

Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder - Wirkungsorientierte Qualitätssicherung und Verbesserung der Zugangschancen vulnerabler Zielgruppen

Forschungsverbund Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder

	Forschungspartner	Thema
	KATALYSE Institut, Köln, Bereich Ernährungs- und Gesundheitsforschung	Koordination Ernährung
 	Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft, Abt. Bewegungs- und Gesundheitsförderung, Deutsche Sporthochschule Köln Institut für Sportwissenschaft, European Studies in Physical Education and Youth Sport Westfälische Wilhelms-Universität Münster	Bewegung
	Centre for Health an Society - Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich Heine Universität Düsseldorf	Schuleingangs- Untersuchung
	Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrations- forschung ZfTI, Universität Duisburg-Essen	Seelische Gesundheit
	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Köln	Wissenstransfer

A Beschreibung des Verbunds (CombaNet)

Allgemeine Informationen zum Verbund

TITEL	Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder - wirkungsorientierte Qualitätssicherung und Verbesserung der Zugangschancen vulnerabler Zielgruppen
AKRONYM	CombaNet
KOORDINATOR	Regine Rehaag KATALYSE Institut, Volksgartenstr. 34, D - 50677 Köln Tel. 0221-944048-41, Fax 0221-944048-9, rehaag@katalyse.de
BETEILIGTE GRUPPEN UND INSTITUTIONEN	Gabriele Tils, KATALYSE Institut, Köln; Prof. Dr. Dr. Christine Graf, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft, Abt. Bewegungs- und Gesundheitsförderung, Deutsche Sporthochschule Köln; Prof. Dr. Roland Naul, Institut für Sportwissenschaft, Westfälische Wilhelms-Universität Münster; Dr. Simone Weyers, Centre for Health & Society, Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf; Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan, Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI), Universität Duisburg-Essen; Dr. G. Nöcker, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)
THEMA	Die Verbundpartner analysieren aus interdisziplinärer Perspektive das Zusammenwirken gesundheitsfördernder Angebote kommunaler Präventionsnetzwerke und die damit verbundenen Effekte (Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit) auf die Gesundheit von vulnerablen Kindern. Die Vernetzung kommunaler Akteure und der Wissenstransfer über ein Internetportal sind ebenfalls Gegenstand der Analyse.
ZIEL(E)	Zentrale Forschungsfrage des Forschungsverbundes ist: – Leistet das Konzept der kommunalen Präventionsnetzwerke einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Kindergesundheit und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit? Wie können Praxisakteure diesen Beitrag zukünftig routinemäßig überprüfen? Die Erfassung und Analyse der Angebote zur Gesundheitsförderung in den Modellkommunen zielt auf die Klärung folgender Fragestellungen – Versorgungslage (Welche präventiven Angebote gibt es?) – Angebotsstruktur (Wie sind die Angebote horizontal, d.h. zwischen den Settings einer Lebensphase und vertikal, d.h. Lebensphasen übergreifend vernetzt) – Akzeptanz (Erreichen die Angebote die Zielgruppen?) – Qualitative Wirkungsanalysen bei Zielgruppen und kommunalen Akteuren – Quantitative Ergebnis-Analyse (Gibt es messbare Effekte auf die Gesundheit der Kinder?) Erwartete Ergebnisse – Leitfaden zur Unterstützung bei Planung und Umsetzung von Präventionsnetzwerken und zur Gestaltung der Angebote – Wissenstransfer und Förderung der Vernetzung der kommunalen Akteure über die Modellregionen hinaus (via Internetplattform) – Erkenntnisse zum Qualifizierungsbedarf und Entwicklung von Qualifizierungsangeboten im Bereich vernetzter kommunaler Gesundheitsförderung (wissenschaftlicher Nachwuchs Public Health)

KEY WORDS	Präventionsnetzwerke, kommunale Gesundheitsförderung, gesundheitliche Ungleichheit, Kinder, multizentrische Studie, Kinder
PROJEKTDAUER	36 Monate
ZUSAMMENFASSUNG	Thema des Forschungsverbundes ist die Analyse der kommunalen Gesundheitsförderung durch vernetzte, lebenslaufforientierte Angebote und ihrer Effekte auf die Gesundheit von Kindern mit besonderem Fokus auf vulnerable Zielgruppen. Der Forschungsverbund trägt dem ganzheitlichen Ansatz der Präventionsnetzwerke durch ein inter- und transdisziplinäres Untersuchungsdesign Rechnung. Es erfolgt eine Abstimmung der methodischen Vorgehensweise sowie eine gemeinsame Auswertung und Integration der Forschungsergebnisse. Ziel ist die Entwicklung von Empfehlungen für eine zielgruppengerechte Gestaltung der vernetzten kommunalen Gesundheitsförderung, unter besonderer Berücksichtigung relevanter Schnittstellen und Übergänge (wie z.B. Kindergarten / Grundschule). Produkte sind ein Praxisleitfaden, eine internetbasierte Kommunikationsplattform zur Unterstützung der Kommunen bei der effizienten und zielgruppenorientierten Planung und Umsetzung ihrer Präventionsnetzwerke sowie Aus- und Fortbildungsmodule. Damit leistet das Forschungsprojekt einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung der vernetzten lebenslaufbezogenen kommunalen Gesundheitsförderung.

1. Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs

1.1 Gesamtziel des Vorhabens

In der kommunalen Gesundheitsförderung gewinnt der im deutschen Sprachraum als ‚Präventionskette‘¹ bezeichnete Ansatz zunehmend an Bedeutung. Nordrhein-Westfalen fördert als erstes Bundesland diesen Ansatz und erprobt die Vernetzung von präventiven Angeboten seit einigen Jahren auf kommunaler Ebene. Dies erfolgt in Form von Modellprojekten der Landesregierung NRW sowie des Landschaftsverband Rheinland (LVR)², Landesjugendamt Rheinland, die seit drei bzw. fünf Jahren den Ausbau kommunaler Präventionsnetzwerke unterstützen. Ziel ist es „allen Kindern und Jugendlichen mehr Chancengleichheit und bessere Entwicklungsperspektiven zu bieten“ (MFKJKS, 2013:6) und „ein gelingendes Aufwachsen im Sinne chancengleicher Bildung und Teilhabe für alle Kinder“ (LVR 2012:8) zu ermöglichen.

¹ ‚Präventionskette‘ bezeichnet die systematische Vernetzung der kommunalen Angebote für Kinder und Jugendliche (und ihre Eltern) zwischen null und 18 Jahren, in folgenden alters-/entwicklungsbezogenen Handlungsfeldern

- unter drei Jahre = **Frühe Förderung**/ Frühe Hilfen,
- drei bis sechs Jahre = **KiTa-Bereich**,
- sechs bis 10 Jahre = **Grundschule**,
- 10 bis 16 Jahre = **Sekundarstufe I**,
- über 16 Jahre = Übergang zum Berufseinstieg.

Sie steht für eine frühzeitig beginnende und kontinuierliche Förderung aller jungen Menschen als Ausdruck öffentlicher Verantwortung in Ergänzung zur elterlichen (vgl. LVR 2012:13). Der Forschungsverbund spricht in diesem Antrag vorzugsweise von Präventionsnetzwerken, da dieser Begriff das komplexe Beziehungsgefüge vernetzter lebenslaufforientierter Prävention besser abbildet.

² Einrichtung der kommunalen Selbstverwaltung in Nordrhein-Westfalen.

chen. Die beiden Pilotprojekte sind: **Kein Kind zurück lassen – KeKiz**, im Jahr 2012 mit 18 Kommunen gestartet, in Planung ist eine Fortsetzung bis 2020 und perspektivisch eine landesweite Ausdehnung; **Kommunale Netzwerke zur Prävention von Kinderarmut**, Koordinationsstelle Kinderarmut, LVR Rheinland. Der Landesjugendhilfeausschuss hat im Jahr 2009 einen Beschluss zur Armutsprävention gefasst, verbunden mit der Gründung einer Koordinationsstelle Kinderarmut, die seit 2010 Jugendämter bei der Bildung von kommunalen Netzwerken zur Prävention von Kinderarmut unterstützt.

Nordrhein-Westfalen ist auf dem Hintergrund der in diesem Zusammenhang gewonnenen Praxiserfahrungen als Untersuchungsregion besonders geeignet.

1.1.1 Forschungsbedarf im Bereich vernetzter, lebenslauforientierter Gesundheitsförderung

Sozial bedingte Ungleichheit in der Kinder- und Jugendgesundheit ist umfassend dokumentiert. Einen deutlichen Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und gesundheitlichen Defiziten zeigt der vom Robert-Koch-Institut durchgeführte, inzwischen als KiGGS Basisstudie bezeichnete deutsche Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (BZgA & RKI 2008, Schenk et al. 2008, Bundesgesundheitsblatt 2007). Ein lebenslauforientierter Zugang trägt der Tatsache Rechnung, dass gesundheitliche Ungleichheit durch soziale und biologische Faktoren hervorgerufen wird, die zu unterschiedlichen Phasen des Lebenslaufs wirksam werden (Power & Kuh 2006).

Umfangreiche Literaturstudien zeigen, dass aktuell weder national noch international systematisch zur Wirksamkeit von lebenslauforientierten Angeboten geforscht wird (Kilian 2012). Auch fehlt es an Angeboten zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher deren Wirksamkeit ausreichend belegt ist. Angesichts der Tatsache, dass beide der oben genannten Modellprojekte in Kürze in die Transferphase gehen, ist eine Begleitforschung der umfänglichen bestehenden Aktivitäten dringlich geboten.

1.1.2 Forschungsschwerpunkte des Verbundes

Thema des Forschungsverbundes ist die kommunale Gesundheitsförderung durch vernetzte, lebenslauforientierte und herkunftssensible Gestaltung von Angeboten für Kinder und Jugendliche in den Bereichen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit. Weitere Gegenstände sind die Erreichbarkeit von vulnerablen Zielgruppen, respektive die Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit in verschiedenen Gesundheitsbereichen. Der Status quo der Gesundheitsförderung durch Präventionsnetzwerke wird in acht Modellkommunen erhoben und unter der Fragestellung analysiert, wie sich ihre Konsistenz und Wirksamkeit stärken und ihre Wirksamkeit überprüfen lassen. Ein weiterer Aspekt der in dem Verbundvorhaben adressiert wird, ist die Vernetzung kommunaler Akteure und der Wissenstransfer über ein Internetportal (Diffusionsforschung).

Der Forschungsverbund schafft die grundlegenden Voraussetzungen für den geplanten landesweiten Transfer des Konzepts der kommunalen Präventionsnetzwerke (s. S. 3) im Rahmen einer *Public Health Strategie* für Nordrhein-Westfalen indem er

- den Status quo der Gesundheitsförderung durch vernetzte, lebenslauforientierte Interventionen (mit einem besonderen Schwerpunkt auf die Übergänge in Präventionsnetzwerken) in acht beteiligten Modellkommunen analysiert und
- die Aktivitäten unter der Fragestellung untersucht, wie sich ihre Konsistenz und Wirksamkeit stärken sowie ihre Wirksamkeit überprüfen lassen.

Sofern es gelingt, die Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen zu verbessern und sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu verringern, leistet der Forschungsverbund zudem einen essentiellen Beitrag zu einer grundlegenden gesundheits- und forschungspolitischen Herausforderung.

1.2 Bezug des Vorhabens zu den förderpolitischen Zielen (z.B. Förderprogramm)

Gegenstand des Vorhabens ist die wirkungsorientierte Qualitätssicherung kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche unter besonderer Berücksichtigung

- der Lebensstilbereiche Ernährung und Bewegung
- Förderung von Resilienz und Selbstwirksamkeit bei Kindern mit Zuwanderungsgeschichte
- Verbesserung der Zugangschancen vulnerabler Zielgruppen

(vgl. BMBF 2013: 2, Themenschwerpunkte)

Die Förderung der Kindergesundheit ist eine prioritäre Aufgabe von Primärprävention und Gesundheitsförderung. Mit dem Fokus auf wirkungsorientierte Qualitätssicherung vernetzter, lebenslauforientierter Angebote trägt das Vorhaben zur wissenschaftlichen Fundierung von Primärprävention und Gesundheitsförderung bei.

Der Forschungsverbund sichert durch ein konsequent inter- und transdisziplinäres Vorgehen und eine anwendungsnahe Ausrichtung wissenschaftliche sowie methodische Exzellenz.

Beteiligt sind Forschungsakteure aus den Bereichen Ernährungs- und Gesundheitsforschung, Sportwissenschaft, Bewegungs- und Gesundheitsförderung, medizinische Soziologie, Resilienzforschung, Migrationsforschung und Diffusionsforschung sowie Akteure an der Schnittstelle zur Ernährungs- und Gesundheitskommunikation, die einen Transfer zu dem Bereich Public Health gewährleisten.

Praxispartner aus Landespolitik (Staatskanzlei, diverse Ministerien) sowie eine Einrichtung der kommunalen Selbstverwaltung Nordrhein-Westfalen und Sozial- und Gesundheitsdezernenten aus ausgewählten Nordrhein-Westfälischen Kommunen wurden bereits in der Pla-

nungs- und Antragsphase umfangreich involviert. Gemeinsam mit Praxispartnern wurden lebensweltliche Fragestellungen identifiziert, die aus Sicht der Praxis von Interesse sind. Sechs Praxispartner haben zudem ihre Bereitschaft zur aktiven Teilnahme erklärt: das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW als Vertreter der sechs an KeKiz beteiligten Nordrhein-Westfälischen Ministerien, drei Kommunen (Düsseldorf, Gelsenkirchen, Oberhausen), der Landschaftsverband Rheinland LVR, Koordinationsstelle Kinderarmut, Landesjugendamt Rheinland, Köln und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

1.3 Wissenschaftliche und/oder technische Arbeitsziele des Vorhabens

Die zentrale Frage des Forschungsverbundes ist

- Leistet das Konzept der kommunalen Präventionsnetzwerke einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Kindergesundheit und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit und wie kann dieser Beitrag gemessen werden? Wie können Praxisakteure diesen Beitrag zukünftig regelmäßig überprüfen?

Die Erfassung und Analyse der Angebote zur Gesundheitsförderung in acht Modellkommunen zielt auf die Klärung folgender Fragestellungen

- Versorgungslage (Welche präventiven Angebote gibt es?)
- Angebotsstruktur (Wie sind die Angebote horizontal, d.h. zwischen den Settings einer Lebensphase und vertikal, d.h. Lebensphasen übergreifend vernetzt)
- Akzeptanz (Erreichen die Angebote die Zielgruppen?)
- Qualitative Wirkungsanalysen bei Zielgruppen und kommunalen Akteuren
- Quantitative Ergebnis-Analyse (Gibt es messbare Effekte auf die Gesundheit der Kinder?)

Aufgabe des Forschungsverbundes ist es darüber hinaus, ein methodisches Vorgehen festzulegen, das geeignet ist, sozial benachteiligte Zielgruppen zu erreichen und ihre Sichtweisen zu mobilisieren (Wright 2010). Dazu ist eine disziplin- und vorhabenübergreifende Entwicklung von Erhebungsmethoden und -Instrumenten erforderlich.

Dem ganzheitlichen Ansatz der Präventionsnetzwerke wird durch ein komplexes inter- und transdisziplinäres Untersuchungsdesign Rechnung getragen (vgl. Abbildung 1, S. 12). Der Forschungsverbund verständigt sich gemeinsam auf die methodische Vorgehensweise, wertet die Forschungsergebnisse aus, integriert sie und bereitet Praxisprodukte für Kommunen in Form eines gemeinsamen Leitfadens und einer Internetplattform sowie Aus- und Fortbildungsmodulen für den Public Health Sektor vor. Die Zusammenführung und Integration der Ergebnisse aus den verschiedenen Untersuchungsbereichen bilden die Grundlage für die Formulierung weiterführender Forschungsfragen.

Der Forschungsverbund leistet einen relevanten Beitrag zur wirkungsorientierten Qualitätssicherung soziallagen- und lebenslaufbezogener kommunaler Angebote der Gesundheitsförderung. Mit den auf Basis der Forschungsergebnisse entwickelten Praxisprodukten (Leitfaden, Internetportal) trägt das Verbundvorhaben zur Bildung einer Infrastruktur bei, welche die Kommunen bei einer effizienten und zielgruppenorientierten Planung und Umsetzung ihrer Präventionsnetzwerke und Gestaltung der Angebote unterstützt. Das Internetportal bietet eine Plattform für die landesweite Vernetzung von kommunalen Akteuren. Die entwickelten Aus- und Fortbildungsangebote ermöglichen eine breitenwirksame Qualifizierung von Fachkräften im Bereich Public Health.

2. Stand der Wissenschaft und Technik

2.1 Stand der Wissenschaft und Technik³

Zum gesundheitlichen Status von Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegen repräsentative Daten aus dem inzwischen als KiGGS Basisstudie bezeichneten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey vor. Auffällige Ergebnisse sind, dass rund 87 Prozent der Mädchen und 83 Prozent der Jungen die von der WHO empfohlenen täglichen 60 Minuten Bewegung nicht erreichen, sich bei rund 31 Prozent der Kinder und Jugendlichen Verhaltensauffälligkeiten finden und 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen übergewichtig oder adipös waren (BZgA & RKI 2008). Bewegungsmangel führt in Verbindung mit Fehlernährung zu Übergewicht, aber auch zu einer Abnahme der körperlichen bzw. motorischen Leistungsfähigkeit und beeinträchtigt die Entwicklungschancen der Kinder. Zusammengefasst zeigt sich allgemein ein Trend zu einem ungünstigen Lebensstil, der sich besonders in Familien mit Migrationshintergrund bzw. einem geringen sozialen Status manifestiert.

Durch nationale und internationale Studien ist belegt, dass kurzfristige Interventionen keine Wirkung zeigen und dass der Einbezug der Eltern von essenzieller Bedeutung ist für die Wirksamkeit von Angeboten der Gesundheitsförderung. Förderprogramme, die mehrere Programmkomponenten (wie Bewegung, Ernährung oder Medienkonsum) enthalten und zudem über verschiedene Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen vernetzt angeboten werden, zeigen größere Wirkung als Maßnahmen, die sich bspw. nur auf das Bewegungs- oder das Ernährungsverhalten konzentrieren (Edginton et al. 2013, Wang et al. 2013, Naul et al. 2012, Acker et al. 2011, Kriemler et al. 2011, Mathews et al. 2010). Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass für die Wirksamkeit von Interventions- und Präventionsprojekten die kulturelle Angemessenheit bzw. interkulturelle Dimension der jeweiligen Programme (O'Connell et al. 2009) von Bedeutung ist. Zudem ist hinreichend belegt, dass die allgemeine Lebenssi-

³ einschließlich alternative Lösungen, der Ergebnisverwertung entgegenstehende Rechte, Informationsrecherchen

tuation, wie auch die Stressoren, die auf Kinder und Familien mit Zuwanderungsgeschichte einwirken, sich sowohl in ihren Modi, ihrem Ausmaß und in ihrer Intensität von der einheimischen Bevölkerung unterscheiden (Keller & Baume, 2005).

Die kommunale Gesundheitsförderung verfolgt inzwischen vielfach den Ansatz, ihre Angebote lebenslauforientiert auszurichten und über Präventionsnetzwerke ineinandergreifen zu lassen. Programme, die die gesamte Lebensspanne von Kindern und Jugendlichen umfassen, insbesondere mit Schnittstellen und Übergängen zwischen Institutionen wie Kindergarten und Grundschule, sind jedoch selten. Abgesehen von den internationalen Projekten *Gesunde Kinder in gesunden Kommunen* (<http://www.gkgk-online.de>, Naul et al. 2012) und *Identifikation und Prävention von ernährungs- und lebensstilbedingten Gesundheitsfaktoren bei Kindern und Kleinkindern* (<http://www.idefics.eu>; Haerens et al. 2009), gibt es keine nationalen Daten über gesundheitliche Vorteile kommunaler Zugänge, die verlässliche Einschätzungen erlauben. Diese Lücke will der Forschungsverbund mit ersten Analysen schließen.

2.1.1 Genderspezifische Aspekte

Der Schwerpunkt des Verbundvorhabens liegt auf sozio-ökonomischen und kulturellen Determinanten von Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Kindheit. Aus der Forschung zum Gesundheitsverhalten ist jedoch bekannt, dass sich Wirkungen zwischen Männern und Frauen (Babitsch 2006) und Mädchen und Jungen (Richter & Mielck 2006, S.250 ff.) erheblich unterscheiden.

Damit Prävention und Gesundheitsförderung Wirkung zeigen, ist es von grundlegender Bedeutung eine Genderperspektive einzunehmen. So sind Jungen in der frühen Kindheit im Durchschnitt überproportional von Störungen und Verzögerungen im Bereich der motorischen und der Sprachentwicklung und von psychischen Störungen (Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung ADHS) betroffen (Neubauer, Winter 2013). Mädchen und junge Frauen haben dagegen ein deutlich erhöhtes Risiko an Magersucht oder Bulimie zu erkranken (Hölling 2007). Spezifische Bedarfslagen bei Jungen und Mädchen müssen auf Basis geschlechtervergleichender Gesundheitsberichte identifiziert und darauf aufbauend entsprechende Interventionen entwickelt oder adaptiert werden (Kolip 2008). Genderspezifische Unterschiede werden dementsprechend Parameter der vorgesehenen Analysen sein (Expertenworkshops, Gruppendiskussionen, Kinder- und Elternbefragung, Schuleingangsuntersuchung). Dies sichert ein zielgruppenspezifisches und damit entsprechend effizienteres Design der kommunalen Angebote.

2.2 Bisherige Arbeiten der Antragsteller

Die ausführlichen Referenzen der einzelnen Verbundpartner finden sich in den Beschreibungen der Teilvorhaben. In der jüngeren Vergangenheit haben die Verbundpartner in vielfälti-

gen Projekten zusammen gearbeitet. Im Folgenden werden Kooperationserfahrungen aufgelistet, auf die der Verbund aufbauen kann.

2.2.1 Kooperation Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan - KATALYSE Institut

2009–20012 ‚Partizipative Entwicklung von Adipositaspräventionskonzepten für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche‘, BMBF

Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan war als Experte für die herkunftssensible Gestaltung der Empirie beteiligt und hat die Gruppendiskussionen mit türkischstämmigen Jungen (11-13 und 14–16 Jahre) und Vätern durchgeführt.

Daraus resultierende gemeinsame Publikation

- Rehaag R, Uslucan, H-HI & Aydin-Canpolat G (2012): ***Kulinarische Praxen als Medium der Identitätsdarstellung deutscher und türkischer Jugendlicher***. GENDER Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Schwerpunktheft ‚Ernährung und Geschlecht‘, 2/2012: 28-47, eingereicht 29.11.2011, erschienen 9.7.2012

2.2.2 Kooperation Dr. Simone Weyers – Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V. (VZ)

Evaluation des Aktionsprogramms „Joschi hat's drauf. Nicht vergessen. Gutes Essen“ der Verbraucherzentralen zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens sozial benachteiligter Kindergartenkinder, Dezember 2011

2.2.3 Kooperation Dr. Simone Weyers - BzgA

2003–2004 'Tackling Health Inequalities and Social Exclusion; a European perspective'
- eine Analyse zum Beitrag der nationalen Gesundheitsförderung bei der Umsetzung der EU-Strategie gegen Armut und Ausgrenzung, gefördert durch die Europäische Kommission

2004–2010 'Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe'
'Determine' zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten,
beide gefördert durch die Europäische Kommission

Daraus resultierende gemeinsame Publikationen:

- Weyers S, Lehmann F, Meyer-Nürnberg M, Reemann H, Altgeld T, Hommes M, Luig-Arlt H & Mielck A (2007). ***Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland***. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, 484-491.
- Lehmann F & Weyers S (2007). Programme und Projekte zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland und Europa. Prävention und Gesundheitsförderung, 2, 98-104.

Seit 2004 Mitgliedschaft von Frau Weyers im beratenden Arbeitskreis im BZgA Kooperationsverbund 'Gesundheitliche Chancengleichheit'

2.2.4 Kooperation KATALYSE Institut - BZgA

Das KATALYSE Institut hat die Erarbeitung des „Memorandum zur Präventionsforschung – Themenfelder und Methoden“ im Rahmen des Meta-Projekts „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung KNP“ unterstützt. Mit Blick auf die Frage ‚Wie können wir Wissenschaft stärker auf Praxis basieren?‘ wurde empfohlen, Präventionsforschung zukünftig an einem transdisziplinären Forschungsansatz auszurichten und die Wissenschafts-Praxis-Kooperation durch eine stärkere Durchdringung von wissenschaftlichem Wissen und Praxiswissen zu verbessern (Integration der Wissenstypen). In diesem Kontext entstand folgende wissenschaftliche Publikation

- U Walter, G Nöcker, M Plaumann, S Linden, E Pott, U Koch, S Pawils unter Mitarbeit von T Altgeld, M L Dierks, A Frahsa, I Jahn, C Krauth, M Pomp, R Rehaag, B P Robra, W Süß, J Töppich, A Trojan, H von Unger, M Wildner, M Wright (2012):
Memorandum zur Präventionsforschung – Themenfelder und Methoden (Langfassung) Memorandum Prevention Research – Research Areas and Methods. Gesundheitswesen 2012; 74: e99–e113

2.2.5 Kooperation BzGA – Deutsche Sporthochschule

Seit Jahren bestehen gute Kooperationen zwischen der BZGA und der Deutschen Sporthochschule Köln. Seit 2013 ist Frau Prof. Pott Mitglied im Hochschulrat. Auf Projektebene arbeitet Frau Prof. Graf mit der BZGA in der Erstellung der "Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen" zusammen. In diesem Kontext entstanden mehrere Kongressbeiträge sowie folgende wissenschaftliche Publikation

- Goldapp C, Cremer M, Graf C, Grünewald-Funk D, Mann R, Ungerer-Röhrich U, Willhöft C. Quality criteria for health promotion and primary prevention measures in association with obesity in children and adolescents. A BZgA-coordinated expert consensus. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2011 Mar;54(3):295-303

Eine weitere Zusammenarbeit bestand im Rahmen der Evaluation des Programms "Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung"⁴. Träger und Förderer

2007–2014 Gesetzliche Krankenversicherungen

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW

⁴ Dieses Projekt ist Teil der Landesinitiative „Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter“ im Rahmen des Präventionskonzeptes NRW und des „Handlungsprogramms 2015 Sport und Gesundheit“ LSB & Sportministerium NRW und eingebunden in das Programm 2020 „NRW bewegt seine Kinder“ der Sportjugend NRW.

Ministerium für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- u. Verbraucher-
schutz NRW Sportjugend im Landessportbund NRW

2009–2014 Sportministerium NRW

bis 2009 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

3. Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans – Vorhaben bezogene Ressourcenplanung

Die ausführliche Beschreibung der Arbeitspläne und der vorhabenbezogenen Ressourcenplanung findet sich bei den fünf Teilvorhaben. Im Folgenden wird eine Übersicht über die Teilvorhabenübergreifende Arbeitsplanung aus Sicht der Koordination gegeben.

Im Vorhaben *Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder (CombaNet)* werden zwei spezifische Zielgruppen adressiert:

- Kinder (und ihr familiäres Umfeld) als Nutznießer der vernetzten kommunalen Gesundheitsförderung - mit Schwerpunkt auf vulnerable Gruppen (sozial benachteiligte Familien und Familien mit Zuwanderungsgeschichte) sowie
- Akteure der kommunalen Gesundheitsförderung.

Beide Teilzielgruppen werden über die in dem Ablaufplan dargestellten empirischen Erhebungen in acht Modellkommunen in Nordrhein Westfalen mit unterschiedlichen Fragestellungen exploriert. In den Teilvorhaben 1-4 werden Wirksamkeitsvoraussetzungen und Wirksamkeit von Präventionsnetzwerken, also der vernetzten, frühzeitig beginnenden, lebenslauforientierten und kontinuierlichen Gesundheitsförderung auf den Gesundheitsstatus von Kindern überprüft. In Teilvorhaben 5 werden Wirksamkeitsvoraussetzungen und Wirksamkeit eines Internet basierten Zugangs auf die Verbesserung der Kommunikation sowie die Vernetzung und Mobilisierung in der Zielgruppe kommunaler Akteure überprüft.

3.1 Meilensteinplanung

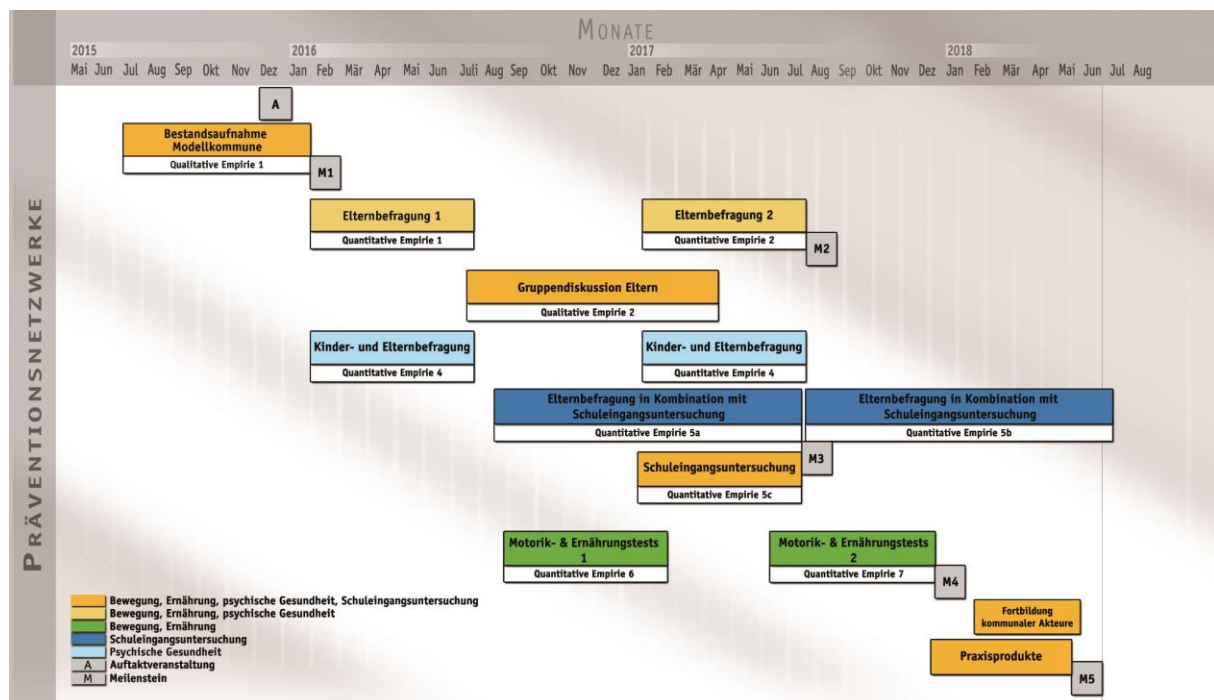


Abbildung 1 Gemeinsame Arbeitspakete und Meilensteine im Verbundvorhaben CombaNet

Meilenstein 1 Interdisziplinäre Status Quo Analyse Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Meilenstein 2 Interdisziplinäre Analyse Zielgruppe Eltern

Meilenstein 3 Ergebnisse Schuleingangsuntersuchung

Meilenstein 4 Ergebnisse Motorik- und Ernährungstests

Meilenstein 5 Praxisprodukte (Praxisleitfaden, Internetportal) werden auf einer abschließenden Konferenz kommunalen Stakeholdern vorgestellt

4. Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung

Das Verbundvorhaben wird Aus- und Fortbildungsangebote für Fachkräfte im Bereich Public Health konzipieren. Die Verbundpartner werden während des Projektes zu ihren Kompetenzfeldern Qualifizierungsangebote entwickeln und ggf. auch Fortbildungen für die beteiligten Praxisexperten durchführen.

