

Gesundheitsförderung in Gemeinden – Evidenz und Good Practice

Ergebnisbericht

In Zusammenarbeit von FGÖ und ÖBIG

Gesundheitsförderung in Gemeinden – Evidenz und Good Practice

Eine Analyse zur Wirksamkeit
von verhältnisorientierten Gesundheitsförderungsprogrammen und -projekten
für Kinder und Jugendliche in ländlichen Regionen

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Aida Tanios
Gudrun Braunegger-Kallinger
Christine Loder
Anna-Theresa Renner

Unter Mitarbeit von:

Elisabeth Breyer

Fachliche Begleitung:

GÖG-Task Force *Sozioökonomische Determinanten der Gesundheit*

Projektassistenz:

Bettina Engel

Wien, im Februar 2017

Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich

Zl. III/1/3/4189

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Abkürzungen.....	IV
Verzeichnis fremdsprachiger Begriffe.....	V
1 Einleitung	1
2 Definitionen, Begriffsklärungen und Konzepte.....	2
3 Methodik.....	7
3.1 Forschungsfragen	7
3.2 Informationssuche und Selektion	8
3.2.1 Suchstrategie	9
3.2.2 Literaturselektion	10
3.3 Analyse und Bewertung der Literatur	12
4 Ergebnisse der Literatursuche	13
4.1 Selektionsprozess	14
4.2 Eingeschlossene Publikationen	15
5 Darstellung der Interventionen und ihrer Ergebnisse	17
6 Qualität der eingeschlossenen Literatur.....	23
7 Gesamtschau der Analyse	26
7.1 Synthese der Qualitätsbewertungen.....	26
7.2 Synthese der Interventionsergebnisse.....	26
8 Schlussfolgerungen	35
9 Literatur	41
Anhang 1 Handlungsanleitungen zur kommunalen Gesundheitsförderung.....	46
Anhang 2 Grundprinzipien der Gesundheitsförderung.....	47
Anhang 3 Suchstrategie.....	49
Anhang 4 Formular zur Clusterung der Projekte.....	50
Anhang 5 Detailanalyse der eingeschlossenen Literatur.....	51

Abkürzungen

BMI	Body Mass Index
EPODE	Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants
FGM	Forschungsgesellschaft Mobilität
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FLVS-Studie	Studie Fleurbaix-Laventie Ville Santé
FMI	Fat Mass Index
GF	Gesundheitsförderung
GV	Geschlechtsverkehr
HDL-Cholesterin	High Density Lipoprotein – Cholesterin (Lipoprotein hoher Dichte)
HR	Healthy Respect
ICAPS	Intervention centered on adolescents' physical activity and sedentary behaviour
KUSS	Kuratorium für Schutz und Sicherheit
LDL-Cholesterin	Low Density Lipoprotein – Cholesterin (Lipoprotein niederer Dichte)
LOPA	leisure organized physical activity
LPA	leisure physical activity (körperliche Aktivität / Bewegung in der Freizeit)
LPAT	supervised leisure physical activity (angeleitete körperliche Aktivität / Bewegung in der Freizeit)
PA	physical activity (körperliche Aktivität / Bewegung)
NHS	National Health Service
NRW	Nordrhein-Westfalen
SALTO	SALzburg Together against Obesity (Salzburg gemeinsam gegen Adipositas)
SES	Socio-economic status (sozioökonomischer Status)
SHARE	Sexual Health and Relationship Education (Sexualgesundheits- und Beziehungspädagogik; wurde in beiden Phasen durchgeführt)
SIMD	Scottish Index of Multiple Deprivation
SMM	Schulmobilitätsmanagement
TVT	TV-Time (Zeit vor dem (Fernseh-)Schirm)
UK	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland)
VSS	Verkehrsschlangenspiel
ZTR	Zero Tolerance Respect (Komponente des HR-Projektes in Phase II)

Verzeichnis fremdsprachiger Begriffe

Community	Definition s. Kapitel 2
Community Readiness Tool	Instrument zur Evaluation
Ero-episch	zusammengesetzt aus den altgriechischen Wörtern erotemai (fragen, befragen, nachforschen) und Epos (Erzählung, Nachricht, Kunde): Forschungsgespräch in lockerer, vertrauter Gesprächsatmosphäre
Moderation analysis	Analyse von Drittvariablen bzw. Störfaktoren
Physical activity	Körperliche Aktivität / Bewegung
School Readiness Tool	Instrument zur Evaluation
Self-efficacy	Selbstwirksamkeit
Socio-ecological	Sozio-ökologisch
Stratified analyses	Geschichtete Analysen
Socio-economic status	Sozioökonomischer Status
Socio-occupational status	Messgröße, die den beruflichen und den sozialen Status als Indikatoren heranzieht
Walkability	Fußgängerfreundlichkeit

1 Einleitung

Gesundheitsförderung im kommunalen Setting bietet eine gute Möglichkeit, Menschen dort zu erreichen, wo sie einen großen Teil ihrer Zeit verbringen, z. B. in Schule, Arbeit, Freizeit, Vereinen, Gesundheitsversorgung, auf Festen, beim Konsum/Einkauf etc.

Ziel einer *verhältnisorientierten Gesundheitsförderung im Community-Setting* ist, dass die Gemeinde/Gemeinschaft nicht nur der Ort ist, in dem die Interventionen für mehr Gesundheit stattfinden (z. B. Schulung für richtiges Laufen), sondern dass sie selber Gegenstand der Intervention ist. Das bedeutet, dass die Infrastruktur der Gemeinde/Gemeinschaft (z. B. durch den Ausbau eines Radwegenetzes) und/oder ihre sozialen Strukturen so verändert werden, dass sie selbst ein gesundheitsförderlicher Ort wird (vgl. Simek 2013). Diese Unterscheidung zwischen „kommunaler Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitsförderung in der Gemeinde“ („gesundheitsförderliche/gesunde Gemeinde“) stellt eine Analogie dar zum Begriffspaar „Betrieblicher Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitsförderung im Betrieb“.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, der kommunalen Gesundheitsförderung in Österreich weitere unterstützende Materialien zur Verfügung zu stellen und sie durch Ermunterung zu Verhältnis- und Setting-Orientierung nachhaltiger zu gestalten.

Als Zielgruppe dieses systematischen Reviews wurden Kinder und Jugendliche gewählt.

Mit der Übersichtsarbeit soll Evidenz in Bezug auf Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im kommunalen Setting dargestellt und Antwort auf folgende Fragen gegeben werden: Gibt es Evidenz für Wirksamkeit? Wenn ja, welche? Welche Faktoren unterstützen die Wirksamkeit von Maßnahmen? Es soll auch analysiert werden, wie sich Programme/Projekte auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit auswirken. Die Ergebnisse sollen einen Beitrag zu einem systematischen Wissensaufbau in der Gesundheitsförderung darstellen.

Diese Übersichtsarbeit wird anhand des Handbuch „Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung“ (Haas et al. 2013) erstellt. Erfahrungen, die im Projektverlauf in Bezug auf Evidenz-Studien gemacht werden, werden im Projektbericht festgehalten und können zur Weiterentwicklung des Handbuches bzw. zur Durchführung von Evidenzstudien beitragen.

2 Definitionen, Begriffsklärungen und Konzepte

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung unterstützt den Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986, 1). Ziel der Gesundheitsförderung ist, sowohl soziale als auch individuelle Ressourcen für Gesundheit zu stärken. Sie wendet dabei den „Setting-Ansatz“ an. Nach diesem Ansatz sollen Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten von Menschen – z. B. in Schule, Arbeitsplatz oder Gemeinde – integriert werden. (vgl. auch BZgA 2003)

Gesundheitsförderung bedient sich in ihren Konzepten des Determinantenmodells der Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead (2007), nach welchem die Einflussfaktoren der Gesundheit auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sind: in der Person selbst (Alter, Geschlecht, Erbfaktoren), in individuellen Lebensweisen, in sozialen und kommunalen Netzwerken, in Lebens- und Arbeitsbedingungen und in allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (vgl. FGÖ 2013, 5).

Der Begriff „Community“

Im Zuge der Suche und Analyse von Literatur zum Thema stellte sich die Frage nach den Bedeutungen des englischen Begriffes „Community“. In der identifizierten Literatur wird der Begriff in unterschiedlicher Weise verwendet: als **regionale Community** (politisch-administrative und/oder geographisch begrenzte Einheit) oder als **soziale Community** (Gemeinschaft von Personen mit ähnlichen Interessen oder anderen Gemeinsamkeiten wie Weltanschauungen, z. B. religiöse Gemeinschaft, oder Wohnort, z. B. Nachbarschaft). In der vorliegenden Arbeit steht der Begriff Community für die beschriebenen regionalen Einheiten.

Kommunale Gesundheitsförderung

Unter kommunaler Gesundheitsförderung wird Gesundheitsförderung in den Settings Gemeinde, Stadtteil, Stadt oder Region verstanden. Bucksch et al. (2012) greifen auf das „humanökologische Modell der Gesundheitsdeterminanten in der Kommune“ zurück. Sie stellen anhand von Studien dar, dass kommunale Strukturen (z. B. Dichte an Lebensmittelläden und Fast-Food-Restaurants oder die „Walkability“ des Wohnumfeldes) das Gesundheitsverhalten in Bezug auf Ernährung und Bewegung und damit mittelbar die Gesundheit (z. B. Übergewicht) beeinflussen (vgl. Bucksch et al. 2012, 16). Daraus ist zu folgern, dass die „Gestaltung der räumlich-strukturellen Wohnumgebung ein großes gesundheitswirksames Potential“ (Bucksch et al. 2012, 16) enthält. Die Gemeinde bzw. die Stadt ist also eine zentrale Lebenswelt, deren Gestaltung Einfluss auf die Gesundheit der Menschen hat. In Gemeinde oder Stadt treffen auch verschiedene andere Settings zusammen (z. B. Kindergarten, Schule, Betriebe, Versorgungseinrichtungen etc.), die durch Aktivitäten der Verwaltung/Politik beeinflusst werden können (vgl. Bucksch et al. 2012, 17).

Gemeinden/Städte übernehmen aufgrund gesetzlicher Aufgaben viele Agenden, die die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen, auch wenn Gesundheit dabei kein explizites Thema ist. Zu den Gemeindeaufgaben gehören Gemeindeentwicklung, Einrichtung von Kinderbetreuungsstätten, Unterstützung des Vereinswesens, Wirtschaftsförderung etc. (vgl. Stender/Böhme 2011). Relevante Akteure sind dabei die Gemeinde-/Stadtverwaltungen sowie Vertreter/innen aus der Wirtschaft und der Zivilgesellschaft. Gemeinden/Städte gehören so einerseits zu den Gestaltern von Gesundheit, profitieren andererseits aber auch davon.

Für kommunale Gesundheitsförderung ist ein sektorenübergreifender und lebensphasenbegleitender Ansatz wichtig, der die unterschiedlichen Sektoren und Akteure zu gemeinsamem Handeln führt. Insbesondere eine Zusammenarbeit von Kommunalentwicklung und Gesundheitsförderung wird als essentiell gesehen (Stender/Böhme 2011, 237). Außerdem sind über das kommunale Setting viele unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen, auch jene, die nicht in anderen Settings erreicht werden können, z. B. ältere Menschen, Hausfrauen, Arbeitslose, sozial Benachteiligte. Im Setting Gemeinde treffen unterschiedlichste Akteure aufeinander. Komplexe Kooperationsstrukturen erlauben, dass diverse Stakeholder eingebunden werden, die Gemeinde bzw. Stadt kann über Angebote sozialer Netzwerke die soziale Teilhabe fördern. Nicht zuletzt können durch Zusammenarbeit unterschiedlicher Sektoren und Akteure auch unterschiedliche Determinanten der Gesundheit adressiert werden (vgl. Bucksch et al. 2012, 17).

Handlungsanleitungen zur kommunalen Gesundheitsförderung sind im Anhang 1 nachzulesen.

Internationale Programme

Das Europabüro der WHO gründete 1986 das internationale „Gesunde Städte Netzwerk“, welches im Jahr 2013 auch in Österreich sein zwanzigjähriges Bestehen feierte. Mehr als 20 österreichische Städte sind Teil des Netzwerks. Das Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ ist vorrangig auf Bundesländerebene organisiert.

Die WHO unterstrich die besondere Bedeutung der Gemeinden und Städte auch mit ihrer Strategie für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung, die durch die „Gesunden Städte“ umgesetzt werden soll (WHO, 2005, Bursa Statement). Neben einer Sensibilisierung für das Thema Gesundheit gehört dazu die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Städteplanung in den Bereichen Verkehr und Mobilität, gesundes Altern und Zugänglichkeit, Stadtausgestaltung und körperliche Betätigung, Wohnumfeld-Gestaltung und langfristige Strategie- und Gesamtplanung (WHO Europe 2005).

Wirkungsfelder kommunaler Gesundheitsförderung

In der kommunalen Gesundheitsförderung ist einerseits die psychosoziale Gesundheit – insbesondere in Bezug auf Inklusion und Teilhabe – von Relevanz, andererseits die körperliche Gesundheit mit den Lebensstil-Aspekten Bewegung und Ernährung, die in engem Bezug zu Gesundheitsproblemen wie Übergewicht, Diabetes oder HK-Erkrankungen stehen. In Deutschland wird beson-

ders auf die sogenannten Präventionsketten (Richter–Kornweitz 2013) Wert gelegt (vgl. die Strategie „Kein Kind bleibt zurück“), in der Schweiz fokussiert man mit Gesundheitsförderungsaktivitäten stark auf das Thema Übergewicht (www.gesundheitsfoerderung.ch 2015). Erste Analysen auf Basis der identifizierten Literatur und Projekte (mit Bezug zu Kindern und Jugendlichen) verweisen insbesondere auf die Themen *Early Childhood Interventions* und *Stärkung von Lebenskompetenzen*, gefolgt von den Themen *psychische Gesundheit* sowie *Ernährung* und *Bewegung*.

Ein übergreifendes Thema, welches auf Ebene der Gemeinden/Städte besonders relevant ist, ist das der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit. Auch die WHO macht auf die bedeutende Rolle lokaler Entscheidungsträger (local government) vor allem für die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten aufmerksam. Während die Gesundheitsversorgung meist in der Kompetenz von Bundes- oder Länderakteuren liegt, liegen Agenden wie Bildung, Transport, Wohnen, Raumplanung meist in der Kompetenz der Gemeinden/Städte. Darüber hinaus können lokale Entscheidungsträger oft besser und flexibler auf lokale Bedürfnisse reagieren, da sie die Situation vor Ort kennen und lokale Kooperationen eingehen können (Grady/Goldblatt 2012). Auf der anderen Seite fehlen den lokalen Entscheidungsträgern häufig die nötigen Ressourcen und Kapazitäten, um diese Aufgabe zu bewältigen. Wie sich in der Analyse herausstellte, fanden viele der letztendlich in den Review eingeschlossenen Maßnahmen vor allem gemeinsam mit dem Setting Schule statt. Dies lässt sich damit begründen, dass die Zielgruppe Kinder/Jugendliche vor allem dort gut erreicht werden.

Verhältnisorientierung in der kommunalen Gesundheitsförderung

Im besten Fall kombinieren Interventionen der Gesundheitsförderung den Verhaltensansatz (Ziel ist Veränderung von Verhalten) mit dem Verhältnisansatz (Ziel ist die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmen- und Lebensbedingungen, durch die auch gesundes Verhalten erleichtert wird). Vor allem der Verhältnisansatz sollte im Vordergrund stehen, da nur durch ihn Nachhaltigkeit und auch ein größerer Personenkreis erreicht werden kann (Bucksch et al. 2012). Sowohl in der Analyse der Ausgangsbedingungen (Ressourcenorientierung) als auch in der Maßnahmenplanung und -umsetzung steht das Einwirken auf die Umfeldfaktoren im Setting, welche die dort lebenden oder arbeitenden Menschen beeinflussen, im Vordergrund. Der Settingansatz bedeutet „Organisationsentwicklung“. Insbesondere vermeidet dieser Ansatz die Stigmatisierung benachteiligter Zielgruppen, weil er nicht an Einzelpersonen, sondern an Strukturen ansetzt, wobei ganze Bevölkerungsgruppen in die Planung und Umsetzung einbezogen werden sollten (Kaba–Schönstein 2011). Informationen dazu finden sich auch im FGÖ–Leitfaden zur Gesundheitsförderung in Gemeinden, Stadtteilen und Regionen (Auer et al. 2014).

Gesundheitliche Ungleichheit

Relevanz gesundheitlicher Ungleichheit

Obwohl die durchschnittliche Lebenserwartung österreichischer Frauen und Männer in den letzten zwanzig Jahren beträchtlich gestiegen ist¹ (Statistik Austria 2013, 245), ist dieser Anstieg ungleich zwischen den sozialen Schichten verteilt. So ist beispielsweise die Lebenserwartung von Männern mit Pflichtschulabschluss um 6,2 Jahre niedriger als jene von Männern mit Hochschulabschluss (Klimont et al. 2008). Menschen mit ungünstigerem sozioökonomischem Status (SES) haben aber – statistisch gesehen – nicht nur eine niedrigere Lebenserwartung. Sie sind auch häufiger von bestimmten Krankheiten und Behinderungen betroffen. Dieser Zusammenhang ist linear, international beobachtbar und relativ stabil bzw. steigend (Richter/Hurrelmann 2006, 17).

Wie bereits vorab beschrieben, hängt die Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden von vielen Faktoren ab, die auch miteinander interagieren. Dazu zählen materielle Bedingungen (z. B. Wohnbedingungen), sozialer Zusammenhalt im Lebensumfeld (z. B. Sicherheit und Kriminalität), psychosoziale Faktoren (Rückhalt von Familie oder Freundinnen/Freunden), Verhaltensweisen (z. B. Ernährungs- und Bewegungsverhalten oder Suchtverhalten) und biologische Faktoren. Diese Faktoren sind beeinflusst durch die soziale Position, die wiederum von Bildungsstatus, Beschäftigung, Einkommen, Geschlecht und Ethnizität abhängen. Die Frage nach den Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit ist daher immer auch eine Frage nach sozialer Gerechtigkeit (vgl. Marmot et al. 2010).

Forschungsstudien mit einer *Lebenslaufperspektive* („life course approach“) befassen sich vertiefend mit Zusammenhängen von Lebensbedingungen im Kindesalter und der gesundheitlichen Entwicklung von Menschen. Zum Beispiel zeigen Ergebnisse der *HBSC*-Studie (Health-Behaviour in School-aged Children) Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten österreichischer Schüler/innen: Schüler/innen (mit 11, 13, 15 und 17 Jahren) mit geringerem und/oder mittlerem Familienwohlstand konsumieren seltener Obst, Frühstück seltener und putzen sich seltener die Zähne. Für Rauchverhalten, Alkohol- oder Cannabiskonsum, Fernsehverhalten und Limonadenkonsum liegen international uneinheitliche Ergebnisse vor, was darauf zurückgeführt wird, dass jugendliche Milieus gegenüber der Familie in der Pubertät an Einfluss gewinnen. Schüler/innen mit höherem Familienwohlstand schätzen aber ihren Gesundheitszustand besser ein und berichten häufiger über hohe Lebenszufriedenheit (Podolsky 2011; Ramelow et al. 2015). Die Lebenslauf-Forschung zur Gesundheit steht zwar noch am Anfang, es wird aber erwartet, dass sie einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis und zur Erklärung der spezifischen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischer Lebenssituation und Gesundheitsstatus leisten kann. „Als vorläufiges Fazit ist festzuhalten, dass die soziale Herkunft eines Menschen seine Gesundheitschancen in allen Lebensphasen prägt“ (Dragano/Siegrist in Richter/Hurrelmann 2009, 191).

¹

Die Lebenserwartung stieg für Frauen von 78,9 Jahren im Jahr 1990 auf 83,3 Jahre im Jahr 2012, für Männer von 72,2 Jahren im Jahr 1990 auf 78,3 Jahre im Jahr 2012) (Statistik Austria 2013, 245).

Drei Handlungsansätze zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit (Marmot et al. 2010)

Ein Handlungsansatz zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten ist die Verbesserung der Gesundheit der am stärksten benachteiligten Gruppen. Die Aktivitäten fokussieren auf diese Zielgruppen mit dem Ziel, deren Lebensbedingungen und Lebenschancen in Bezug auf Gesundheit positiv zu verändern und die Gesundheit der am stärksten benachteiligten Gruppen zu verbessern.

Ein anderer Ansatz zielt auf das Schließen von Lücken in der Gesundheit, er will den Abstand der Gesundheitschancen zwischen den am besten und den am schlechtesten gestellten Statusgruppen schließen. Von den gesetzten Maßnahmen sollen gesundheitlich/sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen mehr profitieren als die anderen und ihre Gesundheit schneller verbessert werden.

Die dritte Strategie zielt auf die Verringerung des Gradienten der Gesundheit und ist die umfassendste Strategie zur Reduzierung sozioökonomischer Ungleichheit. Diese Maßnahmen betreffen alle Bevölkerungsgruppen und zielen darauf ab, die Gesundheit aller zu verbessern, wobei die Maßnahmen nach Grad der Benachteiligung abgestuft sind, d. h. je größer die Benachteiligung, desto mehr soll profitiert werden. Dieser Ansatz ist ein sehr umfassender, geht weit über das Gesundheitsthema hinaus und betrifft alle Aspekte von Lebenschancen und -bedingungen.

3 Methodik

Die vorliegende Arbeit entstand in Anlehnung an das Handbuch „Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung“ (Haas et al. 2013). Das methodische Vorgehen besteht aus den Arbeitsschritten Entwicklung der Fragestellung, Informationssuche, Bewertung der Information, Analyse der Information, Gesamtschau der Evidenz und Ableiten von Schlussfolgerungen.

Es wurde der Ansatz „Evidenzbasierte Gesundheitsförderung“ gewählt, d. h. die Vorgangsweise ist strukturiert, im Fokus stehen Aussagen in Bezug auf die Wirksamkeit von Maßnahmen sowie Standardisierung und Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses. Teilweise wurde die Methodik mit Aspekten des Analyse-Ansatzes „Realist Review“ (vgl. Haas et al. 2013) kombiniert. Insbesondere für die Entwicklung der Fragestellung wurde iterativ vorgegangen, da aufgrund der Recherche-Ergebnisse die Fragestellung immer wieder angepasst werden musste. Auch die Kernfragen sind aus beiden Ansätzen kombiniert. So drehen sich die letztlich ausgewählten Fragestellungen nicht nur darum, welche Interventionen wirksam sind, sondern auch darum, was für das Funktionieren bzw. Nicht-Funktionieren der Interventionen verantwortlich ist. Ebenso wurde bei der Evidenzrecherche die Suche in Datenbanken – insbesondere nach Projekten – mit zweckgerichtetem Sampling und Snowballing ergänzt. Dementsprechend wurden nicht nur publizierte Studien und Reviews, sondern auch Projektberichte² und Evaluationen in die Analyse einbezogen.

3.1 Forschungsfragen

Die Formulierung der Fragestellung und die Eingrenzung des Forschungsgegenstandes nahmen viel Zeit in Anspruch. Im Forschungsteam, das aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammengesetzt war, wurde zuallererst ein einheitlicher Wissensstand hergestellt: Die Abgrenzung des Forschungsgegenstands, das Ziel des Vorhabens und die zu berücksichtigende Datenbasis mussten abgestimmt und Vorabrecherchen in mehreren Schleifen durchgeführt werden, um die Evidenzlage realistisch einschätzen zu können. Diese Prozesse führten immer wieder zur Revision der Fragestellung. So wurde anfangs von einer großen Menge einzubeziehender Projektbeispiele ausgegangen, schließlich stellte sich aber heraus, dass die Informationsquellen kaum in einer für eine Evidenzaufbereitung nötigen Qualität (qualitativ hochwertige, publizierte Evaluationen) kaum vorliegen. Als Hilfestellung zur Präzisierung der Fragestellung diente das Methodenhandbuch „Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung“ (Haas et al. 2013).

Die schließlich festgelegten Forschungsfragen wurden in einem mehrstufigen Prozess spezifiziert. Zunächst ausgehend von der globalen Frage nach der Evidenz zur Wirksamkeit von verhältnisori-

²

Einige Projekte wurden (aus Zeitgründen) primär auf Basis der verfügbaren Zusammenfassungen analysiert. Bei offenen Fragen oder offensichtlichen Lücken wurde auf den Volltext zurückgegriffen.

entierter Gesundheitsförderung im kommunalen Setting im Hinblick auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit, waren die genaueren Vorstellungen und Möglichkeiten der Umsetzung eines solchen Vorhabens zu überprüfen. Zahlreiche Einschränkungen und Präzisierungen der Fragestellung wurden vorgenommen, um zu vermeiden, dass unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Kleinkinder und Jugendliche), unterschiedliche Settings (z. B. städtischer und ländlicher Raum) oder unterschiedliche Interventionen und damit verbundene unterschiedliche methodische Ansätze (z. B. Gesundheitsförderung und Prävention) verglichen würden und dadurch die Aussagekraft der Ergebnisse verringert würde. Auch die vorhandenen Ressourcen stellten eine gewisse Limitation für die Umsetzung des Vorhabens dar.

Auf Basis von Vorabrecherchen in Projektdatenbanken und auf Internetseiten und mit Hilfe einer Matrix (siehe Anhang 4) aus Subthemen, Zielgruppen und Settings wurden die Forschungsfragen folgendermaßen definiert:

1. Lässt sich Wirksamkeit (auf unterschiedlichen Ebenen) von Gesundheitsförderungsprogrammen/-projekten mit Verhältnisorientierung für die Zielgruppe *Kinder und Jugendliche* in ländlichen Regionen im Setting *Gemeinde* identifizieren?
2. Wie sind diese Programme/Projekte aufgebaut?
3. Was sind die Erfolgsfaktoren dieser Programme/Projekte?
4. Tragen diese Interventionen zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit bei?

3.2 Informationssuche und Selektion

Um die zentrale Forschungsfrage und die drei Folgefragen zu beantworten, wurde eine systematische Literatursuche durchgeführt. Im Folgenden werden das PICO-Prinzip der Suche, die darauf aufbauende Suchstrategie und der Selektionsprozess beschrieben.

PICO-Prinzip

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Präzisierung der Fragestellung anhand des PICO-Prinzips (Definition von Population, Intervention, Control und Outcome).

Tabelle 3.1:
PICO-Prinzip zur Fragestellung

PICO-Komponenten		
P	Population	Kinder und Jugendliche in Kommunen/Gemeinden < 50.000 Einwohner/innen in ländlichen Regionen in Europa (Insbesondere benachteiligte Gruppen)
I	Intervention	Programme oder Projekte oder Interventionen zur Gesundheitsförderung auf Verhältnisebene (jedenfalls nicht nur Verhaltensebene)
C	Control	Keine
O	Outcome	Primäre Outcomes: Ergebnisparameter » strukturelle Verbesserungen für mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit » Gesundheitsindikatoren Sekundäre Outcomes: Prozessparameter » Beteiligung » Akzeptanz » Ausfallraten

CPOE = computerized physician order entry, CDS = clinical decision support

Quelle und Darstellung: GÖG

3.2.1 Suchstrategie

Ende März 2013 wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE (via OVID), Cochrane Database of Systematic Reviews CDSR und ERIC nach relevanten Texten für die Fragestellung durchgeführt.

Die Suchstrategie enthält folgende Begriffe inklusive relevanter Synonyme und Schreibweisen.

» Community / Commune / Rural / Province / Living environment

AND

» Health promotion / better health / Wellbeing / increasing health / Salutogenesis / health equity

AND

» deprived / vulnerable / underprivileged / disadvantaged / poverty / neediness / poorness / health inequalities / socio-economic / health disparities

Nicht deutsch- oder englischsprachige Publikationen wurden ausgeschlossen. Der Suchzeitraum wurde erst nach dem Download in das Literaturverwaltungsprogramm auf ein Publikationsdatum ab dem Jahr 2000 eingeschränkt.

Die exakte Suchstrategie (exemplarisch für MEDLINE via OVID) ist im Anhang 3 zu finden.

Handsuche

Ergänzend zur systematischen Literatursuche wurde auch vielversprechenden Referenzen in vorhandenen Publikationen nachgegangen. Darüber hinaus wurden einschlägige Portale durchsucht, eine Google-Suche durchgeführt und folgende Projektdatenbanken systematisch durchforstet:

- » Projektdatenbank des Fonds Gesundes Österreich (<http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte-projekte>)
- » Gesundheitliche Chancengleichheit (<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/>)
- » Nationales Zentrum frühe Hilfe (<http://www.fruehehilfen.de/>)
- » Health Inequalities Good Practice Datenbank (EU) (<http://www.health-inequalities.eu/>)
- » PROMENPOL (European Network for Mental Health Promotion) (<http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=portal.en.projects>)
- » FORKID (Datenbank Frühe Hilfen des Deutschen Jugendinstitut) (<http://db.dji.de/cgi-bin/db/default.php?db=22>)
- » Quint essenz /Schweiz (http://www.quint-essenz.ch/de/project_profiles)

Die in diesen Datenbanken identifizierten Projekte wurden inhaltlich zusammengefasst, kategorisiert und anhand der Ein- und Ausschlusskriterien selektiert.

3.2.2 Literaturselektion

Die Auswahl der relevanten Publikationen erfolgte in einem mehrstufigen Selektionsprozess.

Im Rahmen der Erstselektion wurden sämtliche gefundene Abstracts anhand der definierten Ein- und Ausschlusskriterien bewertet. Die Erstselektion wurde im Sinne der Qualitätssicherung im Team besprochen und diente der Identifikation jener Publikationen, die potenziell relevant waren und daher im Volltext analysiert wurden. Auch nach Beginn der Analyse wurden noch Studien bzw. Projekte ausgeschlossen, wenn sie den Kriterien entgegen ersten Beurteilungen nicht entsprachen.

Tabelle 3.2:
Ein- und Ausschlusskriterien zur Selektion der Abstracts

Ausschlusskriterien	
Formale Ausschlusskriterien	
»	Nicht in deutscher oder englischer Sprache
»	Duplikate
»	Publikationsdatum vor dem Jahr 2000 (bei Reviews gilt deren Publikationsdatum)
»	Ohne Bezug Europa
Thematische Ausschlusskriterien	
»	Gewaltprävention
»	Nur EINE Organisation im Setting wird angesprochen oder führt das Projekt ohne Einbezug anderer Akteure durch
»	Einmalige, zeitlich begrenzte Intervention (z. B. Ferienlager ...)
»	Frühe Hilfen
»	Außereuropäische Maßnahmen
»	Nicht-Erfüllen der Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung
Einschlusskriterien	
»	Verhältnisorientierung
»	Gesundheit und Wohlbefinden sind explizites Thema
»	Ländliche Regionen (keine Großstadt, d. h. weniger als 50.000 Einwohner/innen)
»	Kommunales Setting mit mehreren involvierten Akteure
»	Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre sind explizit als einzige oder eine von mehreren Zielgruppen genannt

Quelle und Darstellung: GÖG

Bei den formalen Ausschlusskriterien geht es überwiegend um Machbarkeit, um Aktualität der Information und um Relevanz der Ergebnisse für die Nutzer/innen (die Rahmenbedingungen der Projekteumsetzung sollten ähnlich einer potenziellen Umsetzung in Österreich sein).

Bei den thematischen Ausschlusskriterien geht es vorwiegend um Abgrenzung zu bzw. Eingrenzung der Zielgruppen und Interventionen und den dahinterliegenden Konzepten und Theorien. Es sollte vermieden werden, aufgrund einer zu großen Breite nur wenig aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Zentral war die Prüfung nach Erfüllung der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung (siehe Anhang 2).

Eingeschlossen wurden nur jene Studien über verhältnisorientierte Maßnahmen, da Verhältnisorientierung ein wesentliches Qualitätskriterium der Gesundheitsförderung ist und es ein wichtiges Ziel der Studie ist, dazu einen Beitrag zu leisten. Ebenso mussten in den Maßnahmen / den Studien Gesundheit und Wohnbefinden explizit thematisiert sein.

Die Begrenzung auf kleine Gemeinden in ländlichen Regionen und auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche sollten ebenfalls die Review-Ergebnisse konkreter machen, da zwar sowohl kleine ländliche Gemeinden wie auch Städte ein kommunales Setting darstellen, sich diese Lebensräume aber in ihren Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung stark unterschieden. Auch die Zielgruppen machen einen entscheidenden Unterschied in Bedingungen, Themen und Interessen (diese sind z. B. bei Kinder und älteren Menschen sehr verschieden).

