

1 Titel

Titel des Vorhabens:	Sekundäranalyse der im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM seitens des BMG geförderten Projekte
-----------------------------	---

Kooperationsprojekt:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS Köln)
-----------------------------	--

Beantragter Förderzeitraum: 01. Oktober 2012 bis 31. Juli 2013

Verantwortlich BZgA: Cornelia Goldapp

Wissenschaftliche Mitarbeit BZgA:	Isabell Chumi, Franz Gosch
-----------------------------------	----------------------------

Verantwortlich DSHS Köln: Jun.-Prof.in Dr. Eike Quilling

Wissenschaftliche Mitarbeit DSHS Köln:	Anna Hermann, Lena Lütke-meier, Merle Müller, Elias Ordelmans, Eva Rühl
--	---

Autorinnen und Autoren des Berichts: Goldapp, C.; Quilling, E. Chumi, I.; Gosch, F.; Hermann, A.; Lütke-meier, L.; Müller, M.; Ordelmans, E.; Rühl, E.

2 Inhalt

1	Titel	1
2	Inhalt	2
3	Zusammenfassung	3
4	Einleitung	6
4.1	Ausgangslage	6
4.2	Ziele	8
4.3	Projektstruktur	8
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	10
5.1	Projektteil 1 - Sichtung, Auswahl und Empfehlung von Produkten für deren Verbreitung (siehe dazu auch Zwischenbericht vom 30. März 2013)	10
5.2	Projektteil 2 - Auswertung der Abschlussberichte der Projekte.....	13
6	Durchführung und Arbeits- und Zeitplan	19
6.1	Durchführung.....	19
6.2	Arbeits- und Zeitplan.....	20
7	Ergebnisse	23
7.1	Beantwortung der Forschungsfragen	23
7.2	Ergebnisse des 3. IN FORM Vernetzungsworkshops.....	55
8	Diskussion der Ergebnisse	60
9	Gender Mainstreaming	71
10	Gesamtbeurteilung und Handlungsempfehlungen	75
10.1	Gesamtbeurteilung	75
10.2	Handlungsempfehlungen BMG	76
10.3	Handlungsempfehlungen für Akteurinnen und Akteure.....	85
11	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	95
11.1	Produktempfehlungen	95
11.2	Sekundäranalyse der Projektberichte	96
12	Verwertung der Projektergebnisse (Transfer und Nachhaltigkeit)	97
13	Literatur- und Publikationsverzeichnis	98
13.1	Literatur	98
13.2	Publikationen.....	102

3 Zusammenfassung

Ziel des Forschungsvorhaben war es, aus 35 Projekten, die im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM durchgeführt und seitens des Bundesministeriums für Gesundheit im Zeitraum 2009 bis 2011 gefördert wurden, Erfahrungen und Erkenntnisse zu erfassen und daraus Konsequenzen für Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland abzuleiten. Dies soll einen Beitrag dazu leisten, die Nachhaltigkeit der Projekte zu sichern und die Qualität von zukünftigen Projekten und Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern. Hierzu wurden die vorliegenden Projekte anhand der Qualitätskriterien der BZgA (Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress, BZgA, 2012) analysiert und im Hinblick auf gemeinsam festgelegte Forschungsfragen ausgewertet.

Auf der Basis der 20 Qualitätskriterien wurde ein Analyseraster zur Beurteilung der BMG-Projekte gemeinsam entwickelt, das zum einen die strukturellen Merkmale der Projekte und zum anderen eine 4-stufige Skala zur Bewertung enthielt sowie den Bezug zu den Forschungsfragen abbildete. Mittels der festgelegten Forschungsfragen wurden Aspekte und Faktoren zusammengetragen, die sich für eine erfolgreiche Projektplanung und -durchführung in Maßnahmen zur Förderung eines aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstils als hilfreich und nützlich erwiesen haben. Von den Analyseergebnissen und der Beantwortung der Forschungsfragen wurden konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet, die sich zum einen an die Akteurinnen und Akteure und zum anderen an das BMG richten.

Die zentrale Erkenntnis der Sekundäranalyse ist, dass für die erfolgreiche Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen und deren langfristige Implementierung der Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen sinnvoll und zielführend ist. Damit Gesundheitsförderung nachhaltig und qualitätsgesichert umgesetzt werden kann, wird daher der verbindliche, systematische und flächendeckende Einsatz von Qualitätsverfahren in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gefordert.

Zusammenfassend wurden für die Akteurinnen und Akteure folgende Empfehlungen als zentrale Ergebnisse der Analyse abgeleitet:

1. Vorgehen anhand des Public Health Action Cycle (auch: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus).
2. Maßnahmen sollten in der Lebenswelt der Zielgruppen ansetzen. Ziel der Maßnahmen sollte die Förderung eines gesundheitsgerechten Verhaltens durch Gestaltung der Lebenswel-

ten (Strukturen) in Verbindung mit Anleitung, Begleitung und Qualifizierung von Fachkräften (Empowerment) sein.

3. In der Projektplanung und -durchführung sollten grundsätzlich die bekannten Aspekte der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigt werden.
4. Viele Faktoren (Partizipation, die Entwicklung einer gemeinsamen Vision, eine SMARTe Zielformulierung sowie Dokumentation und Evaluation) haben sich als besonders schwierig in der Umsetzung herausgestellt; diesen Faktoren sollte zukünftig vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden.
5. Für die reibungslose Projektarbeit hat sich darüber hinaus die besondere Bedeutung weiterer Aspekte herausgestellt: Nutzung vorhandener lokaler Strukturen, kommunale Unterstützung, Einbezug von Vertrauenspersonen, Flexibilität der Projektpartner und Organisationen, Vorlaufphase bzw. Zeit für die Planung nehmen sowie gemeinsame Zielformulierung und gute Kommunikation(ssstrukturen).
6. Insgesamt stellt sich die Kommunikation, d.h. ein intensiver und wertschätzender Dialog mit den Zielgruppen und den Kooperationspartnern als zentraler Schlüsselfaktor für das Erreichen der Zielgruppen und für eine gute Zusammenarbeit in den Netzwerken heraus.

Für das BMG wurden folgende Empfehlungen als Ergebnis der Analyse abgeleitet:

1. Verbindlicher Einsatz von Qualitätsentwicklungs-Systemen
2. Weiterentwicklung von Qualitätsdimensionen und Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung in Deutschland.
3. Einrichtung eines „Kompetenzzentrums Qualitätsentwicklung“ für Gesundheitsförderung als Anlaufstelle zur Unterstützung für Fachkräfte.
4. Bereitstellung von standardisierten und modularen Schulungsmaßnahmen zur Qualitätssicherung für Akteurinnen und Akteure.
5. Kooperation mit den Ländern in Bezug auf die Weiterentwicklung und den flächendeckenden Einsatz von Qualitätsinstrumenten.
6. Entwicklung und Bereitstellung von Projektbausteinen.
7. Prüfung der Möglichkeiten zur Nutzung neuer Medien in der Gesundheitsförderung.
8. Ausbau gesundheitsfördernder Angebote für Zielgruppen mit erhöhtem Bedarf.
9. Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung.
10. Förderung ressortübergreifender Zusammenarbeit und interdisziplinärer Netzwerke.
11. Langfristige Begleitforschung.

Diese Erkenntnisse sollen als Diskussionsgrundlage für die Planung weiterer Schritte des Bundesministeriums für Gesundheit dienen, um die Qualität der Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern und damit die Gesundheit von Menschen in Deutschland langfristig zu fördern.

4 Einleitung

4.1 Ausgangslage

Das Bundesministerium für Gesundheit hat gemeinsam mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz im Jahr 2008 den Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten IN FORM entwickelt. Ziel des Aktionsplans ist eine nachhaltige Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, damit Kinder gesünder aufwachsen, Erwachsene gesünder leben und somit alle von mehr Lebensqualität und einer gesteigerten Leistungsfähigkeit profitieren. Krankheiten, die durch einen ungesunden Lebensstil mit einseitiger Ernährung und Bewegungsmangel mit verursacht werden (vgl. Pressemeldung v. 23. Nov. 2010, BMG und BMELV) soll damit entgegengewirkt werden.

Bewegungsmangel und einseitige Ernährung sind Risikofaktoren für verschiedene chronische Krankheiten und sind wesentlich für Übergewicht und Adipositas mit verantwortlich. In Deutschland waren im Zeitraum 2008 bis 2011 etwa 67% der Männer und 53% der Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren übergewichtig oder adipös. Während sich die Prävalenzdaten für Übergewicht scheinbar stagnieren, ist gegenüber Zahlen aus dem Jahr 1998 ein deutlicher Anstieg der Adipositashäufigkeit zu verzeichnen (Kurth 2012).

Die Basiserhebung der KIGGS-Studie hat ergeben, dass in Deutschland rund 15% der Kinder und Jugendlichen übergewichtig (BMI > P90) sind. Auf der Basis der Referenzdaten von 1985 bis 1999 entspricht dies einem Anstieg um 50%. Von diesen ca. 1,9 Millionen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen sind ca. 800.000 adipös (Kurth; Schaffrath Rosario, 2007).

Tägliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung und ein angemessener Umgang mit Anforderungen bzw. Stress gehören zu den wichtigsten Ressourcen, die die Gesundheit des Menschen in allen Lebensphasen bestimmen. Sie stellen die Grundlage für Leistungsfähigkeit, körperliche Identität und Wohlbefinden dar. Die Risikofaktoren „bewegungsarmer Lebensstil“ verbunden mit einer „Fehl- bzw. Überernährung“ können dagegen zur Entstehung von (chronischen) Krankheiten beitragen (RKI, 2006; Mann-Luoma et al., 2002).

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM wurden zahlreiche Projekte gefördert, die unterschiedliche lebensstiländernde Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen umgesetzt haben, um die Menschen zu einer gesunden Ernährung und mehr körperlicher Aktivität zu motivieren. Das BMG hat in den Jahren 2009 bis 2011 verschiedene gesundheitsfördernde Projekte und

Maßnahmen unterstützt, die darauf abzielten, den Lebensstil zu verändern und die entsprechenden (strukturellen) Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. Diese Maßnahmen sind bereits abgeschlossen. Hierdurch ergibt sich die Chance, verschiedene Projekte retrospektiv genauer zu betrachten, um möglicherweise allgemeingültige Grundsätze für die Gesundheitsförderung und Prävention davon ableiten zu können und Handlungsempfehlungen für die Praxis zu formulieren.

Dem BMG liegen die Abschlussberichte, gesonderte Evaluationsberichte sowie Dokumentationen zu Projekten vor, in denen Aussagen getroffen und Erfahrungen dokumentiert sind, wie Bewegungsmangel und Fehlernährung vorzubeugen ist und ein gesundheitsfördernder Lebensstil nachhaltig verankert werden kann. Daher erscheint es sinnvoll, diese auf ihre Erfolgsfaktoren und Hemmnisse nachträglich zu überprüfen, um Antworten auf zentrale Fragestellungen der Gesundheitsförderung und Prävention liefern zu können. Die systematische Sichtung und Zusammenfassung der Ergebnisse sollen diese transparent machen.

Im Rahmen des Aktionsplans IN FORM wurden bei der Förderung durch das BMG drei Schwerpunkte gesetzt:

- Implementierung von 11 Aktionsbündnissen für gesunde Lebensstile und Lebenswelten zur Vernetzung von kommunalen Angeboten und Aufbau von tragfähigen, nachhaltigen Kooperationen von z.B. Kindertagesstätten, Schulen, Vereinen und Stadtteilarbeit sowie deren Evaluation.
- Aufbau von 16 Zentren für Bewegungsförderung in allen Bundesländern, um bestehende Aktivitäten auf Landesebene zu vernetzen, gute Praxisbeispiele bekannt zu machen und als kompetente Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Durch die Ansiedlung an die Landesvereinigungen für Gesundheit und der länderübergreifenden Zusammenarbeit soll die Nachhaltigkeit gesichert werden.
- Durchführung verschiedener Modellprojekte zu übergeordneten Fragestellungen wie der Zielgruppenerreichung, Erprobung neuer Zugangswege, Qualitätssicherung.

Die Prozesse und Ergebnisse wurden in Abschluss- und teilweise Evaluationsberichten, Dokumentationen und Broschüren beschrieben und dem Ministerium vorgelegt. Die Erkenntnisse aus den einzelnen Projekten wurden bislang nur vereinzelt veröffentlicht und nach Abschluss der Förderung keiner systematischen Auswertung unterzogen.

4.2 Ziele

Mithilfe des Forschungsprojektes sollen Erkenntnisse aus den Projekten, die im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM durchgeführt und seitens des BMG im Zeitraum 2009 bis 2011 mit einer Fördersumme von insgesamt 14,5 Mio. Euro unterstützt wurden, abgeleitet und anderen Akteuren zur Verfügung gestellt werden.

Ziel ist es, aus den Erkenntnissen und Erfahrungen der Projektberichte Konsequenzen für Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland ableiten zu können und darüber hinaus den Akteuren in diesem Bereich zur Verfügung zu stellen. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen einen wichtigen Beitrag liefern, die Nachhaltigkeit der Projekte zu sichern, die Qualität von zukünftigen Projekten und Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern und für das BMG weitere Akzente zu setzen.

Die Ergebnisse der analysierten Projekte werden daher so ausgewertet und aufbereitet, dass sie anderen Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen ihrer Projektarbeit eine praxisnahe Hilfestellung bieten. Damit sollen Organisationen und Einrichtungen angesprochen werden, die in diesem Feld tätig sind und entsprechende Maßnahmen planen wie z.B. Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Träger von Einrichtungen wie z.B. Kindertagesstätten, Seniorenheime und Vereine, insbesondere aus dem Sport- und Freizeitbereich und viele andere mehr.

Ziel des Projektes ist es, einerseits Handlungsempfehlungen für das BMG und andererseits konkrete Handlungsempfehlungen für Akteurinnen und Akteure und Entscheidungsträger zu formulieren. Die Handlungsempfehlungen ergeben sich sowohl aus der Auswertung der entstandenen Produkte als auch aus der Analyse der Projektberichte.

4.3 Projektstruktur

Das Projekt gliedert sich in zwei Teile: Im ersten Teil des Projektes wurden die im Rahmen der Förderung entstandenen „Produkte“, dazu zählen Handlungsleitfäden, Dokumentationen, Broschüren, DVDs, CDs u.ä. systematisch gesichtet, zusammengestellt und eine Empfehlung für deren Verbreitung ausgesprochen.

Im zweiten Teil wurden die gemeinsam definierten Forschungsfragen (von BMG, Projektbeirat und Projektnehmern) in Form einer Sekundäranalyse vorhandener Daten aus den vorliegenden Zwischen- und Abschlussberichten sowie den Evaluationsberichten und anderen schriftlichen Dokumentationen der Projekte anhand der Kriterien des „Leitfadens Qualitätskriterien der BZgA für gesundheitsfördernde Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress“ (BZgA, 2012) beantwortet.

Das Projekt wird von zwei wissenschaftlichen Institutionen - der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Deutschen Sporthochschule Köln - gemeinschaftlich und in enger Absprache mit dem BMG bearbeitet. Beide Institutionen arbeiten in Projektteams an dem Forschungsvorhaben, um eine objektivere Bewertung der Projekte zu ermöglichen. Beiden Kooperationspartnern wurden seitens des BMG je 16 zu bearbeitende Projekte zugewiesen, die von den Institutionen selbstständig bearbeitet wurden. Der fachliche Austausch erfolgte durch regelmäßigen telefonischen, Mail- und persönlichen Kontakt.

Neben den beiden Arbeitsgruppen der BZgA und der DSHS Köln, wurde ein projektbegleitender Beirat durch das BMG initiiert, in dem die

- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen,
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung und die
- Universität Bielefeld

vertreten sind. Der Beirat hat die Aufgabe, das Forschungsvorhaben fachlich zu unterstützen und zu beraten z.B. im Hinblick auf die Beurteilung der eingesetzten Analyseinstrumente und hinsichtlich der Plausibilität von Bewertungskriterien und Forschungsfragen.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

In einem ersten Schritt wurden die jeweiligen Berichte von beiden Forschungsteams gesichtet, um erstens einen Überblick über entstandene Produkte der Projekte und Bewegungszentren zu erhalten und zweitens, um ein Raster zur Re-Analyse der Abschluss- und Evaluationsberichte entwickeln zu können.

Im ersten Projektteil wurden geeignete Produkte identifiziert und für zusätzliche Verbreitungswege empfohlen.

Parallel wurde mit der Analyse der Abschlussberichte begonnen. Dazu haben die Projektpartner gemeinsam in einem ersten Schritt einen Entwurf für Analyseraster entsprechend der Qualitätskriterien und einem Bewertungsschema entwickelt. Die intensive Auseinandersetzung mit den Berichten diente vor allem dazu, die Forschungsfragen (s.u.) zu beantworten.

Abschließend wurden die Ergebnisse der Analyse mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft abgeglichen. Im letzten Schritt wurden die Ergebnisse für den Praxistransfer zusammengefasst und entsprechende Handlungsempfehlungen für das BMG und Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung abgeleitet.

5.1 Projektteil 1 - Sichtung, Auswahl und Empfehlung von Produkten für deren Verbreitung (siehe dazu auch Zwischenbericht vom 30. März 2013)

5.1.1 Methodisches Vorgehen

Entwicklung eines Produktrasters – Um eine einheitliche Vorgehensweise bei der Bewertung der Produkte sicherstellen zu können, wurden zunächst gemeinsam übergeordnete Kategorien festgelegt. Sie bildeten die Grundlage für die systematische Erfassung der Produkte sowie für die Überprüfung der Produkte auf Übertragbarkeit und Empfehlung zur Verbreitung. Nach Diskussion und mehrmaliger Absprache zwischen den Kooperationspartnern entstanden zunächst folgende Kategorien, anhand derer das jeweilige Produkt beschrieben wurde:

- Projektname, Titel des Produktes
- Art des Mediums
- Ziel, Zielgruppe, Inhalt
- Design (Strukturierung des Produkts, Übersichtlichkeit)
- Verwendbarkeit/Einsatz (zielgruppengerecht bzw. niederschwelliges Produkt, einfache Handhabung)

- Übertragbarkeit (Transparenz der Ziele bzw. des Inhalts des Produkts, für andere Bereiche bzw. Regionen nutzbar) – Ja, indem... / Nein
- anfallende Kosten (zum Erwerb des Produkts)
- Verfügbarkeit
- Weitere Informationen
- Empfehlung zur weiteren Verbreitung (Ja / Nein; wenn Ja, wie) – Ja, indem... / Nein.

Zur Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses in der Beurteilung wurde ein Beispielprojekt ausgewählt, anhand dessen für die im Rahmen des Projektes entstandenen Produkte von allen Teammitgliedern der Kooperationspartner unabhängig voneinander die Produktraster ausgefüllt wurden. Es folgte ein Treffen der Projektteams, bei dem die ausgefüllten Produktraster verglichen und Entscheidungen sowie Beschreibungen der jeweiligen Kategorien diskutiert wurden. Die Bewertung der Produkte wurde innerhalb der Institutionen von zwei Personen unabhängig vorgenommen, anschließend gemeinsam besprochen und bei Nicht-Übereinstimmung eine dritte Person hinzugezogen. Abschließend wurden die Produkte erst einmal innerhalb der Teams vorgestellt und besprochen, bevor sie gemeinsam in einem weiteren Schritt mit der zweiten Institution intensiv diskutiert, so dass die einzelnen Produktbewertungen auf diese Weise weitgehend objektiviert und die entsprechenden Empfehlungen ausgesprochen wurden. Die Produktbewertungen können dementsprechend als gemeinsames Ergebnis der beteiligten Institutionen gewertet werden.

Auf dieser methodischen Grundlage wurden alle Berichte gelesen, Produkte identifiziert und entsprechend bewertet und ausgewählt. Das Produktraster sowie eine erste gemeinsame Auswahl an Produkten wurden dem Ministerium und dem Projektbeirat in der Sitzung am 10. Januar 2013 vorgestellt.

Im Rahmen dieser Sitzung wurden die verschiedenen Kategorien diskutiert und Vorschläge zur Transparenz in der Bewertung und zur systematischen Beurteilung gemacht. Die Vorschläge des Projektbeirates wurden von den beiden Projektteams aufgenommen und im Anschluss umgesetzt. Dazu erfolgte ein intensiver Austausch zwischen den Kooperationspartnern per E-Mail und Telefonkonferenz über die Implementierung und Umsetzung der Vorschläge in das vorhandene Produktraster sowie die Art der Modifizierung des Rasters. Nach einem weiteren Probelauf wurde das überarbeitete Produktraster per Telefonkonferenz beschlossen. Das modifizierte Raster enthält die folgenden Kategorien und die Unterteilung in Beschreibung und Entscheidungskriterien:

- Projektname, Name des Produktes

- Art des Mediums
 - Ziel: Ziel ist klar formuliert (Ja/Nein)
 - Zielgruppe: Zielgruppengerecht (Ja/Nein)
 - Inhalt: Niederschwellig (Ja/Nein)
- Design:
 - Strukturierung (Ja/Nein)
 - Übersichtlichkeit (Ja/Nein)
 - Visuelle Aufbereitung (Ja/Nein)
 - einfache Handhabung (Ja/Nein)
- Alleinstellungsmerkmal (Ja/Nein)
- Übertragbarkeit:
 - Sofort 1:1 umsetzbar (Ja/Nein)
 - Nur die Idee kann übertragen werden („Good practice“) (Ja/Nein)
 - Nach leichter Modifizierung umsetzbar (Ja/Nein)
 - Zur Übertragung nicht geeignet (Ja/Nein)
- Anfallende Kosten zum Erwerb des Produkts:
 - Kosten-Nutzen-Relation ist positiv/angemessen (Ja/Nein)
 - Kosten-Nutzen-Relation ist nicht angemessen (Ja/Nein)
- Verfügbarkeit: Produkt ist leicht zu beschaffen (Ja/Nein)
- Empfehlung zur weiteren Verbreitung: (Ja/Nein)
- Weitere Informationen (Ja/Nein)

5.1.2 Sichtung, Zusammenstellung und Auswahl der Produkte

Um alle Produkte, die in der Förderphase entstanden sind, zu identifizieren, sollten zuerst die vorhandenen Projektberichte gesichtet werden. Da bei Projektbeginn nicht alle Abschlussberichte vorlagen, wurden diese beim BMG nachträglich angefordert. Bis Ende Oktober 2012 lagen die Abschlussberichte vollständig vor. Leider fehlt bis heute ein Großteil der Evaluationsberichte, auf die in den Abschlussberichten Bezug genommen wird.

Ein Teil der in den Abschlussberichten identifizierten Produkte lag den Berichten als Anlage bei, ein weiterer Teil konnte auf den Internetseiten der Projekte eingesehen und als pdf-Datei ausgedruckt werden. Eine Liste der noch fehlenden Produkte wurde seitens der BZgA und der DSHS Köln dem BMG zugeleitet, so dass diese Ende Dezember 2012 – teils als pdf-Dateien, teils als Endprodukte (Broschüren, Flyer, DVD) vorlagen, allerdings nicht vollständig. Bei der Durchsicht der Produkte wurde festgestellt, dass die Qualität der Medien als pdf-Datei nicht immer der Qualität des fertigen Produktes (z. B. eines Leitfadens) entsprach. Da zum Zeitpunkt der

Projektbeiratssitzung nicht alle Produkte vorlagen, auf die es Hinweise in den Abschlussberichten gab, wurde in der ersten Beiratssitzung am 10. Januar 2013 beschlossen, dass das BMG die für die Projekte verantwortlichen Institutionen mit der Bitte anschreibt, alle Produkte und Berichte zu durchgeführten Evaluationen der DSHS Köln und der BZgA bis zum 01. Februar 2013 zuzuschicken. Mit dieser Maßnahme sollte sichergestellt werden, dass möglichst alle Produkte bzw. Medien, die im Rahmen der Projekte entwickelt und eingesetzt wurden, auch eingesehen werden konnten. Durch diese Maßnahmen konnten seitens der BZgA insgesamt 84 Produkte bewertet werden (siehe Zwischenbericht BZgA vom 30. März 2013). Weitere 68 Produkte konnten durch die Deutsche Sporthochschule Köln identifiziert und bewertet werden. Über diese in den Rastern bewerteten Produkte hinaus liegen weitere Produkte vor, die in die nähere Bewertung nicht einbezogen wurden. Dabei handelte es sich um Produkte, die auf den ersten Blick einen entweder einmaligen oder sehr spezifischen regionalen Charakter verfügten wie

- Pressemitteilungen, Newsletter und Pressemappen etc.,
- einfache Flyer für nicht-wiederkehrende Veranstaltungen und
- T-Shirts, die im Rahmen der Projekte von Multiplikatoren getragen und eingesetzt wurden.

Es muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle Produkte erfasst werden konnten. Selbst bei Erwähnung einzelner Produkte in den Abschlussberichten, war es zum Teil nicht möglich, diese Produkte zu bekommen und zu sichten. Dies konnte zwar durch eine intensive Suche im Internet sowie durch das Anschreibens des BMG etwas eingeschränkt werden, jedoch liegen der BZgA und der DSHS Köln bis heute nicht alle Produkte vor.

5.2 Projektteil 2 - Auswertung der Abschlussberichte der Projekte

5.2.1 Entwicklung des Analyserasters

Zu Beginn des Forschungsprojektes einigten sich die Projektpartner mit dem BMG darauf, dass die vorliegenden Projekte anhand der Qualitätskriterien der BZgA analysiert und im Hinblick auf gemeinsam festgelegte Forschungsfragen ausgewertet werden sollen. Als Grundlage dienen die Qualitätskriterien des Leitfadens Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress, BZgA, 2012.

In diesem Kontext wurde auf der Basis der 20 Qualitätskriterien (Teil 1a des Analyserasters) ein Raster zur Beurteilung der BMG-Projekte gemeinsam verfasst, das zum einen die strukturellen Merkmale der Projekte zusammenfasste (Teil 1b des Analyserasters), und zunächst eine fünf-stufige LIKERT Skala zur Bewertung enthielt.

Anschließend wurde ein Projekt gemeinsam festgelegt und von allen Projektbeteiligten in einem Testlauf ausgewertet. Der Testlauf diente zur Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses und zur Bewertung der Praktikabilität des Analyserasters. Zum Erfahrungsaustausch erfolgte ein gemeinsames Arbeitstreffen zwischen den Mitgliedern der DSHS Köln und der BZgA. In diesem Treffen wurde nach ausführlichem Austausch beschlossen, die Skala zur Bewertung neu zu entwickeln.

Im Rahmen einer Dissertation wurde anschließend ein Bewertungsraster entwickelt, in dem die Ergebnisse der Abschlussberichte diesen Kriterien gegenübergestellt wurden (Teil 2 Bewertungsraster) (s. Rühl et al. 2013).

Strukturraster - Teil 1a) des Analyserasters:

- Qualitätskriterien

Strukturraster - Teil 1b) des Analyserasters:

- Beschreibung (inkl. Angabe der Seitenzahl)
- Bezug zur Projektfragestellung (Forschungsfragen)

Bewertungsraster - Teil 2 des Analyserasters:

- Bewertungsskala: ++ (vollständig erfüllt)
 + (teilweise erfüllt)
 - - (nicht erfüllt)
 k.A. (keine Angabe)
- Begründung

(nach Rühl, Quilling et al. 2013)

Zur erneuten Überprüfung der Praktikabilität dieser Kategorisierung und der Bestätigung eines einheitlichen Verständnisses zwischen allen Mitgliedern der Teams der DSHS Köln und der BZgA bei der Analyse der Abschlussberichte und der Bewertung der Projekte erfolgte ein erneuter Testdurchlauf mit einem gemeinsam definierten Projekt.

In diesem Testdurchlauf haben alle Projektbeteiligten das ausgewählte Projekt unabhängig voneinander anhand des zweiteiligen Rasters analysiert und bewertet. Zur endgültigen Abstimmung und Erfahrungsaustausch erfolgte ein gemeinsames Arbeitstreffen zwischen den Projektteams der DSHS Köln und der BZgA. In einem intensiven Austausch wurde das einheitliche Verständnis aller Projektbeteiligten überprüft und die Verwendung der o.g. Kategorien des zweiteiligen Analyserasters als Grundlage für die Beantwortung der Forschungsfragen des Projektes bestätigt. Alle vorliegenden Berichte wurden anschließend mit dem bestätigten zweiteiligen Analyseraster ausgewertet.

Um ein möglichst objektives Vorgehen bei der Bewertung zu garantieren, analysierte zunächst eine Person ein Projekt und anschließend erfolgte von einer zweiten Person eine Überprüfung der Auswertung im Analyseraster. So wurde bei allen Berichten zunächst nach einem „Vier-Augen-Prinzip“ verfahren.

Abschließend wurde das Projekt mit Hilfe eines ausgefüllten Metadatenblattes den Projektmitgliedern in einem gemeinsamen Treffen vorgestellt. Die Metadatenblätter wurden zu allen Projektberichten erstellt und enthielten die folgenden Kategorien:

- Titel des Projekts
- Trägerschaft/ Institution
- Projektleitung
- Fördersumme
- Laufzeit
- Datum des Berichts
- Ziele (und Teilziele)
- Zielgruppe
- Maßnahmen zur Zielerreichung
- Zielerreichung
- Produkte

Nach der Vorstellung eines Projektes anhand des Metadatenblattes wurde jedes einzelne Qualitätskriterium für das Projekt im Team besprochen und die Bewertung gemeinsam diskutiert sowie der Bezug zu den einzelnen Forschungsfragen erläutert.

5.2.2 Beantwortung der Forschungsfragen

Forschungsfragen:

Die ursprünglichen Forschungsfragen aus dem Antrag lauten wie folgt:

- Welche Strategien und Maßnahmen haben sich in den Projekten bewährt, um individuelle Verhaltensänderungen herbeizuführen? Lassen sich diese Strategien verallgemeinern?
- Wie wurde Partizipation in den Projekten umgesetzt? Welche Strategien haben sich in den Projekten bewährt, um Zielgruppen mit ggf. unterschiedlichen Bedürfnissen und Interessen dauerhaft einzubeziehen?
- Lässt sich aus den Projekten ableiten, welche Strukturen förderlich sind für einen aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstil? Und wenn ja, welche Strukturen haben sich bewährt? Wie lassen sich – auch mittelfristig – Erfolge erzielen und langfristig halten? Wurde in den verschiedenen Projekten mit Anreizsystemen gearbeitet und wie können diese sinnvoll eingesetzt werden?
- Welche Faktoren für eine erfolgreiche Projektplanung und -durchführung haben sich in den Projekten als unerlässlich erwiesen? Ist dabei die Festlegung von gemeinsamen Gesamt- und Teilzielen eine Hilfe, wie wurde dies überprüft und ggf. revidiert?
- Wie gelingt es den Projekten, positive Ansätze zu bündeln, sie auf gemeinsame Ziele auszurichten und dadurch effektiver zu gestalten? Wie kann also die Vernetzung und Kooperation verschiedener Akteure gelingen, die unterschiedliche Voraussetzungen, Wissen, Kenntnisse, Strukturen und Erfahrungen einbringen? Wie wird damit mit fördernden und hemmenden Faktoren, hauptamtlichen und ehrenamtlichen Strukturen bzw. Engagement und/oder großen und kleinen Bündnispartnern umgegangen? Wie werden regionale bzw. lokale Besonderheiten berücksichtigt?
- Wie hat sich die Projektarbeit auf vorhandene Strukturen ausgewirkt? Wurden diese von dem Projekt beeinflusst bzw. verändert? Wie zeigen sich mittel- und langfristige Auswirkungen?

Mit Zustimmung des wissenschaftlichen Projektbeirates wurde beschlossen, zwei der zu beantwortenden Forschungsfragen im Rahmen eines Forschungsauftrages von Frau Professor Dr. Petra Kolip zu beantworten. Diese sind:

- Wie lassen sich – auch mittelfristig – Erfolge erzielen und langfristig halten?
- Wie zeigen sich mittel- und langfristige Auswirkungen?

Da Frau Prof. Dr. Petra Kolip eine aktuelle Befragung der Akteure vornimmt, ist zu erwarten, dass die Aussagen hierzu aussagekräftiger sein werden. In den Projektberichten aus den Jah-

ren 2011/2012 lässt sich noch wenig über die langfristige Auswirkungen und Nachhaltigkeit der Projekte ableiten.