Die BZgA als bundesweit aktive Fachinstitution für Gesundheitsförderung ist in hervorragender Weise dazu geeignet, die Ergebnisse des Forschungsverbunds auf wissenschaftlicher, praktischer und struktureller Ebene zu disseminieren und über das Verbundvorhaben hinaus Nachhaltigkeit zu garantieren. Mit den von ihr betriebenen Webseiten im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen und dem Kommunalen Partnerprozess über die Plattform Inforonline.de hat die BZgA einen unmittelbaren Zugang zur Kommunikation im kommunalen

Raum, so dass die Akteure in Politik und Praxis gleichermaßen über die Ergebnisse des Forschungsverbundes informiert werden können.

Der Transfer in akademische Zielgruppen wird durch Vermittlung der Forschungsergebnisse über Publikationen und Summer Schools gewährleistet. Zudem bestehen exzellente Voraussetzungen für die Nachwuchsförderung. In den Teilvorhaben Bewegung, Psychische Gesundheit und Gesundheit zu Schuleingang werden gezielt Nachwuchswissenschaftler (Kandidaten für Masterarbeiten und Dissertationen) gesucht. Der ausgewählte wissenschaftliche Nachwuchs wird darin unterstützt, an inter- und transdisziplinärer Forschung und internationaler Forschungserfahrung teilzuhaben. Die Nachwuchswissenschaftler nehmen auch an den geplanten Workshops zur Methodenentwicklung und Datenanalyse und weiteren Querschnittsveranstaltungen teil, die organisiert werden, um den wissenschaftlichen Austausch im Projekt zu fördern. Außerdem werden über die Kontakte der Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats junge Wissenschaftler ermutigt, an internationalen Kongressen und Meetings teilzunehmen.

Die Universität Düsseldorf kann junge Wissenschaftler in verschiedenen Phasen unterstützen:

- Im Rahmen des Hauptstudiums können alle Medizinstudenten erreicht werden.
- Das ‚Centre for Health and Society‘ begleitet Doktoranden, die ihren Abschluss im Kontext der Gesundheitswissenschaften machen.
- Das Postgraduiertenprogramm Public Health bildet Ärzte und andere Berufsgruppen zu Experten in der Identifikation von Gesundheitsrisiken und zur Entwicklung und Evaluation von Gesundheitsprogrammen für bestimmte Bevölkerungsgruppen aus.

Es bestehen vielfältige Möglichkeiten, das Thema vernetzte kommunale Gesundheitsförderung in den Lehrplänen zu verankern. Die Kooperation mit Partnern des Forschungsverbundes, wie die Deutsche Sporthochschule Köln führt zu Synergien in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die Deutsche Sporthochschule kann neben zwei Masterarbeiten auch zwei Bachelorarbeiten einbinden.

Auch das Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI) wird im Rahmen dieses Projektes akademische Qualifikationen gewährleisten; zur Betreuung des wissenschaftlichen Nachwuchses steht neben Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan im ZfTI Herr Dr. Halm, außerplanmäßiger Professor (politische Soziologie) an der Westfälische Wilhelms-Universität Münster zur Verfügung.

Eine Beteiligung mit eigenen Sessions an den Jahrestagungen von ‚Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention - DGSMP‘, ‚Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes - BÖGD‘ sowie ‚Armut und Gesundheit – Der Public Health-Kongress in Deutschland, Berlin‘ ist vorgesehen.

Auf einer abschließenden Konferenz wird der Verbund die Ergebnisse und Praxisprodukte (Praxisleitfaden, Internetportal) Stakeholdern aus Praxis und Wissenschaft vorstellen. Organisiert in Kooperation mit den Praxispartnern Koordinationsstelle Kinderarmut des Landschaftsverband Rheinland und Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter - MGEPA des Bundeslandes NRW, wird die Konferenz als eine Plattform für Diskussion und Feed back in einem größeren Kreis von Zielgruppenvertretern fungieren. Dies wird ein erster Schritt zu einem zukünftigen Austausch und Transferprozess in einer sich anschließenden Projektphase sein.

In dieser ersten systematischen Studie zu Präventionsnetzwerken liefert der Verbund die methodologische und konzeptionelle Basis, um in einer sich anschließenden Projektphase

- Konsistenz und Wirksamkeit vernetzter kommunaler Gesundheitsförderung in darauf folgenden Lebensphasen zu untersuchen und die relevanten Schnittstellen und Übergänge in Blick zu nehmen,
- systematische Langzeitstudien durchzuführen,
- einen Ansatz zu entwickeln, um Resilienz und Selbstwirksamkeit bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu fördern,
- den Transfer zu stärken und weitere Stakeholder aus der Praxis bei der Implementierung der Ergebnisse außerhalb von Pilotkommunen zu unterstützen,
- gesundheitsökonomische Aspekte in den Blick zu nehmen.

5. Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten

5.1 Verbundstruktur und Arbeitsteilung

	Teilvorhaben	Projektleiter Institution	Kooperationspartner
	Koordination des Verbunds	Regine Rehaag, KATALYSE Institut, Köln	
1	Vernetzte ernährungsbezogene kommunale Gesundheitsförderung für Kinder – Beiträge zur Optimierung und strukturellen Verankerung (NutComPro)	Gabriele Tils KATALYSE Institut, Köln	Verbraucherzentrale NRW, Düsseldorf
2	Körperliche Aktivität, Motorische Leistungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, Resilienz und Lebensstil bei Kindern (SKILLS)	Prof. Dr. Dr. Christine Graf, Deutsche Sporthochschule Köln Prof. Dr. Roland Naul Institut für Sportwissenschaft, Westfälische Wilhelms-Universität Münster	
3	Gesundheit bei Schuleingang – die Bedeutung kommunaler Präventionsketten für vulnerable Kinder. (CoLiPre)	Dr. Simone Weyers, Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich Heine Universität Düsseldorf	
4	Psychisch robust trotz gefährdender Umgebung: Förderung der Resilienz und der Selbstwirksamkeit von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte (ProReSe)	Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan, ZfTI Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung, Universität Duisburg-Essen	Zentrum für Kinder- und Jugendforschung im Forschungs- und Innovationsverbund FIVE e.V., Ev. Hochschule Freiburg
5	Empowerment kommunaler Akteure in der Gesundheitsförderung durch eine web basierte Austauschplattform (inforo-online.de). Analyse der Funktion, Qualität und Wirksamkeit eines virtuellen Netzwerkes. (CAHPOT)	Dr. Guido Nöcker, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Köln	Thomas Quast, Com.X - Institut für Kommunikations-Analyse & Evaluation, Universität Bochum

	Praxispartner	Teilvorhaben
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, als Vertreter der sechs an KeKiz beteiligten Ministerien	alle
LVR	Landschaftsverband Rheinland LVR, Koordinationsstelle Kinderarmut, Landesjugendamt Rheinland, Köln	alle
GBB	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Website Provider von Inforo-online und Geschäftsstelle für den kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“	5

Es sind alle Kompetenzen aus der Wissenschaft und Praxis einbezogen, die für die Zielerreichung des Verbundes und die Untersuchung der zentralen Fragestellung in den Gesundheitsdimensionen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Herkunftskulturen erforderlich sind. Es sind jeweils zwei wissenschaftliche Institutionen mit den erforderlichen Forschungskompetenzen zu den Bereichen Bewegung⁵ und psychische Gesundheit⁶ am Forschungsverbund beteiligt, im Bereich Ernährung gibt es zusätzlich zur wissenschaftlichen Institution einen assoziierten Partner aus dem Bereich der Ernährungserziehung und – aufklärung⁷. Zur Frage des Wissenstransfers und der zielgruppenspezifischen Ansprache kommunaler Akteure kooperieren zwei wissenschaftliche Institutionen mit unterschiedlichen Forschungsschwerpunkten⁸. Eine wissenschaftliche Institution verfügt über Kompetenz in der Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten durch umfangreiche epidemiologische Studien.⁹

Mit Blick auf eine effektive Verbreitung der Ergebnisse auf struktureller Ebene sind als Praxispartner auf Trägerebene einbezogen das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW – MGEPA, die Koordinationsstelle Kinderarmut des LVR sowie Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Mit Blick auf die geplante multizentrische Untersuchung der zentralen Fragestellung in den Gesundheitsdimensionen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Herkunftskulturen stehen grundsätzlich alle an den beiden Modellprojekten beteiligten Kommunen zur Verfügung. Mit einigen Kommunen wurden schon Kooperationsvereinbarungen getroffen (Düsseldorf, Gelsenkirchen, Oberhausen).

5.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Verbund

Der Forschungsverbund hat sich für eine inter- und transdisziplinäre¹⁰ Vorgehensweise entschieden¹¹. Dadurch wird ein hoher Grad an Verstehen der jeweils anderen Inhalte, an Verständigung über Kooperationsnotwendigkeiten sowie an Anschluss- und Integrationsfähigkeit der Teilinhalte gewährleistet.

⁵ Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft und Institut für Sportwissenschaft, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

⁶ Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung - ZfTI, Universität Duisburg-Essen und Zentrum für Kinder- und Jugendforschung im Forschungs- und Innovationsverbund FIVE e.V., Evangelische Hochschule Freiburg

⁷ KATALYSE Institut, Köln und Verbraucherzentrale NRW, Düsseldorf

⁸ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BzgA, Köln und Com.X - Institut für Kommunikations-Analyse & Evaluation, Universität Bochum

⁹ Institut für Medizinische Soziologie, Zentrum für Gesundheit und Gesellschaft, medizinische Fakultät der Universität Düsseldorf

¹⁰ Zum Konzept transdisziplinärer Forschung vgl. Definition Transdisziplinäre Forschung, S. 21

¹¹ Zugrunde gelegt wird die Definition transdisziplinärer Forschung, die im Projekt Evalunet - Evaluationsnetzwerk für transdisziplinäre Forschung (Bergmann 2005a, b) erarbeitet wurde (vgl. Anhang D, S. 21).

Voraussetzung für die gegenseitige Anschlussfähigkeit ist die Entwicklung gemeinsamer interdisziplinär belastbarer Kategorien und Begriffe (Bergmann 2010: 51, Luley & Schramm 2004: 14, 19). Im ersten Schritt kommt es darauf an, zentrale Begriffe zu identifizieren, mit denen die forschungsleitenden, lebensweltlichen Problemstellungen beschrieben werden, beispielhaft genannt seien Vulnerabilität oder Resilienz (Bergmann 2010: 54). Im zweiten Schritt geht es darum, sich auf ein gemeinsames Begriffsinventar zu verständigen und damit einen gleichberechtigten Zugang der Disziplinen zu gewährleisten sowie Interpretationsmonopolen vorzubeugen.

Das Begriffsinventar ist Grundlage für die Erarbeitung eines integrativen theoretischen Rahmens. Dazu müssen sich die Forscher auf einen gemeinsamen theoretischen Beschreibungsrahmen einigen, der den Stand der Forschung des jeweiligen Feldes wiedergibt und unter Wissenschafts- und Praxisperspektive akzeptabel ist. Dieser wird dokumentiert und über den Projektverlauf modifiziert. Sobald begriffliche Fragen geklärt sind und ein gemeinsamer theoretischer Rahmen abgesteckt ist, kann das Forschungsteam die Forschungsfragen vor diesem Hintergrund überprüfen und ggf. reformulieren sowie Hypothesen zu Wirkungszusammenhängen formulieren. Im Sinne des integrierten Arbeitens, ist es wichtig, dass diese gemeinsame Abstimmung zu Beginn des Vorhabens als Teamprozess erfolgt. Zudem werden auch die empirischen Erhebungen integrativ gestaltet. Die einzelnen Verbundvorhaben entwickeln Erhebungskonzepte gemeinsam und führen in den verschiedenen Modellkommunen weitestgehend dieselben empirischen Erhebungen (vgl. Abbildung 1, S. 12) aus unterschiedlichen Forschungsperspektiven (Bestandsaufnahme, Befragungen Eltern, Gruppendiskussionen, Auswertung Schuleingangsuntersuchungen) durch, was die Integration der Ergebnisse vereinfacht.

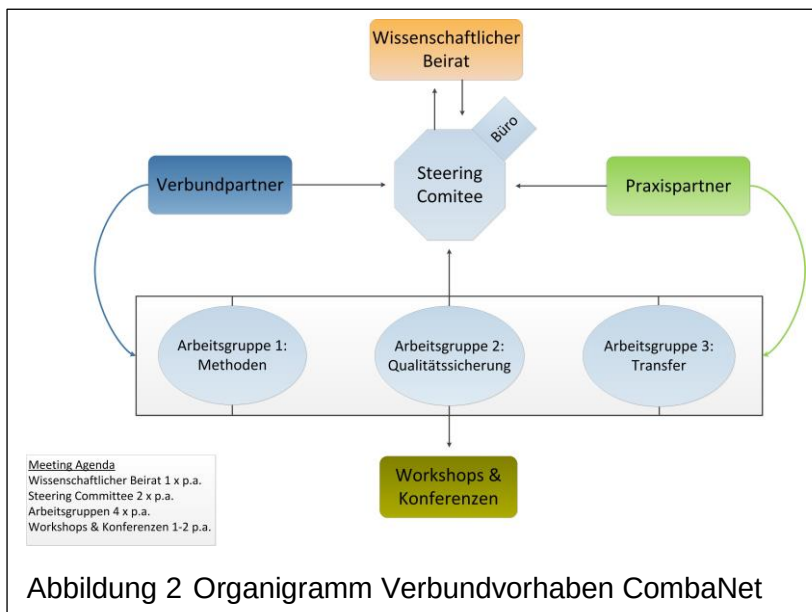
5.3 **Organisation des Verbunds**

Die fortlaufende Kooperation der am Verbund beteiligten Forschungs- und Praxispartner (vgl. Abbildung 1, S. 12) gewährleistet die Anschlussfähigkeit der Teilergebnisse im Hinblick auf das Gesamtvorhaben.

Steering Committee StC (2x p.a.): fünf Forschungsvorhaben und Praxispartner sowie drei Arbeitsgruppen entsenden Vertreter in das zentrale Steuerungsgremium für den Abstimmungsprozess im Verbund, das Steering Committee. Das StC erstellt eine Geschäftsordnung, wird organisatorisch unterstützt durch die Geschäftsstelle des Verbundes (Projektleitung KATALYSE Institut) und vom **wissenschaftlichen Beirat** (1x p.a.) beraten.

Arbeitsgruppen (4 x p.a.): als Foren für den Austausch zu relevanten Querschnittsthemen werden drei thematische Arbeitsgruppen (Methoden, Qualitätssicherung und Transfer) eingerichtet, um die im Forschungsprozess gewonnen Erkenntnisse thematisch zu bündeln und dem StC zuzuarbeiten. Die Arbeitsgruppen laden bei Bedarf externe Wissenschaftler und

Vertreter der Praxis ein und partizipieren aktiv am wissenschaftlichen Diskurs (siehe Workshops & Konferenzen).



Workshops & Konferenzen (1-2 x p.a.): Der Verbund beteiligt sich über die drei Arbeitsgruppen aktiv an der Durchführung von Kongressen und Fachveranstaltungen. Dies geschieht insbesondere durch die Organisation eigener Workshops, Vorträge und Mitwirkung an Diskussionsforen der Fachöffentlichkeit. Zu methodisch und konzeptio-

nell besonders wichtigen Sitzungen kann ein externer Moderator hinzugezogen werden.

Controlling: zu den Aufgaben der Projektleitung gehört die Dokumentation des Projektverlaufs und des Umgangs mit Problemen und eventuellen konzeptionellen Adaptationen, dies auch mit Blick auf das Controlling und eine eventuelle spätere externe Evaluierung. Ein internes Controlling erfolgt nach dem ‚Leitfaden für die formative Evaluation von Forschungsprojekten‘ (Bergmann 2005a, b)¹²; zudem wird eine Arbeitsgruppe Qualitätssicherung etabliert.

Qualitätssicherung: Der wissenschaftliche Beirat wurde unter der Maßgabe zusammengestellt eine externe Qualitätssicherung und wissenschaftliche Begleitung des Verbundvorhabens gewährleisten zu können. Weitere Foren für die Qualitätssicherung sind die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung, eine Fachveranstaltung für die Wissenschaft am Ende des zweiten Projektjahres sowie eine Abschlussveranstaltung für den Public Health Sektor und Akteure der kommunalen Gesundheitsförderung.

Wissenschaftlicher Beirat Zur Stärkung der internationalen Anschlussfähigkeit und Sichtbarkeit der Forschungsergebnisse sowie zur beratenden Unterstützung wird ein international besetzter wissenschaftlicher Beirat eingerichtet.

¹² Die Selbstevaluierung wird entweder durch die Projektleiterin moderiert, die an der Entwicklung des Leitfadens beteiligt war und ihn auch schon praktisch angewendet hat, oder es wird ein Unterauftrag an Prof. Dr. Matthias Bergmann erteilt.

Zusammensetzung des wissenschaftlichen Beirats

- Prof. emeritus Rolf Rosenbrock, Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und Vorstandsvorsitzender Landesvereinigung Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
 - Mel Bartley, Professor emerita Medizinsoziologie, University College London, eine der Gründerinnen des International Centre for Lifecourse Studies in Society and Health – ICLS, UCL London und Expertin im Bereich Wohlergehen in Kindheit und Jugend, Methoden für Langzeitstudien und internationale vergleichende Forschung
 - Prof. Dr. F.J. van Lenthe Social Epidemiology, Erasmus Medical Centre, Rotterdam
 - Prof. Karsten Froberg, Leiter des Center of Research in Childhood Health (RICH), Department of Sports Science and Clinical Biomechanics, University of Southern Denmark
 - Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra, MPH, Otto-von-Guericke-Universität, Medizinische Fakultät, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie - ISMG, Magdeburg
 - Prof. Dr. med. Manfred Wildner, MPH, Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, München
 - Dr. Dagmar Starke, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
- als Praxisexperten
- Alexander Mavroudis, Koordinator der LVR-Koordinationsstelle Kinderarmut, Köln
 - Arndt Winterer, Leiter des Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum

Anhang

A. Literatur

- Acker van R, de Bourdeaudhuij I, de Martelaer K et al. Framework for physical activity programs within school-community partnerships. *Quest* 2011; 63:300-20.
- Babitsch B (2006). Ungleiche Gesundheitschancen bei Erwachsenen: Zusammenhänge und mögliche Erklärungsansätze. In: Richter M, Hurrelmann K (Eds.). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag, 221-240.
- Bergmann M, Jahn T, Knobloch T et al. 2010. *Methoden transdisziplinärer Forschung. Ein Überblick mit Anwendungsbeispielen*. Frankfurt am Main: Campus
- Bergmann M, Brohmann B, Hoffmann E, Loibl M C, Rehaag R, Schramm E & Voß J P. 2005a. *Quality Criteria of Transdisciplinary Research A Guide for the Formative Evaluation of Research Projects*, ISOE-Studientexte
- Bergmann M, Brohmann B, Hoffmann E, Loibl M C, Rehaag R, Schramm E & Voß J P. 2005b. *Qualitätskriterien transdisziplinärer Forschung. Ein Leitfaden für die formative Evaluation von Forschungsprojekten*, Institut für sozial-ökologische Forschung (ISOE) GmbH, Nr. 13, 2005
- Bundesgesundheitsblatt 2007. Sonderheft Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50:5-6 (529-910)
- BMBF (2013): Bekanntmachung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung Richtlinien zur Förderung von Forschungsverbünden zur Primärprävention und Gesundheitsförderung 31. Mai

2013

- BZgA & RKI (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, Köln.
- Edginton Ch, Ming-kai Ch., Naul R. & Herring M C (2013). Global Forum for Physical Education Pedagogy 2012: Recommendations for Community-based Networking. In: *Asian Journal of Exercise and Sports Sciences*, vol. 10, no.1, 1-15.
- Fung C, Kuhle S, Lu C et al. 2012. From “best practice” to “next practice”: the effectiveness of school-based health promotion in improving healthy eating and physical activity and preventing childhood obesity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2012, 9:27
- Haerens L De Bourdeaudhuij I, Barba G, Eiben G, Fernandez J, Hebestreit A, Kovács E, Lasn H, Regber S, Shiakou M & de Henauw S; IDEFICS consortium. Developing the IDEFICS community-based intervention program to enhance eating behaviors in 2- to 8-year-old children: findings from focus groups with children and parents. *Health Educ Res.* 2009; 24(3):381-93
- Hölling H & Schlack R. Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Volume 50, Numbers 5-6, May 2007, pp. 794-799(6).
- Holz G (2012): Kommunale Initiativen und Netzwerke zur Vermeidung der Folgen von Kinderarmut. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des LVR-Pilotprogramms 2010-2011. Köln 2012.
- Kaluza H, Schütte J, Severin H & Stolz H-J (2013): Fachbericht zur operativen Umsetzung des Modellvorhabens Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Keller A & Baune B. 2005. Impact of social factors on health status and help seeking behaviour among migrants and Germans. *Journal of Public Health*, 13, 22 -29.
- Kilian H 2012. "Präventionsketten" rechnen sich. Factsheet zur Wirksamkeit (früher) Unterstützungsangebote für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Factsheet zur Wirksamkeit integrierter kommunaler Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheit Berlin-Brandenburg <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/zurwirksamkeit-frueher-unterstuetzungsangebote>
- Kolip P (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Zentrale Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, Nr.4/2006. 234-239.
- Kriemler S, Meyer U, Martin E, Van Sluijs EMF, Andersen LB & Martin BW (2011): Effect of school-based interventions on physical activity and fitness in children and adolescents: a review of reviews and systematic update. *Br J Sports Med*; 45:923-930
- Luley H & Schramm E (2003). Optionen in der Nachhaltigkeitsforschung. Hinweise für die Konzeption und Durchführung von Kooperationsprojekten mit Praxispartnern. Institut für sozial-ökologische Forschung (ISOE). ISOE-Materialien Soziale Ökologie Nr. 22. Frankfurt am Main
- LVR (2012). Kommunale Initiativen und Netzwerke zur Vermeidung der Folgen von Kinderarmut. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des LVR-Pilotprogramms 2010–2011 Eine Veröffentlichung der LVR-Koordinationsstelle Kinderarmut im LVR-Landesjugendamt Rheinland in Zusammenarbeit mit Beate Hock, Frankfurt am Main und Gerda Holz, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V, Frankfurt am Main Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des LVR-Pilotprogramms 2010–2011
- Mathews L B, Moodie M M, Simmons A & Swinburn B A (2010). The process evaluation of It's Your

- Move!, an Australian adolescent community-based obesity prevention project. *BMC Public Health* 2010, 10:448
- MFKJKS (2013). Fachbericht zur operativen Umsetzung des Modellvorhabens. Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Naul R, Schmelt D & Hoffmann D 2012. Bewegungsförderung in der Schule – was wirkt? In: Geuter, G., Holleederer, A. (Hrsg.). *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*. Bern. Huber.
- Neubauer G & Winter R. 2013. Sorglos oder unversorgt? Zur psychischen Gesundheit von Jungen, in: Weißbach, Lothar & Stiehler, Matthias (2013). *Männergesundheitsbericht 2013 Im Fokus: Psychische Gesundheit*, p 103-140, Verlag Hans Huber, 2013
- O’Connell ME, Boat T, Warner K & Committee on the prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; Institute of Medicine; National Research Council (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. New York. National Academic Press.
- Power C, Kuh D (2006). Life course development of unequal health. In: Siegrist J, Marmot M (Eds.) *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford: OUP, 27-54.
[Chris Power & Diana Kuh (2006): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf]
- RKI & BZgA 2008. Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, Köln.
- Richter M & Mielck A (2006). Gesundheitliche Ungleichheit im Jugendalter: Herausforderungen für die Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 248-254
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U, Poethko-Müller C, Kleiser C & Mensink G (2008) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Robert-Koch-Institut.
- Wang Y, Wu Y, Wilson RF, Bleich S, Cheskin L, Weston C, Showell N, Fawole O, Lau B & Segal J. Childhood Obesity Prevention Programs: Comparative Effectiveness Review and Meta-Analysis. Comparative Effectiveness Review No. 115. (Prepared by the Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10061-I.) AHRQ Publication No. 13-EHC081-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; June 2013.
www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- Wright, Michael T. (Hrsg.) (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Huber, Bern.

B. Definition Transdisziplinäre Forschung

Transdisziplinäre Forschung

- greift lebensweltliche Problemstellungen bzw. Fragen auf,
- bezieht bei der Beschreibung der daraus resultierenden Forschungsfragen und ihrer Behandlung Fächer bzw. Disziplinen problemadäquat ein und überschreitet bei der Bearbeitung die Disziplin- und Fachgrenzen,
- bezieht das Praxiswissen ein, das für die angemessene Behandlung der Fragestellung notwendig ist und stellt den Praxisbezug so her, dass er für die problemadäquate Entwicklung und Umsetzung von Handlungsstrategien dienlich ist,
- gewährleistet im Projektverlauf die Anschlussfähigkeit der einzelnen Forschungsvorhaben / -aufgaben, betreibt eine fächerübergreifende Integration wissenschaftlichen Wissens und verknüpft damit das Praxiswissen in geeigneter Weise (transdisziplinäre Integration 1),
- um daraus neue wissenschaftliche Erkenntnisse bzw. Fragestellungen und/oder praxisrelevante Handlungs-/Lösungsstrategien zu formulieren (transdisziplinäre Integration 2) und in die Diskurse im Praxisfeld und in der Wissenschaft einzubringen (Intervention)

B Beschreibung der Teilvorhaben

1. Teilvorhaben Ernährung

1.0 Allgemeine Informationen zum Teilvorhaben

TITEL	Vernetzte ernährungsbezogene kommunale Gesundheitsförderung für Kinder – Beiträge zur Optimierung und strukturellen Verankerung
AKRONYM	NutComPro
PROJEKTLITERIN	Gabriele Tils KATALYSE Institut, Bereich Ernährungs- und Gesundheitsforschung, Volksgartenstr. 34, 50677 Köln, Tel. 0221-944048–41, Fax 0221-944048–9, tils@katalyse.de
BETEILIGTE GRUPPEN UND INSTITUTIONEN	Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V., Mintropstr. 27, 40215 Düsseldorf, Tel. 0211-3809-0, Fax 0211-3809-216
KEY WORDS	Präventionsnetzwerke, kommunale Gesundheitsförderung, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit, Kinder, Ernährung
PROJEKTDAUER	36 Monate
ZIEL(E)	Die Erfassung und Analyse der Angebote zur ernährungsbezogenen Gesundheitsförderung in den Modellkommunen zielt auf die Klärung folgender Fragestellungen – Versorgungslage (Welche präventiven Angebote gibt es?) – Angebotsstruktur (Wie sind die Angebote horizontal, d.h. zwischen den Settings einer Lebensphase und vertikal, d.h. Lebensphasen übergreifend vernetzt?) – Akzeptanz (Erreichen die Angebote die Zielgruppen?) – Qualitative Wirkungsanalysen der Maßnahmen bei Zielgruppen und kommunalen Akteuren – Quantitative Ergebnis-Analyse (Gibt es messbare Effekte auf die Gesundheit der Kinder?) Ergebnis des Verbundvorhabens sind Empfehlungen zu einer wirksameren und zielgruppenorientierteren Gestaltung von vernetzten Angeboten der ernährungsbezogenen kommunalen Gesundheitsförderung
METHODEN	– Experteninterviews und Expertenworkshops – Fragebogenerhebung – Gruppendiskussionen – Motorik- und Ernährungstest
ERWARTETE ERGEBNISSE	Das Teilvorhaben leitet Kriterien für eine wirksamere und zielgruppenorientiertere Gestaltung von vernetzten Angeboten der ernährungsbezogenen kommunalen Gesundheitsförderung ab und entwickelt ein Ausbildungskonzept für Kindertagesstätten. Das Vorhaben zeigt Wege auf, wie die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit, die sich im Gesundheitsbereich Ernährung in deutlicher Weise manifestiert, reduziert werden kann.

1.1 Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs

1.1.1 Gesamtziel des Teilvorhabens

Ernährung ist eine zentrale Voraussetzung für körperliches und seelisches Wohlbefinden und für eine gesunde Entwicklung. Sie vermittelt soziale Einbindung und Enkulturation und steht in besonderer Weise für Versorgung, Genuss und Alltagsstrukturierung. Das Ernährungsverhalten ist wesentlich für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil. Bereits im Kindesalter werden Präferenzen für Lebensmittel und Ernährungsgewohnheiten ausgebildet (Birch 1998; Tuttle 1999; Lampert 2010). Die Familie spielt dabei eine maßgebliche Rolle (Gose et al. 2012). Strategien, die darauf zielen Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen müssen auf Befähigung der Eltern setzen und ihre Kompetenz in Ernährungsfragen stärken. Um die Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern zu erhöhen, sollten Angebote und Maßnahmen sich an den Ernährungs- und Lebensstilen und den vorhandenen Ressourcen (Zeit, Geld, Kompetenzen und Fertigkeiten) der Familien, an kulturellen Aspekten und Traditionen der Ernährung orientieren, niedrighschwellige Zugangswege nutzen sowie die Zielgruppen aktiv einbeziehen, um eine höhere Akzeptanz und Motivation zu erreichen, um das Erlernte und Erfahrene in den eigenen Alltag umzusetzen. (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. 2013a) Das Zusammentreffen von ungünstigen Ernährungsmustern und Bewegungsmangel wird als problematisch für ein gesundes Aufwachsen angesehen (SVR Gesundheit 2009: 106).

Maßnahmen zur ernährungs- und bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung sind daher eine zentrale Herausforderung für die Gesundheitspolitik.

1.1.2 Bezug des Vorhabens zu den förderpolitischen Zielen (z.B. Förderprogramm)

Siehe Beschreibung Koordination (S. 5)

1.1.3 Wissenschaftliche Arbeitsziele des Vorhabens

Die Erfassung und Analyse der Angebote zur ernährungsbezogenen Gesundheitsförderung in den Modellkommunen zielt auf die Klärung folgender Fragestellungen

- Versorgungslage (Welche präventiven Angebote gibt es?)
- Angebotsstruktur (Wie sind die Angebote horizontal, d.h. zwischen den Settings einer Lebensphase und vertikal, d.h. Lebensphasen übergreifend vernetzt)
- Akzeptanz (Erreichen die Angebote die Zielgruppen?)
- Qualitative Wirkungsanalysen bei Zielgruppen und kommunalen Akteuren

- Quantitative Ergebnis-Analyse (Gibt es messbare Effekte auf die Gesundheit der Kinder?)

Das Vorhaben beantwortet auf Grundlage einer Längsschnittuntersuchung in ausgewählten Settings, die Frage, ob vernetzte ernährungsbezogene kommunale Gesundheitsförderung einen Beitrag zur Verbesserung der Kindergesundheit und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit leistet.

Auf Basis der Ergebnisse entwickelt die Verbraucherzentrale NRW beispielhaft ein Fortbildungskonzept / Curriculum für Ernährungsverantwortliche in Kindertagesstätten.

1.2 Stand der Wissenschaft

1.2.1 Stand der Wissenschaft¹³

Zur Wirksamkeit vernetzter, lebenslauforientierter ernährungsbezogener kommunaler Gesundheitsförderung liegen bislang keine Studien vor (Kilian 2012). Aus nationalen und internationalen Studien ist allerdings bekannt, dass kurzfristige Interventionen keine Wirkung zeigen, dass der Einbezug der Eltern von essentieller Bedeutung für die Wirksamkeit von Angeboten der Gesundheitsförderung ist (Baden-Württemberg Stiftung 2011) und dass Förderprogramme, die mehrere Programmkomponenten enthalten und über verschiedene Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen vernetzt angeboten werden, größere Wirkungen zeigen als Maßnahmen, die sich bspw. nur auf das Bewegungs- oder das Ernährungsverhalten konzentrieren (Naul et al. 2012). So zeigte die Evaluation des kanadischen Modellprojekts APPLE, dass integrierte Gesundheitsförderungsprogramme deutlich positive Effekte auf die Gesundheit der Kinder haben. Die Schüler der APPLE Schools ernährten sich gesünder und waren körperlich aktiver und weniger übergewichtig als zwei Jahre zuvor (Fung et al. 2012). Das Vorhaben schafft mit einer ersten Studie grundlegende Erkenntnisse zu vernetzter, lebenslauforientierter, ernährungsbezogener kommunaler Gesundheitsförderung.

