zum Beispiel durch Kinderärztinnen und -ärzte) oder spezieller Zielgruppen (zum Beispiel sozial benachteiligte Familien durch Familienhebammen)
- Integration von Ernährungs- und Bewegungsthemen in die reguläre Arbeit (zum Beispiel bei den Vorsorgeuntersuchungen)
- Beratungskompetenzen teilweise vorhanden

Herausforderungen:

- Oft nur geringes Zeitbudget für zusätzliche Arbeit
- Häufig nur Kurzberatungen möglich, d. h. vor allem Informationsweitergabe
- Schulung zur Vertiefung von Inhalten oder Methoden ggf. notwendig

Knappe Zeitressourcen sind Realität. Daher haben vor allem diejenigen Maßnahmen eine gute Chance auf Umsetzung, bei denen professionelle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit geringem Aufwand Präventionsarbeit in ihre reguläre Arbeit integrieren können (beispielsweise durch Beratungsleitfäden und Nutzen von Synergieeffekten, wie Erziehungsthemen am Beispiel Essen besprechen).

Stolperstein:

Knappe Zeitressourcen, mangelndes Interesse zur Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen

Um professionelle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Mitarbeit und zur Kooperation zu gewinnen, ist es sinnvoll, wenn Vertreter der Berufe wie Hebammen- oder Ärzteverbände in die Projektnetzwerke eingebunden sind. So können sie das Projekt und die Maßnahmen inhaltlich und methodisch mitgestalten und Kontakt zu ihren Berufskollegen herstellen. Wie wichtig Kooperationsbereitschaft ist, zeigte sich in einem Modellprojekt: Die mangelnde Kooperation zwischen Klinik- und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten behinderte die Einführung eines flächendeckenden Screenings von Kindern mit erhöhtem Risiko für Übergewicht.

Hebammen: Beratung rund um Schwangerschaft und Geburt

Hebammen erreichen Eltern in einer Phase, in der sie besonders offen für Empfehlungen zu einem gesunden Lebensstil sind. Sie wollen das Beste für ihr Baby. Das gute Vertrauensverhältnis kann für früh ansetzende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gut genutzt werden. Hebammen können die Themen „Ernährung und Bewegungsförderung“ in Geburtsvorbereitung und -nachbetreuung sowie Rückbildungsgymnastik einbinden. Auch wenn die Themenfelder zunehmend in Ausbildungscurricula der Hebammenausbildung aufgenommen werden, kann es sinnvoll sein, Hebammen nach Bedarf inhaltlich zu schulen.

Familienhebammen: Beratung im ersten Lebensjahr des Kindes

Familienhebammen betreuen Mütter und junge Familien in psychosozial schwierigen Lebenslagen im ersten Lebensjahr des Kindes. Sie können alle Tätigkeiten im Rahmen der Geburtsvorbereitung und -nachsorge wahrnehmen. Sie unterstützen Mütter bei der Versorgung des Kindes und dem Aufbau einer guten Mutter-Kind-Bindung. Die individuelle Beratung bietet eine gute

Möglichkeit, benachteiligte Eltern für die Themen Ernährung und Bewegung zu sensibilisieren und zum Wohl des Kindes anzuleiten.

Maßnahme „Aufbau Familienhebammenprojekt“

Projekt „Kinderregion Ostfriesland“, Aurich

Familienhebammen waren mit der Entbindungsklinik vernetzt und bekamen über sie Familien zugewiesen. In der persönlichen Betreuung der Familien/Mütter im Rahmen der Hausbesuche ging es um die Stärkung der Pflege-, Versorgungs- und Erziehungskompetenz. Die Familienhebammen berieten zu Themen der Säuglingspflege, Erziehung, Ernährung, Gesundheit, Gewalt in der Familie etc. und leiteten die Eltern an. Über die Vernetzung mit einem Familiengesundheitszentrum konnten sie Eltern in entsprechende Angebote des Zentrums vermitteln, die die Familie weiter unterstützten.

Kinderärzte: Kurzberatungen während Vorsorgeuntersuchungen (U2-U9)

Kinder unter drei Jahren sind in der Regel noch nicht institutionell in Kindertageseinrichtungen eingebunden. Daher sind Eltern mit Kindern in diesem Alter schwer zu erreichen. Der Weg über Kinderärztinnen und -ärzte kann hier erfolgreich sein. Über die Kindervorsorgeuntersuchungen können prinzipiell alle Kinder und ihre Eltern quer durch alle sozialen Schichten angesprochen werden. Zudem kann die Autorität der Berufsgruppe für die Förderung einer gesunden Ernährung und regelmäßiger Bewegung genutzt werden.

Gelingt es, Ärztinnen und Ärzte in ein Netzwerk zur Gesundheitsförderung einzubinden, ist es günstig, ihnen Materialien mit altersspezifischen und alltagstauglichen Empfehlungen für Eltern an die Hand zu geben, mit denen sie zwei- bis dreiminütige Kurzberatungen im Rahmen der Sprechstunde

durchführen können. Zusätzlich empfiehlt es sich, schriftliches Informationsmaterial mit einem Überblick über die Angebote zur Gesundheitsförderung im Stadtteil/in der Region zur Verfügung zu stellen. So können sie Eltern ggf. in passende Angebote vermitteln.

Beratungsleitfaden „Unbeschwert aufwachsen in Paderborn“

Projekt „Paderborner Adipositas Prävention und Intervention (PAPI)“, Paderborn

Für die Ansprache von Schwangeren wurde ein Beratungsleitfaden als Aufkleber für den Mutterpass entwickelt. Ziel war es, Gynäkologinnen, Gynäkologen und Hebammen dieselbe Beratungsgrundlage zur Übergewichtsprävention für das Gespräch mit den Schwangeren zur Verfügung zu stellen. Da jede Schwangere einen Mutterpass besitzt, können die kurzen, einfach formulierten Botschaften viele Eltern erreichen. Analog wurde ein Beratungsleitfaden mit Empfehlungen für die Übergewichtsprävention im Säuglings- und Kleinkindalter als Aufkleber für das gelbe Kinder-Untersuchungsheft entwickelt. Dieses wird von den Geburtskliniken an die Eltern verteilt. Ein dritter Beratungsleitfaden wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen verteilt und enthält Informationen zu gesunder Ernährung und Bewegung für den Schulstart der Kinder.

Die Beratungsleitfäden finden sich auf der Seite www.besseressenmehrbewegen.de

Sozialpädagogen: Gesundheitsförderung im Rahmen psychosozialer Beratung

Eltern in benachteiligten Lebenslagen und/oder mit Migrationshintergrund können über etablierte Beratungsstellen oder Beratungsangebote für diese Zielgruppen erreicht werden. Dazu gehören u. a. Jugendämter, Erziehungsberatungsstellen, Besuchsdienste für Eltern mit Neugeborenen. Soll Gesund-

heitsförderung in das reguläre Beratungsangebot integriert werden, empfiehlt es sich, Beratungskräfte – meistens (sozial)pädagogische und psychologische Fachkräfte – zu den Themen der Gesundheitsförderung zu qualifizieren. Allerdings kann es auch hier schwierig sein, wenn die Beratungskräfte in ihren Tätigkeiten keine zeitlichen Spielräume zur Integration der Gesundheitsförderung haben.

Beratungen der Gesundheitstrainer

Projekt „Gesund sind wir stark! Sağlıklı daha güçlüyüz!“, Berlin

Mit dieser Maßnahme sollten (werdende) Familien türkischer oder arabischer Herkunft mit Kindern im Alter bis zu drei Jahren erreicht und ihre gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen verbessert werden. Dazu wurden Sozialpädagogen, Hebammen, Erzieherinnen und andere Menschen, die bereits mit diesen Familien arbeiten, in zehn Seminartagen zu Gesundheitstrainern in den Bereichen Ernährung, Bewegung und systemische Beratung fortgebildet. Die Fortbildung erfolgte vor allem im Rahmen der beruflichen Tätigkeit: in der Beratung in Institutionen, in eigenen Praxen oder zu Hause bei den Zielgruppen. Während der Maßnahme wurden die Gesundheitstrainer mit Supervision, Coaching und Qualitätszirkeln begleitet.

Durch die Beratungen der Gesundheitstrainer konnten Veränderungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Familien initiiert werden, zum Beispiel Reduzierung von Süßigkeiten und süßen Erfrischungsgetränken, mehr Obst als Zwischenmahlzeit, mit Kindern auf den Spielplatz gehen. Durch das veränderte Verhalten konnten manche Mütter auch ihr eigenes Gewicht reduzieren.

Das „Handbuch für GesundheitstrainerInnen und GesundheitsmentorInnen“, steht in drei Sprachen (deutsch, arabisch, türkisch) auf www.besseressenmehrbewegen.de zum Download bereit.

3.4.3 Geschulte Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren

Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren haben einen guten Zugang zur Zielgruppe und kennen ihre Bedürfnisse sehr gut, doch sie müssen für ihre Tätigkeit qualifiziert werden. Die Potentiale und Herausforderungen, die sich für die Arbeit mit Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren ergeben, sind im Folgenden aufgelistet:

Potentiale:

- Große Nähe zur Zielgruppe
- Wissen um den Alltag, die Erfahrungen und die Kenntnisse der Zielgruppe, Gespür für das, was die Zielgruppe braucht und im Alltag umsetzen kann
- Informelle Beratung bei alltäglichen Begegnungen von Nachbarn, Freunden, in Familie ist möglich
- Häufig Vorbild für die Zielgruppe

Herausforderungen:

- Qualifizierung ist notwendig. Doch die fachliche Fortbildung für flexible und partizipative Angebote hat Grenzen
- Fachexperten im Hintergrund müssen zur Sicherung der Qualität zur Verfügung stehen

Vertreterinnen bzw. Vertreter der Zielgruppe als Multiplikatorin bzw. Multiplikator zu gewinnen, kann eine Herausforderung sein. Nicht jede Mutter, jeder Vater ist für die Multiplikatorenaufgabe gleichermaßen geeignet. Wünschenswert sind Menschen, die Zugang zur gewünschten Zielgruppe besitzen (wenn möglich gleicher kultureller Hintergrund wie die Zielgruppe), über zeitliche Kapazitäten für die Aufgabe verfügen, Interesse für die Themen Ernährung und Bewegung haben und Einfühlungsvermögen und kommunikative Kompetenzen mitbringen.

Doch nicht jeder ist bereit, als Multiplikatorin bzw. Multiplikator tätig zu sein. Günstig ist es, wenn es über das Netzwerk bereits Kontakte zu Vertretern der angestrebten Zielgruppe gibt, beispielsweise über Vereine, Institutionen oder Arbeitskreise. Diese Kontakte können dann genutzt werden, um engagierte Vertreterinnen und Vertreter zu finden und sie persönlich anzusprechen.

Gesundheitsmentorinnen und -mentoren finden

Projekt „Gesund sind wir stark!“, „Sağlıklı daha güçlüyüz!“, Berlin

Um Menschen mit Migrationshintergrund für die Ausbildung als Gesundheitsmentor bzw. -mentorin und die Multiplikatorentätigkeit zu gewinnen, wurden Kontakte zu lokalen Netzwerkpartnern aufgebaut bzw. intensiviert. Die Ausbildung wurde einerseits in diversen Einrichtungen, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten, bekannt gemacht. Andererseits wurden gezielt Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angesprochen, die über gute Kontakte zu Migranten verfügen. Sie gaben die entsprechenden Informationen an Interessierte und möglicherweise geeignete Personen weiter. Mit diesen wurde telefonisch oder persönlich Kontakt aufgenommen und (Vor-)Auswahlgespräche geführt. Kurz vor dem Lehrgang fand eine Informationsveranstaltung im kleinen Rahmen für die Interessierten statt.

Von der ursprünglich geplanten großen Informationsveranstaltung im Bezirk wurde aufgrund von Anregungen der Netzwerkpartner und ersten Erfahrungen Abstand genommen. Durch Einzelkontakte und aufsuchende Öffentlichkeitsarbeit konnten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren viel effektiver gewonnen werden.

Überforderung vermeiden

Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren sollten gut auf ihre Aufgabe vorbereitet werden. Eine Schulung ist Grundlage jeder Maßnahme, die mit Laien als Mittlerkräften arbeitet (siehe dazu Seite 34.). Tätigkeit und Rahmenbedingungen für Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren müssen genau geklärt sein, sonst können sie leicht Schwierigkeiten haben, ihre Rolle zu finden und sich bei der Aufgabengestaltung schnell überfordert fühlen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Maßnahme bei Familien zu Hause stattfinden soll, aber die Zugangswege zu den Familien nicht geklärt sind.

Zur Unterstützung der Rollenfindung und Vermeidung von Überforderung, ist die Reflektion der Arbeit unter professioneller Anleitung (Supervision) empfehlenswert.



Das bringt voran:

Aufgaben und Rolle der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren festlegen und sie professionell begleiten.

