



Ergebnisprotokoll der 1. Klausurtagung der AG Methoden des Forschungsverbundes ‚Gesund Aufwachsen‘

‚Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder – Wirkungsorientierte Qualitätssicherung und Verbesserung der Zugangschancen vulnerabler Zielgruppen‘

Datum: 14.12. 2015 bis 15.12.2015, Ort: Residenz Uhlenhorst, Mülheim an der Ruhr, Saal 1

Teilnehmer

Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung: Universität Duisburg-Essen, Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan (Tag 1), Dr. Martina Sauer, Esra Dag

Zentrum für Kinder- und Jugendforschung: Ev. Hochschule Freiburg: Sibylle Fischer

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Dr. Martin Salaschek (Tag 2)

Universität Münster, Inst. f. Sportwiss.: Prof. Dr. Roland Naul, Dr. Dennis Dreiskämper, Till Utesch

KATALYSE Institut: Regine Rehaag, Gabriele Tils, Sebastian Ehlen

Protokollanten: Esra Dag, Martina Sauer, Gabriele Tils, Sebastian Ehlen

Zusammenführung und Erstellung des Protokolls Regine Rehaag

14.12.2015, 09:30 – 13:00 Uhr: Impuls, Session 1 & 2

„Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis – Transdisziplinarität in der Präventionsforschung“ – Impuls von Regine Rehaag¹

Zunehmend komplexer werdende lebensweltliche Problemlagen implizieren veränderte Anforderungen an Wissensproduktion und Wissenschaftler. Monodisziplinäre Zugänge und Lösungen werden diesen komplexer werdenden Problemlagen nicht mehr gerecht. Daraus resultiert die Notwendigkeit, Methoden der Wissensintegration über disziplinäre Grenzen hinweg zu entwickeln.

Kennzeichen eines transdisziplinären Forschungsansatzes

- Forschungsgegenstand ist ein komplexes lebensweltliches Problem
- Interdisziplinarität, d.h. integrationsorientiertes Zusammenwirken von Disziplinen im Hinblick auf gemeinsame Ziele und Ergebnisse
- Einbezug von Praxispartnern
- Die Beteiligung von Praxisakteuren kann unterschiedliche Intensitäten haben (vgl. Abb. 1), beginnend bei Einwegkommunikation durch Informationsangebote für Praxisakteure (niedrigste Ebene: Information) bis hin zu einem Austausch mit Übertragung der Entscheidungsmacht auf Praxisakteure (höchste Ebene: Empowerment).
- Im Rahmen unseres Verbundprojektes sollte zumindest eine Beteiligung auf Ebene der Konsultation, vorzugsweise der Kooperation angestrebt werden.

¹ Vgl. Präsentation Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis Transdisziplinarität in der Präventionsforschung, Regine Rehaag 14. 12. 2015

Beteiligung von Praxisakteuren in transdisziplinären Projekten

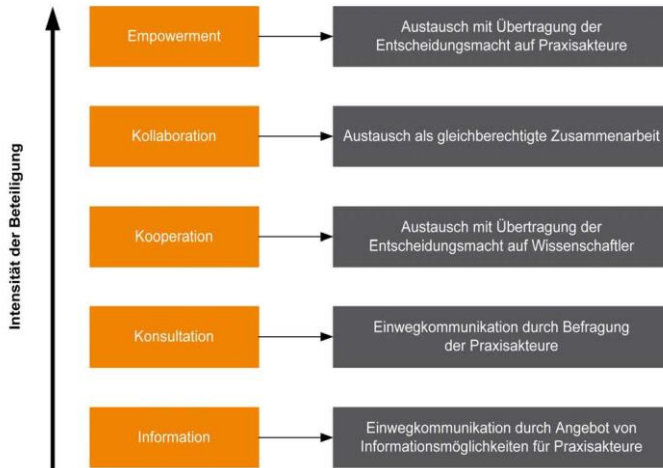


Abb. 1: Wissenschaft-Praxis-Kooperation in transdisziplinären Projekten (Brinkmann et al. 2015: 12)²

Ziel der transdisziplinären Forschung

- Integration vorliegender Einzelergebnisse zu einem innovativen Gesamtergebnis zur Erzeugung von Transformationswissen für die Überwindung von Problemen und Erarbeitung von Lösungen, die aus Problemlagen herausführen.

Idealtypischer Verlauf transdisziplinärer Forschung

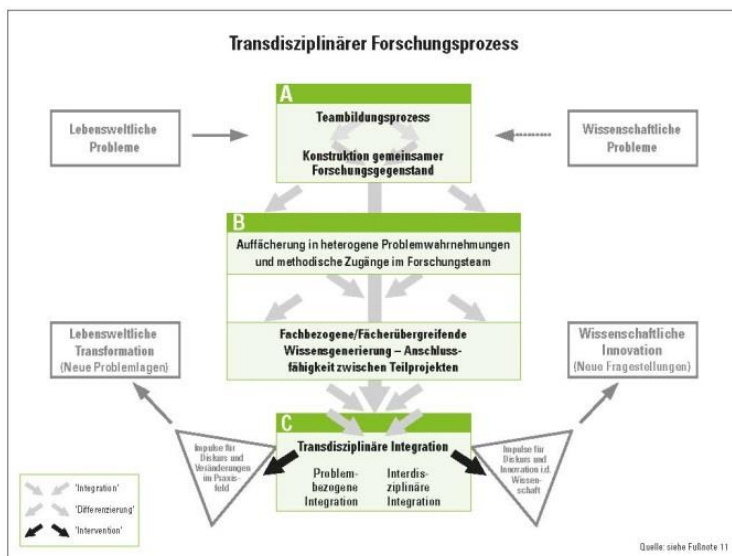


Abb. 2 Transdisziplinärer Forschungsprozess (Bergmann 2005: 19)³

² Brinkmann C, Bergmann M, Huang-Lachmann J, Rödder S, Schuck-Zöller S (2015): Zur Integration von Wissenschaft und Praxis als Forschungsmodus – Ein Literaturüberblick. Report 23, Climate Service Center Germany, Hamburg

- A: Vor dem Hintergrund lebensweltlicher und wissenschaftlicher Probleme erfolgt in einem ersten Schritt der Teambildungsprozess und die Konstruktion des gemeinsamen Forschungsgegenstandes
- B: In der zweiten Phase findet die Auffächerung in heterogene Problemwahrnehmungen und methodische Zugänge im Forschungsteam zur Generierung von fachbezogenem / fächerübergreifendem Wissen statt → von besonderer Bedeutung ist die Anschlussfähigkeit zwischen den Teilprojekten
- C: In der dritten Phase findet die problembezogene und interdisziplinäre Integration statt. Resultat: Empfehlungen / Produkte / Implikationen für Wissenschaft und Praxis
In der Halbzeit des Projekts erfolgt eine Evaluation des Verbundprojektes unter transdisziplinären Gesichtspunkten (siehe Vorhabenbeschreibung S. 18). Um entsprechende Mittel einstellen zu können, musste bei der formalen Antragstellung schon ein Evaluator festgelegt und ein Angebot eingeholt werden: Prof. Dr. Bergmann, Experte für Theorieentwicklung und Evaluierung transdisziplinärer Forschung wird die Evaluierung konzipieren und durchführen⁴.