Das Projekt *Healthy Respect* beinhaltet u. a. Aktivitäten im städtischen Raum. Da jedoch auch ländliche Regionen einbezogen wurden und alle weiteren Einschlusskriterien erfüllt sind, wurde die Quelle nicht verworfen. Ähnlich verhielt es sich mit ICAPS (46 % der Population im ländlichen Raum) und *Schoolway.net* (10 von 16 teilnehmenden Schulen im ländlichen Raum). De Meester et al. bezogen in ihrem Review ländliche und städtische Projekte mit ein. In der Analyse des Reviews von De Meester et al. (2009) wurden nur die Studien eingeschlossen, die den Community-Aspekt berücksichtigten.³

3.3 Analyse und Bewertung der Literatur

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Literatur wurden anhand von Extraktionstabellen strukturiert analysiert und die Qualität der Studien bewertet. Dabei wurde das von Haas et al. (2013) entwickelte Handbuch „Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung“ herangezogen. Die darin enthaltenen Tabellen zur Datenextraktion von Übersichtsarbeiten, Programmen und Studien wurden bei Bedarf modifiziert. Die Tabellen zur Datenextraktion (siehe Anhang 4) dienen der systematischen Analyse der identifizierten Studien (Evidenzquelle) und der dazugehörigen Programme (Interventionen im Setting). Darin werden die Relevanz der Programme für die vorliegende Evidenzstudie und die Qualität der Studien bewertet sowie die Ergebnisse der Analyse strukturiert dargestellt (siehe Anhang 5). Die Checklisten zur Qualitätsbewertung (Haas et al. 2013) unterstützten die Analyse. Die Ergebnisse der Analysen wurden im Sinne der Qualitätssicherung im Team besprochen und entsprechend aufbereitet.

3

Darunter fielen auch Projekte im (groß)städtischen Raum; aufgrund ihrer Fokussierung auf den Community-Aspekt (kleinräumige Konzentration) und damit ihrer hohen Relevanz für die Fragestellung wurden sie eingeschlossen (Baxter et al. 1997, Jurg et al. 2006, Moon et al. 1999).

4 Ergebnisse der Literatursuche

Anhand der systematischen Literatursuche wurden 1.000 Abstracts potenziell geeigneter Publikationen und 135 systematische Reviews gefunden. Nach der Erstselektion der Abstracts anhand der in Kapitel 3.2.2 genannten Selektionskriterien wurden 973 Studienabstracts und 118 Reviews ausgeschlossen; die verbleibenden 44 Abstracts wurden im Volltext durchgesehen.

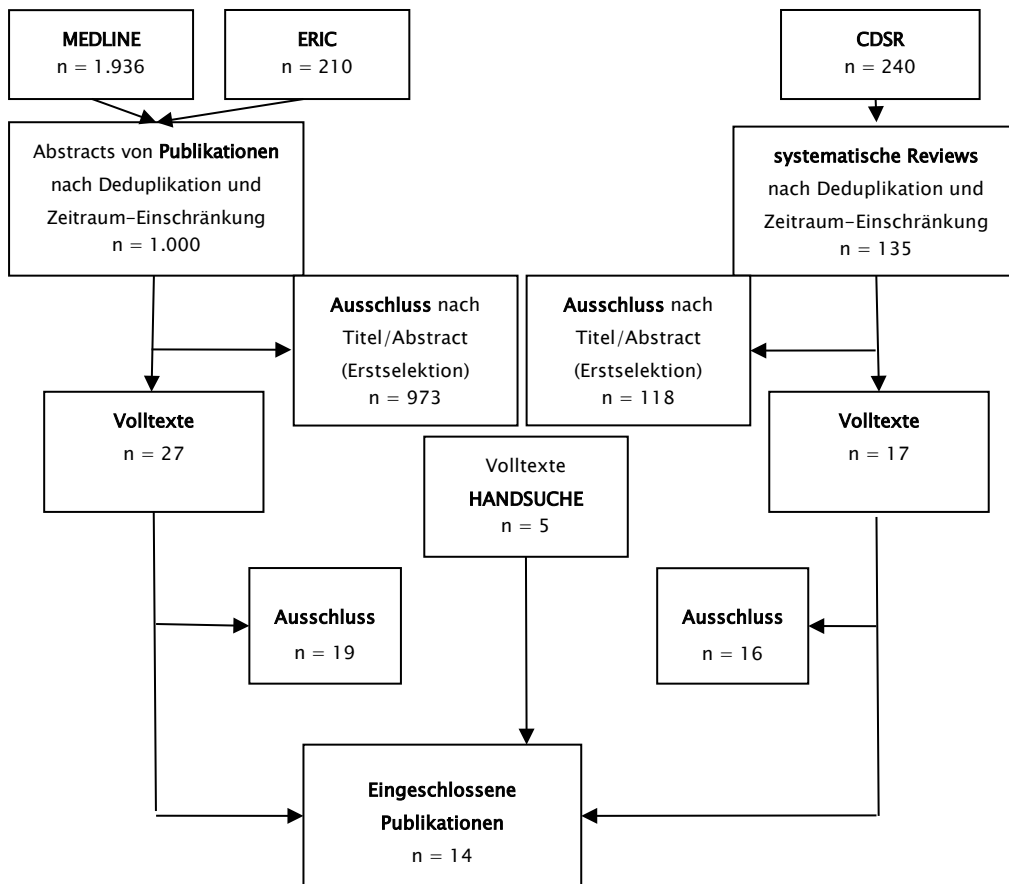
Systematische Reviews wurden auf die inkludierten Einzelstudien geprüft: Die Volltexte jener Einzelstudien, die den Einschlusskriterien zu entsprechen schienen, wurden ebenfalls durchgesehen. Über eine ergänzende Handsuche wurden weitere 5 Volltexte identifiziert. Daraus ergab sich eine Gesamtmenge von 49 zu bewertenden Volltexten.

Die starke Reduzierung der letztlich einbezogenen Texte ist vor allem auf die Einschlusskriterien „Gemeinden im ländlichen Raum“ und „Verhältnisorientierung“ zurückzuführen. Nur wenige Studien erfüllten diese beiden Kriterien. Außerdem wurden zahlreiche Studien ausgeschlossen, weil sie der Prüfung auf die Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung nicht standhielten oder Frühe-Hilfen-Maßnahmen beschrieben. Ein anderer Grund für die geringe Zahl eingeschlossener Studien/Projekte ist darauf zurückzuführen, dass für kaum ein entsprechendes Programm auch eine qualitativ hochwertige Evaluation in Bezug auf seine Wirksamkeit vorlag.

4.1 Selektionsprozess

Zur übersichtlichen Darstellung wird der Selektionsprozess in der nachfolgenden Abbildung grafisch veranschaulicht.

Abbildung 4.1:
Darstellung von systematischer Literatursuche und Selektionsprozess



n = number (Anzahl der Treffer/Publikationen)

Quelle und Darstellung: GÖG

Nach Durchsicht der Volltexte wurden 14 Publikationen zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen.

4.2 Eingeschlossene Publikationen

Die in Tabelle 4.1 aufgelisteten 14 Publikationen wurden zur Beantwortung der Fragestellung ausgewertet.

Tabelle 4.1:
Publikationen zur Beantwortung von Forschungsfrage 1

Autor/en	Jahr	Titel	Publikationstyp	Projekt
De Meester et al.	2009	Interventions for promoting physical activity among European teenagers: A systematic review	Systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> » JUMP-in, kids in motion (Jurg et al. 2006) » ICAPS – Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (Simon et al. 2004; Simon et al. 2006) » Wessex Healthy schools Award (Moon et al. 1999) » Action Heart (Baxter et al. 1997)
Simon et al.	2004	Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): concept and 6-month results	Cluster-randomisierte kontrollierte Studie	ICAPS – Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour
Simon et al.	2008	Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized controlled intervention	Cluster-randomisierte kontrollierte Studie	
Simon et al.	2014	A socio-ecological approach promoting physical activity and limiting sedentary behavior in adolescence showed weight benefits maintained 2.5 years after intervention cessation	Post-trial Follow-up	
Romon et al.	2009	Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes	Nicht-randomisierte kontrollierte Studie bestehend aus drei konsekutiven (Teil-)Studien mit Quer- und Längsschnittelementen	Fleurbaix-Laventie Ville Santé -Studie (FLVS)

Autor/en	Jahr	Titel	Publikationstyp	Projekt
Braun, Margit; FGM	2010	Schoolway.net. Modellvorhaben zur bundesweiten Implementierung von Schulobilitätsmanagement-Plänen in Österreich zur Förderung des sicheren Zufußgehens und Radfahrens von Kindern	Endbericht zum Projekt	Schoolway.net
Gollner et al.	2012	GEMEINSAM GESUND IM BEZIRK OBERWART. Ein Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit	Endbericht zum Projekt	Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart
Püringer	2012	Endbericht Evaluation „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“	Evaluation	
Mann, Schulz, Streif	2011	GUT DRAUF – Zwischen Wissenschaft und Praxis. Eine bundesweite Jugendaktion der BZgA zur nachhaltigen Gesundheitsförderung	Fachheft	GUT DRAUF – Tanke
Mann, R. et al.	2012	GUT DRAUF kompakt	Projektbroschüre	
Häselser, Bestmann	2009	Danke für die Tanke – Evaluationsbericht im Rahmen der Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Evaluation	
Tucker et al.	2005	Final Summary Report of the External Evaluation of <i>Healthy Respect</i> , a national health demonstration project	Evaluation	<i>Healthy Respect</i>
Health Scotland	2008	Evaluation of <i>Healthy Respect</i> Phase Two: Interim Report. Executive Summary	Evaluation	
Health Scotland	2010	Evaluation of <i>Healthy Respect</i> Phase Two: Final Report	Evaluation	

Darstellung: GÖG

5 Darstellung der Interventionen und ihrer Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die eingeschlossenen Projekte und Interventionen inhaltlich zusammengefasst. Im Sinne einer kompakten Darstellung beschränkt sich diese Zusammenfassung auf eine kurze Projektbeschreibung, die abgedeckten Themenfelder, Settings und Zielgruppen sowie die Ergebnisse in Bezug auf die Wirkung.

Die vier evaluierten Projekte fanden in Schottland (Healthy Respect), in Deutschland (GUT-DRAUF-Tanke) und in Österreich (Schoolway.net, FGÖ-Modellprojekt Oberwart) statt. Die zwei eingeschlossenen Studien (ICAPS, FLVS-Studie) wurden in Frankreich umgesetzt. Die aus dem Review von De Meester et al. entnommenen europäischen Studien stammen aus Frankreich (ICAPS), den Niederlanden (JUMP-in, kids in motion) und Großbritannien (Wessex Healthy Schools Award, Action Heart). Da es sich um Maßnahmen für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche handelt, ist in den meisten Fällen die Schule das zentrale Setting, es wird aber jeweils mit weiteren Akteuren/Akteurinnen kooperiert und damit ein Community-Ansatz verfolgt.

Die detaillierte Analyse findet sich in den Tabellen im Anhang 5.

JUMP-in, kids in motion (Jurg et al. 2006 in De Meester et al. 2009)

Themenfelder: Bewegung

Zielgruppen: Elementarschüler/innen unter Einbezug von Kindern mit niedrigem SES

Settings: Schule, kommunales Setting, Familie

Projektbeschreibung: Niederländisches Programm auf Elementarschul-Ebene, das Kinder mit niedrigem SES einbezieht. Neben einer didaktischen Komponente besteht das Programm aus Veränderungen in der räumlichen, soziokulturellen und politischen Umgebung.

Ergebnisse: Dem Abnehmen körperlicher Aktivität bei Schülerinnen/Schülern der sechsten Schulstufe konnte erfolgreich vorgebeugt werden. Diese Schüler/innen erreichten auch mit höherer Wahrscheinlichkeit die Vorgaben für Bewegung. In der vierten und fünften Schulstufe gab es keine signifikanten Veränderungen im Ausmaß körperlicher Aktivität. Allgemein zeigten sich bei Interventionen, die neben der Schule auch das weitere Umfeld (Community) einbezogen, vielversprechende Resultate, dies wird jedoch nicht näher erläutert. Die körperliche Aktivität der Kinder der Sekundarstufe stieg unter dem Einfluss von Peers und über die Einbindung der Community. Positive Effekte auf das Ausmaß an körperlicher Aktivität wurden über die Kombination von Gesundheitserziehung und Veränderungen in der Umgebung erreicht. Beispiele für Interventionen sind die Einbindung und Unterstützung der Eltern oder kooperative, unterhaltsame, fitness- und zielorientierte Aktivitäten im Sportunterricht.

Wessex Healthy Schools Award (Moon et al. 1999 in De Meester et al. 2009)

Themenfelder: Bewegung, Ernährung, Tabakprävention

Zielgruppen: Schüler/innen der Sekundarstufe

Settings: Schule, kommunales Setting, Familie

Projektbeschreibung: Ein Gesundheitserziehungsprogramm wurde mit der Veränderung von Umgebungsfaktoren kombiniert. Angesprochen wurden Schüler/innen der Sekundarstufe mit dem Ziel, ihr Bewegungs-, Ernährungsverhalten und Rauchverhalten positiv zu beeinflussen.

Ergebnisse: Es gab keine signifikanten Veränderungen im Bewegungslevel der Zielgruppe. Die Studien stützen die Erkenntnis, dass Interventionsstrategien bei schulbasierten Programmen, die ein größeres Umfeld mit einbeziehen, vielversprechende Resultate bewirken. Allgemein hatten Interventionen (so auch diese), die neben körperlicher Aktivität auch andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens thematisierten, gemäß De Meester et al. weniger positive Ergebnisse in Bezug auf körperliche Aktivität.

Action Heart (Baxter et al. 1997 in De Meester et al. 2009)

Themenfelder: Tabakprävention, Ernährung, Bewegung

Zielgruppen: Teenager, Community

Settings: kommunales Setting, Schule

Projektbeschreibung: Dieses Community-Projekt in Großbritannien involvierte Schulen und zielte auf die Modifikation dreier Risikofaktoren ab: Rauchen, Ernährung, Bewegung. Neben der Implementierung personenbezogener Maßnahmen sollte vor allem die räumliche, soziokulturelle, ökonomische und politische Umgebung verändert werden.

Ergebnisse: Nach drei Jahren übten vier Prozent mehr Teilnehmer/innen der Interventionsgruppe dreimal pro Woche oder öfter sportliche Tätigkeiten aus als zu Beginn. In der Kontrollgruppe blieb der Anteil stabil. Allgemein produzierten Interventionen, die neben körperlicher Aktivität auch andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens ansprachen (so auch bei Action Heart), weniger positive Ergebnisse.

ICAPS – Intervention centered on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (Simon et al. 2006 in De Meester et al. 2009; Simon et al. 2004; Simon et al. 2008; Simon et al. 2014)

Themenfelder: Bewegung

Zielgruppen: Schüler/innen, die zu Interventionsbeginn in der 1. Klasse Mittelstufe waren

Settings: Schule, kommunales Setting, Familie

Projektbeschreibung: ICAPS wurde in Ostfrankreich in ausgewählten Mittelschulen über vier Jahre durchgeführt. Es handelt sich um ein Gesundheitserziehungsprogramm, das auch auf die Veränderung von Faktoren im Umfeld abzielte. Der Schwerpunkt lag auf Bewegungsförderung.

Ergebnisse: Im Review sind lediglich die Ergebnisse der Erst-Evaluation sechs Monate nach Interventionsbeginn enthalten. Für die Gesamtanalyse von ICAPS wurden der vollständige Interventionszeitraum und das Follow-up berücksichtigt. Untersuchte Outcomes waren die Teilnahme an organisierter Bewegung in der Freizeit inner- und außerhalb von Sportvereinen sowie Parameter

wie der alters- und geschlechtsstandardisierte BMI. Die körperliche Aktivität stieg in einem statistisch signifikanten Ausmaß. Die körperliche Aktivität von Kindern der Sekundarstufe stieg unter dem Einfluss von Peers und über die Einbindung der Community. Die Intervention könnte dazu beigetragen haben, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu erhöhen, da hinsichtlich der Gewichtszunahme bei den Schülerinnen/Schülern mit niedrigstem SES (engl. least wealthy) und jenen mit am stärksten ausgeprägtem Sitzverhalten eine stärkere Reduktion des Exzess-BMI⁴ erzielt wurden (kein signifikantes Ergebnis).

Ergebnisse des gesamten Reviews (De Meester et al. 2009)

Die Ergebnisse des Reviews lassen den Schluss zu, dass schulbasierte Interventionen zur Bewegungsförderung v. a. dann erfolgversprechend sind, wenn mehrere Personengruppen – wie Eltern oder Peers – und das weitere Umfeld eingebunden werden. Die Annahme, dass ein Zugang auf mehreren Ebenen (Multi-Level-Programme) Synergieeffekte bewirke, konnte lt. Studienautorinnen/-autoren nicht bestätigt werden. Es wurden keine nach sozioökonomischem Status geschichteten Analysen vorgenommen. Generell erreichten Interventionen, die neben körperlicher Aktivität auch andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens ansprachen, weniger positive Ergebnisse in Bezug auf körperliche Aktivität.

Fleurbaix-Laventie Ville Santé-Study / FLVS (Romon et al. 2008)

Themenfelder: Ernährung, Bewegung

Zielgruppen: Schulkinder im Alter von 5–12 Jahren

Settings: Schule, kommunales Setting

Projektbeschreibung: Die Studie wurde in zwei französischen Städten (und zwei Kontrollstädten) mit Schulkindern zwischen fünf und zwölf Jahren durchgeführt. Sie befasste sich mit der Frage, ob schulbasierte Ernährungsbildung das Ernährungsverhalten ändern würde. Die Intervention wurde während der Laufzeit ausgeweitet und lief zwölf Jahre. Im Projektverlauf entwickelten sich Beteiligungen aus verschiedenen Bereichen der Community, z. B. mit Wirtschaftstreibenden, Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen, Apotheken, Sport- und Kulturvereinen. Die Eltern wurden durch die Gesunden-Untersuchungen in den Familien der teilnehmenden Schüler/innen involviert.

Ergebnisse: Der langfristige Einbezug lokaler Akteure, die gesundheitsfördernde familiäre Aktivitäten unterstützten, lässt auf eine nachhaltige Verankerung schließen. Im letzten Jahr der Studie (2004) waren alters- und geschlechtsstandardisierter BMI sowie die Prävalenz von Übergewicht in der Kontrollregion für beide Geschlechter signifikant höher als in der Interventionsregion. Die Interventionen führten zu einem Rückgang der Prävalenz von Übergewicht bei Kindern, vor allem in den Gruppen mit niedrigem SES, die generell ein höheres Risiko bzgl. Übergewicht aufweisen. Die Daten lassen laut Romon et al. die Vermutung zu, dass Interventionen auf Community-Level vor allem für Zielgruppen mit niedrigem SES langfristig wirksam sein können. Die Autorinnen/Autoren

4

Der Exzess-BMI wurde errechnet, indem vom jeweiligen Wert der französische BMI-Median abgezogen wurde.

plädieren für gesamtgesellschaftliche Unterstützung, welche Eltern, Schulen und öffentliche Institutionen einschließt. Aus dem Projekt wurde das Programm „EPODE“ entwickelt, das seither in Frankreich läuft.

**„Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart – Ein Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit“:
FGÖ-Modellprojekt Oberwart (Gollner et al. 2012; Püringer 2012)**

Themenfelder: Bewegung, Ernährung, seelische Gesundheit, Suchtprävention

Primäre Zielgruppen: Schüler/innen der polytechnischen Lehrgänge bzw. der ein- bis vierjährigen berufsbildenden mittleren Schulen; Frauen und Männer der teilnehmenden Gemeinden im Alter von 30 bis 60 Jahren (hoher Pendleranteil)

Sekundäre Zielgruppen: Lehrende der teilnehmenden Schulen als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren; Kinder und Pädagoginnen/Pädagogen in Kindergärten und Volksschulen

Settings: kommunales Setting, Schule, Kindergarten

Projektbeschreibung: Hauptzielgruppen waren Frauen und Männer der teilnehmenden Gemeinden im Alter von 30–60 Jahren (viele Pendler/innen) und Schüler/innen der polytechnischen Lehrgänge bzw. ein- bis vierjährigen berufsbildenden mittleren Schulen. Über die Schulen wurde versucht, sozial benachteiligte Jugendliche zu erreichen. Gesundheitsförderliche Angebote sollten partizipativ entwickelt und Gesundheit in den teilnehmenden Gemeinden, der Gemeindepolitik sowie in der jeweiligen Schulkultur verankert werden. Zentrale Themenbereiche waren Ernährung, Bewegung, Rauchen/Alkohol sowie psychosoziale Gesundheit und – bei den Erwachsenen – Herzgesundheit.

Ergebnisse: Während der Projektlaufzeit konnte ein großer Teil potenzieller Risikogruppen bzw. potenziell sozial benachteiligter Menschen erreicht werden (v. a. über das Schulsetting). Maßnahmen zur nachhaltigen Verankerung waren u. a. die Erstellung der Schul- und Gemeindegesundheitscharta oder die Umstellung von Schulbuffets und Getränkeautomaten an Schulen sowie Schulungen von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen. Die Interventionen zu den unterschiedlichen Themen wurden von verschiedenen Expertinnen/Experten umgesetzt, wobei die Fachbereiche untereinander kaum vernetzt waren. Die Angebote zu seelischer Gesundheit und Suchtprävention wurden in den Gemeinden wenig angenommen. Die Herz-Kreislauf-Gesundheitsbefragung (Gesundheitsstatus nach Auskunft und Einschätzung der Befragten, Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz) fand bei den Gemeindebürgerinnen/-bürgern, den Lehrenden der Projektschulen und den Schülerinnen/Schülern der Projektschulen in den Abgangsklassen statt. Da bei der Gemeindebevölkerung im Jahr 2011 eine tendenziell andere Gruppe befragt wurde als im Jahr 2009, können die Ergebnisse der beiden Befragungen nicht miteinander verglichen werden; daher ist keine Aussage über die Wirksamkeit der Interventionen möglich.

Schüler/innen: Bei der Zweitbefragung 2011 konnte im Vergleich zur Erstbefragung im Jahr 2009 ein signifikant niedrigerer Bierkonsum festgestellt werden. Ansonsten zeigten sich keine weiteren signifikanten Unterschiede im Alkoholkonsum oder im Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Es gab jedoch signifikant mehr tägliche Raucher/innen.

Lehrer/innen: Das Risikofaktorenprofil stellt sich ähnlich dar wie bei der Ersterhebung. Signifikant war lediglich die Abnahme in der Überzeugung, im Beruf Wertvolles zu leisten.

Schulen: Die Ergebnisse des *School Readiness Tools* an vier Schulen mit jeweils drei bis sechs Personen in der Gruppendiskussion zeigen statistisch signifikante Verbesserungen in den Dimensionen Verankerung, Leadership und Partizipation & Empowerment in den Schulen. Keine wesentlichen Veränderungen waren bei der Dimension „Ressourcen“ erkennbar.

Gemeinden: In den einzelnen Gemeinden zeigten sich im Jahr 2011 keine statistisch signifikanten Veränderungen gegenüber 2009. Betrachtet man jedoch alle Gemeinden, gibt es – wie in den Schulen – für die Dimensionen Verankerung, Leadership, Infrastruktur, Partizipation & Empowerment statistisch signifikante Verbesserungen. Für die Dimension „Ressourcen“ trifft dies nicht zu.

Schoolway.net (Braun/FGM 2010)

Themenfeld: Bewegung

Zielgruppen: Hauptzielgruppe Schüler/innen im Alter von 9 bis 13 Jahren, vorwiegend Schüler/innen der Hauptschule bzw. der AHS-Unterstufe; neu hinzugekommen auch Schüler/innen der Volksschule; Lehrer/innen; Eltern

Settings: Schule, Familie, kommunales Setting

Projektbeschreibung: Die teilnehmenden Schulen erhielten Unterstützung und Beratung bei der Erarbeitung und Umsetzung bewusstseinsbildender Schulmobilitätsmanagement-Maßnahmen. Ziel war die nachhaltige Implementierung eines Schulmobilitätsmanagements, wofür Mobilitätsmanagement-Teams an den Schulen eingerichtet wurden. Das Verkehrsschlängenspiel diente gleichzeitig zur Information, zur Bewusstseinsbildung bei den Schülerinnen und Schülern und zur Evaluation der Maßnahmen.

Ergebnisse: Zahlreiche positive Veränderungen wurden festgestellt. Die letzten Erhebungen fanden drei Monate nach dem Verkehrsschlängenspiel statt. Umweltfaktoren wie Schulwege wurden verbessert, Lebensweise und Lebensstil veränderten sich positiv (wie Schulwegmobilität zu Fuß statt mit Auto). Die wahrgenommene Verkehrssicherheit stieg bei Lehrerinnen/Lehrern und Eltern. Die fachliche Begleitung der Schulen durch die damit beauftragte *Forschungsgesellschaft Mobilität* (FGM) erleichterte die Umsetzung der Maßnahmen. Wesentlich für Erfolg war die Unterstützung durch die Schuldirektionen.

GUT-DRAUF-Tanke (Mann et al. 2011; Mann et al. 2012)

Themenfelder primär: psychosoziale Gesundheit

Themenfelder sekundär: Bewegung, Ernährung

Zielgruppen: Kinder und Jugendliche aus Eitdorf (Nordrhein-Westfalen), insbesondere aus sozial benachteiligten Familien

Settings: kommunales Setting, Schule

Projektbeschreibung: Bei der GUT-DRAUF-Tanke handelt es sich um einen mobilen Treffpunkt am Bahnhof Eitdorf (NRW) am Heimweg von der Schule, der für Kinder und Jugendliche gestaltet wurde. Im Mittelpunkt steht vor allem das Gesprächs- und Beratungsangebot durch Streetworker/innen. Daneben gibt es diverse Bewegungsangebote, Spiele, jugendgerechte Zeitschriften, gesunde Snacks und mehr.

Ergebnisse: Die Vernetzungsarbeit zwischen den Kindern und Jugendlichen und den Streetworkerinnen/Streetworkern war sehr erfolgreich. Durch die Entwicklung stabiler Beziehungen werden

Voraussetzungen für die Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen der Kinder und Jugendlichen geschaffen. Zentrales Element des Projekts ist die Niederschwelligkeit. Innerhalb der Gemeinde wurden mehrere Kooperationen eingegangen. Die Evaluation ergab eine hohe Inanspruchnahme der Tanke durch die Zielgruppe. Die Sozialarbeiter/innen agierten nach dem aufsuchenden Prinzip – räumlich, inhaltlich und emotional –, was von den Autorinnen/Autoren als bedeutend vor allem für sozial benachteiligte Jugendliche eingeschätzt wird. Das Angebot der Tanke verhindert bei einigen Jugendlichen wenig gesunde bzw. mitunter schädliche Verhaltensweisen (z. B. Drogenkonsum, Alkoholkonsum, Computernutzung als Freizeitbeschäftigung). Die GUT-DRAUF-Tanke wurde zu einem verlässlichen Bestandteil im Alltag der Jugendlichen und in die Regelfinanzierung übernommen.

Healthy Respect Phase I und II (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Tucker et al. 2005)

Themenfelder: Sexualgesundheit, psychosoziale Gesundheit (gesunde Beziehungen)

Zielgruppen: Jugendliche, vor allem aus vulnerablen oder sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Informationen zur Sexualgesundheit für 10- bis 18-Jährige; andere Sexualgesundheitsdienste für 13- bis 18-Jährige); Anbieter von sexualgesundheitlicher Aufklärung/Bildung und Information sowie Anbieter entsprechender Services; Eltern

Settings: Schule, kommunales Setting, Familie, Gesundheitsversorgung

Projektbeschreibung: Phase I: Die Integration von Gesundheitserziehung, Gesundheitsangeboten (z. B. zur Beratung, kostenlose Verhütungsmittel) und Information für Jugendliche in ganz Lothian wurde angestrebt. Phase I enthielt 19 Teilprojekte mit unterschiedlichen Ausgangspunkten: Manche Angebote oder Maßnahmen existierten bereits zuvor oder wurden wieder eingeführt. Es gab Projekte mit klinischem Fokus oder mit Community-basierten Ansätzen. Manche Projekte waren in lokalen Behörden oder Strukturen von Gesundheitsgremien (engl. health board structures) verankert. Im Mittelpunkt stand die Bildung von Netzwerken und Kooperationen des Healthy Respect-Teams mit anderen Organisationen/Einrichtungen. **Phase II:** Langfristige Verbesserungen von Sexualgesundheit und Wohlbefinden der Zielgruppe wurden über einen vielschichtigen Ansatz angestrebt, der bestehende Anbieter von Aufklärung/Bildung, Information und Services/Dienstleistungen für Sexualgesundheit miteinander verband.

Ergebnisse: Die Inanspruchnahme von Services für Sexualgesundheit war bei weniger wohlhabenden Schülerinnen/Schülern signifikant höher. Signifikante Verbesserungen der Inanspruchnahme gab es hier bei allen Gruppen in der Interventionsregion von 2007 auf 2008/9, vor allem bei den Burschen. Größere vulnerable Gruppen waren vermutlich nicht in die Befragung eingeschlossen, etwa junge Leute mit schlechten Kommunikationsfähigkeiten, die keine Regelschulen besuchen. Die geschaffenen Anlaufstellen sowie die Bildungsprogramme an den Schulen wurden gut implementiert und angenommen. Zwar gaben die Befragten aus der Zielgruppe veränderte Einstellungen und mehr Wissen zu Sexualgesundheit und Beziehungsthemen an, ihr Verhalten wurde jedoch kaum beeinflusst. Die Daten zur Sexualgesundheit waren zum Zeitpunkt der Evaluation noch nicht vollständig bzw. waren noch keine Trends bzgl. Schwangerschaften, Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen ersichtlich. In einigen Teilbereichen des Projekts gab es signifikante Veränderungen. Mädchen wurden in einem geringeren Ausmaß durch HR beeinflusst als Burschen (2010). Zentrale Projektbestandteile wurden nach Ende des Projekts im Regelbetrieb weitergeführt.

6 Qualität der eingeschlossenen Literatur

Nachstehend werden die eingeschlossenen Evaluationen bewertet; die Bewertung basiert auf den detaillierten Einzelanalysen, die im Anhang zu finden sind.

De Meester et al. 2009

Die Qualität des Reviews wird als hoch eingestuft. Zu berücksichtigen ist, dass die Review-Autorinnen/-Autoren die Qualität von je zwei der vier eingeschlossenen Studien mit „weak“ (Jurg et al. 2006; Moon et al. 1999) und mit „moderate“ (Baxter et al. 1997; Simon et al. 2004; Simon et al. 2006) bewerteten. Es wurden keine nach SES geschichteten Analysen durchgeführt, obwohl die meisten Studien mit Gruppen von unterschiedlichem SES durchgeführt wurden. Die Studien mit Teenagern aus sozial benachteiligten Schichten (etwa Jurg et al. (2006) bei „JUMP-in, kids in motion“) verglichen die Effektivität ihrer Programme allerdings nicht mit Vergleichsgruppen aus „durchschnittlichem“ sozioökonomischen oder bildungsbezogenen Hintergrund. Die Übertragbarkeit von Mehr-Ebenen-Programmen scheint prinzipiell gegeben, genauere Einschätzungen sind aufgrund der begrenzten Informationen zu den einzelnen Programmen nicht möglich.

Simon et al. 2004, 2008, 2014

Die randomisierte Schulselektion anhand soziogeographischer Kriterien sollte einen breiten sozioökonomischen Kontext gewährleisten. Auswertungen wurden auch getrennt nach SES vorgenommen.

- » **2004:** Die Qualität der Studie (Simon et al. 2004) wird als hoch eingestuft. Das Studiendesign ist der Fragestellung angemessen (cluster-randomisiert kontrolliert). Für die Evaluation nach sechs Monaten wurde ein Fragebogen (self report) zu PA und zu psychosozialen Einflussfaktoren verwendet. Charakteristika der nicht partizipierenden Schüler/innen (siehe 2008) wurden nicht erhoben. Inkl. Kontrollgruppe nahmen 954 Schüler/innen teil.
- » **2008:** Die Qualität der Studie (Simon et al. 2008) wird als hoch eingestuft. Die Studie bezieht sich auf dieselbe Studienpopulation wie 2004, hat eine hohe Partizipationsrate und einen langen Interventionszeitraum. Die Analysen folgen lt. Autorenteam dem Intention-to-treat-Prinzip; Design, Implementation und Berichtslegung folgen dem „CONSORT statement“ für cluster-randomisierte Studien.
- » **2014:** Die Qualität der Studie (Simon et al. 2014) wird als mittel eingestuft. Ein möglicher Bias besteht in „verlorengegangenen“ Studienteilnehmern/-teilnehmerinnen. Zudem hatten jene Teilnehmer/innen, die das Follow-up nicht beendeten, öfter einen niedrigen SES und waren etwas älter zum Zeitpunkt des Studienbeginns (Hauptstudie). Allerdings gab es keinen Unterschied in der Prävalenz von Übergewicht. Die Studie war ursprünglich nicht für geschichtete Analysen entwickelt worden, wie sie für die Publikation 2014 durchgeführt wurden. Daher sind die Ergebnisse der Störfaktoren-Analyse mit Vorsicht zu betrachten, v. a. weil weniger wohlhabende Teilnehmer/innen im Follow-up in geringerem Ausmaß vertreten waren. Ein starker

Verlust von Teilnehmenden mit niedrigem SES betraf sowohl die Interventions- als auch Kontrollgruppe.