Wenn Tätigkeiten und Rahmenbedingungen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Vorfeld konkret festgelegt werden und die Qualifizierungskurse darauf gezielt vorbereiten, ist kaum mit Umsetzungsschwierigkeiten zu rechnen. Überforderung kann außerdem vermieden werden, wenn Maßnahmen, zum Beispiel offene Angebote in Kindertageseinrichtungen, durch zwei fortgebildete Laienmultiplikatorinnen oder -multiplikatoren durchgeführt werden. Die Umsetzung im Zweierteam macht häufig mehr Freude und gibt mehr Sicherheit. Zweierteams sind ein Erfolgsfaktor, wenn Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren ehrenamtlich arbeiten. Fällt eine bzw. einer von ihnen aus, kann die Maßnahme weiterlaufen.

Muttersprachliche Elternbegleiterinnen für Kindergesundheit

Projekt „Dortmunder Kinder. Besser essen. Mehr bewegen“, Dortmund

In dieser Maßnahme wurden Mütter mit Migrationshintergrund aus Kindertageseinrichtungen zu Elternbegleiterinnen qualifiziert: In zehn zweieinhalbstündigen Seminareinheiten wurden sie in Ernährung, Bewegung/Entspannung, Gesundheit sowie in Grundlagen dialogischer Elternarbeit geschult. Sie führten ehrenamtlich in den Kindertageseinrichtungen ihrer eigenen Kinder Veranstaltungen zu Kindergesundheit im Rahmen von Elterntreffs oder Elterncafés durch. Dabei konnten sie auf ein Netzwerk von Fachleuten zurückgreifen, zum Beispiel bei speziellen Fragestellungen oder bei der Suche nach Referenten. In den Einrichtungen wurden sie von einer Erzieherin betreut. Bewährt hat sich dabei der Einsatz von „Tandems“, d. h. zwei Elternbegleiterinnen in einer Einrichtung sind gemeinsam aktiv. Durch die Angebote wurden Eltern für Gesundheitsförderung sensibilisiert. Sie veränderten einzelne Punkte ihres Ernährungsverhaltens, zum Beispiel weniger Süßigkeiten, mehr Wasser statt Limonaden.

Das Konzept zur Durchführung der Multiplikatorenschulungen „Muttersprachliche ElternbegleiterInnen für Kindergesundheit, Region Dortmund“ steht auf www.besseressenmehrbewegen.de zum Download bereit.

3.4.4 Vergütung versus Ehrenamt

Ob und inwieweit die Multiplikatorenarbeit vergütet wird, sollte die Projektkoordination abwägen. Im Folgenden werden Erfahrungen aus dem Modellvorhaben genannt, die bei der Entscheidung für oder gegen Vergütung bzw. Ehrenamt zu bedenken sind und helfen können.

Ehrenamtliche Tätigkeit ...

... ist weniger verbindlich. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren könnten schnell abspringen, wenn sich für sie vergütete Tätigkeiten ergeben.

... wird seitens der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren häufig mit der Hoffnung verbunden, eine neue Einkommensquelle zu erschließen oder mit der Qualifizierung eine bessere Chance auf dem Arbeitsmarkt zu erlangen. Hier sind im Vorfeld deutlich das Ziel und der Rahmen der Tätigkeit darzustellen. Dies beugt Erwartungen vor, die ggf. nicht erfüllt werden können und dann in der Regel zu großer Unzufriedenheit und Abbruch der Multiplikatorentätigkeit führen.

... wird, trotz der z. T. sehr guten Leistungen, häufig nur gering wertgeschätzt - sowohl von den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren selbst als auch vom Umfeld und den Institutionen, in denen die Arbeit stattfindet.

Vergütete Tätigkeit ...

... bedeutet für die Projektkoordination einen hohen administrativen Aufwand. Die Tätigkeiten müssen als Nachweis für die Vergütung gut dokumentiert werden.

... erfolgt häufig mit einem begrenzten Budget. Hier ist darauf zu achten, dass es nicht durch besonders hohes Engagement einzelner frühzeitig ausgeschöpft ist. Die Festlegung einer bestimmten Anzahl von Einsätzen pro Monat oder Vierteljahr kann hier vorbeugen (Budgetierung).

... kann die Beachtung arbeitsrechtlicher Vorgaben nach sich ziehen und auf Seiten der Projektmitarbeitenden zu einem erheblichen administrativen Aufwand führen. Zuverdienstgrenzen sind zu berücksichtigen sowie unterschiedliche Vertragsgestaltung, wie Honorarverträge, Werkverträge oder Vergütung auf Minijob-Basis, je nachdem, ob es sich um Selbstständige, Angestellte oder Nichterwerbstätige handelt.

Der hohe administrative Aufwand für die Vergütung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit geringer Stundenanzahl kann dazu führen, dass Projektplaner ehrenamtliche Tätigkeiten bevorzugen, aber eine Aufwandsentschädigung zahlen.

4. Lebenswelt Kindertageseinrichtung und Grundschule

Kindertageseinrichtungen und Grundschulen (bzw. Förderschulen) sind besonders geeignet, um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mit Kindern durchzuführen und um dort für entsprechende Maßnahmen, die in der Freizeit stattfinden, zu werben.

Schulen können durch die Schulpflicht alle Kinder einer Jahrgangsstufe in einem Stadtteil/einer Gemeinde erreichen. Kindertageseinrichtungen suchen etwa 93 % der Kinder im Alter von drei bis unter sechs Jahren auf (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Kindertagsbetreuung regional 2011, S. 39). Allerdings liegt in sozialen Brennpunkten der Prozentsatz oft niedriger. Werden Maßnahmen für Kinder aus Familien mit Benachteiligungen geplant, sollte geprüft werden, ob sie die Einrichtung, in der die Maßnahme stattfinden soll, auch besuchen.

Kindertageseinrichtungen lassen sich im Allgemeinen für die Durchführung von Maßnahmen leichter gewinnen als Schulen. Hier ist es auch einfacher, Maßnahmen mit unterschiedlichen Inhalten und für verschiedene Altersgruppen zu verzahnen sowie sie langfristig umzusetzen. Gründe liegen in den unterschiedlichen Strukturen und Bildungsaufträgen der Einrichtungen:

- In Kindertageseinrichtungen haben Leitungsebene und Personal mehr Gestaltungsspielraum. Die Bildungspläne enthalten viele Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung. Die Teams sind kleiner und arbeiten enger zusammen.
- In Schulen können Maßnahmen häufig nur im freiwilligen Nachmittagsunterricht platziert werden, nicht im Regelunterricht. Somit ist nicht gewährleistet, dass alle Schülerinnen und Schüler erreicht werden.

- Oft können die Maßnahmen nur im Rahmen von zusätzlich finanzierten Unterrichtsstunden stattfinden oder werden durch Externe durchgeführt. Nach Auslaufen der Förderung läuft die Maßnahme meist aus. Doch auch wenn Lehrkräfte fortgebildet werden, ist häufig unklar, wie die Inhalte langfristig in die bestehenden Curricula integriert werden sollen.

Verstetigung von Maßnahmen, also Maßnahmen in ein dauerhaftes Angebot zu überführen, bringt Gesundheitsförderung voran. Deshalb sollte es Ziel sein, die Maßnahme in den Organisationsstrukturen der Einrichtung zu verankern. Von Vorteil ist es, wenn Gesundheitsförderung im Leitbild beschrieben ist (siehe Seite 62 Verstetigung).

PAPI-Qualitätsleitbild für die Adipositasprävention

Projekt „Paderborner Adipositas Prävention und Intervention (PAPI)“, Paderborn

Das PAPI-Qualitätsleitbild wurde auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen aus der Projektdurchführung entwickelt. Es ist ein Ausschnitt aus dem Qualitätsentwicklungsprozess in Schulen mit dem Fokus auf Gesundheitsförderung und Adipositasprävention in Grundschulen. Es umfasst die drei Handlungsfelder „Besser essen“, „Mehr bewegen“ und „Schule entwickeln“ und ist nach dem Baukastenprinzip aufgebaut.

Das PAPI-Qualitätsleitbild steht auf www.besseressenmehrbeugen.de zum Download bereit.

4.1 Zugangswege zu Einrichtungen



Kindertageseinrichtungen und Schulen müssen zunächst als Umsetzungsorganisationen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung gewonnen werden. Erfahrungsgemäß konzentrieren sich Akteure auf bereits engagierte Einrichtungen, um Projektressourcen effektiv zu nutzen. Doch sollen Kinder aus benachteiligten Familien erreicht werden, empfiehlt es sich, die Statistiken der lokalen Ämter anzuschauen und Stadtteile und Einrichtungen mit einem hohen Entwicklungs-

bedarf im Bereich Gesundheitsförderung zu recherchieren. Diese Kindertageseinrichtungen und Schulen haben allerdings nicht zwangsläufig eine hohe Bereitschaft, sich zu beteiligen. Sie sind oft mit grundsätzlicheren Problemen als der Gesundheitsförderung beschäftigt. Sie beteiligen sich meist nicht aus eigener Initiative an Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung, sondern müssen gezielt angesprochen und motiviert werden.

4.1.1 Persönliche Ansprache

Die persönliche Ansprache erfolgt am besten durch Projektmitarbeitende sowie durch übergeordnete Institutionen (wie Schulämter, Träger von Kindertageseinrichtungen oder Fachberatende). Es ist günstig, wenn diese Institutionen Mitglied im Projektnetzwerk (siehe Seite 53) sind. Sie sollten die Einrichtung aber nicht zur Teilnahme verpflichten. Dies kann Widerstand hervorrufen, in der Folge für die Projektmitarbeitenden einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand bedeuten und oft zu einer unbefriedigenden Maßnahmenumsetzung führen.

4.1.2 Weitere Motivationsstrategien

Neben der persönlichen Ansprache können zusätzliche Strategien und Anreizsysteme helfen, Win-win-Situationen zu schaffen und Einrichtungen für eine entsprechende Maßnahme zu motivieren. Allerdings sollten diese Strategien das Ziel der langfristigen, eigenständigen Umsetzung der Maßnahme in der Einrichtung fördern.

- **Materielle Ausstattung der Einrichtungen**, wie zum Beispiel die Ausstattung mit Bewegungsmaterialien oder Spielgeräten, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung im Rahmen der Maßnahme nutzen: Die Gefahr besteht, dass Einrichtungen nur an der materiellen Ausstattung interessiert sind und sich mit nur wenig Motivation an der Durchführung der Maßnahme beteiligen. Hier kann der Erhalt der Materialien mit einer Verpflichtung zur Teilnahme an Einführungsmaßnahmen zu den Materialien oder anderen inhaltlichen Themen verbunden werden.

- **Profilierung und Zertifizierung**, wie zum Beispiel Werbung mit der Projektteilnahme, Nutzung des Projektlogos, positive Darstellung der Einrichtung im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Projekts, Zertifizierung des Verpflegungs- oder Bewegungsangebots: Hinsichtlich einer Verstetigung der Maßnahmen ist es wichtig sicherzustellen, dass die Nutzung des Projektlogos und der Zertifizierung auch über das Projektförderende hinaus gewährleistet werden kann.
- **Kostenfreie externe Angebote**, wie zum Beispiel Veranstaltungen, Ausflüge, Ausstellungen, Fortbildungen für Erzieherinnen, Erzieher und Lehrkräfte: In Bezug auf eine Verstetigung der Maßnahmen ist es allerdings mit Ende der Projektförderung schwer, neue Sponsoren für die Maßnahmen zu finden oder sie in kostenpflichtige Angebote umzuwandeln.

Stolperstein:

Einrichtungen sehen extern angebotene Maßnahmen als willkommene Dienstleistung zur Abdeckung des eigenen Regelangebotes, beispielsweise der Sportstunden, oder zur Entlastung des Personals an.

4.2 Voraussetzungen für die Zusammenarbeit

Zu Beginn der Zusammenarbeit mit Einrichtungen ist gründlich zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Maßnahmenumsetzung stimmig sind. Das betrifft ein gemeinsames Verständnis über die Projektziele, mögliche Interessenskonflikte, organisatorische Voraussetzungen, die Motivation der Beteiligten und den Zeitpunkt der Maßnahmeneinführung. Sind die notwendigen Voraussetzungen nicht gegeben, müssen Projektmitarbeitende mit einem überproportional hohen zeitlichen Aufwand rechnen. Die Erfolgchancen auf eine nachhaltige Verankerung der Maßnahme in der Struktur der Einrichtung sind zudem gering. Es empfiehlt sich dann, auf die Durchführung der Maßnahme zu verzichten.