Gemeinsame Forschungsfrage als Ausgangspunkt und gemeinsame Klammer des Verbundvorhabens – Session 1

Ausgangspunkt war die Einschätzung, dass die aktuelle Forschungsfrage

- „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?“

in ihrer jetzigen Form empirisch nicht überprüf- und beantwortbar ist. Aufgrund dessen wird eine hypothesengeleitete Reformulierung und Modifizierung vorgeschlagen.

Reformulierung der Forschungsfragen

Kritik an der Forschungsfrage

1. Die Kennzeichnung „wesentlicher Beitrag“ ist nicht quantifizierbar.

³ Bergmann M, Brohmann B, Hoffmann E, Loibl M C, Rehaag R, Schramm E & Voß J P (2005): *Qualitätskriterien transdisziplinärer Forschung. Ein Leitfaden für die formative Evaluation von Forschungsprojekten*. Institut für sozial-ökologische Forschung (ISOE) GmbH

⁴ Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Institut für sozial-ökologische Forschung (ISOE), Frankfurt im Forschungsschwerpunkt Transdisziplinäre Methoden und Konzepte mit den Schwerpunkten

- Qualitätskriterien und Evaluation transdisziplinärer Forschung
- Instrumente und Methoden der Wissensintegration
- Begleitforschung
- Forschungsförderung und Forschungspolitik
- Wissenstransfer
- Transdisziplinäre Lehre und Curricula

Aktuell unterstützt Herr Bergmann den Forschungsverbund für transdisziplinäre Gesundheitsvorsorge im Bereich Konzepte und integrative Methoden der transdisziplinären Forschung. *Capital4Health – Capabilities for Active Lifestyles. An interactive knowledge-to-action research network for health promotion*, hat unter Leitung des Instituts für Sportwissenschaft und Sport (Prof. Dr. Alfred Rütten) an der Uni Erlangen im Frühjahr 2015 seine Arbeit aufgenommen.

Seit November 2015 leitet Herr Bergmann das dreijährige vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt *Wirkungsvolle transdisziplinäre Forschung. Analyse und Transfer von Standards für transdisziplinäre Forschung (TransImpact)*. *Vorstudie für eine Virtual Academy for Transdisciplinarity Studies*. Geclustert nach den vier zentralen Aufgaben transdisziplinärer Forschung (Problemstrukturierung, Partizipation, Wissensintegration, Übertragbarkeit) werden 15-20 laufende Projekte unter der Fragestellung untersucht: In welchem Zusammenhang stehen die eingesetzten Methoden und Verfahren mit der erfolgreichen Bearbeitung der jeweiligen gesellschaftlichen Herausforderung?

2. Es gibt keine Kontrollgruppe, ein Vergleich der Nutzer von Präventionsangeboten mit Nicht-Nutzern als interner Kontrollgruppe ist diesbezüglich nicht zielführend.

Hypothesengeleitete Reformulierung

- In Kommunen mit Präventionskette liegen eine bessere Kindergesundheit und eine niedrigere gesundheitliche Ungleichheit vor als in Kommunen ohne Präventionskette (siehe Kritikpunkt 1)
- Es liegt ein Interaktionseffekt in Bezug auf die sozialräumliche Quartiersstruktur vor,
 - dieser Effekt zeigt sich stärker in schwachen als in mittleren Quartieren
- Das Vorhandensein einer Präventionskette in einer Kommune führt zu einer höheren Teilnahme, insbesondere von schwer erreichbaren Zielgruppen (siehe Kritikpunkt 2)
 - Dieser Effekt zeigt sich insbesondere in schwachen Quartieren
- Kinder, die an Präventionsangeboten teilnehmen, sind gesünder als die, die nicht teilnehmen.

Klaus Fröhlich-Gildhoff / Sibylle Fischer: Es muss klar sein, dass wir nur Zusammenhänge (Korrelationen) erfassen können, KEINE Wirkungen!

Replik Dennis Dreiskämper: Es geht ja deutlich daraus hervor, dass wir keine Wirkanalyse betreiben können. Von reiner Zusammenhangsforschung würde ich aber auch nicht sprechen, da wir ja durchaus Unterschiede zwischen Standorten, Quartieren etc. untersuchen. Nur die Ursachen für die Unterschiede sind natürlich nicht eindeutig zuordenbar.

Replik Haci-Halil Uslucan: Neben Korrelationen lassen sich mit diesen Daten auch weitere statistische Testverfahren durchführen.

Adaptation des Forschungsdesigns

Kritik am Forschungsdesign

3. Das Forschungsdesign suggeriert mit zwei Messzeitpunkten, dass es sich um eine Längsschnittuntersuchung handelt. So ein Design macht nur dann Sinn, wenn eine Intervention geplant ist – beispielsweise die Implementierung einer Präventionskette und etwaige Veränderungen zu einem zweiten Zeitpunkt erhoben werden. Da keine Intervention vorgesehen ist, können in der Zeit bis zur zweiten Erhebung keine Veränderungen erwartet werden. Nach Ansicht der Projektmitarbeiter/innen aus den Bereichen Seelische Gesundheit und Ernährung sind in diesem Zeitraum auch keine entwicklungsbedingten Veränderungen zu erwarten.
4. Im Bereich Bewegung sei dies allerdings der Fall und deren Dokumentation für die bewegungswissenschaftliche Forschung auch von Interesse.

Dennis Dreiskämper: Wir gucken uns natürlich nicht die Wirkung einer Intervention an, aber wir können dadurch als a. V. auch die Entwicklung der Kinder definieren.