Zur gemeinsamen Darstellung der Forschungsfragen wurden die Beantwortungen der anfangs im Antrag des Projektes verfassten Fragen unter den Projektbeteiligten in einem gemeinsamen Arbeitstreffen diskutiert und aus Gründen der systematischeren Darstellung eine Neuordnung und teilweise Umformulierung der Forschungsfragen vorgenommen.

Die veränderte Abfolge und neue Formulierung lautet wie folgt:

1. Lässt sich aus den Projekten ableiten, welche Strukturen förderlich und welche hinderlich sind für einen aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstil?
2. Welche Strategien und Maßnahmen haben sich in den Projekten bewährt, um individuelle Verhaltensänderungen herbeizuführen?
 - a. *Wurde in den verschiedenen Projekten mit Anreizsystemen gearbeitet?
Wenn ja, wie können diese sinnvoll eingesetzt werden?*
3. Wie wurde Partizipation der unterschiedlichen Zielgruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Interessen umgesetzt?
4. Welche Faktoren für eine erfolgreiche Projektplanung und -durchführung haben sich in den Projekten als unerlässlich erwiesen?
5. Wie gelingt die Vernetzung und Kooperation verschiedener Akteure, die unterschiedliche Voraussetzungen, Wissen, Kenntnisse, Strukturen und Erfahrungen mit- bzw. einbringen?
Wie gelingt es den Projekten, positive Ansätze zu bündeln, sie auf gemeinsame Ziele auszurichten?
 - a. *Welche fördernden und hemmenden Faktoren sind aufgetreten und wie wurde damit umgegangen?*
 - b. *Inwiefern wurden regionale bzw. lokale Besonderheiten berücksichtigt?*
6. Wie hat sich die Projektarbeit auf vorhandene Strukturen ausgewirkt?

Zur differenzierten Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein mehrstufiges Vorgehen gewählt:

Zunächst wurden die Forschungsfragen mittels der Kategorie „Bezug zu der Projektfragestellung“ in das Analyseraster integriert. Nachdem alle vorliegenden Berichte unter Verwendung des Analyserasters ausgewertet wurden, erfolgten die Zuordnung der Qualitätskriterien zu den Forschungsfragen und die Beantwortung dieser mit Hilfe des ausgefüllten Analyserasters.

Da die verwendeten Qualitätskriterien des Analyserasters nicht das gesamte Spektrum der Forschungsfragen abdeckten, wurden zur vollständigen Beantwortung der Fragen alle Aspekte aus den vorliegenden Abschluss- und Evaluationsberichten berücksichtigt. Zuerst erfolgte die Beantwortung der Fragen für jedes einzelne Projekt und die Besprechung sowie die Diskussion der Ergebnisse in den jeweiligen Projektgruppen.

Danach erfolgte eine Zusammenführung der Beantwortungen der Forschungsfragen der einzelnen Projekte zu den drei verschiedenen Gruppen an Projekten (Aktionsbündnisse für gesunde Lebensstile und Lebenswelten, Zentren für Bewegungsförderung, Modellprojekte). Die Ergebnisse aus den Antworten der verschiedenen Fragestellungen wurden systematisch gegenübergestellt und in den jeweiligen Projektgruppen aus verschiedenen Blickwinkeln diskutiert.

In einem weiteren Schritt erfolgte in Abstimmung der Kooperationspartner BZgA und DSHS Köln im Rahmen eines gemeinsamen Projektworkshops. Nach ausführlicher Diskussion der Inhalte erfolgte die Festlegung eines einheitlichen Verfahrens zur Darstellung der Ergebnisse aus der Beantwortung der Forschungsfragen. Die Ergebnisse erhalten in der Darstellung sowohl allgemeine Aussagen in Bezug auf die Fragestellung als auch spezifische Aspekte und Beispiele zu Zielgruppen und Settings, die aus den Projektberichten stammen. Abschließend wurden die Antworten der Fragestellungen mit aktueller, wissenschaftlicher Literatur abgeglichen und entsprechend in der Diskussion der Ergebnisse dargestellt.

6 Durchführung und Arbeits- und Zeitplan

6.1 Durchführung

Teil 1 des Forschungsprojektes

Im ersten Teil des Projektes wurden die im Rahmen der Förderung entstandenen „Produkte“ wie Flyer, Broschüren, Handlungsleitfäden, Dokumentationen, DVDs, CDs u.ä. systematisch gesichtet, zusammengestellt und eine Empfehlung für deren Verbreitung ausgesprochen. Die Ergebnisse dieses Projektteils wurden in einem Zwischenbericht zusammengetragen, der dem BMG am 30. März 2013 geschickt wurde.

In der Beiratssitzung am 13. Mai 2013 wurden diese Empfehlungen mit dem Auftraggeber, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem projektbegleitenden Beirat diskutiert und folgende Änderungen sowie Ergänzungen beschlossen:

1. Die Produktliste wurde geändert, indem die Kategorien *„direkt übertragbar unter Vorbehalt“*, *„Literatur“* und *„Fragebögen“* aufgelöst wurden.
2. Die Literaturempfehlungen wurden auf die anderen Kategorien verteilt.
3. Die Fragebögen wurden Frau Prof. Dr. Petra Kolip zwecks möglicher Auflistung auf den Seiten der „Qualitätsinitiative NRW“ zugeschickt.
4. Für das unter Vorbehalt aufgenommene Produkt wurden weitere Informationen eingeholt. Da sich hiermit der positive Eindruck bestätigte, wurde es in die Liste aufgenommen.
5. Es wurden vier zusätzliche Produkte aufgenommen und den verbliebenen Kategorien *„direkt übertragbar“* und *„good-practice“* zugeordnet.

Diese Vorschläge wurden vom Forschungsteam entsprechend umgesetzt. Die aktualisierte Liste mit den Empfehlungen für die Verbreitung der Produkte sowie die Auflistung der in den Projekten eingesetzten Fragebögen wurden dem BMG am 30. Juli 2013 zugeschickt.

Teil 2 des Forschungsprojektes

Im zweiten Teil des Forschungsprojektes wurden die gemeinsam definierten Forschungsfragen in Form einer Sekundäranalyse vorhandener Daten aus den vorliegenden Zwischen- und Abschlussberichten sowie den Evaluationsberichten und anderen schriftlichen Dokumentationen

der Projekte anhand der Kriterien des „Leitfadens Qualitätskriterien der BZgA für gesundheitsfördernde Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress“ (BZgA, 2012) beantwortet. Die Antworten auf die Forschungsfragen werden im Ergebnisteil dieses Berichtes unter 7.1 vorgestellt.

Darüber hinaus wurden, wie im Ergänzungsantrag vom 29. März 2013 festgehalten, akteursorientierte Handlungsempfehlungen formuliert (siehe Kapitel 10.3). Grundlage hierfür bildeten die Produktempfehlungen aus dem 1. Teil des Forschungsvorhabens, Empfehlungen abgeleitet von den Ergebnissen der Analyse der Abschluss- und Evaluationsberichte aus dem 2. Teil des Forschungsvorhabens sowie die Ergebnisse des Workshops des IN FORM-Vernetzungsworkshops am 11. Juni 2013.

Neben den an die in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Multiplikatoren gerichteten Handlungsempfehlungen wurden auch Empfehlungen an das Bundesministerium für Gesundheit formuliert. Dies wird unter 10.2 vorgestellt.

Entsprechend dem Ergänzungsantrag vom 29. März 2013 wurden beim IN FORM-Vernetzungsworkshop am 11. Juni 2013 die Zwischenergebnisse der Sekundärauswertung präsentiert. Die Präsentation sowie die Ergebnisse des Workshops mitsamt den Beiträgen der Diskussion werden im Ergebnisteil unter 7.2 vorgestellt.

6.2 Arbeits- und Zeitplan

Der im Antragschreiben vorgestellte Arbeits- und Zeitplan (siehe Tabelle 1) sah vor, im Januar 2013 als Meilenstein erste Empfehlungen für Möglichkeiten der Verbreitungswege ausgewählter Produkte und im Februar 2013 als zweiten Meilenstein den Zwischenbericht zum Sachstand des Forschungsprojektes vorzulegen.

Für die Umsetzung des ersten Meilensteins wurden in der ersten Beiratssitzung am 10. Januar 2013 Vorschläge für die Auswahl von Produkten, die methodische Vorgehensweise und die entwickelten Raster vorgestellt. Neben der Empfehlung, das Produktraster zu modifizieren, hat der Beirat in dieser Sitzung empfohlen, die Projektverantwortlichen der unterschiedlichen Aktionsbündnisse, Modellprojekte und Bewegungszentren anzuschreiben, um möglichst alle im Förderzeitraum entstandenen Produkte zu erhalten und entsprechend erfassen zu können. Da dieser Schritt ursprünglich nicht vorgesehen war, führte dies zu einer Veränderung des Arbeits- und Zeitplans.

Weitere Verzögerungen im Projekt entstanden durch das Fehlen von Abschlussberichten, durch unvollständige Abschlussberichte sowie durch das verspätete Zuschicken der Produkte seitens der Institutionen. Aufgrund dessen wurde seitens der BZgA und der DSHS dem BMG ein Vor-

schlag für einen modifizierten Arbeits- und Zeitplan zugeschickt und diskutiert sowie im Ergänzungsantrag vom 19. März 2013 dargestellt und bewilligt (Tabelle 2). Demnach sollten die Meilensteine eins und zwei bis Ende März 2013 erfolgen. Meilenstein eins wurde erreicht durch das Zuschicken der Empfehlungen für Produkte am 4. März 2013, Meilenstein zwei wurde erfüllt mit der Zusendung des Zwischenberichtes am 30. März 2013. Als dritter Meilenstein wurde der 31. Juli 2013 als Abgabetermin für die Vorlage des Abschlussberichtes genannt. Im Zuweisungsschreiben vom 2. Mai 2013 wird der Arbeits- und Zeitplan bestätigt, als Datum für die Zusendung des Schlussberichtes der 30. September 2013 genannt, daher erfolgt die Umsetzung des dritten Meilensteins mit dem vorliegenden Abschlussbericht.

Tabelle 1: Arbeits- und Zeitplan des Projektes

Arbeits- und Zeitplan des Projekts
 „Sekundäranalyse der im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM seitens des BMG geförderten Projekte“ (DSHS Köln/BZgA)
 Stand: 25.9.2012

Arbeiten	Oktober 2012	November 2012	Dezember 2012	Januar 2013	Februar 2013	März 2013	April 2013
1.							
Sichtung der Abschlussberichte zur Identifizierung von Projekt-Produkten							
Entwicklung eines Rasters zur Bewertung der Produkte							
Sichtung und Bewertung der in den Abschlussberichten identifizierten und seitens des BMG genannten Produkte							
Zusammenfassung der Ergebnisse als Empfehlung für Möglichkeiten der Verbreitung der ausgewählten Produkte							
2.							
Entwicklung des Analyserasters für die Auswertung der Abschlussberichte nach Qualitätskriterien im Hinblick auf die Fragestellungen des Forschungsprojektes							
Auswertung der Abschlussberichte							
Evtl. Entwicklung weiterer Instrumente zur Beantwortung der Fragen und Auswertung							
Zusammentragung der Ergebnisse als Handlungsempfehlung für Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention							

M 1 = Meilenstein 1: Erste Empfehlungen für Möglichkeiten der Verbreitungswege ausgewählter Produkte

M2 = Meilenstein 2: Zwischenbericht zum Sachstand

M3 = Meilenstein 3: Abschlussbericht mit den für den Praxistransfer aufgearbeiteten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

Tab. 2. Aktualisierter Arbeits- und Zeitplan im Ergänzungsantrag vom 19.3.2013

Arbeits- und Zeitplan des Projekts
„Sekundäranalyse der im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM seitens des BMG geförderten Projekte“ (DSHS Köln/BZgA)
 Stand: 19.3.2013

Arbeiten	Oktober 2012	November 2012	Dezember 2012	Januar 2013	Februar 2013	März 2013	April 2013	Mai 2013	Juni 2013	Juli 2013
1. Auswertung der Produkte										
Sichtung der Abschlussberichte zur Identifizierung von Projekt-Produkten										
Entwicklung eines Rasters zur Bewertung der Produkte										
Sichtung und Bewertung der in den Abschlussberichten identifizierten und seitens des BMG genannten Produkte										
Zusammenfassung der Ergebnisse als Empfehlung für Möglichkeiten der Verbreitung der ausgewählten Produkte						↑ M 1				
Aufbereitung der Produktempfehlungen										
2. Auswertung der Projekte										
Entwicklung des Analyserasters für die Auswertung der Abschlussberichte nach Qualitätskriterien im Hinblick auf die Fragestellungen des Forschungsprojektes										
Auswertung der Abschlussberichte - <i>Schnelldurchsicht zur Identifizierung von Lücken und Notwendigkeit der Entwicklung weiterer Instrumente</i> - <i>Ausführliche Auswertung laut Raster**</i>										
Evtl. Entwicklung weiterer Instrumente zur Beantwortung der Fragen und Auswertung						↑ M 2				
Zusammentragung der Ergebnisse als Handlungsempfehlung für Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention										↑ M 3

M 1 = Meilenstein 1: Erste Empfehlungen für Möglichkeiten der Verbreitungswege ausgewählter Produkte
 M2 = Meilenstein 2: Zwischenbericht zum Sachstand
 M3 = Meilenstein 3: Abschlussbericht mit den für den Praxistransfer aufgearbeiteten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

7 Ergebnisse

7.1 *Beantwortung der Forschungsfragen*

Übersicht Forschungsfragen:

1. Lässt sich aus den Projekten ableiten, welche Strukturen förderlich und welche hinderlich sind für einen aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstil?
2. Welche Strategien und Maßnahmen haben sich in den Projekten bewährt, um individuelle Verhaltensänderungen herbeizuführen?
 - 2 a) Wurde in den verschiedenen Projekten mit Anreizsystemen gearbeitet? Und wie können diese sinnvoll eingesetzt werden?
3. Wie wurde Partizipation der unterschiedlichen Zielgruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Interessen umgesetzt?
4. Welche Faktoren für eine erfolgreiche Projektplanung und -durchführung haben sich in den Projekten als unerlässlich erwiesen?
5. Wie gelingt die Vernetzung und Kooperation verschiedener Akteure, die unterschiedliche Voraussetzungen, Wissen, Kenntnisse, Strukturen und Erfahrungen einbringen?
 - 5 a) Wie gelingt es den Projekten, positive Ansätze zu bündeln, sie auf gemeinsame Ziele auszurichten?
 - 5 b) Welche fördernden und hemmenden Faktoren sind aufgetreten und wie wurde damit umgegangen?
 - 5 c) Inwiefern wurden regionale bzw. lokale Besonderheiten berücksichtigt?
6. Wie hat sich die Projektarbeit auf vorhandene Strukturen ausgewirkt?

1.) Lässt sich aus den Projekten ableiten, welche Strukturen förderlich und welche hinderlich sind für einen aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstil?

Die zentralen strukturellen Aspekte zur Förderung eines aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstils in den analysierten Projekten waren:

- Niederschwelligkeit/Beachtung zielgruppenspezifischer Bedarfe und Besonderheiten
- Qualifizierung von Multiplikatoren/Peer-Ansatz/Partizipation
- Nutzung vorhandener lokaler Strukturen
- Einbezug von Vertrauenspersonen
- Bauliche Maßnahmen

Niederschwelligkeit/Beachtung zielgruppenspezifischer Bedarfe und Besonderheiten

Die untersuchten Projekte zeigten, dass es verschiedene strukturelle Faktoren gibt, die einen aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstil begünstigen können. Ein Erfolgsfaktor für einen aktiven Lebensstil scheint die Niederschwelligkeit und daran anknüpfende Beachtung zielgruppenspezifischer Bedarfe und Besonderheiten zu sein. Demnach sollen die Angebote für die Teilnehmer gut zu erreichen sein, sich an Ihren Bedürfnissen orientieren, gut in ihren Alltag integrierbar sein, geschlechterspezifische und kulturelle Besonderheiten berücksichtigen und möglichst kostengünstig (bis kostenfrei) angeboten werden. So haben *ältere Menschen* in den untersuchten Projekten die Bewegungs- und Gesundheitsangebote besser angenommen, wenn diese wohnortnah stattgefunden haben und sich gut in den Alltag integrieren ließen, indem sie am (Vor)Mittag oder am frühen Nachmittag stattgefunden haben, wenn sie von Übungsleiterinnen und Übungsleitern durchgeführt werden, mit denen sie sich identifizieren konnten (z.B. im Hinblick auf Geschlecht und Kultur) und in ihrer Muttersprache durchgeführt wurden. Konkret handelte es sich dabei z.B. um begleitete Spaziergänge, Stadtteilbegehungen, Veranstaltungen im Ortsteil oder Schnupperkurse mit seniorengeeigneten Sportarten.

Alltagstauglichkeit war auch in der *betrieblichen Gesundheitsförderung* ein wichtiger Faktor für die regelmäßige Teilnahme an Kursen. So konnten Ernährungs- oder Bewegungsangebote leicht in den Arbeitsalltag integriert werden, indem sie unmittelbar vor oder nach Dienstbeginn und im Betrieb bzw. nah am Arbeitsplatz stattfanden.

Die Niederschwelligkeit bei Maßnahmen für *Kinder* kann beispielsweise durch kostenlose und vor allem wohnortnahe Wochenendangebote gewährleistet werden. Von begleiteten Spiel(platz)angeboten (Sommer (draußen) oder Winter (drinnen)) können vor allem Kinder aus sozial schwächer gestellten Familien profitieren, wie Erfahrungen aus einem Projekt im Stadtteil zeigen.

Qualifizierung von Multiplikatoren/Peer-Ansatz/Partizipation

Auf struktureller Ebene scheint darüber hinaus insbesondere die Qualifizierung von Multiplikatoren in vielen der Projekte ein wesentlicher Baustein für eine langfristige Veränderung des Lebensstils bei der Zielgruppe zu sein. Die Qualifizierung von vorhandenem Personal oder zusätzlichen Multiplikatoren hat in einigen Projekten die Möglichkeit geschaffen, die Angebote auch nach Beendigung der Projektfinanzierung weiterzuführen. Insbesondere die Fortbildungen, die individuell auf die Lebenswelten abgestimmt waren, wurden gut angenommen.

Besonders positiv werden in den Abschlussberichten auch Qualifizierungen der Peergroup bewertet. Zum einen sollen diese dafür sorgen, dass Angebote bei Gleichaltrigen besser ankommen und entsprechend besser angenommen werden und zum anderen ermöglicht die Qualifizierung der Peergroup letztlich eine langfristige Veränderung innerhalb der Strukturen. Dies hat sich sowohl in Projekten für *Kinder und Jugendliche* in der Schule als auch für *Migrantinnen und Migranten* sowie *ältere Menschen* im Stadtteil bewährt. Der Peer-Ansatz scheint eine besonders effektive Möglichkeit der aktiven Beteiligung der Zielgruppen zu sein, bei der die Menschen, an die sich die Maßnahme richtet, sowohl in die Planung als auch in die Umsetzung der Interventionen einbezogen werden. Den Projektberichten war zu entnehmen, dass sich die Teilnehmer mit diesen Angeboten besonders gut identifizieren konnten und dadurch die Akzeptanz der Maßnahmen gesteigert werden konnte.

Die Partizipation wurde in den verschiedenen Projekten sehr unterschiedlich umgesetzt und erweist sich scheinbar als eine zentrale Strategie zur Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Mehr dazu unter Frage 3.

Nutzung vorhandener lokaler Strukturen

Die Projektberichte lassen darauf schließen, dass es darüber hinaus sinnvoll ist, bestehende lokale Strukturen mit bekannten verlässlichen Angeboten zu nutzen oder diese zumindest mit einzubeziehen. Durch die Kooperation diverser Akteure vor Ort konnten in vielen Projekten erfolgreich neue Strukturen entstehen und Angebote implementiert werden. Teilweise konnte eine bessere Nutzung der Angebote durch die Einbindung örtlich ansässiger Institutionen erreicht werden. Wichtig dabei scheint es, die Eigenständigkeit der Institutionen zu bewahren, indem beispielsweise ein Turnverein weiterhin sein ursprüngliches Programm anbietet, jedoch darüber hinaus neue Kurse, die im Namen einer Kooperation mit einem Betrieb entstanden ist, vorhält. Darüber hinaus hilft die Orientierung am Sozialraum, den Blick für die Herausforderungen und Potenziale des jeweiligen Standorts zu schärfen und dadurch bedarfsorientierte Interventionen für die dort lebenden Menschen zu entwickeln. So hat sich gezeigt, dass die für *Kinder und Jugendliche* angebotenen Maßnahmen von den Zielgruppen besser angenommen werden, wenn lokale Kooperationspartner rechtzeitig eingebunden

werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um bewegungsfreundlich gestaltete Wege und Spielplätze im Stadtteil oder Bewegungsräume und -aktivitäten in Kita oder Schule handelt. Bei den einzubeziehenden Kooperationspartnern kann es sich um beispielsweise Familienzentren, Stadtsportbünde oder den (Ober-)Bürgermeister der Stadt u.v.m. handeln. Für die meisten gesundheitsfördernden Angebote hat es sich bewährt, die Kommune als Kooperationspartner zu haben und sich auf ihre Unterstützung verlassen zu können. So ist beispielsweise für die Aktivierung *älterer Menschen* durch die Veränderung und Gestaltung öffentlicher Wege und Räume die Stadt- und Freiraumplanung/Stadtentwicklungsplanung ein unentbehrlicher Partner. Darüber hinaus ist die Kommune auch ein wichtiger Partner für Maßnahmen in Kitas und Schulen, da sie hier als Träger häufig eine ganz zentrale Funktion wahrnimmt. Um Bewegungsförderung in Seniorenheimen nachhaltig zu verankern, hat es sich als hilfreich herausgestellt, langfristige Kooperationsvereinbarungen mit den lokalen Sportvereinen zu schließen.

Einbezug von Vertrauenspersonen

Ein nicht zu unterschätzender Faktor für die Motivation von Menschen, ihr Bewegungs- und Gesundheitsverhalten zu ändern, scheint die Möglichkeit zu sein, vorhandenes und vor allem bekanntes Personal in den lokalen Einrichtungen und Strukturen als Vertrauenspersonen zu nutzen. Bei *Menschen mit Migrationshintergrund* sind beispielsweise Kulturvereine und andere Netzwerke, die aus dem kulturellen Umfeld der Zielgruppe stammen, gute Anlaufstellen für Gesundheitsförderung, da die Mitarbeitenden dort oftmals detailliertes Wissen über die Bedürfnisse und Wünsche der Zielgruppe haben und somit zu einer zielgruppengerechteren Gestaltung der Sport- oder Ernährungskurse beitragen. Das führt dann dazu, dass diese von den Migrantinnen und Migranten besser und langfristiger angenommen werden.

Bauliche Maßnahmen

Auf struktureller Ebene hat sich darüber hinaus gezeigt, dass bauliche Maßnahmen (in Kombination mit innovativen pädagogischen Konzepten) für einen aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstil besonders förderlich sind. Dazu zählten beispielsweise die bauliche Umgestaltung von Schulhöfen, Spiel- oder anderen öffentlichen Plätzen in Kombination mit strukturierten, teilweise betreuten Angeboten. Die Kombination von verhältnis- mit verhaltenspräventiven Maßnahmen wird als Strategie detailliert in der Antwort zur Frage 2 dargestellt.

2.) Welche Strategien und Maßnahmen haben sich in den Projekten bewährt, um individuelle Verhaltensänderungen herbeizuführen?

Als zentrale Strategien zur Änderung individueller Verhaltensänderungen haben sich in den verschiedenen Projekten Maßnahmen bewährt, die einen

- *Lebensweltansatz* verfolgten, in dem
- Aspekte der *Verhältnis- und Verhaltensprävention* kombiniert werden.

Lebensweltansatz

In vielen Projekten des Nationalen Aktionsplans IN FORM wurde der Lebensweltansatz als Strategie zur Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen gewählt. Dieser Ansatz hat sich in den meisten Projekten aus der Sicht der Akteure bewährt. Die unterschiedlichen Lebenswelten garantieren zum einen die Erreichbarkeit der Zielgruppe und zum anderen erlauben sie die zielgerichtete Förderung individueller Kompetenzen, um gesundheitsbewusst handeln zu können. Die Strategie, die Angebote und Maßnahmen in bestehende Settings zu integrieren und keine neuen Strukturen zu schaffen, wurde von den Projekten als besonders erfolgreich beschrieben – dies lässt sich auch an der häufigen Umsetzung von Interventionen in den verschiedenen Lebenswelten ableiten.

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Nachhaltig in Bezug auf individuelle Verhaltensveränderungen hat sich in den Maßnahmen der Ernährungs- und Bewegungsförderung der integrierter Ansatz bewährt, der Verhältnis- und Verhaltensprävention kombiniert. Wie dieser Ansatz in den unterschiedlichen Projekten mit welchen konkreten Maßnahmen umgesetzt wurde, wird für die jeweiligen Zielgruppen im Folgenden beispielhaft dargestellt.

- Maßnahmen für Kinder und Jugendliche

Die Motivation zu mehr Alltagsbewegung bei Kleinkindern in sozialen Brennpunkten konnte in einem Projekt gesteigert werden, indem z.B. die Gehwege zu mehr Bewegung animieren sollten. Dazu sind u.a. mit Straßenmalkreide Bewegungselemente wie Schlangenlinien oder Hüpfekästchen auf die Gehwege aufgetragen worden. Zusätzlich wurden die Eltern geschult, wie es ihnen gelingen kann, die Alltagsaktivität der Kinder zu steigern, um die Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu sichern. Es gab zwei zentrale Aspekte, die aus Sicht der Projektnehmer zum Erfolg der Maßnahme beigetragen haben. Dazu zählten einerseits die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme der Angebote und andererseits die aktive Einbeziehung der Kinder in die Gestaltung der Wege. Diese beiden Aspekte scheinen die Motivation zu mehr Alltagsbewegung zu erhöhen.

Bei Kindergartenkindern konnten die Bewegungsaktivität sowie Koordination, Kraft und Ausdauer verbessert werden, indem täglich Bewegungs-, Sport- und Spielmöglichkeiten angeboten und zusätzlich Erziehungskräfte in Bezug auf die Bedeutung von Bewegung für die Gesundheit und über praktische Möglichkeiten der Umsetzung im Kindergartenalltag qualifiziert wurden. Durch das spielerische Heranführen von Kindern an verschiedene Sportarten in Verbindung mit entsprechenden Qualifizierungen der Erzieherinnen und Erzieher sowie der Eltern hat in einem Projekt dazu geführt, dass Kinder anschließend in einen Sportverein eingetreten sind. Dieser Effekt konnte allerdings nur bei jüngeren Kindern im Kindergartenalter erzielt werden, nicht jedoch bei Grundschulkindern.

In Kindertagesstätten und Schulen hat sich das Aufstellen von Trinkbrunnen in Verbindung mit edukativen Modulen (zur Förderung des Trinkverhaltens) als wirksam erwiesen. Dabei hat sich jedoch gezeigt, dass für die Wahrnehmung des Angebotes einige wichtige Aspekte nicht außer Acht gelassen werden sollten:

- für die Kinder gut zugängliche Stellen für die Trinkbrunnen,
- eine ausreichende Anzahl von Spendern in der Einrichtung,
- rechtzeitiger Wechsel von Kohlendioxidpatronen sowie
- attraktive und dichte Trinkflaschen.

Die Möglichkeit des Befüllens der Flaschen durch die Kinder selbst scheint einen hohen Aufforderungscharakter zu haben, macht den Kindern Spaß und fördert zudem deren Selbstständigkeit.

Ergänzend zu dieser strukturellen Maßnahme haben sich niedrigschwellige, einfach umsetzbare, schriftliche Unterrichtseinheiten als Handlungsanleitung für Erzieherinnen und Erzieher sowie für Lehrkräfte als hilfreich erwiesen. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass bei der Umsetzung eher spielerische Vermittlungsmethoden gewählt und Leistungsdruck vermieden werden sollte.

In zwei Projekten für Frauen mit Migrationshintergrund bzw. für Frauen in besonders schwierigen sozialen Lagen wurden Ernährungsangebote gut angenommen, bei denen die Eltern innerhalb von Kochkursen für das Thema gesunde Ernährung sensibilisiert wurden. Es hat sich gezeigt, dass die Familien das Thema auch später zu Hause thematisierten und gemeinsam mit den Kindern gekocht haben. Bei Maßnahmen für schwer erreichbare Zielgruppen wie sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche oder Familien mit Migrationshintergrund hat es sich bewährt, von konventionellen Konzepten abzurücken und stärker auf die individuellen Bedürfnisse der Zielgruppe einzugehen, damit die Angebote auch von der Zielgruppe angenommen wird.

- Maßnahmen für sozial benachteiligte Frauen mit und ohne Migrationshintergrund

Die Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention hat sich auch in der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Frauen mit und ohne Migrationshintergrund bewährt. Wichtig war hier das Schaffen eines neuen Zugangs für Frauen zu Bewegungsräumen wie privaten Bädern oder Sporthallen oder auch Entstehung von neuen Angeboten durch Vereinsgründung. Erfahrungen in den Projekten haben gezeigt, dass die Ernährungs- und Bewegungsangebote einen großen Anteil an praktischen Elementen sowie ein möglichst großes Spektrum an Wahlmöglichkeiten enthalten sollten. Bildungsfernen und sozialschwachen Schichten muss oftmals auch der Einfluss von Ernährung und Sport (z.B. auf Gewichtsentwicklung) deutlich gemacht werden (da dieses Wissen oftmals nicht vorhanden ist). Bei besonders belasteten Frauen sollte die Möglichkeit bestehen, Einzelberatungen statt Gruppenschulungen anzubieten sowie Menschen aus demselben Kulturkreis hinzuzuziehen, da häufig Sprachbarrieren vorliegen und die Scheu, Probleme in einer großen Gruppe anzusprechen, groß ist. Für die Akzeptanz der Maßnahmen ist es von Bedeutung, dass parallel zu den Sportkursen oder Ernährungsmaßnahmen Kinderbetreuung angeboten wird. Erfahrungen zeigen darüber hinaus, dass die zeitliche Verbindung des Ernährungskurses mit dem vorher stattfindenden Gesundheitssport sich als sehr vorteilhaft erweist, da die Teilnehmerinnen beide Themen als zusammengehörend verbinden und direkt im Anschluss den zweiten Kurs nutzen.

- Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

In der Hochschule oder im Betrieb haben Studierende und Beschäftigte Gesundheitsangebote langfristig in Anspruch genommen, wenn diese niedrigschwellig waren, d.h. im Studien- und Berufsalltag fest integriert sind, einen aufsuchenden Charakter hatten, bedürfnisorientiert, kultursensibel und geschlechterspezifisch waren. Generell hat sich ein ganzheitliches Konzept, welches sowohl Ernährungs-, als auch Bewegungselemente beinhaltet, im Betrieb bewährt. Eine Analyse der Gesundheitsrisiken über die Erstellung persönlicher Gesundheitsprofile, kardiovaskulärer Risikoprofile und die Darstellung gesundheitsrelevanter Parameter mit persönlichen Gesundheitszielen konnten den Mitarbeitenden dabei helfen, Fortschritte zu verfolgen und deren Motivation zu steigern. Eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden für einen gesundheitsbewussten Lebensstil erfolgte über intensive betriebliche Aufklärungsarbeit, über Teammeetings, Betriebsversammlungen und Workshops. Günstig hat sich darüber hinaus das Aushändigen von Broschüren regionaler Gesundheitsanbieter (z.B. Fitnessstudios, Ergotherapeuten, Sportvereine) herausgestellt, deren Bewegungsangebote ergänzend zu der betrieblichen Gesundheitsförderung in Anspruch genommen wurden.