Förderliche Voraussetzungen

- Einrichtungsleitung sowie Personal sind gemeinsam motiviert und engagiert, Gesundheitsförderung in ihrer Einrichtung umzusetzen und langfristig zu integrieren. Wenn nur einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer Einrichtung motiviert sind, sich an der Maßnahme zu beteiligen und sie kaum Unterstützung auf der Leitungsebene und im Kollegenkreis bekommen, sind langfristige Maßnahmen kaum in die Einrichtungskonzepte und in den Arbeitsalltag zu integrieren.
- Ein gemeinsames Verständnis über die Ziele und das Konzept ist bei Projektmitarbeitenden und Einrichtungsleitung vorhanden oder wird zu Beginn der Maßnahme entwickelt. Gehen die Vorstellungen auseinander, kann die Umsetzung der Maßnahmen behindert werden.
- Die Einrichtungsleitung nutzt die Projektbeteiligung für Profilierung und Weiterentwicklung der Einrichtung.

- Projektmitarbeitende haben feste Ansprechpartner (inkl. Vertretungsregelung) in der Einrichtung. Fehlende Kontinuität oder Überlastung der Ansprechpartner in den Einrichtungen behindert in der Regel eine reibungslose Zusammenarbeit und kann zum Abbruch der Maßnahme führen. Überlastung ist ein häufiges Phänomen in hierarchisch geführten Einrichtungen, in denen die Leitungsebene dazu tendiert, viele Aufgaben selbst zu übernehmen.
- Einrichtungen sind bereit, Räume, Materialien und/oder Arbeitszeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einzubringen.
- Engagement von Eltern und Elternbeiräten für die Projektidee und Maßnahmenumsetzung ist vorhanden.
- Einrichtungen haben bereits Erfahrungen mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Projektbeteiligungen.



Das bringt voran:

Eine verbindliche Kooperationsvereinbarung mit regelmäßigen Treffen von Einrichtung und Projektleitung

Eine verbindliche Kooperationsvereinbarung fördert ein kontinuierliches Engagement der Einrichtungen. Je detaillierter und konkreter die Vereinbarungen sind, desto erfolgversprechender ist die Umsetzung der Maßnahme. Dabei ist es günstig, wenn Vereinbarungen im Rahmen von gemeinsamen (Qualitäts-) Gesprächen getroffen werden. In regelmäßigen Abständen sollten die Durchführung, Umsetzung und die Zielerreichung überprüft und die Inhalte der Vereinbarung an die Entwicklung der Maßnahme, der Einrichtung, an veränderte Bedingungen oder Ziele angepasst werden. Für diese Abstimmungen ist im Vorfeld entsprechende Zeit einzuplanen.

4.3 Konzept: bedarfsgerecht und partizipativ

4.3.1 Passgenau oder von der Stange



Das bringt voran:

Die Maßnahme an den Bedürfnissen der Einrichtung ausrichten.

Nicht jede Einrichtung braucht und will die gleiche Maßnahme. Daher sollten sich Maßnahmen stark am tatsächlich vorhandenen Bedarf orientieren. Im Modellvorhaben wurden Erfahrungen mit geringer, mittlerer und hoher Bedarfsorientierung von Maßnahmen gesammelt, also mit Maßnahmen, die unterschiedlich stark am individuellen Bedarf der Einrichtung ausgerichtet waren.

Beispiele für Stufen der Bedarfsorientierung

Geringe Bedarfsorientierung: Eine fertig konzipierte Maßnahme oder ein Set an Maßnahmen mit festgelegten Inhalten und Abläufen (zum Beispiel Unterrichtsreihe, Spiele für bewegten Unterricht) wird in allen teilnehmenden Kindertageseinrichtungen und Schulen standardmäßig umgesetzt. Dies kann durch externe Fachexperten erfolgen oder pädagogische Fachkräfte der Einrichtung werden im Vorfeld geschult und bekommen entsprechende Materialien an die Hand.

- **Vorteil:** Ein erprobtes Konzept kann mit relativ wenig Aufwand weit verbreitet werden.
- **Nachteil:** Das Konzept ist nicht optimal auf Bedarf und Voraussetzungen der einzelnen Einrichtungen zugeschnitten. Chancen für eine bessere Zielerreichung werden vertan.

Mittlere Bedarfsorientierung: Einrichtungen können aus einem Angebotskatalog gezielt auswählen. Diese Kataloge können fertige Konzepte für Maßnahmen für Kinder, Eltern, pädagogisches Personal, aber auch Beratungsangebote zur Verbesserung des Verpflegungsangebots oder von Bewegungsräumen enthalten. Die Kataloge können zum Beispiel von einer Arbeitsgruppe im Rahmen des Netzwerks (siehe Seite 53) erarbeitet werden.

- **Vorteil:** Eine gewisse Auswahl ist möglich. Es kann die Maßnahme gewählt werden, die am besten passt. Um die Bedarfsorientierung noch weiter zu verbessern, sind flexibel gestaltete Konzepte zu bevorzugen, die Anpassung an die Bedürfnisse vor Ort zulassen.
- **Nachteil:** Die Erfahrung aus den Modellprojekten zeigen, dass aus Angebotskatalogen bevorzugt externe, einmalige Maßnahmen für Kinder gebucht werden, strukturverändernde Maßnahmen dagegen eher selten. Deshalb ist es sinnvoll, die Angebote persönlich vorzustellen.

Hohe Bedarfsorientierung: Die Einrichtung erhält ein spezifisches Coaching auf Grundlage einer systematischen Bestands- und Bedarfsanalyse. Die Planung und Umsetzung der Maßnahme wird individuell konzeptioniert. Voraussetzung sind gut qualifizierte Ernährungs- und Bewegungsexperten, die Maßnahmen flexibel entwickeln oder vorhandene flexible Konzepte anpassen können.

- **Vorteil:** Passgenaue Maßnahmen können entwickelt und umgesetzt werden, die dann auch eine hohe Chance für die Verstetigung haben.
- **Nachteil:** hoher Zeitaufwand sowohl für die Einrichtungen als auch die Maßnahmenanbieter. Gut qualifizierte Ernährungs- und Bewegungsexperten sind nicht immer verfügbar.

4.3.2 Gemeinsam – am besten von Anfang an



Das bringt voran:

Die Maßnahme zusammen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung gestalten.

Je stärker Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung in die Phasen der Bedarfserhebung, der Maßnahmenplanung und -umsetzung eingebunden sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Maßnahme akzeptiert und engagiert durchgeführt wird. Auch die Chance der Verstetigung steigt. In der Praxis – so die Ergebnisse des Modellvorhabens – werden Einrichtungsmitarbeitende jedoch nicht immer beteiligt (siehe Seite 18 Partizipation).

Beispiele für verschiedene Stufen der Partizipation

Niedrige Stufe: In einer Einrichtung wird eine Maßnahme standardmäßig nach fertigen Konzepten umgesetzt. Oder: Eine Einrichtung wird vom Träger verpflichtet, an einer Maßnahme zur Gesundheitsförderung teilzunehmen.

Mittlere Stufe: Die gesundheitsfördernde Maßnahme wird von außen angestoßen. Projektkoordinierende initiieren dann zum Beispiel in den Einrichtungen Steuerungs- und Arbeitsgruppen, die je nach Ziel der Maßnahme aus pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Einrichtungsleitung, Eltern, hauswirtschaftlichem Personal, externen Bewegungs- und Ernährungsexperten, Projektleitung etc. bestehen. Diese Arbeitsgruppen führen Bedarfsanalysen durch und entwickeln für ihre Einrichtungen Maßnahmen. Dabei werden sie von externen Fachleuten unterstützt.

Hohe Stufe: Die Initiative zur Gesundheitsförderung kommt aus der Einrichtung selbst. Kindertageseinrichtungen und Schulen führen ihre eigenen Bedarfsanalysen und Maßnahmenplanungen durch. Für die Umsetzung der Maßnahmen bekommen sie Unterstützung, Fortbildungen, Beratungen von externen Fachleuten, die im Projekt bzw. Netzwerk (siehe Seite 53) mitarbeiten.



4.3.3 Bestandsermittlung: Was ist vorhanden?

Stolperstein:

Die bereits vorhandenen Maßnahmen in der Einrichtung und im Umfeld außer Acht lassen.

Wird bei der Maßnahmenplanung versäumt, eine ausreichende Bestandserhebung der bereits bestehenden Angebote und Maßnahmenanbieter durchzuführen, kann es leicht zur Konzeption von Maßnahmen mit gleichen inhaltlichen Schwerpunkten kommen. Die neuen Maßnahmen bieten dann der Zielgruppe aber nichts wirklich Neues und werden von ihr kaum angenommen. Im Modellvorhaben waren Parallelangebote vor allem in neu gegründeten Netzwerken oder bei Trägern, die neu im Bereich der Gesundheitsförderung waren, zu finden.



Das bringt voran:

Die knappe Ressource Zeit bedenken.

Geringe Personalschlüssel in Kindertageseinrichtungen oder Überlastung der Lehrkräfte sind Realitäten, die bei der Maßnahmenkonzeption und -umsetzung berücksichtigt werden müssen. Folgende Hinweise können helfen, trotz knapper Zeitressourcen in den Einrichtungen Maßnahmen erfolgreich zu etablieren:

- Der Zeitaufwand für die Einführung und Umsetzung der Maßnahme sollte im Vorfeld transparent gemacht und mit den beteiligten Personen abgestimmt werden. Hierbei ist darauf zu achten, die Zeit für alle Schritte von der Konzeption bis hin zur Verstetigung der Maßnahme inklusiv aller Zeiten, zum Beispiel für Information der Eltern, Vorbereitung, Durchführung, Austausch und Absprachen zwischen Einrichtung und Projektmitarbeitenden, einzuplanen und in Kooperationsvereinbarungen festzulegen (siehe Seite 46).
- Vor allem während der Maßnahmen-einführung ist mit höherem Zeitaufwand für die pädagogischen Fachkräfte in Einrichtungen zu rechnen. Sie können zeitlich befristet, zum Beispiel durch Freistellungen oder Vergütung der Mehrarbeit aus Projektmitteln, entlastet werden.
- Es sollten nicht zu viele Maßnahmen auf einmal eingeführt werden, selbst wenn die Projektlaufzeiten manchmal kurz sind. Auch bei verzahnten Maßnahmen ist es sinnvoll, schrittweise vorzugehen, nach dem Motto „weniger ist mehr“.
- Synergieeffekte sollten gezielt genutzt werden, zum Beispiel Fortbildungen in der Maßnahme möglichst im Rahmen der Pflichtfortbildungen anerkennen lassen, an Inhalte von Lehrplänen und Bildungsplänen anknüpfen oder Maßnahmen in bestehende Angebote integrieren, zum Beispiel im Rahmen von Sportfesten oder Verpflegungsangeboten.

4.4 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Kindertageseinrichtungen und Schulen

Wenn eine Maßnahme zunächst von externen Fachkräften angeboten wird, kann sie Mitarbeitende der Einrichtung eine Zeitlang entlasten. Doch Wissen und Kompetenzen werden damit nur schwer in der Einrichtung verankert. Deshalb sollte es Ziel sein, dass zumindest langfristig Mitarbeitende der Einrichtung die Maßnahme durchführen. Dazu ist Schulung notwendig. Doch Zeit dafür ist bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung meist ebenso knapp wie für die Durchführung der Maßnahme selbst.

4.4.1 Training „on the job“

Hierbei werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung parallel zur Durchführung der Maßnahme durch externe Fachkräfte geschult. Es ist eine gute Möglichkeit, sowohl dem Anspruch der Fortbildung, als auch den begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen der internen Fachkräfte gerecht zu werden. Sie eignet sich beispielsweise für die Schulung im Umgang mit Materialien, in Bewegungsübungen oder in der Zubereitung von Speisen. Training „on the job“ bedeutet jedoch nicht „einfach dabei sein und zuschauen“. Voraussetzung für eine gelingende Schulung sind neben erfahrenen Dozenten ein Konzept, das sowohl die Maßnahme detailliert beschreibt als auch die Schulung der internen Fachkräfte.

Erweiterung von Bewegungsräumen in Tageseinrichtungen für Kinder

Projekt „MINIFIT“, Ludwigsburg

Nachdem Bewegungsräume umgestaltet und neue Bewegungselemente eingebaut und angeschafft wurden, schulte ein Sportwissenschaftler die Erzieherinnen „on the job“. Er führte in Gegenwart der Erzieherinnen Bewegungsstunden mit den Kindern durch und schulte dabei die Erzieherinnen in der Nutzung der neu installierten Bewegungselemente und der Förderung selbstbestimmter Bewegung bei Kindern. Die Evaluation zeigte, dass die Erzieherinnen durch das Training „on the job“ profitierten, weil sie auf diesem Weg anschauliche Impulse an die Hand bekamen, wie Kinder unterschiedlicher Altersgruppen spielerisch angeleitet werden können.