Genderspezifische Aspekte

Die sozio-ökonomischen und kulturellen Bedingungen von Gesundheit und Gesundheitsförderung stehen im Fokus der Forschung. Untersuchungen zu gesundheitlicher Ungleichheit zeigen jedoch, dass sich Effekte bei Jungen und Mädchen unterscheiden. Körperwahrnehmung und Körperkonzepte werden durch die kulturell vermittelte geschlechtliche Identität bereits im Kindesalter geprägt und formen das geschlechterspezifische Gesundheitsverhalten. Dies betrifft beispielsweise Vorlieben in der Ernährung, so bevorzugen Mädchen frisches Obst und Gemüse und essen seltener Süßigkeiten, Jungen essen mehr Fleisch und Fast Food (Rehaag et al. 2012: 31ff, Mensink 2007: 614, 615). Geschlechtsspezifische Unter-

¹³ einschließlich alternative Lösungen, der Ergebnisverwertung entgegenstehende Rechte, Informationsrecherchen

schiede werden daher als Parameter in der Datenerhebung und Analyse berücksichtigt (Expertenworkshops, Gruppendiskussionen, Schuleingangsuntersuchung).

1.2.2 Bisherige Arbeiten des Antragstellers

Das 1978 gegründete KATALYSE Institut ist ein gemeinnütziges, außeruniversitäres unabhängiges Forschungsinstitut mit Schwerpunkt auf sozial-ökologischer und transdisziplinärer Forschung in den Bereichen Ernährung, Gesundheit, Prävention und nachhaltige Entwicklung.

Die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V. (VZ) ist Träger regionaler, landes- und bundesweiter Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung

Publikationen

- Rehaag, Regine; Uslucan, Haci-Halil & Aydin-Canpolat, Gönül (2012): ***Kulinarische Praxen als Medium der Identitätsdarstellung deutscher und türkischer Jugendlicher***. GENDER Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Schwerpunktheft ‚Ernährung und Geschlecht‘, 2/2012: 28-47, eingereicht 29.11.2011, erschienen 9.7.2012
- Weimer-Jehle, Wolfgang; Deuschle, Jürgen, Rehaag, Regine (2012): Familial and societal causes of juvenile obesity - a qualitative model on obesity development and prevention in socially disadvantaged children and adolescents. Journal of Public Health; Schwerpunktheft ‚Verhaltensbezogene und strukturelle präventive Ansätze unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher‘, Volume 20(2); 2012: 111-124, eingereicht 21.7.2010, angenommen 15.11.2011, erschienen 18.3.2012
- Rehaag, Regine; Waskow, Frank (2011): ***Globaler Ernährungswandel zwischen Hunger und Übergewicht***. In: Angelika Ploeger, Gunther Hirschfelder & Gesa U. Schönberger (Hrsg.): Die Zukunft auf dem Tisch. Analysen, Trends und Perspektiven der Ernährung von morgen. Über den Essalltag in Gegenwart und Zukunft, Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, 2011: 143-165
- Rehaag, Regine (2011): ***Stigmaerleben und Strategien des Stigma-Managements bei sozialbenachteiligten, übergewichtigen Jugendlichen***. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2011): Dokumentation 16. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, „Verwirklichungschancen für Gesundheit“, Berlin
- Rehaag, Regine; Tils, Gabriele; Waskow, Frank (2011): ***Ernährung im Wandel?! Essverhalten und Risiken***. In: Gesund jung?! Herausforderung für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Reihe: Weißbuch Prävention, Band 11/2010, Heidelberg: Springer Verlag, 2010: 95-110

Drittmittelprojekte

2010-2013 **Klimawandel und Alltagshandeln**: Potenziale, Strategien und Instrumente für CO₂ - arme Lebensstile in der Null - Emissions - Stadt (KlimaAlltag). Klimaberatung in den Feldern Wohnen / Energie, Ernährung und Mobilität, Leitung der Empirie in den Haushalten Frank Waskow

2009 – 2012 **Partizipative Entwicklung von Adipositaspräventionskonzepten für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche** (BMBF Forschungsprogramm Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen), Projektleiterin Regine Rehaag, KATALYSE Institut

2008 – 2012 **Zielgruppengerechte Risikokommunikation zum Thema „Nahrungsergänzungsmittel“**, in Kooperation mit der GfK, Nürnberg (Bundesinstitut für Risikobewertung), Projektleiterin Gabriele Tils, KATALYSE Institut

2009 – 2010 **Veränderungen der globalen Ernährungsgewohnheiten** Studie im Rahmen des TA-Projekts Welchen Beitrag kann die Forschung zur Lösung des Welternährungsproblems leisten? Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), Projektleiterin Regine Rehaag, KATALYSE Institut

2008 **Abgehängt und allein gelassen? - Herausforderung Ernährungsarmut**, Wissenschaftliche Leitung der 30. Wissenschaftlichen Jahrestagung Arbeitsgemeinschaft Ernährungsverhalten (AGEV) in Bonn, 25./26. November 2008, Projektleiterin Regine Rehaag, KATALYSE Institut

Verbraucher Zentrale

2010 - 2011 **Ess-Kult-Tour** (BMELV im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM), Projektleitung Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.

2008 Joschi hat's drauf. Nicht vergessen. Gutes Essen. Praxis-Handbuch zur Ernährungsbildung in Kitas. (BMELV), Projektleitung Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.

1.3 Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans - Vorhabenbezogene Ressourcenplanung

1.3.1 Studiendesign und Forschungsmethoden

Für die in Kapitel 3.2 Arbeitsplan und Meilensteine beschriebenen Arbeitsphasen wurde ein Vorhaben übergreifendes Untersuchungsdesign (vgl. Abbildung 3, S. 33) entwickelt. An dieser Stelle wird das Untersuchungsdesign für das Teilvorhaben Ernährung dargelegt.

Das geplante Teilvorhaben untersucht in einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Erhebungsschritten Angebote vernetzter kommunaler Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung, ihre Wahrnehmung durch die Zielgruppe Eltern sowie ihre Wirkung auf die Gesundheit der Kinder.

1.3.1.1 Auswahl der Untersuchungsregionen

Für jedes der vier Teilvorhaben in den Bereichen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Schuleingangsuntersuchung werden jeweils zwei Modellkommunen ausgewählt, insgesamt also acht Modellkommunen. In jeder Modellkommune werden zwei Quartiere und pro Quartier jeweils zwei Kindergärten und Grundschulen nach dem im Folgenden dargelegten Auswahlverfahren bestimmt.

Auswahl der Modellkommunen: Auf Basis einer retrospektiven Analyse der Schuleingangsuntersuchungen 2009 bis 2014 wird die Entwicklung der Kindergesundheit anhand von drei Kriterien (bspw. Prävalenz von Übergewicht, motorische Koordination sowie Verhaltensauffälligkeiten) für alle Modellkommunen mit Präventionsnetzwerken in NRW nachgezeichnet, die Kommunen in ein Ranking gebracht und für jedes Verbundvorhaben eine besonders positiv und eine besonders negativ abweichende Kommune ausgewählt.

Auswahl der Quartiere, Settings und Stichproben: In den Kommunen wird auf Basis der sozialräumlichen Analyse (vgl. 3.2.1.1 Bestandsaufnahme, S. 30) und der Einschätzung der kommunalen Akteure jeweils ein Quartier mit besonderem Erneuerungsbedarf und ein sozialstrukturell gut gestelltes Quartier ausgewählt. In jedem Quartier werden jeweils zwei Kindertagesstätten und Grundschulen ausgewählt, in denen die Elternbefragung und die Motorik- und Ernährungstests als Vollerhebung durchgeführt werden. Die Auswahl der Kindertagesstätten und Grundschulen für die empirische Erhebung, erfolgt in den Quartieren nach dem Zufallsprinzip. Die Stichproben für die Elternbefragung und die Motorik- und Ernährungstests werden per Klumpenauswahl festgelegt¹⁴ (d.h. ganze Kindergartengruppen / Grundschulklassen).

Zur Analyse der Angebote vernetzter kommunaler Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung werden folgende Methoden eingesetzt.

1.3.1.2 Experteninterviews, Expertenworkshops

Zielgruppe: kommunale Experten aus den Bereichen Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, Gesundheitswesen, Schule und Bildungswesen, Kultur-, Sport- und sonstige Freizeitangebote.

Auf Basis von Experteninterviews und Expertenworkshops erfolgt eine partizipative Bestandsaufnahme zu den vorhandenen Angeboten kommunaler Gesundheitsförderung, zum Stand der Vernetzung (horizontal, d.h. zwischen den Settings einer Lebensphase und vertikal, d.h. Lebensphasen übergreifend), zur Integration der Ernährungsangebote in einem übergreifenden Konzept sowie den Unterstützungsbedarf der kommunalen Experten.

¹⁴ Auswahlverfahren das angewendet wird, wenn die Grundgesamtheit in natürlichen Konglomeraten von Untersuchungseinheiten vorliegt.

Stichprobe und Rekrutierung: Pro Kommune wird ein Expertenworkshop veranstaltet, an dem 10 bis 15 kommunale Experten teilnehmen. Die zentralen Akteure werden zuvor in drei bis fünf Experteninterviews exploriert.

1.3.1.3 Fragebogenerhebung (CATI)

Mit einer computergestützten telefonischen Befragung (CATI) wird die Bekanntheit von, Teilnahme an und Zufriedenheit mit ausgewählten Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe Eltern, ihre Einschätzung zum Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand der Kinder und deren Veränderung im Verlaufe eines Jahres erhoben (t0 9/2015, t1 9/2016). Der Fragebogen umfasst die drei ausgewählten Gesundheitsbereiche. Die Koordination der Befragung übernimmt das KATALYSE Institut, die Feldarbeit wird von geschulten Interviewern und Interviewerinnen des Markt- und Kommunikationsforschungsinstituts Hopp & Partner, Berlin durchgeführt, das über umfangreiche Erfahrung auf dem Gebiet der Sozialforschung verfügt. Die Interviews können in türkischer Sprache durchgeführt werden.

Stichprobe und Rekrutierung: vorausgesetzt es gibt 20 Kinder pro Kindergartengruppe / Grundschulklasse, stehen für die Elternbefragung bei zwei Kindertagesstätten und Grundschulen pro Quartier, zwei Quartieren und sechs Modellkommunen in den drei Verbundvorhaben Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit pro Messzeitpunkt theoretisch 960 Probanden zur Verfügung (bzw. 320 pro Verbundvorhaben). Es kann erfahrungsgemäß mit einem Rücklauf von 20 bis 30 Prozent gerechnet werden. Die Ansprache der Zielgruppe Eltern erfolgt in enger Kooperation mit den beteiligten Institutionen.

1.3.1.4 Gruppendiskussionen

Die Einstellungen, Motive und Erwartungen der Zielgruppe Eltern zu Angeboten der Gesundheitsförderung werden in Gruppendiskussionen exploriert, mit dem Ziel Zugangsbarrieren und förderliche Faktoren zu identifizieren. Hierzu sind Gruppendiskussionen besonders geeignet, da es sich um eine Erhebungsmethode handelt, die Daten durch die Interaktionen der Gruppenmitglieder gewinnt. Die „wechselseitige Bezugnahme und Herausforderung im (Gruppen)-Diskurs“ (Bohnsack 2010: 205) fördert die Mobilisierung milieutypischer Orientierungen und Erfahrungen. Der zu entwickelnde Leitfaden für die Gruppendiskussionen setzt entsprechend auf assoziative Verfahren und erzählgenerierende Impulse. Förderlich ist auch die Offenheit gegenüber der Untersuchungssituation und den Untersuchungspersonen, die Teilnehmer/innen können den Verlauf und die Themenhierarchie in großem Maße selbst bestimmen. Das KATALYSE Institut verfügt über umfangreiche Erfahrungen in der Konzeption und Durchführung qualitativer Erhebungen, mit besonderem Schwerpunkt auf der Exploration der Einstellungen von benachteiligten Zielgruppen.

Stichprobe und Rekrutierung: Es werden vier Gruppendiskussionen (zwei pro Modellkommune Ernährung und Bewegung) von jeweils zwei Stunden Dauer à maximal zehn Teil-

nehmern/innen möglichst aus vulnerablen Zielgruppen durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgt über Institutionen (Schulen, Kindertagesstätten) in den Quartieren mit besonderem Erneuerungsbedarf.

1.3.1.5 Motorik- und Ernährungstest

In einem Prä-Post-Design werden 640 Kinder aus drei Altersgruppen (3-4 Jahre Kindergarten, 6-7 Jahre 1. Klasse und 8-9 Jahre 2. Klasse), in zwei Kommunen ausgewählt. Zu zwei Messzeitpunkten werden im Abstand von einem Jahr anthropometrischen Daten (BMI, Bauchumfang), Blutdruck und die motorische Leistungsfähigkeit mit validierten Testverfahren erfasst. Begleitend werden in einem Elternfragebogen Parameter des Lebensstils (Körperliche Aktivität, Inaktivität, psychische Gesundheit sowie ein 24-h-Recall-Protokoll Ernährung) erhoben. Durch die längsschnittliche Auswertung kann überprüft werden, ob sich bei Kindern, die an vernetzten Angeboten der Gesundheitsförderung teilnehmen, die motorische Koordination und der Ernährungsstatus verbessert.

1.3.2 Arbeitsplan und Meilensteine

Das KATALYSE Institut zeichnet verantwortlich für die im Folgenden dargelegten Untersuchungsbausteine 1 bis 5. Nach Abschluss der Analysephase entwickelt die Verbraucherzentrale NRW ein Ausbildungskonzept für Ernährung im Kindergarten (vgl. 1.3.2.1.6, S. 32).

1.3.2.1 Bestandsaufnahme

Die Bestandsaufnahme erhebt die vorhandenen Angebote kommunaler Gesundheitsförderung, im vorliegenden Verbundvorhaben mit Fokus auf den Bereich Ernährung, den Stand der Vernetzung (horizontal, d.h. zwischen den Settings einer Lebensphase und vertikal, d.h. Lebensphasen übergreifend) sowie die Integration der Ernährungsangebote in einem übergreifenden Konzept. Weiterhin wird die sozialräumliche Struktur der Modellkommune analysiert, um Anhaltspunkte für die Auswahl der Quartiere zu generieren.

Im Sinne des partizipativen Ansatzes des Projektes werden die Einschätzungen der Praxisakteure als wichtige Hinweise für die Wirkung der vernetzten kommunalen Gesundheitsförderung exploriert, die Sicht der kommunalen Experten auf Leitungsebene in Experteninterviews und auf Praxisebene in Expertenworkshops. Die Erhebung über Befragungen wird durch Dokumentenanalyse ergänzt.

1.3.2.2 Elternbefragung

Die drei Verbundvorhaben Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit führen in den ausgewählten Kindergartengruppen/Grundschulklassen eine Elternbefragung (Quantitative Empirie 1 und 2, vgl. Abbildung 3, S. 33) als Vollerhebung durch. Die Befragung wird in Form von CATI Interviews durchgeführt. Der Fragebogen wird gemeinsam entwickelt und umfasst Fragestellungen

- zum ernährungs- und bewegungsbezogenen Gesundheitsverhalten,
- zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes der Kinder¹⁵,
- zur Bekanntheit von, Teilnahme an und Zufriedenheit mit den Maßnahmen zu Ernährung, Bewegung und seelischer Gesundheit.

Die Kinder werden nach Nutzungsintensität von Angeboten der Gesundheitsförderung den Clustern Geringnutzer / Intensivnutzer zugordnet. Die Geringnutzer fungieren als interne Kontrollgruppe. So kann der Zusammenhang zwischen Nutzung vorhandener Angebote (Konstanz, Intensität) und von den Eltern beschriebenen Gesundheitsverhalten pro Messzeitpunkt als auch im Vergleich der beiden Messpunkte analysiert werden.

1.3.2.3 Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen

Die Schuleingangsuntersuchungen der ausgewählten Alterskohorten werden im Verbundvorhaben der Universität Düsseldorf ausgewertet (vgl. Abbildung 3, S. 33) und damit die Möglichkeit geschaffen, die Ergebnisse der Elternbefragungen durch sozialdifferentielle Analysen der Gesundheitsdaten des Gesamtjahrgangs zu validieren.

1.3.2.4 Exploration der Erwartungen der Zielgruppe Eltern

Die Erwartungen der Eltern werden mit Hilfe von Gruppendiskussionen exploriert. Der Durchführungszeitpunkt ist so gewählt, dass relevante Aspekte, die in der Elternbefragung (t0) deutlich werden, im thematischen Leitfaden aufgegriffen und in den Gruppendiskussionen vertieft werden können. Der thematische Leitfaden wird gemeinsam mit den anderen Verbundvorhaben entwickelt, mit Schwerpunkten auf Ernährung und Bewegung sowie auf psychische Gesundheit. Die aufgeführten Fragestellungen sind nicht für eine chronologische oder vollständige Abfrage vorgesehen. Sie sollen jedoch gewährleisten, dass alle für das Untersuchungsziel relevanten Themenbereiche während der Exploration berücksichtigt werden. Ziel der Moderation ist es, die Befragten zu motivieren, alle Assoziationen und Sachverhalte zur Sprache zu bringen, die ihnen im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheitsverhalten wichtig erscheinen. Die methodische Offenheit und Flexibilität der Moderation ermöglicht es, so umfassend wie möglich alle relevanten Aspekte zu erfassen und einer Analyse zugänglich zu machen. Ernährung und Bewegung als integrale Bestandteile des gesundheitsbezogenen Alltagshandelns werden gemeinsam exploriert und im Verlauf der Gruppendiskussionen, der Logik der Teilnehmer folgend, themenbezogen vertieft. Die Gruppendiskussionen zu Ernährung und Bewegung umfassen u. a. folgende Themenbereiche

¹⁵ Der **subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand** umfasst körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des persönlichen Wohlbefindens und lässt sich durch verschiedene Instrumente erfassen. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass die Antworten den objektiv messbaren Gesundheitszustand widerspiegeln und Vorhersagen über Erkrankungshäufigkeiten sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erlauben. (Ravens-Sieberger et al. 2001, Radoschewski 2000, Ravens-Sieberger & Bullinger 1998)

- Einstellungen zum ernährungs- und bewegungsbezogenen Gesundheitsverhalten
Verständnis, Interessen, eigene Aktivitäten
- Wahrnehmung und Akzeptanz von kommunalen gesundheitsförderlichen Maßnahmen /
Angeboten in den Bereichen Ernährung und Bewegung
 - Bekanntheit und Nutzung vorhandener Angebote, Informationswege
 - Erwartungen, Zugangsbarrieren und förderliche Faktoren

1.3.2.5 Motorik- und Ernährungstests (Kindergarten- und Grundschulkinder)

Die ausgewählten Gesundheitsparameter (BMI, Bauchumfang, Blutdruck) und die motorische Leistungsfähigkeit sowie Lebensstilvariablen (körperliche Aktivität, Inaktivität und Ernährung) werden durch das Vorhaben SKILLS (t0 3/2016 zweites Kindergartenjahr bzw. Ende 1. Schuljahr, t1 3/2017 drittes Kindergartenjahr bzw. Ende 2. Schuljahr) erhoben. Die Zuordnung der Kindergartenkinder und Grundschüler zu den Clustern Gering-/Intensivnutzer erfolgt anhand der Angaben der Eltern. Ergänzend werden Angaben der Schüler zur Teilnahme an Fördermaßnahmen und außerschulischen sportlichen Aktivitäten einbezogen. Durch die längsschnittliche Auswertung kann überprüft werden, ob sich bei Kindern, die an vernetzten Angeboten der Gesundheitsförderung teilnehmen, die motorische Koordination und der Ernährungsstatus verbessert.

1.3.2.6 Entwicklung eines beispielhaften Konzepts für Kindertagesstätten

Die Verbraucherzentrale NRW entwickelt beispielhaft ein Fortbildungsmodul / Curriculum für Ernährungsverantwortliche in Kindertagesstätten (Erzieher/innen und Köch/innen) und führt die Qualifizierung für kommunale Multiplikatoren durch. Die Kommunen sollen befähigt werden zukünftig ihre Fachkräfte fortzubilden und Ernährungskompetenz in der kommunalen Gesundheitsförderung strukturell zu verankern. Die Verbraucherzentrale steht darüber hinaus als Multiplikator zur Verfügung und kann Qualifizierungsangebote auch über dieses Projekt hinaus gewährleisten.

1.3.2.7 Arbeitspakete und Meilensteine im Teilvorhaben Ernährung

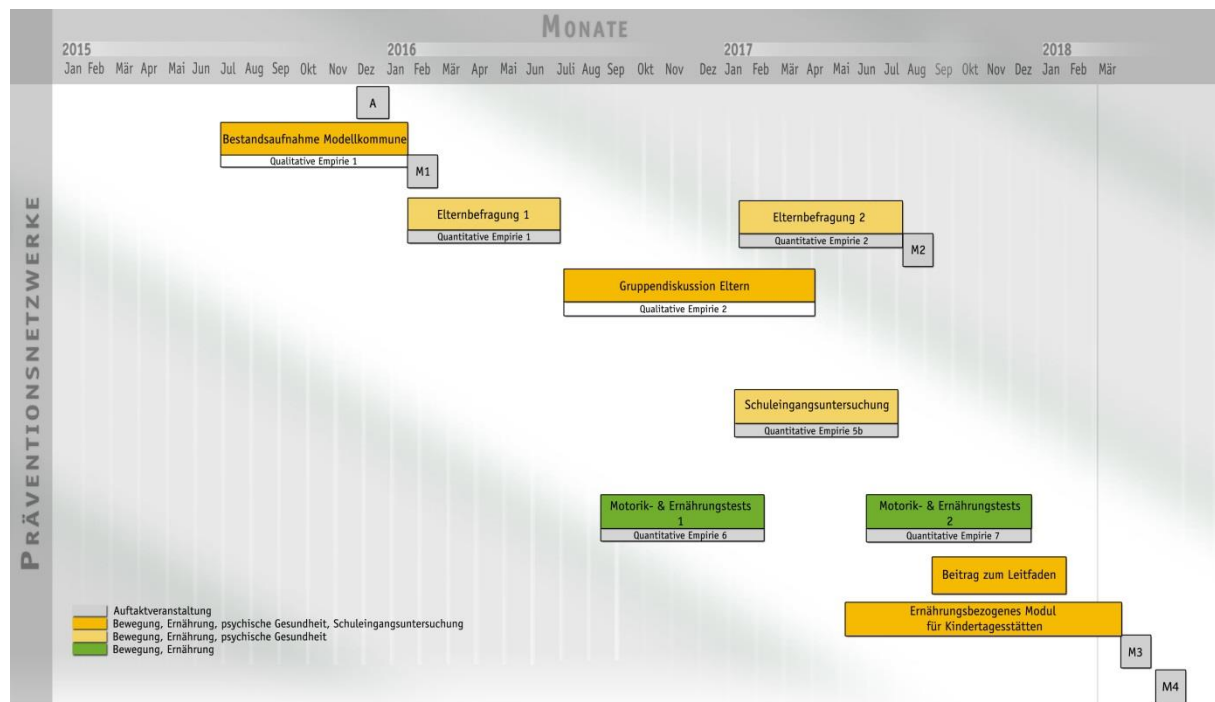


Abbildung 3 Arbeitspakete und Meilensteine im Teilvorhaben Ernährung

Meilenstein 1 Status Quo Analyse der Gesundheitsförderungsmaßnahmen Ernährung

Meilenstein 2 Analyse Zielgruppe Eltern

Meilenstein 3 Beispielhaftes ernährungsbezogenes Modul für Kindertagesstätten

Meilenstein 4 Vorstellung der ernährungsbezogenen Ergebnisse auf einer Fachtagung für Wissenschaftler und Praktiker

1.4 Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung

Die Dissemination der Ergebnisse erfolgt auf wissenschaftlicher Ebene über Veröffentlichungen in ernährungs- und präventionsbezogenen Fachzeitschriften sowie über Vorträge auf Kongressen und Fachveranstaltungen (bspw. Kongress ‚Armut und Gesundheit‘, Kongress der 'Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention – DGSMP'). Die Ergebnisse werden auf einer Jahrestagung des *Netzwerks Ernährungskultur* (<http://esskult.net>)¹⁶ in dessen WissenschaftlerInnen-Netzwerk und die Fachöffentlichkeit der ernährungsbezogenen Gesundheitsförderung (aid Infodienst, Verbraucherzentralen) verbreitet. Die Konferenz wird gemeinsam mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) organisiert. Zudem ist durch das Internetportal der BZgA der Transfer der Projektergebnisse für die kommunalen Akteure und damit eine langfristige Umsetzung der Erkenntnisse sichergestellt. Die Verbraucherzentrale NRW steht perspektivisch für die Ent-

¹⁶ bis 1/2015 Arbeitsgemeinschaft Ernährungsverhalten e.V.

wicklung weiterer lebenslaforientierter Konzepte für die Ausbildung von kommunalen Multiplikatoren im Sinne einer strukturellen Verankerung in der kommunalen Gesundheitsförderung zur Verfügung.

Ethische und rechtliche Überlegungen

Ethische Bedenken bezüglich der Befragung von Eltern sowie der kommunalen Akteure sind aus Sicht der Antragsteller nicht erkennbar. Die Vertraulichkeit der erhobenen Daten wird garantiert.

1.5 Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten

Die Bereiche Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit können in der Gesundheitsförderung im Hinblick auf das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen nicht getrennt voneinander gesehen werden. So gilt es Maßnahmen in diesen Bereichen aufeinander abzustimmen und strukturell zu verankern. Ebenso bestehen enge Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsverhalten und der erfahrenen Selbstwirksamkeit und Resilienz. Das Teilvorhaben Ernährung liefert Erkenntnisse zur ernährungsbezogenen Gesundheitsförderung und profitiert vom Verbund dadurch, dass die Ergebnisse der Elternbefragungen durch sozialdifferentielle Analysen der Gesundheitsdaten des Gesamtjahrgangs (Schuleingangsuntersuchung) validiert werden können.

A Literatur

- Baden-Württemberg Stiftung (2011). Gesundheitsförderung im Kindergarten. Evaluation des Programms „Komm mit in das gesunde Boot“ in Kindergärten in Baden-Württemberg. Schriftenreihe der Baden-Württemberg Stiftung Soziale Verantwortung: Nr. 59
- Birch, L. L. (1998). Psychological Influence on Childhood Diet. *The Journal of Nutrition* 128(2): 407S-410S.
- Bohnsack, Ralf. (2010). Gruppendiskussionsverfahren und dokumentarische Methode. In Barbara Friebertshäuser; Antje Langer & Annedore Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 205–218). Weinheim, München: Juventa
- BZgA & RKI (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, Köln.
- Fung, C., Kuhle, S., Lu, C. et al. 2012. From “best practice” to “next practice”: the effectiveness of school-based health promotion in improving healthy eating and physical activity and preventing childhood obesity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2012, 9:27
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2013). Präventiv handeln. Esskulturen fördern und gesund-gestalten. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-4-praeventiv-handeln/esskulturen-foerdern-und-gesund-gestalten/>, Zugriff 30.9.2013
- Gose, M.; Plachta-Danielzik, S.; Seiberl, J.; Landsberg, B.; Schorling, E.; Gehrke, M. I.; Müller, M.J.

2012. Beeinflusst das Ernährungsverhalten von Eltern das Ernährungsverhalten und den Ernährungszustand von Kindern? Ergebnisse der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS), Adipositas 1/2012 13-19
- Kilian, Holger (2012). "Präventionsketten" rechnen sich Factsheet zur Wirksamkeit (früher) Unterstützungsangebote für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Factsheet zur Wirksamkeit integrierter kommunaler Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention Gesundheit Berlin-Brandenburg <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/zur-wirksamkeit-frueher-unterstuetzungsangebote>
- Lampert, T. (2010). *Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 5, 2010: 486-497 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut, Berlin
- Mensink, Gert; Kleiser, Christina & Richter, Almut. (2007). Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5), 609–623
- Naul, R., Schmelt, D., Hoffmann, D. (2012). Bewegungsförderung in der Schule – was wirkt? In: Geuter, G., Holleder, A. (Hrsg.): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Bern: Huber.
- Radoschewski M (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 43: 165–189
- Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1998). Assessing health related quality of life in chronically ill children with the german KINDL: First psychometric and content analytical results. Quality of Life Research 7: 399–407
- Ravens-Sieberer U, Gosch A et al. (2001). Quality of Life in children and adolescents – a European public health perspective. Sozial- und Präventivmedizin 46: 297-302
- Rehaag, Regine; Uslucan, Haci-Halil & Aydin-Canpolat, Gönül (2012). Kulinarische Praxen als Medium der Identitätsdarstellung deutscher und türkischer Jugendlicher. (Culinary practices as a medium for identity presentation among German and Turkish youth.) GENDER Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Schwerpunkt 'Ernährung und Geschlecht', 2/2012: 28-47, submitted on 29 Nov. 2011, published on 9 July 2012
- SVR Gesundheit (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009. Baden-Baden: Nomos.
- Tuttle, C. (1999): Childhood and Adolescence, in: Mann, J. und Tuswell, A. S., Essentials of human nutrition 1999. Volume 5 No. 3. Oxford/New York/Tokyo: 481–487.

2. Teilvorhaben Bewegung

2.0 Allgemeine Informationen zum Teilvorhaben

TITEL	Körperliche Aktivität, Motorische Leistungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, Resilienz und Lebensstil bei Kindern
AKRONYM	SKILLS
PROJEKTLEITERIN	Prof. Dr med. Dr. Sportwiss. Christine Graf; Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft, Abt. Bewegungs- und Gesundheitsförderung; Am Sportpark Müngersdorf 6, 50933 Köln, Tel. 0221-4982-5230; Fax 0221-4982-8280, c.graf@dshs-koeln.de
BETEILIGTE GRUPPEN UND INSTITUTIONEN	Prof. Dr. phil. Roland Naul, M.A., Institut für Sportwissenschaft, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Horstmarer Landweg 62 b, 48149 Münster, Tel. 0251 83-34854, Fax: 0251 83-32399, roland.naul@uni-muenster.de
KEY WORDS	Kinder, motorische Fähigkeiten, kommunal-basierte Prävention, körperliche Aktivität, gesunder Lebensstil
PROJEKTDAUER	Für die Durchführung des Teilprojektes ist die Finanzierung von 36 Monaten beantragt.
ZIEL(E)	Gesundheitsförderung in der Kindheit stellt ein zentrales Anliegen im Bereich von Public Health dar und wird heutzutage auf kommunal-basierter Ebene in sogenannten Präventionsnetzwerken (Präventionsketten) implementiert. Aus diesem Grund wird – der Status quo und die Akzeptanz von kommunal-basierten organisierten und nicht-organisiertem Sport und Gesundheitsangeboten sowie die Vernetzung der Settings (z.B. Sportvereine, Kindergärten etc.) unter Berücksichtigung soziokultureller Variablen erhoben, – der Zusammenhang zwischen dem aktuellen Status und der Akzeptanz von Gesundheitsfördermaßnahmen für Kinder sowie dem Zustand nach einem Jahr (Follow up) auf Gesundheitsparameter (BMI/Bauchumfang/Blutdruck; psychische Gesundheit), Lebensstilfaktoren (körperliche Aktivität, Inaktivität/sitzende Tätigkeit, Ernährung) und die motorische Leistungsfähigkeit von Vorschul- bzw. Grundschulkindern untersucht unter Berücksichtigung soziokultureller Variablen.
METHODE	Zwei Quartiere mit jeweils zwei Kindergärten und Grundschulen werden in den beiden Modellkommunen ausgewählt. Experteninterviews und Workshops, Fragebögen für Anwender und Eltern bzw. CATI Interviews und Gruppendiskussionen werden zur Erfassung der Bedarfe, der Wirkung und Akzeptanz bzgl. der vorhandenen Gesundheitsförderungsangebote sowie hemmender und motivierender Faktoren durchgeführt. Der Nutzen für die Kinder wird durch die Erfassung ausgewählter Gesundheitsparameter, die motorische Leistungsfähigkeit sowie psychische Gesundheit per Cluster-Auswahl zu zwei Messzeitpunkten über ein Jahr in drei Altersgruppen (3-4 J. Kindergarten, 6-7 J. Erstklässler und 8-9 J. Drittklässler) untersucht; n=640. Anthropometrischen Daten (BMI, Bauchumfang), Blutdruck und die motorische Leistungsfähigkeit werden mittels validierten motorischen Testverfahren ge-

	messen; Lebensstilparameter (körperliche Aktivität/Inaktivität, sitzendes Verhalten, Ernährung, Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten) sowie psychische Gesundheit werden mittels Elternfragebögen und einem 24-h-Erinnerungsprotokoll (Ernährung) erfasst.
ERWARTETE ERGEBNISSE	Um effektive Interventionen auf körperliche Aktivität / Lebensstil von Kindern zu ermitteln und zu entwickeln, müssen Einflüsse auf einen gesunden aktiven Lebensstil und die Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsprävention gut verstanden und angewendet sein. Die Ergebnisse dieses Teilvorhabens sollen einen Beitrag leisten, das Potenzial individueller und kommunal-basierter Mediatoren und Variablen körperlicher Aktivitätsmuster zu verstehen, die angestrebt werden können, um körperliche Inaktivität und sitzende Freizeitgewohnheiten (z.B. Zeit vor dem Bildschirm) ändern zu können.