- Maßnahmen für ältere Menschen

Für die Bewegungsförderung von Senioren, die noch zu Hause leben, haben sich niedrigschwellige, weil wohnortnahe, an verschiedenen Leistungsfähigkeiten angepasste, am Alltag der Seniorinnen und Senioren orientierte Angebote als hilfreich erwiesen. Dabei hat sich das Konzept der Begleitung (zwischen professioneller Hilfe und Alltag angesiedelt) besonders bewährt. Dies können Maßnahmen wie von den Apotheken begleitete Spaziergänge mit oder ohne Schrittzähler, Stadtteilbegehungen, Veranstaltungen im begrenzten öffentlichen Raum (Stadtteil), Stadtfeste, Infoabende, Aktionstage, Ideenwerkstätten und Kick-off Termine (wie z.B. Schnupperkurse für Sportarten) sein. Sie bieten darüber hinaus Anknüpfungspunkte zu Projekten der kommunalen Kriminalprävention, zur Familien- und Kinderfreundlichkeit sowie zur Ernährung (Kräuter am Wegesrand). Es hat sich darüber hinaus gezeigt, dass die begleiteten Spaziergänge auch generationenübergreifend wirken. Auch Schnupperkurse oder Aktionstage zum Thema Fahrradfahren haben viele ältere Menschen erreicht. Hier scheint das Elektrofahrrad viele Seniorinnen und Senioren zur Bewegung zu motivieren. Ältere Migrantinnen und Migranten bevorzugen dagegen Bewegungsangebote, die sie aus ihrem Herkunftsland kennen wie z. B. Tanzen, Boules-Bahnen oder Groß-Schachspiele.

In Projekten für bewegungseingeschränkte Seniorinnen und Senioren in Altenheimen wurde Bewegungsförderung behutsam, je nach den individuellen Fähigkeiten und Ausgangssituationen umgesetzt. Dabei wurden Angst, Schmerz und Sturzgefahr berücksichtigt. Menschen mit demenzieller Erkrankung finden den Zugang zur Bewegung über Musik. Dabei sollten die Aktivitäten so gestaltet werden, dass sie auch im Sitzen, im Liegen, im Rollstuhl und bei eingeschränkten Bewegungsvermögen durchgeführt werden können.

2 a) Wurde in den verschiedenen Projekten mit Anreizsystemen gearbeitet? Und wie wurden diese sinnvoll umgesetzt?

Mit klassischen Anreizsystemen wurde in den wenigstens Projekten gearbeitet. Allerdings wurden in einigen Projekten andere Formen von Anreizen für ihre Zielgruppen eingesetzt.

In den Projekten wurden mit folgenden Anreizen gearbeitet:

- Finanzielle Anreize
- Qualifizierungen
- Zertifizierungen und Gütesiegel
- Attraktive Werbematerialien und Aktionen
- Beachtung zielgruppenspezifischer Besonderheiten
- Aufmerksamkeiten

Finanzielle Anreize

Monetäre Aspekte scheinen eine wichtige Rolle bei der Teilnahme der Menschen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu spielen. So haben beispielsweise Beschäftigte in Betrieben die angebotenen Kurse langfristig eher wahrgenommen, wenn Unternehmen sich an den Mitgliedsbeiträgen finanziell beteiligt haben.

Für sozial benachteiligte Menschen war die langfristige Teilnahme an Gesundheitskursen zum Teil nur möglich, wenn diese kostengünstig bzw. kostenfrei angeboten werden.

Jedoch hat sich auch gezeigt, dass dies auf der lokalen Ebene zur Konkurrenz zwischen kostenpflichtigen und kostenlosen Angeboten führen kann. Diesen Konflikten müsste vorgebeugt werden, damit einkommensschwache Menschen Gesundheitsangebote wahrnehmen können.

Qualifizierungen

In einigen Projekten wurden Anreize in Form anerkannter Qualifizierungen genutzt, um die Attraktivität des Angebots für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bzw. Teilnehmende zu steigern. So konnten beispielsweise durch Schulungen nachweisbare Qualifizierungen erlangt werden, die den Personen auch nach Beendigung des Projektes nutzen. Einige dieser Schulungen waren allgemein anerkannt und befähigten beispielsweise zur eigenständigen Durchführung von (Kurs-)Angeboten. Die Qualifizierungen, die für die Teilnehmer/-innen als Anreiz gelten sollten, hatten darüber hinaus einen weiteren strategischen Zweck. Sie sollten die langfristige Umsetzung von Angeboten in verschiedenen Lebenswelten sicherstellen. So wurden beispielsweise Schülerinnen und Schüler für die Lebenswelt Schule qualifiziert oder Jugendliche im Stadtteil, mit dem Ziel, zusätzliche Maßnahmen in Vereinen anbieten zu können. Auf diese Weise wurden Personal, die Peergroup und/oder andere Multiplikatoren weiterqualifiziert. So konnte diese Form der Anreize genutzt werden, um Maßnahmen weiter in die Fläche zu bringen bzw. nachhaltig zu implementieren.

Zertifizierungen/Gütesiegel

Für viele Einrichtungen stellen Zertifizierungen und Gütesiegel einen Anreiz dar, qualitativ gute Angebote vorzuhalten und diese nach außen sichtbar zu machen. Im Rahmen der Projektarbeit wurden in einigen Kindertagesstätten und Schulen erfolgreich Zertifizierungen durchgeführt, die mit der Vergabe von Gütesiegeln verbunden waren. Diese bescheinigen der jeweiligen Einrichtung die Einhaltung von vorher festgelegten Qualitätsstandards und geben somit sowohl den Zielgruppen, als auch für die Öffentlichkeit eine gute Orientierung.

Die Gütesiegel hatten insbesondere für die Institutionen eine große Bedeutung, so dass die Leitungen der Einrichtungen hier besonders hinter den Projekten standen. Das spielt z.B. für die Schulen insofern eine große Rolle, als die Lehrkräfte dann eher von Freistellungen bzw. Freiräumen für ihre gesundheitsfördernde Tätigkeit profitieren konnten.

Attraktive Werbematerialien und Aktionen

Vor allem Projekte, die Maßnahmen für Kinder anbieten, nutzten oft die Möglichkeit, im Rahmen von attraktiven Veranstaltungen und Events auf das Projekt aufmerksam zu machen. Da hier der Erfolg oft davon abhängt, wie viele Teilnehmenden die Maßnahmen wahrnehmen, hat es sich bewährt, Einladungen mit gut gestalteten Werbe-Flyern rauszuschicken und diese mit einer Art Bonuskarte zu kombinieren. So konnten im Rahmen eines Projektes beim Erreichen eines vierten Stempels durch das viermalige Erscheinen in einem Bewegungspark kleine Aufmerksamkeiten überreicht werden.

Auch im Hinblick auf Veranstaltungsreihen für Kinder kann es sinnvoll sein, den Start einer Angebots-Saison durch ein Highlight-Angebot zu bewerben. So hat sich beispielsweise in einem Projekt eine Clown-Show gut geeignet, um sowohl auf das stattfindende als auch auf folgende Events aufmerksam zu machen und so bereits zum Anfang eine höhere Zahl der Teilnehmenden durch die gesteigerte Attraktivität des Angebotes zu erlangen.

Beachtung zielgruppenspezifischer Besonderheiten

Um Frauen zur körperlichen Aktivität zu motivieren, hat es sich laut den Berichten von mehreren Projekten als hilfreich erwiesen, zu bestimmten Zeiten Räumlichkeiten in Sporthallen und Schwimmbädern zur ausschließlichen Nutzung für Frauen zu reservieren. Diese Erfahrung haben Projekte gemacht, die Maßnahmen für Frauen in besonderen sozialen Lagen sowie für Frauen mit Migrationshintergrund angeboten haben, als auch Beschäftigte in Betrieben.

Auch der Anreiz, eine Kinderbetreuung vorzuhalten, hat viele Frauen dazu gebracht, Bewegungskurse regelmäßig wahrzunehmen.

Ein Projekt hat als besonderen Anreiz zur regelmäßigen Bewegung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung die Möglichkeit, die Angebote unmittelbar vor oder nach der Arbeitszeit wahrnehmen zu können, getestet. Dies wurde sowohl von Männern als auch von Frauen gleichermaßen begrüßt und entsprechend wahrgenommen.

Aufmerksamkeiten

Ein Projektbericht beschreibt, dass in der gesundheitsfördernden Arbeit mit älteren Menschen auch kleine Aufmerksamkeiten als Anreize genutzt werden können, um die Teilnehmerzahl der Angebote erhöhen. So hat beispielsweise eine Bedarfsermittlung unter äl-

teren Menschen ergeben, dass diese sich bei Gesundheits- und Bewegungsangeboten zusätzliche „Aufmerksamkeiten“ in Form von bereitgestellten Getränken, Sitzpolstern oder einer angenehmen Raumtemperatur wünschen.

Um herauszufinden, was die Menschen dazu „bewegt“, neue gesundheitsfördernde Angebote auszuprobieren und diese auch regelmäßig durchzuführen, hilft es, die Zielgruppe zu kennen – ihren Alltag, ihre Bedürfnisse, ihre Probleme und ihre finanziellen Möglichkeiten. Diese Anreize müssen nicht immer monetär sein. Manchmal schränken die Lebensumstände die Menschen so sehr ein, dass sie keine Möglichkeit sehen, z.B. mehr Bewegung in ihren Alltag zu implementieren.

3.) Wie wurde Partizipation der unterschiedlichen Zielgruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Interessen umgesetzt?

Partizipation hat in den Projekten von IN FORM auf vielfältige Art und Weise verwirklicht:

- Mitgestaltung der Angebote
- Peer-Education
- Befragungen / Bedarfsanalysen

Mitgestaltung der Angebote

Einigen Projekten ist es gelungen, die Zielgruppe aktiv in die Durchführung der Angebote mit einzubeziehen. Dies hatte den Vorteil, dass die jeweilige Lebenswelt aus der Perspektive der Betroffenen betrachtet wurde, wodurch Handlungsbedarfe und Barrieren leichter und schneller identifiziert und die Angebote dadurch passgenauer und damit effektiver gestaltet werden konnten. Die Beteiligung der Zielgruppe bereits in die Planungsphase scheint dagegen deutlich schwieriger zu gelingen. Wie dies im Einzelnen umgesetzt wurde, wird im Folgenden beschrieben.

Eine Möglichkeit der Einbindung von Kindern und ihren Eltern betrifft Erhebungen hinsichtlich der Art und Weise der eingesetzten Maßnahmen oder der eingesetzten Materialien. So können nicht nur die Maßnahmen selber, sondern auch die eingesetzten Medien wie z. B. Handlungsanleitungen besser auf die tatsächlichen Bedürfnisse angepasst werden und somit Rückschlüsse auf den Erfolg einzelner Maßnahmen gezogen werden.

Auch im Lebensbereich der Schule wurde Mitwirkung und das Mitspracherecht der Jugendlichen und der Lehrkräfte im Projekt sehr geschätzt. Interessant ist, dass Lehrkräfte im Hauptschulbereich trotz ihrer hohen Arbeitsbelastung mitunter hohe Motivation und großes Engagement hinsichtlich der Projektarbeit in Schulen gezeigt haben. Die Projektberichte beschreiben, dass je mehr Wert auf Partizipation gelegt wurde, desto besser gelang es in den Schulen gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen und Interesse an

langfristigen Veränderungen anzuregen. Dies erfolgt jedoch nur, wenn sowohl die Schulaufsicht wie auch Schulleitungen und Lehrkräfte bereits in die Planung der Maßnahmen einbezogen werden. Darüber hinaus wird beschrieben, dass die Einbeziehung der Schülerinnen und Schüler in die Planung der Maßnahmen für die Schulen sowie die Umsetzung ein Erfolgsfaktor für die erfolgreiche Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen war. Sie wurden dafür - gemeinsam mit den Lehrkräften - in den Bereichen Bewegungsförderung, gesunde Ernährung und Stressregulation fortgebildet und hatten die Gelegenheit, sich gemeinsam eigene, individuelle Gesundheitsziele für ihre Schule zu überlegen. Das hat die Motivation gesteigert, die Maßnahmen auch langfristig fortzuführen. Erfolgt das nicht, besteht die Gefahr, dass die Maßnahmen nicht angenommen und nach Projektende nicht weitergeführt werden.

Auch bei den Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei älteren Menschen war Partizipation ein wichtiger Faktor, der zum Erfolg von Interventionen maßgeblich beigetragen hat – das bestätigen mehrere Projektberichte.

In einem Aktionsbündnis erfolgte die Partizipation der Zielgruppe beispielsweise durch die Einbindung der Zielgruppe in die Steuerungsgruppe des Projektes. Dies führte nicht nur dazu, dass bedarfsgerechte Angebote entwickelt wurden, sondern auch zu höheren Teilnehmerzahlen.

Peer-Education

Eine weitere Möglichkeit der Partizipation bietet der Peer-Ansatz. In einigen IN FORM-Projekten konnten Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer aus der Peergroup qualifiziert werden, um Angebote eigenständig durchzuführen. Der Peer-Ansatz wurde in Schulprojekten ebenso umgesetzt wie in Stadtteilprojekten u.a., so wurden z.B. Schülerinnen und Schüler qualifiziert, Jugendliche in Stadtteilen oder Migrantinnen und Migranten.

In Angeboten der Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Schulkinder und schulpflichtige Jugendliche wurden mit dem Peer-Ansatz sehr positive Erfahrungen gemacht. Diese Art der Partizipation konnte in einem Aktionsbündnis etwa durch Gesundheitsteams umgesetzt werden, die aus Lehrkräften, Schülerinnen und Schülern, Sozialarbeitern und Eltern bestehen. Wichtig erscheint hierbei eine ausreichende Unterstützung der Teams bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen (s.o.).

Erfahrungen in den Projekten zeigen, dass der Peer-Ansatz besonders in Lebenswelten mit hohem Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund wichtig zu sein scheint. Damit können sprachliche und kulturelle Aspekte leichter berücksichtigt werden können, was zu einer deutlich höheren Akzeptanz der Angebote von Seiten der Zielgruppe führt. Eine qualifizierende Schulung kann etwa Elemente im Hinblick auf die Bedeutung von Bewe-

gung für die Stärkung der Gesundheit enthalten und somit ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit schaffen.

Schwer erreichbare und sozial benachteiligte Zielgruppen konnten im Rahmen der durchgeführten Projekte sehr gut in die Planung und Umsetzung der Maßnahmen eingebunden werden, indem sie zu Übungsleiterinnen und Übungsleitern in Sport- und Kochkursen ausgebildet wurden. Damit wurden zum einen personelle Ressourcen in den Maßnahmen verstetigt, zum anderen fand eine interkulturelle Sensibilisierung bei den beteiligten Akteuren statt. Die Ausbildung als Übungsleiterin oder Übungsleiter ist zwar kosten- und zeitintensiv, durch die Mitwirkung der Peergroup wird jedoch eine größere Akzeptanz und Vertrauensbasis zur Zielgruppe aufgebaut, was eine langfristige Teilnahme erleichtert und damit zur Verstetigung auch über den ursprünglichen Projektzeitraum hinaus beiträgt.

Befragungen/Bedarfsanalysen

Vielfach erfolgte die Partizipation in den Projekten durch Befragungen der Zielgruppen zu ihren Wünschen und Bedarfen oder zur Zufriedenheit mit dem Angebot. In einer Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung bildete die Bedarfsabfrage einen festen Bestandteil des Konzeptes, indem erst nach einer detaillierten Umfrage das Angebot passgerecht entwickelt wurde. Damit hatte die Zielgruppe einen entscheidenden Einfluss auf das künftige Angebot. In den deutlich häufigeren Fällen wurden Beschäftigte in Betrieben erst dann befragt, wenn die ursprünglich, ohne Beteiligung der Zielgruppen angebotenen Maßnahmen nicht oder schlecht angenommen wurden. Einige Akteure begründeten die fehlende bzw. späte Einbindung der Zielgruppen mit zeitlichen Engpässen in der Projektdurchführung. Eine Befragung der Zielgruppen bietet sich auch an, um die Gründe für Nicht-Teilnahme bzw. für den Abbruch eines Kurses zu erfassen. Dadurch können die Kurse auch im Nachhinein zielgerichteter und damit effektiver gestaltet werden.

Die Partizipation der Akteure in Maßnahmen für ältere Menschen wurde in einem Projekt durch eine schriftliche Befragung von 400 Alten- und Pflegeheimen bereits in der Planungsphase durchgeführt. Hierbei wurden bestehende Kooperationen sowie Wünsche und Bedarfe bezüglich des Interesses an einer Kooperation mit lokalen Sportvereinen, die Art von Bewegungsangeboten und die strukturellen Möglichkeiten von Bewegungsangeboten abgefragt und für eine Entwicklung eines passgenauen Angebotes ausgewertet.

4.) Welche Faktoren für eine erfolgreiche Projektplanung und -durchführung haben sich in den Projekten als unerlässlich erwiesen?

Als zentrale Faktoren für eine erfolgreiche Projektplanung und -durchführung haben sich neben den in den übrigen Fragen erfassten Faktoren folgende Aspekte in der Analyse der Projektberichte herauskristallisiert:

- Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse
- Gemeinsame Vision und SMARTe Ziele formulieren
- Flexibilität
- Kenntnis und Beachtung zielgruppenspezifischer Besonderheiten
- Schlüssige Gesamtkonzeption (u.a. Zugangswege, Niederschwelligkeit und Vermittlungsmethoden)
- Projekt-/Netzwerkmanagement und -struktur (Arbeitsorganisation, Gremien etc.)
- Kommunale Unterstützung
- Personal (Qualifikation, Aufgabenverteilung)
- Finanzierung
- Externe Kommunikation: Öffentlichkeitsarbeit und Transparenz
- Interne Kommunikation: Projektpartner und Zielgruppen
- Dokumentation und Evaluation

Viele Faktoren, die sich für die Projektplanung und -durchführung als unerlässlich erwiesen haben, decken sich mit den Aspekten, die in den Qualitätskriterien gefordert werden. Ob etwaige Qualitätssicherungssysteme den Projektdurchführenden bekannt waren und diese als Grundlage zur Durchführung von Projekten und Maßnahmen dienen, ist nicht bekannt. Jedenfalls wurde dies in den Berichten nicht explizit beschrieben. Die Analyse der Berichte hat jedoch gezeigt, dass an vielen Stellen Qualitätskriterien identifiziert werden konnten.

Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse

Eine Bestandsaufnahme und eine Bedarfsanalyse durchzuführen hat es sich in den meisten Projekten als unerlässlich erwiesen. Die Bedarfsanalyse kann sich dabei sowohl auf die Zielgruppen oder die Einrichtungen beziehen, als auch auf die Zufriedenheit mit aktuellen Angeboten und Maßnahmen oder bereits eingesetzten Materialien. Wenn die Zufriedenheit mit bereits stattgefundenen Maßnahmen als Erfahrung mit in die Planungen mit einfließt, können Hürden bereits im Vorfeld erkannt und vermieden werden. So haben beispielsweise die Rückmeldungen von Erzieherinnen und Erziehern in Kindertagesstätten sowie Lehrkräften in Schulen im Vorfeld wertvolle Hinweise dazu geliefert, wie die Qualifizierungsmodule oder Unterrichtsmaterialien zum Thema Ernährung und Bewegung strukturell und inhaltlich be-

schaffen sein sollen, damit diese in den Alltag der Einrichtung langfristig übernommen werden. In einigen Projekten bildeten die Bedarfsabfragen die Grundlage für das Konzept der Maßnahme, wie in einem Projekt, das attraktive, bewegungsfördernde Spielplatzangebote im Quartier entwickelte oder in Betrieben, in denen zuerst der Bedarf der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Ermittlung deren gesundheitlichen Risikoprofils erfasst wurde und aufgrund dessen die Interventionen entwickelt wurden.

Die Bedeutung der Bedarfs- und Bestandsermittlung wurde einigen Fachkräften erst dann bewusst, wenn die geplanten Maßnahmen nicht angenommen wurden, z. B. bestimmte Gymnastikkurse in der betrieblichen Gesundheitsförderung oder Sportaktivitäten für Migrantinnen im Stadtteil. Hier wurden erst dann Umfragen durchgeführt, um die Gründe für die fehlende Nachfrage zu erfahren. In einem Projekt führte eine im Vorfeld ausgebliebene Bestandsermittlung dazu, dass ein Teil des Angebotes in einer Schule nicht durchgeführt werden konnte, da dieser Aspekt bereits durch die Kooperation mit einem externen Anbieter umgesetzt wurde. Um knappe personelle Ressourcen zu schonen und zielgruppengerechte und bedarfsorientierte Angebote vorzuhalten, sollte dieser Schritt ein fester Bestandteil von Planungen in der Gesundheitsförderung sein. Dieser Aspekt setzt voraus, dass Kommunikation, Einbindung und eine intensive Auseinandersetzung mit den Zielgruppen und ihren individuellen Lebenswelten stattfindet. Dazu gehört auch die Einbindung und Kommunikation mit den Akteuren in den verschiedenen Settings wie beispielsweise Pflegekräfte in Senioreneinrichtungen, Lehrkräfte in Schulen, Sozialarbeiter im Stadtteil oder Mitarbeitende in Kultureinrichtungen für Migrantinnen und Migranten.

Gemeinsame Vision und SMARTe Ziele formulieren

Anhand der vorhandenen Abschlussberichte und Evaluationen wird nicht ersichtlich, ob die verantwortlichen Akteure die Entwicklung einer gemeinsamen Vision für die Maßnahme – zusammen mit den Zielgruppen und den Kooperationspartnern – im Vorfeld bewusst eingeplant und umgesetzt haben. Jedoch lassen sich aufgrund der Projektbeschreibungen Schlüsse ziehen, dass dies in einigen Fällen gelungen ist und einen wertvollen Beitrag zum Gelingen der Maßnahmen leistete. So scheinen die gemeinsame Formulierung von Zielen und ein stetiger Zielabgleich das kooperative Vorgehen in den Projekten sicherzustellen. Beispielsweise wurden in einem umfangreichen Schulprojekt die Gesundheitsziele für jede Einrichtung von den Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrkräften selbst entwickelt und entsprechende Maßnahmen daraufhin ausgerichtet. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass diese Maßnahmen eher in Eigenregie der Schule weitergeführt werden, als „fertige“ Programme.

In einem anderen Projekt ist es dagegen nicht gelungen, die Lehrkräfte in die Planung und Umsetzung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen einzubeziehen, wodurch diese eher als

externe Angebote wahrgenommen wurden. In diesem Fall konnte ein gemeinsames Verständnis für die Aufgabe nicht entwickelt werden, was sowohl die Umsetzung der Maßnahmen als auch deren Nachhaltigkeit stark gefährdet hat.

Ein weiterer Hinweis auf das Fehlen eines gemeinsamen Verständnisses unter den Beteiligten können auch Unstimmigkeiten im Steuerkreis oder in der Arbeitsgruppe sein, die sich darin äußern, dass Kooperationspartner fernbleiben oder sich nicht beteiligen. Beispielsweise wurde in einem Projektbericht erörtert, dass durch das Aufarbeiten von Konflikten mit den kooperierenden Experten deutlich wurde, dass der Charakter des Ansatzes von einigen Akteuren nicht verstanden oder sogar fehlinterpretiert wurde. In diesem Fall lag dies an einem relativ neuen Ansatz, der darauf beruhte, Lebenskompetenzen und Ressourcen bei den Menschen zu stärken. Dieser Ansatz jedoch schien einem Teil der Beteiligten noch nicht bekannt zu sein. Das gemeinsame Verständnis scheint daher ein grundlegender Baustein für die erfolgreiche Projektplanung und -durchführung zu sein.

Die Formulierung von messbaren Zielen und der kontinuierliche Abgleich der Erfüllung mit den Kooperationspartnern wurde in einigen Projekten als wichtiger Beitrag zu einer erfolgreichen Umsetzung der Angebote formuliert. Jedoch scheint dies in nur wenigen Projekten erfolgt zu sein bzw. entsprechend überprüft und dokumentiert worden. Die Gründe dafür wurden in den Berichten nicht erläutert.

Im Rahmen einer Stadtteilmaßnahme für ältere Menschen wurden die Ziele mit Zielerreichungsskalen mit allen am Projekt beteiligten Akteuren in mehreren Workshops gemeinsam entwickelt. In einer „Schulmaßnahme“ erfolgte dies in gemeinsamen Arbeitskreisen. Diese Vorgehensweise ist besonders empfehlenswert, da hiermit eine intensive Auseinandersetzung mit dem Projekt erfolgt, was zu einer deutlich höheren Identifikation mit dem Projekt und zu mehr Verbindlichkeit bei den Beteiligten führt. Der Nutzen des Projektes sowie die Notwendigkeit der einzelnen Schritte der Maßnahmen (z.B. die bei einigen Partnern manchmal als „lästig“ empfundene Dokumentation) sind dann für alle Beteiligten einfacher nachzuvollziehen.

Flexibilität

Für die Durchführungsphase hat sich in vielen Projekten die Flexibilität (die eigene und die der Partner) als nützlich herausgestellt, um auf neue und unerwartete Anforderungen reagieren zu können und Angebote und deren Ziele gegebenenfalls auf veränderte Rahmenbedingungen anzupassen. Einige Projekte nutzten aktiv die Möglichkeit, bei Bedarf eine Anpassung der Interventionen und Maßnahmen vorzunehmen. Dies scheint dringend erforderlich zu sein, da viele Projekte zahlreiche Verzögerungen im Ablauf in den Berichten beschreiben. Beispielsweise können Genehmigungsverfahren für die bewegungsfreundliche Gestaltung von öffentlichen Wegen sehr langwierig sein oder eine späte Bereitstellung von Projektmit-

ten dazu führen, dass Zeitplanungen geändert werden müssen. Absprachen mit Partnern in kooperierenden Schulen, Betrieben oder Hochschulen können länger dauern, und ursprünglich nicht geplante Abstimmungen mit Personalverantwortlichen, Betriebsräten oder Leitungsebenen notwendig werden, wenn zum Beispiel Fragebögen zur Bedarfserfassung an alle Mitarbeitenden verschickt werden sollen. Dabei müssen diese verzögernden Gespräche nicht immer nur von Nachteil sein. Laut dem Projektbericht eines großen Hochschulprojektes, das an acht verschiedenen Standorten durchgeführt wurde, haben diese Abstimmungsprozesse dazu geführt, dass die Hochschulrektoren sich intensiv mit dem Projekt und dessen Zielsetzungen beschäftigten mussten, so dass sogar eine Anschlussfinanzierung in Aussicht gestellt wurde.

Ein weiterer Grund für die Notwendigkeit von Flexibilität im Projektablauf ist die Einbeziehung der Wünsche und Ideen der Projektpartner und der Zielgruppen. Hier zeigte sich vielfach, dass Partizipation nicht nur Zeit, sondern auch die Bereitschaft zur Flexibilität benötigt. Werden Partner und Zielgruppen nicht bereits in die Planungsphase einbezogen, muss damit gerechnet werden, dass die Maßnahme von der Zielgruppe nicht angenommen wird, was in einigen Projekten vorgekommen ist. Dann müssen nachträglich Bedarfsabfragen und Gespräche mit den Kooperationspartnern und den Zielgruppen erfolgen, um die Gründe hierfür herauszufinden und entsprechende Anpassungen am Konzept oder Vorgehen vorzunehmen. Die aktive Einbindung der Zielgruppe erfordert, dass vielleicht die eigenen Vorstellungen zurückgestellt werden müssen, da für die Zielgruppe andere Schwerpunkte der Gesundheitsförderung wichtig sind, als die, die sich die handelnden Akteure vorgestellt hatten. So kann beispielsweise aus Sicht der Akteure und Lehrkräfte das Ziel im Fokus stehen, mehr bewegungsfördernde Angebote an der Schule zu implementieren, die Schülerinnen und Schüler wünschen sich aber ein leckeres Mittagessen. Hier muss dann gemeinsam überlegt werden, welche Lösungsansätze es geben kann. Je früher die Auseinandersetzung mit den Bedarfen und Bedürfnissen der Zielgruppe stattfindet, umso einfacher ist, zielgruppenspezifisch zu planen.

Flexibilität ist vor allem dann erforderlich, wenn die Resonanz für bestimmte Maßnahmen schlecht ist. Diese von den Akteurinnen und Akteuren als „Störung“ empfundene Verzögerung trat mehrfach in Projekten auf, wenn beispielsweise Spaziergänge im Stadtteil aufgrund einer schlechten Wettervorhersage, aufgrund von Erkrankungen oder Urlaubsreisen nicht wahrgenommen wurden. Eine gute Kenntnis der Zielgruppen, ihrer Bedürfnisse und ihres Alltags kann helfen, solche Störungen vorherzusehen und langfristig zu vermeiden.

Kenntnis und Beachtung zielgruppenspezifischer Besonderheiten

Die Projektberichte zeigen vielfach, dass die Kenntnis der Zielgruppe hilfreich ist, um diese zu erreichen. Bei der Planung von Maßnahmen sollte unbedingt beachtet werden, aus welchem kulturellen Kontext die Zielgruppe stammt (z.B. Religion, Herkunftsland, Mentalität), um sowohl bei der didaktischen Konzeption wie auch bei der Umsetzung von Interventionen die Besonderheiten der Zielgruppe angemessen berücksichtigen zu können. Gerade bei muslimischen Migrantinnen ist es hilfreich, Interventionen zu entwickeln, die geschlechtshomogen sind. Die Projektberichte haben gezeigt, dass solche Angebote eher von der Zielgruppe angenommen werden. Auch der dadurch entstehende „Mehraufwand“ (z.B. separater Unterricht für Frauen, extra Räumlichkeiten) sollte bereits im Vorfeld bedacht werden.

In einigen Projektberichten wurde zudem problematisiert, dass viele Migrantinnen und Migranten in den Sommermonaten oft eine längere Zeit im Herkunftsland verbringen und daher in dieser Zeit nicht zu Maßnahmen erscheinen. Auch solche Aspekte sollten in die strukturellen Überlegungen bei der Maßnahmenplanung mit einbezogen werden ebenso wie Fastenzeiten und besondere Feiertage.

Ein weiteres wichtiges Element stellt hier die Berücksichtigung von Sprachbarrieren dar. Unsicherheiten insbesondere aufgrund von Sprachproblemen sind häufig stark ausgeprägt, daher ist es manchmal notwendig, muttersprachliche Vertrauenspersonen gezielt anzusprechen um sie für eine aktive Mitwirkung im Projekt zu gewinnen (z.B. als „Vermittlerinnen und Vermittler“). Dies hat sich ebenso im Kontext von Informationsveranstaltungen und Bewegungsangeboten für ältere Menschen mit Migrationshintergrund gezeigt; auch diese sollten daher möglichst in der Muttersprache oder zumindest mit Übersetzung angeboten werden. In einem Projekt wurde deutlich, dass scheinbar vor allem türkische Seniorinnen und Senioren die Teilnahme an Angeboten in einer Gruppe zu bevorzugen, die sie bereits kennen, beispielsweise aus einem kulturellen Verein. Diese Beobachtung ziehen die Projektverantwortlichen eines Zentrums für Bewegungsförderung aus ihrer Arbeit.

Stehen die gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht im Einklang mit der Lebensweise oder den Werten der Menschen, muss damit gerechnet werden, dass diese von der Zielgruppe nicht angenommen werden, was in verschiedenen Projektberichten deutlich wurde.

So wurden beispielsweise in einem Projekt, das sich an sozial belastete Zielgruppen richtete, externe Mitarbeiter abgelehnt, da diese zu wenig auf die Personen und ihre individuellen, oft schwierigen Lebenslagen, eingingen und nur ihre Vorstellung eines gesundheitsfördernden Bewegungsprogramms durchführen wollten. Hier ist es besonders wichtig, sensibel und sozial kompetent den Menschen und seine individuellen Besonderheiten in den Mittelpunkt zu stellen und nicht allein die Maßnahme zu fokussieren.

Insbesondere im Umgang mit älteren Menschen bedeutet die Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Besonderheiten, dass beispielsweise für unterschiedliche Leistungsfähigkeiten eine differenzierte Angebotspalette angeboten werden sollte; getreu dem Motto „jede und

jeder so wie sie oder er kann“. Dies ist besonders in der Bewegungsförderung wichtig, hier haben sich flexibel gestaltete Bewegungsangebote bewährt, die individuell anpassbar waren und beispielsweise auch im Sitzen oder Liegen durchgeführt werden konnten.

Um zielgruppenspezifische Besonderheiten angemessen berücksichtigen zu können wurde in einigen Projektberichten insbesondere die Partizipation der Zielgruppe als Erfolgsfaktor hervorgehoben. Dabei wurde die Zielgruppe bereits in die Planung und später ebenfalls in die Umsetzung der Angebote mit einbezogen. Dies sicherte einigen Projekten offenbar die Akzeptanz der Zielgruppe.