Bewegung im Unterricht

Projekt „Es bewegt sich was in Malstatt“, Saarbrücken

Ziel der Maßnahme war es, durch Einführung kurzer Bewegungssequenzen im Schulunterricht, die Konzentrationsfähigkeit der Kinder zu steigern. „On the job“ sollten Lehrerinnen und Lehrern Kompetenzen zur Integration von Bewegung im Unterricht vermittelt werden. Über einen Zeitraum von acht Wochen führte ein qualifizierter Übungsleiter wöchentlich eine 10- bis 15-minütige Bewegungseinheit in der Unterrichtsstunde durch. Die Lehrerinnen und Lehrer erhielten vor Beginn der ersten Bewegungseinheit eine schriftliche Beschreibung der einzelnen Übungen (Karteikasten). So konnten sie die Umsetzung der Übungen besser verfolgen und danach selbst durchführen. Das Training „on the job“ führte zu größerem Engagement der Lehrer, wenn es den Übungsleitern parallel gelang, sowohl die Kinder in den Bewegungseinheiten anzuleiten, als auch die Lehrer in die Anleitung der Kinder zu integrieren.

4.4.2 Schulungsinhalte: individuell und alltagsnah

Bei der Festlegung der Schulungsinhalte (siehe auch Seite 9), sollten die persönlichen Voraussetzungen, Interessen und fachlichen Spezialisierungen der pädagogischen Fachkräfte berücksichtigt werden. Am besten werden im Austausch mit ihnen die Schulungsthemen partizipativ erarbeitet. Vernachlässigen Fortbildungen die Voraussetzungen und Interessen der Pädagoginnen und Pädagogen und den Transfer in ihre Arbeit, übernehmen diese die Fortbildungsinhalte kaum.

Im Modellvorhaben zeigte sich, dass das Interesse von Erzieherinnen und Erziehern für das Thema „Stärkung eines entwicklungsfördernden Erziehungsstils“ groß ist. Förderlich war es, Spielräume im Rahmen von Aufsichtspflichten und Haftungsfragen aufzuzeigen, damit eigene Ängste abgebaut und den Kindern mehr Freiräume gegeben werden können (zum Beispiel bei risikoreicheren Bewegungserfahrungen oder beim Schneiden von Lebensmitteln mit scharfen Messern).

4.4.3 Das Team einbeziehen

Um Zeitressourcen zu schonen, wird häufig nur eine Pädagogin oder ein Pädagoge in der Einrichtung fortgebildet. Diese oder dieser soll die Fortbildungsinhalte dann im Kollegenkreis weitergeben und dadurch die langfristige Integration der Maßnahme in den Einrichtungsalltag fördern. Dies funktioniert jedoch nur selten, denn ...

... der Wissenstransfer zu den Kolleginnen und Kollegen gelingt oft nicht. Inhalte einer mehrstündigen oder mehrtägigen Veranstaltung sind in kurzer Zeit, zum Beispiel in einer Teambesprechung, kaum zu vermitteln. Auch schriftliche Schulungsunterlagen können eine Fortbildung meist nicht ersetzen.

... durch Personalfluktuations kann die Stelle des betreffenden Kollegen bzw. der Kollegin ersatzlos wegfallen.

... es ist nötig, dass alle Kolleginnen und Kollegen das Konzept gemeinsam tragen.

Daher ist für eine dauerhafte Integration von verzahnten Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen die Einbeziehung und ggf. Qualifizierung des gesamten Teams eine wichtige Bedingung. Mindestens zwei Pädagoginnen bzw. Pädagogen sollten ein „Gesundheitsteam“ bilden können.

4.4.4 Schulung für Elternmaßnahmen

Pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen und Schulen können auch für Elternmaßnahmen qualifiziert werden. Bei Fragen rund um die Erziehung hat sich dies bewährt. Doch bei der Vermittlung von Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen für Eltern – so die Erfahrungen aus dem Modellvorhaben – sind Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer trotz fundierter zusätzlicher Qualifikationen in der Regel überfordert. Liegt dies an organisatorischen Faktoren oder an einer zeitlichen Überlastung, kann Freistellung von der Hauptaufgabe eine Lösung sein.

Fortbildungskurs „genussvoll unterrichten“

Projekt „gewichtig!“, Rhein-Kreis Neuss

In dieser Fortbildung wurden Erzieherinnen in mehreren Schritten für die Durchführung von Elternkochkursen in Kindertageseinrichtungen qualifiziert: Sie hospitierten am Elternkochkurs „kochen & genießen“, der von einer Oecotrophologin geleitet wurde. Sie nahmen an einem Fortbildungskurs zur Durchführung des Elternkurses teil und sie wurden bei der ersten Kursdurchführung intensiv durch die Oecotrophologin unterstützt.

4.5 Elternmaßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen

Maßnahmen für Kinder in Kindertageseinrichtungen oder Schulen sind erfolgreicher, wenn sie mit Maßnahmen für Eltern verzahnt werden. Das ist in Kindertageseinrichtungen leichter als in Schulen (siehe Seite 14). Die Maßnahmen können sowohl was Umfang als auch Inhalt anbelangt sehr unterschiedlich sein. Sie reichen von Elternbriefen bis hin zu umfangreichen Schulungen mit Vermittlung von Fertigkeiten und Beratungen für Eltern.

Beispiele aus den Modellprojekten:

- Vorstellung der Maßnahme für die Kinder und thematische Inputs bei regulären Elternabenden
- Informationen zur Maßnahme für die Kinder über Flyer und Elternbriefe
- Beteiligung von Eltern an der Planung und Durchführung von Festen und Veranstaltungen (siehe Seite 18 Partizipation)
- Beteiligung von Eltern in einrichtungsspezifischen Steuerungsgruppen für die Planung und Umsetzung der Maßnahme
- Kinder nehmen zum Beispiel selbst hergestellte Kräuterbutter, selbst angebautes Gemüse oder selbst gebaute Spielgeräte mit nach Hause und geben damit Impulse für Gespräche und zum Nachmachen
- Kinder-Eltern-Aktionen, bei denen Kinder und Eltern gemeinsam aktiv sein können, zum Beispiel beim Zubereiten von Mahlzeiten, bei Bewegungsspielen



5. Auf- und Ausbau lokaler Netzwerke



Stabile, aktive Netzwerke auf lokaler Ebene sind die Grundlage, um dauerhafte Strukturen zur Gesundheitsförderung und damit einhergehend Prävention von Übergewicht bei Kindern in einem Stadtteil, einer Kommune zu schaffen.

Voraussetzung hierfür ist, dass Kindergesundheit von Verantwortlichen in der Kommune und weiteren Akteuren wie Krankenkassen und Bildungsträgern als wichtig erachtet und für die entsprechenden Aufgaben Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Netzwerke gehen häufig aus bestehenden Arbeitsgruppen hervor, können aber auch neu von einzelnen oder mehreren Institutionen oder Akteuren initiiert werden.

Aufgaben eines Netzwerks:

- Lokale Fachexpertise bündeln
- Bedarfserhebungen durchführen
- Präventionsstrategien entwickeln
- Projekte initiieren
- Bereits vorhandene Aktivitäten vernetzen und ergänzen
- Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit betreiben
- Finanzielle Mittel akquirieren
- Integration von Gesundheitsförderung in Organisationen vorantreiben

5.1 Netzwerkpartner für Gesundheitsförderung bei Kindern



Das bringt voran:

Relevante Akteure beteiligen.

Damit die Netzwerkaufgaben dauerhaft geleistet und die Ziele erreicht werden können, bedarf es qualifizierter Netzwerkpartner. Welche Partner für den Aufbau und die Stabilisierung von gesundheitsfördernden Strukturen sinnvoll sind, hängt von den Zielen des Netzwerks, den Zielgruppen und den regionalen Gegebenheiten ab. Deshalb ist es Voraussetzung, dass Netzwerkitiatoren in einem ersten Schritt Ziele und Aufgaben klar formulieren und kommunizieren. Zu den verschiedenen Tätigkeitsbereichen, die durch die Partner besetzt werden, gehören die Netzwerkkoordination und -leitung, die strategische Arbeit und die Konzeption und ggf. die Umsetzung von Maßnahmen.

Die Bereitschaft zur Kooperation und Kommunikationsfähigkeit sind zentrale Bedingungen, damit das Netzwerk gelingt. Daher ist es wichtig, Netzwerkpartner zu gewinnen, die ...

... sich mit dem Ziel und der Themenvielfalt des Netzwerks identifizieren.

... eine hohe Motivation mitbringen.

... einen Beitrag zur Konzeption und Umsetzung der Netzwerkziele leisten und selbst von der Projektteilnahme profitieren können.

5.1.1 Partner im Überblick

In der Evaluation des Modellvorhabens zeigte sich, dass Netzwerkpartner aus den Bereichen Behörde und öffentlicher Verwaltung, Verbänden und Vereinen, wissenschaftlichen und Bildungseinrichtungen sowie Fachkräfte bzw. Vertreter des Gewerbes vertreten sein sollten, damit die unterschiedlichen Funktionen und Aufgaben im Netzwerk wahrgenommen werden können. Welche Behörden, Vereine, Fachkräfte etc. bei der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen als Partner in Frage kommen können, zeigt die Tabelle (siehe Seite 56).

Behörden und Verwaltungen

Sie können im Netzwerk die Koordination oder Leitung übernehmen, konzeptionell beteiligt sein oder finanzielle und personelle Mittel einbringen. Zudem kann zum Beispiel auf Rechtsabteilungen oder Pressestellen zurückgegriffen werden. Auch haben sie eine wichtige Funktion bei der Genehmigung von Maßnahmen: Sollen beispielsweise Maßnahmen in Schulen durchgeführt werden, muss das Schulamt zustimmen, werden kommunale Außenflächen umgestaltet, ist das Grünflächenamt beteiligt. Allerdings können die manchmal starren Strukturen in Verwaltungen Innovationen und schnelle Maßnahmenumsetzungen auch behindern. Vorteilhaft ist auch die Anbindung an relevante Gremien und Ausschüsse, wie die kommunale Gesundheitskonferenz.

Verbände, Vereinigungen und örtliche Vereine

Verbände bzw. Vereinigungen und örtliche Vereine bringen (langjährige) praktische Erfahrungen mit den Zielgruppen mit und kennen sinnvolle Wege der Zielgruppenansprache. Mit diesem Know-how leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Erreichung des Netzwerkziels. Sie verfügen darüber hinaus über entsprechende Infrastrukturen, können oft Fachkräfte, Räumlichkeiten und Materialien zur Verfügung stellen. Vereine können Maßnahmen auch selbst umsetzen. Bestehende Maßnahmen der Einrichtungen können aufgegriffen und in das Projektkonzept integriert werden. Bei Vereinen können manchmal die Strukturen ehrenamtlicher Arbeit mit den Zielen und der Arbeitsweise des Netzwerks kollidieren, zum Beispiel wenn voll Erwerbstätige für das Ehrenamt nur in den Abendstunden für die Maßnahme Zeit haben.

Freiberufliche Fachkräfte und örtliche Gewerbetreibende

Aus dieser Gruppe können Partner für die konzeptionelle Arbeit und die Umsetzung von Maßnahmen kommen. Sie verfügen über Fachkompetenzen und können ihr Know-how, Räumlichkeiten und Materialien zur Verfügung stellen. Allerdings können ökonomische Interessen unter Umständen mit der Zielerreichung kollidieren.

Wissenschaftliche Einrichtungen, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für Kinder

Wissenschaftliche Einrichtungen können fundiertes fachliches Wissen einbringen. Sie haben ein gutes Image, das Türen zum Beispiel für Mittelgeber öffnen kann. Sie verfügen über viele fachliche Kontakte und können Maßnahmen wissenschaftlich begleiten. Im Modellvorhaben zeigte sich jedoch, dass durch die akademische Sichtweise und den oft geringeren Bezug zur

Praxis bei der Maßnahmenkonzeption und -umsetzung eine zielgruppengerechte Ansprache nicht immer gelang. Personell können wissenschaftliche Einrichtungen zwar unbürokratisch auf studentische Hilfskräfte zurückgreifen, die aber im pädagogisch-didaktischen Bereich für die Umsetzung oft nicht ausreichend qualifiziert sind.

Da Kinder durch Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen flächendeckend und gezielt erreicht werden, ist es sinnvoll, Träger von Kindertageseinrichtungen, Lehrerfortbildungsinstitute, aber auch einzelne Einrichtungen als Netzwerkpartner einzubinden. Träger können im Bereich der Koordination oder Leitung des Netzwerks aktiv sein, die Einrichtungen selbst sind damit – so die Erfahrung des Modellvorhabens – häufig überfordert.

Schlüsselpersonen

Partner mit Entscheidungskompetenzen und Leitungsfunktionen in ihren Organisationen, die im Netzwerk mitarbeiten, können Schlüsselpersonen sein. Sie können zum Beispiel die Einbindung von Maßnahmen in ihre Organisationsstrukturen unterstützen. Ein Träger von Kindertageseinrichtungen nimmt beispielsweise Bewegungsförderung in das Curriculum auf und finanziert Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher. Vertreter der Kommune beschleunigen bei einem Spielplatzbau behördliche Genehmigungsverfahren oder Krankenkassen stellen finanzielle Mittel zu Verfügung.