Stärken der Gesamtstudie: Es handelte sich um ein langfristig angelegtes Gesamtprojekt mit vier Jahren Intervention, beginnend mit der ersten Erhebung im Jahr 2004 bis zum Follow-up ca. 30 Monate nach Ende der Intervention. Die Surveys profitierten von einer hohen Teilnehmerzahl. Es wurden bewährte Fragebögen verwendet, die zudem an die Lebensgewohnheiten in Frankreich angepasst wurden. Methodische Schwächen wurden reflektiert.

Schwächen der Gesamtstudie: Die körperliche Aktivität außerhalb organisierter Angebote wurde unzureichend gemessen. Körperliche Aktivität und sitzende Tätigkeiten wurden nicht objektiv erhoben.

Romon et al. 2008

Die Qualität der Studie (Romon et al. 2008) ist grundsätzlich als hoch bis mittel einzustufen. Zu den methodischen Schwächen zählen u. a. freiwillige Teilnahme und fehlende Randomisierung. Die Übertragbarkeit der Interventionen auch für Österreich wird aufgrund der Community-nahen Orientierung an bestehender Infrastruktur (Schule, medizinische Versorgung, lokale Unternehmen etc.) und am sozialen System „Kernfamilie“ als gut eingestuft. Aus dem Projekt wurde das Programm „EPODE“ entwickelt, das seither in Frankreich läuft und auch in andere Länder verbreitet wird. Die Intervention bestand vorerst in einer Identifikation von Personen mit erhöhtem gesundheitlichem Risiko, denen daraufhin familienorientierte Beratung angeboten wurde.

Püringer 2012

Die Qualität der quantitativen Evaluation (Püringer 2012) ist als niedrig einzustufen, da das Studiendesign nicht angemessen war und die Durchführung potenziell zu einer Verzerrung der Ergebnisse führt. Methodische Schwächen werden reflektiert.

Die qualitative Evaluation wird als mittelmäßig eingestuft. Das dafür eingesetzte Community bzw. School Readiness Tool wird für festgelegte Dimensionen (Leadership, Ressourcen etc.) verwendet und ermöglicht dadurch Vergleiche. Die Ergebnisse sind abhängig von den Bewertungen der Teilnehmenden und werden nicht objektiv erhoben, erlauben jedoch Einschätzungen zum IST-Stand und Vergleiche mit Vorerhebungen. Die Relevanz der zugehörigen statistischen Ergebnisse wird aufgrund der fraglichen Repräsentativität als niedrig eingestuft. Aspekte der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit werden in der Analyse über die nach Geschlecht getrennten Auswertungen berücksichtigt, die auch den Evaluationszielen entsprechen. Im Projekt selbst konnten vor allem über das Schul- und Kindergartensetting (potenziell) sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche erreicht werden (Gollner et al. 2012). Die Übertragbarkeit auf andere ländliche Regionen in Österreich wird als gut eingestuft.

Braun/FGM 2010

Die Qualität der Evaluation wird als hoch eingestuft. Anhand des Verkehrsschlangenspiels (VSS) konnten die teilnehmenden Schulen einheitlich evaluiert werden. Nicht alle am VSS teilnehmenden Kinder füllten auch den Fragebogen aus – dies lag an technischen Problemen oder am niedrigen Alter (6–7 Jahre). Die Indikatoren wurden klar definiert und die Ergebnisse in Bezug dazu gesetzt. Drei Indikatoren schienen nicht angemessen, die Fragen, denen sie zugeordnet waren, zu beantworten. Die Berücksichtigung von Aspekten der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit ist nicht erkennbar. Da die Maßnahme in österreichischen Schulen in verschiedenen Bundesländern sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum umgesetzt wurde, ist Übertragbarkeit gegeben.

Häseler/Bestmann 2009

Die Qualität der Evaluation (Häseler/Bestmann 2009) wird als hoch eingestuft. Das Forschungsdesign ist den Fragestellungen angemessen. Der sozioökonomische Hintergrund der Jugendlichen bzw. Aspekte der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit wurden berücksichtigt. Die Übertragbarkeit auf ähnliche Settings wird aufgrund des geringen Planungs- bzw. Ressourcenaufwandes als hoch eingestuft.

Tucker 2005, Health Scotland 2008, 2010

Es handelt sich um ein auf Langfristigkeit angelegtes Projekt, das teilweise nachhaltig implementiert wurde. Die Ergebnisse machen deutlich, dass andere als die schulpädagogischen Zugänge entwickelt und erprobt werden müssen. Um Zielgruppen zu erreichen, wäre eine durchdachte Auswahl der Interventionsgruppen sinnvoll. Die Übertragbarkeit wird aufgrund der starken Unterschiede im Schul- und Primärversorgungssystem als eher niedrig eingestuft. (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Tucker et al. 2005)

- » **Phase I:** Die Qualität dieser Evaluation wird als mittel bis niedrig eingestuft. Hohes Bias-Risiko liegt bei den Chlamydien-Tests vor, da selektive Tests bei Hochrisiko-Gruppen eingeschlossen wurden. Soziale Ungleichheit und Benachteiligung werden sowohl inhaltlich (wird öfter thematisiert) als auch statistisch berücksichtigt. Die Studienpopulation wurde nicht eindeutig beschrieben. Die Verwendung zweier Methoden zur Kontrolle des Faktors *Benachteiligung* (eng. Deprivation) verbessert die Interpretation der Ergebnisse: „Scottish Index of Multiple Deprivation (SIMD)“ und Carstairs-Index. Die Indikatoren der Evaluation werden jedoch klar definiert.
- » **Phase II:** Die Qualität wird als niedrig eingestuft. Die Evaluation weist einige Schwächen auf, etwa die ungenaue Populationsbeschreibung bzw. fehlende Nennung der Fallzahlen zu den einzelnen Auswertungen. Ein möglicher Response Bias liegt bei der Selbsteinschätzung bzgl. dem Verhalten der Schüler/innen sowie bei den Befragungen der Partner von HR vor, die auch nach der Evaluation weiter zusammenarbeiten sollten. Zuletzt ist die fehlende Randomisierung bei der Stichprobenziehung zu nennen.

7 Gesamtschau der Analyse

Die Qualität der Studienergebnisse wurde im Wesentlichen von zwei Komponenten beeinflusst: Einerseits sind maßnahmenbezogene Aspekte wie die Projektdauer, die Projektressourcen etc. zu berücksichtigen, andererseits sind auch studienbezogene Faktoren wie etwa die Qualität der Evaluation (z. B. Zeitraum und Abstand der Evaluationen bzw. Erhebungen oder Größe der jeweiligen Population) oder die Art der Endpunkte (z. B. klinische Kennzahlen, strategische oder qualitative Endpunkte) ausschlaggebend.

7.1 Synthese der Qualitätsbewertungen

Die Qualitätsbewertungen der Evidenzquellen bieten eine Hilfestellung für die Einschätzung der Ergebnisse.

Aufgrund methodischer Schwächen sind die Ergebnisse der analysierten Publikationen mit Vorsicht zu interpretieren. Im Zuge der Qualitätsbewertung wurden vier Evidenzquellen als hoch (Braun/FGM 2010; De Meester et al. 2009; Häselser/Bestmann 2009; Simon et al. 2004; Simon et al. 2008), eine als hoch bis mittel (Romon et al. 2008), eine als mittel (Simon et al. 2014), eine als mittel bis niedrig (Tucker et al. 2005) und drei Quellen als niedrig (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Püringer 2012) eingestuft.

Häufige methodische Schwächen bestehen in unzureichender Umsetzung standardisierter quantitativer Studiendesigns. Konkret wäre hier die auf verschiedenen Ebenen (z. B. Schulebene) fehlende Randomisierung zu nennen (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Püringer 2012; Romon et al. 2008). Auch ein erhöhtes Bias-Risiko (z. B. Selektion, Selbsteinschätzung) wurde öfter identifiziert (Romon et al. 2008; Simon et al. 2004; Simon et al. 2008; Simon et al. 2014; Tucker et al. 2005). Mehrere Evidenzquellen berücksichtigten den sozioökonomischen Hintergrund der Studienpopulation (Häselser/Bestmann 2009; Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Romon et al. 2008; Simon et al. 2004; Simon et al. 2008; Simon et al. 2014; Tucker et al. 2005). Die vier in der Analyse berücksichtigten Studien des Reviews von De Meester et al. (2009) wurden im Zuge des Reviews ebenso einer Qualitätsbewertung unterzogen. Dabei wurden Moon et al. (1999) und Jurg et al. (2006) mit „weak“ bewertet, Baxter et al. (1997) und Simon et al. (2004; 2006) mit „moderate“. Dies schränkt die Aussagekraft des Reviews ein.

7.2 Synthese der Interventionsergebnisse

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Schlussfolgerungen um keine abschließenden Feststellungen handelt und aus den vorliegenden Analysen keine Kausalzusammenhänge ableitbar sind. Romon et al. (2008) etwa betonen, dass keine kausalen Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen und den einzelnen Maßnahmen ausgemacht werden

konnten. Auch die unterschiedliche Laufzeit der einzelnen Projekte beeinflusst die Ergebnisse, da dadurch unterschiedliche Outcomes bezüglich Gesundheit, Struktur etc. erreicht werden.

In den meisten Projekten gab es erfolgreiche Bemühungen zur Vernetzung verschiedener Akteure, die gemeinsam den Lebensstil und die Lebenswelt der Zielgruppe/n beeinflussen (z. B. Schoolway.net, FLVS-Studie).

Mit Ausnahme von drei Projekten (Action Heart; Wessex Healthy Schools Award; JUMP-in, kids in motion) aus dem Review von De Meester et al. (2009) ist bei allen Projekten ersichtlich, dass die Projektlaufzeit mindestens zwei Jahre betragen hat. Bei mehreren Projekten war geplant, nach Projektende gewisse Maßnahmen weiterzuführen, teilweise blieben Projektteams bestehen und/oder wurde das gesamte Projekt in die Regelfinanzierung übernommen (GUT-DRAUF-Tanke, Modellprojekt Oberwart, Schoolway.net, FLVS-Studie, Healthy Respect).

In einigen Projekten gab es tendenziell wenig Möglichkeit zur Partizipation der Zielgruppen an der Projektgestaltung. Im Projekt *Healthy Respect* waren dafür Zweifel der involvierten Berufsgruppen verantwortlich.

Im Folgenden werden die Ergebnisse in Bezug auf folgende Aspekte zusammengefasst (siehe dazu auch die Analysetabellen im Anhang 5):

- » Verhaltensänderungen
- » Nachhaltige, strukturelle Verankerung der GF-Interventionen in den Gemeinden (kurz-, mittel- und langfristige Effekte)
- » Veränderung von Determinanten der Gesundheit in gesundheitsförderlicher Weise oder ggf. Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen (kurz-, mittel- und langfristige Effekte)
- » Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten (kurz-, mittel- und langfristige Effekte)

Verhaltensänderungen

Signifikante Verbesserungen im Bewegungsverhalten zeigten sich bei Simon et al. (2004; 2008; 2014), Braun/FGM (2010) sowie bei Jurg et al. (2006, in De Meester 2009). Bei den Ergebnissen von Jurg et al. (2006) ist das als „weak“ (schwach) bewertete Studiendesign zu berücksichtigen. Bei den Schülern/Schülerinnen des Modellprojekts Oberwart wurden im Jahr 2011 signifikant niedrigerer Bierkonsum und signifikant mehr Raucher/innen als 2009 verzeichnet. Ansonsten konnten in keiner untersuchten Gruppe (Schüler/innen, Lehrer/innen, Gemeindebürger/innen) Verhaltensänderungen festgestellt werden (Püringer 2012). Bei Romon et al. (2008) wurden keine verhaltensbezogenen Parameter erhoben bzw. ausgewertet. De Meester et al. (2009) schlossen aus ihrer Untersuchung, dass die Unterstützung durch Peers und der Einfluss von Veränderungen im unmittelbaren Umfeld das Ausmaß der Bewegung bei Kindern der Mittelschulstufe (secondary school) erhöhte. Maßnahmen, die zusätzlich zu Bewegung auch andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens beeinflussen wollten, schienen in Bezug auf Bewegung nach De Meester et al. (2009) weniger effektiv zu sein.

Langfristige Effekte sind nur bei Simon et al. (2004; 2008; 2014) ersichtlich, wo 30 Monate nach Interventionsende eine Follow-up-Studie durchgeführt wurde. In der Evaluation von Häseler und Bestmann sind diverse Ergebnisse in Bezug auf Verhaltensänderungen der Zielgruppe herauszulesen – etwa weniger Zeit, die vor dem Computer verbracht wird. Es handelt sich dabei um Einzelberichte der Kinder und Jugendlichen, daher kann hier keine abschließende Aussage getroffen werden. Die Ergebnisse aus dem Projekt *Healthy Respect* (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Tucker et al. 2005) sind als mittelfristig anzusehen, da sie zwei Jahre nach Beginn der Intervention gemessen wurden. Insgesamt gab es während der ersten Phase nur geringfügige Verbesserungen im Verhalten der jungen Menschen in Bezug auf Sexualgesundheit und entsprechende Services. Bei manchen Effekten ist sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen. In der zweiten Phase von *Healthy Respect* war die Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Service-Stellen mit Bezug zu Sexualgesundheit und/oder Beziehungen bei weniger wohlhabenden Schülerinnen/Schülern sowohl 2007 als auch 2008/2009 signifikant höher. Signifikante Verbesserungen bei allen Gruppen gab es diesbezüglich in der Interventionsregion von 2007 auf 2008/2009, wobei die größten Verbesserungen bei – vornehmlich auf weniger wohlhabenden – Burschen festzustellen waren. Größere vulnerable Gruppen, die nicht über die allgemeinen Schulen erreichbar waren, wurden vermutlich nicht in die Befragung eingeschlossen. Zudem liegen für Phase II keine Vergleichszahlen aus Grampian (Kontrollregion in Phase I) vor. Mädchen, die am *Zero Tolerance Respect*-Bildungsprogramm (ZTR) an Volksschulen während Phase II teilnahmen, berichteten in der Ausgangserhebung hohe Levels von respektvollem Verhalten, was im Follow-up gleich blieb. Burschen hatten zu Beginn niedrigere Werte und es gab Hinweise auf kleine Verbesserungen nach ZTR, v. a. bei jenen mit den schlechtesten Ausgangswerten.

Nachhaltige, strukturelle Verankerung der Interventionen in den Gemeinden

Das deutsche Projekt *GUT-DRAUF-Tanke* wurde in die Regelfinanzierung des Landkreises aufgenommen und ist damit fester Bestandteil der Eitorfer Jugendhilfe (Häseler/Bestmann 2009) geworden. Die deutliche Zunahme an Besuchen von Jugendlichen im Jahr 2008 gegenüber 2005 (ca. 632 gegenüber 230 Jugendlichen) und diverse Kooperationen sprechen für die nachhaltige Verankerung der Tanke in Eitorf.

Im *Modellprojekt Oberwart* waren langfristige Effekte aus dem Evaluationsbericht (Püringer 2012) noch nicht abschätzbar, Gemeinde- bzw. Schulgesundheitscharta deuten jedoch auf eine nachhaltige strukturelle Verankerung hin. Die Ergebnisse des *School Readiness Tools* an vier Schulen zeigen statistisch signifikante Verbesserungen in den Dimensionen Verankerung, Leadership und Partizipation & Empowerment in den Schulen, nicht aber in der Dimension „Ressourcen“. In den einzelnen Gemeinden zeigten sich im Jahr 2011 keine statistisch signifikanten Veränderungen gegenüber 2009. Betrachtet man jedoch alle Gemeinden, werden – wie in den Schulen – für die Dimensionen Verankerung, Leadership, Infrastruktur, Partizipation & Empowerment statistisch signifikante Verbesserungen sichtbar, nicht aber für die Dimension „Ressourcen“. Verschiedene Multiplikatorenschulungen für Lehrer/innen und Gemeindebürger/innen schufen die Voraussetzung für eine nachhaltige Verankerung gesundheitsfördernder Aktivitäten (Gollner et al. 2012).

In der *FLVS-Studie* konnten durch den langen Untersuchungszeitraum von zwölf Jahren strukturrelevante Ergebnisse beobachtet werden (Romon et al. 2008): Die langfristige (und freiwillige/ungeplante) Zunahme der Beteiligungen durch lokale Akteure (i. e. Wirtschaftstreibende, Allgemeinmediziner/innen, Apotheken, Sport- und Kulturvereine), die gesunde familiäre Aktivitäten forcieren, lässt auf dauerhafte Veränderungen schließen.

Das österreichische schulbasierte Projekt *Schoolway.net* erreichte die vorgegebenen Ziele:

- » „Es bilden sich entsprechende Projektgruppen“. Steuergruppen wurden eingerichtet und bewährten sich.
- » „Die Internetplattform wird verwendet“: Dieser Punkt entspricht der Zielsetzung „Aufbau des Netzwerkes Schoolway.net“.
- » „Die neuen Medien werden häufiger eingesetzt“. Das kann zumindest als Voraussetzung für langfristige Veränderungen gesehen werden (Braun/FGM 2010).

Aus der Evaluation von *Healthy Respect* (Schottland) geht hervor, dass der Zugang zu Services bzw. deren Akzeptanz und Inanspruchnahme durch die Teenager weitgehend unverändert blieb. *Healthy Respect* regte verschiedene Akteure zur Zusammenarbeit und Entwicklung von Strategien und Dienstleistungen bzgl. Sexualgesundheit an, was v. a. auf informeller Ebene erfolgreich war. Gerade kleinere Einrichtungen mussten jedoch häufig ihr Engagement wegen ungeplanter Kosten durch die Vernetzungsaktivitäten beenden. Die Einbindung des Freiwilligensektors erleichterte das Erreichen spezifischer Gruppen bzw. die Verankerung in lokalen Communities. Einige Organisationen waren in der Zusammenarbeit unterrepräsentiert (z. B. Sozialarbeit) und/oder mit schlechteren Ressourcen ausgestattet (Freiwilligensektor). Interprofessionelle Schulungen ermöglichten informelle Netzwerkaktivitäten, die jedoch aufgrund der Organisation in den Schulen langfristig kaum aufrechtzuerhalten waren. Bedenken, sich im Bereich Sexualgesundheit zu engagieren, untergruben die Bestrebungen zum nachhaltigen Aufbau von Netzwerken v. a. bei Jugendarbeiterinnen/-arbeitern (Tucker et al. 2005). Mit Projektende im März 2008 war das Projekt vollständig im NHS Lothian integriert und zentrale Bestandteile des Projekts wurden weitergeführt (Health Scotland 2010).

Im Projekt *ICAPS* ist strukturelle Verankerung durch neue Beförderungsmöglichkeiten, sichere Erholungszonen sowie geplante Zeitfenster für körperliche Aktivität ersichtlich; diese Faktoren wirken den üblichen Barrieren für vermehrte Aktivität entgegen. Es liegen jedoch keine Ergebnisse zur Nutzung vor. Die Nachhaltigkeit des Projekts kann nicht beurteilt werden, da keine Informationen zur Weiterfinanzierung vorliegen (Simon et al. 2008).

Veränderung von Determinanten der Gesundheit oder ggf. Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen

Aus dem Review von De Meester et al. (2009) ist ersichtlich, dass bei schulbasierten Projekten die Einbindung des weiteren Schulumfelds und seine Veränderung sowie das Einbeziehen von Peers – zumindest kurzfristig – positive Effekte auf das Ausmaß an körperlicher Bewegung in der Schule haben können. Die Evaluation der *GUT-DRAUF-Tanke* zeigt, dass die Gesundheitsdeterminante „soziale Beziehungen“ und in geringerem Ausmaß auch die Ernährung durch das Programm positiv

beeinflusst werden. Es entsteht ein soziales Netz(werk), in dem Jugendliche auch Möglichkeiten finden, die die Tanke nicht bieten kann – z. B. einen Jugendraum oder Musikveranstaltungen (Häseler/Bestmann 2009). Im *Modellprojekt Oberwart* wurden die gesundheitsfördernden Maßnahmen zwar auch für Gemeindeglieder/innen evaluiert, die Ergebnisse sind aber nicht beurteilbar, da bei der Zweiterhebung ein anderes Kollektiv befragt wurde. Hinsichtlich der Lebensweisen und –stile der Schüler/innen stellte sich heraus, dass zahlreiche Risikofaktoren erhöht bzw. nach wie vor stark ausgeprägt waren. Verbesserungen der Gesundheit konnten bei Schülerinnen und Schülern und beim Lehrpersonal nicht gemessen werden. (Püringer 2012). Romon et al. (2008) berichten von einem signifikant höheren alters- und geschlechtsstandardisierten BMI bzw. auch einer signifikant höheren Prävalenz von Übergewicht bei Mädchen und Jungen in der Kontrollregion der *FLVS-Studie*. Das Projekt *Schoolway.net* erzielte positive Veränderungen bei zahlreichen Indikatoren, die Einfluss auf die Gesundheit oder das Gesundheitsverhalten haben können (z. B. der Bildung von Fahr- und Gehgemeinschaften) (Braun/FGM 2010).

Bei *Healthy Respect* lassen sich Veränderungen von Gesundheitsdeterminanten mittelbar über die Inanspruchnahme von Dienstleistungen bzw. Service-Stellen für Sexualgesundheit abschätzen. Die Inanspruchnahme war in der zweiten Projektphase bei weniger wohlhabenden Schülerinnen/Schülern sowohl im Jahr 2007 als auch 2008/2009 signifikant höher (Health Scotland 2010). Im Zuge des *ICAPS*-Projektes verbesserte sich die Selbstwirksamkeit der Schüler/innen innerhalb der ersten beiden Interventionsjahre (Simon et al. 2008). Der BMI, der alters- und geschlechtsstandardisierte BMI und der FMI stiegen in der Interventionsgruppe signifikant niedriger an. Ebenso fand sich in der Interventionsgruppe eine geringere kumulierte Inzidenz für Übergewicht. Die Zunahme der HDL-Cholesterin-Werte nach vier Jahren war stärker ausgeprägt, zudem konnte eine geringe Senkung des Blutdrucks nach zwei Jahren im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Andere biologische kardiovaskuläre Risikofaktoren entwickelten sich zwischen den Gruppen jedoch ähnlich (Simon et al. 2008). Die kumulative Inzidenz des Übergewichts war in der Untergruppe der von Anfang an nicht Übergewichtigen signifikant reduziert. Positive Effekte auf den Anstieg des Exzess-BMI wurden im Follow-up erneut gemessen. Ebenso blieben positive Effekte auf die Inzidenz von Übergewicht bei jenen, die zu Beginn (2004) nicht übergewichtig waren, erhalten (Simon et al. 2014).

Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten

Der Aspekt der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit wurde in den Projekten unterschiedlich berücksichtigt: Der sozioökonomische Hintergrund spielte mitunter eine Rolle bei der Auswahl der Interventionsregionen oder –settings (z. B. *GUT-DRAUF-Tanke*, *Healthy Respect*, *ICAPS*) sowie bei der Auswertung (*Healthy Respect*, *ICAPS*, *FLVS-Studie*). Gesundheitliche Chancengerechtigkeit wurde für das *Modellprojekt Oberwart*, für *Healthy Respect* und die *GUT-DRAUF-Tanke* bereits in der Ziel(gruppen)formulierung berücksichtigt. In der *FLVS-Studie* gab es zusätzliche Angebote für Personen mit erhöhten gesundheitlichen Risiken. Das Projekt der *GUT-DRAUF-Tanke* setzte vor allem auf einen sehr niederschweligen Zugang (Häseler/Bestmann 2009).

Es gibt Hinweise darauf, dass bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Hintergrund größere Effekte durch Interventionen zu erwarten sind, die im kommunalen Setting stattfinden und mit der Lebenswelt der Zielgruppe (Schule, Schulweg) verknüpft sind. Simon et al.

(2014) berichten eine signifikante Steigerung der körperlichen Aktivität in dieser Zielgruppe. Bei Schülerinnen und Schülern mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status und dem am stärksten ausgeprägten Sitzverhalten wurden die größten Effekte erzielt. Romon et al. (2008) konnten einen Rückgang der Prävalenz von Übergewicht bei Kindern nachweisen. Dieser Effekt war bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Hintergrund am größten, wobei diese Gruppe generell ein höheres Risiko für Übergewicht aufweist (Romon et al. 2008). Im Projekt *Healthy Respect* war die Inanspruchnahme der geschaffenen Services durch weniger wohlhabende Schüler/innen signifikant höher (Health Scotland 2010).

Interventionen mit positiven Effekten

Nach den Schlussfolgerungen von De Meester et al. (2009) führen schulbasierte Interventionen generell zu kurzfristigen Verbesserungen hinsichtlich körperlicher Aktivität im schulischen Setting. Nach De Meester et al. verbessert der Einbezug von Eltern die Wirkung schulbasierter Interventionen und die Unterstützung durch Peers erhöht die körperliche Aktivität bei Kindern der Mittelstufe (secondary school); auch Veränderungen im unmittelbaren Umfeld erhöhten die körperlichen Aktivitäten von Kindern.

Die Evaluation der GUT-DRAUF-Tanke ergab, dass das kostenlose Angebot an gesundem Fingerfood den Erstkontakt mit den Jugendlichen unterstützte. Als sozialer Treffpunkt mit Freizeitangebot ermöglicht die Tanke den Jugendlichen Entspannung, Knüpfen von Kontakten und Treffen von Freunden. Durch die Streetworker/innen erhielten die Jugendlichen neue Ansprechpartner und Hilfestellung bei sozialen oder familiären Problemen (Häselser/Bestmann 2009).

Das Verkehrsschlangenspiel sowie die verschiedenen Maßnahmen des Schulmobilitätsmanagements im österreichischen Projekt *Schoolway.net* konnten positive Ergebnisse erzielen; Schlüsselfaktor dabei war der Einbezug aller Akteure (Braun/FGM 2010). Die Autorinnen/Autoren der ICAPS-Studie betonen die Kombination mehrerer Maßnahmen als wesentlichen Erfolgsfaktor. Die hohe Teilnahme an den sportlichen Aktivitäten wurde insbesondere mit dem spaßorientierten, nicht wettbewerbsorientierten Sportangebot, der Freiwilligkeit der Teilnahme und dem Verzicht auf eine Benotung der Schüler/innen im Rahmen des erweiterten schulischen Sportprogrammes erklärt. Aufgrund der Vielfältigkeit der Maßnahmen kann allerdings nicht beurteilt werden, welche Interventionen besonders effektiv waren bzw. ob alle Programminhalte notwendig sind, um einen positiven Effekt zu erzielen (Simon et al. 2004).

Im ersten Teil des Projektes *Healthy Respect* verliefen vor allem die Anregung von Partnerschaften, die Bildung von Plattformen und Netzwerken für Akteure aus Politik, Verwaltung und gesundheits- oder schulbezogenen Berufsgruppen erfolgreich. In der zweiten Phase wurden die Programme ZTR (Zero Tolerance Respect) und SHARE (Sexual Health and Relationship Education) – zumindest in Hinblick auf veränderte Einstellungen und vermehrtes Wissen – als gelungen beurteilt (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Tucker et al. 2005).

Interventionen mit negativen Effekten

Hinsichtlich negativer Effekte waren die analysierten Projekte nicht sehr aussagekräftig. Die Autorinnen/Autoren des Reviews gelangten zur Einschätzung, dass Maßnahmen, die zusätzlich zu Bewegung auch andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens beeinflussen wollen, in Bezug auf körperliche Aktivität weniger effektiv zu sein scheinen (De Meester et al. 2009).

Das anfängliche Rauchverbot an der GUT-DRAUF-Tanke reduzierte die Inanspruchnahme drastisch. Die Freiheit, rauchen zu dürfen, scheint wesentlicher Bestandteil des Selbstverständnisses vieler Jugendlicher zu sein, weswegen das Verbot teilweise aufgehoben wurde (Häseler/Bestmann 2009, 28). Aus der Evaluation von *Schoolway.net* wurden keine negativen Effekte ersichtlich, die auf die Maßnahmen zurückzuführen waren (Braun/FGM 2010). Aus der ICAPS-Studie wurden keine negativen Effekte der Interventionen ersichtlich bzw. erwähnt (Simon et al. 2004), ebenso wenig von *Healthy Respect* (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Tucker et al. 2005).

Unterstützende Prozesse und Strukturen

Als wesentlicher Erfolgsfaktor wurde die Unterstützung der jeweiligen Entscheidungsträger/innen und engagierter Personen genannt, die die Maßnahmen umsetzten (z. B. das Mobilitätsmanagement-Team bei *schoolway.net*). Standen die Schuldirektionen hinter dem Projekt, wurde die Umsetzung der Projekte wesentlich erleichtert (Braun/FGM 2010; Gollner et al. 2012). Auch Veränderungen im unmittelbaren Umfeld können die körperliche Aktivität von Kindern der Mittelschulstufe erhöhen (De Meester et al. 2009). Der Erfolg der GUT-DRAUF-Tanke wurde u. a. durch die Vermittlung von Wertschätzung, das vernetzte Arbeiten mit Kooperationspartnerinnen/-partnern und den Einsatz von männlichem und weiblichem Fachpersonal erzielt (Häseler/Bestmann 2009).

Das Engagement der lokalen Akteure im Verlauf der FLVS-Studie und die Einbindung verschiedener Gesellschaftsbereiche in das gemeinsame Ziel (gesündere Lebensstile) schienen eine positive Wirkung zu erzielen (Romon et al. 2008). *Schoolway.net* war unter anderem aufgrund der fachlichen Begleitung der Schulen erfolgreich, die die Umsetzung der Maßnahmen wesentlich erleichterte (Braun/FGM 2010).

Wesentlich erscheint auch eine niederschwellige Umsetzung: Der Erfolg der GUT-DRAUF-Tanke lässt sich auf die zentrale Lage, die einfache Zugänglichkeit, die Freiwilligkeit des Angebots zurückführen. Zudem tragen fixe Öffnungszeiten, die Angebotsvielfalt, das Alkoholverbot und das Internetforum zum Gelingen bei (Häseler/Bestmann 2009).

Im Zuge der ICAPS-Studie führten die Implementierung des Programmes inner- und außerhalb der Schule, die vermehrt nicht-schulischen Aktivitäten, die Verhältnisorientierung und das Sportangebot in den Pausen sowie gleich nach Schulschluss in örtlicher Nähe zu positiven Effekten. Das Sportangebot war frei zugänglich, kostenlos, abwechslungsreich und berücksichtigte die Interessen der Zielgruppe. Zudem wurden die Eltern eingebunden und das Programm über die Laufzeit hinaus in den Regelbetrieb der Schulen integriert. Die Einbindung wesentlicher Akteure förderte die Integration von Bewegung in verschiedene Lebensbereiche und erleichterte die Aneignung neuer Gewohnheiten. Bestehende Hindernisse für mehr Bewegung wurden beseitigt, z. B. wurde

der Zugang zu Bewegungsangeboten vereinfacht. Wesentlich scheint auch die lange Projektlaufzeit von vier Jahren (Simon et al. 2004, 2008, 2014).

Die Evaluation von *Healthy Respect* Phase I konnte auf Organisationsebene einen positiven Faktor ausmachen: Teil eines „größeren Ganzen“ (i. e. *Healthy Respect*) zu sein gab den Partnerorganisationen einen gewissen Rückhalt gegenüber jenen, die ihrer Tätigkeit missbilligend gegenüberstanden (Tucker et al. 2005). Auch die Entstehung von Synergien zwischen den verschiedenen Projektteilen wurde möglicherweise von Reputation und finanziellen Ressourcen des Modellprojekts positiv beeinflusst (ebd.). In Phase II wirkten sich vor allem Partnerschaften und Netzwerke mit verschiedensten Einrichtungen und Organisationen positiv aus (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010).

Behindernde Prozesse und Strukturen

Das generelle Rauchverbot in der GUT-DRAUF-Tanke war ein massives Hemmnis für die Jugendlichen, die Tanke aufzusuchen, und wurde daher teilweise aufgehoben (Häseler/Bestmann 2009). Im *Modellprojekt Oberwart* erschwerte das Fehlen von großräumigen Gesundheitsförderungsstrukturen (wie z. B. *Gesunde Gemeinden* in anderen Bundesländern) die Umsetzung, wenn auch die geschaffenen Strukturen das Projekt hinreichend unterstützten (Püringer 2012, 7).

Hinsichtlich der Kommunikationsstrukturen stellte im *Modellprojekt Oberwart* der Umstand, dass zwar die FH als Projektbetreiberin eine Pressekonferenz gab, das Projekt selbst sich jedoch nicht der Öffentlichkeit präsentieren durfte, eine Einschränkung dar. Möglicherweise resultierten daraus Schwierigkeiten mit externen Kooperationspartnerinnen/-partnern, die sich wenig mit dem Projekt identifizierten und – für Betroffene nicht nachvollziehbar – brach liegende Infrastrukturre-sourcen (z. B. Turnsaal) verweigerten. Bei der Vermittlung der Botschaft von *Healthy Respect* wurde von den Durchführenden als erschwerend empfunden, dass die Zielgruppe zeitgleich nicht altersgerechte Filme konsumierte. Ein weiterer Stolperstein für die Projektdurchführung war die schwierige Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010).

In den anderen Evaluationen wurden keine hinderlichen Strukturen und Prozesse erwähnt.