Haci-Halil Uslucan: Veränderungen könnten wir schon messen, jedoch nicht zuordnen, ob diese quasi „von selbst“ geschehen (Umwelt- oder andere Störeinflüsse) oder auf eine bestimmte Intervention zurück zu führen sind.
5. Unter der Maßgabe der Ressourcenschonung (kommunale Akteure und Zielgruppen) und der beschlossenen Konzentration der Erhebungen auf zwei Kommunen sollten die Erhebungen gemeinsam zu je einem Zeitpunkt durchgeführt werden. Die Zusammenarbeit der Module Bewegung, Ernährung und Seelische Gesundheit wurde beschlossen.

Zu Kritikpunkt 3

- Die Untersuchungen werden in einer Kommune mit und einer Kommune ohne Präventionskette durchgeführt (unabhängige Variable).
 - Bei der Auswahl der Kommune ohne Präventionskette wird darauf geachtet, dass vernetzte Angebote der Gesundheitsförderung auf kommunaler und Quartiersebene vorhanden sind. Die Angebotsstruktur wird in der Bestandsaufnahme erhoben.

Klaus Fröhlich-Gildhoff / Sibylle Fischer: Es muss ein klares Modell beschrieben werden, in dem die vielen intervenierenden/moderierenden Variablen – vom kulturellen Hintergrund/SES bis zu Qualifikationen der Fachkräfte oder „Intensität“ der Präventionskette beschrieben werden. Es kann bspw. so sein, dass eine Kommune ohne Präventionskette die Menschen – durch eine klare, systematisierte Gesundheitsförderung im Quartier – besser erreicht als eine mit PK.

Zu Kritikpunkt 4

- Die drei Module führen eine gemeinsame Elternbefragung durch.

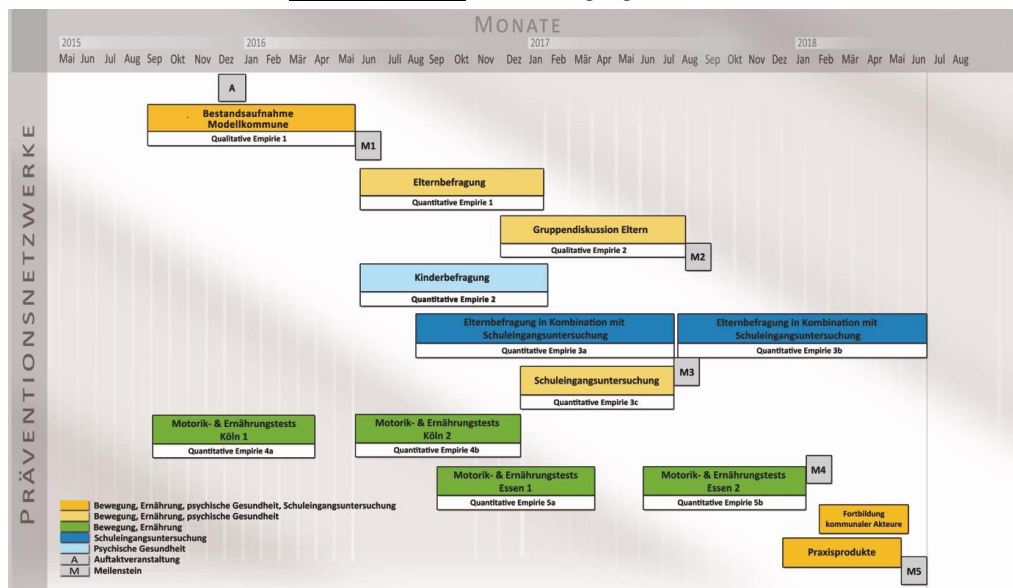


Abb. 3 Revidiertes Untersuchungsdesign

- Die Module Ernährung & Teilhabe und Seelische Gesundheit modifizieren ihr Untersuchungsdesign und führen die gemeinsame Elternbefragung jeweils nur einmal durch
 - in Köln im Juni 2016 beim Messpunkt t2 und
 - in der zweiten Stadt im September 2016 beim Messpunkt t1.
 - Die Kinderbefragung des Moduls Seelische Gesundheit wird an die entsprechenden Erhebungen des Moduls Bewegung (motorische Testung, Kinderfragebogen zum physischen Selbstkonzept) angedockt, aber mit getrennten Fragebögen durchgeführt.
 - Das Modul Bewegung bleibt beim ursprünglichen Design und erhebt die motorische Entwicklung zu zwei Messzeitpunkten (Beginn und Ende des Kita- bzw. Schuljahres). Dabei ergibt sich ein versetzter Zeitplan.
 - **Köln:** (vgl. Abb. 4, 1a & 2a)
 - **t1:** September 2015 (Motorik- und Ernährungstest & Elternbefragung mit 21-seitigem Fragebogen DSHS, n = 624)
 - Für die gemeinsame Elternbefragung zum Zeitpunkt t2 wird ein gemeinsamer Fragebogen entwickelt
 - **t2:** Juni 2016 (Motorik- und Ernährungstest & gemeinsame Elternbefragung)
- Kommune mit Präventionsnetzwerk:** (vgl., Abb. 4, 3a & 4a)
- **t1:** September 2016 (Motorik- und Ernährungstest & gemeinsame Elternbefragung)

– **t2: Juni 2017**

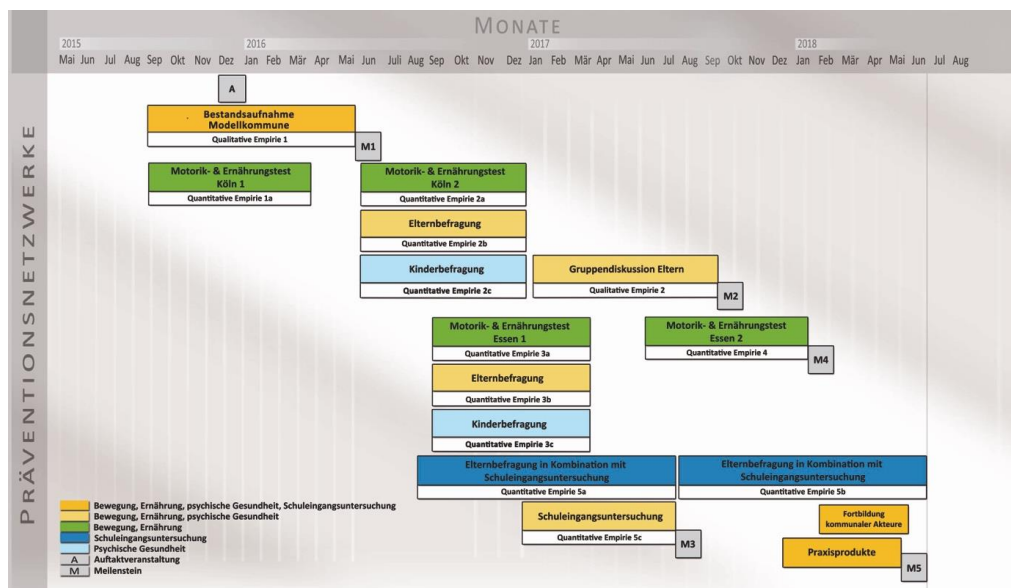


Abb. 4 Revidiertes Untersuchungsdesign (differenziert nach Kommune mit und Kommune ohne Präventionskette⁵)