Schlüssige Gesamtkonzeption

Die Bedeutung einer schlüssigen Gesamtkonzeption wurde in einigen Projekten für die erfolgreiche Projektdurchführung herausgestellt. Die schlüssige Gesamtkonzeption entsteht dabei in der Planungsphase. Das kann einerseits bedeuten, gemeinsam ein schlüssiges Gesamtkonzept neu an den Bedarfen auszurichten und entsprechend zu entwickeln. Oder bereits bestehende Konzepte der Gesundheitsförderung (Programme und/oder Maßnahmen) für bestimmte Settings oder Zielgruppe zu adaptieren und auf ihre Bedürfnisse anzupassen. Dazu kann es auch hilfreich sein, erprobte Erhebungsinstrumente und Projektbausteine zu nutzen, um Maßnahmen zielgruppen- und lebensweltspezifisch planen zu können, wie dies bei dem Aufstellen von Wasserspendern in einigen Schulen der Fall war. Hierzu wurde Lehrkräften ein gemeinsam mit den Lehrern und Eltern entwickelter Handlungsleitfaden angeboten, der neben praktischen Hinweisen, was bei der Installierung der Wasserspender zu beachten ist, auch gut konzipierte Unterrichtseinheiten zum Thema Trinken enthält. Das erleichterte nicht nur die Durchführung des Projektes, sondern sicherte auch die Nachhaltigkeit der Maßnahme.

In engem Zusammenhang damit steht die zum Teil sehr zielgerichtete Auswahl geeigneter Zugangswege und entsprechender Vermittlungsmethoden. Als ein guter Zugang zu älteren Menschen haben sich in vielen Projekten beispielsweise die Hausärztinnen und Hausärzte herausgestellt. Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung scheinen diese einer Rolle als Vermittler zu haben und sind darüber hinaus oft die erste und manchmal sogar einzige regelmäßige Anlaufstelle von (isolierten) älteren Menschen. Dies gilt auch für Pflegekräfte und Betreuer in Einrichtungen, da diese oftmals eine enge Beziehung zur Zielgruppe haben und als Vertrauenspersonen gesehen werden. Für die Ansprache von älteren Menschen eignen sich auch Info-Stände in Supermärkten und auf Marktplätzen. Seniorinnen und Senioren können auch über schön gestaltete Flyer oder Broschüren erreicht werden, die bei Ärzten oder Krankenkassen ausliegen. Auch die viel gelesene Apothekerzeitung bietet eine gute Möglichkeit, auf Gesundheitsangebote hinzuweisen. Auch Mehrgenerationenhäuser oder Gemeinden haben sich als vertraute, niederschwellige und überschaubare Orte als ein

guter Zugangsweg zum Erreichen älterer Menschen ergeben. Die Frage der Erreichbarkeit und des Zuganges zur Zielgruppen ist eng verbunden mit der Einbindung der bereits bestehenden regionalen Einrichtungen in das Projekt. Dieser Aspekt wird weiter unten näher erläutert.

Neben der schlüssigen Gesamtkonzeption für das Projekt, kann es in einigen Fällen von Bedeutung sein, dass diese auch in übergeordnete Leitbilder einer Stadt oder kommunale Handlungskonzepte passt. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen der Bewegungsförderung, die auch bauliche Veränderungen in den Einrichtungen und/oder Stadtteilen erforderlich machen. Die Akteure empfehlen daher die Entwicklung eines umfassenden, kommunalen Handlungskonzeptes, in dem Gesundheits- und Bewegungsförderung als Querschnittsaufgabe definiert ist. Nur so wird gewährleistet, dass das Thema Bewegungsförderung auch langfristig in die städtebaulichen Überlegungen mit einfließen kann.

Projekt-/Netzwerkmanagement und -struktur (Arbeitsorganisation, Gremien etc.)

Die übergeordnete Projektstruktur wurde in vielen Projekten als ein wichtiger Faktor genannt, der für eine erfolgreiche Umsetzung und vor allem die dauerhafte Verankerung der Maßnahmen von Bedeutung ist. Insbesondere die länderübergreifenden Zentren für Bewegungsförderung betonen in ihren Abschlussberichten, wie wichtig es ist, dass die Projekte auf kommunaler Ebene und nicht auf der Landes- oder Bundesebene initiiert werden. Die Erfahrungen zeigen, dass der Bedarf für gesundheitsfördernde Aktivitäten vor Ort entstehen muss und nicht allein von extern herangetragen werden kann. Nur so kann es gelingen, Netzwerke aufzubauen, die eine langfristige Umsetzung von Angeboten in den Stadtteilen sicherstellen. Um ein großes Netzwerkprojekt im Bereich der Gesundheitsförderung erfolgreich durchzuführen hat es sich bewährt, erstens genau zu analysieren, welche Stakeholder in das Netzwerk integriert werden sollen. Darüber hinaus haben sich eine professionelle Organisations- und Managementstruktur sowie die kommunale Unterstützung als hilfreich erwiesen, wie im Folgenden näher erläutert wird.

Um die Durchführung der Projekte und der Maßnahmen sicherzustellen, bedurfte es einer guten Organisations- und Managementstruktur innerhalb der Projekte. Um in den vernetzten Strukturen effizient arbeiten zu können, haben sich einige Projekte in Form von Steuerungsgruppen, Arbeitskreisen, Fachbeiräten und anderen Gremien organisiert. Als besonders wertvoll und positiv wurde dabei die konkrete Aufgabenverteilung und die transparente Verteilung von Verantwortlichkeiten hervorgehoben. Dabei sollte auf eine größtmögliche Eigenverantwortung und einen hohen Grad an Flexibilität bei möglichst flachen Hierarchien geachtet werden. Ein hohes Engagement der Beteiligten sowie Transparenz über die Abläufe sind weitere Faktoren, die eine gelungene Zusammenarbeit innerhalb des Projektes mitbestimmen.

In den meisten Projekten hat es sich als unerlässlich erwiesen, eine professionelle und interdisziplinäre Projektleitung einzusetzen, die die anfallenden Prozesse managt.

Jedoch sollte bedacht werden, dass insbesondere dann, wenn unterschiedliche Partner am Projekt arbeiten, ausreichend Zeit für die Planungsphase kalkuliert werden sollte. Dies ist notwendig, damit die unterschiedlichen Personen sich aufeinander einstellen können und die unterschiedlichen Abläufe angeglichen werden, um sie dann in eine neue gemeinsame Organisationsstruktur einzubinden. So wurde beispielsweise die „Aufbauphase“ bei den Aktionsbündnissen im Nachhinein als sehr hilfreich eingeschätzt. Wie Netzwerkarbeit und Kooperation gelingen können, wird unter Frage 5 ausführlich erläutert.

Kommunale Unterstützung

In mehreren Projektberichten wird betont, dass die Einbindung der relevanten lokalen Akteure in den gesamten Entwicklungsprozess (Planung, Umsetzung, Erfolgskontrolle und Modifikation/Entwicklung der Intervention) erforderlich ist. Dadurch können je nach Bedarf die vorhandenen Strukturen des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereiches für das Projekt sinnvoll genutzt werden. So kann einerseits die Bestands- und Bedarfsaufnahme erheblich erleichtert werden, da sich dementsprechende Anlaufstellen oft bestens mit den aktuellen Angeboten und vor allem der sozialen Struktur der Kommune auskennen. Werden kommunale Entscheidungspersonen, z.B. der Bürgermeister als Schirmherr für das Projekt gewonnen, kommt das dem Projekt bereits in der Planungs- und Umsetzungsphase zu Gute, doch besonders bei der Sicherung der Nachhaltigkeit. So können beispielsweise am Ende eines Projektes sämtliche Materialien der Maßnahmen mit Beschreibungen an kommunale Einrichtungen übergeben werden, die sich dann wiederum um die Aufrechterhaltung erfolgreicher Maßnahmen kümmern.

Personal (Ressourcen, Qualifikation, Aufgabenverteilung)

Bei der Planung konkreter Maßnahmen stellte sich immer wieder heraus, dass ausreichend qualifiziertes Personal sichergestellt und stabile Personalverhältnisse angestrebt werden sollten. Einzelne Projekte hatten hierbei Schwierigkeiten. Anscheinend wird der personelle Arbeitsaufwand unterschätzt. So wird häufig von verzögerten Projektabläufen aufgrund fehlender Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berichtet. Dies ist besonders im schulischen Umfeld zu berücksichtigen, da Lehrkräfte oftmals anderen „Belastungen“ (z.B. Erreichen des Lernpensums, Klausurphasen, soziale Probleme der Schülerinnen und Schüler) ausgesetzt sind und in die Umsetzung der Maßnahmen nur begrenzt eingebunden werden können.

In einigen Projektberichten wird beschrieben, dass für die Motivierung der Zielgruppen zu mehr Bewegung im Alltag die Vermittlung von praktischen Aspekten wichtiger scheint, als die Wissensvermittlung. Dies lässt darauf schließen, dass in einigen Projekten noch zu oft die

Wissensvermittlung im Mittelpunkt gesundheitsfördernder Maßnahmen steht und nicht die alltagspraktische Umsetzung. Hier fehlt es den Zielgruppen jedoch häufig an Ideen und Fertigkeiten, wie sie einfach mehr Bewegung in ihren Alltag integrieren können, daher sollte dieser Aspekt verstärkt in gesundheitsfördernden Projekten und Maßnahmen aufgegriffen werden.

Darüber hinaus wurde in vielen Projekten die Qualifikation des Personals als besonders wichtiges Kriterium genannt, das zum Gelingen der Projekte beiträgt. Dies scheint jedoch nicht immer in ausreichender Anzahl zur Verfügung zu stehen, wie in einem großen Aktionsbündnis berichtet wird. Als Grund dafür wurde hier die Abwanderung von jungem und ausgebildetem Personal in andere Bundesländer mit besseren beruflichen Perspektiven genannt. Die Qualifizierung sowohl von Fachpersonal und Multiplikatoren als auch der Peergroup ist ein wichtiger Ansatz zur Verstetigung und Verbreitung der Maßnahmen und Interventionen. Dabei sollte jedoch nicht ausschließlich auf die ehrenamtliche Bereitschaft der Multiplikatoren gesetzt werden, sondern auf Anerkennung ihrer Leistungen z.B. in Form von Aufwandsentschädigungen für Übungsleitende. In einigen Projekten wurde hierbei auf Ehrenamtliche gesetzt, die dann in der Umsetzungsphase nicht gefunden wurden. Auch in der Gesundheitsförderung sollten Leistungen anerkannt und entsprechend wertgeschätzt werden.

Finanzierung

In einigen Projektberichten wurde die Finanzierung als ein problematischer Faktor benannt. Die Sicherung der monetären Mittel erschien als ein wesentlicher Bestandteil der Projektplanung und vor allem für die Sicherstellung der Durchführung von Maßnahmen. In einigen Projekten wurde offensichtlich so geplant, dass auch eine rückwirkende Kürzung nicht zu Misserfolg des Projektes führte. Anderen Projektberichten ist zu entnehmen, dass es schwierig war, mit den finanziellen Mitteln die Maßnahmen umzusetzen. Vor allem um die Nachhaltigkeit von Maßnahmen sicherzustellen wurde in den meisten Projekten keine Ressource eingeplant. Hier zeigt sich, dass es wichtig ist, auch personelle Ressourcen einzukalkulieren, um die Nachhaltigkeit der Maßnahmen sicherzustellen. Dies geschieht nicht allein durch den Erfolg einer Maßnahme. Es müssen in der Regel immer Möglichkeiten gefunden werden, wie Maßnahmen weitergeführt werden können und dazu müssen personelle oder finanzielle Mittel bereitgestellt werden.

Externe Kommunikation: Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Eine gute Berichterstattung zu Projekten ist nicht nur wichtig, um geeignete Kooperationspartner zu gewinnen und die Zielgruppen zu erreichen, sondern ist auch für die dauerhafte Verankerung der Maßnahmen entscheidend.

Wichtig für die Gewinnung der Zielgruppen ist es, deren Lese- und Lebensgewohnheiten zu nutzen (z.B. Artikel in der Apothekerzeitung, um Senioren anzusprechen oder ein Aushang im Kindergarten, um Eltern zu erreichen) und deren Sprache zu sprechen. Beispielsweise hat sich in einem an ältere Menschen adressierten Projekt die ursprüngliche Bezeichnung „Förderung der Alltagsbewegung älterer Menschen 60plus im Sozialraum“ als nicht sehr ansprechend erwiesen. Empfohlen werden zündende, prägnante und einprägsame Titel. Um die Verbreitung künftiger Projekte zu erleichtern, wird in den Abschlussberichten vielfach empfohlen, entsprechende Vorgaben zu entwickeln, z.B. zur Veröffentlichung geeigneter und freigegebener Fotos, O-Töne, Flyer, Banner, Tagungsmappen, Steckbriefe, Internetseiten oder andere Dokumentationen. Als Anreiz für die Durchführung der Öffentlichkeitsarbeit wird eine explizit hierfür vorgesehene finanzielle Förderung gesehen. Angeregt wird auch die Erstellung und Gestaltung eines Corporate Designs für ein Projekt oder Aktionsbündnis oder Bewegungszentrum. Dabei sollte bedacht werden, dass für die Bewerbung der Aktionen eine ausreichend lange Vorlaufzeit eingeplant wird, damit Einrichtungen und Multiplikatoren genügend Zeit für die Planung der Beteiligung haben.

Einige Konzepte der Bewegungsförderung haben sich nicht nur in der Umsetzung bewährt, sondern stellen auch ein gutes Medium der Öffentlichkeitsarbeit dar, so beispielsweise eine Wanderausstellung zur Förderung von Bewegung bei älteren Menschen oder ein mobiles Bewegungsangebot, das für Stadtteile gebucht werden kann.

Auch qualitätssichernde Maßnahmen wie etwa ein Gütesiegel oder eine Zertifizierung der Einrichtung kann genutzt werden, um Fachöffentlichkeit und Zielgruppen zu erreichen.

Bei der Öffentlichkeitsarbeit sollte darauf geachtet werden, dass dies nicht stigmatisierend erfolgt. Beispielsweise verlief die Bewerbung eines Projektes für Migrantinnen und Migranten aufgrund von Angriffen seitens rechter politischer Gruppen schwierig. Ebenfalls wurde im Rahmen der Projektarbeit beobachtet, dass durch die Ansprache eines speziellen Klientels die sozial gut situierten Zielgruppen sich von den Angeboten und sogar von den Einrichtungen, die dieses Angebot vorhalten, distanzieren, was in einem Fall dazu führte, dass ein Sportverein durch den Stempel „für sozial Benachteiligte“ von einem Teil des Stadtteils konsequent gemieden wurde. Wie dieser Aspekt zukünftig hinreichend berücksichtigt werden kann, ohne auf Transparenz verzichten zu müssen, sollte thematisiert werden.

Interne Kommunikation: Projektpartner und Zielgruppen

Den Projektberichten ist zu entnehmen, dass die interne Kommunikation einen besonderen Stellenwert hat, den sie bislang in bekannten Qualitätssicherungssystemen nicht unbedingt einnimmt bzw. in anderen Zusammenhängen thematisiert wird. Die Qualität der Kommunikation hat sowohl für den Umgang mit der Zielgruppe eine besondere Bedeutung als auch für die kooperative Arbeit in Netzwerken. So berichten Verantwortliche eines großen Aktions-

bündnisses, dass als Hauptproblematik in der Planungs- und Umsetzungsphase sich der mangelnde Austausch zwischen den Kooperationspartnern innerhalb und außerhalb der Organisationen herausgestellt hat und daher die Empfehlung an andere Akteure ausgesprochen wird, dass Kooperationspartner von Anfang an „reingeholt“ werden sollten. Ein guter Austausch – zwischen den Zielgruppen, zwischen den Begleitern und Fachkräften, zwischen den kooperierenden Projekten, zwischen unterschiedlichen Fachbereichen/-disziplinen und Organisationen wird in zahlreichen Projekten als unabdingbar herausgestellt, um „Unterschiedliches zusammenbringen statt zu trennen“.

Gute Kommunikation mit den Zielgruppen und den Akteuren scheint ein zentraler Aspekt in der Projektarbeit zu sein, da er die Grundvoraussetzung für die übrigen bedeutsamen Aspekte der Qualitätssicherung ist.

Dokumentation und Evaluation

Die Dokumentation der Prozesse und deren kritische Auswertung sowie Umfragen bei den beteiligten Zielgruppen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu den Aktionen und einzelnen Modulen haben sich in einigen Projekten als sehr hilfreich für die Zielerreichung erwiesen. Dadurch konnten wertvolle Informationen zu den Inhalten und den Strukturen der Angebote gewonnen werden, die dann anhand der Rückmeldungen entsprechend überarbeitet werden können. Die prozessbegleitende Evaluation schafft darüber hinaus Transparenz unter allen Beteiligten, fördert die Reflexion über die eigene Arbeit und trägt somit maßgeblich zur Qualitätsentwicklung des Projektes bei.

5.) Wie gelingt die Vernetzung und Kooperation verschiedener Akteure, die unterschiedliche Voraussetzungen, Wissen, Kenntnisse, Strukturen und Erfahrungen einbringen? Wie gelingt es den Projekten, positive Ansätze zu bündeln, sie auf gemeinsame Ziele auszurichten?

Als zentrale Erfolgskriterien für eine gelungene Vernetzung und Kooperation haben sich folgende Faktoren herausgestellt:

- Schaffung organisatorischer und struktureller Voraussetzungen
- Einbindung in lokale Strukturen
- Organisation der Arbeit in Arbeitskreisen bzw. Gremien
- Eine gemeinsame Vision bzw. gemeinsame Ziele
- Gegenseitige Wertschätzung und professionelle Kommunikationsstrukturen

Schaffung organisatorischer und struktureller Voraussetzungen

Die Vernetzung verschiedener Akteure mit ihren unterschiedlichen Hintergründen kann gelingen, wenn organisatorische und strukturelle Voraussetzungen dafür gegeben sind. Das bedeutet, dass es Ressourcen, Räume, Zeit und mindestens einen „Kümmerner“ als Ansprechpartner für das Netzwerk geben muss. Generell hat sich in den Projekten gezeigt, dass eine gut abgestimmte Netzwerkarbeit unter der Einbeziehung von regional bzw. lokal verorteten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Akteuren und Interessenverbänden dazu geführt hat, dass regionale Ressourcen in der Gesundheitsförderung gebündelt und Redundanzen vermieden werden konnten. Um eine funktionierende Vernetzung und Kooperation verschiedener Akteure, die aus den unterschiedlichen Fachbereichen und Disziplinen kommen, zu gewährleisten, empfiehlt es sich, die Unterstützungsbereitschaft aller Akteure in Form von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen festzuhalten und zu dokumentieren. Dadurch wird ein höherer Grad der Verbindlichkeit aller Partner gegenüber dem Netzwerk geschaffen. Kooperationen über bereits vorhandene Netzwerke wie Mehrgenerationenhäuser, Häuser der Familie, Familienbildungsstätten und anderen können sich dabei als hilfreich erweisen. Ein Beispiel für eine gelungene Kooperation ist die Entwicklung einer Rahmenvereinbarung zwischen lokalen Bewegungsanbietern (örtlichen Sportvereinen) und Senioreneinrichtungen. So eine Rahmenvereinbarung wurde auf Initiative eines Bewegungszentrums entwickelt und an alle Senioreneinrichtungen in einem Bundesland verschickt, mit dem Ziel, Bewegungsförderung flächendeckend für ältere Menschen in Heimen umzusetzen.

Einbindung in lokale Strukturen

In mehreren Projekten zeigte sich, dass Vernetzung und Kooperation dann besonders gut gelingen kann, wenn das Netzwerk in kommunale bzw. sogar bezirkliche Strukturen integriert

werden konnte. So ist es auch sinnvoll, Personen in Schlüsselpositionen auf der kommunalen Ebene in die Koordination der Projekte einzubinden.

Vor allem im Hinblick auf Verstetigung hat es sich als nützlich erwiesen, auf bereits bestehenden und erfolgreich agierenden Netzwerkstrukturen und Kommunikationsstrukturen aufzubauen. Jedoch ist hierbei zu beachten, dass es zur erfolgreichen Einbindung bestehender Einrichtungen in die Projektstruktur mitunter langwieriger Prozesse und/oder Adaptionen bedarf. So kann beispielsweise eine Kooperation zwischen Schwimmbädern und Sportvereinen sinnvoll sein und somit die kommunale Struktur nachhaltig gestärkt werden. Die Auswertung der Projekte hat gezeigt, dass die Netzwerke bzw. Aktionsbündnisse besonders dann erfolgreich und nachhaltig sind, wenn die Akteure der Maßnahmen wie zum Beispiel Physiotherapeuten oder Ernährungswissenschaftler in den Lebenswelten der Zielgruppen (z. B. Jugendtreffs, Seniorengruppen) oder in wichtigen organisatorischen Strukturen (z.B. Volkshochschulen, Gesundheitsämtern) bereits tätig waren und nicht ausschließlich von außen kommen. Das hat den Vorteil, dass lokale Fachkräfte einen besseren Kontakt zu den Zielgruppen haben (besonders bei Migrantinnen und Migranten sowie älteren Menschen wichtig) und die Maßnahmen auch nach Projektende mittragen.

Organisation der Arbeit in Arbeitskreisen bzw. Gremien

Zur Bündelung von Maßnahmen trug darüber hinaus die gemeinsame Arbeit in settingbezogenen und/oder settingübergreifenden Arbeitskreisen bzw. Gremien bei. Je nach gelungener Umsetzung wurden diese auch als indirekte Zugangswege für die Maßnahmen in den verschiedenen Projekten beschrieben. So dienten die Arbeitskreise einerseits zum fachlichen Austausch und andererseits sorgten sie für Transparenz, wo welche Maßnahmen stattfinden. Dies hat dazu beigetragen, dass Maßnahmen stärker bekannt und somit auch stärker frequentiert wurden.

Eine gemeinsame Vision bzw. gemeinsame Ziele

Neben der organisatorischen Einbindung der Akteure wurde es als sinnvoll angesehen, gemeinschaftlich an der Formulierung einer Vision bzw. eines Leitbildes zu arbeiten. Das gemeinsame Leitbild half bei der Identifizierung der Einzelnen mit dem Projekt bzw. Netzwerk. Außerdem dient ein Leitbild oder alternativ eine gemeinsame Vision als Ergebnis der Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses und gilt somit als Dach für gemeinsame Aktivitäten. Von dem Leitbild oder der Vision wurden in einzelnen Fällen konkrete Handlungsziele abgeleitet, die dann mit verteilten Verantwortlichkeiten von verschiedenen Partnern mit entsprechenden Maßnahmen bedient wurden. Hier waren konkrete und verbindliche Absprachen der verschiedenen Partner und Akteure besonders wichtig. Die Verständigung auf gemeinsame Visionen und Ziele konnte somit einen elementaren Beitrag dazu leisten, dass die

verschiedenen Disziplinen erkannten, welchen konkreten Beitrag sie für das Netzwerk leisten konnten.

Die Ausrichtung der Kooperationen auf gemeinsame Ziele hat am besten funktioniert, wenn es gelungen ist, die Partner bereits in der Planungsphase einzubeziehen. So wurden in den Maßnahmen für die Schulen die Haupt- und die Teilziele der Maßnahmen mit allen beteiligten Partnern (Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften sowie Mitarbeitenden der lokalen Krankenkassen und der regionalen Universität) gemeinsam entwickelt, um so sicherzustellen, dass die Maßnahmen dem Bedarf der individuellen Schule entsprechen und eine langfristige Identifikation mit den Maßnahmen erfolgt und damit die Nachhaltigkeit sichergestellt wird.

In Projekten dagegen, die außerhalb der Schule und ohne Beteiligung der Partner geplant wurden, kam es im Projektverlauf zu Unstimmigkeiten bzw. wurden bestimmte Module nicht angenommen. In einem Projekt hat die offensichtlich fehlende Kommunikation im Vorfeld dazu geführt, dass keine Zusammenarbeit mit Schule zustande gekommen ist.

Auch bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und im Stadtteil haben regelmäßige Gespräche mit allen Beteiligten dazu beigetragen, dass die Partner die gemeinsamen Ziele nicht aus dem Auge verloren haben und die Maßnahmen gemeinsam umgesetzt wurden.

Konflikte zwischen den Beteiligten können ein Zeichen dafür sein, dass unterschiedliche Vorstellungen über das Vorhaben bestehen und sollten genutzt werden, wieder miteinander ins Gespräch zu kommen, um das Weiterbestehen der Maßnahme nicht zu gefährden. Hier kann es sinnvoll sein, die gemeinsamen Ziele noch einmal zu besprechen und ggf. anzupassen an veränderte Rahmenbedingungen.

Grundsätzlich ist im Bereich der Gesundheitsförderung die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine grundlegende Voraussetzung, um ganzheitliche Effekte im Bereich der Gesundheit zu erzielen. Bewegungsförderung, gesunde Ernährung und seelische Gesundheit stehen dabei nicht unverbunden nebeneinander, sondern interagieren und bedingen sich zum Teil wechselseitig. Daher ist es sinnvoll und notwendig, dass die verschiedenen Disziplinen kooperativ zusammenarbeiten. Dies wird auch in den Projektberichten deutlich, die darüber hinaus, den Erfahrungsaustausch mit den anderen Kooperationspartnern als besonders produktiv und bereichernd bewerten. Die Arbeit in großen, heterogenen Gruppen und Gremien kann jedoch Prozesse und Entscheidungen verzögern, weil inhaltliche Diskussionen geführt werden müssen, die in homogenen Gruppen nicht zustande kommen. Diese Diskussionsprozesse werden allerdings nicht negativ bewertet.

In einigen Projekten hat es sich bewährt, die unterschiedlichen Normen und Erwartungen der Kooperationspartner von Anfang an zu klären und bei der Schaffung von Kooperationsprojekten zu bedenken. Um Konkurrenzdenken zwischen den Akteuren zu vermeiden, sollten

gemeinsam die Ziele des Vorhabens, aber auch mögliche Probleme, z.B. Interessenkonflikte (kostenpflichtige gegen kostenlose Angebote, Leistungssport gegen Alltagsbewegung) im Vorfeld besprochen werden.

Nur die Übereinkunft, über gemeinsame Ziele, kann langfristig den Zusammenhalt im Netzwerk sichern. Das Hauptaugenmerk der Beteiligten sollte folglich nicht ausschließlich auf dem eigenen Nutzen und Gewinn liegen, sondern auf der gemeinsamen Aufgabe – zumindest für ihre Kooperation im Netzwerk.

Gegenseitige Wertschätzung und professionelle Kommunikationsstrukturen

Zu einer guten Kooperation der Projektpartner gehört die gegenseitige Wertschätzung. Zusätzlich wird von allen Aktionspartnern eine hohe Solidarität, Flexibilität und Kooperationsbereitschaft untereinander gefordert. Es lässt sich aus den Projekten ableiten, dass die Projektmitglieder besonders intensiv mitarbeiteten, wenn ihnen der eigene Nutzen ihrer Arbeit erkennbar war und eine transparente Aufgaben- und Verantwortungsteilung erfolgte. Die Netzwerkpartner müssen sich in alle Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse aktiv eingebunden fühlen. Der Aspekt der Partizipation der Netzwerkpartner hat daher für die erfolgreiche Netzwerkarbeit einen zentralen Stellenwert.

Darüber hinaus hat es sich als hilfreich erwiesen, die Arbeitsprozesse vom Projektmanagement aktiv vorantreiben zu lassen, um die Prozessabläufe effektiv zu gestalten. Das Projektmanagement hat hierbei häufig die Funktion des „Motors“ eines Netzwerkes übernommen bzw. die Funktion des „Kümmerers“.

Darüber hinaus wurde versucht, einen regelmäßigen Austausch für eine gute Kommunikation sicherzustellen. Dies ist in den Netzwerkprojekten unterschiedlich intensiv erfolgt. Aus den Projektberichten wird jedoch deutlich, dass die Kommunikation, insbesondere in komplexen Netzwerkstrukturen mit sehr heterogenen Partnern, einen hohen Stellenwert erhält.

5 a) Welche fördernden und hemmenden Faktoren sind aufgetreten und wie wurde damit umgegangen?

Folgende fördernde Faktoren für eine gelungene Zusammenarbeit wurden seitens der Akteurinnen und Akteure genannt:

- die umfassende Beteiligung der Einrichtungen
- eine gemeinsame und transparente Definition der Zuständigkeiten der Kooperationspartner innerhalb des Projektes
- Flexibilität der einzelnen Akteure
- Hilfsbereitschaft untereinander
- Professionalität

- Engagement
- Transparenz
- das Vorliegen eines schlüssigen Gesamtkonzeptes oder von Projektbausteinen
- gute Öffentlichkeitsarbeit
- Gremienarbeit
- Vernetzung und
- gute Kommunikation.

Als hinderlich für die Netzwerkarbeit wurden in den Abschlussberichten folgende Aspekte gesehen:

- Zeitmangel der Partner
- Fehlende finanzielle Ressourcen
- Dominanz der wissenschaftlichen Begleitung
- Kompetenzverlust durch befristete Mitarbeitertätigkeiten sowie
- eine zu hohe Anzahl von Partnern.

Eine zusammenfassende Betrachtung der Netzwerkstrukturen in den ausgewerteten Projekten unter Berücksichtigung der fördernden und der hinderlichen Faktoren führt zur Erkenntnis, dass Kooperation nur dann gelingen kann, wenn

- die Kooperationspartner sich auf Augenhöhe und wertschätzend begegnen,
- dabei die unterschiedlichen Voraussetzungen, Wissen, Normen, Kenntnisse, Strukturen und Erfahrungen der Kooperationspartner berücksichtigt werden,
- der wirkliche Bedarf jedes Partners und „seiner“ Lebenswelt sowie
- die organisatorischen Bedingungen bekannt und berücksichtigt werden,
- alle Kooperationspartner aktiv eingebunden werden und
- ein gemeinsames Verständnis und gemeinsame Ziele für das Vorhaben unter allen Partnern kooperativ entwickelt wird.

Die Berücksichtigung all dieser genannten Aspekte erfordert viel Zeit, Geduld, Einfühlungsvermögen, Flexibilität und teilweise auch eine hohe Frustrationstoleranz aller Beteiligten.

5 b) Inwiefern wurden regionale bzw. lokale Besonderheiten berücksichtigt?

In einigen Projekten wurden im Rahmen einer ersten Bestandsanalyse die regionalen und lokalen Besonderheiten erfasst und in der weiteren Projektplanung berücksichtigt, in anderen Projekten ergab sich die Notwendigkeit der regionalen Anpassung erst in der Umsetzungsphase.

Wurden beispielsweise Gesundheitsangebote für Betriebe entwickelt, war es erforderlich, diese an die spezifischen Bedürfnisse der Beschäftigten in unterschiedlichen Bereichen anzupassen. Menschen in Handwerkerberufen beispielsweise benötigten andere Interventionen als Beschäftigte in Pflegeberufen. Aber auch Betriebe wie Hochschulen, die Gesundheitsangebote für Menschen in der Verwaltung angeboten haben, konnten die gemeinsam mit anderen Hochschulen entwickelten Projekte nicht eins zu eins umsetzen. So war beispielsweise die Ausstattung der Hochschulen an Räumlichkeiten für Sport- und Gesundheitskurse je nach Standort unterschiedlich, so dass teilweise keine eigenen Außenanlagen für spezielle Sportarten genutzt werden konnten. Aus diesem Grund war es unumgänglich, an jedem Standort eine genaue Analyse der Zielgruppen, aber auch der äußeren Rahmenbedingungen vorzunehmen, um adäquate Interventionen zu entwickeln.

Ähnliche Erfahrungen wurden ebenfalls in Schulen gemacht. Auch hier musste davon ausgegangen werden, dass eine für Hauptschulen entwickelte und an mehreren Standorten erprobte Strategie nicht grundsätzlich auch in anderen Hauptschulen umgesetzt werden kann. So können auch hier unterschiedliche Rahmenbedingungen wie etwa das Vorhandensein von Bewegungsräumen oder bereits in der Vergangenheit durchgeführte Maßnahmen der Gesundheitsförderung es notwendig machen, standortspezifische Anpassungen vorzunehmen.

6.) Wie hat sich die Projektarbeit auf vorhandene Strukturen ausgewirkt?