2.1 Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs

2.1.1 Gesamtziel des Teilvorhabens

Gesunde Ernährung und körperliche Aktivität beeinflussen maßgeblich die körperliche, psycho-soziale, emotionale und kognitive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (Tortelero et al. 2000; Hills et al. 2007). Der heutige Lebensstil ist jedoch geprägt durch die Bevorzugung audiovisueller Medien, zunehmende Reduktion der körperlichen Aktivität sowie hochkalorischer Kost (Graf et al. 2013). Nachweisbare Folgen für eine kontinuierlich ansteigende Anzahl von Kindern sind Übergewicht und Adipositas, die wiederum mit erheblichen gesundheitlichen Konsequenzen verbunden sind. Neben kardiovaskulären, metabolischen und orthopädischen Störungen finden sich erhebliche psychosoziale Auffälligkeiten, wie eine verringerte Lebensqualität (Tsiros 2009; Schwimmer et al. 2003), negative Emotionen wie Traurigkeit, Einsamkeit, Nervosität, geringes Selbstwertgefühl und soziale Stigmatisierung durch Peers (Strauss 2000). Übergewicht wird häufig mit einem geringeren Gesundheitsstatus, sozialem und schulischem Versagen in Verbindung gebracht (Hill 1995). Übergewichtige Kinder zeigen bereits ab der ersten Schulklasse schlechtere Leistungen in motorischen Testverfahren und nutzen häufiger audiovisuelle Medien (Graf et al. 2004a; Graf et al. 2007). Umgekehrt stehen bereits im Kindesalter viele körperliche und psycho-soziale Benefits in Verbindung mit der körperlichen und motorischen Leistungsfähigkeit (Eisenmann et al. 2007; Sallis et al. 2000). Umso wichtiger ist es, frühzeitig Kinder zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren und in ihren verschiedenen Settings entsprechende Angebote zu offerieren. Das scheint in Kindergarten und Schule bei kommunal vernetzten Angeboten teilweise zu gelingen (vgl. Kriemler et al. 2011; Naul et al. 2012); nicht erreicht werden aber bestimmte Risikogruppen, z.B. Kinder aus Migrantenfamilien und/oder aus Familien mit einem geringen SES (vgl. Lampert et al. 2007). Darüber hinaus finden sich wenige Untersuchungen oder Studien, die einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen unter besonderer Berücksichtigung der

körperlichen Aktivität, motorischen Leistungsfähigkeit und den kindlichen gesundheitlichen bzw. psycho-sozialen Umgebungsbedingungen. Meist werden nur vereinzelte Aspekte untersucht, wie beispielsweise Bewegung und Kognition oder psycho-soziale Faktoren oder kardiovaskuläre/metabolische Parameter etc. Die Infrastruktur eines (präventiven) Netzwerks wird ebenfalls im wissenschaftlichen Kontext kaum berücksichtigt. Dabei scheint, dass integrative und vernetzte Interventionen zur Reduzierung von Übergewicht, sitzendem Verhalten und Inaktivität bis heute weiterhin ignoriert werden (Naul 2012; Wang et al. 2013).

Daher wird mit dem vorliegenden Teilprojektes SKILLS der Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit, den individuellen kindlichen/familiären Lebensstilen, den ausgewählten Gesundheitsparametern (BMI, Bauchumfang, Blutdruck) sowie der motorischen Leistungsfähigkeit in drei verschiedenen Altersgruppen untersucht und erstmals soziokulturelle Variablen und gesundheitsfördernde infrastrukturelle Umgebungsbedingungen berücksichtigt. Zu Beginn soll dies im Querschnitt, dann im Follow-up (1 Jahr danach) analysiert, um mögliche Wechselwirkungen im Rahmen einer longitudinalen Studie zu untersuchen. Ziel ist eine Verbesserung der Evidenzsituation bzgl. der ganzheitlichen Effekte eines gesunden familiären Lebensstils sowie die Überprüfung vorhandener Strukturen in ausgewählten Stadtbezirken. Auf dieser Basis sollen evidenzbasierte Handlungsempfehlungen entwickelt und überprüft werden, die die Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote und deren Vernetzung in Kommunen unterstützen und nachprüfen.

2.1.2 Bezug des Vorhabens zu den förderpolitischen Zielen (z.B. Förderprogramm)

Siehe Beschreibung Koordination (S. 5)

2.1.3 Wissenschaftliche Arbeitsziele des Vorhabens

Die wissenschaftlichen Ziele und damit verbundenen Fragestellungen sollen wie folgt in den ausgewählten Kommunen analysiert werden:

- Wie ist der Status quo der regional organisierten und nicht organisierten Sport- und Gesundheitsangebote unter Berücksichtigung soziokultureller Faktoren, deren Verankerung und Vernetzung innerhalb der Settings?
- Wie ist die Akzeptanz und Wirksamkeit in Bezug auf verschiedene Perspektiven (Experten, Entscheidungsträger, Akteure, Stakeholder, Eltern, Kinder)?
- Wie nehmen verschiedene Zielgruppen (z.B. Experten, Entscheidungsträger, Akteure, Parteiideologen, Eltern, Kinder) die Bedürfnisse, Auswirkungen, Akzeptanz, Barrieren und motivationalen Faktoren der gesundheitsfördernden Angebote wahr?

- Gibt es Unterschiede im kindlichen Lebensstil, Gesundheitsparametern und motorischen Fähigkeiten in Abhängigkeit der Teilnahme an gesundheitsförderlichen Programmen?

2.2 Stand der Wissenschaft

2.2.1 Stand der Wissenschaft¹⁷

Die heutigen Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen haben sich erheblich verändert. Nur 17% bzw. 13% der Jungen und Mädchen erreichen die Empfehlungen der WHO für moderat-intensive Aktivität (Woll et al. 2011). Ähnliche Ergebnisse finden sich aktuell in der internationalen HBSC Studie (HBSC: „health behaviour in school aged-children“) von 2009/10. Werden lediglich Aktivitäten von mindestens moderater Intensität betrachtet, bewegen sich in der deutschen Teilstichprobe nur 14% der 11- bis 15-jährigen Mädchen und 20% der Jungen 60 min pro Tag (Bucksch et al. 2013). Zusätzlich bestätigt sich in der internationalen Gesamtkohorte ein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status (SES) (Borracino et al. 2009); d. h. je geringer der SES, desto geringer die angegebene Aktivitätszeit. Laut dem deutschem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) nutzen 11- bis 17-Jährige durchschnittlich 3,8 h (Jungen) bzw. 2,7 h (Mädchen) täglich audiovisuelle Medien (Lampert et al. 2007). Diese Werte steigen mit dem Alter und der Abnahme des sozioökonomischen Status an. Mangelnde körperliche Aktivität und vermehrte sitzende Tätigkeit sind mit einem Ungleichgewicht des Energiehaushaltes verbunden, das einerseits zu Übergewicht und Adipositas andererseits auch zu einem Rückgang der motorischen Leistungsfähigkeitskapazität führen kann (Graf et al. 2013). Auch unabhängig vom Ernährungsstatus finden sich zunehmende Defizite in fast allen motorischen Hauptbeanspruchungsformen (Graf et al. 2004a, Graf et al. 2004b; Graf et al. 2007).

Die Fitness 10jähriger Kinder zeigt einen deutlichen Rückgang in der Ausdauer, Sprungkraft und Beweglichkeit von 10-20% bei Jungen und Mädchen in einem 20 Jahres-Vergleich zwischen den 1980er und 2000er Jahren (Bös et al. 2001). Daten die mittels shuttle run test bei ca. 130.000 Kindern und Jugendlichen (6-19Jahren) erhoben wurden, zeigen einen jährlichen Rückgang der Ausdauerleistungsfähigkeit um ca. 0,5% (Tomkinson et al. 2003). In einer Kölner Studie erreichten etwa 44-47% der getesteten 1.225 Kindergartenkinder schlechtere Ergebnisse in verschiedenen Koordinations-, Kraft- und Schnelligkeitstests als der Durchschnitt (De Toia et al. 2009). Aufgrund der negativen gesundheitlichen Konsequenzen von Übergewicht und/oder verminderte Fitness/motorische Leistungsfähigkeit wurden in unterschiedlichen Settings entsprechende Gegenmaßnahmen implementiert. Die Vorteile sind

¹⁷ einschließlich alternative Lösungen, der Ergebnisverwertung entgegenstehende Rechte, Informationsrecherchen

vor allem für das Grundschulalter dokumentiert. Naul et al. (2012) untersuchten in einem systematischen Review die Effekte von Bewegungsförderung in der Schule im Zeitraum von 2000 bis 2010. Die Evaluation der Studien ergab drei zentrale Bereiche: a) Bewegungsförderung während des Fachunterrichts der Schulen, b) Bewegungspausen im Schulalltag / Pausensport, c) Bewegungsförderung im Sportunterricht. Rund zwei Drittel aller Publikationen über Interventionsstudien zur Bewegungsförderung beziehen sich auf den Sportunterricht, davon wiederum 90 Prozent in der Primarstufe. Die Ergebnisse sind inkonsistent (Naul et al. 2012): signifikante Verbesserungen (BMI, motorische Leistungsfähigkeit, mehr Bewegungszeiten) bis hin zu Stagnation bzw. Regression. National und international konnte gezeigt werden, dass Förderprogramme, die mehrere Programmkomponenten (Bewegung, Ernährung, Medienkonsum) enthalten und zudem in Netzwerken integriert sind, die über die Schule und die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen hinaus gehen, größere Wirkungen haben als Interventionsmaßnahmen, die sich nur auf das Bewegungs- oder Ernährungsverhalten („Ein-Komponenten-Ansatz“) konzentrierten oder zwar als multimodales Programm, jedoch nur in *einem* Setting (z.B. Schule oder Sportverein oder Familie) angeboten wurden („single setting strategy“). Mittlerweile zeichnet sich außerhalb Deutschlands im Rahmen von Review-Studien ein gewisser Konsens ab, dass „multimodale Ansätze“ kombiniert mit einer „kommunal-basierten cross-sektoralen Strategie“ für Interventionsmaßnahmen bessere Ergebnisse und Effekte im frühen Kindesalter (4-10 Jahren) zeigen als bisherige monodisziplinäre Ansätze und Strategien (vgl. Acker, et.al. 2011; Edginton, et.al. 2013; Kriemler et.al., 2011; Naul et al. 2012a; Wang, et.al., 2013).

Bislang sind kommunal-basierte Programme, die auch die gesamte Lebensspanne von Kindern, v.a. die Schnittstellen zwischen Institutionen wie Kindergarten und Schulen berücksichtigen noch Rarität. Sie haben vielmehr Projektcharakter und kaum ein Programm wird wissenschaftlich begleitet. Außer in den Projekten GKGK (Naul et al. 2012a) und IDEFICS (Haerens et al. 2009) finden sich keine Daten über den gesundheitlichen Nutzen kommunal-basierter Ansätze in Deutschland, die eine abschließende Beurteilung und damit einen qualitätsgesicherten Transfer in andere Kommunen mit klaren Anleitungen und evidenzbasierten Umsetzungs-Empfehlungen erlauben.

Genderspezifische Aspekte

Genderspezifische Unterschiede werden in diesem Teilprojekt ein wichtiger Bestandteil der Datenerhebung und Analyse sein (Elternbefragung, motorische Testverfahren und Ernährungsprotokolle), unter Berücksichtigung unterschiedlicher motorischer Fähigkeiten, Fitness-levels sowie Interessen, um maßgeschneiderte Interventionsprogramme zu entwickeln.

2.2.2 Bisherige Arbeiten des Antragstellers

Die Projektleitung unterliegt der Leiterin der Abteilung für Bewegungs- und Gesundheitsförderung an der Deutschen Sporthochschule Köln; Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft: Frau Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Roland Naul, MA., Institut für Sportwissenschaft, Westfälische Wilhelms-Universität Münster. Die Arbeitsgruppe besteht aus Medizinerinnen, Sportwissenschaftlerinnen und Ökotrophologen und widmet sich der Forschung rund um die Entwicklung eines aktiven Lebensstils und der Prävention von Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Basierend auf den Ergebnissen der bisherigen Kölner Studien, fokussiert auf Kindergärten und Schulen („CHILT – Children's Health Interventional Trial“ und KiMo Kindergarten Mobil) und den bisherigen Essener Untersuchungen („Physical Fitness & Sporting Lifestyle“; „Young People's Lifestyle & Sedentari-ness“; „Gesunde Kinder in gesunden Kommunen, Velen & Winterswijk; 12 DE/NL-Kommunen; „Healthy children in sound communities“, 10 EU-Kommunen), richtet sich in diesem Teilprojekt der Fokus auf die frühe Förderung einer gesunden Entwicklung von Kindern und beinhaltet mehrere Lebensstil-Komponenten im sozialen Umfeld ihrer Kommunen genauso wie eine Kombination der Setting.

Themenbezogene Publikationen der Arbeitsgruppe aus Köln:

- Graf C, Beneke R, Bloch W, Bucksch J, Dordel S, Eiser S, Ferrari N, Koch B, Krug S, Lawrenz W, Manz K, Naul R, Oberhoffer R, Quilling E, Schulz H, Stemper T, Stibbe G, Tokarski W, Völker K, Woll A. (2013): Vorschläge zur Förderung der körperlichen Aktivität im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – ein Expertenkonsens. Monatsschrift Kinderheilkunde 161 (5):439-446
- Graf C: Preventing and treating obesity in pediatrics through physical activity. The EPMA Journal 2011; 2 (3): 261-270.
- Klein, D., Koch, B., Dordel, S., Strüder, H., Graf, C. (2012): The KiMo test: a motor screening for pre-school children aged 3-6 years. Gazzetta Medica Italiana Archivio per le Scienze Mediche 2011 February;171(1):13-26
- Roth K, Mauer S, Obinger M, Ruf KC, Graf C, Kriemler S, Lenz D, Lehman W, Hebestreit H. Prevention through Activity in Kindergarten Trial (PAKT): a cluster randomised controlled trial to assess the effects of an activity intervention in preschool children. BMC Public Health. 2010 Jul 12;10:410.
- De Toia D, Klein D, Weber S, Wessely N, Koch B, Tokarski W, Dordel S, Strüder H, Graf C. Relationship between anthropometry and motor abilities at pre-school age. Obes Facts. 2009;2(4):221-5.

Themenbezogene Publikationen der Arbeitsgruppe WWU Münster:

- Telama, R., Naul, R., Nupponen, H., Rychtecky, A. & Vuolle, P. (2002). Physical Fitness, Sporting Lifestyles and Olympic Ideals: Cross-cultural Studies on Youth Sport in Europe. Schorndorf: Hofmann (vol.11 Sport Science Studies).
- Brettschneider, W.D. & Naul, R. (2004). Study on Young People's Lifestyles and Sedentari-ness and the role of sport in the context of education and as a mean of restoring the balance. <http://ec.europa.eu/sport/documents>

- Naul, R. (2012). European Union multisector strategies to enhance health, physical education and physical activities for children and youth. In: Global Journal of Health and Physical Education Pedagogy, vol. 1, no.1, 22-41.
- Naul, R. Schmelt, D., Dreiskaemper, D., Hoffmann, D. & L'hoir, M. (2012a). „Healthy children in sound communities” (HCSC/gkgk) – a Dutch-German community-based network project to counteract obesity and physical inactivity. In: Family Practice, vol. 29 (suppl 1). 110-116.
- Edginton, Ch., Ming-kai, Ch., Naul, R. & Herring, M.C. (2013). Global Forum for Physical Education Pedagogy 2012: Recommendations for Community-based Networking. In: Asian Journal of Exercise and Sports Sciences, vol. 10, no.1, 1-15.

2.3 Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans - Vorhabenbezogene Ressourcenplanung

2.3.1 Studiendesign und Forschungsmethoden

Für die vier Verbundvorhaben, die die Bereiche Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit und Schuleingangsuntersuchung bearbeiten, werden jeweils zwei Modellkommunen ausgewählt. In jeder Modellkommune werden zwei Quartiere und pro Quartier jeweils zwei Kindergärten und Grundschulen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Die Stichproben für die empirischen Daten (motorische Leistungsfähigkeit; Ernährungsuntersuchung) werden per Clusterauswahl festgelegt¹⁸ (d.h. ganze Kindergartengruppen / Grundschulklassen).

Interviews und Workshops werden mit kommunalen Experten aus den Bereichen Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, Gesundheitswesen, Schule und Bildungswesen, Kultur-, Sport- und sonstige Freizeitangebote zum Stand der Vernetzung sowie den Unterstützungsbedarf durchgeführt.

Angaben zur Bekanntheit von, Teilnahme an und Zufriedenheit mit ausgewählten Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Eltern, ihre Einschätzung zum Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand ihrer Kinder und deren Veränderung im Verlaufe eines Jahres werden in einem fragebogenbasierten, computerunterstützten Telefon-Interview durchgeführt (CATI)¹⁹.

Die Einstellungen, Motive und Erwartungen der Eltern zu Angeboten der Gesundheitsförderung werden in Gruppendiskussionen exploriert, um Zugangsbarrieren und förderliche Faktoren zu identifizieren. Es werden vier Gruppendiskussionen (jeweils zwei in den Modellkommunen Ernährung und Bewegung) von jeweils zwei Stunden Dauer à maximal zehn Teilnehmern/innen möglichst aus vulnerablen Zielgruppen durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgt über Institutionen (Schulen, Kindergarten) in den ausgewählten Quartieren.

¹⁸ Auswahlverfahren werden verwendet, wenn die Population in natürlichen Konglomeraten der Studieneinheiten auftritt.

¹⁹ Die Umfrage wird von geschulten Interviewern der Markt- und Kommunikationsforschungsagentur Hopp & Partner durchgeführt - vom Koordinator organisiert.

Erhebung der Motorik und des Ernährungsverhaltens: In einem Prä-Post-Design werden 640 Kinder aus drei Altersgruppen (I 3-4 Jahre (Kindergarten), II 6-7 Jahre (1. Klasse) und III 8-9 Jahre (3. Klasse)); zu zwei Messzeitpunkten über ein Jahr werden Parameter des Lebensstils (Körperliche Aktivität, Inaktivität) motorische Fähigkeiten und psychische Gesundheit per Elternfragebogen, motorische Testverfahren und ein 24-h-Erinnerungsprotokoll (Ernährung; siehe Tab. 1, S. 44) erfasst. Die Messungen werden von einem Team durchgeführt (12 Testassistenten und ein Testteamleiter). Alle Testassistenten werden im Vorfeld in einer ganztägigen Schulung in der Durchführung der Untersuchungen geschult. Testgeräte und -materialien werden von der Arbeitsgruppe, die für die jeweilige Einrichtung verantwortlich ist, geliefert und stationsweise im Gymnastikraum/in der Turnhalle aufgebaut. Jeder Tester betreut während der Untersuchung zwei Kinder. Die Kinder dürfen nur teilnehmen, wenn ein schriftliches Einverständnis der Eltern vorliegt.

Stichprobe und Statistische Analyse

Die Stichprobengrößenkalkulation dieses Projekts basiert auf veröffentlichten Ergebnissen der Grobmotorik (KTK, Körperkoordinationstest für Kinder; Graf et al. 2004). Der KTK zeigte einen durchschnittlichen Motorik-Quotienten (MQ) von $90,11 \pm 14,56$ in der Gruppe der inaktiven Erstklässler ($n=87$) versus $96,45 \pm 16,29$ in der aktivsten Gruppe ($n=152$). Daraus resultiert eine Stichprobengröße von 68 Kindern pro Altersgruppe, die eine Stärke von 90% darstellt, um einen Unterschied von 6 Einheiten bei einem zweiseitigen t-Test mit einem Signifikanzniveau von 0.05 (basierend auf der Annahme, dass die SD der abhängigen Variablen 15 ist) aufzuzeigen.

Test-parameter	Ziel/motorische Funktionen	Beschreibung	Einheiten	Ref.
Größe Gewicht BMI Taillenumfang	Körperkomposition	- Größe ist an einem Stadiometer der Firma Seca mit einer Genauigkeit von 0,1cm gemessen - Gewicht ist in leichter Bekleidung auf einer Digitalwaage mit einer Genauigkeit von 0,1kg gemessen - BMI (kg/m^2) wird bestimmt - Taillenumfang wird mit einem nicht dehnbaren, flexiblen Maßband mit einer Genauigkeit von 0,1cm mittig zwischen letzter Rippe und der höchsten Stelle des Darmbeinkammes gemessen.	cm kg kg/m^2 cm	KIGGS (Stolzenberg et al. 2007)
Blutdruck	Kardiovaskulärer Risikofaktor	Blutdruck wird nach einer Ruhephase (sitzend) von 5 min am linken Arm auf Herzhöhe mit einem elektronischen Blutdruckgerät der Firma Omron® M-8 gemessen. Der Mittelwert	Systolisch / diastolisch in mmHg	KiGGS (Neuhäuser & Tamm 2007)

		aus 3 Messungen wird in der Auswertung verwendet.		
Körperliche Leistungsfähigkeit/ Motorische Testverfahren				
Seitliches Hin- und Herspringen	Koordination unter Zeitdruck (Ganzkörperkoordination), Schnelligkeit, Kraftausdauer der Beine	Korrekt ausgeführte beidbeinige Sprünge hin und her in 15 s	Sprünge insgesamt	MoMo ²⁰ , DKT ²¹ , Ki-Mo ²²
Einbeinstand	Koordination bei Präzisionsaufgaben: Standgleichgewicht einbeinig	Stand auf einem 3 und 4,5cm breiten hölzernen Balken. Bodenkontakt mit dem Spielbein während einer Minute	Bodenkontakte	MoMo ³ , DKT ⁴ , Ki-Mo ⁵
Standweitsprung	Schnellkraft der unteren Extremitäten/Kraft	Weite von Absprunglinie bis Ferse des hinteren Fußes.	Weite in cm	MoMo ³ , DKT ⁴ , Ki-Mo ⁵
Sit and Reach	Flexibilität (hauptsächlich der Beweglichkeit des Hüftgelenkes und der unteren Wirbelsäule)	Skalenwert wird am weitesten Punkt, den die Fingerspitzen berühren gehalten, abgelesen	Weite in cm	DKT ⁴ , Ki-Mo ⁵
Rückwärtsbalancieren	Koordination bei Präzisionsaufgaben, Rückwärtsbalancieren	Rückwärtsbalancieren auf einem schmäler werdenden breiten Balken von 6.0, 4.5 und 3.0cm	Schritte	MoMo ³
Sit-up ¹	Messung der Kraft der Bauchmuskulatur und der Hüftflexoren	Korrekt ausgeführte Sit-ups in 40 Sekunden	Anzahl in Sekunden	MoMo ³ , DKT ⁴ ,
Liegestütz ¹	Kraftausdauer der Rumpfmuskulatur	Korrekt ausgeführte Liegestütz in 40 Sekunden	Anzahl in Sekunden	MoMo ³ , DKT ⁴ ,
6 min Lauf ¹	Allgemeine aerobe Ausdauer	Zurückgelegte Strecke in 6 Minuten	Strecke in Meter	DKT ⁴ ,
Pendellauf ²	Schnelligkeit und Koordination	Zeit, die für den Pendellauf benötigt wird – Die Distanz von 4 Metern wird vier Mal beim hin und her laufen absolviert	Zeit in Sekunden	KiMo ⁵

¹ Testitems wurden nur in der Grundschule verwendet, ² Testitems wurden nur im Kindergarten verwendet

Tabelle 1 Testparameter, Ziele, Beschreibung und Referenzen

Um eine angenommene Drop-Out Rate von fast 40% zu berücksichtigen, werden 640 Probanden (drei Altersgruppen; zwei Kommunen) eingeschlossen. Die Personen werden bei der Rekrutierung anonymisiert. Die Daten werden mit IBM SPSS Statistics 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) analysiert. Das Signifikanzniveau wird bei $p < 0.05$ festgelegt. Die deskriptive Statistik der anthropometrischen Daten und Ergebnisse des Motoriktests werden analysiert. Eine Analyse der Kovarianzen (ANCOVA) dient dem Vergleich der Unterschiede in Bezug auf einzelne Merkmale innerhalb der Gruppen (z.B. motorische Fähigkeiten und die Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten etc.), adjustiert nach Geschlecht und Alter. Bestehen in mehr als zwei Gruppen (Gewichtsklassifizierung, Klassifizierung der motori-

²⁰ Bös et al. 2004

²¹ Graf et al. 2004b

²² Klein et al. 2012

schen Testergebnisse) statistische Unterschiede und Unterschiede zwischen den zwei Zeitpunkten (T0 versus T1), wird ein ungepaarter t-Test durchgeführt. Die Korrelationen zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen zwei metrischen Variablen werden nach Pearson bestimmt.

2.3.2 Arbeitsplan und Meilensteine

Nachfolgend werden die einzelnen Arbeitsschritte und Meilensteine detaillierter dargestellt.

2.3.2.1 Elternbefragung

siehe Vorhabensbeschreibung Teilprojekt 1 (1.3.2.2, S. 30)

2.3.2.2 Motorik- und Ernährungstests (Kindergarten- und Grundschul Kinder)

siehe Vorhabensbeschreibung Teilprojekt 1 (1.3.2.5, S. 32)

2.3.2.3 Arbeitspakete und Meilensteine im Teilvorhaben Bewegung

Zwei Modellkommunen, mit jeweils zwei Kindertagesstätten und Grundschulen in denen die Eltern/Gruppen befragt werden und die Motoriktest- und Ernährungserhebungen stattfinden, werden in Kooperation mit den anderen Projektteilnehmern im ersten halben Jahr gewählt und rekrutiert. Der Leitfaden für die Gruppendiskussion wird im Anschluss entwickelt und mit den anderen Teilprojekten abgestimmt. Parallel werden die Motorik-Testungen in den jeweiligen Einrichtungen vorbereitet. Ein Testteam wird in Köln und in Münster zusammengestellt um die Testungen durchzuführen; diese Teams erhalten eine erweiterte Schulung und werden während den Testphasen in den Einrichtungen vor Ort sein. Datenerhebung in den Einrichtungen findet fortlaufend ab 2015 statt. Parallel werden die ersten Daten in einer Datenbank mittels SPSS eingegeben und analysiert. Es werden zu mehreren Zeitpunkten Meetings stattfinden, um Ergebnisse zwischen Köln und Münster auszutauschen. Das letzte halbe Jahr wird für die Bearbeitung, den intensiven Austausch mit den anderen Teilprojekten und den Abschlussbericht verwendet.

[illegible]

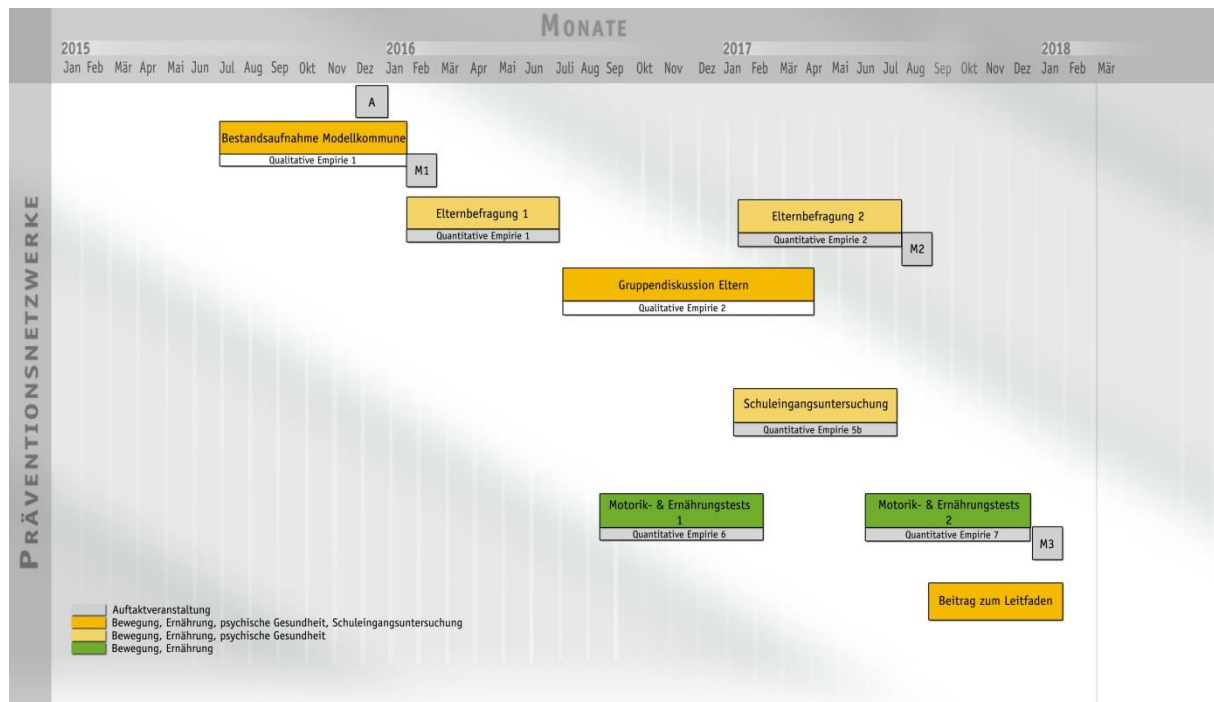


Abbildung 4 Arbeitspakete und Meilensteine im Teilvorhaben Bewegung

Meilensteine

Meilenstein 1 Status Quo Analyse der Gesundheitsförderungsmaßnahmen Bewegung

Meilenstein 2 Analyse Zielgruppe Eltern

Meilenstein 3 Auswertung der Motoriktests und Ernährungsbefragungen

2.4 Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung

Sollten eindeutige Einflussfaktoren mit Bezug zu soziokulturellen Variablen und neue Strategien zur Förderung eines gesunden Lebensstils detektiert werden können, werden alle Bereiche der wissenschaftlichen Veröffentlichung möglich sein. Publikationen in internationalen Fachzeitschriften, die Teilnahme und Präsentation der Ergebnisse in Fachkongressen und Konferenzen sind ebenso geplant wie Fortbildungen und Symposien im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter mit Experten und Anwendern. Darüber hinaus bietet die Menge an Daten – auch zuvor erhobene Motorikdaten – die Möglichkeit, Vergleiche zwischen unterschiedlichen Regionen vorzunehmen.

Weiterhin können im Rahmen der universitären Ausbildung an der Deutschen Sporthochschule Köln/ WWU Münster Studenten Einblick in motorische Testverfahren und weitere Methoden der Evaluation erlangen. Die Einbindung der neuen Erkenntnisse aus dem Teilprojekt in den Unterricht soll Studenten zudem einen wissenschaftlichen Einblick in die Durchführung von solchen Untersuchungen bieten.

Ethische und rechtliche Überlegungen

Datenschutz wird genau verfolgt. Weiterhin wird vor Beginn der Studie bei der Ethikkommission der Deutschen Sporthochschule Köln ein Ethikantrag eingereicht. Die Studie wird nur durchgeführt, wenn der Antrag genehmigt wird. Die Studienteilnehmer/Innen und Eltern werden den Richtlinien entsprechend informiert und um die nötigen Einwilligungen gebeten.