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

Auswahl der Kommunen

Der Beschluss, die Untersuchung in einer Kommune mit und einer Kommune ohne Präventionskette zu untersuchen (unabhängige Variable), wurde folgendermaßen spezifiziert:

- Es erfolgt eine dichotome Operationalisierung: Präventionskette auf kommunaler Ebene vorhanden vs. nicht vorhanden in Anlehnung an die in zuvor definierten Kriterien
 - verbindliche programmatische Entscheidung (bspw. in Form eines Ratsbeschlusses),
 - ressortübergreifende Zusammenarbeit und
 - Vorhandensein einer Koordination
- Die Angebotsstruktur in den ausgewählten Quartieren wird als intervenierende Variable erhoben.
- Die Module (mit Ausnahme des Moduls SEU) führen ihre Untersuchungen und die Elternbefragungen in den gleichen Quartieren (Kitas, Schulen) durch⁶.

⁵ Die Nummerierung der Meilensteine aus der Vorhabenbeschreibung wurde beibehalten.

⁶ Regine Rehaag: Wir haben in unserer Vorhabenbeschreibung für die Module B/E/SG ein Untersuchungsdesign mit 12 Quartieren versprochen – ursprünglich in 6 Kommunen (dazu kamen 2 Kommunen für das Modul GSE). Auf der Sitzung am 29.5.2015 bestand Konsens, dass, wenn wir auf zwei Kommunen reduzieren, wir dennoch die versprochene Untersuchungsbreite einhalten müssen. Wir müssen sicherstellen, dass das ressourcenmäßig nicht mit der Entscheidung kollidiert, alle Module gehen in alle Quartiere: Es sind nicht genug Mittel vorhanden, um alle Empirien in allen Quartieren

14.12.2015, 14 – 18 Uhr: Session 2, Gemeinsames Vorgehen / Anschlussfähigkeit der Module

Auswahl der Kommunen

Hinsichtlich der Auswahl der Modellkommune mit Präventionskette wurde

- rekapituliert, dass nicht zwingend eine KeKiz-Kommune, sondern durchaus auch eine Kommune aus dem ‚Netzwerk gegen Kinderarmut‘ ausgewählt werden kann (vgl. Protokoll der Sitzung vom 29.5.2016), zumal dort weniger Reaktanzen zu erwarten sind, da sie keiner Evaluierung mit vergleichbar intensiven Befragungen unterzogen worden sind und die ‚Koordinationsstelle Kinderarmut‘ im LVR Landesjugendamt mehrfach angeboten hat, bei der Auswahl zu beraten und bei der Kooperation zur Seite zu stehen,
- zu bedenken gegeben, dass die Kooperation mit einer KeKiz-Kommune mit Blick auf die Anschlussfähigkeit in späteren Projektphasen (Planung weiterer Landesprogramme) allerdings von strategischer Bedeutung sein kann und
- folgendes Anforderungsprofil entwickelt: Die Kommune sollte eine ausreichende Größe haben, damit genügend Auswahlmöglichkeiten bzgl. der Quartiere (Kovariable – schlechte / mittlere Quartiere) bestehen.

Zur Auswahl stehende Kommunen ohne Präventionskette

Köln

- Im September 2015 (Datenerhebung t1) ist ein Motorik- und Ernährungstest durch Frau Graf / DSHS durchgeführt worden, Elternerklärungen und Ethikantrag liegen entsprechend vor. In der Stadt Köln gibt es bislang keine offiziellen Verlautbarungen, die eine Hinwendung zum programmatischen Ansatz der Präventionskette erkennen lassen; auch der Ende 2015 eingereichte Förderantrag lässt – wie uns von mehreren in die Antragsbeurteilung einbezogenen Gutachter vertraulich mitgeteilt wurde – nicht erkennen, dass die Ressorts vernetzt arbeiten.
- Köln kommt somit grundsätzlich als ‚Kommune ohne Präventionskette‘ in Frage.
 - → Vorteil: Herstellung der Anschlussfähigkeit der Erhebungen von Frau Graf / DSHS durch eine gemeinsame Elternbefragung mit den Modulen Ernährung und Seelische Gesundheit zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t2 06 2016)
 - → Nachteil komplizierter Zugang: Das Bildungsdezernat Köln hat eine Kooperation am Forschungsverbund im Sommer 2015 auf Leitungsebene explizit abgesagt. Frau Graf hatte angekündigt, nach Abschluss der OB Wahl in Köln Zugangswege für die ausstehende Bestandsaufnahme über ihre Netzwerke zu ermöglichen und gebeten abzuwarten, bis sie das ‚Go‘ in dieser Frage gibt. Wenn der Zugang zu Schlüsselakteuren und Fachkräften in den Quartieren und die Genehmigung der geplanten Erhebungen geklärt sind, können die Module Ernährung und Seelische Gesundheit beginnen.
- Noch zu diskutieren ist die Frage, was aus der Tatsache, dass es in Köln keine Präventionskette gibt, für die Bestandsaufnahme folgt – insbesondere mit Blick auf die Experteninterviews, die der Beschreibung und Qualifizierung der Kette sowie zur Identifizierung der Quartiere dienen. Diese stehen im Fall von Köln jedoch schon vor. Für die Motorik- und Ernährungstest sind KiTa-Grundschul-Tandems in Sülz, Brück und Mülheim als mittlere bis gute Quartiere und in Meschenich und Kalk als schlechter gestellte Quartiere ausgewählt worden. Erhebung in Kita, 1. Klasse Grundschule.

Kommentar [JF1]: Liegen vor oder stehen fest? Quartiere oder Interviews?

durchzuführen. So sind bspw. nur begrenzte Ressourcen für Gruppendiskussionen (Incentives, Transkription, Auswertung) und Experteninterviews vorgesehen.