Die Projektarbeit wirkte sich unterschiedlich auf vorhandene Strukturen aus. Folgende Veränderungen wurden in den Projektberichten durch die Umsetzung der Maßnahmen beschrieben:

- Nutzung und Erweiterung der lokalen Strukturen
- Vernetzung mit Krankenkassen
- Weiterbestehen der Steuerungskreise
- Bauliche Umstrukturierungen
- Stärkung des Gesundheitsprofils

Nutzung und Erweiterung der lokalen Strukturen

Häufig wurden für die Umsetzung von Maßnahmen bestehende Strukturen genutzt und teilweise erweitert. Allein der Zusammenschluss von Partnern in Netzwerken schaffte zusätzlich neue Strukturen und Angebote, die teilweise auch nach Ende der Projekte weiter bestehen blieben. Im Bereich der Gesundheitsförderung bei Migrantinnen und Migranten wurden die Bewegungs- und Ernährungsangebote von Vereinen auf die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst, indem beispielsweise neue Kurse zum Fahrradfahren lernen oder Anfängerschwimmkurse angeboten wurden oder diese entsprechend der Zielgruppe modifiziert wor-

den ist (z.B. geschlechtshomogener Unterricht). Zusätzlich konnten im Rahmen der Projektarbeit neu ausgebildete, aus der Zielgruppe rekrutierte, Übungsleiterinnen und Übungsleiter die Programme in den ortsansässigen Sportvereinen teilweise weiterführen. Laut Projektberichten können bereits während der Projektlaufzeit geschlossene Kooperationsvereinbarungen die Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit sichern wie beispielsweise zwischen Senioreneinrichtungen und lokalen Bewegungsanbietern oder Betrieben und regionalen Sportvereinen.

Die Anbindung einzelner Maßnahmen an bestehende Strukturen und die Qualifizierung von Übungsleitern konnten die Aufrechterhaltung der Angebote - auch nach Beendigung des Projektzeitraumes - nachhaltig sichern. In einer Region konnten beispielsweise orts- oder stadtteilansässige öffentliche Einrichtungen wie Sportvereine durch ein Projekt so gestärkt werden, dass sie nach dem Ende der Projektlaufzeit die Funktion übernehmen konnten, erfolgreiche Maßnahmen weiterzutragen und als Ansprechpartner für interessierte Einrichtungen und Privatpersonen zu fungieren.

Vernetzung mit Krankenkassen

Die Vernetzung mit Krankenkassen hat ebenfalls in einigen Projekten Strukturveränderungen bewirkt, so hat beispielsweise die Anerkennung von Qualifizierungen zu kostengünstigeren Beteiligungsmöglichkeiten für die Teilnehmenden geführt. Auf diese Weise konnten nachhaltig verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen implementiert werden. Auch die in der Lebenswelt Schule konzipierten und eingesetzten Qualifizierungsangebote (z.B. Sporthelfer-ausbildung u.a.) konnten nach Projektende finanziell von gesetzlichen Krankenversicherungen weitergetragen werden.

Die Krankenkassen sind wichtige Partner in gesundheitsfördernden Projekten, da sie sich nicht nur finanziell, sondern auch inhaltlich aktiv in die Projekte eingebracht haben. Sie sollten als langfristige und zuverlässige Partner aktiv in Netzwerken und Projekten der Gesundheitsförderung eingebunden sein und dabei nicht nur als finanzielle Ressource betrachtet werden. Insbesondere der Zusammenschluss von Krankenkassen wird dabei als innovatives Modell beschrieben, das auch für eine langfristige Finanzierung von guten Maßnahmen der Gesundheits- und Bewegungsförderung in Betracht gezogen werden sollte.

Weiterbestehen der Steuerungskreise

Einzelne Netzwerke konnten durch die vorherige Implementierung von Beiräten auch nach Beendigung der Projektlaufzeit weiterhin bestehen. Diese Beiräte können einen wesentlichen Beitrag zur Nachhaltigkeit von Projekten leisten. Sie können einerseits für die notwendige politische und gesellschaftliche Akzeptanz sowie für finanzielle Unterstützung sorgen. In ei-

nigen Projekten wurde die Arbeit der Steuerungsgruppe auch in andere, vorher schon bestehende Gremien übertragen.

Um die Nachhaltigkeit der Maßnahmen auch nach Projektende zu sichern, erhielten die Steuerungskreise vom Projektteam alle nötigen Informationen und Dokumente in digitaler und in Papierform, die zur Weiterführung des Projektes genutzt werden können (Vorlagen für Poster oder Listen, Produktinformationen zur Verwendung von Materialien die innerhalb der Maßnahme/n genutzt wurden, etc.).

Bauliche Umstrukturierungen

Auch die bauliche (Um-)Gestaltung in verschiedenen Settings wie Schulen, Kitas oder Spielplätzen haben zu Strukturveränderungen geführt. Beispielsweise die im Rahmen von Projektarbeiten aufgestellte Trinkbrunnen und Kletterwände oder bewegungsfreundlich gestaltete Gehwege blieben auch nach dem Projektende in den Einrichtungen oder den Stadtteilen bestehen und nutzbar. Jedoch muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass diese Umstrukturierungen zum Teil regelmäßig gepflegt und gewartet werden müssen. Dies erfordert in der Regel auch die Bereitstellung entsprechender finanzieller Ressourcen. Wie diese in den Projekten langfristig sichergestellt wurden, ist nicht bekannt.

Stärkung des Gesundheitsprofils

Bei der betrieblichen/universitären Gesundheitsförderung hat sich gezeigt, dass das Gesundheitsprofil des Unternehmens oder der Institution durch erfolgreiche Projektarbeit gestärkt werden konnte. Die erfolgreiche Implementierung der Maßnahmen führte zu erhöhter Aufmerksamkeit und zu steigendem Interesse an der Umsetzung von innovativen Konzepten zur Gesundheitsförderung. Auch die Sensibilisierung der Unternehmensleitungen für das Thema Gesundheitsförderung am Arbeits- oder Studienplatz konnte dadurch erhöht werden. An einem Standort wurde eine unbefristete Stelle für eine wissenschaftliche Kraft sowie für eine studentische Mitarbeit geschaffen, um das Thema im Betrieb dauerhaft anzusiedeln. Insgesamt kann durch Projekte und Maßnahmen der Ausbau und die Intensivierung des Bereichs gesundheitsorientierter Angebote auch über den Projektzeitraum hinaus angestoßen werden. Auch können entsprechende Maßnahmen der betrieblichen/universitären Gesundheitsförderung zu einer Aufwertung des Unternehmens/der Institution insgesamt führen.

Ähnliches war teilweise auch in Projekten schulischer Gesundheitsförderung zu beobachten. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema, die Qualifizierung von Gesundheitsteams und die Implementierung unterschiedlicher Maßnahmen hat teilweise dazu geführt, dass die Schulen das Thema Gesundheitsförderung als „Eigenwerbung“ aufgriffen, um ihr Profil zu schärfen und sich von anderen Schulen abzugrenzen. In einigen Schulen wurden sogar nach Projektende AGs bis hin zu Wahlpflichtfächern zum Thema Gesundheitsförderung in den Schulen eingeführt.

Abschließende Betrachtung

In einigen Projektberichten wurde deutlich, dass die Vermittlung alltagspraktischer Inhalte und Fertigkeiten einen größeren Anteil in Maßnahmen der Gesundheitsförderung haben sollte als Wissensvermittlung. Dies wurde insbesondere im Kontext der Gesundheitsförderung bei älteren Menschen, bei Menschen in besonderen sozialen Lagen sowie Menschen mit Migrationshintergrund deutlich. Die Projektarbeit führte bei einigen Akteurinnen und Akteuren zu der Erkenntnis, das Thema Gesundheit(sförderung) unter neuen Gesichtspunkten zu betrachten. Beispielsweise war die Erkenntnis, dass Bewegung im Alltag stattfindet und nicht nur in Sportstätten, für viele Partner ein ganz neuer Blickwinkel. Dadurch konnten neben Sportvereinen auch Träger außerhalb der üblichen Sportstrukturen angesprochen werden, wie etwa Wohlfahrtsverbände und Wandergruppen oder der Städtebau und das Quartiersmanagement. Das weitet den Blick für die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung und unterstreicht die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit und dem dazugehörigen fachlichen Austausch.

In vielen Abschlussberichten wurde jedoch auch deutlich gemacht, wie schwierig der Weg vom Projekt zur dauerhaften Verstetigung ist. Die Analyse der Projekte hat gezeigt, dass die Nachhaltigkeit der Projekte in vielen Fällen nicht erreicht wurde. Das wurde zum Teil aus den Berichten deutlich und zum Teil konnten keine aktuellen Informationen und Webseiten der Projekte gefunden werden. Ob und inwiefern die Projekte nachhaltig waren, wird der Abschlussbericht von Frau Prof. Dr. Kolip zeigen. Aus den Berichten wurde deutlich, dass die Projekte die Nachhaltigkeit teilweise von einer langfristigen Finanzierung seitens des Bundes abhängig gemacht haben. In einigen, ausschließlich von außen initiierten Maßnahmen, konnten die lokalen Partner nicht ausreichend eingebunden werden, um nach Projektende die angestoßenen Maßnahmen weiter zu führen.

7.2 Ergebnisse des 3. IN FORM Vernetzungsworkshops

Am 10. und 11. Juni 2013 fand der 3. IN FORM Vernetzungsworkshop statt, der gemeinsam vom Bundesernährungsministerium und dem Bundesgesundheitsministerium im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn ausgerichtet wurde. Neben der Vorstellung der IN FORM Arbeitsgruppen Qualitätssicherung, Evaluation und Kommunikation sowie des neuen Schwerpunktthemas Betriebliche Gesundheitsförderung wurden die Ergebnisse und Erkenntnisse des IN FORM Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. Kinderleicht-Regionen“ sowie der „Sekundäranalyse der im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM seitens

des BMG geförderten Projekte“ präsentiert, die Gegenstand des vorliegenden Abschlussberichtes ist. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse kurz zusammengefasst.

7.2.1 Präsentation der Sekundäranalyse

In der Präsentation „Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Aktionsbündnissen, Bewegungszentren und Modellprojekten. Sekundäranalyse der im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM seitens des BMG geförderten Projekte“ wurden von Frau Prof.in Dr. Quilling einleitend die Ziele und die Methodik des Vorhabens erläutert. Anschließend wurden von Frau Goldapp die Zwischenergebnisse der vorläufigen Auswertung der Aktionsbündnisse, Modellprojekte und Bewegungszentren vorgestellt. Die Präsentation liegt dem BMG vor und wurde als Teil der Workshop-Dokumentation an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verschickt.

7.2.2 Beiträge der Arbeitsgruppe „Ergebnisse und Erkenntnisse aus den IN FORM Projekten – Im Dialog mit der Praxis“

Im Anschluss an die Präsentationen fand der sehr gut besuchte Workshop „Ergebnisse und Erkenntnisse aus den IN FORM Projekten – Im Dialog mit der Praxis“ statt, der vom Forschungsteam der DSHS Köln und der BZgA gemeinsam mit Frau Dr. Hanssen-Doose und Frau Willhöft vom Max-Rubner-Institut durchgeführt wurde. Mit Hilfe der so genannten World-Café-Methode wurden Meinungen und Erfahrungen der Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer zu den Themen Netzwerkarbeit, Zugangswege und Verstetigung in den Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gesammelt. Hierzu sollten jeweils die Erfolgsfaktoren, die Hemmnisse sowie daraus folgende Erfordernisse für die Zukunft formuliert werden. Die Beiträge wurden in den Tabellen 1, 2 und 3 zusammengefasst. Aspekte, die zweimal genannt wurden, sind hell hinterlegt, mehr als zwei Nennungen sind dunkel hinterlegt und einmalige Nennungen sind durch weißen Hintergrund dargestellt (siehe Legende).

Erfolgsfaktoren	Hemmnisse	Erfordernisse
gleiche Augenhöhe	Unterschiedliche Interessen der Kooperationspartner	Ziele
Ziele	Finanzierung	Leitbild
Bekanntheitsgrad / PR	Zu wenig (qualifiziertes) Personal	Verbindlichkeit / „Win-Win-Situation
Gemeinsame Vision	Unklare Zuständigkeiten	Motivation der Netzwerkpartner
Kontinuität / Langfristigkeit	Mangelnde Professionalität (Akteure / Leitung)	Nutzen / Interesse
Klare Aufgabenverteilung / Spielregeln	Netzwerk wird nicht ernst genommen	Identifikation mit den Zielen
Erfolgskontrolle	Störung der Kommunikation	Kommunikation des Netzwerkes
Fachkompetenz der Beteiligten / Interdisziplinarität	falsche Auswahl der Partner	Zentrale Ansprechstelle (Struktur / Rollen)
Transparenz der Arbeit	Zugangskontrolle	Offenheit gegenüber Sponsoren
Attraktivität / Innovation / Anreize / Motivation	Mangelnde Kontinuität (Themen / Partner)	Qualifizierung der Akteure
Verpflichtungen (z.B. gesetzlich, Aufgabenbereich)	Konkurrenzdenken	Unterstützung (Vorgesetzte)
Wissenstransfer in die Praxis / Übertragbarkeit	Kein Nutzen für alle Netzwerkpartner	Transparenz / Wissenstransfer
Regionalität	Unterschiedliche „Kulturen“	Anbindung des Netzwerkes
Gute Koordination / Moderation		PR / Öffentlichkeitsarbeit effektiv / Zielgerichtet und –orientiert
Beteiligung aller Kooperationspartner / Verbindung der Akteure untereinander		Sorgfältige Auswahl der Partner (glaubwürdig)
		Zeit
		Gesetzliche Strukturen / festgelegte Verantwortliche
		„Dramaturgie“ einplanen
		„kompetenter Kümmerer“
		Passende Netzwerk-Größe

Legende: Mehrfache Nennung Zweifache Nennung Einfache Nennung

Tab. 1: Die von den Teilnehmenden der Arbeitsgruppe genannten Erfolgsfaktoren, Hemmnisse und Erfordernisse **für eine gelungene Netzwerkarbeit.**

Erfolgsfaktoren	Hemmnisse	Erfordernisse
Vertrauen aufbauen	Soziale / kulturelle Barrieren	Sensibilisierung für die Zielgruppe
Partizipation (z.B. über Multiplikatoren)	Sprache / Distanz / Bürokratie	Ressourcenorientierung
Niederschwelligkeit	Mangelnde finanzielle, zeitliche Ressourcen	Lebensweltorientierung
Bedürfnisorientierte Zugangswege	Fehlende Zielgruppenorientierung, behelrende Kommunikation	Bedarfsanalyse
Akzeptanz der Maßnahme	Hohe Erwartungen / Komplexität	Partizipation
Spannendes Design (zielgruppenspezifisch)	Fehlende Einsicht / Schamgefühl	Auseinandersetzung
Gutes Netzwerk mit Partnern aus der Lebenswelt (Peers)	„Präventionsparadoxon“	Barrieren identifizieren
bestehende Strukturen nutzen / Ressourcen	Kein Leistungsdruck	Politischer Wille mit Bedarf der Zielgruppe übereinstimmen
Langfristigkeit	Schwaches Netzwerk	Empowerment / Kompetenzen erweitern (Qualifizierung)
Kenntnisse der Lebenswelt	Mangelnde Unterstützung	Kommunikation
Gemeinsame Bedürfnisse	Mangelnde Flexibilität der Akteure	Beratung / Betreuung
„Bottom-Up“-Ansatz	Paternalismus von Einrichtungen	Vorhandene Strukturen nutzen
Umsetzbarkeit / Praxisnah	Überzogene Überbehütung	Flexibilität / „Umwege gehen“
Barrieren der Zielgruppe erkennen		Geeignete Kooperationen aufbauen
Kompetenzen erwerben (Zielgruppe und Multiplikatoren)		Zeit für Vertrauensaufbau
		Zielgruppengerechte Angebote
		„Mehrwert“ erlebbar machen

Legende: Mehrfache Nennung Zweifache Nennung Einfache Nennung

Tab. 2: Die von den Teilnehmenden der Arbeitsgruppe genannten Erfolgsfaktoren, Hemmnisse und Erfordernisse für geeignete Zugangswege zu den Zielgruppen.

Erfolgsfaktoren	Hemmnisse	Erfordernisse
Gutes Konzept / Selbstläufer	Befristete Förderung	Belege des Projekterfolgs, messbare Ziele
Motivation (Partner und Teilnehmer) und Überzeugung	Fehlende Struktur	Dokumentation / Evaluation
Innovative Angebote	Fluktuation, personelle Ressourcen	Politischer Wille (Gesetze)
Harmonie im Team	Fehlende Sponsoren	Finanzen
Bekanntheit	Fehlende politische Unterstützung	Querdenken
Konzentration auf die Zielgruppe	Regierungswechsel	Qualitätssicherung
Realistische und flexible Ziele	Streitigkeiten um Kompetenz / Eigennutz	Netzwerk, strukturelle Vernetzung (Arbeitskreise), langfristige Rahmenbedingungen
Vernetzung	Falsche Einstellung (nur mit Geld läuft es weiter)	Tragbares, flexibles Konzept
Erfolge haben, Erfolge „feiern“	Gesetzliche Rahmenbedingungen	Qualifizierungsangebote
Stabilität der Akteure	Beherrschender Grundtenor	Ziele würdigen
Niederschwelligkeit		Zeithorizont für Verstetigung in der Kommune einplanen
Partizipation von Beginn an	Schwindende Perspektive	Interesse aufrecht erhalten, Strukturen erhalten
Politische Unterstützung / gesetzliche Verankerung	Mangelnde Flexibilität	Transparenz in der Kommunikation nach außen/PR
Institutionalisierung	Fehlende Kommunikation zw. Geldgeber und Akteuren	Wiss. Begleitung vor Ort
Finanzierung (gesichert)	Keine Identifikation mit der Zielgruppe	Bedarf anpassen, nachjustieren
Querdenker		Rückmeldung (+/-) an Kooperationspartner
Einstellung		Fachkundige Beratungsstellen
Verhaltensänderung		Impulse von außen aufgreifen
		Leitbild, Selbstverpflichtung
		Anreizsysteme schaffen

Legende: Mehrfache Nennung Zweifache Nennung Einfache Nennung

Tab. 3: Die von den Teilnehmenden der Arbeitsgruppe genannten Erfolgsfaktoren, Hemmnisse und Erfordernisse **für die Verstetigung der eingeleiteten Maßnahmen.**

8 Diskussion der Ergebnisse

Dem vorliegenden Abschlussbericht liegt die Auswertung zahlreicher Zwischen-, Abschluss- und Evaluationsberichte zugrunde, die aus den folgenden Förderbereichen des BMG stammen:

- 11 Aktionsbündnisse für gesunde Lebensstile und Lebenswelten zur Vernetzung von kommunalen Angeboten und Aufbau von tragfähigen, nachhaltigen Kooperationen,
- 16 Zentren für Bewegungsförderung in allen Bundesländern, um bestehende Aktivitäten auf Landesebene zu vernetzen, gute Praxisbeispiele bekannt zu machen und als kompetente Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen, sowie
- 8 Modellprojekte zu übergeordneten Fragestellungen wie der Zielgruppenerreichung, Erprobung neuer Zugangswege oder Qualitätssicherung.

Die gewonnenen Erkenntnisse sollen einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung von zukünftigen Projekten und Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention leisten. Alle von den Projekten vorliegenden, vom BMG zur Verfügung gestellten, Zwischen- und Abschlussberichte wurden mittels eines Analyse- und Bewertungsrasters auf der Grundlage der Qualitätskriterien der BZgA (Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress, BZgA, 2012) analysiert und im Hinblick auf gemeinsam festgelegte Forschungsfragen ausgewertet.

Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die hier zusammengetragenen Erkenntnisse ausschließlich auf den subjektiven Angaben in den Projektberichten beruhen, da nur in den wenigsten Fällen objektive Daten aus einer Begleitforschung vorlagen. Außerdem wiesen die gesichteten und analysierten Berichte einen sehr unterschiedlichen Umfang und unterschiedliche Schwerpunkte auf, was nicht zuletzt daran liegt, dass diese Projekte verschiedene Ziele auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Lebenswelten und Zeiträumen verfolgten.

Die Projektberichte sind daher nur in den seltensten Fällen miteinander vergleichbar. Sie unterscheiden sich nicht nur im Umfang, sondern unterscheiden sich auch grundlegend in ihrer jeweiligen Struktur. Einige Berichte konnten mittels des Analyserasters kaum systematisch erfasst werden, da an vielen Stellen „keine Angabe“ angekreuzt werden musste. In diesen Fällen wurde ausschließlich inhaltsanalytisch gearbeitet, um herauszufinden, welche Maßnahmen, aus Sicht der Akteurinnen und Akteure, von der Zielgruppe gut angenommen wurden und erfolgreich waren.

Diese Angaben konnten von den Arbeitsgruppen der DSHS Köln und der BZgA nicht überprüft werden. Dokumentationen und Evaluationen der durchgeführten Prozesse und der er-

zielten Wirkungen liegen für nur einige wenige Projekte vor. Um die Evidenz der hier gewonnenen Erkenntnisse zu erhöhen, wird es daher als notwendig erachtet, diese mit weiteren, systematisch angelegten Forschungsarbeiten zu untermauern bzw. zu verifizieren. *„Auch im Bereich der Forschung besteht dringender Handlungs- und Förderungsbedarf: ‚Verglichen mit den Forschungsausgaben für medizinische Technologien einschließlich Arzneimittel liegt die Summe für nicht-medizinische Prävention im Promillebereich‘, so der Sachverständigenrat 2007. Das steht in krassem Gegensatz zu der erwähnten Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention für Gesundheit, Arbeitskraft und langes Leben in hoher Qualität. So fehlt in Deutschland eine ganze Forschungstradition und -struktur, die entsprechende Erkenntnisgewinne, insbesondere über die Wirksamkeit von Maßnahmen auf die Gesundheit und die Lebensqualität der Bevölkerung, bereitstellen könnte“* (BVPG, 2013).

Im Folgenden werden die zentralen Erkenntnisse der Forschungsfragen in Bezug zu den in der wissenschaftlichen Literatur veröffentlichten Ergebnissen dargestellt.

Lässt sich aus den Projekten ableiten, welche Strukturen förderlich und welche hinderlich sind für einen aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstil?

Die untersuchten Projekte zeigten, dass es mehrere Faktoren gibt, die einen aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstil begünstigen können. Ein Erfolgsfaktor für einen aktiven Lebensstil scheint die Alltagstauglichkeit von Interventionen und Maßnahmen zu sein. Das bedeutet, gesundheitsfördernde Maßnahmen müssen für die Zielgruppe leicht in ihren Alltag integrierbar sein. *„Politische Anstrengungen zur Verhältnisprävention erbringen - so die durchgängige Erfahrung - bessere Ergebnisse, je mehr es gelingt, die angezielte Verhaltensänderung in die Lebenslage und die Lebensweise der Zielgruppe einzupassen, also auch Verhältnisse im Hinblick auf das individuelle Verhalten zu gestalten (WHO-Slogan: Make the healthier way the easy choice)“* (Hurrelmann 2006, S. 1096). Die Niederschwelligkeit des Angebots bestimmt das Maß, in dem die Interventionen frequentiert, d.h. von der Zielgruppe angenommen wird. *„Hinsichtlich Zugang und Verfügbarkeit bzw. Barrieren muss ein Gesundheitsprogramm dafür sorgen, die Umwelt bzw. das Umfeld so umzugestalten, dass das gewünschte Verhalten leichter und einfacher durchzuführen ist als das bisherige [...]“* (Franzkowiak 2003, S. 169). Die Niederschwelligkeit stellt sich für verschiedene Zielgruppen unterschiedlich dar, daher sollen die Angebote für die Zielgruppen gut zu erreichen sein, sich an Ihren Bedürfnissen orientieren, geschlechterspezifische und kulturelle Besonderheiten berücksichtigen und möglichst kostengünstig (bis kostenfrei) angeboten werden. Der Aspekt „Zugangshürden abbauen“ wird auch in der Evaluation der KINDERLEICHT-REGIONEN¹ als Erfolgsfaktor genannt, dort wird jedoch die Bedeutung der Kosten für Maß-

¹ BMELV: KINDERLEICHT-REGIONEN. Besser Essen. Mehr bewegen. Berlin 2013

nahmen etwas differenzierter dargestellt: *„Einmalige Veranstaltungen oder Elterntreffs sollten darum immer kostenlos angeboten werden. Bei Maßnahmen wie Kochkurse mit mehreren Terminen haben sich geringe Teilnehmerbeiträge bewährt“* (BMELV 2013, S. 14).

Die Projektberichte lassen darauf schließen, dass es sinnvoll ist, bestehende lokale Strukturen zu nutzen oder zumindest mit einzubeziehen. So heißt es auch in dem Europäischen Rahmenkonzept der WHO `Gesundheit 2020` *„Stadtentwicklung kann durch die Berücksichtigung der Determinanten von Gesundheit eine entscheidende Rolle ausfüllen und deshalb werden Bürgermeister und Lokalbehörden für die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden immer wichtiger“* (WHO 2012, S. 5)². Durch die Einbindung örtlich ansässiger Institutionen konnte in einigen analysierten Projekten tatsächlich auch eine bessere Nutzung der Angebote erreicht werden. Durch die Kooperation diverser Akteure vor Ort konnten neue Strukturen entstehen und Angebote implementiert werden.

Auf struktureller Ebene scheint darüber hinaus die Qualifizierung von Multiplikatoren in vielen der Projekte ein wesentlicher Baustein für eine Veränderung des Lebensstils bei der Zielgruppe zu sein. *„Der Einsatz von Multiplikatoren, sowohl Laien, z. B. aus der Zielgruppe selbst, als auch Professionellen (Erzieher, Lehrer, Ärzte, Hebammen, Sozialarbeiter etc.), und bei Bedarf auch deren Schulung, zeigte sich ebenfalls als Erfolg versprechender Handlungsansatz“* (Willhöft 2013, S. 129). Die Qualifizierung von vorhandenem Personal oder zusätzlichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren hat in einigen Projekten darüber hinaus die Möglichkeit geschaffen, die Angebote auch nach Beendigung der Projektfinanzierung weiterzuführen. Insbesondere die Fortbildungen, die individuell auf Settings abgestimmt waren, wurden gut angenommen.

Welche Strategien und Maßnahmen haben sich in den Projekten bewährt, um individuelle Verhaltensänderungen herbeizuführen?

Als zentrale Strategie zur Änderung individueller Verhaltensänderungen haben sich in den untersuchten Projekten Maßnahmen bewährt, die einen Lebensweltansatz verfolgten, in dem Aspekte der Verhältnis- und Verhaltensprävention kombiniert werden. Dieser, bereits in der Ottawa-Charta (WHO 1986)³ propagierte Ansatz, der sich auch in der Evaluation der KINDERLEICHT-REGIONEN (BMELV 2013, S. 12) als für den Projekterfolg relevant herausgestellt hat, erleichtert die Erreichbarkeit der Zielgruppe und ermöglicht die zielgerichtete Anleitung zur Entwicklung individueller gesundheitsbezogener Kompetenzen. *„Die als Erfolgsfaktor identifizierte integrierte Betrachtung von Verhaltens- und Verhältnisprävention kann über eine Lebensweltorientierung ideal umgesetzt werden. Im Gegensatz zu eindimensionalen*

² WHO: Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Regionalkomitee für Europa, 62. Tagung, Malta, 10.-13. September 2012

³ WHO Europa: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986

Maßnahmen schafft der Lebensweltansatz bessere Voraussetzungen, Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen zu kombinieren und zu vernetzen und dabei gleichzeitig zielgruppen- und altersgruppenspezifisch auszugestalten. Die Vielfalt der Lebenswelten erfordert dabei jeweils passgenaue Interventionsansätze“ (LIGA.NRW, 2011, S.15).

In vielen Projekten des Nationalen Aktionsplans IN FORM wurde der Settingansatz als zentrale Strategie zur Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen gewählt. Dieser Ansatz hat sich in den meisten Projekten aus der Sicht der Akteurinnen und Akteure bewährt. *„Vor allem Gesundheitsförderung ist eng verknüpft mit dem Settingansatz: Ziel ist eine Veränderung der Gesundheitsdeterminanten. Durch die Gestaltung des sozialen Kontextes, in dem sich definierte Gruppen bewegen, sollen Gesundheit und Wohlbefinden gefördert werden. Der Settingansatz gilt als Schlüsselkonzept zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit, weil hierüber sowohl die Rahmenbedingungen für gesunde Entwicklung gestaltet werden können, aber auch Zielgruppen erreicht werden, die ansonsten nur selten gewonnen werden können“ (Kolip & Müller, 2009).*

In den Projekten dienten die unterschiedlichen Settings als Garant zum einen für die Erreichbarkeit der Zielgruppe und zum anderen erlauben sie die zielgerichtete Förderung individueller Kompetenzen, um gesundheitsbewusst handeln zu können. *„Um lebensweltorientierte Maßnahmen vor allem bei sozial Benachteiligten zu realisieren, ist es in der Regel notwendig, die Kompetenzen der zu erreichenden Menschen (Zielgruppen) zu stärken (capacity building) und Strukturen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, die Ursachen für ihre gesundheitlichen Probleme zu benennen und angemessene Lösungsstrategien (mit) zu entwickeln“ (Israel et al., 2006; Viswanathan et al., 2004; US Department of Health and Human Services, 2003).*

Die Strategie, die Angebote und Maßnahmen in bestehende Settings zu integrieren, wurde von den Projekten als besonders erfolgreich beschrieben – dies lässt sich auch an der häufigen Umsetzung von Interventionen in den verschiedenen Settings ableiten. Insbesondere die Möglichkeit, das vorhandene und vor allem bekannte Personal als Vertrauenspersonen zu nutzen, erwies sich dabei als hilfreich.

Um verhaltenspräventiv zu wirken und individuelle Verhaltensänderungen herbeizuführen, mussten Maßnahmen von der Zielgruppe akzeptiert werden. Dabei stand in vielen Projekten – nicht nur im Setting Schule – stets die Orientierung an den Bedarfen und Besonderheiten der Zielgruppe im Mittelpunkt. Es hat sich bewährt, diese Bedarfe und Besonderheiten der Zielgruppe sowohl bei der Planung als auch bei der Durchführung der Angebote zu beachten und auf diese einzugehen. Noch effektiver scheint die aktive Beteiligung, d.h. die Partizipation der Zielgruppe sowohl bei der Planung, als auch bei der Durchführung der Interventionen zu sein. *„Das entscheidende Kriterium für erfolgreiche Gesundheitsförderung als auch für gelingende Präventionsansätze ist eine frühzeitige Beteiligung der anvisierten Zielgruppe.*

[...] Ein frühzeitiger Einbezug der Zielgruppen schon bei der Problemdefinition muss der Goldstandard für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme werden. Je frühzeitiger die Zielgruppen bei der Problemdefinition und Programmgestaltung partizipieren desto niedriger sind die Schwellen der Inanspruchnahme und Veränderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ (Altgeld, 2011).

Ein integrierter Ansatz, in dem neben Bewegung auch die Themen Ernährung und Umgang mit Stress behandelt werden, ist in nur wenigen Projekten konsequent verfolgt und gut dokumentiert worden, so dass generelle Aussagen hierzu nicht möglich sind. Jedoch zeigen Evaluationsergebnisse einer breit angelegten Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung, dass mit einem ganzheitlichen Konzept, welches sowohl Ernährungs-, als auch Bewegungselemente beinhaltete, in Bezug auf die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens bessere Ergebnisse erzielt werden konnten als mit isolierten Maßnahmen. Die Analyse weiterer Maßnahmen zeigte auch, dass in einigen Projekten, die in erster Linie Bewegungsförderung zum Ziel hatten, seitens der Zielgruppen – ob Schüler oder Migrantinnen im Stadtteil – der Wunsch nach weiteren Themen wie Ernährung und Stressregulation geäußert wurde, so dass diese Aspekte nachträglich in das Konzept integriert wurden. Dieser, unter anderem auch in den Qualitätskriterien der BZgA (BZgA 2010, S. 87) empfohlene Ansatz, der sich auch in der KINDERLEICHT-Evaluation als Erfolgsfaktor herausgestellt hat (BMELV 2013, S. 13), sollte daher isolierten Ernährungs- oder Bewegungsmaßnahmen vorgezogen werden.

Wie wurde Partizipation der unterschiedlichen Zielgruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Interessen umgesetzt?