2.5 Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten

2.5.1 Verbundstruktur und Arbeitsteilung

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.1, S. 15)

2.5.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Verbund

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.2, S. 16)

2.5.3 Organisation des Verbunds

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.3, S. 17)

2.6 Notwendigkeit der Zuwendung

Der Antragsteller verfügt nicht über Mittel, um ein Forschungsprojekt zu finanzieren und ist auf eine Förderung angewiesen. Das Vorhaben kann ohne Förderung nicht durchgeführt werden.

Anhang

Literatur

- Acker van R, de Bourdeaudhuij I, de Martelaer K, et al. (2011). Framework for physical activity programs within school-community partnerships. *Quest*;63:300-20.
- Bös K, Worth A et al. (2004). Testmanual des Motorik-Moduls im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts. *Haltung und Bewegung* 24: 6-41.
- Bös K, Opper E, Woll A, Liebisch R, Breithecker D, Kremer B. (2001). Fitness in der Grundschule. *Haltung und Bewegung*;21:4–67.
- Borraccino A, Lemma P, Iannotti RJ, Zambon A, Dalmasso P, Lazzeri G, Giacchi M, Cavallo F: Socio-economic Effects on Meeting Physical Activity Guidelines (2009). Comparisons among 32 Countries. *Med Sci Sports Exerc*;41:749–756.
- Bucksch J, Finne E. (2013). Körperliche Aktivität, Medienkonsum und Ernährungsverhalten im Jugendalter - eine geschlechterspezifische Analyse; in Kolip P, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (eds): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive*. Nationaler Bericht zur WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10. Weinheim Basel, Beltz Juventa, 2013, pp 77.
- De Toia D, Klein D, Weber S, Wessely N, Koch B, Tokarski W, Dordel S, Strüder HK, Graf C (2009).

- Relationship between Anthropometry and Motor Abilities at Pre-School Age. *Obes Facts*;2:221–225.
- Edginton, Ch., Ming-kai, Ch., Naul, R. & Herring, M.C. (2013). Global Forum for Physical Education Pedagogy 2012: Recommendations for Community-based Networking. In: *Asian Journal of Exercise and Sports Sciences*, vol. 10, no.1, 1-15.
- Eisenmann J C, Welk G J, Ihmels M, Dollman J. (2007). Fatness, fitness, and cardiovascular disease risk factors in children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc*; 39: 1251-1256.
- Graf C, Koch B, Kretschmann-Kandel E, Falkowski G, Christ H, Coburger S, Lehmacher W, Bjarnason-Wehrens B, Platen P, Tokarski W, Predel HG, Dordel S. (2004). Correlation between BMI, leisure habits and motor abilities in childhood (CHILT-Project). *Int J Obes Relat Metab Disord*;28:22–26.
- Graf C, Koch B, Dordel S, Schindler-Marlow S, Icks A, Schüller A, Bjarnason-Wehrens B, Tokarski W, Predel HG. (2004b) Physical activity, leisure habits and obesity in first-grade children. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*;11:284–290.
- Graf C, Jouck S, Koch B, Staudenmaier K, Schlenk D, Predel HG, Tokarski W, Dordel S. (2007). Motorische Defizite – wie schwer wiegen sie?: Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschr Kinderheilkd*;155:631–637.
- Graf C, Beneke R, Bloch W, Bucksch J, Dordel S, Eiser S, Ferrari N, Koch B, Krug S, Lawrenz W, Manz K, Naul R, Oberhoffer R, Quilling E, Schulz H, Stemper T, Stibbe G, Tokarski W, Völker K, Woll A. (2013). Vorschläge zur Förderung der körperlichen Aktivität im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – ein Expertenkonsens. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 161 (5):439-446
- Haerens L, De Bourdeaudhuij I, Barba G, Eiben G, Fernandez J, Hebestreit A, Kovács E, Lasn H, Regber S, Shiakou M, De Henauw S; IDEFICS consortium. (2009). Developing the IDEFICS community-based intervention program to enhance eating behaviors in 2- to 8-year-old children: findings from focus groups with children and parents. *Health Educ Res*; 24(3):381-93
- Hill A, Silver E. (1995). Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children's perception of body shape stereotypes. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*;19:423–30.
- Hills A P, King N A, Armstrong T P. (2007). The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of children and adolescents: implications for overweight and obesity. *Sports Med* 37:533-545
- Klein, D., Koch, B., Dordel, S., Strüder, H., Graf, C. (2012). The KiMo test: a motor screening for pre-school children aged 3-6 years. *Gazzetta Medica Italiana Archivio per le Scienze Mediche*;171(1):13-26
- Kriemler, S.; Meyer, U.; Martin, E.; Van Sluijs, EMF.; Andersen, LB; Martin, BW (2011). Effect of school-based interventions on physical activity and fitness in children and adolescents: a review of reviews and systematic update. *Br J Sports Med*;45:923-930
- Kurth BM, Schaffrath Rosario A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl*;50:737–743.
- Lampert T, Sygusch R, Schlack R. (2007). Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. *Bundesgesundheitsbl*;50:643–652.
- Naul R, Schmelt D, Hoffmann D. (2012a). Bewegungsförderung in der Schule - was wirkt? In: G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.) *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 229-245). Bern:Huber

- Naul, R. (2012b). European Union multisector strategies to enhance health, physical education and physical activities for children and youth. In: *Global Journal of Health and Physical Education Pedagogy*, vol. 1, no.1,22-41.
- Naul R, Schmelt D, Dreiskaemper D, Hoffmann D, l'Hoir M (2012). 'Healthy children in sound communities' (HCSC/gkgk) - a Dutch-German community-based network project to counteract obesity and physical inactivity. *Fam Pract*;29(suppl 1):i110-116
- Neuhauser H, Thamm M. (2007). Blutdruckmessung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Methodik und erste Ergebnisse. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50 (5-6): 728-735.
- Sallis J F, Prochaska J J, Taylor WC. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc* 32:963-975
- Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*; 289(14):1813-9
- Strauss RS. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*;105(1):e15
- Stolzenberg, H.; Kahl, H.; Bergmann, KE. (2007). Body measurements of children and adolescents in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50:659–669
- Tomkinson GR, Leger LA, Olds TS, Cazorla G. (2003). Secular trends in the performance of children and adolescents (1980-2000): an analysis of 55 studies of the 20m shuttle run test in 11 countries. *Sports Med*;33:285–300
- Tortelero S R, Taylor W C, Murray N G. (2000). Physical activity. physical fitness and social. psychological and emotional health. In: Armstrong N, van Mechelen W (Hrsg.) *Paediatric Exercise Science and Medicine*. Oxford: Oxford University Press 273–293
- Tsiros MD, Olds T, Buckley JD, Grimshaw P, Brennan L, Walkley J, Hills AP, Howe PR, Coates AM. (2009). Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Int J Obes (Lond)*; 33(4):387-400.
- Wang Y, Wu Y, Wilson RF, Bleich S, Cheskin L, Weston C, Showell N, Fawole O, Lau B, Segal J. (2013). Childhood Obesity Prevention Programs: Comparative Effectiveness Review and Meta-Analysis. Comparative Effectiveness Review No. 115. (Prepared by the Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10061-I.) AHRQ Publication No. 13-EHC081-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- Woll A, Kurth BM, Oppen E, Worth A, Bös K. (2011). The 'Motorik-Modul' (MoMo): physical fitness and physical activity in German children and adolescents. *Eur J Pediatr*;170:1129–1142.

3. Teilvorhaben Gesundheit bei Schuleingang

3.0 Allgemeine Informationen zum Teilvorhaben

TITEL	Gesundheit bei Schuleingang - die Rolle kommunaler, lebenslaufbezogener Präventionsnetzwerke ('Präventionsketten') für sozial benachteiligte Kinder
AKRONYM	CoLiPre (Health at school entrance – the role of community based and life course oriented prevention networks for vulnerable children)
PROJEKTLEITERIN	Dr. Simone Weyers & Prof. Dr. Nico Dragano, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum - Centre for Health and Society (CHS), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Postfach 10 10 07, 40001 Düsseldorf, Tel.: +49-0211-81-14825, Fax: +49-0211-81-12390, Email: weyerss@uni-duesseldorf.de
PARTNER	-
KEY WORDS	gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheit von Kindern, Lebenslauf, kommunale Gesundheitsförderung, Epidemiologie, Forschungsmethoden
PROJEKTDAUER	36 Monate
ZIEL(E)	Kommunale, lebenslaufbezogene Präventionsnetzwerke ('Präventionsketten') stellen einen neuen Ansatz in der Förderung von Kindergesundheit dar. Ziel ist es, eine aufeinander abgestimmte und durchgängige Gesundheitsförderung anzubieten, in der die einzelnen Maßnahmen ineinandergreifen. Über die Teilnahme vulnerabler Familien an Präventionsnetzwerken ist wenig bekannt, dies gilt ebenso für die Effekte der Inanspruchnahme auf die Kindergesundheit. Im vorliegenden Teilvorhaben sollen folgende Fragen untersucht werden: 1. Nehmen vulnerable Familien und deren Kinder an Präventionsnetzwerken teil? 2. Wie können vulnerable Familien und deren Kinder zu kontinuierlicher Teilnahme an kommunalen, lebenslaufbezogenen Präventionsprogrammen motiviert werden? 3. Ist die Teilnahme an Präventionsnetzwerken mit einer verbesserten Gesundheit des Kindes bei Schuleintritt verbunden? 4. Auf welche Weise können die routinemäßig erhobenen Daten der Schuleingangsuntersuchung zur Bewertung von Präventionsnetzwerken herangezogen werden (Frage 1-3)?
METHODEN	In der Studie werden folgende Methoden kombiniert: Es werden rund 10.000 Erstklässler aus zwei Kommunen eingeladen. Bei der Schuleingangsuntersuchung werden Informationen zur Teilnahme an Präventionsnetzwerken in den vergangenen sechs Jahren gewonnen. Diese Daten werden mit dem Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder in Beziehung gesetzt. Mithilfe von Experteninterviews werden Chancen und Grenzen der Schuleingangsuntersuchungen im Hinblick auf die Bewertung der Prävention epidemiologisch relevanter Gesundheitsprobleme ermittelt. Ergänzend werden in Gruppendiskussionen mit Eltern und Fachleuten Motivationen und Erfahrungen bzgl. der Teilnahme an Präventionsnetzwerken

	exploriert, wobei besonderes Augenmerk auf vulnerablen Familien liegt. Eine systematische Literaturrecherche gibt Hinweise auf die 'Rekrutierung' vulnerabler Familien und die Einflüsse kommunaler Präventionsnetzwerke auf die Kindesgesundheit.
ERWARTETE ERGEBNISSE	Die Studie will nicht nur den (möglichen) Gesundheitsgewinn durch Präventionsnetzwerke abschätzen, sondern auch Verfahren entwickeln, die den Gemeinden die Nutzung ihrer Routine-Gesundheitsdaten für eine stetige Evaluierung ermöglicht.

3.1 Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs

3.1.1 Gesamtziel des Teilvorhabens

Soziale Ungleichheit bei der Gesundheit von Kindern ist in Deutschland gut belegt (Richter et al., 2008; RKI & BZgA, 2008). Zur Verringerung dieser Ungleichheit sind immer wieder Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder durchgeführt worden. Allerdings hält sich der Erfolg einzelner Interventionen in Grenzen, insbesondere bei langfristiger Betrachtung. Um die Grenzen von Einzelmaßnahmen zu überwinden, sollten Interventionen in kommunalen Netzwerken koordiniert und verknüpft sein (RKI & BZgA, 2008).

In Deutschland stellen kommunale, lebenslaufbezogene Präventionsnetzwerke ('Präventionsketten') eine Neuerung im Hinblick auf bestehende Unterstützungsangebote dar. Sie zielen auf eine koordinierte und kontinuierliche Unterstützung durch die Verknüpfung einzelner Maßnahmen und Settings, wie Geburtskliniken, Gemeindezentren oder Tagespflegeeinrichtungen ab. Bezogen auf die Lebenslaufperspektive der Kindesgesundheit sollen Familien und ihre Kinder von Geburt an unterstützt werden und dies mit besonderem Augenmerk auf die speziellen Bedürfnisse der Zielgruppe (LVR Landesjugendamt Rheinland, 2011).

Viele Gemeinden haben inzwischen mit der Entwicklung von Präventionsnetzwerken begonnen. Obschon man davon ausgehen kann, dass die Kindesgesundheit von der Vernetzung entsprechender Akteure/Interventionen profitiert, steht der wissenschaftliche Nachweis der Effektivität oder gar Überlegenheit zu konventionellen (einzelnen, nicht vernetzten) Interventionen noch aus (Killian, 2012). Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass sozial benachteiligte Familien in Präventionsprogrammen unterrepräsentiert sind (Bauer & Bittlingmayer, 2005; Von dem Knesebeck et al., 2009). Über die Voraussetzungen für eine langfristige Beteiligung von vulnerablen Familien, die eine Kernzielgruppe der Präventionsnetzwerke darstellen, ist nur wenig bekannt. Ein Grund für die mangelhafte Studienlage ist, dass prospektive Studien, die die gesundheitlichen Auswirkungen von komplexen Interventionen bewerten, zeit- und ressourcenaufwendig sind. Daher werden innovative Methoden benötigt, die eine ökonomische Datengewinnung und -auswertung ermöglichen. In Deutschland ist das Gesundheits-Monitoring gut etabliert und bietet eine große Auswahl an routinemäßig erfassten Gesund-

heitsdaten. In Kombination mit diesen Gesundheitsdaten könnten große Evaluationsstudien effizient durchgeführt werden. Für die vorliegende Studie haben wir die Schuleingangsuntersuchung (SEU) als Hauptdatenquelle zum Kindergesundheits-Monitoring gewählt. Diese Untersuchung wird zur retrospektiven Erhebung der Teilnahme an Präventionsprogrammen herangezogen, die mit Kindergesundheit und Entwicklungsstatus in Bezug gesetzt werden.

3.1.2 Bezug des Vorhabens zu den förderpolitischen Zielen (z.B. Förderprogramm)

Siehe Beschreibung Koordination (S. 5)

3.1.3 Wissenschaftliche Arbeitsziele des Vorhabens

Die vorliegende Studie befasst sich mit folgenden Fragen:

1. Nehmen vulnerable Familien und deren Kinder an Präventionsnetzwerken teil?
2. Wie können vulnerable Familien und deren Kinder zur kontinuierlichen Teilnahme an kommunalen lebenslaufbezogenen Präventionsprogrammen motiviert werden?
3. Ist die Teilnahme an Präventionsnetzwerken mit einer verbesserten Gesundheit des Kindes bei Schuleintritt verbunden?
4. Auf welche Weise können die routinemäßig erhobenen Daten, z. B. die der Schuleingangsuntersuchung, zur Bewertung von Präventionsnetzwerken die auf Kindergesundheit zielen herangezogen werden (Frage 1-3)?

Dies führt zu folgenden Forschungsfragen:

- Ad 1. Wie viele Familien nehmen an Präventionsnetzwerken teil? Nehmen vulnerable Familien an Präventionsnetzwerken teil? Nehmen vulnerable Familien kontinuierlich an Präventionsnetzwerken teil?
- Ad 2. Wie werden Präventionsnetzwerke von vulnerablen Familien wahrgenommen und bewertet? Wie werden Präventionsnetzwerke von vulnerablen Familien erlebt und wie wird dies von Fachleuten bewertet?
- Ad 3. Führt die Teilnahme an einer spezifischen Intervention zu einem besseren Gesundheitsergebnis bei der Schuleingangsuntersuchung (Spezifität)? Führt die Teilnahme an mehreren Interventionen zu einer besseren Gesundheit bei Schuleintritt (Dosis-Wirkungs-Beziehung)? Gibt es einen Unterschied zwischen professionell angeleiteter Teilnahme an Präventionsnetzwerken und individuell ausgewählter Teilnahme an Interventionen im Hinblick auf die Gesundheit bei Schuleintritt? Führen Präventionsnetzwerke in der Wahrnehmung der Eltern zu verbesserter Gesundheit des Kindes? Führen Präventionsnetzwerke in der Wahrnehmung der Fachleute zu verbesserter Gesundheit des Kindes?

Ad 4. Gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse zur Frage, ob aus Schuleingangsuntersuchungen gewonnene Routinedaten zur Beurteilung des Gesundheitsgewinns durch Präventionsnetzwerke herangezogen werden können? In wie weit werden in der Schuleingangsuntersuchung epidemiologisch relevante Gesundheits- und Entwicklungsstörungen der Kindheit dokumentiert? Was sollte zusätzlich in die Schuleingangsuntersuchung aufgenommen werden, um den Gesundheitsgewinn von Präventionsnetzwerken zu ermitteln?

Die Ergebnisse werden Aufschluss darüber geben, wie sozial benachteiligte Gruppen für kommunale Präventionsnetzwerke gewonnen werden können. Zudem werden Anwendungsmöglichkeiten von Routinedaten bei der Evaluation von Präventionsnetzwerken hinsichtlich ihres gesundheitlichen Zugewinns aufgezeigt.

3.2 Stand der Wissenschaft²³

3.2.1 Stand der Wissenschaft

In Deutschland steckt die Implementierung von kommunalen lebenslaufbezogenen Präventionsnetzwerken noch in den Kinderschuhen. So werden diese Netzwerke hinsichtlich Gesundheit kaum evaluiert, ganz zu schweigen von einer Durchführung sozial-differentieller (stratifizierter) Analysen. Die meisten Leuchtturm-Beispiele für kommunale Prävention beruhen eher auf Praxiswissen als auf empirischer Evidenz (Stith et al., 2006). Es gibt Hinweise, dass sich ‚kommunale‘ Prävention günstig auf die Gesundheit auswirkt, etwa im Bereich der Adipositas (jedoch ohne sozial-differentielle Analyse; Bleich et al., 2013). Allerdings wurden diese Effekte durch aufwändige Studiendesigns gemessen.

In den vergangenen zehn Jahren wurden Routinedaten zunehmend für epidemiologische Studien verwendet. Allerdings werden diese immer noch unzureichend genutzt. Dies spiegelt ein mangelndes Bewusstsein über verfügbare Daten und fehlende Expertise im Umgang mit diesen Daten und ihrer Verknüpfung wider (Anandan et al., 2006). Trotz einiger Einschränkungen (Weßling, 2000) haben Gesundheitsdaten, wie etwa aus der Schuleingangsuntersuchung (SEU) ein großes Potenzial. Bei der Erhebung der Daten kann rückwirkend die Beteiligung an Präventionsprogrammen gemessen und mit dem Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder in Verbindung gesetzt werden. Außerdem erfasst die SEU regulär den sozioökonomischen Status der Eltern, sodass eine sozial-differentielle Perspektive integriert werden kann.

²³ einschließlich alternative Lösungen, der Ergebnisverwertung entgegenstehende Rechte, Informationsrecherchen

Genderspezifische Aspekte

Im vorliegenden Forschungsprojekt werden **explizit soziale Determinanten von Gesundheit fokussiert**. Soziale Ungleichheit von Gesundheit ist in ganz Europa dokumentiert. Je niedriger Ausbildung, Einkommen und berufliche Stellung einer Person sind, desto schlechter ist deren Gesundheit. Gesundheitliche Ungleichheit ist in erheblichem Ausmaß in allen europäischen Ländern zu beobachten (Mackenbach, 2006). Gesundheits- und Präventionsverhalten spielen unter den Erklärungsansätzen für gesundheitliche Ungleichheit eine große Rolle (Mielck, 2000). Dennoch sind die sozialen Determinanten dieser Unterschiede im Gesundheits- und Präventionsverhalten nicht ausreichend geklärt (Weyers et al., 2010). Darüber hinaus ist es für die Steigerung der Wirksamkeit von Prävention entscheidend, die Geschlechter-Perspektive mit einzubeziehen. Es hat sich herausgestellt, dass Jungen und Mädchen sich in Gesundheitsverhalten und Verhaltensstörungen erheblich unterscheiden (Hölling et al, 2007; Hölling & Schlack, 2007). Auch im späteren Leben zeigen Männer ein anderes Präventionsverhalten als Frauen (Kolip, 2012).

3.2.2 Bisherige Arbeiten des Antragstellers

Die Antragsteller sind erfahren in Planung, Durchführung und Auswertung von epidemiologischen Studien mit großen Probandenzahlen (z.B. n = 4.814 in der Heinz Nixdorf Recall Studie; voraussichtlich n = 6.536 in der Heinz Nixdorf Recall Multi-Generationen Studie; n = 10.000 in der Deutschen Nationalen Kohorte Studie, lokale Stichprobe). Sie haben Instrumente zur prospektiven und retrospektiven Erhebung sozialepidemiologischer Primärdaten konzipiert (Dragano et al, 2007; Stang et al., 2005). Darüber hinaus haben sie an der Auswertung von Sekundärdaten (SHARE-Studie, Dragano et al., 2011) und Routinedaten (AeKo, DGUV-Projekt FP-295) mitgearbeitet. Sie haben die Verbreitung des Lebenslauf- Ansatzes bei der Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland gefördert (Dragano, 2007).

Im Hinblick auf die Forschungsmethoden ist darauf hinzuweisen, dass Ergebnisse und Erfahrungen aus einem Pilotprojekt, das in der Stadt Dormagen von 2013 bis 2014 durchgeführt wurde, in das Arbeitsprogramm dieser Studie aufgenommen werden.

Weitere Kooperationen und Strukturen, die der vorliegenden Studie von Nutzen sind, werden in der Beschreibung des Konsortiums (2.2 Bisherige Arbeiten der Antragsteller, S. 8) aufgeführt.

Themenbezogene extern geförderte Projekte

VW Studie (2008-2010): Wenn die Stadt krank macht - soziale und Umwelteinflüsse auf die Gesundheit älterer Menschen (Jöckel KH, Hoffmann B, Dragano N; Volkswagen Stiftung: 111.600 €)

Joschi Studie (2010 – 2011): Evaluation eines Aktionsprogrammes zur Verbesserung der Ernährung sozial benachteiligter Kinder (Weyers S; Förderung: Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz: 238/10: 37.460 €)

Arbeitsmedizin in epidemiologischen Studien: Entwicklung eines Forschungsprotokolls für die Nationale Kohorte und aktuelle Studien zur Arbeitsmedizin (Jöckel KH, Dragano N, Erbel R, Moebus S; Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: 1.437.116 €)

Heinz Nixdorf Recall Mehrgenerationenstudie (2012-2016): Bevölkerungsbasierte Forschung als Basis für Prävention (Erbel R, Jöckel KH, Dragano N, Moebus S, Stang A; Förderung: Heinz Nixdorf Recall Stiftung: 3.120.315 €)

Dormagen Studie (2013-2014): Evaluation von Präventionsketten in Dormagen (Weyers S, Wahl S; Förderung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA: 32.673 €)

Themenbezogene Veröffentlichungen

Brussig M, Dragano N, Mümken S (2014) Health promotion for unemployed jobseekers: New developments in Germany. Health Policy Feb;114(2-3):192-9.

Dragano N, Lampert T, Siegrist J (2010) Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? In: Sachverständigenkommission 13. Kinder und Jugendbericht (Hrsg.) Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S. 11-50.

Wahl S, Möhlenkamp S, Erbel R, et al. (2013). Screening results for subclinical coronary artery calcification in asymptomatic individuals in relation to a detailed parental history of premature coronary heart disease. Eur J Epidemiol, 28(4), 301-310.

Weyers S, Dragano N, Richter M, Bosma H (2010) How does socio economic position link to health behaviour? Sociological pathways and perspectives for health promotion. Glob Health Promot. 17:25-33.

Weyers S, Richter M (2013). Prävention gesundheitlicher Ungleichheiten. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber, 382-390.

3.3 Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans - Vorhabenbezogene Ressourcenplanung

3.3.1 Systematische Literaturrecherche

Zunächst wird auf Basis einer systematischen Literaturrecherche der internationale Forschungsstand dargestellt. Diese Recherche bezieht sich (1) auf die effektive Rekrutierung von vulnerablen Familien für kommunale und lebenslaufbezogene Präventionsnetzwerke für Kinder, (2) den Einfluss von Präventionsnetzwerken auf die Gesundheit von Kindern und (3) auf Methoden, die verwendet werden, um diesen Einfluss im Hinblick auf Routinedaten zu dokumentieren. Ergebnisse und Wissenslücken, die in diesem Prozess identifiziert werden, fließen in die weitere Forschungsarbeit ein.

3.3.2 Studiendesign

Wir führen eine retrospektive Kohortenstudie durch, in der (N = 10.000) Eltern über die Teilnahme ihrer Kinder an Präventionsnetzwerken innerhalb der letzten sechs Jahre befragt werden. Die Ergebnisse werden dann mit dem Gesundheits- und Entwicklungsstand des Kindes bei Schuleingang in Beziehung gesetzt. Die Studie wird in der Stadt Düsseldorf und

in zwei weiteren Gemeinden durchgeführt (N = 4.750 Erstklässler in Düsseldorf, N = 5.000 in zwei anderen Gemeinden, die über das KeKiz Programm ermittelt werden, siehe Teil A, Kapitel 2.1, S. 7).

3.3.3 Quantitative Methode ‚Schuleingangsuntersuchung‘

Vor Schuleintritt ist die SEU für alle Erstklässler obligatorisch. Sie wird von den örtlichen Gesundheitsbehörden in den Monaten zuvor durchgeführt. Die Untersuchung dient dazu, den körperlichen und kognitiven Entwicklungsstand der Erstklässler zu beurteilen, um in einem frühen Stadium Gesundheits- und Entwicklungsprobleme zu identifizieren, die den Schulbesuch erschweren könnten. Soziodemografische und sozioökonomische Daten, wie Familienstand und Ausbildung der Eltern, werden ebenfalls erfragt. Die Daten werden gesammelt und vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen für die vorliegende Studie zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen der SEU werden alle Eltern angesprochen, an unserer Umfrage teilzunehmen, um ihre Teilnahme an und ihre Zufriedenheit mit ausgewählten Präventionsprogrammen, die in den letzten sechs Jahren in der Gemeinde durchgeführt wurden, zu erheben. Mit Hilfe einer Identifikationsnummer werden die Befragungsdaten mit den Gesundheitsdaten des Kindes aus der Schuleingangsuntersuchung verknüpft. Dieses Verfahren wird mit Einverständnis der örtlichen Behörden - und gemäß Richtlinien der 'GPS - Gute Praxis für Analysen von Sekundärdaten' - angewendet.

Auf Grundlage unserer Datenanalyse werden wir zunächst soziodemografische und sozioökonomische Merkmale der Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer an Präventionsnetzwerken beschreiben. Anschließend wird die Studienpopulation in zwei Untergruppen unterteilt. In Gruppe 1 werden diejenigen Eltern/Kinder, die an Präventionsprogrammen teilgenommen haben (Studiengruppe) eingeordnet und in Gruppe 2 diejenigen Eltern/Kinder, die nicht teilgenommen haben (Kontrollgruppe). Beide Gruppen werden im Hinblick auf die Gesundheit des Kindes in der SEU verglichen. Es werden drei Arten von 'Teilnahme an Präventionsprogrammen' unterschieden: einzelne Interventionen, kumulierte Interventionen und professionell begleitete Teilnahme an Präventionsnetzwerken. Die Gesundheit der Kinder wird definiert über Einzelindikatoren für körperliche / kognitive Entwicklung und kumulierte Wirkung auf die körperliche / kognitive Entwicklung.

Der Förderbedarf, resultierend bspw. aus einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES) oder anderen Vulnerabilitätsfaktoren, hat sowohl Einfluss auf die Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen (Exposition) wie auch auf die Kindergesundheit (Outcome). Die oben beschriebene Analyse wird somit nach dem Förderbedarf stratifiziert. Sozioökonomische Indikatoren werden aus der Schuleingangsuntersuchung gewonnen, Vulnerabilität über eine

Reihe von Variablen operationalisiert, wie Teenager-Schwangerschaften, alleinstehende Mutter bei der Geburt, Frühgeburt oder Behinderungen in der frühen Kindheit.

Es wird ein detaillierter Methodenbericht erstellt, um Stärken (z.B. vollständige Abdeckung der Kohorten, ökonomische Beurteilung) und Einschränkungen (z.B. rückwirkende Bewertung, Non-Response) des Forschungsansatzes darzustellen.

3.3.4 Qualitative Methode ‚Prozess-Evaluation‘

Da wir davon ausgehen, dass in unserer quantitativen Untersuchung Familien mit niedrigem SES unterrepräsentiert sind, versuchen wir diese zusätzlich durch Interviews zu erreichen. Für die Auswertung von komplexen Gesundheitsmaßnahmen empfiehlt es sich, quantitative und qualitative Methoden miteinander zu kombinieren. Das erlaubt uns, verschiedene Aspekte des Prozesses, wie Rekrutierung der Zielgruppen, Erreichbarkeit, kontinuierliche Nutzung oder Barrieren (Linnan & Steckler, 2002; Saunders et al., 2005) zu beurteilen. Um sie zu untersuchen werden Gruppendiskussionen mit Eltern und Fachkräften in den beteiligten Kommunen durchgeführt. Die Teilnehmer werden in den Einrichtungen (Kindertagesstätten, Vereinen etc.) rekrutiert. Ausgebildete Moderatoren werden die Diskussionen moderieren. Alle Diskussionen werden aufgezeichnet, transkribiert und kodiert. Aspekte die von Eltern und Fachkräften eingebracht werden, werden entsprechend gruppiert und gewichtet. Am Ende werden die Ergebnisse mit denen der quantitativen Erhebung trianguliert. Darüber hinaus werden wir Experteninterviews führen, um so Möglichkeiten und Grenzen der Schuleingangsuntersuchung hinsichtlich der Bewertung von Auswirkungen der Präventionsprogramme auf die Gesundheit zu erforschen. Ein Kreis von Experten, wie z.B. Kinderärzte und Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes, wurde bereits ermittelt.

3.3.5 Arbeitsplan und Meilensteine

In den drei Jahren werden wir wie folgt vorgehen: In den ersten sechs Monaten werden wir den Bestand der vorhandenen Präventionsnetzwerke in den drei beteiligten Kommunen ermitteln. Darüber hinaus führen wir Experteninterviews zu Grenzen und Möglichkeiten der SEU im Hinblick auf unsere Fragestellung. Der erste Meilenstein (M1) besteht in der Rückmeldung an und dem Informationsaustausch mit dem Konsortium.

Danach werden wir die quantitativen (SEU) und die qualitativen Erhebungen (Gruppendiskussionen mit Eltern und Fachleuten in den zwei Kommunen) durchführen und die Ergebnisse mit dem Konsortium diskutieren (M2). Wir versenden die Fragebögen zusammen mit den Einladungen zur SEU an die Eltern der zukünftigen Erstklässler. Es folgen Datenanalyse, Berichterstattung und Austausch mit dem Konsortium (M3). Erste Ergebnisse der Studie werden in einem wissenschaftlichen Workshop diskutiert (M4). Abschließend werden die

Ergebnisse den Kommunen zur Verfügung gestellt und veröffentlicht (siehe APPENDIX B: Arbeitsplan, S. 62).