Zur Auswahl stehende Kommunen mit Präventionskette

Frau Rehaag gab anhand einer vergleichenden Darstellung einen Überblick über die Mitgliedskommunen der beiden Netzwerke ‚Kein Kind zurück lassen‘ und ‚Netzwerk gegen Kinderarmut‘ (vgl. Abb. 5) Mit Pfeilen markiert sind die Kommunen, die bei KeKiz zur Auswahl stehen, bzw. vom LVR Landesjugendamt empfohlen werden.

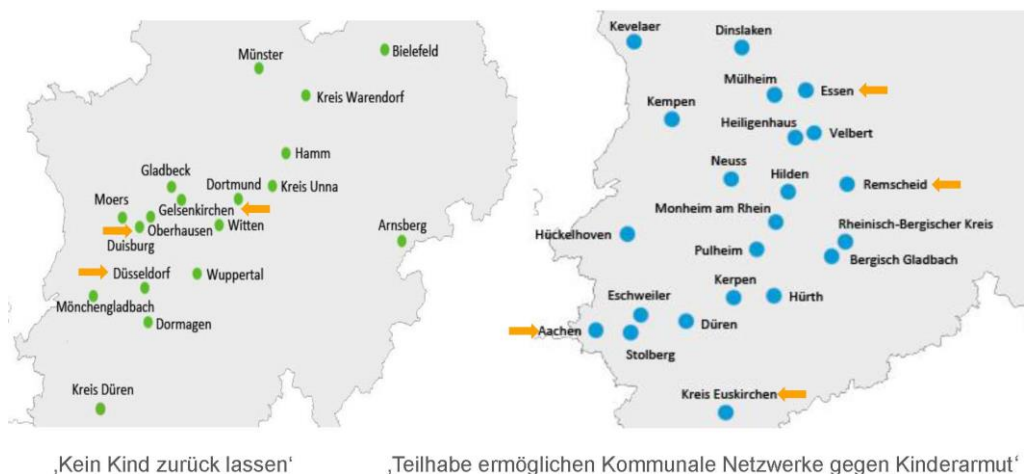


Abb. 5 KeKiz-Kommunen (grün) und Netzwerk Kinderarmut-Kommunen (blau) (eigene Darstellung Regine Rehaag)

KeKiz-Kommunen

Gelsenkirchen

- Gelsenkirchen, eine der 18 KeKiz-Kommunen, die Anfang 2012 gestartet sind, gilt angesichts einer weit entwickelten Präventionskette und einer exzellenten Aufbereitung des Bestandes aus Sicht von Kekiz Koordination, Bertelsmann Stiftung wie auch des Netzwerks gegen Kinderarmut als ‚Best-Practice-Kommune‘;
- auf Dezernenten-Ebene bestehen Interesse und Kooperationsbereitschaft, Letter of Intent wurde schon in der Antragsphase unterzeichnet;
- auf Ebene der Fachkräfte stößt man dagegen auf ausgeprägte Reaktanzen, in Reaktion darauf, dass Gelsenkirchen als KeKiz-Vertiefungskommune im Rahmen der Bertelsmann Evaluierung intensiv beforscht wurde. Eine produktive Kooperation wird angesichts der abwehrenden Haltung der Koordinatorin Frau Eckart und der erneut skeptischen Resonanz von Frau Bader (Sozialplanerin) bei der Auftaktveranstaltung als schwierig eingeschätzt;
- eine endgültige Entscheidung fällt erst nach einem Gespräch mit Herrn Dr. Beck bzw. einer Einigung mit einer anderen Kommune.

Oberhausen

- Oberhausen ist KeKiz-Kommune, der Letter of Intent wurde schon in der Antragsphase unterzeichnet und auf Dezernenten-Ebene besteht Interesse und Kooperationsbereitschaft. Da Oberhausen keine KeKiz-Vertiefungskommune war und nicht so intensiv evaluiert/beforscht wurde wie Gelsenkirchen sind ausgeprägte Reaktanzen unwahrscheinlich.
- Die Implementierung der Präventionskette steht allerdings noch in den Anfängen. Norbert Turra-Ebeling, Vertreter des Gesundheitsamts Oberhausen gab bei der Auftaktveranstaltung die Rückmeldung: „Es gibt solche Angebote nicht in Oberhausen“.

Düsseldorf

- Kekiz-Kommune, Letter of Intent wurde schon in der Antragsphase unterzeichnet, Präventionskette allerdings nur in zwei Quartieren (**Hassels-Nord; Wersten-Südost**), einzige Kommune in der bislang Zugang zu SEU-Daten auf Individualbasis besteht.

Kommunen des ‚Netzwerks Kinderarmut‘

- Angebot von Herrn Gilles (‚Koordinationsstelle Kinderarmut‘ im LVR Landesjugendamt), das Projekt beim Zugang zu Kommunen des ‚Netzwerks Kinderarmut‘ zu unterstützen (Türöffner). Der LVR unterstützt 39 Kommunen beim Aufbau von Netzwerken (KeKiz- und LVR-Kommunen Kommunen vgl. Abb.1).
- Herr Gilles empfiehlt als Modellkommune Essen, die größte Stadt des LVR Netzwerks, mit einer sehr gut ausgebauten Präventionskette, die seit 2012 am Programm „Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“ teilnimmt. Frau Berg, die als Dezernentin in Monheim die erste Präventionskette mit Unterstützung von Frau Holz aufgebaut hat, ist seit etwas mehr als einem Jahr Jugendamtsleiterin in Essen. Weitere Vorteile:
 - Prof. Naul beginnt gemeinsam mit dem Essener Kinderschutzbund ein Projekt in KiTas,
 - der neue OB von Essen ist im Vorstand des ZfTI.
- Weitere Vorschläge waren Mülheim, Aachen, Kreis Euskirchen und Remscheid, die aber aus verschiedenen Gründen nicht geeignet schienen (zu klein, Kreis vs. Stadt, zu weit weg).

Ergebnis / Entscheidung

Für die Auswahl der Modellkommunen wurde im Konsens aller Beteiligten eine Präferenzliste erstellt

1. (E+B+S): Essen – Köln* (SE): Düsseldorf
2. (E+B+S): Essen – (E+B+S+SE): Düsseldorf**
3. Köln — Düsseldorf

* Unter der Bedingung, dass über Frau Graf der Zugang zu den kommunalen Akteuren in den Kölner Quartieren möglich wird.