Schlüsselpersonen sind auch öffentlich bekannte Fürsprecher. Sie zu gewinnen lohnt sich, denn sie erhöhen die öffentliche Wahrnehmung und können die Lobbyarbeit sehr gut unterstützen. Dazu gehören beispielsweise Bürgermeisterinnen und Bürgermeister oder Regierungspräsidentinnen bzw. -präsidenten. Sie können zum Beispiel die Schirmherrschaft für das gesamte Vorhaben oder für besondere Veranstaltungen übernehmen.

Netzwerkpartner	Ernährung	Bewegung	Psychosoziale Gesundheit	Zugang zu Zielgruppen	Quartier/Stadtteil
Behörden und Verwaltungen	Erährungsberatungsstellen	Sportamt	- Gesundheitsamt - Krankenkassen	Amt für Integration	- Amt für Grünflächen und Naturschutz - Stadtplanungsamt - Verkehrspolizei - Stadtteilbüros
Verbände, Vereinigungen und örtliche Vereine	- Deutsche Gesellschaft für Ernährung – Landesektionen - Verbraucherzentralen - Landfrauenverband	- Turn- und Sportvereine - Turn- und Sportbünde - Sportstätten, zum Beispiel Abenteuer-Bau-Spielplätze	- Qualitätszirkel von Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzten - Kreisärztereine - Deutscher Kinderschutzbund	- Kirchliche Kreise und Vereinigungen - Wohlfahrtsverbände - Kinder- und Jugendhäuser und -einrichtungen - Kulturvereine und -zentren - Interkulturelle Vereinigungen - Migranten-Selbstorganisationen	- Naturschutzverbände (NABU, BUND) - Allgemeiner Deutscher Fahrradclub (ADFC)
Freiberufliche Fachkräfte und örtliche Gewerbetreibende	- Erährungsberaterinnen und -berater - örtlicher Handel - örtliche Gastronomie	- Sportzentren, Fitnessstudios - freiberufliche Physiotherapeutinnen und -therapeuten	- Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzte - Hebammen - Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten		
Wissenschaftliche Einrichtungen und Bildungsträger	- Universitäten, Fachhochschulen - Volkshochschulen - Familienbildungsstätten	- Universitäten, Fachhochschulen - Volkshochschulen - Familienbildungsstätten	- Universitäten, Fachhochschulen - Volkshochschulen - Familienbildungsstätten	- Schulen - Kindertageseinrichtungen	
Schlüsselpersonen	- Menschen in der Leitungsebene von Einrichtungen, Trägern, Krankenkassen, Verwaltungsbehörden - Politikerinnen und Politiker (Mitglieder von Fraktionen in Ausschüssen in Gemeinde/Stadt, Land oder Bund, Bürgermeisterin oder Bürgermeister, Regierungspräsidentin oder -präsident, Ministerin oder Minister etc.) - Öffentlich bekannte Personen (Künstlerinnen und Künstler, Medienvertreter, auf regionaler Ebene bekannte Persönlichkeiten etc.)				

5.1.2 Qualifikation der Partner für die Konzeptentwicklung

Für die Entwicklung von Konzepten braucht es Fachexpertise, je nach Ausrichtung, im Bereich Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit. Eine berufliche Qualifikation kann durch staatlich anerkannte Abschlüsse in den jeweiligen Fachbereichen gewährleistet sein. Im Bereich Ernährung können dies Oecotrophologinnen und Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler oder Diätassistentinnen und Diätassistenten sein, im Bereich Bewegung Sportlehrerinnen und -lehrer, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, im Bereich psychosoziale Gesundheit

Psychologinnen und Psychologen oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Um neueste wissenschaftliche Erkenntnisse mit den Erfordernissen und Erfahrungen der Praxis zusammenzubringen, sind qualifizierte Praktiker unabdingbar, die über gute Kenntnisse der Lebenswelt, für die die Maßnahme konzeptioniert wird, der spezifischen Zugangswege sowie der Vermittlungsmethoden verfügen. Dazu zählen pädagogische und sozialpädagogische Fachkräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gemeinwesenarbeit, Vertreterinnen und Vertreter von Migrantenvereinigungen. Sollen verzahnte Maßnahmen entwickelt werden, sind Erfahrungen und Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit notwendig.

5.1.3 Qualifikation der Partner für die Maßnahmenumsetzung

Die Art der Qualifikation hängt vom Ziel, der Zielgruppe und Ort der Maßnahme ab sowie der Art der Mitarbeit einer Person. Für Fortbildungen von Mittlerkräften sind eher akademisch qualifizierte Dozentinnen und Dozenten geeignet, für Maßnahmen mit Kindern in Bildungseinrichtungen fachlich qualifizierte Pädagoginnen und Pädagogen, im Freizeitbereich können dies auch fortgebildete Laien, zum Beispiel Übungsleiter sein. Für die Sensibilisierung von Eltern sind qualifizierte Laien mit gutem Zugang zur

Zielgruppe geeignet (siehe Seite 40). Sollen dagegen gezielt Wissen und Fertigkeiten an Eltern vermittelt werden, sind Fachkräfte mit höheren beruflichen Abschlüssen sinnvoll. Je offener und partizipativer eine Maßnahme angelegt ist, desto höher sind die Anforderungen an die Qualifikation der Maßnahmen-durchführenden, da sie fachlich und methodisch flexibel auf Wünsche, Fragen und Anforderungen der Zielgruppe eingehen müssen. Sollen benachteiligte Gruppen und/oder Familien mit Migrationshintergrund angesprochen werden, sollten Maßnahmen-durchführende eine kultursensitive Haltung (siehe Seite 35) mitbringen.

5.2 Koordination und Leitung des Netzwerks

Für den Aufbau und die langfristige Arbeit des Netzwerks braucht es fachlich und administrativ qualifizierte Netzwerkkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren, die sich kontinuierlich um das Netzwerk kümmern. Ist der Aufgabenbereich zusätzlich mit einer Projektleitung/-koordination verknüpft, kann es von Vorteil sein, wenn die Netzwerkkoordination auf mehrere Personen verteilt wird. So können beispielsweise administrative und fachliche Aufgaben aufgeteilt werden, gegenseitige Unterstützung und Vertretung ist möglich.

Stolperstein:

Unerfahrene und fachfremde Netzwerkleitung

Koordinatorinnen oder Koordinatoren, die zum Beispiel überfordert sind, nicht termingerecht arbeiten oder geringe kommunikative Kompetenzen besitzen, können ein Präventionsnetzwerk zum Scheitern bringen. Netzwerkpartner arbeiten dann nicht mit, springen ab oder die Netzwerkarbeit als Ganzes „schläft“ ein.

Bedingungen für eine erfolgreiche Netzwerkkoordination und -leitung:

- Der Stellenumfang ist den Koordinationsaufgaben und dem Netzwerkziel angemessen.
- Die fachliche Qualifikation der Koordination und Leitungsebene ist den inhaltlichen und administrativen Aufgaben und der Moderation des Netzwerks angemessen.
- Erfahrung in Koordination und Moderation von Netzwerken ist vorhanden.

- Die Netzwerkkoordinatorin/der Netzwerkkoordinator ist in der Region etabliert. Falls dies noch nicht der Fall sein kann, ist entsprechend mehr Zeit für den Kontaktaufbau zu zentralen Stellen etc. einzuplanen.
- Die Leitung bringt hohe kommunikative Fähigkeiten und Engagement mit.

Die Leitung und Koordination von Netzwerken sollten in einer Organisation der Netzwerkpartner angesiedelt sein. Dazu sind in der Regel größere Verwaltungen oder Organisationen geeignet, die inhaltlich einen Bezug zur Gesundheitsförderung haben. Vor allem bei öffentlich geförderten Projekten ist dies empfehlenswert. Diese Organisationen verfügen in der Regel über erfahrene Verwaltungs- oder Rechtsabteilungen, so dass eine reibungslose Administration gewährleistet werden kann.

Kleine Organisationen oder Vereine, zum Beispiel Fördervereine von Schulen, sind mit der oft umfangreichen Administration der Projektmittel überfordert. Übernehmen sie diese Aufgabe, sollten sie mit zusätzlichen Mitteln für administrative Aufgaben ausgestattet und bei Bedarf im Hinblick auf eine effektive administrative Abwicklung des Projekts, zum Beispiel durch den Fördermittelgeber, beraten werden.

Organisationen mit inhaltlich geringem Bezug zur Gesundheitsförderung, wie zum Beispiel ein Bauträger oder Naturschutzverbände, oder Organisationen mit geringem Bekanntheitsgrad in der Region und wenig Kontakten zu anderen relevanten Institutionen und Organisationen, haben in der Anfangsphase viel Aufbauarbeit zu leisten. Dies birgt das Risiko, dass sie als Träger eines Projekts der Gesundheitsförderung nicht akzeptiert werden.

5.3 Struktur des Netzwerks

Netzwerke können je nach Größe, Zielsetzung und Konzept unterschiedlich strukturiert sein. In polyzentrischen Strukturen sind alle Partner gleichberechtigt beteiligt. Fokale Netzwerke sind hierarchisch organisiert. Im Modellvorhaben wurden neu gegründete Netzwerke häufig zunächst fokal strukturiert und alle Projektaktivitäten zentral koordiniert. Wuchs das Netzwerk, kam es jedoch oft zu einer zeitlichen Überlastung der Projektleitungen. Dies war dann Anlass, das Netzwerk polyzentrischer zu gestalten: Arbeitsgruppen wurden gegründet und die direkte Kommunikation unter den Netzwerkpartnern gefördert.

Das Gesamtnetzwerk umfasst alle Netzwerkpartner. Je nach Größe und Aufgabe des Netzwerks werden alle Aufgaben des Netzwerks im Gesamtnetzwerk gemeinsam oder differenziert in verschiedenen Gremien/Gruppen bearbeitet. So können zum Beispiel das Kernnetzwerk mit Steuerungsaufgaben und das erweiterte Netzwerk mit der Umsetzung von Projekten und Maßnahmen betraut sein. In größeren Netzwerken sind neben der Steuerungsgruppe verschiedene Arbeitsgruppen oder Beiräte organisiert. Für die Kommunikation und Vernetzung der Gruppen und Gremien sowie zur Förderung einer gemeinsamen Identität sind regelmäßige persönliche Treffen mit einem aufgabenbezogenen Thema wichtig.

Steuerungsgruppe

Die Steuerungsgruppe ist entweder gemeinsam für die Netzwerkkoordination verantwortlich oder sie unterstützt die Personen, die mit den Koordinations- und Leitungsaufgaben betraut sind. Dazu gehört die Erstellung von Konzepten und Entwicklung von Strategien, die Vernetzung der Mitglieder, zum Beispiel durch die Organisation regelmäßiger Treffen und Förderung des Austauschs oder die Kontaktaufnahme zu weiteren potentiellen Mitgliedern und Kooperations-

partnern. Darüber hinaus kann die Steuerungsgruppe administrative Aufgaben, wie Verwaltung der Mittel, Öffentlichkeitsarbeit und Kontaktaufnahme zu Entscheidungsträgern übernehmen. In der Regel trifft sich die Steuerungsgruppe alle ein bis drei Monate.

Arbeitsgruppen

Arbeitsgruppen werden gezielt für einzelne Aufgaben gebildet. Sie können zeitlich befristet sein oder auch kontinuierlich arbeiten. Eine Arbeitsgruppe kann sich zum Beispiel um die Entwicklung einer Maßnahme kümmern, eine andere um die Vernetzung von Maßnahmen in einem Stadtteil, wieder eine andere um die Qualitätssicherung von Maßnahmen beispielsweise in Kitas. Bei der Zusammenstellung der Arbeitsgruppe ist es wichtig zu klären, für wen das Thema von Interesse sein und wer Fachexpertise einbringen könnte.

Beirat und externe Berater

Beiräte oder externe Beratungskräfte unterstützen Netzwerke, zum Beispiel bei der Optimierung von Maßnahmen und Konzepten oder bei der qualitativen Weiterentwicklung. Die Aufgabe eines Beirats kann sich jedoch auch auf die Kontrolle der Netzwerksteuerung beziehen. Beiräte bieten sich für die Einbindung von Fachkräften mit knappen Zeitressourcen an.

Umsetzungsorganisationen

Umsetzungsorganisationen, wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Arztpraxen, können, müssen aber keine aktiven Netzwerkmitglieder sein. Übernehmen sie neben der Umsetzung von Maßnahmen zusätzlich administrative Aufgaben, die mit der Durchführung der Maßnahme einhergehen, können Umsetzungsorganisationen schnell überfordert sein.