Akzeptanz und Durchführbarkeit der Angebote

Von den Teilnehmenden an *Action Heart* übten in der Interventionsgruppe nach drei Jahren nur vier Prozent mehr als zu Beginn dreimal pro Woche oder öfter sportliche Tätigkeiten aus (Baxter et al. 1997 in De Meester et al. 2009). Die Akzeptanz ist daher als niedrig einzustufen.

Im *Modellprojekt Oberwart* wurden Angebote zur Suchtprävention kaum angenommen. Von den Gemeinden gab es Rückmeldungen, dass die Veranstaltungstermine für die Gemeindebürger/innen nicht optimal abgestimmt waren (dicht gedrängte Termine, Probleme bei der Anmeldung).

Die Angebote der *GUT-DRAUF-Tanke* wurden sehr gut angenommen, nachdem das Rauchverbot teilweise aufgehoben war (Häseler/Bestmann 2009). Bei der *FLVS*-Studie kann man insofern von

einer hohen Akzeptanz durch die Zielgruppe sprechen, als 95 bis 98 Prozent aller in Frage kommenden Kinder teilnahmen (Romon et al. 2008).

Im Projekt *Schoolway.net* waren eine gute Zusammenarbeit zwischen den Mobilitätsteams einer Schule und der Direktion sowie ein gelingender Austausch zwischen Mobilitätsteam und Steuerungsgruppe die Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung und nachhaltige Implementierung der Schulmobilitätsmanagement-Maßnahmen.

Die Angebote der *ICAPS*-Studie wurden sehr gut angenommen, was u. a. auf die Berücksichtigung jener Prozesse und Strukturen zurückgeführt wurde, die bisher einem besseren Bewegungsverhalten entgegenstanden (Simon et al. 2004, 2008, 2014).

Im Projekt *Healthy Respect* gab es Schwierigkeiten, die Eltern zu erreichen bzw. zur Inanspruchnahme von Angeboten zu motivieren. Eine Herausforderung stellte auch der Zugang zu vulnerablen Gruppen dar, die nach Einschätzung der Autorinnen/Autoren über das Setting Schule nicht ausreichend erreichbar sind (Health Scotland 2010).

Insgesamt ergab die Analyse, dass Kinder und Jugendliche von gesundheitsfördernden Maßnahmen profitieren, die direkt in ihrer Lebenswelt (häufig über die Schule) ansetzen und das kommunale Setting sowie Familie und/oder den Freundeskreis (peers) miteinbeziehen. Die Ergebnisse lassen weiter den vorsichtigen Schluss zu, dass diese positiven Auswirkungen bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischem Hintergrund stärker ausgeprägt sein können.

8 Schlussfolgerungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse anhand der Fragestellungen diskutiert, die den Forschungsprozess anleiteten (vgl. Kapitel 3).

Lassen sich wirksame Gesundheitsförderungsprogramme/–projekte mit Verhältnisorientierung für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche in ländlichen Regionen im Setting Gemeinden identifizieren?

Beinahe in jeder der analysierten Studien/Evaluationen kann – in unterschiedlichem Ausmaß – entsprechende Evidenz ausgemacht werden (Braun/FGM 2010; De Meester et al. 2009; Häselser/Bestmann 2009; Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Püringer 2012; Romon et al. 2008; Simon et al. 2004; Simon et al. 2008; Simon et al. 2014; Tucker et al. 2005). Allerdings muss hier auch methodische Kritik ansetzen: Die Studiendesigns erweisen sich bei genauerer Analyse als teilweise nur gering belastbar (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Jurg et al. 2006; Moon et al. 1999; Püringer 2012).

Die Interventionen mit den größten Effekten bzgl. Wirksamkeit sind in den Studien mit der Qualitätsbewertung „hoch“ oder „mittel“ zu finden (Braun/FGM 2010; Häselser/Bestmann 2009; Romon et al. 2008; Simon et al. 2004; Simon et al. 2008; Simon et al. 2014).

- » **Bewegung:** Sieben Projekte wurden herangezogen (*JUMP-in, kids in motion, Wessex Healthy Schools Award, Action Heart, ICAPS, FLVS-Studie, Modellprojekt Oberwart, Schoolway.net*). Teilweise zeigen sich signifikante Verbesserungen im Bewegungsverhalten, ein niedrigerer Anstieg bei BMI und FMI und eine geringfügige Steigerung der regelmäßigen sportlichen Aktivität.
- » **Ernährung:** Fünf Projekte wurden herangezogen (*Modellprojekt Oberwart, FLVS-Studie, GUT-DRAUF-Tanke, Wessex Healthy Schools Award, Action Heart*). Davon zeigt die *FLVS-Studie* deutlich bessere Werte in der Interventionsgruppe hinsichtlich alters- und geschlechtsstandardisiertem BMI bzw. der Prävalenz von Übergewicht (Romon et al. 2008). In der Evaluation von *GUT DRAUF* wird berichtet, dass gesundes Fingerfood gerne angenommen wurde und die Idee teilweise auch zu Hause umgesetzt wurde (Häselser/Bestmann 2009).
- » **Sexualgesundheit:** Im Projekt *Healthy Respect* zeigen sich während der ersten Phase nur geringfügige Verbesserungen im Verhalten der jungen Menschen, was Sexualgesundheit und die Nutzung entsprechender Services betrifft – mit teils geschlechtsspezifischen Unterschieden. In der zweiten Phase von *Healthy Respect* war die Nutzung von Dienstleistungen bzw. Service-Stellen für Sexualgesundheit und/oder Paar-Beziehungen bei weniger wohlhabenden Schülerinnen/Schülern in allen Erhebungsphasen und bei Burschen signifikant höher.
- » **Psychosoziale Gesundheit:** Das *ZTR-Bildungsprogramm* im Projekt *Healthy Respect* wirkte sich in geringem Ausmaß bei den Burschen aus, v. a. bei jenen mit den schlechtesten Ausgangswerten. Die *GUT-DRAUF-Tanke* ermöglichte die Stärkung sozialer Beziehungen und trug zur Entstehung eines sozialen Netzes bei.

- » **Suchtprävention:** Im *Modellprojekt Oberwart* wurde bei der Zweitbefragung ein deutlich niedrigerer Bierkonsum der befragten Schüler/innen festgestellt.

Nachhaltige strukturelle Verankerung: Von den analysierten Projekten/Programmen gingen die *GUT-DRAUF-Tanke* sowie zentrale Elemente von *Healthy Respect* in Regelfinanzierung über. Für das Projekt *GUT-DRAUF-Tanke* bedeutete dies weitere Kooperationen und steigende Besucherzahlen (Häseler/Bestmann 2009). Die formellen und informellen Vernetzungsaktivitäten von *Healthy Respect* förderten die Entstehung von Kooperationen und die Verankerung der Projektthemen in lokalen Communities über den Freiwilligensektor (Health Scotland 2010; Tucker et al. 2005). Im Rahmen der *ICAPS*-Studie wurden durch Beförderungsmöglichkeiten und geplante Zeitfenster für Bewegungsaktivitäten neue Möglichkeiten für mehr Bewegung erfolgreich geschaffen (Simon et al. 2008). In der *FLVS*-Studie konnten strukturelle Veränderungen wie etwa Kooperationen mit lokalen Akteuren erzielt werden (Romon et al. 2008). Im *Oberwarter Modellprojekt* weist die Erstellung der Gemeinde- bzw. Schulgesundheitscharta auf die strukturelle Verankerung von Gesundheitsförderung(saspekten) hin (Püringer 2012). Im Projekt *Schoolway.net* gelang der Aufbau des Netzwerkes *Schoolway.net* (Braun/FGM 2010).

Wie sind diese Programme/Projekte aufgebaut?

Laut Einschlusskriterium enthalten alle ausgewerteten Programme/Projekte auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Alle Programme/Projekte sind multifaktoriell, d. h. sie kombinieren Interventionen zur Verhaltensänderung (z. B. Ernährungsinformationen im Unterricht) mit Interventionen, die das weitere Umfeld mit einbeziehen und damit jene Voraussetzungen schaffen, die Verhaltensänderung auch umzusetzen (z. B. die Kooperation mit lokalen Vereinen, die attraktive Bewegungsangebote schaffen). Der Zugang auf mehreren Ebenen wurde von *Schoolway.net*, der *FLVS*-Studie, *ICAPS*, *Healthy Respect* und der *GUT-DRAUF-Tanke* realisiert.

Positiv scheint sich die Einbindung unterschiedlicher Akteure und Organisationen auszuwirken, auch wenn De Meester et al. synergistische Effekte nicht bestätigen können. Romon et al. hingegen schließen aus ihren Studienergebnissen auf einen positiven Einfluss der Einbindung von Peers und der Community auf den Erfolg der Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Auch De Meester et al. sehen einen Zusammenhang zwischen positiven Effekten und der Einbindung des weiteren Umfelds (2009).

Was sind die Erfolgsfaktoren dieser Programme/Projekte?

Folgende Faktoren scheinen den Erfolg positiv beeinflusst zu haben, wobei möglicherweise auch andere Faktoren zum erfolgreichen Programm-/Projektverlauf beigetragen haben:

- » Schaffen von Synergien⁵ (ICAPS, FLVS-Studie und möglicherweise Phase I von *Healthy Respect*)
- » Einbezug des weiteren Umfelds und Vernetzung der direkt involvierten Akteure wie Verwaltung, Vereine etc. (GUT-DRAUF-Tanke, der FLVS-Studie und ICAPS)
- » Commitment und Unterstützung der zur Projektumsetzung notwendigen Akteure und Entscheidungsträger/innen (vgl. FLVS-Studie, Modellprojekt Oberwart u. a.)
- » Niederschwelligkeit der Maßnahmen (GUT-DRAUF-Tanke, *Healthy Respect*)
- » Aktivitäten in jenem Setting, in dem die Zielgruppe erreicht werden kann (z. B. Schule)
- » Gute Erreichbarkeit: kostengünstig, einfach (z. B. GUT-DRAUF-Tanke liegt am Heimweg)
- » Freiwilligkeit der Teilnahme
- » Bedürfnisse der Zielgruppe und Spaßfaktor berücksichtigen (vgl. GUT-DRAUF-Tanke, ICAPS)
- » Schrittweise Erweiterung eines Projekts, z. B. auf mehrere Schwerpunkte (FLVS-Studie, GUT-DRAUF-Tanke)

Tragen diese Interventionen zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit bei?

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist in den identifizierten Evidenzquellen nur teilweise berücksichtigt bzw. wird nicht immer thematisiert, daher können kaum Aussagen dazu getroffen werden.

In einigen Studien wurde der sozioökonomische Hintergrund, eine Determinante der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, als Kriterium für Auswertungen herangezogen (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Romon et al. 2008; Simon et al. 2004; Simon et al. 2008; Simon et al. 2014).

In der Selektion von Schulen oder Regionen für die Projekte wurde mitunter auch die Ausprägung bestimmter sozioökonomischer Faktoren der Region berücksichtigt (z. B. Gegenden, deren Bewohner/innen überwiegend niedrigen sozioökonomischen Hintergrund haben oder Regionen mit vielfältigem SES). Diese Herangehensweise findet sich in Health Scotland (2008), Health Scotland (2010), Romon et al. (2008) sowie Simon et al. (2014), Simon et al. (2008) und Simon et al. (2004). Die Projekte *Healthy Respect* (Health Scotland 2008; Health Scotland 2010; Tucker et al. 2005)

5

“The long-term results of our study show the efficacy of a multilevel physical activity program on excessive weight gain in non-overweight adolescents. These data give hope that prevention of obesity is feasible through multipartner synergistic actions in adolescents.” (Simon 2008, 1497)

und GUT-DRAUF-Tanke (Mann et al. 2011; Mann et al. 2012) fokussierten explizit auf Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen.

Das *Modellprojekt Oberwart* wollte Bevölkerungsgruppen über bestehende Vereine in den Gemeinden einbinden. Über die Erstgespräche in den Gemeinden stellte sich heraus, „dass sich in keiner der teilnehmenden Gemeinden Volksgruppen befinden, die als explizite Zielgruppe einer Fokussierung bedürft hätten“ (Gollner et al. 2012, 28). Sozial benachteiligte Gruppen und Jugendliche wurden über die berufsbildenden mittleren Schulen sowie die polytechnischen Schulen erreicht. Zudem strebte das Modellprojekt einen gendersensiblen Zugang unter der Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern bzw. männlichen und weiblichen Jugendlichen an (Gollner et al. 2012).

Manche der von De Meester et al. (2009) in ihrer systematischen Übersichtsarbeit identifizierten Aspekte bestätigen Erfahrungswissen aus der Gesundheitsförderung: Beispielsweise nennen Bucksch et al (2012) gut gestaltete Freizeit-Infrastruktur (Sportstätten, Parks etc.) in Wohnortnähe sowie gelungene Mobilitätsinfrastruktur als Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen (vgl. De Meester et al. 2009). Die Autorinnen/Autoren betonen zudem, dass Bewegungsförderung durch Veränderung der Umweltbedingungen erreicht wird, ebenso durch Stärkung des sozialen Unterstützungspotentials, Integration von Bewegung in den Alltag und den Einbezug unterschiedlicher Ressorts.

Als zentrale Präventionsmaßnahme für nachhaltige Verbesserung von psychosozialer Gesundheit sieht die Landesvereinigung NRW (2013) die sektorenübergreifende Zusammenarbeit, den barrierefreien Zugang zu Versorgungsangeboten und den Auf- und Ausbau verbindlicher Netzwerk- und Steuerungsstrukturen auf kommunaler Ebene (De Meester et al. 2009).

Auch eine Studie, die einen Rückgang in der Prävalenz von Übergewicht aufzeigt (Romon et al. 2008), konnte einbezogen werden. Das ist umso bemerkenswerter, als Graf (2010) in ihrer Planungshilfe zur Prävention von Übergewicht keine Evidenz für eine Verringerung des BMI durch Präventionsprojekte identifiziert.

Bezugnehmend auf die theoretischen und strategischen Erläuterungen in Kapitel 2, die die hohe Relevanz des kommunalen Settings für eine nachhaltige und wirksame Gesundheitsförderung unterstreichen (Verhältnisorientierung), zeigen sich in den eingeschlossenen Programmen und Projekten, dass die Maßnahmen zwar das kommunale Setting mit einbeziehen – z. B. durch Kooperationen, Einrichten niederschwelliger Angebote –, dieses aber zumeist nicht federführend in der Umsetzung ist. Ein Grund dafür kann in der Auswahl der Zielgruppe *Kinder und Jugendliche* liegen, die vor allem im Setting Schule anzusprechen sind. Bei Maßnahmen für Zielgruppen, die weniger und vor allem nicht vollständig in Organisationen anzutreffen sind, z. B. ältere Menschen oder junge Familien, wäre es möglicherweise vorteilhaft, wenn die Federführung mehr auf Seiten der Gemeindeverwaltungen läge.

Empfehlungen zur Durchführung von systematischen Übersichtsarbeiten

Ein großes Problem in der Durchführung von systematischen Zusammenfassungen (Übersichtsarbeiten/Reviews) in der Gesundheitsförderung ist der eklatante Mangel an qualitativ hochwertigen Studien bzw. Evaluationen in Bezug auf Wirksamkeit. Dies bestätigt auch ein Bericht der WHO (WHO 2013, 11), der die Evidenz zu bewegungsfördernden Aktivitäten mit Fokus auf sozial benachteiligte Menschen in Europa untersuchte. Obwohl sich aus Fallstudien Hinweise auf Faktoren ergeben, die die Effektivität und den Erfolg von Maßnahmen ausmachen, fehlen hieb- und stichfeste Nachweise der Kausalität.⁶

Zu Beginn einer systematischen Übersichtsarbeit muss der Untersuchungsgegenstand präzisiert werden. Meist ist die Fragestellung anfangs vage und breit und nicht für eine systematische Herangehensweise geeignet. Daher muss gemeinsam mit den Auftraggebern/-geberinnen in einem iterativen Prozess die Fragestellung konkretisiert und auf Durchführbarkeit überprüft werden (Vorabrecherchen zum vorhandenen Datenmaterial). Für diesen sehr grundlegenden Definitionsprozess ist ausreichend Zeit einzuplanen.

Nur Studien zu sehr spezifischen (in Bezug auf Zielgruppen, Setting, Art der Interventionen) und thematisch eingegrenzten (in Bezug auf Zielsetzung und Inhalte der Maßnahmen) Fragestellungen sind realistisch umsetzbar.

- » Die Fragestellung ist vor Projektbeginn sorgfältig zu überlegen bzw. die Auftraggeber/innen zur Präzisierung anzuleiten. Als Unterstützung dafür eignet sich das PICO-Prinzip (vgl. 3.2).
- » Wichtig ist auch ein gemeinsames Verständnis der Begriffe, etwa für die Suchstrategie (z. B. für die Festlegung der Suchbegriffe der Datenbank-Suche).

Wegen der bekannten Unterschiede in der Nutzung gesundheitsfördernder Angebote durch (v. a. erwachsene) Frauen und Männer ist zu empfehlen, in der Zusammenfassung die Ergebnisse getrennt nach Geschlechtern zu berücksichtigen und zu hinterfragen.⁷

Die Annahme, dass deutschsprachige Datenbanken eine gute Basis für Wirksamkeitsanalysen seien, hat sich als falsch erwiesen. Good-Practice-Beispiele in diesen Datenbanken werden auf Basis von Kriterien der Projektpraxis und Expertenwissen (= best available evidence), jedoch nicht

6

Leider können Wirksamkeitsnachweise für Maßnahmen der Gesundheitsförderung aus methodologischen Gründen häufig gar nicht erbracht werden. Infolge der enormen Komplexität sozialer Systeme, der Fülle unkontrollierbarer Einflussgrößen und der Langfristigkeit der Auswirkungen scheidet die experimentelle Überprüfung der Hypothesen oft an methodologischen, ökonomischen und ethischen Grenzen. Wenn Experimente nicht möglich sind, ist man auf die Interpretation von Beobachtungsdaten angewiesen, die grundsätzlich keine verlässlichen Kausalinterpretationen zulassen. Um auf Basis dieser beschränkten Daten adäquate Interpretationen zu formulieren, ist fundiertes methodologisches Grundwissen erforderlich, damit Verzerrungen erkannt und Fehlschlüsse vermieden werden. (Uhl 2015)

7

Alle in die vorliegende Arbeit einbezogenen Projekte/Studien gingen in unterschiedlichem Ausmaß auf geschlechtsspezifische Unterschiede ein.

aufgrund verschriftlichter wissenschaftlicher Evidenz ausgewählt. Für die Identifikation von Good-Practice-Modellen sind diese Datenbanken jedoch hilfreich. Für den Großteil der eingeschlossenen Projekte war leider keine Evaluation vorhanden.

Empfehlungen für die Durchführung von GF-Programmen/-Projekten

Die zentrale Empfehlung an die Gesundheitsförderungscommunity ist, Grundlagen für eine Wirksamkeitsforschung in der Gesundheitsförderung aufzubauen. Qualitativ hochwertige Begleitforschung zu Projekten/Programmen sollte künftig nicht nur zum Prozess und zu kurzfristigen Ergebnissen, sondern auch zu langfristigen Outcomes geplant, beauftragt und durchgeführt werden. Eine wissenschaftliche Begleitung sollte von Anfang an in die Überlegungen einbezogen werden und die Festlegung der Fragestellung und die Definition von Indikatoren (Messbarkeit von Veränderungen, Qualität der Aussagen, Zeitrahmen, in dem die Veränderung gemessen werden soll, etc.) mitbestimmen. Darauf sollten die Gestaltung des Evaluations- bzw. Studiendesigns und die Budgetplanung aufgebaut werden; auch die Durchführenden sind nach entsprechender Qualifikation auszuwählen.

Studienergebnisse und Evaluationen sollten jedenfalls in Journalen sowie über Datenbanken und Webseiten publiziert werden, damit sie auch für Übersichtsarbeiten zur Verfügung stehen.

9 Literatur

- Altgeld, Thomas (2007): Gesundheitliche Chancengleichheit. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=8a7a0ba44ac8d30f5ac5592076fec6ea&id=angebote&idx=189> [Zugriff am 9. November 2011]
- Auer, Maria; Bäck, Margaretha; Hofer, Kathrin; Neuhold, Bianca; Gangl, Daniela; Amort, Frank M. (2014): Gesundheitsförderung in Gemeinden, Stadtteilen und Regionen – von der Idee zur Umsetzung. Reihe WISSEN. Bd. 11. Gesundheit Österreich GmbH / Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Baxter, A. P.; Milner, P. C.; Hawkins, S.; Leaf, M.; Simpson, C.; Wilson, K. V.; Owen, T.; Higginbottom, G.; Nicholl, J.; Cooper, N. (1997): The impact of heart health promotion on coronary heart disease lifestyle risk factors in schoolchildren: lessons learnt from a community-based project. In: Public Health 111/4:231–237
- Braun, Margit ; FGM (2010): Schoolway.net. Modellvorhaben zur bundesweiten Implementierung von Schul-Mobilitätsmanagement-Plänen in Österreich zur Förderung des sicheren Zufußgehens und Radfahrens von Kindern. Forschungsgesellschaft Mobilität / Fonds gesundes Österreich, Wien
- Bucksch, Jens; Claßen, Thomas; Geuter, Gunnar; Budde, Svenja (2012): Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune. Evidenzen und Handlungskonzept für die Kommunalentwicklung – ein Leitfaden. LZG.NRW, Düsseldorf
- BZgA (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Reihe Blickpunkt Gesundheit Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 4 Aufl., Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim
- Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (2007): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Bd. 14 Institute for Futures Studies, Stockholm
- De Meester, Femke; van Lenthe, Frank J.; Spittaels, Heleen; Lien, Nanna; De Bourdeaudhuij, Ilse (2009): Interventions for promoting physical activity among European teenagers: A systematic review. In: Int J Behav Nutr Phys Act 6/82
- FGÖ (2005): FGÖ-Glossar [Online]. Fonds Gesundes Österreich. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar> [Zugriff am 21. Oktober 2011]
- FGÖ (2013): Arbeitsprogramm 2013. Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Gollner, Erwin; Goldgruber, Judith; Schnabel, Florian; Schloffer, Evelyn; Stangl, Maria; Thaller, Magdalena; Tuttner, Silvia (2012): GEMEINSAM GESUND IM BEZIRK OBERWART. Ein Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Fonds Gesundes Österreich, Wien

- Grady, Mike; Goldblatt, Peter (2012): Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. Hg. v. Europe, WHO. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen
- Haas, Sabine; Breyer, Elisabeth; Knaller, Christine; Weigl, Marion (2013): Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 1 Handbuch). hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich., Wien,
- Häseler, S.; Bestmann, S. (2009): Danke für die Tanke – Evaluationsbericht im Rahmen der Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Diakonie An Sieg und Rhein, Berlin
- Health Scotland (2008): Evaluation of Healthy Respect Phase Two: Interim Report. Executive Summary. NHS Health Scotland, Edinburgh
- Health Scotland (2010): Evaluation of Healthy Respect Phase Two: Final Report. NHS Health Scotland, Edinburgh
- Higgins, Julian PT; Green, Sally (2008): Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Bd. 5 Wiley Online Library,
- Jurg, M. E.; Kremers, S. P.; Candel, M. J.; Van der Wal, M. F.; De Meij, J. S. (2006): A controlled trial of a school-based environmental intervention to improve physical activity in Dutch children: JUMP-in, kids in motion. In: Health Promot Int 21/4:320-330
- Kaba-Schönstein, Lotte (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/leitbegriffe/> [Zugriff am 10.11.2011]
- Klimont, Jeannette; Ihle, Petra; Baldaszti, Erika; Kytir, Josef (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Bd. 978-3-902611-12-3. Hg. v. Klimont, Jeannette; Statistik, Austria. Statistik Austria, Wien
- Krampen, Günter (2000): Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie. Hogrefe, Göttingen
- Lutschounig, Sabine; Nadler, Birgit; Reichenauer, Sandra; Wölfl, Judith; Robatsch, Klaus; Feßl, Thomas (2005): Modellvorhaben: Erstellung von Schulwegplänen und Mobilitätsmanagementplänen für Pflichtschulen. Endbericht. Kuratorium für Verkehrssicherheit /BMVIT, Wien
- Mann, Reinhard; Schulz, Benita; Streif, Simone (2011): GUT DRAUF – Zwischen Wissenschaft und Praxis. Eine bundesweite Jugendaktion der BZgA zur nachhaltigen Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung konkret 15. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Mann, Reinhard; Cremer, Monika; Remer, Doreen; Schulz, Benita; Streif, Simone (2012): GUT DRAUF kompakt. Eine Jugendaktion stellt sich vor. BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

- Marmot, Michael; Atkinson, Tony; Bell, John; Black, Carol; Broadfoot, Patricia; Cumberlege, Julia; Diamond, Ian; Gilmore, Ian; Ham, Chris; Meacher, Moller; Mulgan, Geoff (2010): Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010.
- Moon, A. M.; Mullee, M. A.; Rogers, L.; Thompson, R. L.; Speller, V.; Roderick, P. (1999): Helping schools to become health-promoting environments – an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award. In: Health Promotion International 14/2:111–122
- Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Hg. v. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- NHS Health Scotland (2008): Executive Summary: Evaluation of Healthy Respect Phase Two: Interim Report. Health Scotland
- Nickel, Stefan; Trojan, Alf (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/leitbegriffe/> [Zugriff am 10.11.2011]
- Pleyer, Brigitte (2011): Interventionen an Schulen im Bezirk. Selbstevaluierungs-Bericht 2011. Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)
- Podolsky, Andrea (2011): Gesundheit und Fitnessstudie NÖ SchülerInnen. Endbericht. NÖGUS & Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, Krens
- Püringer, Ursula (2012): Endbericht Evaluation „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Richter-Kornweitz, Antje (2013): Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Gesund aufwachsen für alle Kinder! Hg. v. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Niedersachsen
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. 1 Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Romon, M.; Lommez, A.; Tafflet, M.; Basdevant, A.; Oppert, J. M.; Bresson, J. L.; Ducimetiere, P.; Charles, M. A.; Borys, J. M. (2008): Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. In: Public Health Nutrition 12/10:1735–1742

- Rootman, Irving ; Goodstadt, Michael ; Hyndman, Brian ; McQueen, David V. ; Potvin, Louise ; Springett, Jane ; Ziglio, Erio (2001): Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications European Series, Bd. 92 World Health Organization,
- Simek, M. (2013): Lernen aus FGÖ-Projekten. Teilbericht zum kommunalen Setting & Vergleich zwischen betrieblichem, schulischem und kommunalem Setting. Forschungsbericht. LBIHPR, Wien
- Simon, C.; Wagner, A.; DiVita, C.; Rauscher, E.; Klein-Platat, C.; Arveiler, D.; Schweitzer, B.; Tribby, E. (2004): Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): concept and 6-month results. In: International journal of obesity and related metabolic disorders 28 Suppl 3/S96-S103
- Simon, C.; Wagner, A.; Platat, C.; Arveiler, D.; Schweitzer, B.; Schlienger, J. L.; Tribby, E. (2006): ICAPS: a multilevel program to improve physical activity in adolescents. In: Diabetes and Metabolism 32/41-49
- Simon, C.; Schweitzer, B.; Oujaa, M.; Wagner, A.; Arveiler, D.; Tribby, E.; Copin, N.; Blanc, S.; Platat, C. (2008): Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized controlled intervention. In: International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders 32/1489-1498
- Simon, C.; Kellou, N.; Dugas, J.; Platat, C.; Copin, N.; Schweitzer, B.; Hausser, F.; Bergouignan, A.; Lefai, E.; Blanc, S. (2014): A socio-ecological approach promoting physical activity and limiting sedentary behavior in adolescence showed weight benefits maintained 2.5 years after intervention cessation. In: International Journal of Obesity
- Smith, B. J.; Tang, K. C.; Nutbeam, D. (2006): WHO Health Promotion Glossary: new terms. In: Health Promot Int 21/4:340-345
- Statistik Austria (2013): Demographisches Jahrbuch 2012. Demographisches Jahrbuch. Hg. v. Austria, Statistik. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Stender, Klaus Peter; Böhme, Christa (2011): Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Hg. v. BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg
- Tucker, J.; Penney, G. ; E., van Teijlingen; J., Shucksmith; K., Philip (2005): Final Summary Report of the External Evaluation of *Healthy Respect*, a national health demonstration project. Scottish Executive
- Uhl, Alfred (2015): Der Mythos einer rationalen Effektivitätsforschung. In: Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung. Hg. v. Hoff, Tanja; Klein, Michael. Springer, Berlin: 103-118
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, 21.11.1986, Ottawa

WHO (2013): Physical activity promotion in socially disadvantaged groups: principles for action. PHAN Work Package 4 Final Report. World Health Organization Regional Office for Europe,, Copenhagen

WHO Europe (2005): STATEMENT. Designing Healthier and Safer CITIES: the Challenge of Healthy Urban Planning. Europe, WHO, Bursa, Turkey

Wright, Michael T.; Von Unger, Hella; Block, Martina (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Hg. v. Wright, Michael T. Hans Huber Verlag, Bern: 35-52

www.gesundheitsfoerderung.ch (2015): Gesundheitsförderung Schweiz [Online]. Gesundheitsförderung Schweiz. <http://gesundheitsfoerderung.ch/>

Anhang 1

Handlungsanleitungen zur kommunalen Gesundheitsförderung

Auer Maria, et al (2014): Gesundheitsförderung in Gemeinden, Stadtteilen und Regionen – von der Idee zur Umsetzung. Band Nr. 11 aus der Reihe Wissen. Fonds Gesundes Österreich (Hg.).Wien.

Bucksch Jens, Claßen Thomas, Geuter Gunnar, Budde Svenja (2012): Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune. Evidenzen und Handlungskonzept für die Kommunalentwicklung – ein Leitfaden. Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein–Westfalen, Bielefeld.

Graf Christine (2010): Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein–Westfalen. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein–Westfalen. Düsseldorf.

Landesinitiative NRW, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW: „Landesinitiative zu Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW. Handlungskonzept. Ohne Ort und Jahr.

Loss Julika, Seibold Claudia, Eichhorn Christine, Nagel Eckhard (2008): Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Eine Schritt–für–Schritt–Anleitung für Gesundheitsförderer. Band 2 der Schriftenreihe Materialien zur Gesundheitsförderung. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.). Erlangen

Seibold Claudia, Loss Julika, Eichhorn Christine, Nagel Eckhard (2008): Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Eine Schritt für Schritt–Anleitung für Gesundheitsförderer. Band 2 der Schriftenreihe Materialien zur Gesundheitsförderung. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg). Erlangen

Anhang 2

Grundprinzipien der Gesundheitsförderung

aus Haas S. et al 2013 / Reihe Wissen Band 10 a

Aus dem in der Ottawa Charta definierten Konzept der Gesundheitsförderung resultieren einige weitere Ansätze⁸ (Rootman et al. 2001), an denen Gesundheitsförderungsaktivitäten gemessen werden, auch wenn die Ansätze in einzelnen Maßnahmen unterschiedlich stark betont sein können:

- » **Setting- und Determinantenorientierung**
Gesundheitsförderung findet immer in „Settings“ (Lebenswelten) statt. Das sind Orte oder soziale Zusammenhänge, in denen der Alltag von Menschen stattfindet und die einen wichtigen Einfluss auf deren Gesundheit haben.
Gesundheitsförderung zielt auf die Veränderung der Einflussfaktoren auf Gesundheit (Gesundheitsdeterminanten) im gesundheitsförderlichen Sinn. Dabei geht es um Beachtung individueller Faktoren wie das Gesundheitsverhalten oder die Lebensweisen einzelner Personen (Verhaltensprävention) in ihrer Wechselwirkung mit Faktoren wie Einkommen und Sozialstatus, Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, den Zugang zu bedarfsgerechten gesundheitlichen Leistungen und um die natürliche Umwelt (Verhältnisprävention).
Verhältnisorientierte Maßnahmen haben zum Ziel, „Veränderungen in den physischen, sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen herbeizuführen, die sich positiv auf die Förderung der Gesundheit auswirken“. (Naidoo/Wills 2003, 98)
Verhaltensorientierte Maßnahmen haben zum Ziel, „Individuen dabei zu unterstützen, gesündere Verhaltensweisen anzunehmen, die als Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheit gesehen werden“. (Naidoo/Wills 2003, 93)
- » **Förderung der Chancengleichheit:** Gesundheitsförderung zielt auf gesundheitliche Chancengleichheit und damit auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen im Allgemeinen sowie insbesondere auf gesundheitliche Chancengleichheit im Sinne der „Herstellung gleicher Chancen, gesund zu sein und gesund zu bleiben“ (Altgeld 2007). Die ungleiche Verteilung materieller und immaterieller Ressourcen in einer Gesellschaft, hat einen bedeutenden Einfluss auf die Lebenschancen und damit auch die Gesundheit von betroffenen Personen, Gruppen oder Gesellschaften.
- » **Partizipation:** Gesundheitsförderung braucht die aktive Beteiligung der Bevölkerung und bezieht Menschen und Gemeinschaften in die Planung und Durchführung der Aktivitäten ein. Die Menschen müssen im Mittelpunkt gesundheitsfördernder Entscheidungsprozesse und Maßnahmen stehen, damit diese wirksam werden können (FGÖ 2005). Eine ausführliche

⁸

Vgl. auch Website des Fonds Gesundes Österreich <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien>

Darstellung der unterschiedlichen Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung findet sich bei Wright (Wright et al. 2010).