Abb. 6 Präferenzliste für die Auswahl der Modellkommunen

- Die zunächst als dritte Priorität formulierte Kombination Köln-Düsseldorf (Städte mit bereits erfolgter Datenerhebung ‚Motorik und Ernährung‘ bzw. anstehender Datenauswertung SEU) wurde verworfen.
- Es stellt sich die Frage nach der Anschlussfähigkeit der SEU-Analyse in Düsseldorf. Wie können SEU und Nutzung von Angeboten / Zusammenhang Teilnahme und Gesundheit verknüpft werden?

Kommentar [JF2]: Grammatik/Sinn?

Arbeitsaufgaben zur Rekrutierung der Kommunen

- Herrn Gilles bitten den Kontakt zu den Ansprechpartnern in Essen herzustellen, danach wird eine Entscheidung getroffen. (Frau Rehaag hat Herrn Gilles am 16.12. eingebunden und Anfang Januar mit Frau Berg ein Sondierungsgespräch in Essen für den 14.1. vereinbart.)
- Da es keine Kooperationsvereinbarung mit der Stadt Köln gibt, sind die Module Ernährung und Seelische Gesundheit darauf angewiesen, dass Frau Graf den Zugang herstellt: D.h.
 - Schlüsselakteure benennt, mit denen die Module in Kontakt treten können und
 - den Modulen eine Genehmigung der zuständigen Ämter zukommen lässt, dass in Kölner KiTas und Grundschulen Daten erhoben und ausgewertet werden dürfen.

(Frau Graf hat am 18.1.2016 telefonisch mitgeteilt, dass wir uns an Hilde Schmitz-Krahm, Gesundheitsamt, Annette Groeschke, Schulverwaltungsamt Köln und Hildegard Fischel, AOK Köln wenden können. Eine Genehmigung für Untersuchungen an den KiTas und Grundschulen wurde nicht eingeholt, da dies für die vorgenommenen Messungen nicht erforderlich sei.)

Dennis Dreiskämper: Ich denke, dass es hier noch Klärungsbedarf gibt. Telefonat Naul/Graf folgt (22.01.), auch intensiver Austausch hierüber im Modul Bewegung folgt noch.

- Klärung: Wie kann SEU an die anderen Module gewinnbringend angebunden werden? Anfrage, ob eine Auswertung der SEU auch in Essen und/oder Köln möglich ist.
 - Recherche: über LZG, ob für Essen und Köln SEU-Daten auf Individualebene zur Verfügung stehen.

Definition Quartier

Untersucht werden

- Quartiere mit Bewohnern in sozial benachteiligten Lagen (= schlechter gestellte Quartiere) vs.
- Quartiere mit Bewohnern in mittleren / durchschnittlichen sozialen Lagen (mittlere Quartiere)
- Qualifizierung der Quartiere über folgende Indikatoren
 - ALG-II-Bezieher-Quote
 - AL-Quote
 - Partizipationsrate U3
 - Anteil Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Kinderarmut als beschreibende, jedoch nicht konstituierende Variable.
- Problem: Monitoring-Daten der Städte liegen in der Regel nicht für Quartiere, sondern nur für Stadtteile vor.
- Kompatibilität / Vergleichbarkeit mit anderen Studien?

Vorschlag: Anhand der „harten“ Monitoring-Daten der Städte zunächst Stadtteile charakterisieren und ranken, die Quartiersbeschreibung / Definition bzw. Eingrenzung wird ergänzt über die Einschätzung der kommunalen Experten der sozialräumlichen Gegebenheiten.

- Für Köln brauchen wir von Frau Graf die Daten zu den von ihr ausgewählten Quartieren.

Ergänzung zur Anzahl der Quartiere [Ergebnis der Sitzung vom 29.05.2015 in Köln]:

- Für die empirischen Erhebungen der drei Module Bewegung, Ernährung und Seelische Gesundheit waren in der ursprünglichen Konzeption jeweils zwei – unterschiedliche – Modellkommunen à zwei Quartiere vorgesehen, also vier Quartiere pro Modul, damit 12 Quartiere in sechs Kommunen insgesamt. Von dem versprochenen Untersuchungsumfang 12 Quartiere können wir nicht abweichen.
- In der Sitzung am 29.5.2015 war überlegt worden, dass es mit Blick auf den engen Zusammenhang zwischen den Gegenstandsbereichen und zu erwartenden Synergien sinnvoll sei, dass die Module in denselben Kommunen arbeiten, wenn auch nicht unbedingt in denselben Quartieren.
- Durch die bei der Klausurtagung abgesprochene Zusammenlegung der Erhebungen arbeiten die Module nun nicht nur in den gleichen Kommunen, sondern auch in den gleichen Quartieren bzw. Kitas und Schulen. Damit wird eine Verlagerung von sechs Kommunen à zwei Quartieren auf zwei Kommunen à sechs Quartieren vorgenommen (diese Entscheidung hat problematische Implikationen, vgl. Fußnote 6).
- Die Zahl der Untersuchungsregionen (sechs Quartiere in schlechter und sechs in besser gestellten Stadtteilen) wird damit beibehalten, bei erhöhter Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

- In Köln wurden in fünf Quartieren – in drei mittleren und zwei schlechter gestellten – Daten erhoben.

Operationalisierung soziale Ungleichheit & Kindergesundheit (abhängige Variable) sowie Erhebungsinstrumente

Die quantitative Erfassung der Kindergesundheit in den drei Modulen (E/ST, B, SG) erfolgt anhand festgelegter Indikatoren. Die Definition sozialer Ungleichheit erfolgt durch Gruppenindizes anhand differenzierender Kriterien, die Erfassung gesundheitlicher Risiken auf Individualebene. Hierzu sind bestehende Indikatoren / Cut-Off-Werte im Bereich Bewegung, Ernährung und Seelische Gesundheit heranzuziehen.