5.4 Teilnahme an Förderprogrammen

Öffentliche Förderprogramme sind eine gute Möglichkeit, finanzielle Mittel zum Auf- und Ausbau von Netzwerken zur Gesundheitsförderung sowie zur Entwicklung, Erprobung und Einführung von Maßnahmen zu bekommen. Gerade bei relativ offenen Ausschreibungen besteht die Möglichkeit, Projekte mit Maßnahmen zu entwickeln, die auf regionale Bedürfnisse, Strukturen und Ressourcen hin angepasst sind. Dabei ist bei der Erstellung der Konzepte und der Antragstellung genau auf die Förderrichtlinien und -bedingungen zu achten. Folgende Fragen sollten geklärt sein:

- Was ist förderfähig und was nicht (zum Beispiel Personal, Sachausstattung, Investitionen, wissenschaftliche Begleitung)?
- Mit welchem Arbeitsaufwand für die Projektmittelverwaltung und die Dokumentation (zum Beispiel Berichtswesen) ist zu rechnen?
- Wie ist der zeitliche Ablauf des Projekts und der Maßnahmen? Inwieweit kann es zu Verzögerungen vor allem zu Beginn der Förderphase kommen?
- Inwieweit ist eine (externe) Evaluation vorgesehen? Wer führt eine (externe) Evaluation durch? Wie hoch sind die Kosten? Mit welchem Arbeitsaufwand ist die (externe) Evaluation für die einzelnen Maßnahmen vor Ort verbunden?

Es empfiehlt sich, zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen für Projektadministration, Berichtswesen und Evaluation einzuplanen und im Antrag zu berücksichtigen. Außerdem sollte der Zeitplan so flexibel gestaltet sein – und auch in dieser Form an potentielle Projektbeteiligte kommuniziert werden –, dass auch ungeplante Verzögerungen dem Gesamtvorhaben nicht schaden.

In der Projektförderung wird häufig komplett durchgeplanten Projekten mit inhaltlich und methodisch vorstrukturierten Maßnahmen der Vorzug gegeben. Doch nur flexible Konzepte lassen Anpassung an die individuellen Gegebenheiten vor Ort und die Wünsche der Zielgruppen zu (siehe auch Seite 18 Partizipation). Dies sollte bei der Antragstellung für ein Projekt der Gesundheitsförderung dargestellt und begründet werden.

Netzwerkaufbau berücksichtigen: Bereits bestehende, gut funktionierende Netzwerke können bei einer Projektförderung direkt in die Maßnahmenplanung und -umsetzung einsteigen und dabei auf bewährte Strukturen der Zusammenarbeit zurückgreifen. Netzwerke, die mit der Projektförderung neu gegründet werden, müssen zunächst das Netzwerk aufbauen und die typischen Phasen des Netzwerkaufbaus durchlaufen, bevor sie umfassend vernetzte Maßnahmen umsetzen können. Daher sollten bei der Projektplanung entsprechend Zeit und Mittel für Netzwerkaufbauarbeit eingeplant und auch bei dem Fördermittelgeber beantragt werden.



► Mehr zu Netzwerken:

- AWO Bundesverband e.V. (2004): Qualitätsentwicklung für soziale Netzwerkarbeit. Basiswissen über Netzwerke, Rahmenbedingungen, Qualitätskriterien einer erfolgreichen Netzwerkarbeit, Arbeitsmaterialien. www.awo.org, Stichwort Projekte und Kampagnen / Soziale Stadt / E&C-Projekt
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2010): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier: Teil 2: Probleme erkennen – Lösungen finden. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, Stichwort Arbeitshilfen
- Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (2010): Arbeiten in Netzwerken. Informationen über Aufbau, Zusammenarbeit mit Politik und Verwaltung etc. www.regionen-mit-peb.de, Stichwort Praxishilfen
- Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (2010): Regionen mit peb – Gemeinsam für einen gesunden Lebensstil von Kindern. Arbeitshilfe für Multiplikatoren in Netzwerken www.regionen-mit-peb.de, Stichwort Praxishilfen, Arbeitshilfe für Netzwerke

6. Verstetigung von Anfang an mitplanen



Gesundheitsförderung sollte von Dauer sein, doch Projekte sind per se zeitlich begrenzte Vorhaben. Sie sind häufig als Anschubhilfe gedacht, um Gesundheitsförderung in den Lebenswelten von Kindern zu initiieren. Auch die Fördergelder werden meist nur für einen bestimmten Zeitraum bereitgestellt. Am Ende der Projektförderphase ist das Projekt in der Regel bekannt, die Aktivitäten werden positiv wahrgenommen und die relevanten Akteure sind vernetzt. Gelingt es, die gesundheitsförderlichen Aktivitäten und das Netzwerk zu verstetigen, ist der Einstieg über Projekte durchaus sinnvoll. Oft brechen die Aktivitäten allerdings nach Ende der Förderung wieder ab.

Um das aufgebaute Netzwerk und eingeführte Maßnahmen weiterzuführen, weiter zu entwickeln und gesundheitsfördernde Strukturen zu etablieren, müssen dauerhaft finanziertes Personal und Sachmittel zur Verfügung stehen. Dies gelingt besser, wenn

die Verstetigung von Beginn an mitgeplant wird. Dazu wird bei der Konzeption und der Durchführung der Maßnahmen eine dauerhafte Finanzierbarkeit ebenso bedacht, wie die Weiterführung der Maßnahme.

6.1 Maßnahmen und Prozesse optimieren und verschlanken

Die Verstetigung von Anfang an mitzuplanen bedeutet nicht, dass Netzwerke und Maßnahmen eins zu eins aus der Projektphase in eine dauerhafte Struktur übergehen. Vielmehr ist es sinnvoll, nach der Durchführung der Maßnahme in der Projektphase, das Projekt mithilfe der Dokumentation und Evaluation zu bewerten und den konkreten Bedarf für die Weiterführung zu erheben, am besten zusammen mit der Zielgruppe. Auf dieser Grundlage wird die Verstetigung geplant und die bestehenden Konzepte aus der Projektförderzeit werden entsprechend angepasst: die optimierte Maßnahme kann erneut den

Prozess von Zielsetzung bis Evaluation und Bewertung durchlaufen. Neben der Optimierung ist Verschlinkung fast immer unerlässlich. Dies kann heißen, dass das Angebot an Maßnahmen aus der Projektzeit reduziert wird. Nur die erfolgversprechenden Maßnahmen werden weitergeführt. Verschlinkung kann aber auch die Prozesse betreffen, um beispielsweise Kosten zu minimieren. Die Qualität der Maßnahme darf dabei aber nicht abnehmen.

► **Mehr zu Qualitätssicherung von Projekten und Maßnahmen S. 71.**

6.2 Verstetigung braucht ein Konzept

Eine wesentliche Erkenntnis aus dem Modellvorhaben war, dass es eines eigenen Verstetigungskonzepts bedarf, wenn die Maßnahmen nicht nur qualitativ gleichbleibend und bedarfsorientiert weitergeführt, sondern auch dauerhaft finanzierbar sein sollen. Dabei gingen die Modellprojekte zur Erreichung des Ziels „dauerhaftes Angebot“ sehr unterschiedliche Wege. Ein „optimales, allgemeingültiges“ Verstetigungskonzept konnte nicht ausgemacht werden. Damit die Verstetigung gelingt, sind vielmehr die Zielorientierung ausschlaggebend sowie die Flexibilität, das Ziel anders anzusteuern, wenn sich das Konzept als nicht umsetzbar herausstellt.

Nach Optimierung und Verschlinkung übertrugen einige Modellprojekte ihr Angebot auf eine bestehende Institution und „schlichen sich langsam heraus“, andere konnten das Angebot im Rahmen von neu eingerichteten kommunal finanzierten Stellen weiterführen. Wiederum andere Modellprojekte konzentrierten sich stark auf ihre Kernkompetenzen, sicherten entsprechende Maßnahmen mit kommunalen Mitteln ab oder warben bei Sponsoren Mittel ein. Andere Verstetigungskonzepte sahen „Mischformen“ der oben genannten Verstetigungskonzepte vor.

6.3 Verstetigung von Netzwerken

Stolperstein:

Darauf vertrauen, dass das Netzwerk nach der Anfangsphase von selbst weiterläuft.

Neben dem Konzept sind „Kümmerer“ für die erfolgreiche Verstetigung von Netzwerken Voraussetzung. Sie sind dauerhaft mit der Aufgabe der Koordination und Steuerung des Netzwerks betraut. Dazu kann zum Beispiel der Aufgabenbereich von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Organisationen entsprechend verändert werden oder zusätzliche Stellen werden für diese Aufgabe eingerichtet. „Kümmerer-Stellen“ sollten in geeigneten Organisationen angebunden sein, zum Beispiel die Netzwerkkoordination am Gesundheitsamt. Auch auf der Ebene der Maßnahmenkoordination oder der Qualitätssicherung können beispielsweise „Kümmerer-Stellen“ geschaffen werden, beispielsweise eine Lehrerin bzw. ein Lehrer mit Koordinationsaufgaben für Gesundheitsförderung an einer Schule. Neben einer unbefristeten Finanzierung müssen die Stellen mit entsprechend qualifiziertem Personal besetzt sein.

Netzwerke brauchen auch in der Verstetigungsphase einen „Kümmerer“, um effektiv zu arbeiten:

- Sie sorgen für die Kommunikation nach innen und außen, für die Koordination von Aufgaben und für die Aufnahme neuer Mitglieder. Auch bei stark polyzentrischen Netzwerken (siehe Seite 59), bei denen Netzwerkmitglieder untereinander eine sehr gute Zusammenarbeit pflegen, braucht es deshalb Verantwortliche für das Netzwerkmanagement.
- Neue Erkenntnisse, Ideen, Fördermöglichkeiten müssen aufgegriffen und ins Netzwerk kommuniziert werden.
- Verzahnte Maßnahmen in einer Region müssen kontinuierlich koordiniert und gepflegt werden.



Kennzeichen für stabile, aktive Netzwerke

- Ein dauerhafter „Kümmerer“ koordiniert und steuert das Netzwerk zielgerichtet. Er hat kommunikative und soziale Kompetenzen und wird von den Netzwerkmitgliedern geschätzt und akzeptiert.
- Das Netzwerk tritt gemeinsam mit klaren Botschaften und Aufgaben auf, die Netzwerkmitglieder identifizieren sich mit dem Netzwerk und können dessen konkreten Nutzen benennen.
- Die Koordination des Netzwerks ist in einer etablierten Institution verankert, die aus Sicht der Zielgruppe positiv mit dem Thema Gesundheit verbunden wird.
- Das Netzwerk bezieht die Stadt, die Gemeinde oder den Kreis sowie weitere Schlüsselpersonen und auch die Zielgruppe der Gesundheitsförderung mit ein.
- Das Netzwerk ist prinzipiell offen für neue Mitglieder, prüft jedoch deren Eignung.
- Das Netzwerk gewinnt neue strategische Partner hinzu und nutzt Synergien zu anderen Vorhaben.

Netzwerk „KIKS UP-familie.net“

in Bad Nauheim

KIKS UP-familie.net ist eine Initiative von KIKS UP, um die Ideen aus den projektweise geförderten KIKS UP-Maßnahmen zu verstetigen und weiterzuentwickeln. Ein funktionierendes, breit aufgestelltes Netzwerk zur Förderung der Lebenskompetenz war das Ziel des Modellprojekts. Hierzu erweiterte sich das Netzwerk um lokale Anbieter wie Vereine, Verbände, Institutionen sowie öffentliche und private Bildungsträger aus Bad Nauheim.

Unter Beteiligung der Netzwerkpartnerinnen und -partner wurden Qualitätsstandards für die Angebote und verbindliche Richtlinien im Umgang mit Kindern und Jugendlichen festgelegt (Bildungsvereinbarung). Das Netzwerk war und ist zwar offen angelegt, jedoch entscheidet ein Gremium aus Netzwerkpartnern über die Neuaufnahme. Neue Partner verpflichten sich ebenfalls den Qualitätsstandards und der Bildungsvereinbarung. Auf der Plattform www.kiksup-familie.net sind die aufeinander abgestimmten Angebote für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu finden. Daneben verfügt das Netzwerk über ein Koordinationsbüro und eine dauerhafte 30-Stunden-Personalstelle.

Die verschiedenen Anbieter identifizieren sich mit dem Netzwerk und profitieren von dem regelmäßigen Austausch und von der gemeinsamen Plattform, in die sie ihre Angebote mit dem jeweiligen individuellen Logo einpflegen.

*Die Internetadresse des Netzwerks lautet:
www.kiksup-familie.net*

6.4 Verstetigung von Maßnahmen

Bei der Verstetigung von Maßnahmen geht es einerseits darum, erzielte Verhaltens- und Verhältnisänderungen zu stabilisieren und zu erweitern, andererseits sollen weitere Personen und Zielgruppen erreicht werden.