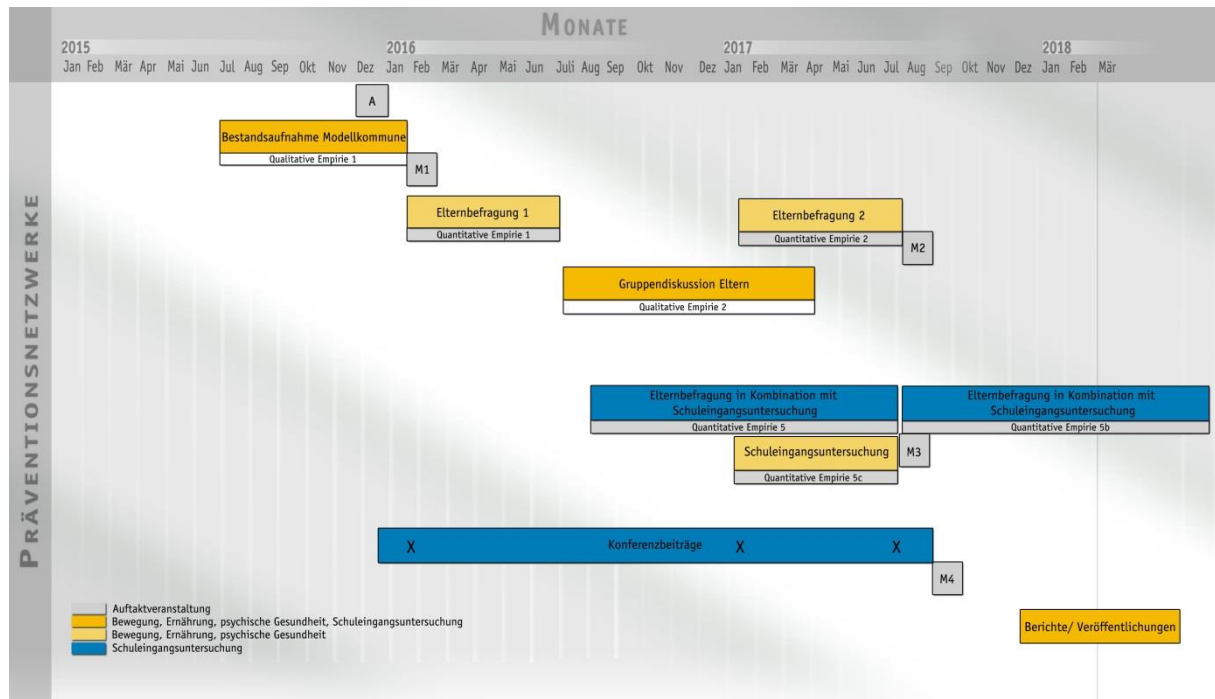


Abbildung 5 Arbeitspakete und Meilensteine im Teilvorhaben Gesundheit bei Schuleingang

- M1 Rückmeldung an und Informationsaustausch mit dem Konsortium.
- M2 Diskussion Ergebnisse quantitative (SEU) und qualitative Erhebungen (Gruppendiskussionen mit Eltern und Fachleuten in zwei Kommunen) mit dem Konsortium
- M3 Datenanalyse, Berichterstattung und Austausch mit dem Konsortium
- M4 Ergebnispräsentation wissenschaftlicher Workshop

3.4 Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir nicht nur die **Routine-Gesundheitsdaten der SEU** unseres Teilvorhabens, sondern auch **die aller anderen Gemeinden**, die im Rahmen des gesamten Konsortiums teilnehmen, **analysieren**. Durch die Analyse der sozio-ökonomischen und gesundheitlichen Faktoren der gesamten Erstklässler-Kohorte können die Interviews mit den Eltern in allen Gemeinden entsprechend validiert werden. In unseren eigenen Gruppendiskussionen werden wir von der Expertise unserer Netzwerkpartner bei kultursensiblen Interviews profitieren. Schließlich wird die Zusammenschau einzelner Gemeinden, Zielgruppen und Gesundheitsaspekte zu vertieften Erkenntnissen führen.

Methoden und Ergebnisse werden in internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht und auf Kongressen vorgestellt. Im Einzelnen werden sie in den folgenden professionellen Netzwerken verbreitet:

Centre for Health and Society: Forschungs- und Lehrereinheit an der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf. Die Antragsteller aus dem Institut für Medizinische Soziologie arbeiten mit den Instituten für Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin und Sozialmedizin, Biometrie und Epidemiologie und dem Funktionsbereich Public Health in diesem Zentrum interdisziplinär zusammen. Das Zentrum hält ein **Doktorandenkolloquium** und wird die Ergebnisse an junge Wissenschaftler vermitteln.

Stadt Düsseldorf: Die Antragsteller sind Mitglied der "Gesundheitskonferenz" der Landeshauptstadt. Die Studie und ihre Ergebnisse werden **am runden Tisch den Akteure der Gesundheitspolitik** vorgestellt.

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS): Die Antragsteller sind an der Vorstandsarbeit der DGMS beteiligt, leiten die nationale Arbeitsgruppe zur Entwicklung **epidemiologischer Methoden** („AG Methoden“) und konzipieren Workshops für die Jahreskongresse. Dies bietet eine hervorragende Gelegenheit, innovative Methoden vorzustellen und mit wissenschaftlichen Kollegen zu diskutieren.

Kooperationsnetzwerk 'Gesundheitliche Chancengleichheit': Die Antragsteller sind Mitglied des Kooperationsverbundes der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundes- und Landesverbände für Gesundheit, Krankenkassen und Ärzte, Wohlfahrtsverbände und weiteren Partnerorganisationen mit dem zentralen Ziel, "Good Practice" in Maßnahmen zur **Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte** zu stärken und zu verbreiten. Dieses Netzwerk bietet viele Möglichkeiten, Ergebnisse zu präsentieren und zu diskutieren (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Kongress 'Armut und Gesundheit': Der jährlich stattfindende Kongress hat eine große Reichweite und versammelt Gesundheitswissenschaftler aus verschiedenen Bereichen und politische Entscheidungsträger aus Kommunen, Bundesländern und Bundesinstitutionen. Die Antragsteller planen, dort einen **Workshop für kommunale Experten** auszurichten zum Thema, wie aus Routinedaten sozial-epidemiologische Erkenntnisse gewonnen und Gesundheitsmaßnahmen bewertet werden können.

Ethische und rechtliche Überlegungen

Es werden die Leitlinien der guten klinischen Praxis (GCP) angewendet. Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf hat das Pilotprojekt zu dieser Studie zugelassen. Bei Finanzierung wird das Ethikvotum eingeholt werden.

3.5 Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten

3.5.1 Verbundstruktur und Arbeitsteilung

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.1, S. 15)

3.5.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Verbund

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.2, S. 16)

3.5.3 Organisation des Verbunds

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.3, S. 17)

3.6 Notwendigkeit der Zuwendung

Der Antragsteller verfügt nicht über Mittel, um ein Forschungsprojekt zu finanzieren und ist auf eine Förderung angewiesen. Das Vorhaben kann ohne Förderung nicht durchgeführt werden.

Anhang

A. Literatur

Anandan, C., Simpson, C., Fischbacher, C., Sheikh, A., 2006. Exploiting the potential of routine data to better understand the disease burden posed by allergic disorders. *Clinical & Experimental Allergy* 36, 866-871.

Bauer, U., Bittlingmayer, U.H., 2005. Wer profitiert von Elternbildung? *ZSE: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 25, 263-280.

Bleich, S.N., Segal, J., Wu, Y., Wilson, R., Wang, Y., 2013. Systematic review of community-based childhood obesity prevention studies. *Pediatrics*.

Dragano, N., 2007. Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 42, 18-25.

Dragano, N., Bobak, M., Wege, N., Peasey, A., Verde, P.E., Kubinova, R., Weyers, S., Moebus, S., Möhlenkamp, S., Stang, A., 2007. Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. *BMC Public Health* 7, 255.

Dragano, N., Siegrist, J., Wahrendorf, M., 2011. Welfare regimes, labour policies and unhealthy psychosocial working conditions: a comparative study with 9917 older employees from 12 European countries. *Journal of epidemiology and community health* 65, 793-799.

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R., 2007. Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 50, 784-793.

Hölling, H., Schlack, R., 2007. Eating disorders in children and adolescents. First results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50, 794.

- Killian, H., 2012. "Präventionsketten" rechnen sich, Factsheet zur Wirksamkeit (früher) Unterstützungsangebote für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin.
- Kolip, P., 2012. Frauen und Männer, Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, 3 ed. Urban & Fischer, München, pp. 669–680.
- Linnan, L., Steckler, A., 2002. Process evaluation for public health interventions and research. Jossey-Bass San Francisco, California.
- LVR Landesjugendamt Rheinland, 2011. Präventionsketten. Kommunen positionieren sich. jugendhilfe und schule in form. 2/2011.
- Mackenbach, J., 2006. Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU. Rotterdam: Dept. of Public Health, Erasmus MC 41.
- Mielck, A., 2000. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber.
- Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberger, U., 2008. Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Beltz Juventa.
- RKI und BZgA, 2008. Erkennen-Bewerten-Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin und Köln.
- Saunders, R.P., Evans, M.H., Joshi, P., 2005. Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. Health Promotion Practice 6, 134-147.
- Stang, A., Moebus, S., Dragano, N., Beck, E., Möhlenkamp, S., Schmermund, A., Siegrist, J., Erbel, R., Jöckel, K., 2005. Baseline recruitment and analyses of nonresponse of the Heinz Nixdorf Recall Study: identifiability of phone numbers as the major determinant of response. European journal of epidemiology 20, 489-496.
- Stith, S., Pruitt, I., Dees, J., Fronce, M., Green, N., Som, A., Linkh, D., 2006. Implementing community-based prevention programming: A review of the literature. Journal of Primary Prevention 27, 599-617.
- Von dem Knesebeck, O., Bauer, U., Geyer, S., Mielck, A., 2009. Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung-Ein Plädoyer für systematische Forschung. Das Gesundheitswesen 71, 59-62.
- Weßling, A., 2000. Die Schuleingangsuntersuchung: Perspektiven für eine Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheitsförderung in Schule und Gemeinde. Das Gesundheitswesen 62, 383-390.
- Weyers, S., Dragano, N., Richter, M., Bosma, H., 2010. How does socio economic position link to health behaviour? Sociological pathways and perspectives for health promotion. Global health promotion 17, 25-33.

B. Arbeitsplan

Jahr		2015												2016												2017												18		
Monat		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
Bestandsaufnahme:	Recherche der Präventionsangebote in 2 Kommunen																																							
	Treffen mit für Präventionsangebote verantwortlichen Personen																																							
	Experteninterview: Kindergesundheit in der SEU																																							
	Literaturrecherche über Evaluationsstudien von Präventionsketten																																							
	Berichterstattung Konsortium						M1																																	
Ethikantrag (SEU+ FG):	Erstellung der Einladungen + Einverständniserklärung																																							
	Versicherung für Gruppendiskussionsteilnehmer abschließen																																							
Gruppendiskussion (FG):	Vorbereitung der Gruppendiskussionen (Leitfadenerstellung)																																							
	Schulung der Moderatoren/Protokollanten und Transkriptoren																																							
	Ausführung des Pretest inkl. Feedbacksession + Überarbeitung																																							
	Teilnehmerrekrutierung																																							
	Druck und Versendung der Einladungen																																							
	Durchführung der Gruppendiskussionen in Düsseldorf + Kommune 2																																							
	Transkription der Gruppendiskussionen in Düsseldorf + Kommune 2																																							
	Analyse der Gruppendiskussionen in Düsseldorf + Kommune 2																																							
	Berichterstattung Konsortium																																							
Schuleingangsunter- suchung (SEU):	Erstellung des Fragebogens																																							
	Durchführen des Pretests und ggf. Anpassung des Fragebogens																																							
	Erstellung und Verteilung von SOPs																																							
	Schulung des Personals vor Ort und der Studentischen Hilfskräfte (SHK)																																							
	Druck der Fragebögen und Einladungen																																							
	Versendung der Einladungen																																							
	Datenerhebung bei SEU + kontinuierliche Fragebogenabholung																																							
	Dateneingabe und Datenbereinigung																																							
	Datenanalyse																																							
	Berichterstattung Konsortium																																							
Kongresse/ Workshop:	Kongressbeitrag (Gesellschaft für Medizinische Soziologie)																																							
	Workshop beim Kongress 'Armut und Gesundheit'																																							
Berichterstattung:	Abschlussbericht																																							
	Bericht Studienergebnisse an Fachleute und Eltern																																							

Abkürzungen: SEU=Schuleingangsuntersuchung; SOP= Standard Operation Procedure [Standardvorgehensweise]

Abbildung 6 Detaillierter Arbeitsplan Teilvorhaben Gesundheit bei Schuleingang

4. Teilvorhaben Psychische Gesundheit

4.1 Allgemeine Informationen zum Teilvorhaben

TITEL	Psychisch robust trotz gefährdender Umgebung: Förderung der Resilienz und der Selbstwirksamkeit von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte.
AKRONYM	ProReSe
PROJEKTLEITER	Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan Stiftung, Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI), Universität Duisburg-Essen Altendorfer Str. 3 45127 Essen, Tel. +49(0)2013198-0, Fax +49(0)2013198-333, haci.uslucan@uni-due.de
BETEILIGTE GRUPPEN UND INSTITUTIONEN	Zentrum für Kinder- und Jugendforschung (ZfKJ) im Forschungsverbund FIVE e.V. an der Evangelischen Hochschule Freiburg; Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff
KEY WORDS	Resilienz, Selbstwirksamkeit, Selbstwert, Stressbewältigung, Migration, Primärprävention
PROJEKTDAUER	36 Monate
ZIEL(E)	– Welche Potenziale und Stärken haben Kinder mit Zuwanderungsgeschichte und wie können diese von ihnen selbst, von den Eltern und von pädagogischen Fachkräften wahrgenommen und genutzt werden? – Wie kann Resilienz von Kindern und Familien mit Zuwanderungsgeschichte gefördert werden? – Was sind mögliche Risikofaktoren in der Person des Kindes, in der Familie, im pädagogischen Setting, die der Entfaltung von Begabungen/Stärken entgegenwirken? – Wie sind die perzipierte Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte? Das primäre Ziel des Projekts ist, die psychischen Stärken von Kindern aus Zuwandererfamilien in der Altersphase von 3 bis 10 Jahren in ausgewählten Kommunen zu entdecken, zu fördern und auszubauen. Erwartet werden Unterschiede in den psychischen Ressourcen von Kindern mit Migrationshintergrund im Vergleich zu einheimischen Kindern.
METHODEN	Die oben aufgestellten wissenschaftlichen Fragestellungen werden mittels einer Kombination aus quantitativen und qualitativen Befragungsverfahren unter Nutzung von standardisierten Methoden aus Psychologie und Erziehungswissenschaften bearbeitet.
ERWARTETE ERGEBNISSE	Die zu erzielenden Ergebnisse können helfen, künftige Präventionsangebote zielgerichteter und dadurch effektiver zu gestalten. Darüber hinaus bilden sie eine Grundlage, um der Forderung nach Diversity bzw. kultureller Heterogenität in allen gesellschaftlichen Bereichen, und insbesondere im Gesundheitssystem, besser gerecht zu werden. Die unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten werden systematisch berücksichtigt und eine auf diese Differenzen ausgerichtete Intervention (so etwa muttersprachliche Fortbildung und Informierung der Eltern etc.) entwickelt und angewendet.

4.1 Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs

4.1.1. Gesamtziel des Teilvorhabens

Wirksame Interventions- und Präventionsprojekte müssen zielgruppengerecht konzipiert sein. Hierzu zählt auch die kulturelle Angemessenheit bzw. interkulturelle Dimension der jeweiligen Programme (O'Connell et al., 2009). Denn sowohl die allgemeine Lebenssituation als auch die Stressoren, die auf Kinder und Familien mit Zuwanderungsgeschichte einwirken, unterscheiden sich vielfach von der einheimischen Bevölkerung sowohl in ihren Modi, ihrem Ausmaß und in ihrer Intensität. Kulturunsensible Präventionsprogramme, so zeigen Evaluationen, bleiben entweder ohne Wirkung oder erreichen die Nutzer erst gar nicht (Keller & Baume, 2005).²⁴

Dennoch ist festzuhalten, dass Familien mit Zuwanderungsgeschichte selten Adressaten der Prävention von gesundheitlichen Risiken sind; die Dominanz einer defizitorientierten bzw. kurativen Forschung und Praxis ist kaum zu leugnen. So sind Migranten seit langem überproportional vertreten bei der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Akutversorgung psychiatrischer Institutionen und häufiger verwickelt in sozialmedizinische Gutachterverfahren (Borde, Braun & David, 2003). Dagegen sind Zuwanderer jedoch deutlich unterrepräsentiert in Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten. Gesundheit ist jedoch ein deutlich niedrigschwelliger Ansatz, um Zielgruppen mit Zuwanderungsgeschichte zu erreichen und bietet eine weniger paternalistische Perspektive als bildungsorientierte Fragestellungen, so dass bei einem Gesundheitsförderungsprojekt von einer höheren Teilnahmebereitschaft ausgegangen werden kann.

4.1.2 Bezug des Vorhabens zu den förderpolitischen Zielen (z.B. Förderprogramm)

Siehe Beschreibung Koordination (vgl. S. 5)

4.1.3 Wissenschaftliche Arbeitsziele des Vorhabens

Das Verbundvorhaben verfolgt primär das Ziel, die psychischen Stärken von Kindern aus Zuwandererfamilien in der Altersphase von 3 bis 10 Jahren in ausgewählten Kommunen zu entdecken und zu fördern. Eingebunden in das Forschungsprojekt sind Eltern sowie die engsten Bezugspersonen des Kindes und Institutionen wie Kindertagesstätten und Schulen. Die zentralen wissenschaftlichen Fragestellungen des Teilvorhabens sind wie folgt:

²⁴ Einen Überblick über bestehende Präventionsangebote insbesondere für muslimische Migranten in Deutschland geben Paruch & Röhrle (2012)

- Welche Potenziale und Stärken haben Kinder mit Zuwanderungsgeschichte und wie können sie besser von ihnen selbst, von den Eltern und von pädagogischen Fachkräften wahrgenommen und genutzt werden?
- Wie kann Resilienz bei Kindern und Familien mit Zuwanderungsgeschichte gefördert werden?
- Wie lassen sich eigenethnische Wissensressourcen und Kompetenzen als Stärken erkennen?
- Was sind mögliche Risikofaktoren in der Person des Kindes, in der Familie, im pädagogischen Setting, die der Entfaltung von Begabungen/Stärken entgegenwirken?
- Welche Stressoren gibt es im Leben von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte und wie werden diese wahrgenommen und verarbeitet?
- Wie sind die perzipierte Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte?

Eine wissenschaftlich fundierte Gegenüberstellung der Stärken von einheimischen Kindern und Kindern mit Zuwanderungsgeschichte und eine darauf aufbauende Förderung sind in der bisherigen deutschsprachigen Forschungslandschaft sehr rar. Diese Erkenntnisse können helfen, künftige Präventionsangebote zielgerichteter und dadurch effektiver zu gestalten. Ferner sind die zu erwartenden Ergebnisse geeignet, der Forderung nach Diversity bzw. kultureller Heterogenität in allen gesellschaftlichen Bereichen, und insbesondere im Gesundheitssystem, besser gerecht zu werden.

4.2 Stand der Wissenschaft

4.2.1 Stand der Wissenschaft²⁵

Zwar hat die wissenschaftliche Aufarbeitung der Gesundheitssituation von Migranten in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht, dennoch lässt sich diese kaum mit der Dokumentation der Gesundheit einheimischer Kinder und Familien vergleichen. Psychische Auffälligkeiten (emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme) liegen laut KIGGS Basiserhebung des Robert-Koch-Instituts (vormals deutscher Kinder- und Jugendgesundheitssurvey), bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund bei etwa 9,8%, während diese Rate bei Kindern ohne einen Migrationshintergrund (oder nur einem einseitigen Migrationshintergrund) bei etwa 6,7% liegt (Paruch & Röhrle, 2012). Innerhalb der Gruppe der Migranten werden bei den Türkeistämmigen höhere Inzidenzraten psychischer Störungen

²⁵ einschließlich alternative Lösungen, der Ergebnisverwertung entgegenstehende Rechte, Informationsrecherchen

gegenüber anderen Gruppen berichtet (Bengsi-Arslan, Verhulst & Crijnen, 2002). Möglicherweise erfährt diese Gruppe – neben der größeren kulturellen, sozialen, sprachlichen und religiösen Differenz – auch die stärkste Ablehnung und die intensivsten Entwertungserfahrungen im Alltag, wie eine Vielzahl von Studien zu Diskriminierungserfahrungen zeigen (Uslucan, 2013). Und in einem intra-ethnischen Vergleich scheinen türkeistämmige Migranten höhere Depressionswerte aufzuweisen als Türken in der Türkei, woraus vorsichtig (unter der Annahme, dass mit ähnlichen Messinstrumenten und bei vergleichbaren Stichproben gemessen wurde) die Schlussfolgerung abgeleitet werden kann, dass womöglich Migration zu einer verstärkten Morbidität führt (Akbiyik, Sumbuloglu, Berksun, Senturk & Priebe, 2009). Nachdruck gewinnt diese Vermutung durch die Ergebnisse der Studie von Bermejo et al. (2010), bei der auch nach Kontrolle von Alter, Geschlecht und sozialer Schicht erhöhte Prävalenzen bei Personen mit eigener Migrationsgeschichte bestehen blieben.

Genderspezifische Aspekte

Durch die Fokussierung auf Familien und Kinder mit Zuwanderungsgeschichte, werden systematisch geschlechtsspezifische, kulturelle, soziale und gesellschaftlich-ökonomische Lebensumstände berücksichtigt. Denn die hier als theoretische Folie zugrunde liegende Resilienzforschung fragt explizit, warum bspw. trotz elterlicher Risiken wie Arbeitslosigkeit und Armut, Drogenabhängigkeit, psychotischer Erkrankung und Scheidungserfahrung ein gewisser Teil der von diesen Risiken betroffenen Kinder dennoch relativ erfolgreich ihr Leben meistern kann, also einen hohen Grad an Widerstandskraft und Robustheit zeigt, ohne an den Folgen dieser primären Entwicklungsrisiken Schaden zu nehmen. Dabei spielt auch das Geschlecht eine besondere Rolle (Mädchen erscheinen in den frühen Jahren weniger vulnerabel zu sein als Jungen), aber auch Migrationserfahrungen (kulturelle Heterogenität bzw. Minoritätenposition) können die individuelle Verwundbarkeit erhöhen.

4.2.2 Bisherige Arbeiten des Antragstellers

Ausgewählte Publikationen zu diesem Themenfeld

- Uslucan, H.-H. (2012). Kriminogene Entwicklungsrisiken von Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte und Möglichkeiten der Prävention und Intervention. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 6, Heft 2, 102-110.
- Uslucan, H.-H. (2011). Resilienzpotenziale bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund. In M. Zander (Hg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 555-574). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Uslucan, H.-H. (2011). Salutogenese im kulturellen und interkulturellen Kontext. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, Heft 3/4, 309-334.

- Uslucan, H.- H. (2010). Kinderschutz im Spannungsfeld unterschiedlicher kultureller Kontexte. In G. Suess & W. Hammer (Hg.), Kinderschutz – Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten (S. 150-165). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Uslucan, H.- H. (2009). Bausteine für gesundes Aufwachsen und entwicklungspsychologische Risiken für Kinder. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.), Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund (S. 44-52). Bonner Universitätsbuchdruckerei
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Becker, J. (2013). Kriterien und Erfolgsfaktoren der Implementierung eines Konzepts zur Förderung der seelischen Gesundheit in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen in Quartieren mit besonderen Problemlagen. In Gesundheit Berlin-Brandenburg, Dokumentation des 18. Kongress Armut und Gesundheit Berlin 2013. CD. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (www.gesundheitbb.de).
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Becker, J. (2012). Prevention of exclusion: the promotion of resilience in early childhood institutions in disadvantaged areas. Journal of Public Health: Volume 20, Issue 2 (2012), Page 131-139.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Becker, J. (2012). PRiK – Prävention und Resilienzförderung in Kindertagesstätten. Ein Trainingsprogramm. München: Reinhardt.
- Becker, J. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2012). Promotion of resilience in (primary) schools. In: Rektorenkonferenz kirchlicher Fachhochschulen (rkf)(publisher): Forschung trifft Praxis. Selbstverständnis und Perspektiven der Forschung an kirchlichen Hochschulen (p. 97-118). Freiburg: FEL.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Beuter, S., Fischer, S., Lindenberg, J. & Rönna-Böse, M. (2011). Förderung der seelischen Gesundheit in Kitas für Kinder und Familien mit sozialen Benachteiligungen. Freiburg: FEL.

Drittmittelprojekte ZfTI

- Mittragsteller des Exzellenzclusterprojektes „Languages of Emotion“ an der FU Berlin (mit Michael Eid & Tanja Lischetzke): Volumen: 196.000 Euro
- Studie zu Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit bei der Ausländerbehörde Essen (mit der RU Bochum); Projektsumme 66.000 Euro
- Evaluation interkultureller Väterarbeit in NRW: 186.000 Euro
- Mercur-Verbundprojekt Metropolenzeichen: Visuelle Mehrsprachigkeit in der Metropole Ruhr (über drei Jahre) Kooperation Universität Duisburg – Essen - UDE und ZfTI: Gesamtvolumen ca. 300.000 Euro; Anteil UDE & ZfTI ca. 40.000 Euro

- Mercur-Verbundprojekt zu „Religion und gesellschaftliche Teilhabe“ (über zwei Jahre) Kooperation UDE und ZfTI: Gesamtvolumen ca. 157.000 Euro; Anteil UDE & ZfTI ca. 34.000 Euro

Zentrum für Kinder- und Jugendforschung ZfKJ, Fröhlich-Gildhoff

- Chancen gleich! Förderung interkultureller Kompetenz in Kindertageseinrichtungen (Robert Bosch Stiftung, 1/2011 – 9/2013)
- Resilienzförderung - Netz Lörrach/Weil, 6/2011-10/2013
- Resilienzförderung in Grundschulen, 1.9.2011 – 1.7.2014
- Evaluation Frühe Hilfen im Ortenaukreis, 12/2009-06/2012
- Evaluation Projekt: Unterstützung für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern, Baden-Württemberg Stiftung, 1/2010 – 8/2012
- Gesund aufwachsen in der Kita. Zusammenarbeit mit Eltern stärken. Weiterbildung für Fachkräfte in Kitas zum Thema Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit den Eltern (BZgA), 10/2010- 12/2011
- Prävention zur Verhinderung von Exklusion – Förderung der seelischen Gesundheit in Kindertageseinrichtungen in Quartieren mit besonderen Problemlagen, 8/2008 -9/2010
- Kinder Stärken! Resilienzförderung in Kitas, 8/2005 – 7/2007

4.3 Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans - Vorhabenbezogene Ressourcenplanung

Für die in Kapitel Work Plan and Milestones beschriebenen Arbeitsphasen wurde ein Verbundvorhaben übergreifendes Untersuchungsdesign (vgl. Abbildung 1 S. 12) entwickelt. An dieser Stelle wird das Untersuchungsdesign für das Teilvorhaben psychische Gesundheit dargelegt.

4.3.1 Studiendesign und Forschungsmethoden

Das geplante Verbundvorhaben untersucht in einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Erhebungsschritten Angebote vernetzter kommunaler Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung, ihre Wahrnehmung durch die Zielgruppe Eltern sowie ihre Wirkung auf die Gesundheit der Kinder.

Auswahl der Untersuchungsregionen

Für die vier Teilvorhaben, die die Bereiche Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit und Schuleingangsuntersuchung bearbeiten, werden jeweils zwei Modellkommunen ausgewählt, insgesamt also acht Modellkommunen. In jeder Modellkommune werden zwei Quartie-

re und pro Quartier jeweils zwei Kindergärten und Grundschulen nach dem im Folgenden dargelegten Auswahlverfahren bestimmt.

Auswahl der Modellkommunen: Auf Basis einer retrospektiven Analyse der Schuleingangsuntersuchungen 2009 bis 2014 wird die Entwicklung der Kindergesundheit anhand von drei Kriterien (bspw. Prävalenz von Übergewicht, motorische Koordination sowie Verhaltensauffälligkeiten) für alle Modellkommunen mit Präventionsnetzwerken in NRW nachgezeichnet, die Kommunen in ein Ranking gebracht und für jedes Verbundvorhaben eine besonders positiv und eine besonders negativ abweichende Kommune ausgewählt.

Auswahl der Quartiere, Settings und Stichproben: In den Kommunen wird auf Basis der sozialräumlichen Analyse (vgl. 4.3.2.1 Bestandsaufnahme, S. 71) jeweils ein Quartier mit besonderem Erneuerungsbedarf und ein sozialstrukturell gut gestelltes Quartier ausgewählt. In jedem Quartier werden jeweils zwei Kindertagesstätten und Grundschulen ausgewählt, in denen die Elternbefragung und die Motorik- und Ernährungstests als Vollerhebung durchgeführt werden. Die Auswahl der Kindertagesstätten und Grundschulen für die empirische Erhebung erfolgt in den Quartieren nach dem Zufallsprinzip. Die Stichproben für die Elternbefragung werden per Klumpenauswahl festgelegt²⁶ (d.h. ganze Kindergartengruppen / Grundschulklassen).

Zur Analyse der Angebote vernetzter kommunaler Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung werden folgende Methoden eingesetzt

Experteninterviews und -workshops

Zielgruppe: kommunale Experten aus den Bereichen Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, Gesundheitswesen, Schule und Bildungswesen, Kultur-, Sport- und sonstige Freizeitangebote. Auf Basis von Experteninterviews und -workshops erfolgt eine partizipative Bestandsaufnahme zu den vorhandenen Angeboten kommunaler Gesundheitsförderung, zum Stand der Vernetzung (horizontal, d.h. zwischen den Settings einer Lebensphase und vertikal, d.h. Lebensphasen übergreifend), zur Integration der psychische Gesundheit Angebote in einem übergreifenden Konzept sowie den Unterstützungsbedarf der kommunalen Experten.

Stichprobe und Rekrutierung: Pro Kommune wird ein Expertenworkshop veranstaltet, an dem 10 bis 15 kommunale Experten teilnehmen. Die zentralen Akteure werden zuvor in drei bis fünf Experteninterviews exploriert.

Fragebogenstudie

Um Daten zu psychischer Gesundheit und Resilienzfaktoren zu bekommen, kommen in der Studie eine Kombination aus standardisierten quantitativen und qualitativen Befragungsver-

²⁶ Auswahlverfahren das angewendet wird, wenn die Grundgesamtheit in natürlichen Konglomeraten von Untersuchungseinheiten vorliegt.

fahren aus der Psychologie und den Erziehungswissenschaften zum Einsatz. Die einzusetzenden Messverfahren bzw. Instrumente sind entweder schon interkulturell validiert oder haben sich in früheren Erhebungen und Studien der Antragsteller (Vgl. Uslucan 2009; Engel et al. 2010) bereits bewährt. Die eingesetzten Skalen werden mit Blick auf Verständlichkeit, Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit der Zielgruppe in einem Pretest angepasst. Die Items umfassen folgende Bereiche:

- Erfassung der Resilienzfaktoren: PERiK. Positive Entwicklung und Resilienz im Kindergartenalltag. (Mayr Ulrich 2007)
- Erfassung des Selbstkonzept: Selbstkonzeptfragebogen SKF (Engel et al. 2010).
- Erfassung der Elterlichen Erziehungsstile: Das Erziehungsstil-Inventar. (Krohne & Pulsack 1995)
- Erfassung der Emotionsregulierung bei Kindern und Jugendlichen (Grob & Smolenski 2005)

Die Zielgruppe umfasst Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund. Avisiert wird eine Stichprobe von 130 Kindern pro Messzeitpunkt; (N=130); über zwei Messzeitpunkte insgesamt $2 \times 130 = 260$ Kinder (bei einer geschätzten Rücklaufquote von ca. 40%; siehe oben). Diese Stichprobengröße erlaubt, statistisch signifikante Ergebnisse sowohl mit Blick auf ethnischen Hintergrund als auch mit Blick auf geschlechtsspezifische Verteilungen zu erzielen. Die Kinder werden in einem natürlichen Setting, den jeweiligen Kindertagesstätten, anonym befragt. Eine direkte Befragung der Kinder bringt in der Regel zuverlässigere Angaben als Fremdbeurteilungen. In der statistischen Auswertung kommen vorwiegend Korrelations- und Regressionsanalysen, Mittelwertvergleiche sowie Clusteranalysen zum Einsatz.