- **Bewegung:** Kinder: Motorische Fähigkeiten, BMI, Bauchumfang, Körperfett, physisches Selbstkonzept (21 Items auf 7 Skalen).
- **Ernährung:** Eltern Ernährungstagebuch, subjektive Gesundheitseinschätzung (gesundheitsbezogene Lebensqualität in Hinblick auf Ernährung), Teilnahme der Kinder an Ernährungsangeboten, Bekanntheit, Akzeptanz der Angebote und Teilnahmegründe
- **Seelische Gesundheit:**
 - Kinder: Resilienz, soziales, körperliches und Selbstkonzept (28 Items),
 - Eltern: SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire – Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken), Erziehungsstile und -ziele

	Bewegung	Seelische Gesundheit	Ernährung
Kinder	Motorik BMI Bauchumfang Körperfett 90 Minuten pro Klasse Physisches Selbstkonzept 15 – 20 Minuten Klasse 10 Minuten Kind / KITA (Bei ca. 10 Testern)	Resilienz Selbstwirksamkeit Selbstkonzept – Fähigkeiten – sozial – körperlich 30 - 45 Minuten / Kind (Einzelinterviews pro Kind, 8 - 10 Helfer)	-
Eltern über Kinder	Ernährungsprotokolle 24 Stunden Recall 5-10 Minuten Im Rahmen von Elternabenden	SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) 20 Minuten	Teilnahme der Kinder subjektive Gesundheitseinschätzung (gesundheitsbezogene Lebensqualität im Hinblick auf Ernährung)
Elternangaben	Diverses u.a. Sportverein 40-50 Minuten Zum Mitnehmen	Erziehungsstile und -ziele 10 Minuten	Bekanntheit & Akzeptanz der Angebote Teilnahmebereitschaft
Fachkräfte		KOMPIK SDQ	-
Expertenbefragung	-	-	+

Abb. 7 Methoden und Instrumente der gesundheitsbezogenen Erhebung

Abstimmung und Anschlussfähigkeit der Erhebungen der Module

Kinderbefragung

Durchführung: Die Erhebung soll gekoppelt, die Fragebögen aber nicht kombiniert werden (es werden also die gleichen Kinder hintereinander befragt). Es wird der gesamte Klassenverband befragt, jeweils in Gruppen von jeweils acht bis zehn Kindern gleichzeitig.

1. Woche: Motoriktest
2. Woche: Physisches Selbstkonzept
3. Woche: Resilienzskala (RS-K) und Selbstkonzeptfragebogen (SKF)

Klaus Fröhlich-Gildhoff / Sibylle Fischer: Die Überlegung war doch eigentlich, diese Erhebungen an den Motoriktest anzuhängen. Macht das Sinn drei Wochen in Folge zu testen? Scheint mir für die strukturellen Schulabläufe eher ungünstig.

Dennis Dreiskämper: PSK und die Resilienz gleichzeitig erheben, sofern möglich.

Haci-Halil Uslucan: würde ich dafür plädieren.

Gemeinsames Auftreten der Module bei der Schule und den Elternabenden

Notwendig: Feedback an Kinder, Eltern und pädagogisches Personal

Befragung der gleichen Kinder durch alle Module (hintereinander) bringt Forschungsmehrwert, insbesondere für Unterfragestellungen oder Prädiktoren.

Elternbefragung

Beschluss: ein gemeinsamer Elternfragebogen

Der Fragebogen wird den Kindern mitgegeben – Rücklaufkontrolle / -hilfe durch pädagogisches Personal. Fachkräfte müssen als Partner einbezogen und geschult werden.

Elternfragebogen im Modul Bewegung (in Köln t1 schon eingesetzt) → zu lang (21 Seiten).

→ Modifizierung für Köln t2 und Essen t1 (durch Modul Bewegung), auf zentrale Fragestellungen konzentrieren - Maßgabe: Was brauchen wir unbedingt? (Wichtig: Schulweg und Vereinsmitgliedschaft) und Anschlussfähigkeit an die gemeinsame Fragestellung überdenken. Wünschenswert sind Fragestellungen, die mit den anderen Modulen kompatibel sind.

→ Abstimmung Ernährungsfragen zwischen Modul Bewegung (Elternfragebogen) und Ernährung.

Die Ergebnisse des Ernährungsprotokolls werden dem Modul Ernährung zur Verfügung gestellt.

SDQ (Modul Seelische Gesundheit) liegt bereits in verschiedenen Sprachen vor, andere Fragebogens-teile müssten ebenfalls in die am häufigsten vorkommenden Sprachen übersetzt werden.

Im Bereich Bewegung wird Wahrnehmung von Angeboten in erster Linie durch Gruppendiskussionen erhoben, dazu im Fragebogen nur wenige Fragen.

Dennis Dreiskämper: Es wäre gut, jetzt ein Ernährungsinstrument seitens dieses Moduls zu haben, dann hätten wir einen richtigen Überblick.

Fachkräftebefragung (nur Modul Seelische Gesundheit)

Plan bzw. üblich: Jeder Lehrer / Erzieher muss für jedes Kind Fragebogen ausfüllen (zu viel).

Alternative: Stichprobe der Kinder nach Kinderdatenerhebung (prototypische Kinder), gute Möglichkeit bei Kombination mit Weiterbildungsangebot. Muss noch weiter überdacht werden.

Klaus Fröhlich-Gildhoff / Sibylle Fischer: Kriterien müssen geklärt werden.

Resümee Tag 1

Am ersten Tag wurden viele offene Fragen besprochen und vieles – wenn auch nicht alles – geklärt, es bildet sich langsam eine Struktur / ein Konzept und ein Plan heraus. Die Diskussionen waren sach-

und problemlösungsorientiert, konstruktiv und integrativ bei spürbarer Bereitschaft aller, aufeinander zuzugehen, so dass Hoffnung besteht, **tatsächlich** die Module zusammenführen zu können.

Kommentar [JF3]: Würde ich weglassen, das klingt sonst nicht nach Hoffnung.

15.12.2015, Session 3 & 4, Integrierte Bestandsaufnahme, Abstimmung der empirischen Ergebnisse

Risikogruppen können nicht im Voraus bestimmt werden. Die Einschätzung von Risikofaktoren ist eine methodische Aufgabenstellung, die als gemeinsame Aufgabe von den drei Modulen im Anschluss an die Erhebung und Auswertung der Daten geleistet werden muss (durch eine sorgfältige Analyse von Korrelationen und der Akkumulation von Risikofaktoren). Dies ist eine Aufgabe für eine eigene Methodenkonferenz.

Hierzu sollen im Vorfeld von den Modulen in ihrem Bereich jeweils vier Indikatoren zur Bestimmung von **Gesundheits- und** Risikofaktoren ausgewählt werden, die aussagekräftige Korrelationen und Akkumulation von Indizes ermöglichen.

Kommentar [JF4]: Korrektur so richtig?

Teilvorhaben Wissenstransfer

Das Projekt untersucht Qualität, Nutzen und Wirksamkeit einer internetbasierten Austauschplattform für kommunale Multiplikatoren / Stakeholder.