Beispiele für verstetigte Maßnahmen

- Ein umgestalteter Spielplatz wird weiter gepflegt und für die Instandhaltung stehen Gelder zur Verfügung.
- Eingeführte Bewegungsstunden in Kitas werden durch qualifizierte Personen (Erzieherinnen/Erzieher mit Schwerpunkt Bewegung, Sportlehrerinnen/-lehrer) regelmäßig durchgeführt und sind im Kitaprogramm verankert.
- Eine Anlauf- und Koordinierungsstelle für fortgebildete Laienmultiplikatorinnen und -multiplikatoren in der Elternarbeit ist dauerhaft eingerichtet und bietet Fortbildungen und Qualitätszirkel an. Neue Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden qualifiziert.

Stolperstein:

Darauf vertrauen, dass eine erfolgreiche Maßnahme immer so weiterläuft.

Auch bei erfolgreichen Maßnahmen muss die Qualität regelmäßig gesichert werden. Neue Erkenntnisse und veränderte Gegebenheiten verlangen immer wieder Anpassung. Akteure, die die Maßnahme durchführen, können ausscheiden. Dann müssen neue Akteure qualifiziert und eingearbeitet werden.

Stolperstein:

Davon ausgehen, dass sich erfolgreiche Maßnahmen nach einer Anschubfinanzierung selbst tragen.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Kinder aus benachteiligten Familien können sich selten aus den Eigenbeiträgen der Familien selbst (zum Beispiel Kursgebühren) tragen. Sie brauchen immer eine Subventionierung bzw. Vollfinanzierung aus finanziellen Mitteln der öffentlichen Hand, der Krankenkassen oder von Stiftungen. Nach einer Anschubfinanzierung müssen andere Finanzierungsquellen zur Fortführung der Maßnahmen erschlossen werden.

Stolperstein:

Darauf vertrauen, dass pädagogisches Personal sich gleichbleibend stark für Gesundheitsförderung einsetzt.

Die Durchführung von vernetzten gesundheitsförderlichen Maßnahmen bindet in Kindertageseinrichtungen und Schulen viele Ressourcen, egal ob mit externem Personal oder mit (weitergebildetem) internem Personal gearbeitet wird. Sehen sie den Nutzen der Maßnahme im Verhältnis zum Aufwand als gering an und betrachten sie die Gesundheitsförderung nicht als Kernaufgabe, sondern als Zusatzbelastung, kann es zu „Projektmüdigkeit“ kommen. Selbst nach erfolgreichem Projektabschluss kann dann der Wunsch nach einer Projektpause in den pädagogischen Institutionen laut werden.

Kennzeichen für erfolgreich verstetigte Maßnahmen

- Gesundheitsförderung ist in den Entwicklungsprozess und das Leitbild von Kindertageseinrichtungen und Schulen sowie sonstiger Bildungs- und Betreuungseinrichtungen aufgenommen. Ein einrichtungsspezifisches Coaching kann diesen Prozess initiieren und begleiten.
- Es existieren schriftliche Qualitätsanforderungen an gesundheitsförderliche Maßnahmen und ihre Einhaltung wird regelmäßig kontrolliert.
- Bei der Durchführung durch externes Personal wird konsequent sichergestellt, dass die lokalen Rahmenbedingungen im Vorfeld erfragt wurden (Räumlichkeiten, Ernährung und Bewegung im Konzept der pädagogischen Einrichtung, Vorkenntnisse der Pädagogen, etc.) und dass die pädagogischen Fachkräfte bei der Planung und Umsetzung der Maßnahme beteiligt werden.
- Maßnahmen sind in Programme bestehender Institutionen fest aufgenommen, zum Beispiel Familienbildungsstätten, Lehrerfortbildungsinstitute, Sportvereine.
- Für die dauerhafte Umsetzung der Maßnahmen sind Haushaltstitel im Finanzplan von Kommunen, Krankenkassen, pädagogischen Einrichtungen etc. eingestellt oder es gibt dauerhafte Mittelgeber aus anderen Bereichen (Sponsoring).



6.5 Strategien zur Verstetigung



Das bringt voran:

Verstetigung rechtzeitig bedenken.

Erfahrungen aus dem Modellvorhaben zeigen, dass es Akteuren schwer fällt, bereits am Anfang eines Projekts die Verstetigung mitzuplanen. Damit dies gelingt, können eine oder mehrere der folgenden Strategien eingesetzt werden:

Frühes Grobkonzept der Verstetigung erstellen und Budget entsprechend erfassen: Nicht nur die Ressourcen in Bezug auf Personal, Zeit und finanzielle Mittel für die Einführung und Etablierung eines Netzwerks bzw. einer Maßnahme sollten früh geplant werden, sondern auch jene Ressourcen, die für die Fortführung voraussichtlich nötig sein werden. Diese erste Planung wird dann aktualisiert.

Von Beginn an Stadt, Gemeinde oder Kreis einbeziehen und intensive Lobbyarbeit betreiben: Schlüsselpersonen oder -institutionen sollten sensibilisiert und eingebunden werden. Dazu kann das Vorhaben politisch-strategischen Zielgruppen, wie Gremien, Ausschüssen, Institutionen, beispielsweise auf bildungspolitischer Ebene, vorgestellt werden (siehe dazu auch Schlüsselpersonen Seite 56.) Es kann sinnvoll sein, einen Fachbeirat einzurichten und mit Personen zu besetzen, die für die Gesundheitsförderung strategisch besonders bedeutend sind.

Konsequent die Zielgruppen einbeziehen und konkreten Nutzen der gesundheitsförderlichen Aktivitäten benennen.

Parallel mehrere Strategien verfolgen (wenn personell möglich): Das betrifft beispielsweise die Mittelbeschaffung, die Suche nach geeigneten Trägern für die Weiterführung. Erweist sich eine Strategie als erfolglos, geht keine Zeit verloren, wenn parallel weitere Strategien verfolgt werden.

Konzept verschriftlichen: Das macht die Vorgehensweise für alle Akteure, aber auch zukünftige Förderer und Unterstützer transparent. Gut verständlich formulierte Konzepte sind ein „Marketinginstrument“. Gleichzeitig können sie als Qualitätssicherungsinstrument dienen, die auf Grundlage von weiterer Praxiserfahrung und neuester Erkenntnisse weiter entwickelt werden.

Konzepte und Strategien flexibel anpassen: Aktuelle Entwicklungen können kurzfristig Türen für die Einwerbung von finanziellen Mitteln öffnen oder verschließen. Grundlagen, auf denen die Durchführung der Maßnahmen geplant wurde, können sich verändern. Wachsam aktuelle Entwicklungen zu verfolgen und bei der Anpassung der Konzepte und Strategien flexibel und kreativ zu sein, erhöht die Chance auf Verstetigung der Maßnahmen.

► Mehr zu Verstetigung

- Bertelsmann Stiftung Gütersloh & Bundesverband Deutscher Stiftungen Berlin (ohne Jahr): „Nachmachen erwünscht – Methoden erfolgreichen Projekttransfers“. Ausführliche Darstellung der Methoden des Projekttransfers und Schritte zu dessen erfolgreicher Umsetzung.
www.stiftungen.org, Stichwort Projekte / Projekttransfer / Veröffentlichungen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Ergebnisse der Präventionsforschung nutzen. Vorstellung von 16 Forschungsprojekten zu Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen.
www.bzga.de, Stichwort Infomaterialien / Fachpublikationen
- Gesundheitsakademie e.V. (2012): Nachhaltige Gesundheitsförderung.
www.mabuse-verlag.de

► Mehr zu Öffentlichkeitsarbeit

- Deutscher Journalistenverband:
www.djv.de. Viele Tipps und Infos für freie und angestellte Journalisten, Weiterbildung und Ausbildungsleitfaden im Bereich Journalismus und Öffentlichkeitsarbeit
- Deutscher Presseverband:
www.dpv.org, Stichwort Leistungen / Infopool. Institutionen für Aus- und Weiterbildung, Infos über Berufsverband, Schriftenreihen, Fachliteratur
- peb – plattform ernährung und bewegung e.V. (2010): Das Netzwerk in der Öffentlichkeit. www.regionen-mit-peb.de, Stichwort Praxishilfen. Detaillierte Methoden der erfolgreichen Öffentlichkeitsarbeit, zum Teil mit Praxisbeispielen und Möglichkeiten der Vertiefung

7. Weiterführende Informationen

7.1 Projektplanung und -umsetzung

Für weiterführende Informationen zur Planung und Umsetzung von kommunaler und quartierbezogener Gesundheitsförderung und Prävention mit Schwerpunkt Ernährung, Bewegung, Übergewichtsprävention bei Kindern können bereits veröffentlichte Leitfäden und Handbücher herangezogen werden.

Leitfaden/Handbuch

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2010): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 3: Ein Projekt entwickeln. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, Stichwort Arbeitshilfen

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2010): Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg. Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung. www.gesundheitsamt-bw.de, Stichwort Fachservice, Fachpublikationen

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (2011): von gefühlt zu gemessen. Einführung in Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. www.in-form.de, IN FORM für Profis / Presse / Medien

quint-essenz. Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. www.quint-essenz.ch

quint-essenz in Deutschland. Gesundheitsförderung mit System. www.quint-essenz-info.de

7.2 Qualitätssicherung von Projekten und Maßnahmen

Eine Qualitätssicherung ist unabdingbar, wenn ermittelt werden soll, welche Maßnahmen sich bewähren und ihre Ziele erreichen und welche nicht. Auf der Grundlage von Qualitätssicherungsprozessen können Maßnahmen optimiert und ungeeignete Maßnahmen eliminiert werden. Für die Qualitätssicherung stehen verschiedene Qualitätssicherungsverfahren, die speziell für die Gesundheitsförderung entwickelt

wurden, zur Verfügung. Ihnen gemeinsam ist, dass es sich um einen systematischen Prozess der Überprüfung der Schritte einer guten Projektplanung und -umsetzung, meist anhand von Checklisten und Fragebögen handelt. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über gängige Qualitätssicherungssysteme zur Gesundheitsförderung und Prävention.

Qualitätssicherungssystem	Verweis
IN FORM – Wege zur Qualität	www.in-form.de/qualitaet
QIP – Qualität in der Prävention	www.uke.de/extern/qip
quint-essenz. Gesundheitsförderung Schweiz	www.quint-essenz.ch
Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen (BZgA)	www.bzga.de/Infomaterialien Gesundheitsförderung Konkret, Band 13, 2010
Partizipative Qualitätsentwicklung (Gesundheit Berlin e.V., Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 2008)	www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de
Good-Practice-Kriterien	www.gesundheitliche-chancengleichheit.de , Stichwort Good Practice

7.3 Evaluation

Eine weitere Möglichkeit der Qualitätssicherung ist eine Evaluation, die intern oder extern durchgeführt werden kann und fester Bestandteil jeder Erprobungsphase von Maßnahmen sein sollte. Dabei kann eine Prozessevaluation und/oder Ergebnisevaluation durchgeführt werden. Die Prozessevaluation findet prozessbegleitend während der Umsetzung statt und hat das Ziel, herauszufin-

den, ob die Umsetzung funktioniert hat, und um aus Schwächen zu lernen. Dagegen findet eine Ergebnisevaluation am Ende der Maßnahmenumsetzung statt und untersucht, ob die intendierten Ziele und die gewünschte Zielgruppe erreicht wurden. Weiterführende Informationen zur Evaluation finden sich in nachfolgender Tabelle.