Partizipation wurde in den Projekten von IN FORM auf vielfältige Weise verwirklicht. Entsprechend der unterschiedlichen Stufen von Partizipation, wurde auch in den Projekten die Partizipation auf verschiedenen Niveaus umgesetzt. *„Im Sinne der Ottawa-Charta (WHO, 1986) sollen diese Maßnahmen Bürger und Bürgerinnen befähigen, positive und negative Einflüsse auf ihr Wohlbefinden und ihren gesundheitlichen Zustand zu erkennen und entsprechende Verbesserungen zu bewirken (Empowerment). Maßnahmen dieser Art können nicht „von oben“ verordnet werden, sondern sind notwendigerweise lokal situiert und von den Interessen der Menschen vor Ort bestimmt (community-driven), so dass deren Beteiligung an der Gestaltung und Ausrichtung der Maßnahmen maximiert wird“ (Greenwood et al, 1993; Minkler & Wallerstein, 2003).*

Entsprechend erwies sich auch in den Projekten ein selbstbestimmter Ansatz als sinnvoll. Die Partizipation der im Setting Beteiligten wurde sehr unterschiedlich verwirklicht. Ein Beispiel dafür bietet der Peer-Group-Ansatz. Dieser wurde in mehreren Projekten in unterschiedlichen Lebenswelten umgesetzt. *„Der Einsatz von peer educators und auch von peer researchers, der in der Partizipativen Gesundheitsforschung stetig zunimmt, bietet neue*

Möglichkeiten für die Zusammenarbeit zwischen Projekt und Zielgruppe in allen Projektphasen“ (Roche, 2009). So wurde z.B. durch Qualifizierungsmaßnahmen der Peer-Group das Empowerment der Zielgruppe gefördert und im Sinne der Peer-Education konnten Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer so qualifiziert werden, dass sie in der Lage waren, Angebote eigenständig durchzuführen.

„Partizipation bedeutet im Zusammenhang mit der Partizipativen Qualitätsentwicklung nicht nur Teilnahme, sondern auch Teilhabe an Entscheidungsprozessen (Entscheidungsmacht). Dazu gehört die Definitionsmacht, d.h. die Möglichkeit, das Gesundheitsproblem (mit-)bestimmen zu können, auf das die gesundheitsfördernden bzw. präventiven Maßnahmen abzielen. Je mehr Einfluss jemand auf einen Entscheidungsprozess nimmt, umso größer ist seine bzw. ihre Partizipation. Diese Definition geht von der zentralen Forderung der Ottawa-Charta (1986) aus, Selbstbestimmung der Bürger und Bürgerinnen als Kern der Gesundheitsförderung zu realisieren“ (Wright et al., 2010). Dies ist leider nur in den wenigsten Projekten geglückt. Viele Projekte haben versucht eine Beteiligung – zumindest in Form von Bedarfsabfragen – sicherzustellen, aber eine tatsächliche Mitbestimmung, wo, wann, welche Maßnahmen und vor allem mit welchem Ziel stattfinden soll, war in den Projektberichten nur sehr selten zu finden.

Dies scheint jedoch in der gesundheitsfördernden Praxis immer noch die Regel zu sein und findet sich in der Praxis viel zu selten: *„In Deutschland ist die überwiegende Mehrheit der Beteiligungsformen in der unteren Hälfte der Leiter angesiedelt. Eine wahre Teilhabe kommt selten vor“ (Trojan 1988). Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass es nur selten erfolgreich gelingt, Maßnahmen langfristig in Settings zu implementieren. Daher wird die gleichberechtigte Partizipation aller Beteiligten auch in der Literatur gefordert: „Ausgangspunkt der Partizipativen Qualitätsentwicklung ist der Ansatz, Zielgruppe, Geldgeber, Projektanbieter und andere wichtige Akteure vor Ort in der Bewegungs- und Gesundheitsförderung als Partner zu betrachten, die gleichberechtigt in die Planung, Umsetzung und Evaluation von Interventionen eingebunden werden“ (Wright, 2010, Wright, Block und von Unger, 2009).*

In einigen IN FORM-Projekten ist es erfolgreich gelungen, die Zielgruppe bereits aktiv in die Planungsphase sowie später auch in die Durchführung der Angebote mit einzubeziehen. Wichtig schien dabei, sämtliche im Setting beteiligte Personen einzubinden. *„Ein hoher Grad an Teilnahme und Teilhabe (participation) trägt zu Wirksamkeit und Nachhaltigkeit lebensweltorientierter Maßnahmen bei“ (US Department of Health and Human services, 2003; Israel et al., 1998; 2006).*

Welche Faktoren für eine erfolgreiche Projektplanung und -durchführung haben sich in den Projekten als unerlässlich erwiesen?

Viele Faktoren, die sich für die Projektplanung und -durchführung als unerlässlich erwiesen haben, machen erneut deutlich, wie wichtig die Orientierung am Public Health Action Cycle sowie der Einsatz von Qualitätsentwicklungssystemen wie etwa den Qualitätskriterien der BZgA ist. *„Für die Planung und Umsetzung gesundheitsbezogener Interventionen hat sich der ‚Public Health Action Cycle‘, der von Rosenbrock in die deutsche Diskussion eingeführt wurde, bewährt“ (Kolip, 2006).*

Ob etwaige Qualitätsentwicklungssysteme den Projektdurchführenden bekannt waren und diese als Grundlage zur Durchführung von Projekten und Maßnahmen dienten, ist nicht bekannt. Jedenfalls wurde dies in den Berichten nicht explizit beschrieben. Die Analyse der Berichte hat jedoch gezeigt, dass an vielen Stellen bekannte Qualitätsaspekte bzw. -kriterien identifiziert werden konnten.

So hat es sich beispielsweise in den meisten Projekten als hilfreich erwiesen, eine Bedarfsanalyse durchzuführen. Eine systematische Bestandsaufnahme vorhandener Angebote hat jedoch nicht immer stattgefunden, was in der Praxis häufig dazu führt, dass es bestimmte Angebote mehrfach gab oder bestehende Angebote wieder „neu erfunden“ wurden, aber dafür andererseits Angebotslücken nicht identifiziert wurden. *„Parallel sollte die Feststellung der Ausgangssituation in Form einer ‚Ist-Analyse‘ bzw. Bestandsaufnahme erfolgen, die wiederum die Grundlage für den konkreten Bedarf der Netzwerkarbeit darstellt“ (Quilling et al. 2013, S. 131).*

Ebenso scheinen die gemeinsame Formulierung von Zielen und ein stetiger Zielabgleich das kooperative Vorgehen in den Projekten sicherzustellen. *„Hilfreich bei der Definition von konkreten Zielen im Qualitätsmanagement ist die sogenannte SMART-Formel“ (Walter et al., 2001; siehe auch: Ruckstuhl, Kolip, Gutzwiller, 2001).*

In den meisten Projekten hat eine Zielformulierung stattgefunden, allerdings waren diese nur in den seltensten Fällen SMART formuliert, so dass eine tatsächlich Überprüfung, ob die Ziele erreicht wurden, nicht stattgefunden hat und die Einschätzung, ob die Ziele erreicht wurden, nur an der subjektiven Einschätzung des Autors des jeweiligen Projektberichtes festgemacht werden konnte.

„Am Ende dieses Prozesses müssen alle Netzwerkmitglieder hinter den gemeinsamen Zielen stehen, um diese im Innen- und Außenverhältnis entsprechend vertreten zu können. (...) Das Gesamtziel ist sinnvoller Weise – wie ein Projektstrukturplan – in Teilziele auszudifferenzieren, die wiederum für einzelne Teilbereiche konkretisieren, was mit welchen Maßnahmen erreicht werden soll“ (Quilling et al. 2013, S. 49). Eine entsprechende Dokumentation lag nur in den wenigsten Berichten vor. Die Gründe dafür sind unklar.

Für die Durchführungsphase wurde die Flexibilität als positiv bewertet, um auf neue Anforderungen reagieren zu können und Angebote und deren Ziele gegebenenfalls auf veränderte Rahmenbedingungen anzupassen. Dahinter steht die sog. Prozessorientierung während der Durchführungsphase. Das bedeutet, die Maßnahmen müssen so geplant sein, dass sie auch an veränderte Rahmenbedingungen anpassbar sind und weniger starre Programme zur Umsetzung kommen. Einige Projekte nutzten aktiv die Möglichkeit, bei Bedarf eine Anpassung der Interventionen und Maßnahmen vorzunehmen.

Die Projektberichte belegen außerdem, dass die Kenntnis um die Besonderheiten der Zielgruppe hilfreich ist, vor allem, um diese auch angemessen zu berücksichtigen. Hierbei wurde in einigen Projekten die Partizipation als Erfolgsfaktor (s.o.) hervorgehoben und entsprechend wurde in einigen Projekten die Zielgruppe bereits in die Planung und später ebenfalls in die Umsetzung der Angebote mit einbezogen. Dies sicherte offenbar die Akzeptanz der Zielgruppe. In engem Zusammenhang damit steht die zum Teil sehr zielgerichtete Auswahl geeigneter Zugangswege und entsprechender Vermittlungsmethoden.

Um die Durchführung der Projekte und der Maßnahmen sicherzustellen, bedurfte es einer guten Organisations- und Managementstruktur innerhalb des Projektes. Die Projektberichte zeigen, dass es sinnvoll ist, eine professionelle und interdisziplinäre Projektleitung einzusetzen. Weiter wurde es als positiv gewertet, wenn die Akteure die Aufgabenverteilung konkretisierten und die Verantwortlichkeiten klar verteilten. *„Die Strukturqualität drückt sich im Grad des Vorhandenseins organisatorischer und institutioneller Voraussetzungen aus, die für eine erfolgreiche Umsetzung eines Projekts relevant sind. Dazu gehört zum Beispiel, dass qualifiziertes Personal für die Planung, Umsetzung und Evaluation eingesetzt wird und Zuständigkeiten eindeutig festgelegt sind“ (Tempel et al., 2013, S.12)⁴.*

Dies wurde in der Praxis allerdings sehr unterschiedlich umgesetzt. In einigen Projekten gab es transparent aufgeteilte Verantwortlichkeiten. In den meisten Berichten waren diese jedoch nicht eindeutig identifizierbar. Darüber hinaus wurden, um in den komplex vernetzten Strukturen effizient arbeiten zu können, Steuerungsgruppen, Arbeitskreise, Fachbeiräte und andere Gremien organisiert. Diese Strukturen wurden als hilfreich und nützlich für vernetztes Arbeiten beschrieben.

Sowohl für die Projektplanung als auch für die -durchführung ist den Projektberichten zu entnehmen, dass die Kommunikation einen besonderen Stellenwert einnimmt. Die Qualität der Kommunikation hat sowohl für den Umgang mit der Zielgruppe eine besondere Bedeutung,

⁴Tempel, N. Boedeker, M., Reker, N., Schaefer, I, Klärs, G., Kolip, P.: Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 42, BZgA Köln 2013

als auch für die kooperative Arbeit mit Partnern in komplexen Netzwerkstrukturen. In der Ottawa-Charta werden genau diese zwei Aspekte der Kommunikation als eine Art „Haltung“ thematisiert, die Fachkräfte in der Gesundheitsförderung benötigen: *„Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die feinfühlig und respektvoll die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse anerkennt. Sie sollten dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften eröffnen“* (WHO, 1986). Dies sollte auch in der Qualitätsentwicklung deutlich sichtbar werden.

**Wie gelingt die Vernetzung und Kooperation verschiedener Akteure, die unterschiedliche Voraussetzungen, Wissen, Kenntnisse, Strukturen und Erfahrungen einbringen?
Wie gelingt es den Projekten, positive Ansätze zu bündeln und sie auf gemeinsame Ziele auszurichten?**

Die Vernetzung verschiedener Akteure mit ihren unterschiedlichen Hintergründen kann gelingen, wenn organisatorische und strukturelle Voraussetzungen dafür gegeben sind (s.o.). Die Übereinkunft, ein gemeinsames Ziel zu verfolgen, kann den Zusammenhalt im Netzwerk begründen. Das Hauptaugenmerk der Beteiligten sollte folglich nicht ausschließlich auf dem eigenen Nutzen und Gewinn liegen, sondern auf der gemeinsamen Aufgabe – zumindest für die Kooperation im Netzwerk.

„Gesundheitsbezogene Netzwerke können nur funktionieren, wenn folgenden Herausforderungen begegnet wird:

- *Deckungsgleichheit in Bezug auf die Einschätzung gemeinsamen Handlungsbedarfs unterschiedlicher Akteure,*
- *Engagement von geeigneten Kristallisationspunkten für einen Netzwerkaufbau, d.h. in der Netzwerkarbeit erfahrene oder zumindest akzeptierte Träger oder Personen,*
- *Formulierung gemeinsamer Zielstellungen,*
- *Schaffung von klar festgelegten Netzwerkstrukturen und -routinen (das fängt bei Protokollfragen an und endet bei gemeinsamem Projektbeantragungen),*
- *Mobilisierung von zeitlichen und finanziellen Ressourcen für die Netzwerkarbeit,*
- *Sichtbarmachung und gemeinsames Ownership von Erfolgen und Misserfolgen statt einseitiger Reklamation des Erfolges oder Schulzuweisungen bei Misserfolgen,*
- *Vermeidung von Erstarrungsphänomenen und Selbstaflösung der Netzwerke bei Zielerreichung“* (Altgeld, 2011).

Die gegenseitige Wertschätzung hat sich ebenfalls als ein bedeutendes Moment in der Kooperationsarbeit gezeigt. Zusätzlich wird von allen Aktionspartnern eine hohe Solidarität, Flexibilität und Kooperationsbereitschaft untereinander gefordert. Durch einen regelmäßigen

Austausch wurde in den Projekten versucht, eine gute Kommunikation sicherzustellen. Die Kommunikation erhält insbesondere in komplexen Netzwerkstrukturen mit sehr heterogenen Partnern einen hohen Stellenwert.

Zur Bündelung von Maßnahmen trug darüber hinaus die gemeinsame Arbeit in settingbezogenen und/oder settingübergreifenden Arbeitskreisen bzw. Gremien bei. Hier entstanden zum Teil neue Angebote durch die Kombination vorhandener Ansätze. So wurden durch die Kombination zweier Kursangebote aus unterschiedlichen Fachbereichen, neue, innovative Angebote generiert, die durch die vernetzten Strukturen entstanden sind. Auf diese Weise dienten die Arbeitskreise einerseits zum fachlichen Austausch und andererseits sorgten sie für Transparenz, wo welche Maßnahmen stattfinden, was dazu beigetragen hat, dass Maßnahmen stärker bekannt und somit auch stärker frequentiert wurden.

Zu den fördernden Faktoren zählte in den Projekten die umfassende Beteiligung der Einrichtungen, Kooperationspartner und einzelner Akteure. Durch die Anpassung der Aufgaben an die Handlungsmöglichkeiten der Partner im Vorfeld, sollten einige hemmende Faktoren aus dem Weg geräumt werden. Als förderlich hat sich außerdem erwiesen, die Zuständigkeiten der Kooperationspartner innerhalb des Projektes gemeinsam und transparent zu definieren sowie Flexibilität der einzelnen Kooperationspartner zu gewährleisten. Zu den hinderlichen Faktoren zählten die kurze Projektlaufzeit sowie die Ungewissheit über das Fortbestehen der Netzwerke und Maßnahmen nach Ablauf der Förderung durch das BMG. Darüber hinaus war den Berichten zu entnehmen, dass unklare Zielstellungen sowie zu kurze Planungsphasen hinderlich für die Zusammenarbeit waren.

In einigen Projekten wurde im Rahmen einer ersten Bestandsanalyse die regionalen und lokalen Besonderheiten erfasst und in der weiteren Projektplanung berücksichtigt. Dies zeigte sich insbesondere in der Umsetzung der zielgruppenspezifischen und niederschweligen Ansprache. Bestehende Strukturen konnten für die Umsetzung der Maßnahmen genutzt und teilweise ausgebaut werden. Auch bei der Auswahl der Bündnispartner wurden teilweise regionale und lokale Merkmale beachtet.

Wie hat sich die Projektarbeit auf vorhandene Strukturen ausgewirkt?

Die Projektarbeit wirkte sich unterschiedlich auf vorhandene Strukturen aus. Häufig wurden für die Umsetzung bestehende Strukturen genutzt und teilweise erweitert. Allein der Zusammenschluss von Partnern in Netzwerken schaffte zusätzlich neue Strukturen, die teilweise auch nach Ende des Projektes weiter bestehen blieben. Wie in der Literatur beschrieben, konnten einzelne Netzwerke durch die vorherige Implementierung von Beiräten nach Beendigung der Projektlaufzeit weiterhin bestehen. *„Bei großen Netzwerken, die darauf angelegt sind, Strukturen nachhaltig zu verändern, bietet es sich an, einen oder mehrere Beiräte ein-*

zurichten, die einerseits für die wissenschaftliche Akzeptanz der geleisteten Arbeit und andererseits für nachhaltige Strukturen sorgen können“ (Quilling et al. 2013, S. 23).

Manchen Projekten ist es gelungen, neu entwickelte Bewegungsangebote langfristig in bestehende Vereinsstrukturen zu integrieren und so bestehende Angebotsstrukturen zu verändern. Außerdem konnten teilweise verschiedene Arbeitskreise, die im Projektzeitraum entstanden sind, auch nach Projektende in kommunalen Strukturen weitergeführt werden. Ein paar Projekten ist es gelungen, dass nach Projektende die Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner Verantwortung für die aufgebauten Projektstrukturen übernahmen und Maßnahmen und Strukturen weitergeführt werden konnten. Dies war jedoch nicht die Regel.

Durch die Anbindung einzelner Maßnahmen in bestehende Strukturen sowie die Qualifizierung von Übungsleitern konnten auch nach Beendigung des Projektzeitraumes Angebote aufrechterhalten werden.

Die Vernetzung mit Krankenkassen hat ebenfalls in einigen Projekten Strukturveränderungen bewirkt. So hat beispielsweise die Anerkennung von Qualifizierungen zu kostengünstigeren Beteiligungsmöglichkeiten für die Teilnehmenden geführt. Auf diese Weise konnten nachhaltig verhaltenspräventive Maßnahmen implementiert werden.

Während der Projektlaufzeit haben sich die Maßnahmen innerhalb der verschiedenen Lebenswelten auch auf die Strukturen ausgewirkt. Bei den meisten Projekten bleibt jedoch unklar, inwiefern die Auswirkungen auf die Strukturen auch die Projektlaufzeit überdauern.

9 Gender Mainstreaming

Da es sich im vorliegenden Abschlussbericht um ein Forschungsprojekt handelt, gab es nur wenige Möglichkeiten, Gender-Mainstreaming-Aspekte in der Umsetzung zu berücksichtigen. Allerdings haben beide Institutionen Wert darauf gelegt, dass auch die männliche Perspektive auf Projekte berücksichtigt werden kann. Daher ist es in beiden Projekten gelungen, jeweils ein männliches Teammitglied einzustellen, obwohl es häufig schwierig ist, Männer für das Thema Gesundheitsförderung zu interessieren.

Um Gender-Mainstreaming-Aspekten im vorliegenden Bericht dennoch gerecht werden zu können, wurde bei der Re-Analyse der Abschlussberichte besonders darauf geachtet, wie Gender-Mainstreaming-Aspekte in den verschiedenen Projekten berücksichtigt und umgesetzt wurden. Die Berichte zeigen eindrucksvoll, dass insbesondere auch in der Gesundheitsförderung dem Thema Gender Mainstreaming eine besondere Beachtung geschenkt werden muss. Die Analyse der Berichte hat ergeben, dass die im Rahmen des Forschungsprojektes untersuchten Projekte und Maßnahmen diesen Aspekt in vielerlei Hinsicht und sehr unterschiedlicher Intensität beachtet und umgesetzt haben:

- In vielen Projekten wurden geschlechtsspezifische Präferenzen bei der Gestaltung von Kursen berücksichtigt, indem nach einer Durchführung von Bedarfsabfragen unterschiedliche Bewegungsangebote und -anreize für Männer und Frauen bereitgestellt wurden. Zwei Projekte zeigen z.B., dass männliche Beschäftigte eher leistungsorientierte Angebote wie Spinning bevorzugten, dagegen waren für Frauen in klein- und mittelständischen Unternehmen eher Angebote von Interesse, die neben Fitness, Koordination und Beweglichkeit auch Aspekte von Erholung, Entspannung und Wohlbefinden im Fokus hatten.
- Darüber hinaus wurde in verschiedenen Projekten der Wunsch geäußert, Räume bzw. Zeiten für Bewegungskurse „ausschließlich für Frauen“ anzubieten. Dies gilt sowohl für Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung, als auch für Maßnahmen, die im Stadtteil für sozial benachteiligte Frauen mit und ohne Migrationshintergrund angeboten wurden. Zu diesem Ergebnis kamen die Projekte u.a. aufgrund von Bedarfsabfragen, die in einzelnen Projekten sehr gezielt durchgeführt wurden, um die Akzeptanz der Maßnahmen sicherzustellen.
- Vereinzelt wurden bei der Planung von Maßnahmen und Interventionen die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern beachtet. So wurde im Rahmen einer Aktion, die sich an Frauen in prekären Lebenssituation richtete, parallel zu den Gesundheitskursen, Kinderbetreuung angeboten, damit auch alleinerziehende Mütter teilnehmen konnten. In einem Projekt, das Menschen mit Migrationshintergrund als Zielgruppe hatte, wurde, um speziell Männer zu erreichen, Großschachspiele, Boule

und Tanzen angeboten, da diese Bewegungsaktivitäten in den Herkunftsländern bekannt und kulturell akzeptiert waren.

- Geschlecht wurde in einigen Projekten als „Differenzkategorie“ zur Definition der Zielgruppe gewählt, so richteten sich z.B. manche Maßnahmen ausschließlich an Frauen mit Migrationshintergrund.
- Ein Projekt führte einen Genderworkshop für die Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner der Maßnahmen durch, um für das Thema Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheitsförderung grundsätzlich zu sensibilisieren. Außerdem wurde in diesem Projekt besonders darauf geachtet, in der öffentlichen Darstellung der Projekte eine gendersensible Sprache zu verwenden und bei der Gestaltung von Projektmaterialien beide Geschlechter abzubilden und ihre Bedürfnisse entsprechend zu berücksichtigen. So wurden in einer Wanderausstellung und den dazugehörigen Flyern und Broschüren sowohl Frauen als auch Männer dargestellt, die berichten, wie sie Bewegung in ihren Alltag einbauen.
- Ein anderes Projekt hat sich darum bemüht, ein Gleichgewicht auf Expertenebene herzustellen, indem zu Veranstaltungen sowohl weibliche, als auch männliche Experten eingeladen wurden.
- Ein weiteres Projekt hat besonderen Wert darauf gelegt, gemischt-geschlechtliche Teams zusammen zu stellen. Dabei wurde jedoch festgestellt, dass dies nicht immer gelingt, da bei den Akteurinnen und Akteuren der Anteil der Frauen deutlich überwog.
- Einzelne Projekte setzten bei verschiedenen Maßnahmen und Aktionen, die sich ausschließlich an Männer oder Frauen bzw. Jungen oder Mädchen richteten, gleichgeschlechtliche Übungsleiterinnen und Übungsleiter ein. Dies scheint ein Faktor zu sein, der eine große Rolle für die Akzeptanz bei der Zielgruppe spielt.
- Um noch „näher“ an der Zielgruppe zu sein, gab es Projekte, die Qualifizierungen der Peergroup durchgeführt haben entweder mit Jugendlichen oder Erwachsenen. Dabei wurden verschiedene Qualifizierungskonzepte zu einer Art „Bewegungstrainerin“ oder „Bewegungstrainer“ durchgeführt, damit zukünftig beide Geschlechter einer Peergroup Bewegungsangebote im Stadtteil zielgruppenspezifisch gestalten und betreuen können.
- Ein weiteres Projekt hat bei Bewegungsangeboten für Kinder und Eltern auf Kinderspielflächen, im Stadtgebiet, in Kitas und in öffentlichen Parkanlagen konsequent auf die Beteiligung von Vätern geachtet. Dies wurde durch die gezielte Ansprache von entsprechenden Kooperationspartnern erreicht. Eltern bzw. Väter wurden dann gezielt zu Aktionen eingeladen, die von einem männlichen Sportpädagogen als Übungsleiter betreut wurden.
- Ein Projekt, das nicht auf die Gleichstellung von Männern und Frauen bei der Planung und Umsetzung des Projektes geachtet hat, hatte auch entsprechende Akzeptanzprobleme bei der Zielgruppe. Auch, wenn eigentlich beide Geschlechter durch die Maßnah-

men erreicht werden sollten, hatte die nicht Berücksichtigung der Genderaspekte zur Folge, dass die dort angebotenen Kurse überwiegend von Frauen angenommen wurden. Daher fordern die Projektverantwortlichen in ihrem Abschlussbericht ausdrücklich, dass zukünftig eine stärkere Beachtung dieses Aspektes erfolgen sollte, damit beide Geschlechter gleichermaßen von den Gesundheitsangeboten profitieren können.

Die aufgezeigten Beispiele zeigen, dass in den Projekten bereits darauf geachtet wird, Männer und Frauen, Jungen und Mädchen gleichermaßen zu erreichen und ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen. Dies scheint bei der Umsetzung von Maßnahmen, die für Kinder und Jugendliche angeboten werden, auf den ersten Blick einfacher zu gelingen, da über die Settings Kita und Schule grundsätzlich beide Geschlechter gleichermaßen erreicht werden können. Eine genaue Betrachtung über die tatsächliche Beteiligung liegt jedoch nicht vor. Ob und inwiefern in den verschiedenen Altersgruppen auch tatsächlich immer beide Geschlechter erreicht wurden, bleibt schließlich unbeantwortet. Daher sollten Interventionen wie Bewegungspausen im Unterricht dringend implementiert werden, da hier – im Gegensatz zu zusätzlichen, freiwilligen Angeboten – davon ausgegangen werden kann, dass tatsächlich beide Geschlechter erreicht werden.

Grundsätzlich werden differenzierte Angaben zur Inanspruchnahme der gesundheitsförderlichen Angebote durch Männer und Frauen, Jungen und Mädchen nur von den wenigsten Projekten gemacht.

Jedoch deuten die Beschreibungen der Prozesse in dem Großteil der untersuchten Maßnahmen, die für Erwachsene und ältere Menschen im Quartier bzw. im Stadtteil angeboten werden darauf hin, dass diese überwiegend von Frauen wahrgenommen werden, obwohl sich diese ausdrücklich auch an Männer richten.

Zwei Interventionen, die in Betrieben durchgeführt wurden, erfassten zumindest die Geschlechterverteilung der Teilnehmenden bei den durchgeführten Maßnahmen. Dort lag der Anteil der Frauen zwischen 66% und 90%, obwohl es sich teilweise um Betriebe mit einem deutlich höheren Anteil an männlichen Beschäftigten handelte. Die Projektverantwortlichen vermuten, dass die Angebote zurzeit noch zu „weiblich“ ausgerichtet sind. Viele Akteure haben bereits im Rahmen der Projektarbeit Maßnahmen ergriffen, um verstärkt auch Männer mit Angeboten der Gesundheitsförderung zu erreichen. Jedoch zeigt sich, dass dies zukünftig noch intensiver erfolgen muss, damit auch den Erwachsenen - Männern und Frauen - gleiche Zugangsvoraussetzungen zu gesundheitsfördernden Angeboten geschaffen und bedarfsgerechte Maßnahmen angeboten werden können.

Auch die Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen⁵ zur Inanspruchnahme von Präventionsangeboten (Individualansatz) bestätigen die in den untersuchten Projekten beschriebenen Tendenz, dass gesundheitsfördernde Angebote überwiegend von Frauen angenommen werden: Bei Präventionskursen mit dem Schwerpunkt Bewegung lag Ihr Anteil bei 78%, bei den Kursen mit den Schwerpunkten Ernährung bei 79% und bei Stressbewältigung sogar bei 85%. Eine Ausnahme stellt der Bereich des Suchtmittelkonsums dar, hier liegt der Anteil von Frauen mit 57% nicht ganz so deutlich über der Beteiligung der Männer mit immerhin 43%. Bei diesen Kursen steht am häufigsten das Thema Raucherentwöhnung im Mittelpunkt. Die relative Beliebtheit dieser Kurse kann zum Teil auch dadurch erklärt werden, dass es hier viele für Männer niederschwellige Angebote wie Kompakt- und Onlinekurse gibt⁶.

Anders dagegen ist die Geschlechterverteilung bei Angeboten der Krankenversicherungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Hier sind die Männer mit einem Anteil von 57% leicht in der Überzahl (GKV 2011)⁷. Diese Zahlen machen deutlich, dass über gesundheitsförderliche Angebote in Betrieben Männer durchaus erreicht werden können, jedoch sind weitere Bemühungen erforderlich, um erstens die Quote der erreichten Männer zu erhöhen und zweitens auch erwerbslose Männer sowie Männer im höheren Lebensalter zu erreichen.

Laut Daten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Gleichstellung von Frauen und Männern bestehen deutliche geschlechterspezifische Unterschiede sowohl in Bezug auf das Auftreten von Gesundheitsrisiken und Krankheiten, als auch in Bezug auf das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitsverhalten (BMFSFJ 2005)⁸. So treiben Mädchen in der Adoleszenz weniger Sport als Jungen, jedoch sind Frauen im Erwachsenenalter körperlich aktiver als Männer (Kuhlmann und Kolip, 2005)⁹. Männer und Frauen, Jungen und Mädchen unterscheiden sich auch in Bezug auf das Ernährungs- und Suchtverhalten. Akteure sollten daher die geschlechterspezifischen Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems in der Konzeption der Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigen. Die vorliegenden Erfahrungen machen deutlich, dass Genderaspekte in der Gesundheitsförderung immer noch nicht konsequent berücksichtigt und Konzepte entsprechend umgesetzt werden und trotz aller Bemühungen noch Potenzial zur Verbesserung der einzelnen Interventionen im Bereich der geschlechtergerechten Umsetzung besteht.

⁵ GKV Spitzenverband: Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011. Berlin, S. 69

⁶ ebd.

⁷ GKV Spitzenverband: Präventionsbericht 2011. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2010. Berlin

⁸ BMFSFJ: 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. München 2005, 2. Fassung

⁹ Kuhlmann, E., Kolip, P. Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Juventa 2005. S. 99-106

10 Gesamtbeurteilung und Handlungsempfehlungen

10.1 Gesamtbeurteilung

Das methodische Vorgehen anhand des Analyse- und Bewertungsrasters hat gezeigt, dass die Projekte einige Qualitätsentwicklungsaspekte in ihren Maßnahmen und Interventionen berücksichtigen, ohne dass dies explizit erwähnt wird. Da die Projekte diese Vorgabe auch nicht hatten, war es nicht immer ersichtlich, ob bestimmte Vorgehensweisen systematisch und zielgerichtet erfolgt sind oder ob sie zufällig funktioniert haben. Die nachträgliche Auswertung anhand der Qualitätskriterien der BZgA war eine rein analytische Auswertung der vorliegenden Dokumente ohne die Möglichkeit, durch Nachfragen bestimmte Zuordnungen zu verifizieren. Um eine möglichst objektive Perspektive auf die Projektberichte zu gewährleisten, wurden alle Projektberichte im Vier-Augen-Prinzip bearbeitet und anschließend innerhalb der gesamten Arbeitsgruppe diskutiert. Allerdings sind Fehlinterpretationen der Beschreibungen dadurch nicht ausgeschlossen. Daher sind die vorliegenden Ergebnisse zwar aussagekräftig, weil die Beschreibungen der Akteurinnen und Akteure teilweise sehr detailliert und begründet sind. Sie bleiben jedoch subjektiv aus Sicht der durchführenden Expertinnen und Experten, weil eine Überprüfung anhand von aussagekräftigen Daten nicht möglich war.

Eine abschließende Objektivierung hat nochmals durch eine Literaturrecherche zu den verschiedenen Erkenntnissen stattgefunden. So wurden beispielsweise die Aspekte der beantworteten Forschungsfragen anhand der aktuellen wissenschaftlichen Literatur überprüft. Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Berichten stimmten größtenteils mit den Ergebnissen der Literaturrecherche überein.

Einige Aspekte sind nicht belegt worden, was nicht bedeutet, dass es keine Belege dazu gibt, sondern lediglich, dass am Schluss des Projektes die Zeit gefehlt hat, eine umfangreiche Literaturrecherche zu allen Erkenntnissen durchzuführen. Diese wurde nur stichprobenartig zur Überprüfung vorgenommen und ist in die Diskussion der Ergebnisse sowie in die Überlegungen zu den Handlungsempfehlungen eingeflossen. Wie in den Handlungsempfehlungen dargestellt, empfehlen die Autorinnen dem BMG, die vorliegenden Ergebnisse und die Erkenntnisse dieser Untersuchung auch mit Expertinnen und Experten sowie mit Praktikerinnen und Praktikern zu diskutieren, um langfristig Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung zu etablieren.