Neben einer Überprüfung der Plattform Inforo-Online im Hinblick auf Benutzerfreundlichkeit (Usability) und Nutzen für die Akteure stehen Vernetzungs- und Mobilisierungseffekte im Mittelpunkt der Analyse. Hierbei ist von besonderem Interesse, inwieweit sich Erkenntnisse zur Vernetzung der Akteure und ihre Auswirkungen auf bestehende Praxisnetzwerke auf andere Themenbereiche übertragen lassen.

Mithilfe der Evaluation und der Nutzerbefragung sollen Erkenntnisse zur Netzwerkqualität (Präventionsketten) gewonnen werden. Die Nutzer sollen zu Potenzialen digitaler Vernetzung und Unterstützungsbedarf befragt werden.

→ Zum Modul Wissenstransfer wird noch ein schriftlicher Input von Herrn Dr. Salaschek ergänzt.

Integrierte Bestandsaufnahme / Abstimmung der empirischen Ergebnisse – Session 3 & 4

Es werden folgende Punkte bezüglich der integrierten Bestandsaufnahme beschlossen:

- Das Modul Ernährung und Soziale Teilhabe ist bei der Integrierten Bestandsaufnahme federführend.
- Das kommunale Präventionsnetzwerk wird in drei Arbeitsschritten erfasst und ausgewertet:
 - (1) Spezifische kommunale Strukturen werden erfasst (verbindliche Vereinbarung, Präventionsstrategie, Koordination und Schlüsselakteure, Kooperationen, Institutionalisierte Vernetzung, Runde Tische, Gesundheitskonferenzen usw.).
 - (2) Die spezifischen Angebote des kommunalen Präventionsnetzwerkes werden erfasst. Dies geschieht insbesondere auf Ebene der ausgewählten Quartiere und Institutionen (KiTas und Grundschulen).
 - (3) Die erfassten Angebote können möglicherweise auf Grundlage der Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten eingeschätzt werden (vgl. BZgA, 2011).
- Feedback 1: Die Ergebnisse und Zusammenfassungen des Arbeitsschritts 1 werden in die Module Bewegung und Seelische Gesundheit zur Ergänzung und Kommentierung rückgekoppelt.
- Feedback 2: Gleiches Prozedere zu Arbeitsschritt 2
- Es werden ausschließlich Angebote für Kinder bzw. ihre Eltern zwischen Schwangerschaft und zehn Jahren erfasst. Somit werden Angebote der frühen Hilfen als erstes „Kettenglied“ miterfasst.

- Die Bestandsaufnahme beinhaltet Internetrecherche, Dokumentenanalyse und Ergebnisse der ersten Experteninterviews („Türöffner“) zur Sondierung des Stands der vernetzten Gesundheitsförderung in der jeweiligen Kommune und der Vermittlung zentraler Ansprechpartner. Ergänzend werden Workshops mit Praxisakteuren auf Quartiersebene durchgeführt. Ziel ist es, eine Einschätzung des Status Quo sowie ein Anforderungsprofil bzgl. der Verbesserung bestehender Angebote und Schnittstellen der vernetzten Angebote zu gewinnen.

Zeitplan 2016 der Module Bewegung, Ernährung und Seelische Gesundheit

- Bis möglichst 15.01.2016 endgültige Festlegung der Modellkommunen
- Bis 15.03.2015 Festlegung der Quartiere und Institutionen in Absprache mit den kommunalen Schlüsselakteuren
- Ende März Ansprache der KiTas und Schulen
Dennis Dreiskämper: Dann müssen bis hierhin auch die endgültigen Instrumente für die Eltern- und Kinderbefragungen vorliegen, das würde ich entsprechend ergänzen. Heißt auch: Für die Durchführung in den Schulen mit den Kindern muss es einen gemeinsamen Workshop von Modul SG und Modul B geben, damit beide beides erheben können (Fragebögen).
- Bis Mitte / Ende Mai Einverständniserklärungen der Eltern einholen
- Im Juni Beginn der Erhebungen vor Ort (Sommerferien 2016: 11.07. -23.08.)
Dennis Dreiskämper: Die Anmerkung von Herrn F-G ist sicher korrekt, wir müssen da noch präziser werden. Das wird dann möglich sein, wenn wir alle Instrumente vollständig vorliegen haben und damit auch alle Variablen.

Inhaltsverzeichnis

14.12.2015, 09:30 – 13:00 Uhr: Impuls, Session 1 & 2	1
„Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis – Transdisziplinarität in der Präventionsforschung“ -	
Impuls von Regine Rehaag	1
Kennzeichen eines transdisziplinären Forschungsansatzes	1
Beteiligung von Praxisakteuren in transdisziplinären Projekten.....	2
Ziel der transdisziplinären Forschung	2
Idealtypischer Verlauf transdisziplinärer Forschung.....	2
Gemeinsame Forschungsfrage als Ausgangspunkt und gemeinsame Klammer des Verbundvorhabens –	
Session 1.....	3
Reformulierung der Forschungsfragen	3
Kritik an der Forschungsfrage	3
Hypothesengeleitete Reformulierung	4
Adaptation des Forschungsdesigns	4
Kritik am Forschungsdesign	4
Auswahl der Kommunen.....	6
14.12.2015, 14 – 18 Uhr: Session 2, Gemeinsames Vorgehen / Anschlussfähigkeit der Module	7
Auswahl der Kommunen.....	7
Zur Auswahl stehende Kommunen ohne Präventionskette.....	7
Zur Auswahl stehende Kommunen mit Präventionskette	8
KeKiz-Kommunen.....	8
Kommunen des ‚Netzwerks Kinderarmut‘	9
Arbeitsaufgaben zur Rekrutierung der Kommunen.....	9
Definition Quartier	10
Ergänzung zur Anzahl der Quartiere [Ergebnis der Sitzung vom 29.05.2015 in Köln]:	10
Operationalisierung soziale Ungleichheit & Kindergesundheit (abhängige Variable) sowie	
Erhebungsinstrumente	11
Abstimmung und Anschlussfähigkeit der Erhebungen der Module	13
Kinderbefragung	13
Elternbefragung	13
Fachkräftebefragung (nur Modul seelische Gesundheit).....	13
Resümee Tag 1	13
15.12.2015, Session 3 & 4, Integrierte Bestandsaufnahme, Abstimmung der empirischen	
Ergebnisse	14
Teilverhaben Wissenstransfer	14
Integrierte Bestandsaufnahme/Abstimmung der empirischen Ergebnisse – Session 3 & 4.....	14
Zeitplan 2016 der Module Bewegung, Ernährung und Seelische Gesundheit.....	15