Informationen zu ...	Zu finden bei ...
... Standards der Evaluation, Methoden, Selbstevaluation, Informationen für Auftraggeber für Evaluation sowie zahlreiche Links	Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (DeGEval) www.degeval.de
... Evaluation, Voraussetzungen für deren Gelingen und geeignete Instrumente für Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention	www.evaluationstools.de Projekt im Rahmen von IN FORM – Deutschland Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP Bremen) im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
... Evaluation in der Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2010): www.lgl.bayern.de , Stichwort Publikationen / Materialien zur Gesundheitsförderung Band 3
... Kriterien, Instrumente, weitere Literaturhinweise	www.quint-essenz.ch/de

7.4 Materialien für Kindertageseinrichtungen und Schulen

- DGE (BMELV): Fit Kid. Informationen und Hilfe bei der Optimierung des Verpflegungsangebotes in Tageseinrichtungen für Kinder. www.fit-kid.de
- DGE (BMELV): Schule + Essen = Note 1. Implementierungshilfen, Rezepte, Wochenspeisepläne, Broschüre zur Qualitätssicherung, Infos zu gesunder Ernährung, Verpflegungssystemen, Zertifizierung, Hygienegesetzen, viele Medien zum Thema. www.schuleplusessen.de
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart (2010): „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg – Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“. www.gesundheitsamt-bw.de, Stichwort Fachservice / Publikationen
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (2011): „Gesunde KITA für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte“. www.gesundheit-nds.de, Stichwort Veröffentlichungen
- Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (2007): „Gesunde Kitas – starke Kinder“. Gesundheitsförderung für Kinder (Ernährung, Bewegung, Entspannung, Stärken entdecken), www.ernaehrung-und-bewegung.de, Stichwort Presse / Infomaterial
- Rhein-Kreis Neuss, Kreisgesundheitsamt, Grevenbroich (2009): „Gewichtig. Bestens vorbereitet. Ernährung E3. Ernährung Basic“. Detaillierte Angaben zu Lebensmitteln und Inhaltsstoffen; aufgebaut als Nachschlagewerk; Hintergrundinformationen, konkrete Anweisungen; Spiele zu Ernährung. www.rhein-kreis-neuss.de, Stichwort Publikationen
- Schlegel-Matthies, K. (Universität Paderborn): www.evb-online.de. Ernährung und Verbraucherbildung im Internet (EVB); Portal entstand im Rahmen des Modellprojekts REVIS
- Universität Paderborn (2008): PAPI-Qualitätsleitbild für die Adipositasprävention in der Grundschule. www.papi-paderborn.de, Stichwort 6- bis 10-Jährige / In der Schule
- Vernetzungsstellen Schulverpflegung: Anlaufstellen bei Fragen zur Schulverpflegung. In jedem Bundesland eigene Ansprechpartner. www.vernetzungsstellen-schulverpflegung.de sowie www.in-form.de

7.5 Informationen zu Ernährung, Bewegung, psychosozialer Gesundheit sowie Übergewicht (Adipositas)

Informationen und Materialien zu Ernährung, Bewegung, psychosozialer Gesundheit und zu Gewicht bzw. Gewichtsentwicklung bieten folgende Organisationen:

- aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz e.V.: Informationen zur gesunden Ernährung, Bestellung und Download von Medien zu verschiedenen Ernährungsthemen, Lehrmaterial (zum Beispiel Ernährungsführerschein) www.aid.de
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Internetportal „KinderÜbergewicht – Qualitätssicherung von Übergewichtsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche.“ www.bzga-kinderuebergewicht.de
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA): Portal mit Informationen zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. www.bzga-ebs.de
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – Gesundheitsförderung konkret Band 13. www.bzga.de, Stichwort Infomaterialien
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Informationen zu Ernährung allgemein, Empfehlungen zur Ernährung und zu Nährstoffen. www.dge.de
- Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE): Informationen zur Säuglings- und Kinderernährung mit Rezepten. Bücher und Broschüren zu diesen Themen bestellbar, Beikost-Datenbank, Telefonberatung. www.fke-do.de
- Gesund ins Leben – Netzwerk junge Familie: Informationen zu ausgewogener Ernährung von Schwangeren, Säuglingen und Stillenden. www.gesundinsleben.de/fuer-fachkraefte
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2010): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Teil 4: Präventiv handeln: Ernährung – Bewegung – Stressbewältigung. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, Stichwort Arbeitshilfen
- IN FORM. Initiative der Bundesregierung für gesunde Ernährung und mehr Bewegung: Zahlreiche Informationen zu Ernährung und Bewegung und einer Vielzahl von Projekten, die in Ländern, Kommunen, Verbänden und Initiativen umgesetzt werden. Für jede Altersgruppe gibt es Angebote. www.in-form.de
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (2009): „NaturSpielRäume – Mit Kindern gesunde Lebenswelten gestalten. Ein Leitfaden zum Projektmanagement“. Informationen zur Schaffung von Bewegungsmöglichkeiten im kommunalen Umfeld. www.naschgarten.com
- Plattform Ernährung und Bewegung e. V.: Bewegungs(t)räume, Macht Platz! Mehr Bewegungsräume für Kinder im kommunalen Umfeld. www.ernaehrung-und-bewegung.de, Stichwort Presse / Infomaterial
- Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (2010): Informationen zu Ernährung und Bewegung. www.regionen-mit-peb.de
- Universität Paderborn (2009): „... unbeschwert aufwachsen im Kreis Paderborn! Leitfaden Paderborner Adipositas Prävention und Intervention“. www.papi-paderborn.de, Stichwort Über PAPI

7.6 Die 24 Modellprojekte des Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen.“

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die 24 Modellregionen. Weitere Informationen wie Projektbeschreibungen, Abschlussberichte und Materialien zu ausgewählten Maßnahmen sowie Kontaktadressen finden sich auf der Homepage des Modellvorhabens www.besseressen-mehrbewegen.de.

Die 24 Modellprojekte des Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“

- | | |
|----|---|
| 1 | AGIL in Aachen – Aktiver, gesünder is(s)t leichter, Aachen |
| 2 | Aktionsplan Holsteinische Schweiz: Ganztags leicht(er) leben, Eutin |
| 3 | Anlauf- & Koordinationsstelle für gesundheitsbewusstes Leben (AnGeL), Nordhausen |
| 4 | Besser essen, mehr bewegen in Groß Klein, Rostock |
| 5 | Bille in Bewegung – fit, pfiffig und kooperativ, Hamburg |
| 6 | Bremen:kinder.leicht.gesund, Bremen |
| 7 | Dortmunder Kinder. Besser essen. Mehr bewegen, Dortmund |
| 8 | Es bewegt sich was in Malstatt, Saarbrücken |
| 9 | Fit im Leben – mit Spaß und Karla dabei!, Verbandsgemeinde Hillesheim |
| 10 | Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund., Ludwigsburg |
| 11 | Gesund aufwachsen in ... Münster, Münster |
| 12 | Gesund essen – täglich bewegen, Hannover |
| 13 | Gesund sind wir stark! Sağlıklı daha güçlüyüz!, Berlin |
| 14 | gewichtig!, Rhein-Kreis Neuss |
| 15 | GoHo bewegt sich, Nürnberg |
| 16 | Kids Vital im Kreis Herford, Kreis Herford |
| 17 | KIKS UP, Bad Nauheim |
| 18 | KINDERLEICHT-Quartier, Gelsenkirchen |
| 19 | Kinderregion Ostfriesland, Aurich |
| 20 | Lokale Initiative Barleben „Besser essen. Mehr bewegen.“, Barleben |
| 21 | mittendrin, Marburg |
| 22 | optiSTART – ein optimaler Bewegungs- und Ernährungsstart für die Schulkarriere, Leipzig |
| 23 | Paderborner Adipositas Prävention und Intervention (PAPI), Paderborn |
| 24 | Templin – die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt, Templin |

8. Glossar

Bedarfsorientierung

Zur Erreichung einer möglichst großen Wirkung der Maßnahmen bei den Zielgruppen werden die Maßnahmen passgenau auf die aktuellen Bedarfe und Erfordernisse der Zielgruppen zugeschnitten und die Konzepte den Gegebenheiten vor Ort angepasst. Dies setzt eine eingehende Bedarfsanalyse voraus.

Lebenswelt

Als Lebenswelt (Setting) wird die sozial-räumliche Struktur definiert, innerhalb der die Zielgruppe, auf die eine Maßnahme ausgerichtet ist, sich zum Zeitpunkt ihrer Durchführung bewegt bzw. in der die Maßnahme umgesetzt wird.

Maßnahmen

Als Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden geplante und möglichst konzeptorientierte bzw. inhaltlich-thematisch aufeinander abgestimmte Aktivitäten definiert, die das Ziel haben, die Gesundheit zu fördern.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Mittlerkräfte)

Personen, die auf Grund ihrer Positionen in sozialen Netzwerken oder ihrer beruflichen Tätigkeit Inhalte der Gesundheitsförderung verbreiten können („Multiplizierung“). Laienmultiplikatoren sind meist fachfremd, und werden durch Fortbildungsmaßnahmen für ihre Tätigkeit in der Gesundheitsförderung geschult. Sie werden meist in ihrem sozialen Umfeld tätig. Professionelle Multiplikatoren betreiben Gesundheitsförderung im Rahmen ihres Berufes. Häufig werden sie für diese zusätzliche Aufgabe gezielt geschult.

Multiplikatorenansatz

Meist zweistufige Maßnahme, bei der im ersten Schritt Multiplikatorinnen und Multiplikatoren qualifiziert werden. In einem zweiten Schritt setzen diese Maßnahmen für die Zielgruppe der Kinder und Eltern um, zum Beispiel Ernährungsbildung, Bewegungsförderung und Stressbewältigung.

Netzwerk

Ein Netzwerk besteht aus mehreren Akteuren rund um die Lebenswelt der Kinder, die aktiv miteinander kooperieren. Alle Bereiche, die einen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern ausüben (neben Akteuren des Gesundheitssystems also auch beispielsweise die politische Ebene, Schulen, Verbände und Vereine etc.) sollen vernetzt zusammenarbeiten und somit eine Kontinuität im gesundheitsförderlichen Verhalten des Einzelnen sowie in der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten gewährleisten.

Partizipation

Partizipation bedeutet Mitbestimmung bis hin zur Entscheidungsmacht der Zielgruppen an der Problemeinschätzung, Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen und Qualitätssicherung. Davon werden Vorstufen der Partizipation abgegrenzt, die Information, Anhörung und Einbeziehung der Zielgruppen umfassen.

Projekte

Projekte sind komplexe räumlich, zeitlich und finanziell begrenzte Vorhaben, die auf bestimmte Ziele ausgerichtet sind und bestimmte Resultate hervorbringen sollen. In Projekten werden verschiedenste Maßnahmen umgesetzt. Im Kontext dieser Handreichung stehen Projekte im Fokus, die Impulse für eine langfristige Verankerung von Gesundheitsförderung und damit einhergehend Übergewichtsprävention in den verschiedenen Lebenswelten von Kindern geben.

Psychosoziales

Psychosoziale Module in Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind beispielsweise Maßnahmen, die Einfluss haben auf das Selbstbewusstsein, die Selbstbehauptung, die Selbststeuerung, die Selbststärkung, den Selbstwert, die Selbstwirksamkeit etc. Die Vorbeugung von psychischen Belastungen sowie Aktivitäten zur Stressbewältigung und das Erlernen von Entspannungstechniken gehören ebenfalls dem psychosozialen Bereich an.

Verhaltensprävention

Verhaltensprävention umfasst Strategien zur Beeinflussung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Kinder, ihrer Eltern und weiteren Bezugspersonen wie Erzieherinnen/ Erzieher und Lehrerinnen/Lehrer.

Verhältnisprävention

Verhältnisprävention steht für Strategien, die auf die Herstellung gesunder Lebensverhältnisse der Kinder abzielen bzw. auf die Reduzierung oder Beseitigung von übergewichtsfördernden Risiken in den Lebens- und Umweltverhältnissen. Verhältnisänderung umfasst beispielsweise räumliche Veränderungen, Veränderungen von Verpflegung und auf kommunaler Ebene eine strukturelle Verankerung von Präventionsmaßnahmen.

Verstetigung

Die Sicherung der dauerhaften Fortführung von Maßnahmen nach Ende der Projektlaufzeit, indem sie in Institutionen und lokalen Strukturen verankert werden.

Zielgruppe

Zielgruppen sind diejenigen Personen oder Gruppen, auf die eine Maßnahme ausgerichtet ist.

Zugangswege

Art und Weise, wie potentielle Zielgruppen auf die Maßnahmen aufmerksam gemacht und wie sie zu einer Teilnahme motiviert werden.

Impressum

Herausgeber

Max Rubner-Institut (MRI)

Bundesforschungsinstitut für Ernährung und
Lebensmittel

Text

Dr. Pirjo Susanne Schack, Martina Ehnle-Lossos,
Dr. Anke Hanssen-Dosse, Corinna Willhöft

Redaktion

Monika Cremer, Idstein

Bildnachweis

Titel: © iStockphoto: ideabug/Shawn Gearhart

Obst: © unpict – Fotolia.com

Seite 5: © BMELV/Bildschön

Seite 6: © jörn buchheim – Fotolia.com

Seite 11: © ipstock – Fotolia.com

Seite 16: © iStockphoto: mammamaart

Seite 17: © Lucky Dragon – Fotolia.com

Seite 21: © Kzenon – Fotolia.com

Seite 24: © Igor Yaruta – Fotolia.com

Seite 30: © iStockphoto: Fernig

Seite 44: © iStockphoto: amriphoto

Seite 48: © shootingankauf – Fotolia.com

Seite 52: © mbt_studio – Fotolia.com

Seite 53: © ehrenberg-bilder – Fotolia.com

Seite 61: © Christian Schwier – Fotolia.com

Seite 62: © iStockphoto: ktaylorg

Seite 64: © st-fotograf – Fotolia.com

Seite 66: © Pavel Losevsky – Fotolia.com

Gestaltung

Berres-Stenzel, Freie Graphik-Designer, Freiburg

Druck

LM DRUCK + MEDIEN GmbH

Obere Hommeswiese 16

57258 Freudenberg

© Max Rubner-Institut (MRI) – Bundesforschungsinstitut
für Ernährung und Lebensmittel, Karlsruhe

Gefördert durch:



Bundesministerium für
Ernährung, Landwirtschaft
und Verbraucherschutz

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Max Rubner-Institut (MRI)

Bundesforschungsinstitut für Ernährung
und Lebensmittel

Institut für Ernährungsverhalten

Haid-und-Neu-Straße 9

76131 Karlsruhe

www.mri.bund.de