- » **Ressourcenorientierung und Empowerment:** Gesundheitsförderung orientiert sich an den bestehenden persönlichen, sozialen und strukturellen Ressourcen im Sinne von Stärken, Potenzialen, Kompetenzen etc. (sowohl von Individuen als auch von sozialen Netzwerken oder Systemen); im Unterschied zu einer Defizitorientierung, die Mängel, Probleme etc. in den Mittelpunkt stellt. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Fähigkeiten von Menschen zu stärken und zu aktivieren, Herausforderungen zu bewältigen, Bedürfnisse zu stillen, Probleme zu lösen und sich die notwendigen Ressourcen zu verschaffen (Capacity Building), um die Kontrolle über jene Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen (Nickel/Trojan 2011).
- » **Nachhaltigkeit (sustainability):** Gesundheitsförderung zielt auf einen langfristigen Nutzen. „Nachhaltige Gesundheitsförderungsaktionen sind solche, die ihren Nutzen für Gemeinwesen oder Bevölkerungen auch jenseits der ersten Stadien ihrer Implementierung aufrecht erhalten können.“ (Smith et al. 2006)

Anhang 3

Suchstrategie

Suchstrategie für Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R)
<1946 to Present>

- 1 wellbeing.mp. (4608)
- 2 (better adj3 health).mp. (7401)
- 3 health inequalit*.mp. (2120)
- 4 (increas* adj2 health).mp. (7105)
- 5 inequity.mp. (1320)
- 6 (health adj4 equity).mp. (1682)
- 7 (increas* adj2 well-being).mp. (526)
- 8 socio-economic.mp. (16570)
- 9 salutogen*.mp. (352)
- 10 health literacy.mp. (2472)
- 11 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 (42593)
- 12 low income.mp. (16355)
- 13 (deprived or vulnerab* or underprivileged or disadvantage*).mp. (132290)
- 14 Living environment.mp. (845)
- 15 rural.mp. (104772)
- 16 local*.mp. (948361)
- 17 infrastructure.mp. (12864)
- 18 participation.mp. (110392)
- 19 (municipality or local authorit*).mp. (6619)
- 20 (community or commune or communal).mp. (320502)
- 21 area-based.mp. (1108)
- 22 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 (1427636)
- 23 (poverty or neediness or poorness).mp. (36195)
- 24 3 or 8 or 12 or 13 or 23 (188634)
- 25 11 and 24 (20555)
- 26 22 and 25 (5978)
- 27 (Program* or strategy or strategies or policy or policies).mp. (1207171)
- 28 26 and 27 (2326)
- 29 (treatment or surgical).ti,ab. (3057138)
- 30 supplementation.ti,ab. (66192)
- 31 (immunisation or vaccin*).ti,ab. (204943)
- 32 disease management.ti,ab. (7136)
- 33 29 or 30 or 31 or 32 (3292073)
- 34 28 not 33 (1936)

Anhang 4 Formular zur Clusterung der Projekte

Tabelle 2:
Matrix zur Clusterung der identifizierten Projekte

Projektname	Land	Themen						Primäre Zielgruppen					Involvierte Settings in der Gemeinde								
		Suchtprävention	Ernährung Bewegung Psyche	Lebenskompetenz	Early Interventions	Vernetzung/Koordination von Angeboten u Maßn. in der Gemeinde	Anderes Thema	Werdende Eltern Neugeborene	Kindergarten Schulkinder	Jugendliche	Explizit sozial Benachteiligte	Anderere ZG	Familie	Kindergarten	Schule	Vereine	...	Beratungsstellen	Öffentliche Einrichtungen	Gesundheitsversorgung	Anderes Setting

Anhang 5

Detailanalyse der eingeschlossenen Literatur

Tabelle 3:
Interventions for promoting physical activity among European teenagers: A systematic review

A Ergebnisse der relevanten Programme	
Quelle	De Meester, Femke; van Lenthe, Frank J.; Spittaels, Heleen; Lien, Nanna; De Bourdeaudhuij, Ilse (2009): Interventions for promoting physical activity among European teenagers: A systematic review. In: The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 6/82
Titel der identifizierten Programme, Interventionen, Projekte	<p>In der Analyse wurden 4 von 20 Studien bzw. die zugehörigen Multi-Level-Programme berücksichtigt – die übrigen entsprachen nicht den Einschlusskriterien.</p> <p>Eingeschlossene Programme:</p> <ul style="list-style-type: none"> » JUMP-in, kids in motion: Jurg ME, Kremers SP, Candel MJ, Wal MF Van der, De Meij JS: A controlled trial of a school-based environmental intervention to improve physical activity in Dutch children: JUMP-in, kids in motion. Health Promot Int 2006, 21:320-330. » Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): Simon C, Wagner A, DiVita C, Rauscher E, Klein-Platat C, Arveiler D, Schweitzer B, Tribby E: Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): concept and 6-month results. International Journal of Obesity 2004, 28:S96-S103. Simon C, Wagner A, Platat C, Arveiler D, Schweitzer B, Schlienger JL, Tribby E: ICAPS: a multilevel program to improve physical activity in adolescents. Diabetes and Metabolism 2006, 32(1):41-49. » Wessex Healthy Schools Award: Moon AM, Mullee MA, Rogers L, Thompson RL, Speller V, Roderick P: Helping schools to become health-promoting environments – an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award. Health Promotion International 1999, 14:111-122. » Action Heart: Baxter AP, Milner PC, Hawkins S, Leaf M, Simpson C, Wilson KV, Owen T, Higginbottom G, Nicholl J, Cooper N: The impact of heart health promotion on coronary heart disease life-style risk factors in schoolchildren: lessons learnt from a community-based project. Public Health 1997, 111:231-237.
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> » JUMP-in, kids in motion: Niederländisches Programm auf Elementarschul-Ebene, das Kinder mit niedrigem SES-Hintergrund einbezog. Neben einer didaktischen Komponente wurden Veränderungen in der räumlichen, soziokulturellen und politischen Umgebung herbeigeführt. » ICAPS: wurde in Ostfrankreich in ausgewählten Mittelschulen durchgeführt. Neben einem Gesundheitserziehungsprogramm wurden Umgebungsparameter verändert. Hauptthema war körperliche Aktivität (engl. physical activity; PA). Die Laufzeit der Intervention war auf vier Jahre ausgelegt. » Wessex Healthy schools Award: Auch hier wurde ein Gesundheitserziehungsprogramm mit der Veränderung von Umgebungsfaktoren kombiniert. Schüler/innen der Sekundarstufe wurden angesprochen, um körperliche Aktivität (PA), Rauch- und Ernährungsverhalten zu beeinflussen. » Action Heart: Dieses Community-Projekt in Großbritannien involvierte drei Schulen und zielte auf die Modifikation dreier Risikofaktoren ab: Rauchen, Ernährung, Bewegung. Neben der Implementierung individueller Maßnahmen sollte vor allem die räumliche, soziokulturelle, ökonomische und politische Umgebung verändert werden.

Fortsetzung nächste Seite

A Ergebnisse der relevanten Programme

Methoden und Kontext
der Interventionen

JUMP-in, kids in motion :

Individuelle Komponenten: Kartenspiel mit Aufgaben für den Unterricht oder zuhause, um das Bewusstsein für die Bedeutung von Bewegung für die Gesundheit zu steigern sowie Bewegungsverhalten, Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung und organisatorische Fertigkeiten von Kindern und Eltern zu verbessern (S).

Räumliches Umfeld:

- » Mehr und leicht zugängliche Möglichkeiten zu PA in der Schule oder in ihrer Nähe werden geschaffen. Im Unterricht lernen die Kinder verschiedenste Sportarten kennen, jede Sportart über mehrere Wochen hinweg mehrmals. Regelmäßige Pausen für PA, Erholung und Haltungsübungen werden ermöglicht, jeden Monat gibt es andere Übungen zu einem bestimmten Thema. (S)
- » Mindestens einmal pro Jahr gab es eine Elterninformationsveranstaltung, bei der die Bedeutung von PA und Sport für Kinder und die Rolle der Eltern in der Unterstützung und Förderung betont wurden. (F)
- » Die Lehrenden erhielten Schulungen zur Verwendung von „the class moves“ (eigene Übersetzung: „die bewegte Klasse“). (S)

Soziokulturelles Umfeld:

- » Der/die Sportlehrer/in kontrollierte die Schüler/innen einmal im Jahr, um sie auf strukturierte Weise bei der sportlichen und bewegungsbezogenen Entwicklung sowie beim Erreichen der Empfehlungen zur PA für Jugendliche zu unterstützen. (S)
- » Unterstützung durch Peers und Freunde in der Klasse (S)
- » Unterstützung durch Familienangehörige (F)

Politisches Umfeld:

- » Schulsportaktivitäten wurden entwickelt, die Aufnahme in die Schulstrategie fanden und das ganze Schuljahr über verfügbar sind. (S)
- » Veränderungen im Sportunterricht (S)
- » Bewegungspausen (S)
- » Partnerschaften mit kommunalen Behörden, lokalen Dienstleistern im Bewegungsbereich und lokalen Sportvereinen (C)

ICAPS:

Individuelle Komponenten: Theoretischer Unterricht und Debatten, um Geschicklichkeit, Wissen, Einstellungen, Überzeugungen und Motivation gegenüber PA und einem aktiven Lebensstil zu verbessern. (S)

Räumliches Umfeld:

- » Strukturelle und institutionelle Veränderungen sowie Veränderungen in der Umgebung, die es den Schülerinnen/Schülern erleichtern, das erworbene Wissen sowie erlernte Fertigkeiten bzgl. PA anzuwenden. (S)
- » Sportveranstaltungen und aktive Mobilität (engl. active transport) wurden organisiert sowie zehn verschiedene wöchentliche PA angeboten. (S)
- » Neue Möglichkeiten für PA im und nach dem Unterricht wurden geschaffen. Dabei wurden die bisherigen Hindernisse für mehr PA berücksichtigt. (S)
- » Beförderung zu den PA-Anlagen wurde organisiert und bei Bedarf zusätzliche Busse bereitgestellt. (C)
- » Das Personal, das die Maßnahmen durchführte, wurde informiert und darin geschult, mit unterschiedlichen Partnern zusammenzuarbeiten. (S)
- » Die ICAPS-Koordinatorinnen/-Koordinatoren besuchten regelmäßig die teilnehmenden Schulen, um an Lösungen bei personal- oder materialbezogenem Bedarf mitzuwirken.

Fortsetzung nächste Seite

A Ergebnisse der relevanten Programme

	<p>Soziokulturelle Umgebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Soziale Unterstützung durch PA-Instruktorinnen/-Instruktoren, Lehrer/innen, Peers (S) » Unterstützung durch Eltern, um das PA-Level zu steigern, aber auch um den Schülern und Schülerinnen den Schulweg zu Fuß oder mit dem Rad zu ermöglichen. (F) » Entscheidungsträger/innen der lokalen Communities wurden gebeten, für ein unterstützendes Umfeld zu sorgen, das unterhaltsame bzw. angenehme PA ermöglicht. (C) » Verbreitung über die Medien, um das Engagement der Teilnehmenden zu verstärken. (C) <p>Wirtschaftliches Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Freier Eintritt zu Anlagen, die auf sicherem Weg erreichbar sind (C) <p>Politisches Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Mehr extra-curriculare PA mit neuen Möglichkeiten, Abwechslung und wechselnden Inhalten; Schwerpunkt auf Vergnügen und Genuss, Wohlbefinden, Gesellschaft und Abwesenheit von kompetitiven Aspekten; (S) » Alle Lehrpersonen wurden eingeladen, verschiedene Methoden zur Integration und Durchführung von PA im Unterricht einzubringen. (S) » Partnerschaften mit Schulausschüssen, Lehrpersonen, medizinischem Personal (S), mit räumlichen und kommunalen für Freizeitanlagen zuständigen Behörden, Verkehrsinfrastruktur, Vereinspädagoginnen/-pädagogen (C) » Veränderungen des öffentlichen Verkehrs: Beförderung zu PA-Bereichen und zusätzliche Busse (C) <p>Überlegungen zur Entwicklung von Radwegen in Umgebung der Schulen (C)</p>
	<p>Wessex Healthy schools Award:</p> <p>Individuelle Komponente:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Umfassende, koordinierte, Curriculum-übergreifende Gesundheitserziehungsprogramme, die darauf abzielten, gesundheitsbezogenes Wissen, Einstellungen und Verhalten der Schüler/innen zu beeinflussen. (S) <p>Räumliches Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Veränderungen in Richtung einer gesunden räumlichen Umgebung (S) » Das Personal erhielt gesundheitsbezogene Informationen und Schulungen am Arbeitsplatz. (S) » Das "Healthy Schools Award"-Vorhaben stellte strukturierte Rahmenbedingungen, gesundheitsbezogene Ziele und externe Unterstützung bereit. (S) <p>Soziokulturelles Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Gesundheitsförderungsinitiativen (S) » Veränderung der Einstellungen (S) » Einbindung der Eltern/Familie in die Gesundheitserziehung der Kinder (F) » Kommunale Gesundheitsförderung (engl. community health promotion), die durch Gesundheitsbehörden und/oder die Schulbehörde unterstützt wurde. <p>Wirtschaftliches Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Finanzielle Unterstützung wurde bereitgestellt. Diese variierte zwischen den Schulen. (C) <p>Politisches Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Veränderungen in der Gesundheitsförderungsstrategie und -praxis, v. a. in neun zentralen Bereichen: Curriculum, Verbindungen zur Community, rauchfreie Schule, gesunde Ernährungsentscheidungen, PA, Verantwortung für Gesundheit, gesundheitsfördernde Arbeitsplätze, Umwelt/Umgebung (environment), Chancengleichheit und gleiche Zugangsmöglichkeiten. (S) » Neue Unterrichtsmethoden mit aktiv in den Lern- und Entscheidungsprozess involvierten Schülerinnen/Schülern, die als Individuen mit ihren Bedürfnissen berücksichtigt werden. » Veränderungen im Curriculum: umfassende, koordinierte, Curriculum-übergreifende Programme während der Schulzeit <p>Jede Schule stellte einen/eine Koordinator/in auf. (S)</p>

Fortsetzung nächste Seite

A Ergebnisse der relevanten Programme

Informationen zum Studiendesign	<p>Action Heart:</p> <p>Individuelle Komponenten:</p> <ul style="list-style-type: none">» Curriculare Aktivitäten zur allgemeinen Herzgesundheit und körperliches Training (S)» Gesundheitstage mit Informationen zu Lebensstilthemen (S)» Mitarbeiter/innen von Action Heart unterstützten Aktivitäten, die das individuelle Risikoverhalten adressierten. (S)» Gesundheitserziehung durch Peers: Gesundheitstage wurden von jungen Leuten durchgeführt, die dafür ein Trainingsprogramm absolvierten. (S) <p>Räumliches Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none">» Veränderung der Schulumgebung (S)» Aktivitäten, die das individuelle Risikoverhalten adressierten (C)» Das Personal und die Schulen wurden geschult und unterstützt. (S)» Die Interventionen waren durch den Einbezug des Personals der Gesundheitsdienstleister fachlich fundiert. (S) <p>Soziokulturelles Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none">» Allgemeine Gesundheitsförderungsaktivitäten in Schulen und in der Community (S) (C)» Werbung mittels Flugblättern, Postern, T-Shirt u. a. (S) (C)» Gesundheitserziehung über Peers (S) <p>Wirtschaftliches Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none">» Den Schulen wurden Ressourcen zur Verfügung gestellt. (S)» Druckkosten wurden über das Budget von Action Heart übernommen. (S) <p>Politisches Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none">» Neue bzw. veränderte Strategien (S) (C) <p>Action Heart Charter: ein Gesundheitsförderungsvertrag zwischen Action Heart, den Schulen und Organisationen in der einbezogenen Umgebung. Die Charta führt sog. „health action points“ an, zu deren Umsetzung sich die Unterzeichnenden mit Unterstützung des „Action Heart Teams“ bereit erklärt haben. (S) (C)</p> <p>JUMP-in, kids in motion:</p> <p>Schulbasiert; Einbezug von Familie und Community; kontrollierte Studie, Cluster auf Schulebene. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ausgangszuständen bzw. mögliche Störfaktoren wurden über Schichtung oder Parallelisierung (Matching) kontrolliert. Die Personen, die die Intervention durchführten, wussten, ob die Teilnehmenden in der Interventions- oder Kontrollgruppe waren. Die Teilnehmenden wurden nach dem Post-Test nicht über den Sinn und Zweck der Intervention aufgeklärt.</p> <p>ICAPS:</p> <p>Schulbasiert; Einbezug von Familie und Community; cluster-randomisierte kontrollierte Studie ohne näherer Beschreibung der Randomisierung; die Randomisierung erfolgte auf Schulebene. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ausgangszuständen bzw. wurden mögliche Störfaktoren über Schichtung oder Parallelisierung (Matching) kontrolliert. Die Personen, die die Interventionen durchführten, wussten, ob die Teilnehmenden in der Interventions- oder Kontrollgruppe waren. Die Teilnehmenden wurden nach dem Post-Test nicht über den Sinn und Zweck der Intervention aufgeklärt. Zur Erhebung der PA wurden valide und reliable, jedoch keine objektiven Instrumente verwendet. Die Drop-Out-Rate wurde angeführt.</p> <p>Wessex Healthy schools Award:</p> <p>Schulbasiert; Einbezug von Familie und Community; Prä-/Post-Design mit zwei Gruppen über vier Schulsemester (15 Monate); Das Bewegungsverhalten wurde über die Teilnahme an Sportaktivitäten außerhalb des regulären Sportunterrichts an der Schule im Ausmaß von mindestens einmal pro Woche erhoben (%).</p> <p>Action Heart:</p> <p>Community-Setting unter Einbezug der Schule; kontrollierte Studie über drei Jahre: Erhebung zu Beginn und am Ende der Intervention. Erhoben wurde der Anteil der Schüler/innen (%), die dreimal pro Woche oder öfter Sport betrieben.</p>
---------------------------------	--

Fortsetzung nächste Seite

A Ergebnisse der relevanten Programme

<p>Ergebnisse pro Programm</p>	<p>JUMP-in, kids in motion: Der Verminderung von Aktivität bei Schülerinnen/Schülern der sechsten Schulstufe konnte erfolgreich vorgebeugt werden. Diese Schüler/innen erreichten auch mit höherer Wahrscheinlichkeit die erwünschten Aktivitätsausmaße. In der vierten und fünften Schulstufe gab es keine signifikanten Veränderungen. Allgemein zeigten sich bei Interventionen, die neben der Schule auch die größere Community einbezogen, vielversprechende Resultate (so auch bei Jurg et al. (2006)), dies wird jedoch nicht näher erläutert. Die PA der Kinder der Sekundarstufe stieg unter dem Einfluss von Peers und über die Einbindung der Community. Positive Effekte auf das Ausmaß an PA wurde über die Kombination von Gesundheitserziehung und Umgebungsveränderungen, z. B. über die Einbindung und Unterstützung der Eltern oder durch die Einbindung kooperativer, unterhaltsamer, fitness- und zielorientierter Aktivitäten im Sportunterricht, die eine Kontrollfunktion hatten.</p> <p>ICAPS: Das untersuchte Outcome war die Teilnahme an organisierter PA in der Freizeit inner- und außerhalb von Sportvereinen (%). Eine signifikante Steigerung dieser Form der PA war festzustellen. Allgemein zeigten sich bei Interventionen, die neben der Schule auch die größere Community einbezogen, vielversprechende Resultate (so auch bei Simon et al.), dies wird jedoch nicht näher erläutert. Die PA der Kinder der Sekundarstufe stieg unter dem Einfluss von Peers und über die Einbindung der Community. Folgende individuelle Interventionselemente in Sekundarschulen konnten den Bewegungslevel bei Teenagern erfolgreich verändern: persönliche PA-Beratung, Gesundheitserziehung zur Steigerung des Gesundheitswissens, eine Beratungseinheit, die an den aktuellen Bewegungslevel der Teenager angepasst war oder ein Bewegungsprogramm. Folgende Beispiele aus den räumlichen, soziokulturellen, ökonomischen und politischen Maßnahmen könnten PA steigern: Das aufgestockte Angebot für PA (mehr Material, Aktivitäten, Abwechslung), die Förderung aktiver Fortbewegung, Unterstützung durch Eltern und Peers, freier Eintritt zu sicher zugänglichen Einrichtungen, Veränderungen bei den öffentlichen Verkehrsmitteln sowie vielfältige Partnerschaften.</p> <p>Wessex Healthy Schools Award: Auch diese Studie unterstützte die Erkenntnis, dass Interventionsstrategien bei schulbasierten Programmen, die die Umgebung mit einbezogen, vielversprechende Resultate bewirkten. Allgemein produzierten Interventionen, die neben PA auch andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens ansprachen, weniger positive Ergebnisse.</p> <p>Action Heart: Nach drei Jahren übten nur vier Prozent mehr Teilnehmende aus der Interventionsgruppe dreimal pro Woche oder öfter als zu Beginn sportliche Tätigkeiten aus. In der Kontrollgruppe blieb der Anteil stabil. Interventionen, die neben PA auch andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens ansprachen, produzierten weniger positive Ergebnisse.</p>
<p>Gesamtergebnisse</p>	<p>Obwohl nur 4 von 20 Studien des Reviews hier berücksichtigt wurden, werden nachstehend die Gesamtergebnisse von De Meester et al. (2009) angeführt, weil sie sich stark auf die oben genannten Programme/Studien beziehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Schulbasierte Interventionen führen generell zu kurzfristigen Verbesserungen hinsichtlich PA. » Diese Verbesserungen beschränkten sich auf PA im schulischen Setting und betrafen nicht die PA in der Freizeit. » Der Einbezug von Eltern schien schulbasierte Interventionen zu verbessern. » Die Unterstützung durch Peers und der Einfluss von Veränderungen im unmittelbaren Umfeld erhöhte die PA bei Kindern der Mittelschulstufe (engl. secondary school). » Die Annahme, dass ein Zugang auf mehreren Ebenen („Multi-Level-Programme“) Synergien bewirke, konnte nicht bestätigt werden. » Bei Maßnahmen, die zusätzlich zu PA auch andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens beeinflussen wollten, schien die Maßnahme in Bezug auf PA weniger effektiv zu sein.

Fortsetzung nächste Seite

A Ergebnisse der relevanten Programme

Weitere Anmerkungen	<p>Die relevanten Studien des Reviews wurden von De Meester et al. folgendermaßen bewertet:</p> <ul style="list-style-type: none">» JUMP-in, kids in motion: Keine Verblindung bei Teilnehmenden und Durchführenden der Intervention. Der Fragebogen wurde nicht auf Validität und Reliabilität getestet. Es gab keine detaillierten Informationen zu Drop-Outs und Austritten. Die Studie wurde daher als „weak“ bewertet.» ICAPS: Die Qualität der Studie wurde hinsichtlich der Verblindung als niedrig eingestuft. Diese (einzige) niedrige Einstufung führte zur Gesamtbewertung „moderate“.» Wessex Healthy Schools Award: Das Element „Verblindung“ wurde bei der Qualitätsbewertung des Reviews als „niedrig“ eingestuft, ebenso die Aspekte „Störfaktoren“ und „Methoden der Datengewinnung“ aufgrund mangelhafter Beschreibung in den veröffentlichten Unterlagen. Insgesamt wird die Studie als schwach (weak) bewertet.» Action Heart: Diese Studie wurde ohne nähere Begründung als „moderate“ eingestuft. <p>Der Review wurde trotz niedrig bewerteter Studien im Sinne von „best available evidence“ eingeschlossen, die Qualität der zugrundeliegenden Studien wird in der Gesamtschau für die Gewichtung des Reviews berücksichtigt.</p>
---------------------	--

B Beschreibung und Bewertung der Evidenzquelle

Quelle	De Meester, Femke; van Lenthe, Frank J.; Spittaels, Heleen; Lien, Nanna; De Bourdeaudhuij, Ilse (2009): Interventions for promoting physical activity among European teenagers: A systematic review. In: The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 6/82
Fragestellung	Ziel war, die Effektivität von Maßnahmen für Jugendliche in Europa, die auf die Förderung von PA abzielten, gesammelt darzustellen und die Vergleichbarkeit der Interventionsergebnisse zu überprüfen.
Studiendesign	<ul style="list-style-type: none"> » Systematischer Review zur Identifikation europäischer Interventionsstudien, die ab 1995 publiziert wurden. » Vier Datenbanken wurden durchsucht, ebenso Referenzlisten und Publikationslisten der Autorinnen und Autoren einschlägiger Artikel. » Das ANGELO-Framework wurde verwendet, um die eingeschlossenen Studien nach Setting und Maßnahmenkomponenten zu kategorisieren.
Quellensuche (Literatur, Programme)	<ul style="list-style-type: none"> » Die Datenbanken MEDLINE (via PubMed), Web of Science, SPORT Discus und Cochrane Library wurden durchsucht. » Ein getesteter Suchfilter wurde angewendet (gefiltert nach „outcome behaviour“, „population“, „intervention“ und „study design“). » Die Suchergebnisse wurden nach Erfüllung der Einschlusskriterien beurteilt. Europäische Publikationen mit Durchführung ab 1990 bzw. wissenschaftliche Veröffentlichungen ab 1995 wurden eingeschlossen. » Übersehene Studien wurden durch Kontrolle der Quellenverzeichnisse der Studien sowie von Literaturreviews und „anderen relevanten Quellen“ gefunden. » Unsicherheiten bzgl. Ein-/Ausschluss wurden über Einbezug einer zweiten Person ausgeräumt.
Selektionskriterien	<p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Der Effekt der Primärintervention zur Förderung von PA wurde evaluiert. » Eine Vergleichs- oder Kontrollgruppe wurde herangezogen. » Die Population waren Jugendliche mit einem Durchschnittsalter zwischen 10 und 19 Jahren. » Hauptergebnis oder eines der Outcomes war eine objektive Messung der PA oder Selbsteinschätzung der PA. » Ein Effekt der Ergebnismessung war in mindestens einer Follow-up-Messung vorhanden. <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Die Teilnehmenden hatten gesundheitliche Probleme bzw. eine spezifische Erkrankung. » Das einzige Outcome war die PA im Unterricht oder die körperliche Fitness.
Identifizierte Programme/Studien	<p>In diese Analyse wurden folgende Programme/Studien eingeschlossen (Qualitätsbewertung der Autorinnen/Autoren des Reviews in Klammern):</p> <ul style="list-style-type: none"> » Schulen unter Einbezug von Familien und Community <ul style="list-style-type: none"> » „JUMP-in, kids in motion“ (Jurg et al. 2006) (weak) » „ICAPS – Intervention centred on adolescents’ physical activity and sedentary behaviour“ (Simon et al. 2004; Simon et al. 2006) (moderate) » „Wessex Healthy Schools Award“ (Moon et al. 1999) (weak) » Communities mit Einbezug von Schulen: <ul style="list-style-type: none"> » „Action Heart“, UK (Baxter et al. 1997) (moderate)

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung und Bewertung der Evidenzquelle

Qualität des Reviews	<ul style="list-style-type: none"> » Strenge Maßstäbe in der Bewertung der Studien: Die eingeschlossenen Studien wurden mittels eines standardisierten Frameworks bewertet, das im „Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 4.2.6“ (Higgins/Green 2008) empfohlen wird. » Klares Ziel (siehe Fragestellung), jedoch keine explizite Forschungsfrage » Die Interventionen wurden nach Setting geordnet aufgelistet. Dadurch wird u. a. die Gewichtung der einzelnen Settings bei den Multi-Intervention-Programmen gut sichtbar. » Klare Selektionskriterien mit Ausnahme der Angabe „andere relevante Quellen“. » Vier-Augen-Prinzip nur im Falle von Unsicherheit » ANGELO-Framework (Analysis Grid for Environments Linked to Obesity) wurde für die Analyse verwendet, um die Studien nach Setting zu kategorisieren (Schule, Schule unter Einbezug der Familie, Schule unter Einbezug der Familie und Community, Community unter Einbezug von Schulen, Primärversorgung und individuelles Setting) und die Maßnahmenbestandteile einzuteilen (individuelle, körperlich, soziokulturelle, ökonomische, politische Komponenten). » Es wird fachlich begründet, warum auch nicht-randomisierte kontrollierte Studien einbezogen wurden. Diese könnten wichtige Informationen hinsichtlich Strategieentwicklung enthalten, die in Folge mit „stärkeren“ Forschungsdesigns untersucht werden können. » Es gibt zwei (frei als PDF zugängliche) Zusatzdokumente: <ul style="list-style-type: none"> » Additional File 1 enthält die Settings und Elemente der Interventionen gemäß ANGELO-Framework. In der Tabelle sind Teile des Texts in roter, kursiver Schrift verfasst. Es wird jedoch nicht ersichtlich, was damit gekennzeichnet wird. » Additional File 2 enthält nähere Informationen, Designs und wesentliche Ergebnisse sowie die Bewertung der Studien. <p>Stärken lt. De Meester et al.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Das Protokoll zur Materialgewinnung wurde in Einklang mit den Instruktionen und dem Framework der Cochrane Collaboration erstellt. ➤ Referenzlisten der selektierten Publikationen, Literaturreviews und die Publikationslisten der gewählten Autorinnen/Autoren wurden durchsucht, um Veröffentlichungen zu finden, die Design und Durchführung der jeweiligen Maßnahmen näher beschreiben. <p>Schwächen lt. De Meester et al.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Die Publikationssuche wurde auf elektronische Datenbanken und Referenzsuche beschränkt. Mehrere Studien beschreiben weder Inhalt noch Implementierung der Maßnahmen im Detail. Platzbeschränkungen der publizierenden Journale dürften dabei eine Rolle spielen. ➤ Nach SES geschichtete Analysen wurden nicht durchgeführt, obwohl die meisten Studien Teilnehmergruppen von unterschiedlichem SES beschreiben. Jene Studien, die Teenager aus sozial benachteiligten Gruppen einschlossen (etwa Jurg et al. bei „JUMP-in, kids in motion“), verglichen die Effektivität ihrer Programme nicht mit den Ergebnissen derselben Intervention in einer Population mit „durchschnittlichem“ sozioökonomischen oder Bildungshintergrund.
Weitere Anmerkungen	

C Ergebnisse

Schlussfolgerungen und Gesamtbewertung der Ergebnisse	Klare Selektionskriterien, „strenge“ Bewertung der Studien und die klare Darlegung seiner Stärken und Schwächen sprechen insgesamt für die hohe Qualität dieses Reviews. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass schulbasierte Interventionen v. a. dann erfolgversprechend sind, wenn sie in Zusammenarbeit mit den Eltern, Peers und der Community durchgeführt werden und der Fokus auf körperlicher Aktivität allein und nicht auf mehreren zusätzlichen Aspekten liegt. Die Annahme, dass ein Zugang auf mehreren Ebenen („Multi-Level-Programme“) synergistische Ergebnisse bewirke, konnte nicht bestätigt werden.
---	--

(S) = school/Schule; (F) = family/Familie; (C) = community/Gemeinde;
PA = physical activity / Bewegung; PE = physical education / Bewegungserziehung

Quelle: De Meester et al. (2009)

Tabelle 4:

Modellvorhaben zur bundesweiten Implementierung von Schul-Mobilitätsmanagement-Plänen in Österreich zur Förderung sicheren Zufußgehens und Radfahrens von Kindern (Schoolway.net)