Insgesamt lag eine Vielzahl zu analysierender Berichte vor. Aus den Projekten gibt es erfreulich viel Material zur Auswertung sowie eine Menge von Produkten und Handlungsleitfäden für den Transfer. Die Erfahrungen der Akteurinnen und Akteure liefern zahlreiche wichtige Hinweise für die erfolgreiche Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Praxis. Leider fehlt weiterhin die wissenschaftlich nachgewiesene Evidenz zu den durchge-

führten Maßnahmen und Interventionen. Dennoch konnten von den vorliegenden Ergebnissen konkrete Handlungsempfehlungen sowohl für das BMG als auch für die Akteurinnen und Akteure abgeleitet werden, die im Folgenden vorgestellt werden.

10.2 Handlungsempfehlungen BMG

Die Ergebnisse der Sekundäranalyse zeigen, dass der Einsatz von Qualitätsentwicklungsinstrumenten sinnvoll und zielführend für die erfolgreiche Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen und deren langfristige Implementierung ist. Daher beziehen sich die folgenden Handlungsempfehlungen für das Bundesministerium für Gesundheit in erster Linie auf die Sicherstellung der Qualität in der Gesundheitsförderung in Deutschland.

Ebenfalls wertvolle Erkenntnisse wurden von der Universität Bielefeld zur Anwendung des Qualitätsverfahrens quint-essenz während einer dreijährigen Projektphase gesammelt, in der auch zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen für Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt wurden (Eberhard 2011). Beteiligt waren auch die im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM geförderten Aktionsbündnisse und Zentren für Bewegungsförderung. Die Autorin kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

- „PraktikerInnen sind bereit und interessiert, Qualitätsverfahren kennenzulernen und anzuwenden.
- Die Mehrheit der TeilnehmerInnen ist nicht mit Grundtechniken des Qualitäts- und Projektmanagements vertraut. Dies erschwert die Vermittlung und Einarbeitung in ein konkretes Qualitätsmanagementverfahren.
- Ausschreibungen sind i.d.R. mit spezifischen Qualitätsauflagen des Arbeitsfeldes und des Projektauftraggebers bzw. der Auftraggeberin verknüpft. Für die Praxis bedeutet dies, sich mit verschiedenen Verfahren und Kriterien auseinanderzusetzen. Dies ist arbeitsaufwendig und zeitintensiv. Die Bereitschaft zur Qualitätsentwicklung würde durch transparente, vereinheitlichte und praxisnahe Standards erhöht. Dies würde der Qualität der Projekte zu gute kommen.
- PraktikerInnen orientieren sich an bereits mit Erfolg durchgeführten Projekt(bau-)steinen. „Gute Praxis“-Datenbanken waren unter den TeilnehmerInnen nur bedingt bekannt. Es fehlen Anlaufstellen, an die sich PraktikerInnen wenden“.

Diese Ergebnisse bestätigen, dass viele Akteure sich nicht gut genug mit Qualitätssicherungsverfahren auskennen, um diese sicher und zielorientiert anzuwenden, jedoch grundsätzlich bereit sind, diese in ihrer Arbeit einzusetzen. Folgende Schritte werden dem BMG empfohlen, damit Gesundheitsförderung nachhaltig und qualitätsgesichert umgesetzt werden kann. Ein wesentlicher Aspekt dafür ist der systematische und flächendeckende Einsatz von Qualitätsverfahren in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention:

Handlungsempfehlung 1)**Verbindlicher Einsatz von Qualitätsentwicklungs-Systemen**

Die Auswertung der Projekt- und Evaluationsberichte hat gezeigt, dass Qualitätsaspekte, die für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gefordert werden, in der Projektarbeit in sehr unterschiedlichem Umfang beachtet wurden. Manchen Qualitätskriterien wurde viel Aufmerksamkeit geschenkt, andere wurden nur sehr oberflächlich beachtet und wieder andere finden sich gar nicht in den Berichten wieder. Da die Projektnehmer nicht aufgefordert waren, sich an Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung zu orientieren, erklärt dies die unterschiedliche Umsetzung. Aus den Berichten geht leider auch nicht hervor, ob die Kriterien, die berücksichtigt wurden, bewusst Berücksichtigung fanden.

Die Ergebnisse dieses Forschungsprojektes zeigen, dass für die erfolgreiche Projektplanung und -durchführung Qualitätsmanagementsysteme bzw. Qualitätskriterien von Bedeutung sind. Deshalb sollten Instrumente der Qualitätsentwicklung von Akteuren standardmäßig in der Gesundheitsförderung eingesetzt und verbindlich gefordert werden. Dies könnte bereits in der Phase der Antragstellung erfolgen, indem beim Projektantrag darzulegen wäre, in welcher Form die geforderten Standards beachtet und erfüllt werden. Es wäre beispielsweise denkbar, die Fördergelder des Bundesministeriums für Gesundheit zukünftig an den Einsatz eines Qualitätsmanagement-Systems zu knüpfen, ähnlich der üblichen Praxis der strukturellen Förderung im Bereich der Weiterbildung durch die Länder. Es muss dabei nicht zwingend ein Zertifizierungsprozess durchlaufen werden. Der qualifizierte Einsatz von Instrumenten der Qualitätsentwicklung ist jedoch erstrebenswert.

Handlungsempfehlung 2)**Weiterentwicklung von Qualitätsdimensionen und Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung in Deutschland**

Eine aktuelle Bestandsaufnahme der BZgA zeigt, dass in Deutschland eine große Vielfalt von Verfahren zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung verfügbar sind (BZgA 2013), die unterschiedliche Reichweiten haben, verschiedene Qualitätsdimensionen erfassen und unterschiedliche Ziele verfolgen. Daher erscheint es sinnvoll, Akteuren einerseits diese Vielfalt zur Verfügung zu stellen und ihnen andererseits die Nutzung mindestens eines Systems zu ermöglichen und sie bei der Anwendung zu unterstützen. Dies könnte durch z.B. Schulungsmaßnahmen und Anlaufstellen zur Beratung geschehen, da sich viele Akteure durch die vorher genannte Vielfalt der Instrumente überfordert fühlen. Zu diesem Ergebnis kommt auch Eberhard nach einer Untersuchung der Universität Bielefeld, die als Konsequenz für eine Vereinheitlichung der Qualitätsverfahren plädiert (Eberhard 2011).

Der verbindliche Einsatz von Qualitätssicherungssystemen kann einen wertvollen Beitrag dazu leisten, die Qualität der Gesundheitsförderung und Prävention zu sichern und die Akteure beim Einsatz solcher Instrumente zu unterstützen. Dazu müssen diese jedoch erstens verbindlich werden und zweitens müssen Akteure befähigt werden, diese auch zielgerichtet einsetzen zu können (mehr dazu unter 3. und 4.)

Im Zuge der Beantwortung der Forschungsfragen konnten Faktoren für eine erfolgreiche Projektplanung und -durchführung identifiziert werden, die die bereits veröffentlichten Qualitätskriterien und -dimensionen bestätigen, aber auch weitere Aspekte beinhalten, die die bisherigen Qualitätsaspekte ergänzen und konkretisieren (z. B. Einbindung der lokalen Ebene, kommunale Unterstützung oder ausreichend Zeit für die Planung). Dazu müsste jedoch in einem ersten Schritt die Weiterentwicklung von Qualitätsdimensionen und Qualitätskriterien mit Experten und Akteuren diskutiert und wissenschaftlich begleitet werden.

So sollte analysiert werden, ob z.B. andere Qualitätsdimensionen, als die bisher üblichen mit aufgenommen bzw. stärker fokussiert werden. Die Sichtung der Projektberichte hat beispielsweise ergeben, dass die Kommunikation, d.h. ein guter und regelmäßiger Dialog – sowohl mit den Akteuren als auch mit der Zielgruppe – eine wichtige Rolle spielt. Hier sollte geprüft werden, ob dieser Aspekt stärker innerhalb der Qualitätsdimensionen und -kriterien verankert werden sollte. Die Grundlage für eine Weiterentwicklung der Instrumente zur Qualitätssicherung sollten die bekannten und zum Teil evaluierten Instrumente bilden sowie die Ergebnisse der Evaluation der KINDERLEICHT-REGIONEN und der vorliegende Projektbericht.

Die Weiterentwicklung der Qualitätsdimensionen und -kriterien sollte den Akteuren zur Verfügung gestellt werden. Damit diese Weiterentwicklung von Qualitätsdimensionen und -kriterien für Multiplikatoren und Akteure nachvollziehbar und transparent bleibt, könnte dies über die Werkzeugbox des Internetauftrittes von IN FORM zur Qualitätsentwicklung erfolgen oder über eine Lose-Blatt-Sammlung, die die Möglichkeit der laufenden Aktualisierung der verschiedenen Qualitätsdimensionen bzw. einzelne Qualitätskriterien bieten würde.

Handlungsempfehlung 3)

Einrichtung eines „Kompetenzzentrums Qualitätsentwicklung“ für Gesundheitsförderung in Deutschland

Zur Unterstützung für Entscheiderinnen und Entscheider sowie Fachkräfte könnten Anlaufstellen bzw. ein Kompetenzzentrum Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung eingerichtet werden. Das Kompetenzzentrum sollte feste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben, die als Ansprechpartner zum Thema Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen: eventuell auch „Qualitätslotsten“, die ausgebildet werden und die Projektleitungen individuell für Gesundheitsförderung in Netzwerken unterstützen und coachen.

Diese „Qualitätslotsen“ sollten vom BMG finanziert und ausgebildet werden. Sinnvoll wäre sicherlich eine Anbindung an die Landesvereinigungen und Landeszentralen für Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung, um eine Sicherstellung in unterschiedlichen Bundesländern zu gewährleisten und eine höhere Verbreitung zu erreichen. Darüber hinaus sollte dieses Angebot insbesondere in den Kommunen transparent gemacht werden, damit diese ein solches Angebot auch zielgerichtet anfragen und nutzen können. Bisherige Erkenntnisse zeigen, dass eine regionale Anbindung der Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner einen Schlüssel zur erfolgreichen Durchführung der Maßnahmen darstellt.

Das „Kompetenzzentrum Qualitätsentwicklung“ könnte entsprechend eine Geschäftsstelle betreiben und darüber hinaus einen Beirat, der die inhaltliche Weiterentwicklung vorantreibt und eventuell an der Entwicklung von entsprechenden Schulungsmaßnahmen beteiligt wird. Dieses Kompetenzzentrum sollte an einer Institution angesiedelt werden, die bereits langjährige Erfahrungen in der Entwicklung und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen hat. Der Beirat des Kompetenzzentrums könnte beispielsweise aus den Mitgliedern des Beirates und den Projektnehmern des Projektes Sekundäranalyse sowie weiteren ausgewählten Akteurinnen und Akteuren bestehen wie z.B. der Unterarbeitsgruppe Qualitätssicherung INFORM. Im Kompetenzzentrum sollten wissenschaftliche Expertise und Praxiswissen sinnvoll vereint werden. Das Kompetenzzentrum würde somit einerseits die strategische Weiterentwicklung der Qualitätssicherung vorantreiben und andererseits als Anlaufstelle zur Unterstützung der Akteurinnen und Akteure dienen. Eine weitere Aufgabe des Kompetenzzentrums könnte die Entwicklung (und Umsetzung) von Schulungsmaßnahmen sein.

Diese Forderung deckt sich mit einer der Schlussfolgerungen, die die Autorinnen und Autoren des Kooperationsprojekts *Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings* der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld aus ihrer Arbeit ziehen. Sie fordern die Einrichtung einer „Transfer- und Koordinierungsstelle auf Bundesebene“, in der die Erfahrungen zu den unterschiedlichen Instrumenten und Verfahren systematisch zusammengetragen, ausgewertet und auf dieser Grundlage Qualifizierungsangebote für Akteurinnen und Akteure in verschiedenen Arbeitsfeldern entwickelt und angeboten werden (Tempel et al. 2013, S. 197).

Handlungsempfehlung 4)

Standardisierte und modulare Schulungsmaßnahmen für Fachkräfte sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren („Qualitätslotsen“)

Da viele Projekte scheinbar Schwierigkeiten bei dem Einsatz von Qualitätsinstrumenten haben und die Ergebnisse des vorliegenden Berichts gezeigt haben, dass es häufig schwierig scheint, z.B. Ziele „smart“ zu formulieren, ist davon auszugehen, dass es einen Qualifizierungsbedarf im Bereich Qualitäts- bzw. Projektmanagement bei den Fachkräften gibt. Auch

hierzu liegen wertvolle Erkenntnisse seitens der Universität Bielefeld (Eberhard 2011) vor, die bei der Konzipierung solcher Fortbildungsangebote beachtet werden sollten:

- Die Kenntnisse und Erwartungen der Akteure zu Qualitätsentwicklung sollten geprüft werden, da diese teilweise sehr unterschiedlich sind.
- Die Seminare sollten für homogene bzw. bereits bestehende Arbeitsgruppen durchgeführt werden, da durch ein gemeinsames Interesse und ähnliche Arbeitsfelder die Motivation zur Aneignung von Qualitätsentwicklungsmethoden höher ist.
- Teamfortbildungen, Coaching von Arbeitskreisen oder Inhouse-Schulungen sind dafür geeignete Formate.

Wie die Autorin selbst beschreibt, sind die Anforderungen sehr unterschiedlich, daher sollte darüber nachgedacht werden, eine solche Qualifizierung modular anzubieten. Teamfortbildungen und Inhouse-Schulungen können u.E. nur eine Erweiterung eines standardisierten Fortbildungsangebotes darstellen. Eine solche Fortbildung müsste einerseits Grundlagenwissen aus den verschiedenen Fach-Disziplinen enthalten wie Bewegung/Aktivität, seelische Gesundheit und Ernährung und andererseits Schlüsselqualifikationen sowie den Einsatz von Qualitätssicherungsinstrumenten. Die Analyse der Berichte hat gezeigt, dass die Projektleitungen aus sehr unterschiedlichen Disziplinen kamen, was in der Praxis offensichtlich dazu geführt hat, dass nicht immer alle Akteurinnen und Akteure sich gleich gut angesprochen fühlten. Daher erscheint es sinnvoll, den Fachkräften eine modulare und damit bedarfsgerechte Fortbildung anbieten zu können. Ein solches Fortbildungskonzept könnte – unter der Koordination eines Kompetenzzentrums Qualitätsentwicklung – auch zu einem Zertifizierungsprozess führen. Ein Zertifizierungssystem könnte langfristig die Mittelgabe vereinfachen und nur noch Akteurinnen und Akteure zulassen, die entsprechend qualifiziert bzw. zertifiziert sind. Verbunden mit der Auflage regelmäßiger Auffrischung z.B. in einem zwei- oder drei-Jahres-Rhythmus könnte somit langfristig die Professionalität in der Gesundheitsförderung gesteigert werden.

Neben einer Qualifizierung für die Fachkräfte sollte darüber hinaus geprüft werden, ob der Einsatz von Qualitätslotsen zur Unterstützung von Kommunen und Projekten sinnvoll erscheint. Solche „Qualitätslotsen“ müssten intensiv in diesem Bereich ausgebildet werden und die o.g. Fachbereiche beherrschen, um Akteurinnen und Akteure sowie Entscheidungskräfte unterstützen bzw. coachen zu können.

Handlungsempfehlung 5)

Kooperation mit den Ländern

Sinnvoll erscheint für die Weiterentwicklung und den flächendeckenden Einsatz von Qualitätsinstrumenten eine Kooperation mit den Ländern. Auch diese Forderung wurde bereits im

Rahmen des Kooperationsprojekts *Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings* der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld als Handlungsbedarf formuliert, wonach der Ausbau eines Schulungs- und Beratungsangebotes auf Länderebene gefordert wird, um Praktikerinnen und Praktiker vor Ort zu unterstützen (Tempel et al. 2013a, S. 77).

Ähnlich wie bei den Bewegungszentren, könnten beispielsweise sowohl die Instrumente über eine „Werkzeugbox“ zur Qualitätsentwicklung auf den Internetseiten der Länder und die Qualitätslotsen dort angesiedelt sein.

Darüber hinaus könnte es eine Empfehlung geben, auch auf Landesebene die Förderung von Projekten an einen entsprechenden Qualifizierungsprozess zu koppeln.

Ein weiterer Vorstoß könnte in dem Bereich der universitären Ausbildung gemacht werden. Sehr gute Erfahrungen in der Vermittlung der Qualitätsentwicklung wurden mit Lehrveranstaltungen an Universitäten gemacht, die für Studierende der Public Health Studiengänge angeboten wurden (Eberhard 2011). Es sollte geprüft werden, ob dies einheitlich und flächendeckend in den Lehrplänen der Fachrichtungen, deren Absolventen in Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind, bereits verankert ist. Neben Public Health und Gesundheitswissenschaften wären das auch die Bereiche Sportwissenschaften, Öcotrophologie, Medizin, Pädagogik und Psychologie, evtl. auch Sozialarbeit. Dieser zwar langwierige, jedoch auch sehr nachhaltige Weg würde die Qualität der Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention langfristig sichern.

Handlungsempfehlung 6)

Projektbausteine zur Verfügung stellen

Für die Akteure könnte darüber hinaus eine Zusammenstellung von „Projektbausteinen“ erfolgen, die diese 1:1 umsetzen bzw. nach Bedarf modifizieren können. Diese könnten zum Beispiel als Kurzbeschreibungen auf zwei DIN-A4-Seiten zusammengefasst und im Internet zum Download oder als Printmedium zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus könnten solche Projektbausteine gezielt beworben oder gefördert werden, um eine flächendeckende Verbreitung zu erreichen. Im Vorfeld sollte allerdings erhoben werden, ob der kurzfristige Erfolg innerhalb der Projektlaufzeit auch aufrecht erhalten werden konnte.

Handlungsempfehlung 7)

Nutzung neuer Medien für Gesundheitsförderung

Anhand der vorliegenden Berichte konnte nicht ermittelt werden, ob und inwiefern neue elektronische Medien wie Internet, Anwendungen für Mobiltelefone (Apps) und Personal Computer usw. als Ansatz genutzt wurden, um Menschen Gesundheits- und Bewegungsförderung zu vermitteln bzw. über diese Medien einen Zugang zu den Zielgruppen zu erhalten.

Lediglich in einem Projekt wird von positiven Erfahrungen mit der Versendung von E-Mails an Beschäftigte berichtet, die an die Teilnahme an Gesundheitsangeboten erinnern sollten. Es wird daher angeregt, zu überprüfen, ob und wenn ja, wie die intensivere Nutzung der Medien durch Menschen jeden Alters für Gesundheitsförderung genutzt werden kann.

Handlungsempfehlung 8)

Ausbau gesundheitsfördernder Angebote für Zielgruppen mit erhöhtem Bedarf

Aus den Berichten wird deutlich, dass die handelnden Akteurinnen und Akteure einen erhöhten Handlungsbedarf im Bereich der Gesundheitsförderung für folgende Zielgruppen bzw. für folgende Bereiche festgestellt haben:

- Männer: Viele Angebote haben explizit beide Geschlechter angesprochen, wurden jedoch überwiegend von Frauen wahrgenommen. Es wurde vermutet, dass die Angebote möglicherweise „zu weiblich geprägt“ sind.
- Ältere Menschen: Folgende Gruppen sollten nach Ansicht der Autoren verstärkt angesprochen werden: sozial benachteiligte ältere Männer, einsame Männer, Männer und Frauen mit Migrationshintergrund, Ältere mit Behinderung - auch mit geistiger Behinderung, demenziell Erkrankte. Bei dieser Zielgruppe hat sich auch die strikte Trennung von Primär- und Sekundärprävention als hinderlich herausgestellt. Hier gilt es zu überprüfen, inwiefern eine Vereinfachung bei den Finanzierungsmöglichkeiten durch die Krankenkassen möglich ist.
- Darüber hinaus wird der Ausbau von generationsübergreifenden Angeboten, die z.B. in Mehrgenerationenhäusern, Seniorenheimen oder im Stadtteil stattfinden, empfohlen.

Handlungsempfehlung 9)

Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die stärkere Beteiligung der Betriebe an Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ihre Beschäftigten sollte durch die Politik gefordert werden. Durch geeignete strukturelle Arbeitsbedingungen (z.B. Gleitzeit, Kinderbetreuung usw.) können die Betriebe einen essentiellen Beitrag zur Ausübung eines gesunden Lebensstils und zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf beitragen. Die Betriebe sollten einerseits stärker über die Notwendigkeit der Gesundheitsförderung an sich, ihren Return on Investment sowie über die finanziellen Möglichkeiten wie z.B. die steuerlichen Vorteile informiert werden.

Insbesondere in handwerklichen und pflegerischen Berufen scheint es einen erhöhten Handlungsbedarf u.a. durch Doppel- und Mehrfachbelastungen zu geben. In diesen Bereichen wurde die Teilnahme an Maßnahmen häufiger als in anderen Berufen abgebrochen. Die Gründe für die hohen Abbruchquoten bei diesen Zielgruppen sollten dringend erforscht wer-

den, um auch diesen belasteteren Berufsgruppen zukünftig adäquate und passgenaue Angebote zur Gesundheitsförderung machen zu können.

Handlungsempfehlung 10)

Förderung ressortübergreifender Zusammenarbeit auf allen Ebenen

Interdisziplinäre Kooperationen und vernetztes Arbeiten war in allen Projekten ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Damit dies gelingen kann, sollten die entsprechenden Strukturen geschaffen und auch auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ausgebaut und stärker verzahnt werden. Langfristig tragbare Netzwerkstrukturen und zielgerichtete Kooperationen brauchen eine stetige Koordination - eine Instanz, die das gemeinsame Handeln vorantreibt. Netzwerkarbeit erfordert (multi-)professionelles Handeln und den Einsatz von Ressourcen. Daher spielt auch auf dieser Ebene die Qualifizierung eine große Rolle, aber genauso die Unterstützung durch gemeinsame Veranstaltungen wie die IN FORM-Netzwerktreffen. Auch hier wäre eine Befragung der Akteure sinnvoll, wie sie sich zukünftig eine Unterstützung für Vernetzung vorstellen.

Handlungsempfehlung 11)

Langfristige Begleitforschung

Die Analyse der Berichte hat gezeigt, dass die wissenschaftliche Begleitung, selbst in Projekten, die durch das BMG gefördert werden, sehr unterschiedlich erfolgt. In vielen Projekten erfolgt keine eigene wissenschaftliche Begleitung, sondern nur die vorgegebene Beteiligung an übergeordneten Evaluationsvorhaben, die nicht unbedingt auf die einzelnen Maßnahmen fokussiert, sondern den Gesamtprozess analysiert.

Einige Projekte haben eine eigene wissenschaftliche Begleitung initiiert, jedoch die Ergebnisse nicht veröffentlicht und wieder andere haben ihre Ergebnisse nur teilweise veröffentlicht. Hier wäre es zukünftig wünschenswert, dass alle Projekte wissenschaftlich begleitet würden, um Output und Outcome von Interventionen und Projekten überprüfen zu können. Eine andere Lösung wäre, die wissenschaftliche Begleitforschung verpflichtend in die Anträge mit aufzunehmen und hier die finanzielle Förderung daran zu koppeln. So könnte in der Ausschreibung ein Ausschlusskriterium eine fehlende wissenschaftliche Begleitung sein.

Weiteres Vorgehen

Um das weitere Verfahren der Verbreitung der Projektergebnisse anhand der oben vorgestellten Möglichkeiten zu konkretisieren, könnte vom BMG ein Fachgespräch ausgerichtet werden, an dem die Teilnehmenden des ehemaligen Expertenkreises zur Entwicklung von Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit dem Fokus auf Ernährung, Bewegung und Stressregulation beteiligt werden sowie der Projektbeirat und die Durchfüh-

renden des Projekts „Sekundäranalyse“. Es könnte zeitnah zu einem gemeinsamen Vorbereitungsgespräch eingeladen werden.

10.3 Handlungsempfehlungen für Akteurinnen und Akteure

Vorwort

Diese Empfehlungen sind ein Ergebnis des Forschungsprojektes „Sekundäranalyse der im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM seitens des BMG geförderten Projekte“, das in Kooperation der Deutschen Sporthochschule Köln mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt wurde. Ziel des Forschungsvorhabens war es, aus den im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM umgesetzten und seitens des Bundesministeriums für Gesundheit im Zeitraum 2009 bis 2011 finanzierten Projekte Erkenntnisse und Empfehlungen im Bereich qualitätsgesicherte Umsetzung und Nachhaltigkeit für zukünftige Projekte und Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention abzuleiten. In der Analyse wurden die Abschlussberichte sowie teilweise Zwischen- und Evaluationsberichte von insgesamt 35 Projekten der Zentren für Bewegungsförderung, der Aktionsbündnisse für gesunde Lebensstile und Lebenswelten sowie verschiedener Modellprojekte ausgewertet.

Hierzu wurden anhand vorgegebener Forschungsfragen Faktoren zusammengetragen, die sich für eine erfolgreiche Projektplanung und -durchführung in Maßnahmen zur Förderung eines aktiven und gesundheitsförderlichen Lebensstils als hilfreich und nützlich erwiesen haben.

Die zentrale Erkenntnis dieser Analyse ist, dass für die erfolgreiche Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen und deren langfristige Implementierung der Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen sinnvoll und zielführend ist. Aus diesem Grund wird empfohlen, Qualitätsverfahren in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention systematisch einzusetzen. Im Folgenden werden Aspekte genannt, die aus der Analyse heraus für der Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von Bedeutung sind.

Kernbotschaft 1: Vorgehen anhand des Public Health Action Cycles (auch: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus)

Das Vorgehen sollte sich an dem Public Health Action Cycle (Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) orientieren, d.h. die Problemlage sollte anhand des Bedarfs definiert und die Maßnahmenstrategie dementsprechend formuliert und umgesetzt werden. Entscheidend für die langfristige Umsetzung der Maßnahmen ist die Bewertung der Ergebnisse und Wirkungen der Aktionen in Bezug auf die intendierte Zielstellung. Erfolgreiche Maßnahmen können auf dieser Grundlage weiter geführt werden, nicht erfolgreiche Maßnahmen sollten optimiert bzw. adaptiert und erneut durchgeführt werden oder gegebenenfalls beendet werden. Damit beginnt der Zyklus vom Neuen. Der Public Health Action Cycle kann einerseits für ein komplexes Gesamtvorhaben angelegt werden, das aus verschiedenen Teilprojekten besteht und andererseits kann er für alle einzelnen Maßnahmen bzw. Interventionen als Grundlage dienen. Der Public Health Action Cycle ist somit ein Werkzeug für das Projektmanagement in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, das auf verschiedenen Ebenen eingesetzt werden kann und sollte.

Kernbotschaft 2: Maßnahmen sollten in der Lebenswelt der Zielgruppen ansetzen. Ziel der Maßnahmen sollte die Förderung eines gesundheitsgerechten Verhaltens durch Gestaltung der Lebenswelten (Strukturen) in Verbindung mit An- und Begleitung und Qualifizierung (Empowerment) sein.

Als zentrale Strategie zu individuellen Verhaltensänderungen haben sich in den Projekten Maßnahmen bewährt, die einen Lebensweltansatz verfolgten, in dem Aspekte der Verhältnis- und Verhaltensprävention kombiniert werden. Die unterschiedlichen Lebenswelten wie beispielsweise Schulen und Kindertagesstätten garantieren zum einen die Erreichbarkeit der Zielgruppe und zum anderen erlauben sie die zielgerichtete Förderung individueller Kompetenzen, um gesundheitsbewusst handeln zu können. Die Strategie, die Angebote und Maßnahmen in bestehende Settings zu integrieren und keine neuen Strukturen zu schaffen, wurde von den Projekten als besonders hilfreich beschrieben – dies lässt sich auch an der häufigen Umsetzung von Interventionen in den verschiedenen Lebenswelten ableiten.

Grundlage für gesundheitsgerechtes Verhalten ist demnach das Vorhandensein von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen in den Lebenswelten der Menschen mit geeigneten Ernährungs- und Bewegungsmöglichkeiten (Verhältnisprävention). Damit die unterschiedlichen Zielgruppen diese Strukturen nutzen, sich also gesundheitsfördernd verhalten, ist es sinnvoll, sie dabei anzuleiten, zu begleiten und u.U. entsprechend zu qualifizieren (Verhaltensprävention). Wichtig ist, dass die Menschen motiviert und ermutigt werden, ihre

eigenen Ressourcen zu nutzen und ihnen Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden, um ihre eigene Lebenswelt zu gestalten. Dies gelingt am ehesten, wenn die verschiedenen Zielgruppen Spaß und Erfolgserlebnisse haben und ihre eigenen Erfahrungen einbringen können (Empowerment).

Kernbotschaft 3: Die Ergebnisse der Berichte haben die Bedeutung von Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung bestätigt und unterstreichen, wie wichtig die Anwendung für die Praxis ist. Dafür stehen in der Gesundheitsförderung verschiedene Qualitätssicherungssysteme zur Verfügung, die helfen, wichtige Aspekte der Projektplanung und -durchführung adäquat zu berücksichtigen.

Die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen oder Strukturen kombiniert mit einer qualifizierten An- und Begleitung kann in Form vielfältiger Maßnahmen erfolgen. Erfahrungen aus der Praxis belegen, dass hierbei viele verschiedene Aspekte bedacht werden müssen, damit sich Kinder und Jugendliche, Studierende, Menschen im Erwerbsalter mit und ohne Migrationshintergrund und/oder soziale Benachteiligung sowie Seniorinnen und Senioren regelmäßig bzw. langfristig gesundheitsförderlich verhalten.

Viele Faktoren, die sich auf der Grundlage der Analyse der Abschlussberichte für die Projektplanung und -durchführung aus Sicht der Akteure als notwendig herausgestellt haben, decken sich mit den Aspekten, die in den gängigen Qualitätssicherungsverfahren gefordert werden und bestätigen damit die Notwendigkeit deren Nutzung. Dazu zählen u.a.

- Bedarfsanalyse und Bestandsaufnahme
- Formulierung einer gemeinsamen Vision und gemeinsamen Zielen (mit Zielgruppen und Kooperationspartnern)
- Kenntnis und Beachtung zielgruppenspezifischer Besonderheiten
- Partizipation (von Zielgruppen und Kooperationspartnern)
- Schlüssige Gesamtkonzeption (u.a. Zugangswege, Niederschwelligkeit und Vermittlungsmethoden)
- Strukturelle (u.a. bauliche) Maßnahmen (Verhältnisprävention)
- Kooperationen und Netzwerke
- Projekt-/Netzwerkmanagement und -struktur (Arbeitsorganisation, Gremien etc.)
- Personal (Qualifikation, Aufgabenverteilung)
- Finanzierung
- Externe Kommunikation: Öffentlichkeitsarbeit und Transparenz
- Dokumentation und Evaluation.

Daher wird an dieser Stelle empfohlen, gesundheitsfördernde Projekte und Maßnahmen grundsätzlich mithilfe von Qualitätsentwicklungssystemen zu planen, durchzuführen und auszuwerten.

Kernbotschaft 4: Die Projektberichte haben gezeigt, dass in der Praxis weitere Aspekte für die Akzeptanz und den Erfolg von Maßnahmen von großer Bedeutung sind, die bislang von den Akteurinnen und Akteuren unterschätzt werden.

Einige Aspekte, die von den Akteurinnen und Akteuren als bedeutsam für einen reibungslosen Projektablauf genannt wurden bzw. durch die Analyse der Berichte als solche identifiziert wurden sind neu bzw. bisher nicht so bewusst in den Fokus der Betrachtungen gerückt worden. Dazu gehören:

1. Vorlaufphase bzw. ausreichend Zeit für die Planung
2. Nutzung vorhandener lokaler Strukturen
3. Kommunale Unterstützung
4. Einbezug von Vertrauenspersonen
5. Flexibilität der Projektpartner und Organisationen

Zu 1: Vorlaufphase bzw. Zeit für die Planung

Eine sorgfältige Planungsphase mit der größtmöglichen Einbindung der Zielgruppen und der Kooperationspartner – hilft, den Bedarf der Zielgruppen und der Einrichtungen für gesundheitsfördernde Maßnahmen zu ermitteln, den bereits bestehenden Bestand zu erfassen, die Besonderheiten der Menschen in der Zielgruppe zu berücksichtigen und darauf basierend die Ziele für die Aktivitäten gemeinsam zu entwickeln. Die Zeit dafür ist so einzuplanen, dass alle beteiligten Personen sich aufeinander einstellen können und ein gemeinsames Verständnis für das Vorhaben entwickeln können. In einigen Projekten hat sich dafür eine Art „Aufbauphase“ - wie in den Aktionsbündnissen - als sehr hilfreich herausgestellt. Häufig wird die Zeit, die für gemeinsame Absprachen benötigt wird, deutlich unterschätzt und diese Zeit fehlt nachher für die Durchführung von Maßnahmen und Interventionen. Die realistische Einschätzung, wie viel Zeit die gesamte Planungsphase in etwa Anspruch nehmen wird, ist daher von zentraler Bedeutung für den Projekterfolg.