Darüber hinaus wird eine quantitative Befragung der Eltern und pädagogischer Fachkräfte durchgeführt, die sich auf die eigenen Erziehungsstile sowie auf ihre Einschätzung der Ressourcen des Kindes richtet. Dadurch lassen sich das Antwortverhalten des Kindes mit den Antworten der Erwachsenen potenziell wechselseitig validieren; aber auch Diskrepanzen ermitteln, die bedeutsam für die Fragestellung sind, so etwa, wenn das Kind sich für mutig und stark, Erwachsene es aber für schwach und ängstlich einschätzen.

Gruppendiskussionen

Die Einstellungen, Motive und Erwartungen der Zielgruppe Eltern zu Angeboten der Gesundheitsförderung werden in Gruppendiskussionen exploriert, mit dem Ziel Zugangsbarrieren und förderliche Faktoren zu identifizieren. Hierzu sind Gruppendiskussionen besonders geeignet, da es sich um eine Erhebungsmethode handelt, die Daten durch die Interaktionen der Gruppenmitglieder gewinnt. Die „wechselseitige Bezugnahme und Herausforderung im

(Gruppen)-Diskurs“ (Bohnsack 2010: 205) fördert die Mobilisierung milieutypischer Orientierungen und Erfahrungen.

Stichprobe und Rekrutierung: Es werden vier Gruppendiskussionen von jeweils zwei Stunden Dauer à maximal zehn Teilnehmern/innen möglichst aus vulnerablen Zielgruppen durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgt über Institutionen (Schulen, Kindertagestätten) in den Quartieren mit besonderem Erneuerungsbedarf. Darüber hinaus werden Eltern und pädagogische Fachkräfte in Gruppendiskussionen zu Ressource sowie zu den Folgen und Einschätzungen eigener erzieherischer Impulse interviewt.

Im gemeinsamen Verbundprojekt liegen Erfahrungen mit der Methode der Gruppendiskussion und quantitativen Befragungsmethoden in Grund- und Sekundarschulen sowie mit Jugendlichen und Erwachsenen vor. Die hier einzusetzenden Instrumente lassen sich ohne weiteres und zuverlässig sowohl für längsschnittliche Erhebungen als auch für Nachuntersuchungen verwenden, weil hierbei von Testübungseffekten, die die Validität weiterer Erhebungen einschränken könnten, nicht auszugehen ist.

4.3.2 Arbeitsplan und Meilensteine

4.3.2.1 Bestandsaufnahme

Die Bestandsaufnahme erhebt die vorhandenen Angebote kommunaler Gesundheitsförderung, im vorliegenden Teilvorhaben mit Fokus auf den Bereich psychische Gesundheit, den Stand der Vernetzung (horizontal, d.h. zwischen den Settings einer Lebensphase und vertikal, d.h. Lebensphasen übergreifend) sowie die Integration der psychische Gesundheit bezogenen Angebote in einem übergreifenden Konzept. Weiterhin wird die sozialräumliche Struktur der Modellkommunen analysiert, um Anhaltspunkte für die Auswahl der Quartiere zu generieren. Im Sinne des partizipativen Ansatzes des Projektes werden die Einschätzungen der Praxisakteure als wichtige Hinweise für die Wirkung der vernetzten kommunalen Gesundheitsförderung exploriert, die Sicht der kommunalen Experten auf Leitungsebene in Experteninterviews und auf Praxisebene in Expertenworkshops. Die Erhebung über Befragungen wird durch Dokumentenanalyse ergänzt.

4.3.2.2 Elternbefragung

Die drei Verbundvorhaben Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit führen in den ausgewählten Kindergartengruppen/Grundschulklassen eine Elternbefragung (Quantitative Empirie 1 und 2, vgl. Abbildung 7 S. 73). Die Befragung erfolgt als CATI Interview. Der Fragebogen wird gemeinsam mit den Verbundpartnern entwickelt und umfasst Fragestellungen

- zum ernährungs- und bewegungsbezogenen Gesundheitsverhalten,

- zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes der Kinder²⁷,
- zur Bekanntheit von, Teilnahme an und Zufriedenheit mit den Maßnahmen zu Ernährung, Bewegung und seelischer Gesundheit.

Die Kinder werden nach Nutzungsintensität von Angeboten der Gesundheitsförderung den Clustern Geringnutzer / Intensivnutzer zugeordnet. Die Geringnutzer fungieren als interne Kontrollgruppe. So kann der Zusammenhang zwischen Nutzung vorhandener Angebote (Konstanz, Intensität) und von den Eltern beschriebenen Gesundheitsverhalten pro Messzeitpunkt als auch im Vergleich der beiden Messpunkte analysiert werden.

Die Befragung wird vom KATALYSE Institut koordiniert; die Felderhebung wird von erfahrenen Mitarbeitern des Markt- und Kommunikationsforschungsinstituts Hopp & Partner, Berlin, durchgeführt, die eine breite Erfahrung in sozialwissenschaftlicher Forschung besitzen. Die Interviews können auch in türkischer Sprache durchgeführt werden.

4.3.2.3 Exploration der Erwartungen der Zielgruppe Eltern

Die Erwartungen der Eltern werden mit Hilfe von Gruppendiskussionen exploriert. Diese legen den Fokus auf die psychischen Ressourcen und Resilienz Merkmale der Kinder und umfassen folgende Aspekte:

- Wissen um den Zusammenhang von Erziehung und kindlicher Entwicklung; Förderung kindlicher Autonomie und Selbstwirksamkeit; Umgang mit Stress in der Erziehung; Emotionsregulierung im Alltag;
- Wahrnehmung und Akzeptanz von kommunalen gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Angeboten im Bereich psychische Gesundheit
- Bekanntheit und Nutzung vorhandener Angebote, Wege der Informationsbeschaffung, Erwartungen,
- Sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren für Eltern mit Zuwanderungsgeschichte

4.3.2.4 Kinderbefragung

Der bei der Kinderbefragung einzusetzende Fragebogen wird gemeinsam vom Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI) und dem Zentrum für Kinder- und Jugendforschung (ZfKJ) entwickelt. Das ZfTI übernimmt die Übersetzung des Fragebogens in das Tür-

²⁷ Der **subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand** umfasst körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des persönlichen Wohlbefindens und lässt sich durch verschiedene Instrumente erfassen. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass die Antworten den objektiv messbaren Gesundheitszustand widerspiegeln und Vorhersagen über Erkrankungshäufigkeiten sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erlauben. Indikatoren der subjektiven Gesundheit sind geeignet, um den Erfolg von Präventionsprogrammen abschätzen zu können (Ravens-Sieberger et al. 2001, Radoschewski 2000, Ravens-Sieberger & Bullinger 1998)

kische und überprüft dessen Angemessenheit für die Zielgruppe. Wie in der ersten Welle werden auch die follow-up Befragungen der Eltern gemeinsam durchgeführt und die Dateneingabe und –auswertung wird zentral am ZfTI erfolgen.

Die Übersetzung der zentralen Befunde ins Türkische sowie die Erstellung eines türkischsprachigen Elternmanuals wird am ZfTI erfolgen.

4.3.2.5 Arbeitspakete und Meilensteine im Teilvorhaben

Meilensteinplanung

Meilenstein 1 Systematische Bestandserfassung der Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit

Meilenstein 2 Analyse Zielgruppe Eltern und Kinder

Meilenstein 3 Fortbildung von kommunalen Stakeholdern und Eltern zur psychischen Gesundheit und Ressourcen von Kindern

Meilenstein 4 Vorstellung der Ergebnisse zur psychischen Gesundheit und zu Ressourcen von Kindern auf einer Fachtagung für Wissenschaftler und Praktiker

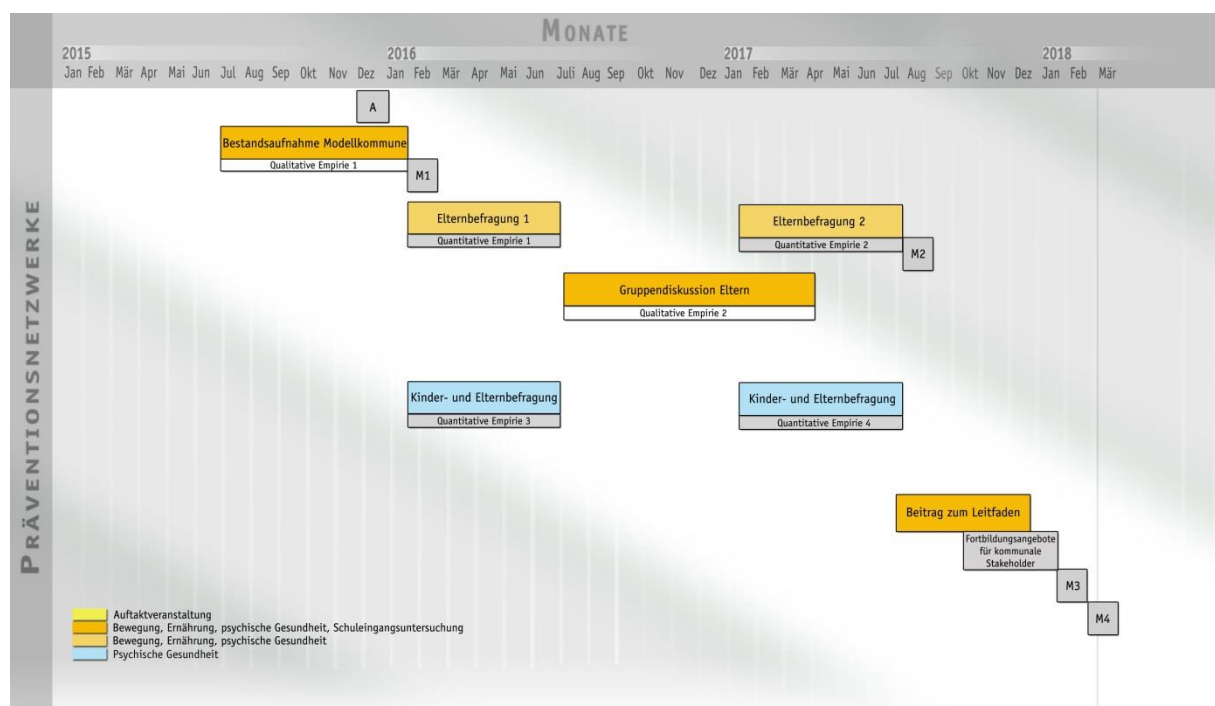


Abbildung 7 Arbeitspakete und Meilensteine im Teilvorhaben psychische Gesundheit

4.4 Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung

Dissemination, Verwertung und Nachhaltigkeit

Zielgruppen sind zum einen das wissenschaftliche Fachpublikum über Publikationen, kommunale Gesundheitseinrichtungen und Praktiker (Erzieher, Lehrer & Eltern) sowie angehen-

de Türkisch-Lehrer des Faches Turkistik, die der Antragsteller an der Universität Duisburg-Essen unterrichtet. Diese Studierenden können in ihrer schulischen Praxis Stärken von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte fördern sowie auch die jeweiligen Eltern sensibilisieren und eine Nachhaltigkeit der erzielten Ergebnisse erreichen. Darüber hinaus bestehen Kontakte des Antragstellers in seiner Funktion als Direktor des Zentrums für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI) zu türkischen Elternvereinen im Ruhrgebiet sowie zu türkischen Netzwerken und türkischsprachigen Medien. Nicht zuletzt ist vorgesehen, dass mit diesen Ergebnissen einige Studierende Qualifikationsarbeiten (Masterarbeiten oder Dissertationen) unter Leitung des Antragstellers anfertigen.

Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit sind nicht zufällig Bestandteile eines Forschungs- und Praxisprojekts, sondern sind im Lebenslauf biologisch und psychologisch eng miteinander verwoben. Das Teilvorhaben psychische Gesundheit trägt dazu bei, die psychischen Grundlagen und Antriebsquellen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, wie etwa ausreichende Bewegung und angemessene Ernährung zu verstehen. Es zeigt, wie das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit von Kindern (und hierbei insbesondere Kinder vulnerabler Zielgruppen wie etwa aus Zuwandererfamilien und benachteiligten Soziallagen) gestärkt werden kann. Und umgekehrt profitiert natürlich auch das Teilvorhaben von den Ergebnissen des Verbundes. So lässt sich zeigen, dass Bewegung zu besseren geistigen Leistungen im Kindesalter führt; eine Kombination aus besserem Essverhalten und ausreichender Bewegung ein höheres Selbstwertgefühl und höhere Selbstwirksamkeit nach sich zieht. Und gleichzeitig ist auch belegt, dass eine schlechte Ernährung die Stressanfälligkeit erhöht, der höhere Stress seinerseits mit ungesunder Ernährung „abgebaut“ wird (Mann-Luoma et al., 2002).

Ethische und rechtliche Überlegungen

Ethische Bedenken bezüglich der Befragung der Eltern und der pädagogischen Fachkräfte stellen sich zunächst nicht; jedoch wird das Votum der Ethikkommission an der Universität Duisburg-Essen eingeholt. Die Vertraulichkeit der erhobenen Daten wird garantiert.

4.5 Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten

4.5.1 Verbundstruktur und Arbeitsteilung

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.1, S. 15)

4.5.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Verbund

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.2, S. 16)

4.5.3 Organisation des Verbunds

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.3, S. 17)

4.6 Notwendigkeit der Zuwendung

Der Antragsteller verfügt nicht über Mittel, um ein Forschungsprojekt zu finanzieren und ist auf eine Förderung angewiesen. Das Vorhaben kann ohne Förderung nicht durchgeführt werden.

Literatur

- Akbiyik, D., Sumbuloglu V., Berksun O., Senturk, V. & Priebe, S. (2009). Symptoms of Turkish Patients with Depression in Ankara and Berlin. *Culture, Medicine & Psychiatry*. 33 (3), 412-420.
- Aspinwall, L. & Staudinger, U. M. (Eds.) (2003). *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field* (pp. 369). Washington: APA Books.
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F.C. & Crijnen, A.M. (2002). Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in The Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 118-124.
- Bermejo, I., Ruf, D. Mösko, M. & Härter, M. (2010). Epidemiologie psychischer Störungen bei Migrantinnen und Migranten. *Psychiatrische Praxis.*, 37, 225-232.
- Borde, Th., T. Braun, M. David (2003) Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen.– Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Schlussbericht zum Forschungsprojekt (BMBF/Spitzenverbände der Krankenkassen, Förderkennzeichen 01 GL 0009) Berlin (<http://www.asfh-berlin.de/hsl/freepage.phtml?freeid=132&id=252>).
- Bucher, A. (2001). *Was Kinder glücklich macht*. Weinheim: Juventa.
- Carver, C. S. & M. F. Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control process view. *Psychological Review*, Vol. 97 pp.19 – 35.
- Griner, D., Smith, T. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 43 (4), 531-548.
- Grob, A., Lüthi, R., Kaiser, F. G., Flammer, A., Mackinnon, A. & Wearing, A. J. (1991). Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher. *Diagnostica*, 1, 66-75.
- Herwartz-Emden, L. & Küffner, D. (2006). Schulerfolg und Akkulturationsleistungen von Grundschulkindern mit Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 9, (2), S. 240-254.
- Huey, S. J. & Polo, A. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 262-301.
- Keller A, & Baune B. (2005). *Impact of social factors on health status and help seeking behaviour among migrants and Germans*. *Journal of Public Health*, 13, 22 -29.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1997). Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 3, 260-271.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping.

- European Journal of Personality, 1, 141-169.
- Mann-Luoma et al. (2002). Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 45, 952-959.
- O'Connell, M.E., Boat, T., Warner, K. & Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; Institute of Medicine; National Research Council (2009). Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. New York. National Academic Press.
- Paruch, J. & Röhrle, B. (2013). Prävention. In W. Körner, G. Irtem & U. Bauer (Hrsg.), Psychosoziale Beratung von Migranten (S. 85-98). Stuttgart: Kohlhammer.
- Robert Koch Institut (2008) (Hrsg.), Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Migration und Gesundheit: Berlin: RKI.
- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2011). Präventionsprogramme für Kindertageseinrichtungen – Förderung von seelischer Gesundheit und Resilienz. In M. Zander (Hg.), Handbuch Resilienzförderung (S. 360-382). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1994)(Hrsg.), Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis. Weinheim: Juventa.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (2002). Prädiktion aggressiv/dissozialen Verhaltens: Entwicklungsmodelle, Risikobedingungen und Multiple-Gating-Screening. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 10, 121-140.
- Speck-Hamdan, A. (1999). Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus ausländischen Familien. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), Was Kinder stärkt - Erziehung zwischen Risiko und Resilienz (S. 221-228). München: Reinhardt.
- Thiessen, B. (2009). Muslimische Familien in Deutschland: Alltagserfahrungen, Konflikte und Ressourcen. In: Migration und Soziale Arbeit, H. 1, 31. Jg., 23-29.
- Uslucan, H.- H. (2009). Erziehung und psychisches Wohlbefinden von jungen Migrant/inn/en. In *Zeitschrift für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 278-296.
- Uslucan, H.- H. (2010). Resilienz oder was macht Jugendliche mit Zuwanderungsgeschichte stark? *Unsere Jugend*, 4, 151-159.
- Uslucan, H.- H. (2011). Resilienzpotenziale bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund. In M. Zander (Hg.), Handbuch Resilienzförderung (S. 555-574). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Uslucan, H.-H. (2013). Belastungen und Unterstützungspotenziale von Migranten. In P. Genkova, T. Ringeisen & F. T. L. Leong (Hrsg.), Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven (S. 381-395). Wiesbaden: Springer VS Verlag.
- Zaumseil, M. (2006). Beiträge der Psychologie zum Verständnis des Zusammenhangs von Kultur und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie (S. 3-50). Berlin: Springer.

5. Teilvorhaben Web-basierte Austauschplattform

Allgemeine Informationen zum Teilvorhaben

TITEL	Empowerment kommunaler Akteure in der Gesundheitsförderung durch eine Web-basierte Austauschplattform (inforo-online.de). Analyse der Funktion, Qualität und Wirksamkeit eines virtuellen Netzwerkes.
AKRONYM	CAHPOT
PROJEKTLEITERIN	Dr. Guido Nöcker Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Maarweg 149-161 50819 Köln In Kooperation mit: Com.X - Institut für Kommunikations-Analyse & Evaluation, Universität Bochum * Thomas Quast * Ehrenfeldstraße 34 * 44789 Bochum* 0234 3250830 * thomas.quast@comx-forschung.de
BETEILIGTE GRUPPEN UND INSTITUTIONEN	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (GGB) (St. Pospiech) * Friedrichstraße 231 * 10969 Berlin * 030443190-60 Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) Till Hoffmann
KEY WORDS	Online-Plattform, Social Media, Vernetzung, kommunale Prävention
PROJEKTDAUER	36 Monate
ZIEL(E)	Das Projekt untersucht Qualität, Nutzen und Wirksamkeit einer internet-basierten Austauschplattform für kommunale Multiplikatoren/Stakeholder zur Förderung der Kindergesundheit. Gegenstand der Analyse sind: – Akzeptanz und Nutzen aus der Akteursperspektive – Vernetzungs- und Mobilisierungseffekte – Impulse zur Qualitätsentwicklung – Umfang des Transfers von Praxiswissen
METHODEN	Anhand einer idealtypischen Handlungskette kommunaler Akteure bei der Nutzung einer Online-Plattform wird multiperspektivisch und mit quantitativen und/oder qualitativen Methoden (z. B. Gruppendiskussion mit Experten, Befragung Stakeholder und Nichtnutzer, Nutzungsdatenauswertung) die Zielerreichung untersucht. Dabei wird eine Methoden- und Ergebnistriangulation verwendet.
ERWARTETE ERGEBNISSE	Das Projekt liefert wichtige Erkenntnisse zur Qualität, Funktion und Wirksamkeit von webbasierten Werkzeugen zur Dissemination und zum Transfer von Praxiswissen. Auf Basis dieser Ergebnisse kann die Unterstützung und Vernetzung kommunaler Akteure in der Gesundheitsförderung künftig wesentlich erleichtert und wirksamer organisiert werden. Das generierte Forschungswissen fließt ein in die Entwicklung einer webbasierten interaktiven Kommunikationsstrategie der BZgA zur Unterstützung und Beteiligung von Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung.

5.1 Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs

5.1.1. Gesamtziel des Teilvorhabens

In der Gesundheitsförderung eröffnen **Social Media** wie soziale Netzwerke und Wikis Anbietern von Gesundheitsinformationen neue Möglichkeiten der Ansprache von Endzielgruppen. Ebenso wichtig ist die Ansprache, Aktivierung sowie Einbindung und Beteiligung von **Multiplikatoren und Kooperationspartner/-innen**, z. B. als wichtiger Beitrag zum Capacity Building (Trojan/Nickel 2011). Die immer wieder auftretende starke Erweiterung von Anwendungsmöglichkeiten und die Veränderung von Nutzungsverhalten, u.a. bedingt durch technische Entwicklung im Internet, stellt Gesundheitsakteure vor neue Herausforderungen: innovative Entwicklungen sollen rasch aufgegriffen und angewendet werden (Thackeray et. al 2012), aber nur bei ausreichender Relevanz und Evidenz ihrer Wirkung. Es fehlen allerdings ausreichende Forschungsergebnisse: "Like online communities themselves, community evaluation is still at an early stage of development." (Connected Educator 2011 S. 18)

Als **Forschungsgegenstand** bringen die Praxispartner Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) und Gesundheit Berlin Brandenburg e.V. die Vernetzungsplattform **inforo-online.de** ein (siehe Abbildung 9, S. 79). Die Webseite Inforo-online vernetzt (zunächst) **kommunale Akteure** aus unterschiedlichen Ressorts und Fachgebieten (insbesondere Jugend, Gesundheit und Soziales) und bringt diese in einen Wissens- und Erfahrungsaustausch (Dissemination auf Ebene der Praxis).

Das Teilvorhaben untersucht Qualität, Nutzen und Wirksamkeit der Austauschplattform inforo-online.de für kommunale Multiplikatoren/Stakeholder zur Förderung der Kindergesundheit. Ihr Ziel ist es, Qualität und Quantität von Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche zu erhöhen, Angebote zu entwickeln und diese zu Präventionsnetzwerken zu verknüpfen. Inforo überschreitet auf virtueller Ebene die Grenzen der traditionell gewachsenen Verwaltungslogik der Hilfs- und Unterstützungssysteme (Versäulung), um strukturell vorhandene Grenzen zu überwinden und Übergänge bzw. Durchlässigkeit zwischen den Systemen zu schaffen. Ein modernes Online-Wissensmanagement ermöglicht die Strukturierung und Synergieerschließung verschiedener Prozesse, Programme und Initiativen (s. Abbildung 9, S. 80).

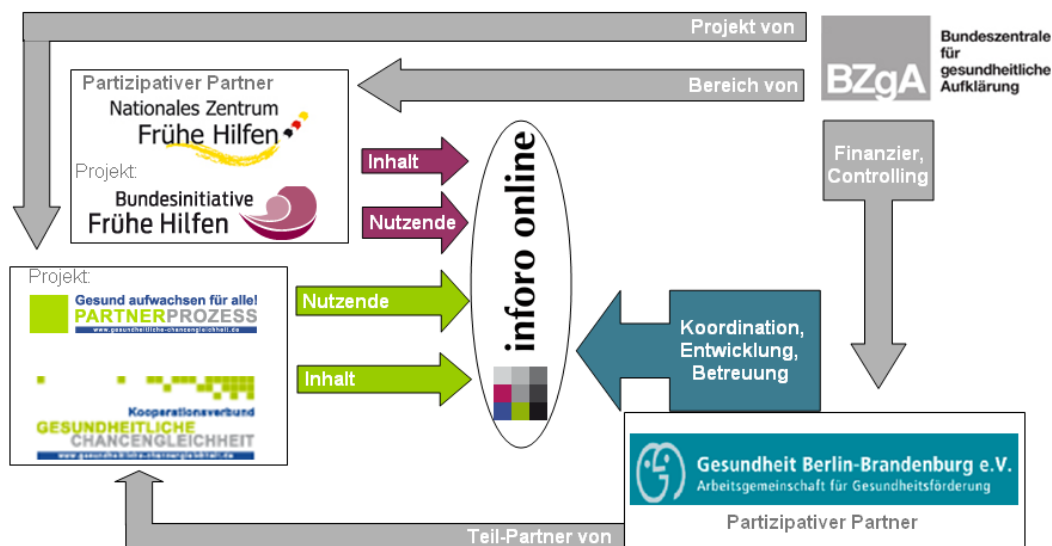


Abbildung 8 Konstruktion von inforo-online.de und die Rolle der BZgA

Dabei fließt dokumentiertes Wissen ein, welches im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) sowie des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ – insbesondere im kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ – generiert wurde.

Beide Initiativen betreiben eigenständige Teilportale, die im Mai 2013 unter Inforo-Online.de zusammengeführt worden sind. Zwischen den Nutzern und Inhalten der beiden Portale gibt es größere Schnittmengen.

(1) Der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ verfolgt eine Strategie zur Vernetzung von Kommunen, die die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch eine systematische Entwicklung und Vernetzung ihrer Präventionsangebote (Präventionsnetzwerke) verbessern wollen. Im Mittelpunkt steht dabei die nachhaltige *Verbesserung der Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher*.

(2) Auch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) verfolgt das Ziel eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste herbeizuführen. Die Arbeit des Zentrums zielt darauf Praxisakteure dabei zu unterstützen, Risiken und Belastungen in Familien frühzeitiger und effektiver wahrzunehmen und Familien mit hohem Risiko für Vernachlässigung oder Misshandlung von Kindern angemessen zu unterstützen.

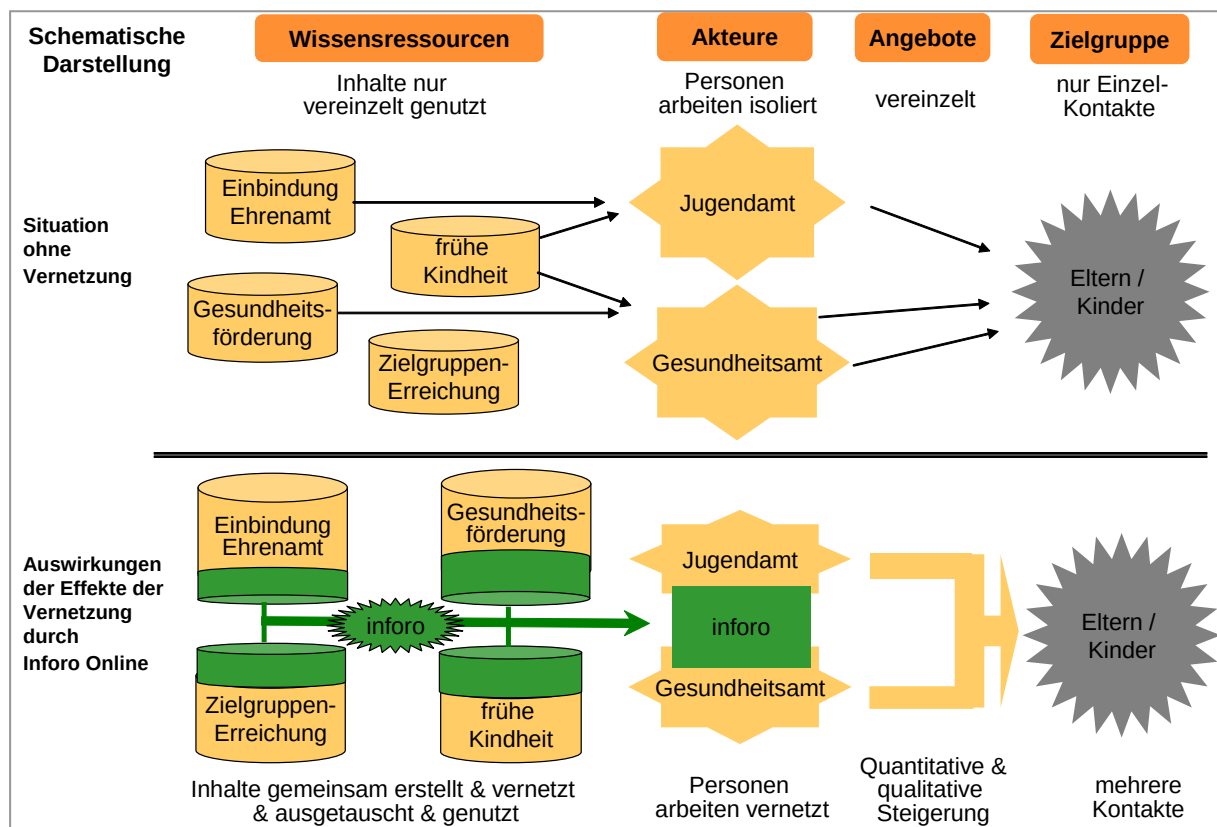


Abbildung 9 Schematische Darstellung der Situation ohne und mit Vernetzung auf Inforo-online

5.1.2 Bezug des Vorhabens zu den förderpolitischen Zielen (z.B. Förderprogramm)

Siehe Beschreibung Koordination (S. 5)

5.1.3 Wissenschaftliche Arbeitsziele des Vorhabens

Leitende Arbeitshypothese für dieses Teilvorhaben

Online-Vernetzungen, -Informationen und gemeinsame Arbeitsmöglichkeiten kommunaler Akteure tragen zu einer Qualifizierung, Quantitätssteigerung und Vernetzung von Präventionsangeboten für Kinder und Jugendliche bei und erhöhen die Zugangschancen vulnerabler Zielgruppen.

Detailhypothesen

Eine Onlineplattform wie inforo-online.de

- leistet Unterstützung bei der Entwicklung kommunaler Strategien zur Vernetzung,
- befähigt die Akteure relevante Präventionsthemen und -aufgaben aufzugreifen,
- führt zu sektorenübergreifender Zusammenarbeit (Stichwort Versäulung),
- befördert Vernetzung nicht nur online sondern auch offline (z. B. persönliche Treffen).

Die Gelingens- bzw. Misslingens Faktoren für eine Vernetzungsplattform lassen sich entlang einer idealtypischen Handlungskette (s. Abbildung 10, S. 81) untersuchen (s. Abbildung 11, S. 84).

Mögliche Fragestellungen die sich ableiten lassen (exemplarische Auswahl):

- Welche Zielgruppen (demografisch bzw. strukturell und psychografisch) nutzen Inforo-online?
- Wie unterscheiden sich Nutzende im Verhalten (passive Beobachter vs. aktive Vielnutzer), ändert sich dieses?
- Wie werden die eingestellten Informationen bewertet (Benutzerfreundlichkeit, Nützlichkeit, Verständlichkeit)?
- Wodurch werden eine aktive Mitwirkung (z.B. Einstellen eigener Informationen, Teilnahme an Diskussionen) und der Transfer von Praxisbeispielen (z.B. Übernahme von Bausteinen) in die Praxis der Akteure in den Kommunen gefördert bzw. behindert?
- Welche Impulse zur Qualitätsentwicklung werden über die Austauschplattform ausgelöst?