A Beschreibung des Projektes/Programmes	
Quelle	Braun, Margit; FGM-Forschungsgesellschaft Mobilität (2010): Schoolway.net. Modellvorhaben zur bundesweiten Implementierung von Schul-Mobilitätsmanagement-Plänen in Österreich zur Förderung des sicheren Zufußgehens und Radfahrens von Kindern.
Projektname	SCHOOLWAY.NET – Modellvorhaben zur bundesweiten Implementierung von Schul-Mobilitätsmanagement-Plänen in Österreich zur Förderung des sicheren Zufußgehens und Radfahrens von Kindern
Land	Österreich
Zielgruppe(n)	<ul style="list-style-type: none"> » Hauptzielgruppe: Schüler/innen im Alter von 9 bis 13 Jahren, vorwiegend Schüler/innen der Hauptschule bzw. der AHS-Unterstufe; neu hinzugekommen auch Schüler/innen der Volksschule » Lehrer/innen » Eltern
Projektziele in Bezug auf Verhalten	<p>Vermittlung von Mobilitätskompetenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> » „Erhöhung der selbst-/eigenständigen Alltagsmobilität von Kindern & Jugendlichen » Gesteigertes Wohlbefinden durch tägliche Bewegung am Schulweg » Stärkung der sozialen Kontakte durch (Rad-)Fahr- und Gehgemeinschaften » Bewusstseinsbildung zur intelligenten Verkehrsmittelwahl aller Schulnutzer/innen » Stärkung der Konzentrationsfähigkeit & der psychomotorischen Fähigkeiten » Weniger Stress, mehr Zeit für Eltern <p>Langfristige Sensibilisierung für umweltfreundliche Mobilität:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Partizipation von Kindern beim Entwickeln von Alternativen zur Verkehrsgestaltung“ (S. 1)
Projektziele in Bezug auf Verhältnisse	<p>Vermittlung von Mobilitätskompetenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Weniger Stress, mehr Zeit für Eltern <p>Langfristige Sensibilisierung für umweltfreundliche Mobilität:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Aktive Verbesserung der Verkehrs- & Umweltsituation im Schulumfeld » Weniger Autoverkehr im Schulumfeld <p>Erhöhung der Verkehrssicherheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Bildung von Partnerschaften: Mobilitätsteam an der Schule, lokale Steuerungsgruppe mit Elternverein, Polizei & Behördenvertretern/-vertreterinnen » Kontinuierlicher Einsatz von schulischen Mobilitätsmanagement-Maßnahmen » Vernetzung der Schulen auf der Schulplattform www.schoolway.net
Weitere Projektziele	Erhöhung der Verkehrssicherheit
Theoriebezug	<p>FGM: Nicht ersichtlich</p> <p>KUSS: Bericht geht</p> <ul style="list-style-type: none"> » auf Entwicklungspsychologische Aspekte von Kindern im Straßenverkehr (S. 8, 3.1) und » auf die Bedeutung des Schulwegplans aus Sicht der Verkehrs- und Mobilitätserziehung (S. 12, 3.2) mit Literaturverweisen ein, z. B. handlungstheoretisches Partialmodell der Persönlichkeitsentwicklung (Krampen 2000). <p>„Mit dem Schulwegplan werden die Möglichkeiten, Bedingungen und Folgen des eigenen Verkehrsverhaltens in das Bewusstsein gerufen, wie es aus Sicht einer zukunftsorientierten Verkehrs- und Mobilitätserziehung erwünscht ist (vgl. Limbourg, 1999).“</p>

Fortsetzung nächste Seite

A Beschreibung des Projektes/Programmes

Projekthinhalte	Arbeitsgemeinschaft FGM-KUSS: Von FGM wurden die Schulen bei der Erarbeitung und Umsetzung bewusstseinsbildender SMM-Maßnahmen beraten und unterstützt. Ziel war das nachhaltige Implementieren von SMM an der Schule.
Methoden / Art der Intervention	<p>FGM: Modul 2 beinhaltet die SMM-Maßnahmen (S. 16): Acht Schritte zum nachhaltigen SMM-Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Online-Mobilitätshebung » Bildung von Partnerschaften » Kick-off-Workshop » Erstellung Aktions-/Zeitplan » Durchführung von SMM-Maßnahmen: Verkehrsschlängenspiel (VSS; Beschreibung S. 22-25), Schulumfeld-Analyse, Unterrichtseinheiten zum Themenkomplex Mobilität/Umwelt/Gesundheit » Begleitende Öffentlichkeitsarbeit » Evaluierung » Erstellen nachhaltiger SMM-Pläne <p>KUSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Erstellen von Schulwegplänen » Kooperation mit öffentlichen Einrichtungen (Verwaltung, Bezirksvorsteher/innen ...)
Einbezogene Settings	Schule, Familie, kommunales Setting
Dauer, Intensität und Häufigkeit der Interventionen	<p>KUSS-Aktivitäten: April 2004 bis März 2005 FGM-Aktivitäten: April 2004 bis März 2007 September 2004 bis Dezember 2006: Kontinuierliche Unterstützung und Beratung bei der Erarbeitung und Umsetzung von bewusstseinsbildenden SMM-Maßnahmen in den ausgewählten Schulen; SMM-Maßnahmen von unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität</p>
Kontextfaktoren (z. B. Pilotprogramm, Reichweite, Kooperationen)	<p>Projekt erfüllt Modellfunktion, soll langfristig auf Bundesebene implementiert werden. Kooperation wurde im Sinne einer nachhaltigen Implementierung auf mehreren Ebenen angelegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Kooperation auf Bundesebene: Projektbeirat » Kooperation auf Schulebene: Vernetzung zwischen den Pilotschulen über die Internet-Plattform www.schoolway.net » Auf nationaler und internationaler Ebene fand eine Vernetzung von SCHOOLWAY.net über www.schoolway.net mit verschiedenen Organisationen und Behörden statt, die im Schulbereich tätig sind.
Wesentliche (un)geplante Veränderungen	<p>Inhaltliche Abweichungen vom Projektplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Das Evaluationskonzept wurde in Absprache mit dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) hinsichtlich der medizinisch-psychologischen Untersuchung adaptiert. » Die SMM-Maßnahmen wurden um die Aktion Verkehrsschlängenspiel erweitert, was jedoch keine Aufstockung des geplanten Budgets oder Adaptierung der zeitlichen Ressourcen erforderte. <p>Zeitliche Abweichungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Die Schulauswahl dauerte länger als geplant. » In Zusammenarbeit mit KUSS ergaben sich zeitliche Verschiebungen. » Die Auswahl der Pilotschulen war an die Finanzierungszusage des FGÖ für den Gesundheitsteil gekoppelt. Durch verzögerte schriftliche Finanzierungszusage des Lebensministeriums (Voraussetzung für FGÖ-Förderzusage) verzögerte sich die Schulsuche bzw. der Start des spezifischen Gesundheitsteils. <p>Strukturelle Abweichungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Eine strukturelle Umbesetzung im FGM-Projektteam führte zu einer strukturellen Abweichung vom Projektplan, die aufgrund der Erfahrungen und Kompetenzen des Teams jedoch keine Konsequenzen für den Projektzeitplan hatten.

Fortsetzung nächste Seite

A Beschreibung des Projektes/Programmes

Benötigte Ressourcen	<p>Nicht explizit als solche angeführt, jedoch aus dem Kontext erkennbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Personelle Ressourcen » Finanzielle Ressourcen (beides über einen längeren Zeitraum gewährleistet) » Flexibilität in der Adaptierung des Projektzeitplans » Hohes Engagement v. a. des Mobilitätsteams, das an der Schule für nachhaltige Planung und Umsetzung zuständig ist » Verschiedene Instrumente für Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzungsarbeit
Erfüllung der Ein-schlusskriterien	Ja
Weitere Anmerkungen	
<p>Wurden die Grundprinzipien der GF berücksichtigt?</p> <p>(i) Positiver Gesundheitsbegriff</p> <p>(ii) Zielgruppenorientierung</p> <p>(iii) Setting- und Determinantenorientierung</p> <p>(iv) Förderung der Chancengerechtigkeit</p> <p>(v) Partizipation</p> <p>(vi) Ressourcenorientierung und Empowerment</p> <p>(vii) Nachhaltigkeit</p>	<p>(i) Ja, im Sinne einer an ressourcen(stärkungs)orientierten Herangehensweise; jedenfalls in der Evaluation ersichtlich: „Dem modernen Paradigma der Gesundheitsförderung entsprechend lag der Fokus der Befragung nicht auf der Feststellung von Krankheiten, sondern darauf, das Ausmaß von Gesundheit und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu erheben.“ (S. 46)</p> <p>(ii) Ja</p> <p>(iii) Das Projekt bezieht die Determinanten der Gesundheit sowie die Settings Schule, Familie und Gemeinde ein.</p> <p>(iv) Nicht erkennbar</p> <p>(v) Ja</p> <p>(vi) Ja</p> <p>(vii) Nachhaltigkeit war zentrales Thema</p>

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. Evaluation:

Quelle	Braun/FGM (2010) September 2004 – Dezember 2006
Studiendesign	<p>Vierstufige Evaluierung der gesundheitlichen Auswirkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Beobachtung: z. B. Einrichtung und Gelingen der Steuerungsgruppen » Gesamterhebung der Mobilitäts- und Gesundheitsdaten über Internet-Fragebogen und VSS: Mobilitätsverhalten der Schüler/innen, Daten zu Befindlichkeit, zu subjektiver körperlicher und kognitiver Leistungsfähigkeit sowie soziodemographische Daten wurden erhoben. „Jene Schulen, die sich am VSS beteiligten, wurden vor und nach der SMM-Aktion hinsichtlich Mobilitäts- und Gesundheitsverhalten der Schüler/innen evaluiert.“ (S. 19) Die Gesundheitsergebnisse wurden mit den Resultaten der österreichischen HBSC-Studie von 2001 verglichen und sind hier nicht relevant, weil sie Basisdaten darstellen und nicht in direktem Zusammenhang mit den Interventionen stehen. » Extremgruppen-Vergleich (Medizinisch-psychologische Untersuchung): 19 Kinder aus zwei Hauptschulen wurden medizinisch untersucht. Hierbei handelt es sich um Basisdaten, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem Projekt stehen. » Wiederholte Kurzbefragungen der Extremgruppe sowie aller anderen an den SMM-Maßnahmen teilnehmenden Kinder: Erste und zweite Befragung kurz vor Ende des VSS, die dritte 2 Monate nach dem VSS. » Qualitative Interviews mit Lehrern/Lehrerinnen, Schülern/Schülerinnen, Eltern und Mitgliedern der Steuerungsgruppen (S. 11) (Politiker/innen, Verkehrsexpertinnen/-experten, Magistratsbedienstete)
Fragestellung der Studie	Hat sich das Mobilitätsverhalten der Schüler/innen am Schulweg durch die Durchführung von SMM-Maßnahmen geändert? Welche gesundheitlichen Auswirkungen sind dadurch zu erwarten? (S. 11)
Studienpopulation	<p>Alle in die Umsetzung involvierten Zielgruppen (S. 12):</p> <ul style="list-style-type: none"> » Gesamterhebung: 200 Kinder aus 8 Schulen » Extremgruppenvergleich: 19 Kinder » Wiederholte Kurzbefragung: Erste Kurzbefragung 755 Schüler/innen und 705 Eltern, Zweitbefragung 93 Schüler/innen. » Qualitative Interviews: 14 Lehrer/innen, 25 Schüler/innen, sechs Mitglieder der Steuerungsgruppen, offene Gespräch mit „zahlreichen“ Eltern bei Elternabenden.
Qualität und Art der Evidenzquelle	<p>Hohe Qualität</p> <ul style="list-style-type: none"> » Der Fragestellung angemessenes Studiendesign » Nicht alle am VSS teilnehmenden Kinder füllten auch den Fragebogen aus – dies lag an technischen Problemen oder am niedrigen Alter (6–7 Jahre). » Die Indikatoren werden klar definiert und die Ergebnisse in Bezug dazu gesetzt. » Der Indikator „Die Internetplattform wird verwendet“ erscheint unzureichend hinsichtlich der Messung des Netzwerkaufbaus „Schoolway.net“ » Der Indikator „Schüler/innen, Eltern und Lehrer/innen ist der Zusammenhang zwischen dem Zurücklegen des Schulweges und der Gesundheit stärker bewusst“ erscheint unzureichend, um zu überprüfen, inwiefern der Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit erkannt wird. » Der Indikator „Der Anteil der Eltern, Lehrer/innen und Schüler/innen, die häufiger in Erwägung ziehen, auf das Auto als Transportmittel zu verzichten, erhöht sich signifikant“ wurde nur nach dem VSS gemessen. Dies relativiert die Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren, dass die Zielsetzung erreicht wurde (Vermittlung einer bewussteren Verkehrsmittelwahl bei Eltern, Lehrern/Lehrerinnen und Schülern/Schülerinnen für alle Wege). » Keine Randomisierung bei Schulselektion

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. Evaluation:

<p>Indikatoren für Nutzen/Wirksamkeit (Endpunkte)</p>	<p>Bewertungskriterien, anhand derer die Zielsetzungen kontrolliert wurden (S. 34 f.):</p> <ul style="list-style-type: none"> » Erhöhung der Anteile Zufußgehen, Radfahren und kombinierte Verkehrsformen. Reduktion der Fahrten mit dem Auto. » Der Anteil der Kinder, die ihren Schulweg selbstständig zurücklegen, erhöht sich signifikant. » Der Anteil der Eltern, Lehrer/innen und Schüler/innen, die häufiger in Erwägung ziehen, auf das Auto als Transportmittel zu verzichten, erhöht sich signifikant“. » Es werden nach dem VSS signifikant weniger Kinder mit Autos zur Schule gebracht. » Die Kinder, die am VSS teilnahmen, verfügen danach über eine signifikant bessere Verkehrskompetenz. » An den Schulen bilden sich Fahr- und Gehgemeinschaften. » Es haben signifikant mehr Kinder das Gefühl, das Verkehrssystem im schulischen Umfeld beeinflussen zu können. » Senkung der Anzahl der Verkehrsunfälle mit Kindern am Schulweg. » Eltern müssen ihre Kinder weniger häufig zur Schule und zu anderen Veranstaltungen bringen. » Anteil der Schüler/innen, Lehrer/innen und Eltern, die Zufußgehen oder Radfahren als attraktive Alternative zum Privatauto sehen, erhöht sich. » Die neuen Medien werden häufiger eingesetzt. » Die Internetplattform wird verwendet. » Es bilden sich die entsprechenden Projektgruppen. » Schülern/Schülerinnen, Eltern und Lehrern/Lehrerinnen ist der Zusammenhang zwischen dem Zurücklegen des Schulweges und der Gesundheit stärker bewusst. <p>Zielsetzungen zur Gesundheit basieren auf diesen Fragestellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Wie wirken sich die Maßnahmen auf die Mobilität aus? » Wie wirken sich die Maßnahmen auf die Verkehrssicherheit aus? » Wie wirken die Maßnahmen im Bereich Erziehung und Bildung? » Wie wirken sich die Maßnahmen auf die Gesundheit aus? (S.34)
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verhaltensänderungen</p>	<p>Da die Evaluierung parallel zum bzw. als Bestandteil des Modellprojektes durchgeführt wurde, kann man nur von kurz- bzw. bestenfalls mittelfristigen Ergebnissen sprechen. Die letzte Erhebung wurde zwei Monate nach dem Ende des VSS durchgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> » „Erhöhung der Anteile Zufußgehen, Radfahren und kombinierte Verkehrsformen. Reduktion der Fahrten mit dem Auto“: Ziel wurde erreicht, zwei Monate nach der Aktion VSS kamen 91 % der Kinder umweltfreundlich zur Schule, vor dem VSS waren es 80 %. <p>„Der Anteil der Kinder, die ihren Schulweg selbstständig zurücklegen, erhöht sich signifikant“: Ziel erreicht. Nach dem VSS kamen 28 % der Kinder alleine zur Schule (zuvor 26 %), 54 % mit anderen Kindern (8 %), 18 % mit Erwachsenen (und Kindern; zuvor 66 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> » „Der Anteil der Eltern, Lehrer/innen und Schüler/innen, die häufiger in Erwägung ziehen, auf das Auto als Transportmittel zu verzichten, erhöht sich signifikant“: Ziel erreicht (S. 79). Hier gibt es keinen Vergleich zur Situation vor dem VSS. <p>„Nach dem VSS werden signifikant weniger Kinder mit Autos zur Schule gebracht“: Ziel erreicht durch die Einführung von Eltern-Haltestellen⁹: 84 % (vor VSS 80 %) kamen zwei Monate nach dem VSS umweltfreundlich zur Schule, 7 % (0 %) über Eltern-Haltestellen und 9 % (20 %) wurden mit dem Auto gebracht.</p>

Fortsetzung nächste Seite

9

Diese sind mind. 200 Meter von der Schule entfernt und sollen den Hol-/Bringverkehr durch Eltern reduzieren. Die Kinder können sich dort treffen, um das letzte Wegstück zur Schule gemeinsam zurückzulegen.

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. Evaluation:

<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf nachhaltige, strukturelle Verankerung der GF-Interventionen in den Gemeinden</p>	<ul style="list-style-type: none"> » „Es bilden sich die entsprechenden Projektgruppen“: Ziel erreicht. Steuergruppen wurden eingerichtet und bewährten sich. » „Die Internetplattform wird verwendet“: Ziel erreicht. Dieser Punkt entspricht der Zielsetzung „Aufbau des Netzwerkes Schoolway.net“ (S. 87). » „Die neuen Medien werden häufiger eingesetzt“: Ziel erreicht.
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Veränderung von Determinanten der Gesundheit in gesundheitsförderlicher Weise oder ggf. Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » „Schülern/Schülerinnen, Eltern und Lehrern/Lehrerinnen ist der Zusammenhang zwischen dem Zurücklegen des Schulweges und der Gesundheit stärker bewusst“: Ziel erreicht. Die Einschätzung der Schüler/innen zur Gesundheitsrelevanz von Zufußgehen lag nach dem VSS bei 96 % (90 %), von Radfahren bei 95 % (89 %). » „Eltern müssen ihre Kinder weniger häufig zur Schule und anderen Veranstaltungen bringen“: Ziel erreicht. Die Hälfte der Eltern erkannte im Zuge des VSS, dass sie selbst über mehr Zeit verfügen, wenn sie ihre Kinder selbständig bzw. in Begleitung zur Schule gehen oder fahren lassen. » „Anteil der Schüler/innen, Lehrer/innen und Eltern, die Zufußgehen oder Radfahren als attraktive Alternative zum Privatauto sehen, erhöht sich“: Ziel erreicht. Die Einschätzung der Umweltrelevanz von Zufußgehen oder Radfahren durch die Schüler/innen lag nach dem VSS bei 95 % hinsichtlich Zufußgehens (zuvor 91 %) und bei 93 % (88 %) bzgl. Radfahrens. » „Die Kinder, die am VSS teilnehmen, verfügen danach über eine signifikant bessere Verkehrskompetenz“: Ziel erreicht: 9 % statt 20 % werden nach dem VSS mit dem PKW zur Schule gebracht, 86 % statt 80 % mit dem Fahrrad, zu Fuß und/oder dem öffentlichen Verkehr, 5 % (zuvor 0 %) über Eltern-Haltestellen und zu Fuß. 54 % statt 8 % der Kinder kommen nach dem VSS mit anderen Kindern zur Schule, 18 % statt 66 % mit Erwachsenen (und Kindern), 28 % statt 26 % alleine (von 0 auf 7 %). 84 % statt 80 % kamen zu Fuß, mit dem Rad und/oder öffentlichen Verkehrsmitteln. » „Es bilden sich an den Schulen Fahr- und Gehgemeinschaften“: Ziel erreicht. Nur mehr 18 % statt 66 % der Kinder kamen nach dem VSS mit Erwachsenen (und Kindern) zur Schule, 82 % statt 34 % mit anderen Kindern oder alleine. » „Es haben signifikant mehr Kinder das Gefühl, das Verkehrssystem im schulischen Umfeld beeinflussen zu können“: Ziel erreicht. Die Einschätzung der Schüler/innen, über Änderungsmöglichkeiten im Schulumfeld zu verfügen, ist nach dem VSS deutlich positiver: 24 % (zuvor 8 %) sagen „ja, ganz sicher“, 24 % (12 %) „eher ja“, 40 % (60 %), „eher nein“, 12 % statt 20 % „nein, ganz sicher nicht“. <p>Allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Umweltfaktoren wie Schulwege wurden verbessert, » Lebensweisen und Lebensstile wie Schulwegmobilität (zu Fuß statt mit Auto) wurden positiv verändert.
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten</p>	<p>„Senkung der Anzahl der Verkehrsunfälle mit Kindern am Schulweg“: Ziel teilweise erreicht. Zum Zeitpunkt der Evaluation lag die Unfallstatistik für 2006 noch nicht vor. Die wahrgenommene Verkehrssicherheit stieg bei Lehrern/Lehrerinnen und Eltern.</p>

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. Evaluation:

Welche Interventionen haben positive Effekte erzielt und warum?	Verkehrsschlangenspiel, Maßnahmen des SMM unter Einbezug aller Akteure
Welche Interventionen haben negative Effekte erzielt und warum?	Nicht ersichtlich
Welche Prozesse und Strukturen haben positiv unterstützt?	» Fachliche Begleitung der Schulen erleichterte die Umsetzung der Maßnahmen. » Unterstützung der Direktionen war wesentlich für Erfolg.
Welche Prozesse und Strukturen haben behindert?	Nicht ersichtlich
Akzeptanz und Durchführbarkeit der Interventionen	Gute Zusammenarbeit zwischen Mobilitätsteam an der Schule und der Direktion sowie gelingender Austausch zwischen Mobilitätsteam und Steuerungsgruppe sind Voraussetzung für erfolgreiche und nachhaltige Implementierung der SMM-Maßnahmen.
Übertragbarkeit der Interventionen	Da die Maßnahme in österreichischen Schulen in verschiedenen Regionen umgesetzt wurde, ist die Übertragbarkeit gegeben.
Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die GF	Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Akteuren und Settings ist essentiell für gelingende Umsetzung der Maßnahmen. Die Ergebnisse zu den Erfolgen der SMM-Maßnahmen sind teils vielversprechend, die Überprüfung der langfristigen Aufrechterhaltung der Maßnahmen und Mobilitätsteams sowie der neuen Verhaltensweisen der Schüler/innen und ihrer Eltern wäre empfehlenswert.
Anmerkungen	Hinweise zum Bericht des Kuratoriums für Verkehrssicherheit bzw. Kuratoriums für Schutz und Sicherheit (KUSS) wurden entnommen aus Lutschounig et al. (2005): Endbericht zum Modellvorhaben „Erstellung von Schulwegplänen und Mobilitätsmanagement-Plänen für Pflichtschulen.

C Abschließende Bewertungen

Herausforderungen und Lösungen	Herausforderung bleibt wohl die nachhaltige Veränderung des Mobilitätsverhaltens der Kinder – einhergehend mit ihrem gesundheitlichen Befinden – und die kontinuierliche Anpassung der SMM-Pläne an neue Situationen (z. B. straßenbauliche Veränderungen oder größeres Einzugsgebiet der Schule). Nach Erfahrung der Autorinnen/Autoren hilft den Schulen die Begleitung durch externe Mobilitätsexpertinnen/-experten bei der Umsetzung von SMM. (S. 99)
Relevanz für das gegenständliche Forschungsprojekt und Übertragbarkeit der untersuchten Maßnahme auf Österreich	Im Sinne des Anspruchs nach Gesundheit in allen Politikfeldern hat das Projekt schoolway.net durch die Einbindung von Gesundheitsaspekten in andere Bereiche (z. B. Mobilitätsmanagement und Verkehrssicherheit in diesem Projekt) Vorbildwirkung.
Schlussfolgerungen und Gesamtbewertung des Projektes und der Evidenz	Das Projekt war gut strukturiert und gleichzeitig ausreichend flexibel, um kurzfristigen Anforderungen gerecht zu werden (z. B. längere Dauer der Schulauswahl). Die Evaluierung erfolgte hauptsächlich über zwei Tools, die eine einheitliche Durchführung erleichterten, da sie an den meisten Schulen angewendet wurden. Langzeitergebnisse bleiben abzuwarten.

Quelle: Braun/FGM (2010)

Tabelle 5:

Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS)

A Beschreibung des Projektes/Programmes	
Quelle	Simon, C.; Wagner, A.; DiVita, C.; Rauscher, E.; Klein-Platat, C.; Arveiler, D.; Schweitzer, B.; Tribby, E. (2004): Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): concept and 6-month results. In: Int J Obes Relat Metab Disord 28 Suppl 3/S96-S103
Projektname	Intervention centered on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS)
Land	Frankreich
Zielgruppe(n)	Schüler/innen (1. Klasse Mittelstufe), durchschnittlich 11,7 Jahre alt
Projektziele in Bezug auf Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> » Förderung von körperlicher Aktivität/Bewegung (physical activity / PA) bzw. Reduktion/Prävention von Übergewicht bei Jugendlichen » Wissen, (innere) Einstellungen, Überzeugungen und Motivation gegenüber PA über Information, Diskussion und Bewegungseinheiten verändern » Soziale Unterstützung durch Eltern, Freunde/Freundinnen, Lehrende und „PA instructors“
Projektziele in Bezug auf Verhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> » Implementierung eines ganzheitlichen Bewegungsprogramms, das intrapersonale, soziale und bestimmte Umwelt-Determinanten mit einbezieht, über vier Schuljahre » Erweitertes Sportangebot inner- und außerhalb der Schule » Soziale Unterstützung durch Eltern, Freundinnen/Freunde, Lehrende und „PA instructors“ fördern » Umweltbedingungen (äußerlich, strukturell und institutionell) für PA dahingehend verändern, dass Schüler/innen ermutigt werden, ihre erlernten Fähigkeiten und ihr erworbenes Wissen anzuwenden.
Weitere Projektziele	<ul style="list-style-type: none"> » Reduktion von kardiovaskulären Risiken » nachhaltige, positive Beeinflussung des Bewegungsverhaltens
Theoriebezug	Sozioökologischer Zugang
Projekthalte	<p>Das ICAPS-Programm arbeitet auf mehreren Ebenen und adressiert intrapersonale, soziale und bestimmte Umwelt-Determinanten in Zusammenhang mit PA.</p> <ul style="list-style-type: none"> » Durch eine gezielte Informationsbereitstellung in den Schulen sollen die Schüler/innen Gesundheitskompetenz erwerben und die Zusammenhänge zwischen Gesundheit bzw. sportlicher Aktivität verstehen. » Erweitertes¹⁰, nicht kompetitives Sportangebot in der Schule (z. B. während der Mittagspause) und außerhalb der Schule » Veranstaltung regelmäßiger Informationstreffen für Lehrer/innen, Elternvereine und Sportvereine
Methoden / Art der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> » Sportangebot » Gesundheitserziehung » Diskussionsrunden » soziale Unterstützung bzw. Betreuung » Organisation von Sportveranstaltungen » Vernetzungstreffen, Visitationen von ICAPS-Koordinatoren » Zusammenarbeit mit externen Akteuren aus verschiedenen Bereichen, um etwa Beförderungsmöglichkeiten oder sichere Erholungsräume zu etablieren » „Cycling-to-school-days“ (erst in Publikationen 2008 und 2014 erwähnt)

Fortsetzung nächste Seite

10

Standard-Sportunterricht = 3 x 50 Minuten pro Woche; wurde nicht in das erhobene Ausmaß der körperlichen Aktivität einberechnet

A Beschreibung des Projektes/Programmes

Einbezogene Settings	<ul style="list-style-type: none"> » Mittelschule » Familie » kommunales Setting (z. B. über Sportvereine)
Dauer, Intensität und Häufigkeit der Interventionen	4-Jahresprogramm, wöchentliches Sportangebot
Kontextfaktoren (z. B. Pilotprogramm, Reichweite, Kooperationen)	Kooperationen mit lokalen Sportvereinen, 4 von 77 öffentlichen Schulen im Département Bas-Rhin (Ostfrankreich) wurden für die Intervention ausgewählt.
Wesentliche (un)geplante Veränderungen	Nicht erwähnt
Benötigte Ressourcen	Personelle und finanzielle Ressourcen
Erfüllung der Einschlusskriterien	Ja
Weitere Anmerkungen	
<p>Wurden die Grundprinzipien der GF berücksichtigt?</p> <p>(i) Positiver Gesundheitsbegriff</p> <p>(ii) Zielgruppenorientierung</p> <p>(iii) Setting- und Determinantenorientierung</p> <p>(iv) Förderung der Chancengleichheit</p> <p>(v) Partizipation</p> <p>(vi) Ressourcenorientierung und Empowerment</p> <p>(vii) Nachhaltigkeit</p>	<p>(i) Nicht explizit erwähnt, eher präventiver bio-medizinischer Gesundheitsbegriff; indirekt positiver Gesundheitsbegriff ersichtlich durch Bewusstsein für breiten sozialen Kontext, der eine wichtige Rolle in Bezug auf gesundes Bewegungsverhalten spielt. Zudem wird bei den implementierten Aktivitäten auf Vergnügen und Genuss, Wohlbefinden, Gesellschaft von anderen und die Vermeidung von Wettbewerb geachtet. Eher nein, weil präventiver biomedizinischer Gesundheitsbegriff herauszulesen ist.</p> <p>(ii) Ja; Die Zielgruppe (1. Klasse Mittelschule) wurde bewusst ausgewählt, da ein vierjähriger Interventionszeitraum in diesem Setting gut umsetzbar ist und die Altersgruppe gekennzeichnet ist von einem deutlichen Bewegungsabfall; das Bewegungsangebot wurde jedoch im Zeitverlauf an die sich ändernden Interessen der Jugendlichen angepasst.</p> <p>(iii) Ja, soziodemographische und sozioökonomische Faktoren wurden berücksichtigt, Lebensstil in Hinblick auf Bewegungs-/Sitzverhalten sehr umfassend berücksichtigt, Datenauswertung u. a. getrennt nach Geschlecht, Alter in Hinblick auf Erfassung der Zielgruppe relevant. Auswahl nach Alter wird begründet (u. a. wird in diesem Alter das Bewegungsverhalten sichtlich schlechter).</p> <p>(iv) Im weitesten Sinne ja (nicht explizit erwähnt): Durch randomisierte Schulselektion anhand soziogeographischer Kriterien, die einen breiten sozioökonomischen Kontext gewährleisten sollten.</p> <p>(v) Nicht explizit erwähnt; Lehrpersonal, Elternvereine und Sportvereine wurden durch regelmäßige Treffen und Kontakt zur Teilnahme am Programm motiviert (S. 98).</p> <p>(vi) Ja, Ziel von ICAPS ist es, soziale Unterstützung sowie ein Umfeld anzubieten, wodurch PA im Alltag und der Freizeit gefördert wird. (S. 597)</p> <p>(vii) Es ist erklärtes Ziel von ICAPS, lebenslange bewegungsbezogene Verhaltensmuster zu verbessern (S. 97); es werden Strukturen geschaffen, die PA erleichtern sollen, etwa „on foot school transport“. Eine Weiterführung des Programms wird nicht erwähnt.</p>

B Beschreibung der Evidenzquelle 2004:

Quelle	Simon, C.; Wagner, A.; DiVita, C.; Rauscher, E.; Klein-Platat, C.; Arweiler, D.; Schweitzer, B.; Tribby, E. (2004): Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): concept and 6-month results. In: Int J Obes Relat Metab Disord 28 Suppl 3/S96-S103
Studiendesign	Frankreich, RCT-Dauer: 2002-2006 » Cluster-Randomisierte, kontrollierte Studie (6-Monats-Evaluation, randomisierte Schulselektion in Ost-Frankreich) » 8 von 77 öffentlichen Schulen im Département Bas-Rhin (Ostfrankreich) wurden für die Intervention ausgewählt, davon je 4 Interventions- bzw. Kontrollschulen
Fragestellung der Studie	Welche psychologischen Veränderungen bzw. Verhaltensveränderungen können nach 6 Monaten festgestellt werden?
Zielsetzung der Studie	Ziel der Studie ist die Messung erster Auswirkungen des ICAPS-Programmes nach sechs Monaten. Die Autorinnen/Autoren fragen nach den Auswirkungen einer bewegungsbezogenen Intervention auf mehreren Ebenen, die das Aktivitätsverhalten und psychologische Einflusswerte zu PA bei Adoleszenten beeinflussen soll. Die Intervention zielte auf die Veränderung von Wissen und Einstellungen sowie auf die Bereitstellung von sozialer Unterstützung ab und auf Umweltbedingungen, die PA von Adoleszenten inner- und außerhalb der Schule fördern.
Studienpopulation	» 954 Schüler/innen im Alter von durchschnittlich 11,7 Jahren aus der 1. Klasse Mittelstufe » Hauptgründe für nicht fortgeführte Teilnahme waren Schulwechsel und Abwesenheit am Tag der Untersuchung. » 60,8 % der Teilnehmenden, die die Studie nicht vollständig absolvierten, waren männlich und zu Studienbeginn etwas älter (vs. Anteil von 46,7 % an jenen, die Studie komplett abschlossen), die anthropometrischen Daten und Charakteristika bzgl. PA waren jedoch ähnlich und zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vergleichbar.
Qualität und Art der Evidenzquelle	Hohe Qualität » Für Fragestellung angemessenes Studiendesign » Fragebogen (self-report) zu PA und zu psychosozialen Einflussfaktoren nach 6-monatigem Interventionszeitraum » Keine Erhebung der Charakteristika der nicht partizipierenden Schüler/innen (siehe 2008) » Bias-Risiko: Körperliche Aktivität und sitzende Tätigkeiten wurden nicht objektiv erhoben.
Indikatoren für Nutzen/Wirksamkeit (Endpunkte): FETT gedruckt sind die primären Endpunkte	» Body Mass Index (kg/m²) » Body fat (in % vom Gesamtgewicht) Kardiovaskuläre Risikofaktoren » Taillenumfang » Blutdruck » Insulin-Konzentration im Serum » Lipid-Konzentration im Serum » Hämostase-Faktoren PA und sitzende Tätigkeiten: » Teilnahme an organisierter PA einschließlich ICAPS-Angebot, ausschließlich regulärer Sportunterricht (leisure organised physical activity; LOPA) (in %) » TVT > 3 Stunden/Tag (in %) Psychosoziale Einflussfaktoren bezogen auf körperliche Aktivität: » Motivation » Einstellung (attitude) gegenüber PA » Selbstwirksamkeit

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle 2004:

Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verhaltensänderungen	<ul style="list-style-type: none"> » Signifikant erhöhte Teilnahme an Sportaktivitäten » Signifikant verringerte Zeitspanne, die mit TV/Videospielen verbracht wird » Erhöhte Selbstwirksamkeit (bei Schülerinnen und Schülern) und Bedeutung der körperlichen Aktivität (nur bei Schülerinnen) » Alle gemessenen Effekte sind als kurzfristig einzustufen, weil die Erhebung sechs Monate nach Interventionsbeginn durchgeführt wurde.
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf nachhaltige, strukturelle Verankerung der GF-Interventionen in den Gemeinden	Noch ist nicht ersichtlich, ob die strukturellen Interventionen, wie etwa „on-foot-school-transport“, beibehalten werden oder die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Partnern (S. 98 links) fortgeführt wird.
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Veränderung von Determinanten der Gesundheit oder ggf. Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen	kurzfristige Ergebnisse bzgl. Lebensweise: siehe verhaltensbezogene Ergebnisse
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten	nicht beurteilbar
Welche Interventionen haben positive Effekte erzielt und warum?	Die hohe Teilnehmerate an den sportlichen Aktivitäten wurde insbesondere durch folgende Eckpunkte erklärt: <ul style="list-style-type: none"> » Spaßorientiertes Sportangebot (nicht wettbewerbsorientiert) » Keine Benotung der Schüler/innen im Rahmen des erweiterten schulischen Sportprogrammes » Freiwillige Teilnahme
Welche Interventionen haben negative Effekte erzielt und warum?	Dzt. nicht ersichtlich; es bleibt abzuwarten, ob sich Veränderungen im Bewegungsverhalten ergeben und ob dies Ungleichheiten verstärkt oder ausgleicht.
Welche Prozesse und Strukturen haben positiv unterstützt?	<ul style="list-style-type: none"> » Implementierung des Programmes inner- und außerhalb der Schule » vermehrt nicht-schulische Art der Aktivitäten » Verhältnisorientierung
Welche Prozesse und Strukturen haben behindert?	Nicht beurteilbar bzw. nach sechs Monaten (innerhalb des laufenden Schuljahres) noch nicht ersichtlich
Akzeptanz und Durchführbarkeit der Interventionen	Hoch; es wurde berücksichtigt, welche Prozesse und Strukturen bisher einem besseren Bewegungsverhalten entgegenstanden. Dadurch wurde hohe Durchführbarkeit erzielt.
Übertragbarkeit der Interventionen	Wird nicht direkt angesprochen; die Verhältnisorientierung zur Entwicklung eines angepassten Konzeptes sowie die Einbindung unterschiedlicher Akteure inner- und außerhalb der Schule und Orientierung an Freude und Wohlbefinden scheinen erfolgversprechend.
Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die GF	<ul style="list-style-type: none"> » Stärkung persönlicher, sozialer und organisationaler Ressourcen » Schaffung gesünderer Lebenswelten durch Berücksichtigung multipler Settings (inner- und außerhalb Schule) » Projektkoordinatorinnen/-koordinatoren können durch regelmäßige Besuche fachliche und organisatorische Probleme lösen helfen.