Zu 2) Nutzung vorhandener lokaler Strukturen

Die Erfahrungen aus den Projekten und Maßnahmen lassen darauf schließen, dass es hilfreich ist, bestehende lokale Strukturen mit bekannten und verlässlichen Angeboten zu nutzen oder diese zumindest mit einzubeziehen. Wichtig dabei scheint es, die Eigenständigkeit der Institutionen zu bewahren, indem beispielsweise ein Turnverein weiterhin sein ursprüng-

liches Programm und darüber hinaus neue Kurse, die z. B. im Namen einer Kooperation mit einem Betrieb entstanden ist, anbietet.

Zu 3) Kommunale Unterstützung

Für viele gesundheitsfördernde Projekte und Maßnahmen hat es sich bewährt, die Kommune als Kooperationspartner und damit ihre Unterstützung zu gewinnen. Dadurch konnten Synergieeffekte und je nach Bedarf die vorhandenen Strukturen des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereiches für das Projekt sinnvoll genutzt werden. So konnten beispielsweise vorhandene Daten aus der jeweiligen kommunalen Gesundheits-, Bildungs- und/oder Sozialberichterstattung sinnvoll für die Bestands- und Bedarfsaufnahme genutzt und diese dadurch erheblich erleichtert werden. Viele Daten liegen den Kommunen bereits vor und müssen nicht gesondert erhoben werden. Darüber hinaus scheint es bei langfristigen Projekten sinnvoll, dass die Fragestellungen, die für die Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung sind, in kommunale Erhebungsinstrumente mit aufgenommen werden. Hier empfiehlt es sich, intensive Gespräche mit den jeweiligen Kommunen zu führen, ob und wie dies möglich ist.

Darüber hinaus hat es sich den Berichten zufolge als sinnvoll herausgestellt, kommunale Entscheidungspersonen, wie z.B. den Bürgermeister als Schirmherrn für ein Projekt zu gewinnen. Dies sichert die Akzeptanz bereits in der Aufbauphase und führt dazu, dass die Aufmerksamkeit der Bürgerinnen und Bürger für das Projekt gesteigert und in der Regel auch die politische Unterstützung sowie die der Verwaltung erhöht ist.

Die breite Akzeptanz des Projektes in der Kommune hat sich als wesentlich für die Sicherung der Nachhaltigkeit der Projekte und Maßnahmen herausgestellt.

Zu 4) Einbezug von Vertrauenspersonen

Ein nicht zu unterschätzender Faktor für die Motivation der Menschen, ihr Bewegungs- und Gesundheitsverhalten zu ändern, scheint die Möglichkeit zu sein, vorhandenes und vor allem bekanntes Personal in den lokalen Einrichtungen und Strukturen als Vertrauenspersonen einzubinden. Ob Mitarbeitende in Kulturvereinen, Lehrkräfte in Schulen oder Pflegepersonal im Senioreneinrichtungen - diese Vertrauenspersonen aus dem Umfeld der Zielgruppen verfügen oftmals über ein detailliertes Wissen zu den Bedürfnissen und Wünschen der Zielgruppe und können somit zu einer zielgruppengerechteren Gestaltung der Bewegungs- oder Ernährungsangebote beitragen. Gesundheitsförderung bedeutet Beziehungsarbeit. Häufig reicht es nicht aus, einfache Kursangebote zu schaffen, ohne die Zielgruppe tatsächlich zu erreichen. Für eine langfristige Motivation der Zielgruppen, die eigene Gesundheit und Lebensbedingungen stärker selbst mitzugestalten (Empowerment), muss es gelingen, Freude am neuen Verhalten zu vermitteln und Einstellungen zu ändern. Daher ist der Zugang über Vertrauenspersonen sinnvoll. Fremden Personen gelingt dieser Zugang nicht immer, das

haben die Berichte gezeigt. Wenn keine Vertrauenspersonen einbezogen werden können, sollte noch stärker auf die soziale Kompetenz des Personals/der Fachkräfte geachtet werden.

Zu 5) Flexibilität der Projektpartner und Organisationen

Für die Durchführungsphase hat sich in vielen Projekten die eigene Flexibilität und die der Partner als notwendig herausgestellt, um auf neue und unerwartete Anforderungen reagieren zu können und Angebote und deren Ziele gegebenenfalls auf veränderte Rahmenbedingungen anzupassen. Dies scheint dringend erforderlich zu sein, da viele Projekte von zahlreichen Verzögerungen im Ablauf in den Abschlussberichten schreiben. Beispielsweise können Genehmigungsverfahren für die bewegungsfreundliche Gestaltung von öffentlichen Wegen sehr langwierig sein oder eine späte Bereitstellung von Projektmitteln dazu führen, dass Zeitplanungen geändert werden müssen. Absprachen mit Partnern in kooperierenden Schulen oder Betrieben können länger dauern als geplant, und ursprünglich nicht einkalkulierte Abstimmungen mit Personalverantwortlichen, Betriebsräten oder Leitungsebenen notwendig werden, wenn zum Beispiel Fragebögen zur Bedarfserfassung an alle Mitarbeitenden verschickt werden sollen. Ein weiterer Grund für die Notwendigkeit von Flexibilität im Projektablauf ist die Einbeziehung der Wünsche und Ideen der Projektpartner und der Zielgruppen. Hier zeigte sich vielfach, dass Partizipation nicht nur Zeit, sondern auch die Bereitschaft zur Flexibilität benötigt, insbesondere dann, wenn die Zielgruppe erst zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit zur Partizipation erhält und nicht schon entsprechende in die Planungsphase eingebunden ist.

Kernbotschaft 5: Viele allgemein bekannte Faktoren der Qualitätsentwicklung und -sicherung haben sich als besonders schwierig in der Umsetzung herausgestellt. Diesen Faktoren sollte vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

1. Gemeinsam eine Vision (ein gemeinsames Verständnis) entwickeln und SMARTe Ziele formulieren
2. Partizipation von Zielgruppen und Kooperationspartnern
3. Dokumentation und Evaluation

Zu 1) Gemeinsam eine Vision (ein gemeinsames Verständnis) entwickeln und SMARTe Ziele formulieren

Die Entwicklung einer gemeinsamen Vision für das Projekt bzw. die Maßnahmen – zusammen mit den Zielgruppen und den Kooperationspartnern - kann einen wertvollen Beitrag zum Gelingen der Maßnahmen leisten, weil dadurch ein gemeinsames Verständnis für die Durch-

führung der einzelnen Schritte hergestellt werden kann. Die Erarbeitung einer gemeinsamen Vision, kann daher den ersten Schritt darstellen, bevor an konkreten Zielen und Teilzielen gearbeitet wird. Die gemeinsame Vision sichert das gemeinsame Verständnis über das Projekt. Wenn dies erfolgt ist, können von der Vision „SMARTe“ Ziele und Teilziele abgeleitet werden.

Die Analyse der Berichte hat gezeigt, dass es nur in den wenigsten Projekten gelungen ist, eine „SMARTe Zielformulierung“ mit allen Beteiligten vorzunehmen. Die Formulierung von spezifischen, messbaren, angemessenen und terminierten Zielen und der kontinuierliche Abgleich der Erfüllung mit den Kooperationspartnern liefert jedoch einen entscheidenden Beitrag zu einer erfolgreichen Planung, Umsetzung und Nachhaltigkeit der Angebote.

Hierfür sollten die Akteurinnen und Akteure ausreichend qualifiziert sein und es sollte genug Zeit dafür eingeräumt werden. Idealerweise sollte die Zielformulierung mit allen an dem Projekt beteiligten Kooperationspartnern und zusammen mit den Zielgruppen in gemeinsamen Workshops oder Arbeitskreisen erarbeitet werden. Diese Vorgehensweise ist besonders empfehlenswert, weil dadurch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Projekt und dem, was erreicht werden soll erfolgt, was zu einer deutlich höheren Identifikation mit dem Projekt und zu mehr Verbindlichkeit bei den Beteiligten führt. Beispielsweise können Gesundheitsziele für jede Einrichtung zusammen mit den Zielgruppen und Kooperationspartnern entwickelt werden, also den Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrkräften oder den Familien im Stadtteil oder aber den Pflegekräften und den älteren Menschen in der Senioreneinrichtung. Die Erfahrungen zeigen, dass diese Maßnahmen eher in Eigenregie der Einrichtungen weitergeführt werden, als „fertige“ Programme. Die gemeinsame Formulierung von Zielen und ein stetiger Zielabgleich kann somit das kooperative Vorgehen in den Projekten sicherstellen. Der Nutzen des Projektes sowie die Notwendigkeit der einzelnen Schritte der Maßnahmen (z.B. die bei einigen Partnern manchmal als „lästig“ empfundene Dokumentation) sind dann für alle Beteiligten einfacher nachzuvollziehen. Darüber hinaus kann nur auf diese Weise eine messbare Bewertung der einzelnen Interventionen und Maßnahmen und damit des gesamten Projektes erfolgen. Solange die Ziele sich im Bereich von Visionen bewegen und nicht SMART formuliert sind, können nur vage Schätzungen über den Erfolg der Maßnahmen erfolgen und die Belege, ob und inwiefern das Projekt erfolgreich war, entzieht sich jeder Kenntnis. Wenn die Belege über den Erfolg fehlen, wird es deutlich schwieriger, politische Akzeptanz und finanzielle Ressourcen für eine Weiterführung zu erhalten.

Ein Hinweis auf das Fehlen eines gemeinsamen Verständnisses unter den Beteiligten können z.B. Unstimmigkeiten im Steuerungsgremium oder in einzelnen Arbeitsgruppen sein, die sich darin äußern, dass Kooperationspartner fernbleiben oder sich nicht beteiligen. Das gemeinsame Verständnis und die gemeinsam definierten, SMARTen Ziele scheinen grundlegende Bausteine für die erfolgreiche Projektplanung und -durchführung zu sein.

zu 2) Partizipation

Die aktive Einbindung der Zielgruppen und der Kooperationspartner in die Planung und Durchführung der Angebote hat den Vorteil, dass die jeweilige Lebenswelt aus der Perspektive der Betroffenen betrachtet wird, wodurch Handlungsbedarfe und Barrieren leichter und schneller identifiziert und die Angebote dadurch passgenauer und damit effektiver gestaltet werden können.

Die Beteiligung der Zielgruppen und der Partner in alle Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse erfordert von den Fachkräften Zeit, Flexibilität und Einfühlungsvermögen. Wenn alle Projektpartner und Zielgruppen einbezogen werden, führt das dazu, dass viele Ansprüche gegenüber dem Projekt deutlich werden und sich letztlich geeinigt werden muss, da in großen, komplexen Projekten nur selten allen Vorstellungen genügt werden kann. Für diese Prozesse ist eine hohe Moderationskompetenz erforderlich, damit sich alle gleich ernst genommen fühlen und zum Beispiel der Nutzen der Maßnahmen für alle Projektpartner gleichermaßen erkennbar wird und die Maßnahmen entsprechend von allen akzeptiert und getragen werden können. Die Transparenz über Nutzen und Prozesse stellt auch sicher, dass sich alle Partner gleichermaßen einbringen können, wenn sie wollen.

Werden Maßnahmen ausschließlich von außen geplant und umgesetzt, besteht die Gefahr, dass Angebote nicht wahrgenommen werden und vor allem nicht nachhaltig wirken können, weil sie nicht an den Bedarfen und Bedürfnissen der Zielgruppen und der Einrichtungen ansetzen.

zu 3) Dokumentation und Evaluation

Die begleitende Dokumentation der Prozesse und deren regelmäßige kritische Auswertung wie z.B. Befragungen bei den beteiligten Zielgruppen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu den Maßnahmen, Aktionen oder Fortbildungsmodulen haben sich als sehr hilfreich für die Zielerreichung erwiesen. Dadurch können prozessbegleitend wertvolle Informationen zu den Inhalten und den Strukturen der Angebote gewonnen werden, die dann anhand der Rückmeldungen entsprechend überarbeitet werden können.

Die prozessbegleitende Evaluation ermöglicht die Überprüfung von Teilzielen, schafft Transparenz unter allen Beteiligten, fördert darüber hinaus die Reflexion über die eigene Arbeit und trägt somit maßgeblich zur Qualitätsentwicklung des Projektes bei. Erfolgt keine kritische Betrachtung der Prozesse und der Wirkungen, kann es passieren, dass die Maßnahmen die Zielgruppen nicht erreichen und dass die Möglichkeiten der Nachsteuerung nicht oder zu spät erkannt werden, wodurch der Erfolg der eingeleiteten gesundheitsfördernden Maßnahmen und der Prozesse ernsthaft gefährdet werden. Die prozessbegleitende Evaluation, die

sowohl intern als auch extern erfolgen kann, trägt somit wesentlich zum Erfolg von Projekten und Maßnahmen bei.

Kernbotschaft 6: Kommunikation als Schlüsselfaktor in der Planung und Umsetzung von Projekten:

- **Kommunikation mit Zielgruppen, um Bedarf und Besonderheiten zu erfassen und damit passgenaue Angebote zu entwickeln bzw. anbieten zu können.**
- **Kommunikation mit lokalen Kooperationspartnern, um Bestand vor Ort zu ermitteln und Bedarf der Zielgruppen und der Lebenswelt einzuschätzen sowie die langfristige Verankerung voranzutreiben (gemeinsame Strategieentwicklung).**
- **Kommunikation innerhalb der Projekt-Arbeitsgruppen und mit den Kooperationspartnern in den Lebenswelten, um den reibungslosen Ablauf der Maßnahmen sicherzustellen.**

Eine gute Kommunikation mit den Zielgruppen und den Kooperationspartnern hilft, den Bedarf der Menschen zu erfassen und erleichtert die Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Angebote, damit keine Parallelstrukturen entstehen. Das Einbeziehen der Zielgruppen ermöglicht es, ihre Besonderheiten besser zu berücksichtigen, damit passgenaue Angebote geschaffen werden können.

Der intensive Dialog mit der Zielgruppe und ihre aktive Teilhabe können helfen, Stigmatisierungen und potenzielle Nebenwirkungen zu vermeiden. Die gute Kenntnis der Zielgruppe hilft darüber hinaus, niederschwellige Zugangswege zu finden und geeignete Vermittlungsmethoden zu wählen. Wenn die Zielgruppen, die erreicht werden sollen, die Möglichkeit haben, sich einzubringen, ihre Lebenswelt mitzugestalten, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass diese Maßnahme angenommen und erfolgreich umgesetzt wird. Deswegen sollten bereits in der Planungsphase Möglichkeiten gefunden werden, wie die Kommunikation mit und der Einbezug der Zielgruppe erfolgen kann. Eine Möglichkeit bietet die Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern einer Zielgruppe in Steuerungsgremien. Darüber hinaus sollten sie in verschiedene Arbeitsgremien eingeladen werden und auch bei Fachtagen und Kongressen entsprechend berücksichtigt werden. Auch Workshops bieten sich an, die Zielgruppe zur aktiven Mitarbeit einzuladen.

Besonders hervorzuheben ist die gemeinsame Entwicklung von Zielen für das Vorhaben sowohl mit den Kooperationspartnern als auch mit der Zielgruppe bzw. Vertretern der Zielgruppe. Ihre frühzeitige Beteiligung sichert die Akzeptanz der Maßnahmen. Wenn es den Beteiligten gelingt, die Ziele SMART, d.h. spezifisch, messbar, angemessen, realistisch und terminiert zu formulieren, hat ein Prozess stattgefunden, bei dem alle Beteiligten die Möglichkeit hatten, sich einzubringen. Dies fördert die Übereinstimmung darüber, was auf wel-

chem Weg erreicht werden soll. So kann ein gemeinsames Verständnis entstehen, was eine wesentliche Grundlage für das Gelingen des Vorhabens bildet.

Eine gute Kommunikation sowohl mit den Zielgruppen, als auch mit den Kooperationspartnern ist demnach ein Schlüsselfaktor für eine erfolgreiche Projektplanung und -umsetzung. Was das im Einzelnen bedeutet, kann dabei sehr unterschiedlich sein, weil die Ansprüche, wie kommuniziert wird, persönlich oder per E-Mail, wöchentlich oder quartalsweise etc. sehr verschieden sind. Grundsätzlich sollten sich die Projektpartner, Akteure und Zielgruppen auf Augenhöhe begegnen, sich gegenseitig respektieren und wertschätzen. Dies drückt sich wesentlich in der Kommunikation und dem Umgang miteinander aus.

11 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Zu den Projektergebnissen zählen zum einen die Empfehlungen für die Verbreitung von Produkten, die im Rahmen der Projektförderung entstanden sind, zum anderen die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Umsetzung der 32 Projekte, die durch die Sekundäranalyse der vorgelegten Zwischen-, Abschluss- und Evaluationsberichte zusammengetragen wurden.

11.1 Produktempfehlungen

Eine Liste der empfehlenswerten Produkte haben die beiden Forschungsteams dem BMG mit dem Zwischenbericht vom 30. März 2013 vorgelegt. Diese Liste kann veröffentlicht werden. Die Produktempfehlungen geben darüber hinaus Hinweise für die weitere Verbreitung jedes einzelnen Produktes. Überdies wurde im Rahmen der Sitzungen mit dem Projektbeirat diskutiert, dass bei der Bekanntmachung und Verbreitung der Produkte die Wahl zielgruppengerechter Zugangswege für die Produkte von besonderer Bedeutung ist, damit sie auch diejenigen Akteure erreichen, die sie für ihre Arbeit auch nutzen können. Beispielsweise wären bei Medien für Gesundheitsförderung für immobile und hochbetagte, ältere Menschen Seniorenheime bzw. die entsprechenden Träger wichtige Ansprechpartner und Multiplikatoren. Für Medien, die sich an andere Zielgruppen in anderen Lebenswelten richten, müssen entsprechende Verbreitungswege gewählt werden. Dafür wäre es sinnvoll, auf der regionalen bzw. kommunalen Ebene Multiplikatoren zu gewinnen, die die Produkte den Akteuren in ihren Netzwerken bedarfs- und zielgruppengerecht zur Verfügung stellen. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit bzw. die Landesvereinigungen für Gesundheit oder auch Kommunale Gesundheitskonferenzen bieten hierfür geeignete Plattformen. Einen weiteren sinnvollen und direkten Zugangsweg zu den Akteuren stellen die Fach- und Berufsverbände dar.

Neben diesem direkten Verbreitungsweg über Kooperationspartner, können die Produktempfehlungen über Fachveröffentlichungen, Kongressauftritte oder Expertenworkshops veröffentlicht und bekannt gemacht werden. Auch die IN FORM-Internetseite bietet eine gute Möglichkeit für die Präsentation der empfohlenen Medien bzw. Produkte.

Im Projektbeirat wurde darüber hinaus auch die Möglichkeit diskutiert, dass die Aufmerksamkeit der Fachöffentlichkeit durch das Ausrufen eines Preises oder Verleihen eines Siegels gewonnen werden könnte. Hierfür könnte eine Jury, zusammengesetzt aus

Vertretern von Berufs- und Fachverbänden, Kommunen und Wissenschaft, eingesetzt werden, um die besten und innovativsten Produkte auszuzeichnen.

Im Rahmen der Zusammenstellung der Produktempfehlungen, wurden auch viele, von den Projekten entwickelte und eingesetzte Fragebögen – ob zur Bedarfsermittlung oder zur Erfassung von Gründen für den Abbruch der Maßnahme und zur Dokumentation des Prozessablaufs – zusammengetragen und an Frau Prof. Dr. Petra Kolip geschickt. Die verschiedenen Erhebungsinstrumente sollen ebenfalls veröffentlicht und allen Akteuren der Gesundheitsförderung zugänglich gemacht werden. Dazu wird geprüft, ob diese auf Evaluationstools.de auf den Seiten der „Qualitätsinitiative NRW“ eingestellt und somit den Akteuren in der Praxis zur Verfügung gestellt werden können. Des Weiteren wäre eine Darstellung auf der Internetseite www.in-form.de, beispielsweise im Bereich Evaluation (EVA-Box), denkbar. Dabei sollte jedoch beachtet werden, dass die Urheberrechte für die aufgelisteten Fragebögen zuvor geklärt werden müssen und alle Quellen entsprechend genannt werden.

11.2 Sekundäranalyse der Projektberichte

Die Ergebnisse der Sekundäranalyse werden in diesem Abschlussbericht ausführlich dargestellt. Der Abschlussbericht liefert Antworten auf die Forschungsfragen und enthält konkrete Handlungsempfehlungen für das BMG. Darüber hinaus werden die Ergebnisse als konkrete Handlungsempfehlungen für Akteure als separates Dokument zur Verfügung gestellt, das das BMG z.B. in einer eigenen Schriftenreihe veröffentlichen kann. In die Handlungsempfehlungen fließen die konkreten Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Projekt- bzw. Evaluationsberichten sowie die Ergebnisse der Produktsichtung ein.

Es bietet sich an, die Handlungsempfehlungen darüber hinaus auf den Internetseiten von IN FORM abzubilden sowie als eigenständige Artikel in Fachzeitschriften zu veröffentlichen. Auf Tagungen, Fachkongressen oder Expertenworkshops könnten die Ergebnisse in Vorträgen und Workshops vorgestellt und diskutiert werden.

Ein erstes Abstract zu diesem Projekt ist im Rahmen eines Promotionsverfahrens veröffentlicht worden:

Rühl E, Quilling E, Strüder HK, Graf C (2013): Erfüllen Projekte in der Gesundheitsförderung bestehende Qualitätskriterien – Forschungsvorhaben und Studiendesign. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 64, (5) 146.

Eine weitere Publikation, im Rahmen der o.g. Dissertation ist geplant.

12 Verwertung der Projektergebnisse (Transfer und Nachhaltigkeit)

Die Projektergebnisse – hier insbesondere die Handlungsempfehlungen für Akteure – sollen für die Zielgruppe nutzbar und leicht umsetzbar sein. Um damit einen nachhaltigen Transfer der Projektergebnisse in die Praxis sicherstellen zu können, müssen die Handlungsempfehlungen praxisorientiert aufbereitet werden. Daher scheint eine Veröffentlichung mit Tipps aus der „Praxis für die Praxis“ ein guter Weg zu sein, Qualitätssicherung in die Praxis der Gesundheitsförderung zu tragen. Wenn die Handlungsempfehlungen als Broschüre veröffentlicht werden und auf den IN FORM-Internetseiten zum Download zur Verfügung stehen, ist damit ein wesentlicher Teil des Transfers und der Nachhaltigkeit gesichert. Darüber hinaus könnten die Handlungsempfehlungen im Rahmen von Seminaren, Vorträgen und Workshops thematisiert und zur Anwendung empfohlen werden, wenn dies vom BMG erwünscht und unterstützt wird. Es ist darüber hinaus geplant, Netzwerkpartner in verschiedenen Gremien und Arbeitskreisen über die Ergebnisse und die Handlungsempfehlungen zu informieren und zur Anwendung zu motivieren.

In den an das BMG formulierten Handlungsempfehlungen wurden Vorschläge gemacht, wie Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention aufgrund der im Rahmen dieses Forschungsvorhabens gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnissen vorangetrieben werden könnte. Diese Empfehlungen sollten mit Experten und Akteuren diskutiert und anschließend konkrete Schritte eingeleitet werden. Ziel ist es, mit qualitätsgesicherten und wirksamen Maßnahmen geeignete Lebensbedingungen zu schaffen, die es allen Bürgerinnen und Bürgern ermöglichen, sich gesundheitsbewusst und -gerecht zu leben und zu handeln.

13 Literatur- und Publikationsverzeichnis

13.1 Literatur

Altgeld, T. (2008), Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche spielt im Gesundheitswesen noch keine Rolle. *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 53: 99-102

Altgeld, T. (2010), „Schon wieder ein Netzwerk?“ - Wann nutzt und wann schadet Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention? *Stadtunkte*, 1, 5-7

Altgeld, T. (2011), Gesundheit gemeinsam fördern – Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Dürr, W. (Hrsg.) (2011), *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung*, Bern: Hans Huber

Arnstein, S. R. (1969), A ladder of citizen participation. *Journal of the American planning association*, 35(4), 216-224

BMELV (2013), *KINDERLEICHT-REGIONEN. Besser Essen. Mehr bewegen*. Berlin 2013

BMFSFJ (2005), 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. München 2005, 2. Fassung

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (2012), *Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress*

De Wild, J.A.; Van Dommelen, P.; Middelkoop, B.J.C.; Verkerk, P.H. (2009), Trends in overweight and obesity prevalence in Dutch, Turkish, Moroccan and Surinamese South Asian children in the Netherlands. *Archives of disease in childhood*. 94: 795-800

Graf, C., Koch, B., Falkowski, G., Jouck, S., Christ, H., Bjarnason-Wehrens, B., Tokarski, W., Dordel, S. & Predel, H.G. (2005). Effects of a school-based intervention on the BMI and motor abilities in childhood (mid point data of the CHILT-Project). *Journal of Sport Science and Medicine*, 4, 291-299

Franzkowiak, Peter (2003): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung*. 4., erw. und überarb. Aufl. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo (Reihe "Blickpunkt Gesundheit", 6)

GKV Spitzenverband: *Präventionsbericht (2012), Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011*. Berlin, S. 69

GKV Spitzenverband: *Präventionsbericht (2011), Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2010*. Berlin

Greenwood, D.; Whyte, W. F.; Harkavy, I. (1993), Participatory action research as a process and as a goal. *Human relations*, 46, 171-191

Hart, R. (1997), Children's participation: the theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care. New York: UNICEF

Hurrelmann, Klaus (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarb. Aufl. Weinheim, München: Juventa-Verlag

Israel, B. A.; Schulz, A. J.; Parker, E. A.; Becker, A. B. (1998), Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. Annual review of public health, 19, 173-202

Israel, B. A.; Krieger, J.; Vlahov, D.; Ciske, S.; Foley, M.; Fortin, P. (2006), Challenges and facilitating factors in sustaining community-based participatory research partnerships: Lessons learned from the Detroit, New City and Seattle urban research centers. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 83, 1022-1040

Kolip, P.; Müller, V. E. (2009), Evaluation und Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention: Zentrale Fragen, vielfältige Antworten. In: Kolip, P.; Müller, V. E. (Hrsg.) (2009), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern: Hans Huber

Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. In: Prävention und Gesundheitsförderung.1: 234-239

Kromeyer-Hauschild, K.; Zellner, K. (2007), Trends in overweight and obesity and changes in the distribution of body mass index in schoolchildren of Jena, East Germany. European Journal of Clinical Nutrition, 61: 404-411

Kuhlmann, E., Kolip, P. (2005), Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Juventa: S. 99-106

Kurth, B.-M. (2012), Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) Bundesgesundheitsblatt 2012, Forschung aktuell, 1-11

Kurth, B.-M.; Schaffrath Rosario, A. (2010), Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 53 (7): 643-652

Kurth, B.-M.; Schaffrath Rosario, A. (2007), Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50:736-743

Mann-Luoma R, Goldapp C, Khaschei M, Lammers L, Milinski B (2002), Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt 45, 952-959

Meigen, C.; Keller, A.; Gausche, R.; Kromeyer-Hauschild, K., Blüher, S.; Kiess, W.; Keller, E. (2008), Secular trends in body mass index in German children and adolescents: a cross sectional data analysis via CrescNet between 1999 and 2006. Metabolism Clinical and Experimental, 57: 934-939

- Minkler, M.; Wallerstein, N. (Hrsg.) (2003), Community-based participatory research for health. San Francisco: Jossey-Bass
- Olds, T.S.; Tomkinson, G.R.; Ferrar, K.E.; Maher, C.A. (2010), Trends in the prevalence of overweight and obesity in Australia between 1985 and 2008. *International Journal of Obesity*, 34: 57-66
- Quilling, E., Nicolini H.J. et al. (2013), Praxiswissen Netzwerkarbeit. Wiesbaden. Springer VS
- Roberts, J. M. (2004), Alliances, Coalitions and Partnerships: Building collaborative Organizations. Gabriola Island/British Columbia: New Society Publishers
- Roche, B. (2009), New directions in community-based research. Toronto: Wellesley Institute
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004), Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern: Hans Huber
- Schröder, R. (1995), Kinder reden mit! Beteiligung an Politik, Stadtplanung und Gestaltung. Weinheim und Basel: Beltz
- Seibold, C.; Loss, J.; Eichhorn, C.; Nagel, E. (2008), Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer. Erlangen: Bayrisches Landesamt für Gesundheits- und Lebensmittelsicherheit
- Reinehr, T.; De Sousa, G.; Andler, W. (2005), Longitudinal analyses among overweight, insulin resistance, and cardiovascular risk factors in children. *Obesity Research*, 13 (10): 1824-1833
- Robert Koch Institut (2006), Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Gesundheitsberichterstattung des Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Heft 33, RKI Berlin
- Ruckstuhl, B. Kolip, P., Gutzwiller, F. (2001). Qualitätsparameter in der Prävention. In: BzGA (Hrsg). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Band 15
- Schwartz, Friedrich Wilhelm: Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage.
- Tempel, N., Bödeker, M., Reker, N., Schäfer, I, Klärs, G., Kolip, P. (2013): Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 42, BZgA Köln
- Tempel, N., Reker, N., Bödeker, M., Klärs, G., Schäfer, I., Töppich, J., Kolip, P. (2013a): Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. *Ansätze, Charakteristika und Empfehlungen. Prävention und Gesundheitsförderung* 2013, 8: 73-77
- Trojan, A. (1988), 12-Stufen-Leiter der Bürgerbeteiligung. In: BZgA (2003), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo

US Department of Health and Human services, Agency for Healthcare Research and Quality (2003), Creating partnerships, improving health: the role of community-based participatory research. Washington, DC: US Department of Health and Human Services

Viswanathan, M.; Ammermann, A.; Eng, E.; Gartlehner, G.; Lohr, K. N.; Griffith, D. (2004), Community-based participatory research: assessing the evidence. Summary, evidence report/technology assessment: number 99. publication number 04-e022-1, august 2004. Rockville, md: Agency for Healthcare Research and Quality

Walter, U. et al. (2001). Empfehlungen für die Zukunft. Zusammenfassender Leitfaden für die Umsetzung eines Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention. In: BzGA (Hrsg). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Band 15

Wandersman, A.; Goodman, R. M.; Butterfoss, F. D. (1997), Understanding coalitions and how they operate: an "open system" organizational framework. In: Minkler, M. (Hrsg.) (2003) Community organizing and community building for health. New Brunswick, NJ: Rutgers university press, 261-277

Wang, Y; Lobstein, T. (2006), Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International Journal of pediatric obesity, 1: 11-25

Waters, E.; De Silva-Sanigorski, A.; Hall, B.J.; Brown, T.; Campbell K.J.; Gao, Y.; Armstrong, R.; Prosser, L.; Summerbell, C.D. (2011), Intervention for preventing obesity in children (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12 Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub3

WHO (2012): Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Regionalkomitee für Europa, 62. Tagung, Malta, 10.-13. September 2012

WHO Europa (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986

Willhöft, C. (2013): Evaluation des Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“. Zentrale Ergebnisse und Empfehlungen für Entscheider, Projektförderer und Projektnehmer

Wright, M.; Block, M.; Unger, H. (2007), Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung: Ein Modell zur Beurteilung von Beteiligung. Infodienst für Gesundheitsförderung, 3:4-5

Wright, M. T.; Block, M.; von Unger, H. (2009), Partizipative Qualitätsentwicklung. In: Kolip, P; Müller, V. E. (Hrsg.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern: Hans Huber

Wright, M. T. (Hrsg.) (2010), Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber

13.2 Publikationen

Rühl E, Quilling E, Strüder HK, Graf C (2013): Erfüllen Projekte in der Gesundheitsförderung bestehende Qualitätskriterien – Forschungsvorhaben und Studiendesign. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 64, (5) 146