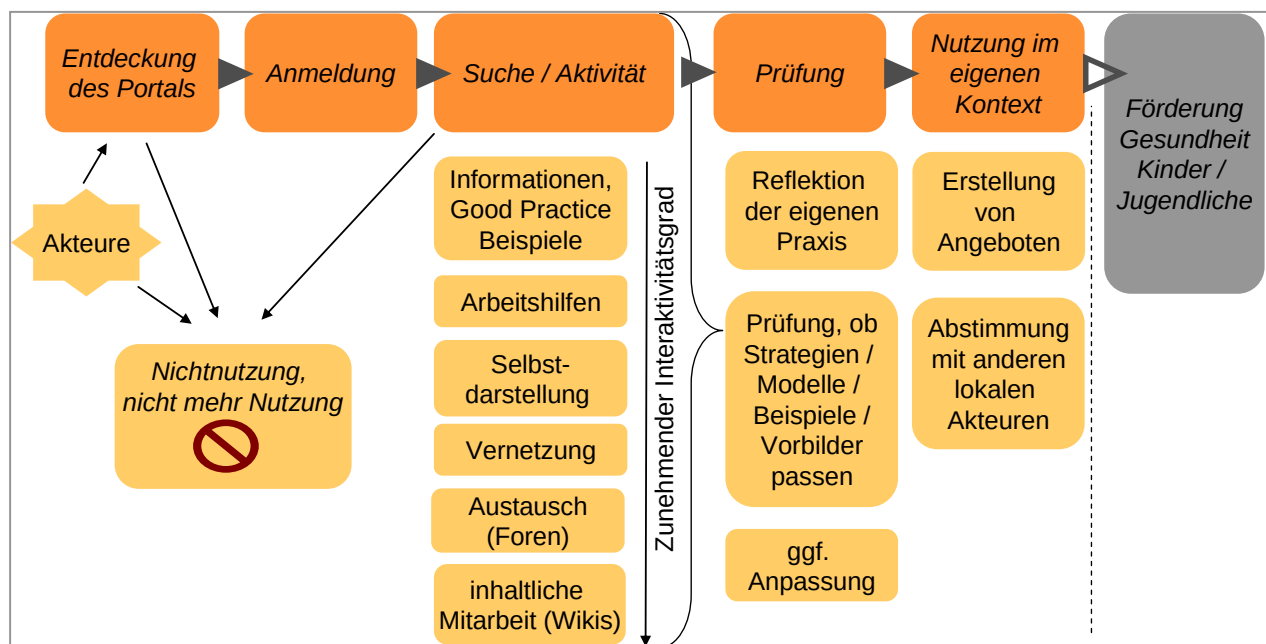


Abbildung 10 Handlungskette einer Vernetzungsplattform für Akteure aus der Praxis

- Kann die Online Kommunikation die face-to-face Vernetzung der Akteure fördern bzw. ersetzen?
- Inwieweit kann die virtuelle Vernetzung die vorhandene Versäulung der Angebotsformen durchlässiger machen (Veränderungspotenzial) und operative Inseln lokal verbinden?
- Greifen Akteure Themen und Aufgaben auf und setzen sie in eigene Angebote um?

5.2 Stand der Wissenschaft²⁸

5.2.1 Stand der Wissenschaft

Der Bedarf zum fachlichen Austausch und zur Vernetzung von Multiplikatoren/-innen wird in vielen Bereichen gesehen²⁹ bzw. durch Online-Plattformen unterstützt. Das **Good Practice Center** zur Förderung von Benachteiligten in der Berufsbildung (GPC) www.good-practice.de unterstützt seit 2000 den fachlichen Austausch mit Good Practice-Lösungen, Qualifizierungsbausteine (BBiG) usw. Das bundesweite Fachportal **Neue Wege für Jungs** (NWJ) www.neue-wege-fuer-jungs.de bietet seit 2005 neben einer Netzwerkpartnerliste ein Verzeichnis von „Guten Beispielen“ an. Im Gesundheitsbereich bieten z. B. **IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung** www.in-form.de/profiportal, **Gesund ins Leben** www.gesundinsleben.de/fuer-fachkraefte/, **PrevNet** www.preynet.de³⁰, **EU-Aktionsplattform für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit** (EUFIC) www.eufic.org/index/de/ Sachinformationen und Verzeichnisse von Expertinnen und Experten für Multiplikatoren an. Aktuellere Projekte wie www.inforo-online.de und das **Zukunftsportal für gesunde, qualifizierte häusliche Pflege** www.zukunftpflege.com (Busch 2012) zielen neben dem Angebot fachlicher Informationen zur Qualitätsverbesserung besonders auf die Vernetzung von Multiplikatoren, so dass sich diese wie in sozialen Netzwerken verknüpfen und austauschen können. Bei den ersten beiden Einrichtungen fanden mehrere Evaluationen der Web-Auftritte u. A. zur Benutzerfreundlichkeit statt, beim GPC wurden besonders die datenbankgestützten Informationssammlungen untersucht (Schobert, Harich, Jelitto 2006, Sommer u.a. 2008, Gericke, DJI 2004, Schier 2006), beim NWJ insbesondere die Sichtbarkeit der Akteure (Cremers et al. 2007 Folien 9,10,29; Cremers et al. 2008). Zur direkten Vernetzung von (kommunalen) Multiplikatoren mittels Online-Plattformen wurden bisher in Deutschland keine Evaluations- oder Forschungsberichte veröffentlicht. Bestehende Netzwerke im Gesundheitsbereich nutzen häufig persönliche Treffen zum fachlichen Austausch, nur wenige nennen andere Werkzeuge wie E-Mail als Kommunikationsmittel (Schaefer et al. 2011 S.13). Soziale Online-Netzwerke müssen sich also erst noch im Berufsalltag der Präventionsakteure verankern. Das Forschungsprojekt wird anhand einer existierenden Plattform die Implementierung im Alltagsgeschäft überprüfen und die Ergebnisse mit Betreibern anderer Plattformen auswerten und diskutieren.

²⁸ einschließlich alternative Lösungen, der Ergebnisverwertung entgegenstehende Rechte, Informationsrecherchen

²⁹ Z. B.: Knorr und Schmidt (2006), Siebert und Hartmann (2007)

³⁰ Evaluationsberichte und Denkansätze bei Dobusch, Gass, David-Spickermann (o.J.) und Bliefernich (2011)

Genderspezifische Aspekte

Die Berücksichtigung der Gender-Perspektive in der Gesundheitsförderung und Prävention ist für eine erfolgreiche Kommunikation unverzichtbar und selbstverständlich. Entsprechend wird der Gender-Aspekt bei allen Befragungen berücksichtigt. Bei den Akteuren in Kommunen untersuchen wir z. B. ob Männer / Frauen sich in Bezug auf aktive Beteiligung (Vernetzung, fachlicher Austausch, Erstellung Materialien, Qualitätssteigerung des Wissensbestands) unterscheiden und welche Gruppe von speziellen Unterstützungen profitieren würde. Weiterhin wird geprüft in welcher Weise das vorhandene Versorgungsangebot bereits eine Gender-Perspektive berücksichtigt.

5.2.2 Bisherige Arbeiten des Antragstellers

Der Wissenschaftsrat hat 2008 in einem Gutachten zur Prüfung der Ressortforschungseinrichtungen des Bundes die wissenschaftlichen Leistungen der BZgA im Bereich der Qualitätssicherung und Evaluation anerkannt und eine Erhöhung der Forschungsanteils und den Ausbau zum Nationalen Zentrum für Prävention empfohlen (Wissenschaftsrat 2008). Die Intensivierung der Präventionsforschung erfolgte ab 2009 im Kontext des Meta-Projektes KNP³¹, bei dem die BZgA eine wesentliche Rolle als Akteur an der Schnittstelle von Präventionsforschung und Praxis einnahm. Die dabei eingerichtete Kommunikationsplattform www.knp-forschung.de wird von der BZgA derzeit weitergeführt und steht dem Forschungsverbund als Transferplattform zur Verfügung. Die Entwicklung von Online-Medien verfolgt die BZgA im Rahmen ihrer Ressortforschungstätigkeit seit 2010 mit besonderer Aufmerksamkeit (BZgA 2011). Sie ist mit derzeit 59 Webseiten einer der größten Anbieter von Gesundheitsinformation im Feld der Prävention. 2012 hat die BZgA gemeinsam mit dem Kooperationspartner com.X Institut ein Pilotprojekt zum Einsatz von Social Media bei **Endadressaten (Schwangere / Jugendliche)** begonnen (Laufzeit bis 3/2014). Ziel ist die Evidenzbasierung neuer Informations- und Partizipationsinstrumente in der gesundheitlichen Aufklärung (Nöcker et al. 2013). com.X war zudem Forschungspartner des BZgA Pilotprojekts „Bewegt leben – Mehr vom Leben“ (2008 – 2011) zur Vernetzung kommunaler Akteure in der Gesundheitsförderung älterer Menschen (ab 55) mit besonderem Nachdruck auf schwer zugängliche Zielgruppen. Derzeit erforscht com.X auch das IN FORM Modellprojekt der Plattform für Ernährung und Bewegung e.V. (peb) „9+12 Gemeinsam gesund - in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“, zur Vernetzung von Akteuren der frühkindlichen Prävention mit dem Ziel des Aufbaus von Präventionsnetzwerken. com.X hat für die BZgA die Broschüre „Evaluation von Websites im Gesundheitswesen“ (Jelitto 2007) erarbeitet.

³¹ Die „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ (KNP 2009-2013) umfasste ca. 60 Präventionsforschungsprojekte, die aus Mitteln des BMBF gefördert wurden

5.3 Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans - Vorhabenbezogene Ressourcenplanung

Das Untersuchungsdesign ist ausgerichtet an einer idealtypischen Handlungskette zur Nutzung einer Vernetzungsplattform durch lokale Akteure aus der kommunalen Gesundheitsförderung. Die Kette wird multiperspektivisch untersucht, um die vielfältigen möglichen Einflussfaktoren berücksichtigen zu können. Zudem ermöglicht die Bearbeitung gleicher Fragestellungen mit unterschiedlichen quantitativen und/oder qualitativen Methoden eine wechselseitige Methoden- und Ergebnisüberprüfung im Sinne einer (Methoden-)Triangulation. Mit den folgenden Methoden (M1-10) arbeitet com.X seit Jahren erfolgreich.³²

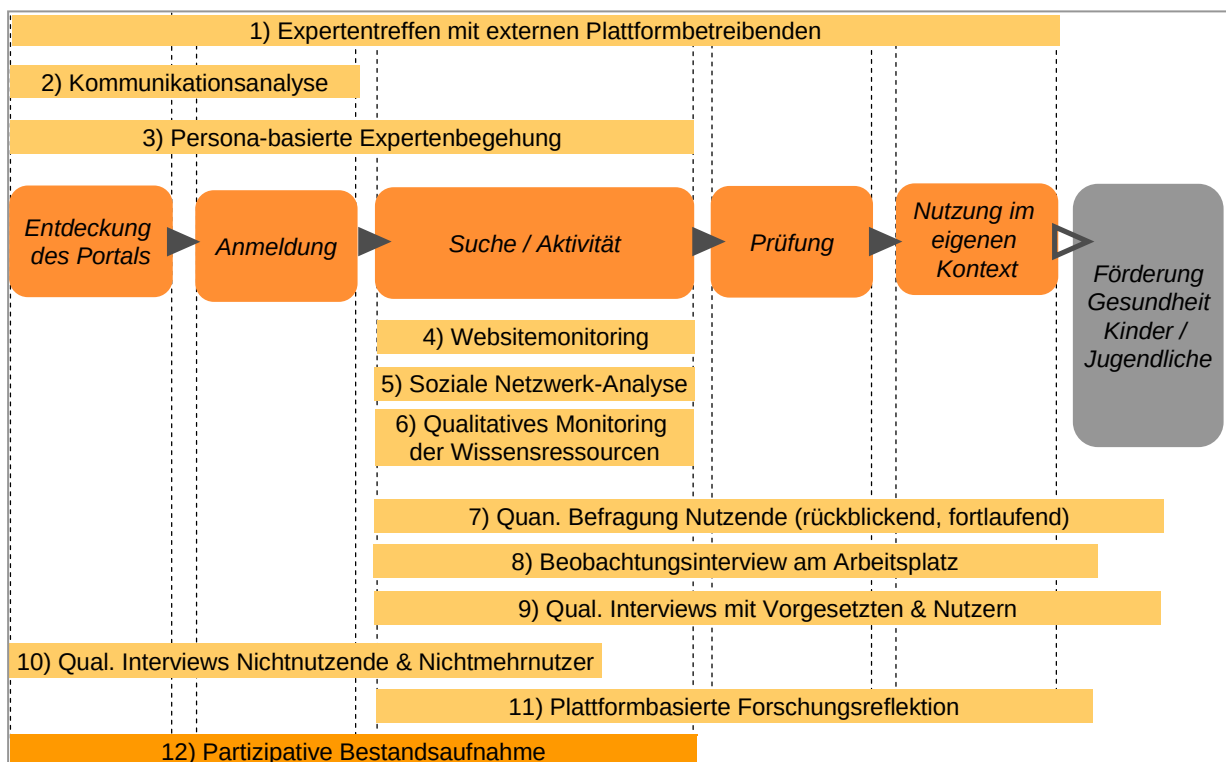


Abbildung 11 Forschungsmodule im Überblick und ihr Beitrag zu Aspekten in der Handlungskette

5.3.1 Forschungsmodule

1) Gruppendiskussionen mit Experten anderer Plattformbetreiber mit Multiplikatoren-Schwerpunkt, um Praxiswissen zu generieren, zu generalisieren und – in Ermangelung eines adäquaten Forschungsstandes – Grundlagen und Vergleichswerte zu erhalten. Eine zweite

³² Als Mitglied der DeGEval richtet sich com.X (als Forschungsmethoden einsetzender Partner) nach deren Standards sowie den Regeln guter wissenschaftlicher Praxis nach Beschlüssen der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) von 1998 und 2001 (die DFG gehört zu den Auftraggebern von com.X). Für Konzeption und Durchführung von Online-Erhebungen berücksichtigt com.X darüber hinaus die Standards zur Qualitätssicherung für Online-Befragungen der Deutschen Gesellschaft für Online-Forschung (DGOF).

Runde dient – im Sinne einer Delphi-Methodik – zur Ergebnissrückspiegelung, -justierung und letztendlich auch dem Transfer in die Praxis über den Kontext des Verbundvorhaben hinaus.

2) Die Kommunikationsanalyse überprüft die Erstbegegnung mit der Plattform, z. B. Auffind- und Erreichbarkeit, Öffentlichkeitsarbeit sowie der Neumitgliedergewinnung (Abgleich mit M10).

3) Die persona-basierte Expertenbegehung³³ überprüft in verschiedenen Nutzenden-Rollen (Jelitto 2010) die Plattform auf Hemm- und Förderfaktoren, wie Benutzerfreundlichkeit, Benutzerlenkung, Erwartungserfüllung (generiert aus der Nutzendenbefragung M7) sowie Ansprüche an Transfer und Informationsqualität. **4) Das Website-Monitoring** analysiert die tatsächlichen Nutzungsdaten und gleicht diese mit den Ergebnissen der Befragungen ab. **5) Die Soziale Netzwerk-Analyse** betrachtet und bewertet Community-Aspekte der Plattform auf Basis spezieller interner System-Statistiken (z.B. interner Vernetzungsgrad, Eigentümerschaft; vgl. Connected Educator 2011 S. 15f.). **6) Das qualitative Monitoring** von Wissensressourcen in Foren und Wikis sowie die dabei erkennbare Vernetzung, z.B. durch gemeinsame Themenbearbeitung, Bewertung und Kommentierung (z.B. Likes), misst und analysiert Qualitätsniveau, -entwicklung und Vertrauensbildung im Zeitverlauf (vgl. Connected Educator 2011 S. 16-18). **7) Die quantitative Befragung der Nutzenden** ist als Online-Befragung konzipiert und erfasst Aspekte wie Erwartung, Nutzung und Benutzerfreundlichkeit fortlaufend über den Projektzeitraum. Dabei wird zwischen Neunutzenden und Langzeitbesuchern unterschieden. Bei letzteren werden zusätzlich in mehreren Schwerpunktbefragungswellen Teilnahmeerfahrungen wie der Aktivitätsgrad, die tatsächliche Vernetzung, der Praxistransfer und der Nutzen für die Endzielgruppe ermittelt. **8) Beobachtungsinterviews am Arbeitsplatz** kommunaler Akteure bieten die Analyse des Nutzungsverhaltens während des arbeitstypischen Ablaufs (einschließlich weiterer Tätigkeiten wie z.B. Telefonanrufe) und der Einbettung von inforo-online in den Arbeitsalltag. **9) Intensivinterviews mit 20 Nutzenden und 10 Vorgesetzten** in Kommunen (face-to-face und telefonisch) liefern einen tieferen Einblick über den Einsatz der Vernetzungsplattform und stützen die inhaltliche Konzeptionierung der Online-Befragung (M7). **10) 20 Intensivinterviews mit Nichtnutzenden und Nichtmehrnutzenden** (face-to-face und telefonisch) liefern Kenntnisse über Gründe für die Nicht- bzw. Nichtmehr-Nutzung von inforo-online (Abgleich mit M2). **11) Plattformbasierte Forschungsreflektion** auf inforo-online gibt Nutzenden Einblick in die (geplante) Forschung und via Kommentar- und Diskussionstools Feedbackmöglichkeit, auch zur Delphi-orientierten Feinjustierung der Forschungsbefunde. Zudem erfolgt hier bereits ein fortlaufender Transfer

³³ Eine **Persona** (lat. *Maske*) ist ein Modell zur Untersuchung von Mensch-Computer-Interaktionen. Die Persona stellt einen Prototyp für eine Gruppe von Nutzern mit spezifischen Eigenschaften und einem konkreten Nutzungsverhalten dar.

in die Praxis. **12)** In Kooperation mit den Partnern des Verbundes gibt es eine **partizipative Bestandsaufnahme** in Form eines Workshops mit 10-15 kommunalen Experten.

5.3.2 Meilensteinplanung

Meilenstein 1 (4.Monat): **Forschungsfragen**, Design und Zeitplan sind dem Status Quo von inforo-online angepasst.

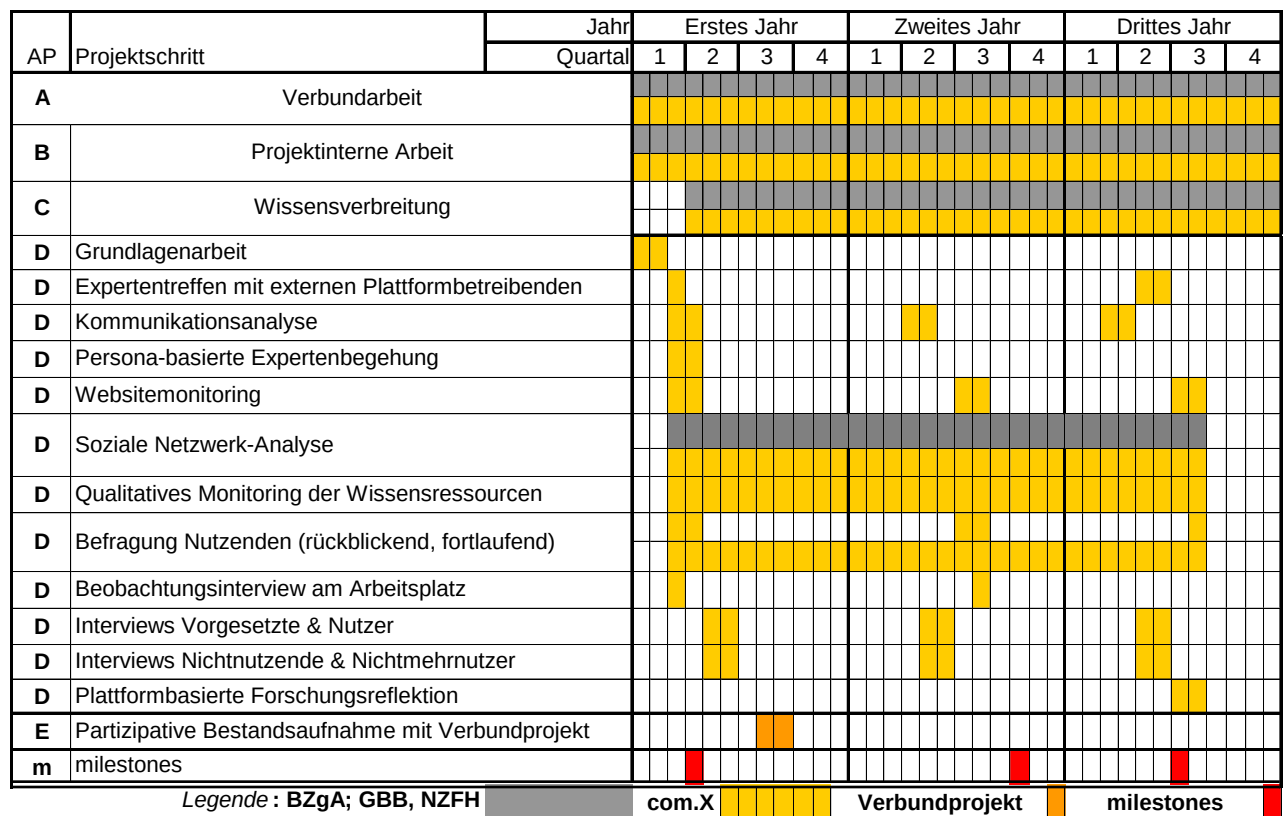
Das Projekt startet mit einer **Begutachtungsphase** unter Beteiligung von Experten- und Praktikern anderer Plattformbetreiber zur Erarbeitung einer reliablen Grundlage und ausführlicheren Beschreibung des Forschungsvorhabens und zum Arbeits- und Entwicklungsstand von inforo-online.

Meilenstein 2 (22.Monat): Erste Analysephase der idealtypischen Handlungsfolge ist abgeschlossen. Erneute Anpassung der Instrumente an die zweite Surveyphase ist durchgeführt. Ab dem 2. Quartal des ersten Projektjahres beginnt die **Analyse** aus Sicht Nutzender, nicht mehr Nutzender und Nichtnutzender sowie die Eruierung von Aktivitäten, Informationsleistungen und Transfererfolgen. Etwa ab dem 22. Monat nach Einsatz fast aller weiter oben erwähnten Methoden (außer M 11) liegt ein aufbereiteter Wissenstand vor, welcher die Planung und erneute Justierung der letzten Erhebungsphase erlaubt.

Meilenstein 3 (30. Monat) Die zweite Analysephase ist beendet, abschließende Datenmanagement und –verarbeitungstätigkeiten hat begonnen.

Ab Mitte des letzten Projektjahres werden die **Ergebnisse** analysiert und in die Fachcommunity sowie die Nutzerschaft der Vernetzungsplattform zurückgespielt.

Meilenstein 4 (35.Monat) Der Report liegt in einem ersten Entwurf vor. Der Transfer von Ergebnissen über inforo-online und die Webseite www.KNP-Forschung.de hat begonnen.



In A-C sind alle Projektpartner involviert, in D Methode „Soziale Netzwerkanalyse“ nur com.X und die BZgA.

Abbildung 12 Arbeitspakete und Meilensteine im Teilvorhaben Web-basierte Austauschplattform

5.4 Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung

Mit der avisierten Evidenzbasierung der Wirksamkeit vernetzter lebenslauforientierter Angebote zur Gesundheitsförderung bei Kindern schafft der Forschungsverbund eine grundlegende Voraussetzung für einen Transfer dieses Ansatzes im Sinne einer *Public Health Strategie*. Die weitere Umsetzung einer solchen Strategie erfordert jedoch den unmittelbaren Zugang zu (evidenzinformiertem) Praxiswissen wie Instrumente und Methoden, das die kommunalen Akteure nutzen können. Über die Plattform inforo-online soll dieses Handlungswissen an die kommunalen Stakeholder transferiert werden. Die Erforschung der Vernetzung der Akteure und die Bereitstellung des verfügbaren Fachwissens durch inforo-online verstehen wir als ergänzende und weiterführende Transferstrategie. Die BZgA als Fachbehörde gewährleistet dabei im Rahmen ihres Auftrages zur Qualitätssicherung die Auswahl geeigneter Informationen und Angebote (Bundesinitiative Frühe Hilfen und Kommunaler Partnerprozess).

Dissemination, Verwertung und Nachhaltigkeit

Die Dissemination von und der Zugang zu den Forschungs- und Praxisergebnissen ist nicht nur durch **inforo-online** sondern auch durch die Rolle der BZgA als Betreiber der Webseiten

im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen und dem Kommunalen Partnerprozess gegeben. Darüber hinaus schaffen die eingesetzten Methoden und Erkenntnisse zu Prozessen in Online-Vernetzungsplattformen für vergleichbare Vernetzungsangebote und -forschung innerhalb und außerhalb des Bereichs der Gesundheitsförderung wichtige Grundlagen. Deren Dissemination ist bereits durch das Forschungsdesign (Expertentreffen, Plattformbasierte Forschungsreflektion) im Projekt selbst angelegt und wird durch geeignete Publikationen und wissenschaftliche Zeitschriften sowie Teilnahmen an einschlägigen Tagungen erweitert (z. B. DGSMP, DeGEval).

5.5 Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten

5.5.1 Verbundstruktur und Arbeitsteilung

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.1, S. 15)

5.5.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Verbund

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.2, S. 16)

5.5.3 Organisation des Verbunds

Siehe Vorhabenbeschreibung Koordination (s. 5.3, S. 17)

5.6 Notwendigkeit der Zuwendung

Der Antragsteller verfügt nicht über Mittel, um ein Forschungsprojekt zu finanzieren und ist auf eine Förderung angewiesen. Das Vorhaben kann ohne Förderung nicht durchgeführt werden.

Anhang

A Literatur

Bliefernich, Martina (2011): Formative Evaluation eines online Netzwerks am Beispiel PrevNet.

<http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2011/1351/pdf/LS.Ges.BA.AB11.45.pdf>

Busch, Carsten (2012): Zukunftsportal für gesunde, qualifizierte häusliche Pflege (ZukunftPflege).

Projektsteckbrief. <http://map.htw-berlin.de/organisation/?typo3state=projects&lsfid=1777>

BZgA (Hrsg.): Web 2.0 und Social Media. Werkstattgespräche mit Hochschulen. Gesundheitsförderung Konkret Band 16, 2011 140 Seiten

Connected Educator (2011): Resources and Tools for Evaluation of Online Communities of Practice.

http://edcosp.org/wp-content/uploads/2011/07/707_COCP-Evaluation-Brief-July_2011.pdf

Cremers, Michael, Ralf Puchert (2007): Evaluation: Neue Wege für Jungs. 4. Netzwerktreffen in Bonn, 19.01.2007 <http://www.neue-wege-fuer-jungs.de/content/download/1784/16174/file> Folien 9,10,29;

Cremers, Michael, Ralf Puchert, Elvira Mauz (2008): So gelingt aktive Jungenförderung - Neue Wege

- für Jungs startet Netzwerk zur Berufs- und Lebensplanung. Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. <http://www.neue-wege-fuer-jungs.de/content/download/4162/33193/file>
- Dobusch, Gabi, Hans-Jürgen Gass, Marion David-Spickermann (o.J.): PrevNet: An internet based national addiction-prevention Network
http://www.ginko-stiftung.de/download/PrevNet_Artikel_Praevention.pdf
- Gericke, Th. / DJI (2004 unv.): Evaluation des GPC.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2013): Dokumentation des 1. Kommunalen Bedarfsworkshops für die kommunale Austauschplattform zur Bundesinitiative Frühe Hilfen. Unveröffentlicht.
- Guse K, Levine D, Martins S, Lira A, Gaarde J, Westmorland W, and Gilliam M: Interventions Using New Digital Media to Improve Adolescent Sexual Health: A Systematic Review. In: Journal of Adolescent Health 51 (2012) 535–543.
Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X12001358>
- Jelitto, Marc (2007): Evaluation von Web-Auftritten im Gesundheitswesen.
<http://www.bzga.de/infomaterialien/dokumentationen/evaluation-von-web-auftritten-im-gesundheitswesen/>
- Jelitto, Marc (2010): Werkzeug Persona. <http://illmeva.eu/weblog/werkzeug-persona>
- Jelitto, Marc (2013): Evaluation von Online-Communities für Fachleute.
<http://illmeva.eu/weblog/evaluation-von-online-communities-f%C3%BCr-fachleute>
- Knorr, Kathrin, Sandra Schmidt (2006): Qualitätsentwicklung und Vernetzung in der Gesundheitsförderung.
http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_nb_gtp_evaluation_lang.pdf
- Neiger BL, Thackeray R, Burton SH, Giraud-Carrier CG, Fagen MC: Evaluating Social Media's Capacity to Develop Engaged Audiences in Health Promotion Settings: Use of Twitter Metrics as a Case Study. In: Health Promot. Pract. 2013 14: 157
- Nöcker, Guido, Oliver Schwenner, Sonja Siegert, Markus Gabriel, Thomas Quast (2013): Systematische Entwicklung und Evaluation von Social Media Angeboten in der gesundheitlichen Aufklärung in: Das Gesundheitswesen Heft 8/9 2013 S.600-601.
- Schaefer, Ina, Ute Gerken, Andreas Mühlbach, Petra Kolip (2011): Gesundheit fördern in vernetzten Strukturen. http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ipp-schriften/ipp_schriften07.pdf
- Schier, F. et al. (2006) Die Datenbanken des Good Practice Centers (GPC) – Ergebnisse einer Befragung, Bonn, Bundesinstitut für Berufsbildung
- Schobert, Berthold, Katja Harich, Marc Jelitto (2006): Evaluation des „Good Practice Center zur Förderung von Benachteiligten in der beruflichen Bildung (GPC)“ im Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) http://www.good-practice.de/bericht_endfassung.pdf
- Siebert, Diana, Thomas Hartmann (2007): Basiswissen Gesundheitsförderung. Settings und Netzwerke in der Gesundheitsförderung.
http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/3_Settings_und_Netzwerke_der_GF/B3_Basiswissen_GF_Settings_Netzwerke_GF.pdf
- Sommer, Jörn, Susanne Kretschmer, Martin Gnüchwitz (2008): „Evaluation des GPC-Angebots“ – Abschlussbericht. http://www.good-practice.de/Bericht_GPC_2008.pdf
- Thackeray, R., Neiger, B, Smith, A., & Van Wagenen, S. (2012). Adoption and use of social media among public health departments. BMC Public Health, 12, 242.
Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-242.pdf>
- Trojan, A, Nickel S. Capacity Building/Kapazitätsbildung in: Bundeszentrale für gesundheitliche Auf-

klärung (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention 2011 S. 42-44

Wissenschaftsrat (2008): Stellungnahme zur BZgA, Köln.

<http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/8480-08.pdf>

Inhaltsverzeichnis

A	Beschreibung des Verbunds (CombaNet)	2
	Allgemeine Informationen zum Verbund	2
1.	Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs	3
2.	Stand der Wissenschaft und Technik	7
3.	Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans – Vorhaben bezogene Ressourcenplanung	11
4.	Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung	12
5.	Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten	15
	Anhang	19
B	Beschreibung der Teilvorhaben	23
1.	Teilvorhaben Ernährung	23
1.0	Allgemeine Informationen zum Teilvorhaben	23
1.1	Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs	24
1.2	Stand der Wissenschaft	25
1.3	Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans - Vorhabenbezogene Ressourcenplanung	27
1.4	Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung	33
1.5	Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten	34
2.	Teilvorhaben Bewegung	36
2.0	Allgemeine Informationen zum Teilvorhaben	36
2.1	Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs	37
2.2	Stand der Wissenschaft	39
2.3	Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans - Vorhabenbezogene Ressourcenplanung	42
2.4	Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung	46
2.5	Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten	47
2.6	Notwendigkeit der Zuwendung	47
	Anhang	47
3.	Teilvorhaben Gesundheit bei Schuleingang	50
3.0	Allgemeine Informationen zum Teilvorhaben	50
3.1	Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs	51
3.2	Stand der Wissenschaft	53
3.3	Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans - Vorhabenbezogene Ressourcenplanung	55
3.4	Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung	58
3.5	Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten	60
3.6	Notwendigkeit der Zuwendung	60

Anhang.....	60
4. Teilvorhaben Psychische Gesundheit	63
4.1 Allgemeine Informationen zum Teilvorhaben.....	63
4.1 Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs.....	64
4.2 Stand der Wissenschaft.....	65
4.3 Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans - Vorhabenbezogene Ressourcenplanung	68
4.4 Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung.....	73
4.5 Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten	74
4.6 Notwendigkeit der Zuwendung.....	75
Literatur.....	75
5. Teilvorhaben Web-basierte Austauschplattform.....	77
Allgemeine Informationen zum Teilvorhaben.....	77
5.1 Beschreibung der Problem- und Zielstellung sowie des gesellschaftlichen Bedarfs.....	78
5.2 Stand der Wissenschaft.....	82
5.3 Ausführliche Beschreibung des Arbeitsplans - Vorhabenbezogene Ressourcenplanung	84
5.4 Wissenschaftliche Erfolgsaussichten, Anschlussfähigkeit und angestrebte Ergebnisverwertung.....	87
5.5 Arbeitsteilung/Zusammenarbeit mit Dritten	88
5.6 Notwendigkeit der Zuwendung.....	88
Anhang.....	88