B Beschreibung der Evidenzquelle 2008:

Quelle	Simon, C.; Schweitzer, B.; Oujaa, M.; Wagner, A.; Arveiler, D.; Tribby, E.; Copin, N.; Blanc, S.; Platat, C. (2008): Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized controlled intervention. In: Int J Obes (Lond) 32/10:1489-1498
Studiendesign	Cluster-randomisierte kontrollierte Studie » Fragebogen (self report) zur körperlichen Aktivität und zu psychosozialen Einflussfaktoren » Bluttests (zu Beginn der Intervention sowie alle 2 Jahre) » ärztliche Untersuchungen (1x jährlich)
Fragestellung der Studie	Kann eine ganzheitliche Intervention, die die körperliche Aktivität bei Jugendlichen steigern soll, zur Prävention von Übergewicht beitragen?
Studienpopulation:	954 Schüler/innen (davon 479 in der Interventionsgruppe)
Qualität und Art der Evidenzquelle	Hohe Qualität » große Studienpopulation bzw. hohe Partizipationsrate, » langer Interventionszeitraum » Analysen folgen lt. Autorinnen/Autoren dem Intention-to-treat-Prinzip (S. 1490). » Design, Implementation und Berichtslegung folgen lt. Autorinnen/Autoren dem CONSORT-Statement für Cluster-randomisierte Studien (ebd.). » Bias-Risiko: Körperliche Aktivität und sitzende Tätigkeiten wurden nicht objektiv erhoben.
Indikatoren für Nutzen/Wirksamkeit (Endpunkte)	Die Endpunkte sind teils nicht ident mit jenen von 2004. Anthropometrische Daten und Laborwerte: » BMI » Geschlechts- und altersspezifischer BMI » Body fat (%) » FMI » Fat-free mass index » Übergewicht (%), (nach gender-age cut-offs der International Obesity Task Force) » Glukose im Plasma » Insulin im Plasma » Triglyceride im Plasma » Gesamtcholesterin im Plasma » HDL-Cholesterin im Plasma » Blutdruck (systolisch/diastolisch) » Insulinresistenz Körperliche Aktivität und sitzende Tätigkeiten: » Teilnahme an organisierter PA (engl. Supervised leisure physical activity) (Std./Woche) » TVT (in Minuten/Tag) » Aktives Pendeln zwischen Wohnort/Schule/Arbeitsplatz (Min./Tag) Psychosoziale Einflussfaktoren bezogen auf körperliche Aktivität: » Selbstwirksamkeit » Absicht gegenüber PA
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verhaltensänderungen	» Die regelmäßige Teilnahme an ICAPS-Angeboten (mind. 30 Minuten/Woche) stieg von 25 % in den ersten Monaten auf 65 % im dritten und vierten Studienjahr. » Nach 4 Jahren praktizierten 79 % der Schüler/innen der Interventionsgruppe mind. eine körperliche Aktivität / Sportart unter Beaufsichtigung in ihrer Freizeit (ca. 1 Stunde/Woche) - im Gegensatz zu 47 % der Kontrollgruppe. Zu Beginn der Intervention lagen die Werte bei 63,5 % in der Interventionsgruppe bzw. 54,7 % in der Kontrollgruppe. LOPA stieg in der Interventionsgruppe und sank leicht in der Kontrollgruppe. Es gab keinen Zusammenhang zwischen den Entwicklungen und dem Geschlecht, dem Ursprungsgewicht, SES oder ursprünglicher LOPA. » Ein leichter Anstieg des aktiven Pendelns zur und von der Schule war in beiden Gruppen zu beobachten. » Die Intervention ging mit einem Anstieg der Selbstwirksamkeit in den ersten beiden Jahren und einer nachhaltigen Verbesserung der Absicht, sich sportlich zu betätigen, einher. » Ebenso verringerte sich TVT in der Interventionsgruppe stärker als in der Kontrollgruppe.

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle 2008:

Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf nachhaltige, strukturelle Verankerung der GF-Interventionen in den Gemeinden	Strukturelle Verankerung (Nachhaltigkeit nicht abschätzbar): <ul style="list-style-type: none"> » Beförderungsmöglichkeiten, » sichere Erholungszonen sowie » geplante Zeitfenster für PA » wirken den üblichen Barrieren für vermehrte Aktivität entgegen.
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Veränderung von Determinanten der Gesundheit oder ggf. Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen	<ul style="list-style-type: none"> » Es gab einen Zusammenhang zwischen Ausgangsgewicht und der Intervention: Signifikant niedrigerer Anstieg des BMI, alters- und geschlechtsstandardisierten BMI und FMI bei Schülern/Schülerinnen der Interventionsgruppe, die zu Beginn der Intervention als „nicht übergewichtig“ eingestuft wurden – das Projekt trug somit erfolgreich zur Prävention von Übergewicht bei. » Geringere kumulierte Inzidenz für Übergewicht in der Interventionsgruppe » Höhere Zunahme der HDL-Cholesterin-Werte nach vier Jahren und geringe Senkung des Blutdrucks nach zwei Jahren im Vergleich zur Kontrollgruppe, andere biologische kardiovaskuläre Risikofaktoren entwickelten sich in beiden Gruppen jedoch ähnlich.
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten	Explorative Analyse zeigt, dass das Programm sowohl für Schüler/innen mit niedrigem als auch mit höherem SES erfolgreich war und somit zu Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen kann. Andererseits ist der Erfolg in Bezug auf einen niedrigeren Anstieg von BMI (auch alters- und geschlechtsstandardisiert) und FMI in der Interventionsgruppe bei jenen am deutlichsten, die zu Beginn der Intervention nicht übergewichtig waren.
Welche Interventionen haben positive Effekte erzielt und warum?	Aufgrund der Vielfältigkeit der Maßnahmen kann nicht genau beurteilt werden, welche Interventionen besonders effektiv waren bzw. ob alle Programminhalte notwendig sind, um einen positiven Effekt zu erzielen. → siehe „Welche Prozesse und Strukturen haben positiv unterstützt?“
Welche Interventionen haben negative Effekte erzielt und warum?	Wurde nicht erwähnt
Welche Prozesse und Strukturen haben positiv unterstützt?	<ul style="list-style-type: none"> » Implementierung des Programms inner- und außerhalb der Schule » Sportliches Angebot während der Pausenzeit sowie unmittelbar nach Schulende an einem schulnahen Standort » Durch den Einsatz von qualifizierten Trainern/Trainerinnen wurden die richtige Durchführung und eine höhere Intensität der Sporteinheiten gewährleistet. » Variation des sportlichen Angebots während des 4-jährigen Interventionszeitraumes sowie Berücksichtigung der Interessen der Zielgruppe » Freier und kostenloser Zugang zu den Interventionen könnte unterstützend gewirkt haben, ebenso » die Einbindung der Eltern und die Integration des Programms in den Regelbetrieb der Schulen für die Projektlaufzeit, v. a. aber auch » die Einbindung verschiedener Partner, die nicht näher angeführt werden, jedoch gemeinsam drei Ziele verfolgten: <ul style="list-style-type: none"> » Einstellung gegenüber körperlicher Aktivität verändern, » Soziale Unterstützung durch Eltern und pädagogisches Personal („educators“) » Umwelt- und institutionelle Bedingungen herstellen, um Wissens- und Bewegungsfertigkeiten anwenden zu können.
Welche Prozesse und Strukturen haben behindert?	Wurden nicht erwähnt
Akzeptanz und Durchführbarkeit der Interventionen	Hoch: von geeigneten 1048 Schülern/Schülerinnen entschieden sich nur 94 gegen die Teilnahme am ICAPS-Programm. Im Rahmen des Follow-up-Prozesses gingen in der Interventionsgruppe 98 Studienteilnehmer/innen bzw. in der Kontrollgruppe 114 Studienteilnehmer/innen aufgrund eines Schulwechsels verloren, 7 Personen der Interventionsgruppe bzw. 3 Personen der Kontrollgruppe fehlten am letzten Tag der Studie (Schulschlusstag).

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle 2008:

Übertragbarkeit der Interventionen	Die Übertragbarkeit scheint dort möglich, wo Eltern und Schulen bereit sind, die genannten Aufgaben zu übernehmen.
Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die GF	<ul style="list-style-type: none"> » Stärkung persönlicher, sozialer und organisationaler Ressourcen » Schaffung gesünderer Lebenswelten durch Berücksichtigung multipler Settings (inner- und außerhalb Schule) » Die Interventionen bzgl. BMI/FMI waren bei jenen am erfolgreichsten, die von Beginn an nicht übergewichtig waren. Für künftige Programme ist zu überlegen, wie man jene Menschen stärker fördern kann, die einen größeren Bedarf an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen haben.

B Beschreibung der Evidenzquelle 2014:

Quelle	Simon, C.; Kellou, N.; Dugas, J.; Platat, C; Copin, N.; Schweitzer, B.; Hausser, F.; Bergouignan, A.; Lefai, E.; Blanc, S. (2014): A socio-ecological approach promoting physical activity and limiting sedentary behavior in adolescence showed weight benefits maintained 2.5 years after intervention cessation. In: International journal of obesity (Lond).
Studiendesign	Post-trial Follow-up
Fragestellung der Studie	Ist die Wirksamkeit des Programms 30 Monate nach Beendigung erhalten geblieben?
Studienpopulation	531 Heranwachsende, die ca. 30 Monate zuvor an der ICAPS-Studie über vier Jahre teilgenommen hatten
Qualität und Art der Evidenzquelle	<p>Mittlere Qualität</p> <p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Langfristig angelegtes Gesamtprojekt von erster Erhebung 2004 über vier Jahre der Intervention bis zu Follow-up ca. 30 Monate nach Ende der Intervention » Hohe Teilnehmerzahl bei Surveys » Verwendung bewährter Fragebögen, die zudem an die Lebensgewohnheiten in Frankreich angepasst wurden. » Methodische Schwächen genannt und Konsequenzen erläutert <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » 201 Teilnehmende aus der ICAPS-Studie konnten für das Follow-up nicht gefunden werden (Wohnortwechsel, keine Kontaktdaten etc.) oder erklärten sich nicht mehr zur Teilnahme bereit (27,46 % der Ausgangspopulation) » Möglicher Bias durch „verlorengegangene“ Studienteilnehmer/innen » Denn Teilnehmende, die das Follow-up nicht beendeten, hatten öfter einen niedrigen SES und waren etwas älter zum Zeitpunkt des Studienbeginns (Hauptstudie). Allerdings gab es keinen Unterschied in der Prävalenz von Übergewicht. » Körperliche Aktivität außerhalb organisierter Angebote wurde lt. Autorinnen/Autoren unzureichend gemessen (S. 6). » Die Studie war ursprünglich nicht für geschichtete Analysen („stratified analyses“) entwickelt worden, wie sie für die Publikation 2014 durchgeführt wurden. Daher sind lt. Autorinnen/Autoren die Ergebnisse der Analyse von Störfaktoren mit Vorsicht zu interpretieren, v. a. weil weniger wohlhabende Teilnehmende im Follow-up in geringerem Ausmaß vertreten waren. Der stärkere Verlust an Teilnehmenden aus dieser Gruppe betraf sowohl die Interventions- als auch Kontrollgruppe. » Weiteres Bias-Risiko: Körperliche Aktivität und sitzende Tätigkeiten wurden nicht objektiv erhoben (S. 7).

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle 2014:

<p>Indikatoren für Nutzen/Wirksamkeit (Endpunkte)</p>	<p>Anthropometrische Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> » „Exzess-BMI“ (Berechnung: geschlechts- und altersspezifischer französischer BMI-Median wurde von erhobenen BMI-Werten subtrahiert). » BMI » z-Wert BMI » Fat mass index (FMI) <p>Verhaltensparameter:</p> <ul style="list-style-type: none"> » TVT > 2 Stunden/Tag » TVT (Minuten/Tag) » PA in Vereinen u. ä. (engl. (supervised) leisure physical activity; LPA/LPAT) (Stunden/Woche, Anteil an Gesamt-PA) » Aktive Pendelzeit (zu Wohnort/Schule/Arbeitsplatz) > 20min <p>Persönliche Einstellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Einstellung gegenüber PA » Motivation » Selbstwirksamkeit
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verhaltensänderungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Die Intervention verlangsamte den altersassoziierten Abfall von PA in der Freizeit, obwohl der Bewegungslevel nach Interventionsende sank. » TV-/Video-Zeit wurde signifikant reduziert (die Reduktion war im Follow-up sogar größer als während der Intervention, S. 6) » Aktives Pendeln zw. Wohnort und Schulort bzw. Arbeitsplatz wurde gesteigert. » Dies deutet darauf hin, dass die Schüler/innen der Interventionsgruppe die erworbenen Kompetenzen in ihren Alltag integriert haben. » Explorative Analysen deuteten darauf hin, dass Veränderungen in TVT zumindest teilweise nachhaltige Effekte in Bezug auf den BMI herbeiführten.
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf nachhaltige, strukturelle Verankerung der GF-Interventionen in den Gemeinden</p>	<p>Nicht ersichtlich</p>
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Veränderung von Determinanten der Gesundheit in gesundheitsförderlicher Weise oder ggf. Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Die kumulative Inzidenz des Übergewichts war in der Untergruppe der von Anfang an nicht Übergewichtigen signifikant reduziert. (S. 5) » Positive Effekte auf Anstieg des Exzess-BMI wurden im Follow-up erneut gemessen. » Positive Effekte bzgl. Inzidenz von Übergewicht bei jenen, die zu Beginn (2004) nicht übergewichtig waren, blieben gleich. » LPA hielt sich im Follow-up nicht auf demselben Level wie während der Studie, war aber dennoch in der Interventionsgruppe höher, ebenso wie die Absicht, sich körperlich zu betätigen. » Reduzierte TVT und mehr aktives Pendeln wurde durch die Intervention gefördert. » TVT-Veränderungen konnten Änderungen im Exzess-BMI und FMI vorhersagen.
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten:</p>	<p>Die Intervention könnte dazu beigetragen haben, die Schere bei sozialen Ungleichheiten bzgl. Gesundheit zu verkleinern, da bzgl. Gewichtszunahme bei den Schülern/Schülerinnen mit niedrigstem SES (least wealthy) und ausgeprägtestem Sitzverhalten die größten Effekte erzielt wurden.</p>

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle 2014:

Welche Interventionen haben positive Effekte erzielt und warum?	Die Autorinnen/Autoren betonen die Kombination mehrerer Maßnahmen als wesentlichen Erfolgsfaktor.
Welche Interventionen haben negative Effekte erzielt und warum?	Nicht erwähnt
Welche Prozesse und Strukturen haben positiv unterstützt?	<ul style="list-style-type: none">» Langfristige Ausrichtung (4 Jahre)» Einbindung relevanter Akteure förderte die Integration von PA in verschiedene Lebensbereiche und erleichterte die Aneignung neuer Gewohnheiten.» Berücksichtigung von Faktoren, die bisher mehr PA verhinderten» Vereinfachter Zugang zu Möglichkeiten für PA
Welche Prozesse und Strukturen haben behindert?	Die Maßnahmen wurden nach vier Jahren wieder eingestellt. Es ist nicht ersichtlich, ob einzelne bewährte Strukturen und Prozesse, die durch ICAPS entstanden, wieder „stillgelegt“ wurden.
Akzeptanz und Durchführbarkeit der Interventionen	Möglicher Erfolgsfaktor für die hohe Akzeptanz und Durchführbarkeit war die Einbindung verschiedenster Stakeholder aus mehreren Settings.

C Abschließende Bewertungen 2004

<p>Herausforderungen und Lösungen</p>	<p>Herausforderungen im Zuge der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Bestehende Barrieren erkennen, die bislang einen gesünderen Lebensstil erschwert haben, und alltagspraktische Lösungen finden, die freiwillig und langfristig angenommen werden. » Kritisches Alter, in dem sich das Bewegungsverhalten üblicherweise relativ stark verschlechtert » Akteure unterschiedlicher Settings (Schule, Familie, erweitertes Umfeld) einbinden und betreuen <p><u>Lösungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Individuelle Anpassung, » Verbesserung der Umwelt (äußerlich, institutionell, strukturell) » Soziale Unterstützung der Zielgruppe durch Freunde, Eltern, Lehrende und (Sport-)Erzieher/innen (S. 98, „PA instructors“) » Zugang erleichtern (z. B. Pausen nutzen, Schulwegmobilität verbessern, sichere Erholungsbereiche) » Projektkoordinatoren/-kordinatorinnen unterstützten und begleiteten = Ansprechpartner/innen wurden seitens ICAPS zur Verfügung gestellt.
<p>Relevanz für gegenständliches Forschungsprojekt und Übertragbarkeit der untersuchten Maßnahme auf Österreich</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Vor allem im Setting Schule scheint das Programm gut übertragbar zu sein, da die Maßnahmen z. T. in die Schulstruktur integriert werden. » Andererseits können durch die Einbindung von Sportvereinen, Eltern etc. auch externe Ressourcen aktiviert werden. » Angesichts der Infrastruktur und Beförderungsmöglichkeiten in ländlichen Gegenden in Österreich ist es hier von besonderer Bedeutung, ein entsprechendes Angebot im Zuge eines Programms wie ICAPS zu etablieren, das Eltern und Umwelt entlastet.
<p>Schlussfolgerungen und Gesamtbewertung des Projektes und der Evidenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Signifikante Veränderungen im Verhalten der Jugendlichen konnten bereits innerhalb eines kurzen Evaluationszeitraums von 6 Monaten festgestellt werden. <p><u>Evidenz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Randomisierung durchgeführt » Berücksichtigung soziogeographischer Kriterien » Keine statistische Auswertung zu den nicht teilnehmenden 9 % der Gesamtpopulation. » Die Analysen wurden gemäß dem Intention-to-treat-Prinzip durchgeführt (Simon 2008).
<p>Herausforderungen und Lösungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Die Intervention war insbesondere in der Gruppe der nicht übergewichtigen Schüler/innen erfolgreich, jedoch konnte keine langfristige Gewichtsreduktion bei Schülern/Schülerinnen festgestellt werden, die zu Beginn der Intervention als übergewichtig eingestuft wurden. Dies wird damit erklärt, dass das Ausmaß an PA der Jugendlichen zu gering war, um zur Reduktion von Übergewicht beizutragen. » Auch wenn keine nachhaltige Verbesserung des BMI der übergewichtigen Schüler/innen erreicht wurde, hatte die Intervention positive Auswirkungen auf wesentliche kardiovaskuläre Risikofaktoren (Erhöhung d. HDL-Cholesterinwerte). » Um zu einer nachhaltigen Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Schülern/Schülerinnen beizutragen wird beispielsweise vorgeschlagen, auch Ernährungsberatung als komplementäre Maßnahme in das Programm zu integrieren. » Als generell herausfordernd wird die Weiterfinanzierung der Interventionen nach Projektende eingeschätzt.
<p>Relevanz für Fragestellung des eigenen Forschungsprojektes und Übertragbarkeit der untersuchten Maßnahme auf Österreich</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Die Maßnahmen erfordern größere strukturelle Veränderungen, was eine gute Zusammenarbeit zwischen den Akteuren notwendig macht. » Die Einbindung „anderer Partner“ wird angesprochen, jedoch nicht näher ausgeführt. Für die gegenständliche Analyse wäre die Beschreibung der Aktivitäten im kommunalen Bereich wichtig. » Soweit die Maßnahmen in den regulären Schulbetrieb integrierbar sind und (kommunale) Partner gefunden werden können, scheint ICAPS gut auf Österreich übertragbar zu sein.

Fortsetzung nächste Seite

C Abschließende Bewertungen 2004

Schlussfolgerungen und Gesamtbewertung des Projektes und der Evidenz	<ul style="list-style-type: none">➤ Hohe Qualität der Evidenz aufgrund der Randomisierung und Berücksichtigung soziogeographischer Kriterien, zudem sind Studienelemente wie Population, Indikatoren etc. klar ersichtlich.➤ Wo die Methoden nicht genau dargestellt sind, wurde auf vorangegangene Publikationen verwiesen.➤ Neben den psychosozialen Einflussfaktoren, die nicht direkt überprüft werden konnten, wurden zahlreiche anthropometrischen Daten erhoben, die zur Sicherung der Evidenz beitragen.➤ Positiv hervorzuheben ist die Studiendauer von vier Jahren und die Follow-up-Studie 2,5 Jahre nach Studienende. Eine Weiterführung des Programms wird nicht erwähnt.
--	---

Quelle: Simon et al. (2004); Simon et al. (2008); Simon et al. (2014)

Tabelle 6:
Healthy Respect

A Beschreibung des Projektes/Programmes	
Quellen	<ul style="list-style-type: none"> » Tucker, J.; Penney, G. ; E., van Teijlingen; J., Shucksmith; K., Philip (2005): Final Summary Report of the External Evaluation of <i>Healthy Respect</i>, a national health demonstration project., Scottish Executive » Evaluation of Healthy Respect Phase Two: Interim Report. Executive Summary. (2008), Health Scotland » NHS Health Scotland (2010): Evaluation of Healthy Respect Phase Two: Final Report. NHS Health Scotland
Projektname	Healthy Respect (HR) Phase I and Phase II
Land	United Kingdom / Schottland Phase I: November 2000 bis Februar 2004. Lothian (Interventionsregion) und Grampian (Vergleichsregion). Phase II: Phase II begann 2005 und endete im März 2008. Im Fokus der Interventionen standen Midlothian, North West Edinburgh (Intervention) und North Ayrshire sowie East Dunbartonshire (Vergleich). Die Dienstleister/innen der Gebiete aus Phase I wurden weiter betreut.
Zielgruppe(n)	Phase I: <ul style="list-style-type: none"> » Teenager, vor allem aus vulnerablen oder sozial benachteiligten Gruppen Phase II: <ul style="list-style-type: none"> » Im Fokus standen vor allem Teenager aus vulnerablen oder sozial benachteiligten Gruppen. Informationen zur Sexualgesundheit zielten auf 10- bis 18-Jährige ab, während andere sexualgesundheitsbezogene Dienste die 13- bis 18-Jährigen adressierten. » Anbieter von sexualgesundheitlicher Aufklärung/Bildung, Information und Anbieter von entsprechenden Services » Eltern
Projektziele in Bezug auf Verhalten	Allgemein/phasenübergreifend: Sexualgesundheit bei Teenagern in der Schottischen Region Lothian einschließlich Edinburgh-City durch Gesundheitserziehung und -förderung und Änderungen in der Leistungserbringung (v. a. Zusammenarbeit verschiedener Akteure) zu verbessern. Vor allem soll Teenager-Schwangerschaften bzw. deren nachteiligen Effekten sowie sexuell übertragbaren Krankheiten vorgebeugt werden. Phase I: <ul style="list-style-type: none"> » Unterstützung junger Menschen in Lothian bei der Entwicklung einer positive Haltung gegenüber der eigenen Sexualität und jener der anderen » Unterstützung bei der Entwicklung gesunden Respekts für die Partner/innen der Zielgruppe » Reduktion nicht beabsichtigter Teenager-Schwangerschaften » Reduktion von sexuell übertragenen Infektionen » (NHS Health Scotland 2008) Phase II: <ul style="list-style-type: none"> » Phase II zielte darauf ab, Bildung/Aufklärung und Informationen für 10- bis 18-Jährige bzw. Sexualgesundheitsdienste für 13- bis 18-Jährige in Lothian zu integrieren und wurde durch eine umfassende Kommunikationsstrategie unterstützt, die auch Markenbildung und Medienkampagnen beinhaltete.
Projektziele in Bezug auf Verhältnisse	Phase I: Ziel war die Integration von Bildung, Services und Information für junge Menschen von 13 bis 25 Jahren in ganz Lothian. Phase II: Gestaltung eines Umfelds, das langfristige Verbesserungen in der Sexualgesundheit und im Wohlbefinden junger Menschen schafft.

Fortsetzung nächste Seite

A Beschreibung des Projektes/Programmes

Weitere Projektziele	<p>Grundsätzlich verfolgte die zweite Phase dieselben Ziele wie HR Phase I. Aufgrund der Ergebnisse aus Phase I wurde jedoch ein besonderer Schwerpunkt auf die Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheiten gelegt sowie Berufsgruppen angesprochen, die mit jungen Menschen arbeiten, welche</p> <ul style="list-style-type: none"> » von der Schule (beinahe) ausgeschlossen sind und zusätzlich Unterstützung erhielten, » von der Kommunalverwaltung betreut und untergebracht wurden, » Lernschwierigkeiten hatten.
Theoriebezug	<p>Das SHARE-Programm aus HR ist theoriebasiert: Wight, D. <i>et al</i> (1998). Towards a Psycho-Social Theoretical Framework for Sexual Health Promotion. <i>Health Education Research: Theory and Practice</i>, 13, 317-330.</p> <p>SHARE ist ein schulbasiertes Sexualgesundheitsbildungsprogramm.</p> <p>Der Endbericht zu Phase II ist nach der Logik des RE-AIM Framework aufgebaut. Dabei wird darauf hingewiesen, dass im Unterschied zum originalen RE-AIM Framework das HR-Team die Interventionen für die Zielgruppe nicht selbst, sondern über Partnerorganisationen durchführte, was mehr Komplexität bedeute. Es wird nicht ersichtlich, inwieweit RE-AIM auch bei der Projektumsetzung relevant war (NHS Scotland 2010: S. 24).</p>
Projektinhalte	<p>Phase I:</p> <p>Phase I enthielt 19 Teilprojekte mit unterschiedlichen Ausgangspunkten: Manche Angebote oder Maßnahmen existierten bereits zuvor oder wurden wieder eingeführt. Es gab Projekte mit klinischem Fokus oder Community-basierten Ansätzen. Manche Projekte waren in lokalen Behörden oder Strukturen von Gesundheitsgremien (health board structures) verankert. Teils handelte es sich um kleine Einzelaufgaben, teils betrafen sie das gesamte Projekt HR.</p> <p>Die Projekte beschäftigten sich mit folgenden Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Verbesserung der Angebote zur Verhütung bei Abtreibungskliniken » Junge Menschen mit besonderen Bedürfnissen » Betreute und beherbergte junge Menschen » Sexualgesundheitswissen an die schottische Jugend vermitteln*¹¹ » Testen auf Chlamydien* » Notfallverhütung und Tests auf Chlamydien » Sexualgesundheitsförderung bei Weiterbildungseinrichtungen (engl. further education colleges). » Arbeit mit lesbischen, schwulen, bisexuellen und Transgender-Menschen* » Bildung zu Sexualgesundheit und Beziehungen (SHARE) im Schulsetting <ul style="list-style-type: none"> » Edinburgh City* » West Lothian* » "School nurses"* » Inreach/outreach work* » East Lothian » Midlothian » Diskretion/Vertraulichkeit und Kinderschutz » Entwicklung und Unterstützung der Elternrollen* » Sexualgesundheit junger Männer* » Junge Frauen, die sexuellen Missbrauch oder Zwang erlebt haben* » Schaffen einer positiven Kultur » Übergreifende Entwicklung der Beteiligung junger Menschen

Fortsetzung nächste Seite

11

Die mit * gekennzeichneten Projekte wurden für die Fallstudie des dritten Evaluationsteils in Phase I herangezogen.

A Beschreibung des Projektes/Programmes

Phase II:

Langfristige Verbesserungen von Sexualgesundheit und Wohlbefinden der Zielgruppe wurden über einen vielschichtigen Ansatz angestrebt, der bestehende Anbieter für Aufklärung/Bildung, Information und Dienstleistungen/Services der Sexualgesundheit miteinander verband:

- » 18 Grundschulen (50 % der Grundschulen in Midlothian)
- » 16 Mittelschulen (22 % der Mittelschulen in Lothian)
- » Projekte aus dem Freiwilligensektor
- » Services der lokalen Behörden wie Sozialarbeit, gemeinschaftliches Lernen (engl. community learning), kommunale Entwicklung (engl. community development), Fachausbildungen (engl. specialist education) und Versorgungseinheiten (care units)

Im Bericht wird betont, dass HR grundsätzlich nicht direkt für die Umsetzung und das Angebot der (meisten, Anm. Verf.) Maßnahmen zu Sexual- und Beziehungspädagogik sowie die Sexualgesundheitservices zuständig war. Manche Anbieter existierten bereits, manche wurden neu gegründet. HR strebte die Zusammenarbeit mit bestehenden Anbietern an. Direkter Einfluss durch HR war bei gezielten Interventionen wie den Anlaufstellen („drop-in centres“) der Sexual- und Beziehungspädagogik gegeben. HR kreierte zudem Informationsplattformen, darunter eine Website, Broschüren, Poster und Medienkampagnen.

Hauptkomponenten der Phase II:

- » **Führung (leadership) und Arbeit mit Partnern:**
- » Zahlreiche Berufsgruppen wurden vom HR-Team identifiziert und bedarfsorientiert unterstützt, etwa durch Programmkoordination (Netzwerken, Schulungen, Evaluation etc.).
- » **Medienkampagnen, Information, Markenbildung:**
Drei Medienkampagnen wurden entwickelt.
 - » „Respect Difference“ (August 2005 bis Februar 2006)
 - » „Parents Campaign“ (2006)
 - » „Access to Services“ (2007)
- » **Information für junge Menschen:**
- » Dazu gehörten „Safe ‘n Sorted“ – ein Mini-Handbuch zu Sexualgesundheit und Beziehungen, eine Website, Broschüren zu Chlamydien etc.
- » **Healthy Respect als Marke:**
- » Gemeinnützige Partnerschaftsmarke „Healthy Respect“ inkl. Logo
- » **Bildung:**
 - » **Zero Tolerance Respect (ZTR)**
Empowerment-Programm für Volksschulkinder an 35 Schulen in Midlothian, HR stellte Unterstützung für Lehrpersonal – etwa über Schulungen und Unterrichtsmaterialien – zur Verfügung.
 - » **SHARE**
Bildungsprogramm zu Sexualgesundheit und Beziehungen an 16 Schulen der Sekundarstufe (nicht konfessionsgebunden). Schüler/innen von 14 bis 16 Jahren wurden adressiert. Schulen konnten die 22 Einheiten über zwei oder drei Jahre konsumieren.
 - » **Called to Love**
Partnerschaftliche Initiative zwischen dem schottisch-katholischen Bildungsservice und HR, die unterstützende Unterrichtsmaterialien konzipierte. HR kommentierte hier lediglich die pädagogischen Unterlagen während der Entwicklung.
- » **Eltern**
An den Schulen wurden diverse Informationsveranstaltungen für Eltern abgehalten. Auch zwei Ressourcen für Gespräche zuhause mit den Kindern wurden entwickelt. Es gab unterschiedliche Materialien für Volksschul- und Sekundarschulalter.

Fortsetzung nächste Seite

A Beschreibung des Projektes/Programmes

	<ul style="list-style-type: none"> » Anlaufstellen und andere Sexualgesundheitservices Die Anlaufstellen wurden sehr niederschwellig gestaltet und vorwiegend in Schulen, Gesundheitszentren, ehrenamtlichen Diensten oder in Services des NHS (National Health Service) angesiedelt. Das Mindestangebot enthielt Information und Beratung für junge Menschen, erweiternd konnten Schwangerschaftstests, Chlamydien-Tests und kostenlose Kondome bereitgestellt werden. Bei Bedarf wurde zu spezialisierten Gesundheitsdiensten vermittelt. HR entwickelte Standards, ein Handbuch sowie ein Arbeitsbuch zur Begleitung des Entwicklungsprozesses der Anlaufstellen. » Organisationen, die in Kontakt mit vulnerablen jungen Menschen stehen Diverse Schulungen für die involvierten Berufsgruppen sowie ein Netzwerk zum Austausch wurden von HR angeboten. Zudem gab es ein Bildungsereignis für junge Menschen mit Lernschwierigkeiten. <p>Unterschied zu Phase I:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Midlothian und North-West-Edinburgh waren Schwerpunkt der Intervention, um die Implementierung innerhalb eines gesamten Gemeindegebiets und in einer stark benachteiligten Gegend zu demonstrieren. Die Zusammenarbeit mit Dienstleisterinnen/-leistern aus Regionen von Phase I blieb aufrecht (West Lothian, East Lothian, Edinburgh City). » In Phase II arbeitete man auch mit Grundschulen und dem schottischen katholischen Bildungsservice (engl. Scottish Catholic Education Service) zusammen und fokussierte stärker auf Organisationen mit Zielgruppe vulnerable junge Menschen. » Die Angebote beinhalteten Schulungen, Information, Beratung und zum Teil Finanzierung für diese Organisationen, um bestehende Maßnahmen hinsichtlich Qualität und Umfang zu verbessern. » 22 HR-Anlaufstellen – ein Drittel davon in Schulen – wurden angeboten. In diesen konnte die Zielgruppe allgemeine Gesundheitsberatungen und teils spezialisierte Services zur Sexualgesundheit einschließlich Kontrazeptiva in Anspruch nehmen. Diese Anlaufstellen wurden nach eigens erstellten Standards geführt. » Ein integriertes Kommunikationsprogramm, das sich stark an die Prinzipien des Socialmarketing orientierte, wurde entwickelt, um die Marke „Healthy Respect“ zu bewerben sowie die Einstellungen der Zielgruppe zu Sexualgesundheit und die Kultur ihrer Beziehungen positiv zu verändern (u. a. Website, gedruckte Unterlagen, Veranstaltungen; 63.000 Informationsbroschüren wurden an die Zielgruppe verteilt). » Auch Eltern wurden angesprochen, weil Untersuchungen darauf hinwiesen, dass sie eine wichtige Rolle zum Thema Sexualgesundheit spielen. Es gab Materialien, die in der Familie Diskussionen zum Thema Sexualgesundheit und Beziehungen anregen sollten; zudem wurden Elternabende veranstaltet, Informationsfolder verteilt, die Medienkampagne „Quality Family Time“ durchgeführt sowie eine Website erstellt.
Methoden / Art der Intervention	<p>Phase I: In Phase I lag der Fokus auf Schulungen und Informationsvermittlung für die involvierten Berufsgruppen sowie auf dem Bilden von Netzwerken und Partnerschaften. Es gab jedoch auch Interventionen, die von HR unterstützt wurden, etwa das SHARE-Programm (s. Projekthinhalte). Eine Schulung für Eltern wurde angeboten. Es gab keine Schulung für Jugendliche.</p> <p>Phase II: Die Interventionen durch HR umfassten Bereitstellung von Information und Beratung/Prozessbegleitung, Bildung von Netzwerken und Partnerschaften, Unterstützung bei inhaltlichen und organisatorischen Aspekten, Entwicklung von Materialien (z. B. für Eltern oder den Unterricht).</p>
Einbezogene Settings	Schule, Community (verschiedenste Dienstleister, Behörden, Organisationen), Haushalte/Familien

Fortsetzung nächste Seite

A Beschreibung des Projektes/Programmes

(i) Dauer, Intensität und Häufigkeit der Interventionen	Phase I: (i) Vier Jahre, unterschiedliche Intensität und Häufigkeit der Maßnahmen
(ii) Kontextfaktoren (z. B. Pilotprogramm, Reichweite, Kooperationen)	(ii) Pilotprogramm in Lothian, zahlreiche lokale Kooperationen sowie mit öffentlichen Einrichtungen wie dem NHS Scotland
(iii) Wesentliche (un)geplante Veränderungen	(iii) Nicht ersichtlich
(iv) Benötigte Ressourcen	(iv) Finanzielle Ressourcen, personelle Ressourcen – v. a. viel Engagement seitens der Personen, die das Projekt in den Alltag integrierten (z. B. Lehrpersonal); zentral waren auch strukturelle Ressourcen, da HR vorwiegend mit bestehenden Organisationen zusammenarbeitete.
(v) Erfüllung der Einschlusskriterien	(v) Ja, aus den Evaluationsergebnissen geht hervor, dass auch ländliche Gebiete eingeschlossen sind und Unterschiede zu urbanen Gegenden herausgearbeitet werden.
(vi) Weitere Anmerkungen	(vi)
(i) Dauer, Intensität und Häufigkeit der Interventionen	Phase II: (i) 2005 bis März 2008, unterschiedliche Intensität und Häufigkeit der Maßnahmen (siehe S. 24–29 für Details).
(ii) Kontextfaktoren (z. B. Pilotprogramm, Reichweite, Kooperationen)	(ii) In Phase II wurde der Schwerpunkt auf Teile von Lothian gelegt (s. „Land“), neue Programmkomponenten wurden umgesetzt. (iii) Siehe „Unterschied zu Phase I“ unter „Projekthalte“
(iii) Wesentliche (un)geplante Veränderungen	(iv) Vor allem finanziell, personell, strukturell
(iv) Benötigte Ressourcen	(v) Ja, aus den Evaluationsergebnissen geht hervor, dass auch ländliche Gebiete eingeschlossen sind.
(v) Erfüllung der Einschlusskriterien	

Fortsetzung nächste Seite

A Beschreibung des Projektes/Programmes

Sind die Grundprinzipien der GF erfüllt?	Phase I:
(i) Positiver Gesundheitsbegriff	(i) Ist aus der Projektgestaltung erkennbar (z. B. in Formulierungen: „Sexualgesundheit“ anstatt Präventionsbegriffe)
(ii) Zielgruppenorientierung	(ii) Ja
(iii) Setting- und Determinantenorientierung	(iii) Unterschiedliche Ausgangslagen der Regionen Lothian und Grampian wurden berücksichtigt, ebenso sozioökonomische Faktoren, Alter, Geschlecht und soziales Milieu.
(iv) Förderung der Chancengleichheit	(iv) Es wird thematisiert, dass der Fokus auf sozial benachteiligte Gruppen zwar problematisch sein kann, aber dennoch bessere Ergebnisse in der Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten bringt. Es gibt keine Evidenz zur Arbeit mit jungen Menschen aus ethnischen Minderheiten zu Sexualgesundheitsthemen.
(v) Partizipation	(v) Die Jugendlichen wurden über Fokusgruppen und Fragebögen befragt, jedoch nicht bzw. kaum in die Programmgestaltung aktiv einbezogen. Dafür waren u. a. Zweifel der Berufsgruppen verantwortlich.
(vi) Ressourcenorientierung und Empowerment	(vi) Empowerment ist als Ziel erkennbar, Ressourcenorientierung wird v. a. hinsichtlich Vernetzung und Bildung von Partnerschaften im Projekt deutlich.
(vi) Nachhaltigkeit	(vii) Das Projekt geht in Phase II über.
(i) Positiver Gesundheitsbegriff	Phase II:
(ii) Zielgruppenorientierung	(i) Wird nicht explizit erwähnt, ist aber aus den Inhalten und Zielsetzungen erkennbar.
(iii) Setting- und Determinantenorientierung	(ii) Ja
(iv) Förderung der Chancengleichheit	(iii) Orientierung an sozial benachteiligten bzw. vulnerablen Gruppen z. B. aus sozioökonomisch benachteiligten Gegenden sowie an Alter und Geschlecht ist erkennbar. Der Lebensstil der Zielgruppe ist Ausgangspunkt des gesamten Projektes, Alter und Geschlecht werden berücksichtigt.
(v) Partizipation	(iv) Ja, beispielsweise wurden eigene Informationsevents für junge Menschen mit Lernschwierigkeiten abgehalten; die Anlaufstellen für Information, Beratung, Schwangerschaftstests etc. waren niederschwellig und informell ausgerichtet.
(vi) Ressourcenorientierung und Empowerment	(v) Wurde teils angestrebt, aber kaum umgesetzt bzw. gelang nur teilweise.
(vii) Nachhaltigkeit	(vi) Ist ersichtlich
	(vii) Ja, zahlreiche Komponenten von HR wurden dauerhaft im NHS Lothian verankert (S. 15 f.)

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. externe Evaluation Phase I:

Quelle	Tucker, J.; Penney, G. ; E., van Teijlingen; J., Shucksmith; K., Philip (2005): Final Summary Report of the External Evaluation of <i>Healthy Respect</i> , a national health demonstration project., Scottish Executive
Studiendesign	<p>UK/Schottland/Lothian, November 2000 bis Februar 2004, externe und unabhängige Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> » Teil I A: eine Vorher-Nachher-Studie (2001, 2003) zu Wissen, Einstellungen und Verhalten junger Leute bzgl. Sexualgesundheit wurde verwendet, um das SHARE-Programm („Sexual Health and Relationship Education“) aus HR in zehn Schulen in Lothian mit fünf Kontrollschulen in Grampian (= Vergleichsregion) zu vergleichen. » Teil I B: Fragebogen-Survey und Fokusgruppen in Lothian und Grampian » Teil I C: Vergleich der Empfängnis- und Schwangerschaftsabbruch-Raten junger Menschen in Lothian und Grampian sowie in ganz Schottland und Verknüpfung mit der zeitlich angepassten Intervention durch HR in Lothian; bereinigte Vergleiche für Lothian und Grampian; Vergleiche der Leistungen durch Gesundheitspersonal bei Diagnostik und Management von genitalen Infektionen mit Chlamydia trachomatis. » Teil II: Vergleiche der Vernetzungs- und Kooperationsaktivitäten in Lothian und Grampian. Informationen wurden über Interviews mit Personal, jungen Menschen und über die Durchsicht der Dokumentation und Projektberichte bezogen. » Teil III: Fallstudie mit zehn aus insgesamt 19 ausgewählten Teilprojekten, die die Breite des Angebots abbilden sollen (zur Auswahl siehe S.26) » Zur Analyse der Benachteiligung bzw. Bereinigung der Daten bzgl. des Faktors Benachteiligung wurden der Carstairs-Index und der „Scottish Index of Multiple Deprivation“ (SIMD) verwendet. <p>Hinweis: Vor dem SHARE-Programm im Zuge des HR-Projektes wiesen Schüler/innen in Lothian 2001 durchgängig signifikant weniger Wissen und weniger positive/s Einstellung/Verhalten bzgl. Sexualgesundheit auf als die Schüler/innen in der Vergleichsregion Grampian.</p>
Fragestellung der Studie	<p>Welchen Effekt hatte das Modellprojekt HR in Lothian aus folgenden drei Perspektiven?</p> <ul style="list-style-type: none"> » Resultate in der Sexualgesundheit junger Menschen in Lothian » Abbildung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit und Netzwerke für Sexualgesundheit » Implementierung und Prozess der Teilprojekte
Studienpopulation	<ul style="list-style-type: none"> » Fachpersonal aus den untersuchten Programmen und Services » Schüler/innen aus den Interventions-/Kontrollschulen
Qualität und Art der Evidenzquelle	<ul style="list-style-type: none"> » Mittlere bis niedrige Qualität » Hohes Bias-Risiko: Die Chlamydien-Tests schlossen selektive Tests bei Hochrisiko-Gruppen ein. » Soziale Ungleichheit und Benachteiligung wird sowohl inhaltlich (wird häufig thematisiert) als auch statistisch berücksichtigt. » Die Verwendung zweier Methoden zur Kontrolle des Faktors Benachteiligung (eng. Deprivation) verbessert die Interpretation der Ergebnisse: „Scottish Index of Multiple Deprivation (SIMD)“ und Carstairs-Index. » Klar definierte Indikatoren, anhand derer die Ergebnisse dargestellt werden. » Keine klar definierte Studienpopulation (Populationsgröße bei Schülerinnen/Schülern und Fachpersonal)

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. externe Evaluation Phase I:

Indikatoren für Nutzen/Wirksamkeit (Endpunkte)	<p>I. Resultate in Bezug auf Sexualgesundheit junger Menschen in Lothian:</p> <ul style="list-style-type: none">» Einstellungen und Verhaltensänderungen» Zugang zu Services, Akzeptanz, Inanspruchnahme» Vergleichbare Trends bei altersspezifischen Schwangerschafts- und Schwangerschaftsabbruch-Raten, sexuell übertragbaren Infektionen <p>II. Abbildung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit und Netzwerke für Sexualgesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none">» Entwicklung formeller Partnerschaften» Entwicklung informeller Netzwerke» Auswirkungen der Partnerschaften und Netzwerke auf das Wohl der Klientinnen/Klienten <p>III. Implementierung und Prozessevaluation der Teilprojekte:</p> <ul style="list-style-type: none">» Implementierung, Information und Evidenz zu Best Practice <p>Zu jedem der genannten Punkte wurden eine Hypothese und mehrere Subhypothesen formuliert, auf die sich die Resultate beziehen. Punkt III stellt eine Fallstudie mit zehn (aus insgesamt 19) ausgewählten Teilprojekten dar, die die Breite des Angebots abbilden sollen (zur Auswahl siehe S. 26). Letztere enthält kaum relevante Ergebnisse für diese Analyse.</p>
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verhaltensänderungen	<p>Hinweis: Die Ergebnisse sind als mittelfristig anzusehen, da sie zwei Jahre nach Beginn der Intervention ermittelt wurden.</p> <p>Insgesamt gibt es nur geringfügige Verbesserungen im Verhalten der jungen Menschen, was Sexualgesundheit und entsprechende Services betrifft. Bei manchen Veränderungen ist der genderspezifische Unterschied zu berücksichtigen.</p> <p>I a. Einstellungen und Verhaltensänderungen:</p> <ul style="list-style-type: none">» Der Anteil der Burschen, die sich im Stande fühlten, mit ihren Vätern zu reden, stieg und ließ den Unterschied zu Grampian verschwinden.» Gleich wenige Schüler/innen in Lothian berichteten im Jahr 2003 von verbesserter Kommunikation mit Lehrenden zu Sexualgesundheitsthemen oder Beratung.» Im Vergleich zu Grampian lag die Wahrscheinlichkeit, dass Schüler/innen in Lothian eine "school nurse" aufsuchten, nur halb so hoch (20 % vs. 38 % in Grampian).» Vor und nach der Intervention hatte ein signifikant höherer Anteil der Schüler/innen aus Lothian (~24 %) vor dem 16. Lebensjahr Geschlechtsverkehr (GV) als in Grampian (~19 %).» Im Jahr 2003 stieg der Anteil der Schüler/innen, die sich sicher in Bezug auf Kondombezug und -verwendung fühlten, signifikant.» Mehr Schüler/innen in Lothian (v. a. Burschen) wussten über die verhütende Wirkung von Kondomen in Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen Bescheid.» Ansonsten gab es 2003 keine weitere Evidenz zu mehr Wissen, verbesserten Einstellungen oder Absichten.» Schüler/innen in Lothian dachten nach wie vor häufiger, dass der Kondomgebrauch peinlich sei (v. a. Mädchen) und den sexuellen Genuss reduzieren würde (v. a. Burschen).» Absichten zum Kondomgebrauch verbesserten sich nicht signifikant.» Genderspezifische Unterschiede in der Einstellung gegenüber Kondomgebrauch waren sowohl bei bereinigten als auch nicht bereinigten Vergleichen erkennbar.

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. externe Evaluation Phase I:

Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verhaltensänderungen	<p>I b. Zugang zu Services, Akzeptanz, Inanspruchnahme:</p> <ul style="list-style-type: none">» Sowohl in Lothian als auch in Grampian waren bei Schülern/Schülerinnen die Anlaufstellen, Familienplanungsumbuzanzen und Familien-Ärztinnen/-Ärzte am beliebtesten.» Nach HR stieg die Beliebtheit der Anlaufstellen in Lothian von 49 % auf 60 %, jene der anderen zuvor genannten Stellen sank. Es gab kaum Hinweise, dass Barrieren zu anderen Services (z. B. Telefonberatung) in Lothian niedriger wurden.» Schulbasiertes Personal, v. a. Lehrpersonal, wurden am seltensten für Beratungen aufgesucht, u. a. gab es Sorgen bzgl. Vertraulichkeit, Scham und möglichen Benachteiligungen.» Vorlieben bzgl. Beratung und Inanspruchnahme von Sexualgesundheitservices sowie bzgl. Kondombezug variierten nach Geschlecht (Tucker et al. 2005, 4).» Nur die Hälfte der am Survey teilnehmenden Schüler/innen, die bereits GV hatten, hatte beim ersten GV Kondome verwendet.» Kondomgebrauch, Kontrazeptiva-Gebrauch, Gebrauch der „Pille danach“: Kein signifikanter Unterschied zw. Lothian und Grampian zwischen 2001 und 2003. Im Jahr 2003 deutete einiges auf einen Anstieg aller drei Methoden in beiden Regionen hin. <p>I c. Vergleichbare Trends bei altersspezifischen Schwangerschafts- und Schwangerschaftsabbruch-Raten, sexuell übertragbaren Infektionen:</p> <ul style="list-style-type: none">» In allen Altersgruppen und beobachteten Jahren (1995–2002) war die Verhütungsrate bei Teenagern in Lothian durchgehend höher als in gesamt Schottland, in Grampian hingegen durchgehend niedriger.» Bereinigung der Odds Ratios über den „Scottish Index of Multiple Deprivation“ (SIMD) reduzierte regionale Unterschiede zw. Lothian und Grampian bzgl. Schwangerschaftsraten oder kehrte sie um. Bereinigte Odds Ratios variierten jedes Jahr; also ist eine längere Beobachtung notwendig, um Trends in Lothian und Grampian in Bezug zu HR erkennen zu können.» 1995–2002 war die Schwangerschaftsabbruch-Rate bei Teenagern in Lothian immer höher als in Grampian. Im Jahr 2002 schien die Differenz kleiner zu werden. Ca. 40 % aller Teenager-Schwangerschaften – kaum mehr als in Grampian – endeten in Lothian mit einem Schwangerschaftsabbruch.
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf nachhaltige, strukturelle Verankerung der GF-Interventionen in den Gemeinden	<p>I b. Zugang zu Services, Akzeptanz, Inanspruchnahme</p> <ul style="list-style-type: none">» Zahlreiche Informations- und Unterrichtsmaterialien wurden (weiter-)entwickelt und verteilt bzw. angewendet.» Die jüngeren Teilnehmenden der Fokusgruppen gaben das Internet als mögliche Informationsquelle an, ältere berichteten von gesperrten Suchbegriffen und Webseiten, die auch HR betrafen.» Wahrgenommene Barrieren bzgl. Kondombezug blieben weitestgehend bestehen.» In Lothian gaben die Schüler/innen nach der Intervention an, dass es keine spezifischen Sexualgesundheitservices in der Umgebung gäbe, v. a. nicht in ländlichen Gemeinden. Bestehende Services wurden häufig wegen eingeschränkter Öffnungszeiten als nicht zufriedenstellend wahrgenommen. Jugendliche waren nach wie vor unzureichend über bestehende Services informiert und nutzten sie nur in geringem Ausmaß. Letzteres traf auch auf Grampian zu.

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. externe Evaluation Phase I:

Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf nachhaltige, strukturelle Verankerung der GF-Interventionen in den Gemeinden

I c. Vergleichbare Trends bei altersspezifischen Schwangerschafts- und Schwangerschaftsabbruch-Raten, sexuell übertragbaren Infektionen

- » In beiden Regionen schienen sich etwa 90 % der Ärzteschaft aus der Primärversorgung der Bedeutung des Chlamydien-Tests bei Patientinnen / Patienten mit relevanten Symptomen bewusst, boten aber seltener Tests im Rahmen von Routineuntersuchungen bei jungen Menschen ohne entsprechende Symptomatik an.
- » Die Durchsicht von Fallakten und weitere Daten zeigten ein weitaus schlechteres Bild in Bezug auf Durchführung von Tests.
- » HR schient in Lothian wenig Einfluss auf die Praktiken von Klinikerinnen/Klinikern zu haben, obwohl die wenigen signifikanten Veränderungen auf Verbesserungen hindeuten.

II Abbildung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit und Netzwerke für Sexualgesundheit:

II a. Entwicklung formeller Partnerschaften:

- » Bzgl. strategischer Partnerschaften, spielte HR eine zentrale Rolle in der Planung und Gestaltung der Dokumente der nationalen Sexualgesundheitsstrategie und jener von Lothian.
- » HR regte verschiedene Akteure an, neue Servicestrategien zu entwickeln.
- » Die Einbindung des Freiwilligensektors erleichterte HR die Erreichung spezifischer Gruppen bzw. die Verankerung in lokalen communities.
- » HR gelang es, Sexualgesundheitsarbeit mit jungen Menschen in Lothian zu einer Priorität zu machen und zahlreiche Partnerschaften zu etablieren.
- » Einige Organisationen waren in der Zusammenarbeit unterrepräsentiert (z. B. Sozialarbeit) und / oder mit schlechteren Ressourcen ausgestattet (Freiwilligensektor). Es war einfacher, informelle als formelle Zusammenarbeit zu etablieren.
- » In Grampian war hingegen zu Beginn des Abbildungs-Prozesses (Abbildung der Partnerschaften und Netzwerke) kein Handlungsplan vorhanden. Die Entwicklung der Sexualgesundheitsstrategie in Grampian schien nicht systematisch mit der Arbeit auf lokalem Level außerhalb der Gesundheitsdienste verbunden zu sein.

II b. Entwicklung informeller Netzwerke:

- » Die Entwicklung informeller Netzwerke war in Lothian weitaus erfolgreicher als in Grampian.
- » Die Finanzierung des Projekts eröffnete zahlreiche Möglichkeiten zur Entwicklung informeller Netzwerke in Lothian.
- » HR ermöglichte vielen kleinen Freiwilligenorganisationen die Verbindung zu einer einflussreicheren Plattform und unterstützte den Austausch.
- » Diese Aktivitäten hatten auch Kosten für die Organisationen zur Folge, die diese nicht kalkuliert hatten. Dadurch mussten gerade kleinere Einrichtungen häufig ihr Engagement beenden.
- » Interprofessionelle Schulungen (z. B. im Zuge von SHARE) ermöglichten informelle Netzwerkaktivitäten. Es war jedoch aufgrund der Organisation in den Schulen langfristig schwierig, diese aufrechtzuerhalten.
- » Bestrebungen für neue Dienstleistungen im Bereich der Sexualgesundheit für junge Menschen schlugen in Grampian aufgrund der fehlenden bzw. kurzfristigen Finanzierung und Koordination weitgehend fehl.
- » Es gab auch Bedenken, sich in diesem Bereich zu engagieren, was die Bestrebungen zum nachhaltigen Aufbau von Netzwerken v. a. bei Jugendarbeiterinnen/-arbeitern untergrub.

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. externe Evaluation Phase I:

<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Veränderung von Determinanten der Gesundheit oder ggf. Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen</p>	<p>Die Daten zur Sexualgesundheit waren zum Zeitpunkt der Evaluation noch nicht vollständig bzw. noch keine Trends bzgl. Schwangerschaften, Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen ersichtlich.</p> <p>I Resultate für die Sexualgesundheit junger Menschen in Lothian:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Vergleichbare Trends bei altersspezifischen Schwangerschafts- und Schwangerschaftsabbruch-Raten, sexuell übertragbaren Infektionen » Zwischen 2000 und 2004 stieg die Anzahl vierteljährlicher Chlamydien-Tests bei Teenagern in Grampian um 84 % (von 539 auf 993) und um 121 % in Lothian (von 751 auf 1.661). In Lothian betraf dies v. a. männliche Teenager (Anstieg um 186 % von 99 auf 283). Die Gesamtzahl der Chlamydien-Tests bei spezialisierten Services ging in beiden Regionen im gleichen Ausmaß signifikant zurück. » In beiden Regionen stieg die Zahl der positiv auf Chlamydien getesteten Teenager jährlich, in Lothian etwas stärker (65 % Anstieg) als in Grampian (59 % Anstieg). In beiden Regionen war die Rate der positiv Getesteten unter allen Getesteten im Zeitraum 2000–2004 konstant etwa 13 %.
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten</p>	<p>Aggregierte regionale Vergleiche machen den bekannten Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischer Benachteiligung (deprivation) und Schwangerschaftsraten bei Teenagern deutlich. Zudem zeigen sich in den verfügbaren Daten geographisch beträchtliche Schwankungen innerhalb der Regionen Grampian und Lothian.</p> <p>I c. Vergleichbare Trends bei altersspezifischen Schwangerschafts- und Schwangerschaftsabbruch-Raten sowie sexuell übertragbaren Infektionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Bereinigte Daten (nach Benachteiligung; mittels SIMD und Carstairs-Index) aus den Jahren 2001–2002 weisen darauf hin, dass Teenager aus Lothian mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit Schwangerschaftsabbrüche vornehmen als jene in Grampian. Abgesehen von der Notwendigkeit langfristigen Monitorings legt dies den Schluss nahe, dass Benachteiligung die Unterschiede zwischen den Regionen nicht vollständig erklärt und z. B. Entscheidungsprozesse und Zugangsmöglichkeiten eine Rolle spielen. » Die Empfängnisraten sanken in Grampian zwischen 1996 und 2002, während die Werte in Lothian variierten. » Mithilfe des Carstairs-Index und SIMD wurde der bekannte proportionale Zusammenhang von Benachteiligung mit Empfängnisraten bei Teenagern ersichtlich, ebenso wie der verkehrt proportionale Zusammenhang zwischen Benachteiligung und Schwangerschaftsabbruch-Raten bei Teenagern. » Es schien keinen Zusammenhang zwischen dem ländlichen Charakter einer Region und den Empfängnisraten bei Teenagern zu geben. » Über die Berücksichtigung der Benachteiligung in verschiedenen Regionen konnten Unterschiede in den Schwangerschaftsraten von Teenagern besser erklärt werden. <p>II. Abbildung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit und Netzwerke für Sexualgesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Kleinere Organisationen hatten durch niedrigere Budgets und Ressourcen für Unvorhergesehenes wie etwa die Netzwerkpflge einen entschiedenen Nachteil gegenüber großen. » Zur Sexualgesundheitsarbeit mit ethnischen Minderheiten wurde keine Evidenz gefunden. » Ohne SHARE gab es in Grampian weniger Versuche, Services wie etwa Anlaufstellen für junge Leute zu etablieren. Zudem war es ohne Finanzierung schwieriger, die verschiedenen Akteure zusammenzubringen. » Nur etwa 20 % der Zielgruppe in Lothian wurde über SHARE erreicht. Bei der Selektion wurde nicht nach systematischen oder bedarfsorientierten, sondern nach pragmatischen Aspekten vorgegangen.
<p>Welche Interventionen haben positive Effekte erzielt und warum?</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Anregung von Partnerschaften, Bildung von Plattformen und Netzwerken für Akteure aus Politik, Verwaltung und den gesundheits- oder schulbezogenen Berufsgruppen » Der Status als Modellprojekt sowie die Finanzierung förderten möglicherweise Synergien zwischen den Projektelementen.
<p>Welche Interventionen haben negative Effekte erzielt und warum?</p>	<p>Nicht ersichtlich</p>

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. externe Evaluation Phase I:

Welche Prozesse und Strukturen haben positiv unterstützt?	Teil eines „größeren Ganzen“ (i.e. Healthy Respect) zu sein, gab den Partnerorganisationen einen gewissen Schutz gegenüber jenen, die ihrer Tätigkeit missbilligend gegenüberstehen.
Welche Prozesse und Strukturen haben behindert?	<ul style="list-style-type: none"> » Die Prozesse und Strukturen waren aufgrund der unterschiedlichen Partnerorganisationen und Settings bzw. Akteure sehr heterogen. Dadurch gelang auch die Umsetzung in unterschiedlichem Ausmaß. » Kleinere Organisationen mit geringen Projektressourcen waren benachteiligt, da der für die Teilprojekte benötigte hohe Zeitaufwand nicht entsprechend eingeplant worden war. » Die Daten zu den Sexualgesundheitsoutcomes (Schwangerschaften, Geburten, Schwangerschaftsabbrüche) während HR sind unvollständig und ein längeres Monitoring notwendig. Methodologische Entwicklungen für die Herstellung zeitlicher Zusammenhänge sind notwendig. Gerade Schwangerschaftsraten könnten jedoch relativ rasch durch HR verändert werden. » Die Daten weisen auf die tragende Rolle von Primärversorgungsstrukturen hin. Sexualgesundheitservices stellen sich jedoch fragmentiert und mit wenig Kontinuität dar.
Akzeptanz und Durchführbarkeit der Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> » Die Ergebnisse zu SHARE sind lt. Autorinnen/Autoren anderen Ergebnissen aus bildungsbezogenen, schulbasierten Interventionen ähnlich: teilweise Verbesserung im Wissen, kaum Veränderungen bzgl. Verhalten und Einstellungen. » Schwerpunkt-Interventionen in benachteiligten Gegenden sollten größere gesundheitliche Effekte bringen und könnten eher gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren. Mögliche Stigmatisierungen von Bevölkerungsgruppen sind zu beachten.
Übertragbarkeit der Interventionen	Eingeschränkt übertragbar. Innerschulische Gesundheitseinrichtungen sind in Österreich nicht etabliert (vgl. etwa die langjährige Diskussion zur Etablierung einer „school nurse“ in Österreich).
Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die GF	Schulbasierte bildungsbezogene Interventionen scheinen nur geringe Effekte auszulösen. Nachhaltige Finanzierung ist wesentlich für die Einbindung der Akteure. Ebenso müssen geringe Ressourcen von kleineren Organisationen berücksichtigt werden. Partizipation bedeutet auch Überzeugungsarbeit bei den Berufsgruppen und die Entwicklung neuer Strategien und sollte von Anfang an in die Planung mit einbezogen werden. Benachteiligung ist ein wesentlicher Faktor in Bezug auf (sexual-)gesundheitliche Outcomes.

B Beschreibung der Evaluation von Phase II (2010)

Quelle	Health Scotland (2010): Evaluation of Healthy Respect. Phase Two: Final Report. NHS Health Scotland. Health Scotland (2008): Evaluation of Healthy Respect Phase Two: Interim Report. Executive Summary. NHS Health Scotland Dauer der Evaluation: Ende 2005 bis Ende 2009
Studiendesign	<p>Orientierung am RE-AIM-Framework (Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance) bei der Berichtslegung zur Evaluation (Abweichung von RE-AIM: Anwendung von Mixed Methods)</p> <p>Die Komponenten der Evaluation gliederten sich wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Evaluation der Tätigkeit des HR-Teams mit Organisationen: Datenauswertungen, Interviews und zweiteiliger Survey » Evaluation der Wahrnehmung der Zielgruppe: Eltern-Survey in zwei Teilen, Interviews mit Eltern und jungen Menschen » Evaluation der Auswirkungen auf junge Menschen: zweiteiliger Survey mit Vergleichsgruppe an Sekundarschulen; Studie zu <i>Zero Tolerance Respect</i> an Volksschulen im Vorher-Nachher-Design und mit Vergleichsgruppe; Langzeit-Daten (1995-2007) des National Health Service (NHS) <p>Weitere Elemente des Studiendesigns:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Persönliche Interviews mit dem HR-Team

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evaluation von Phase II (2010)

Fragestellung der Studie	<ul style="list-style-type: none"> » Arbeitete HR effektiv mit den Anbietern zusammen (engl. engage with providers)? » Arbeitete HR effektiv mit den Eltern zusammen? » Arbeitete HR mit jungen Menschen zusammen? » Hatte HR Einfluss auf die Sexualgesundheit und die Beziehungen junger Menschen? <ul style="list-style-type: none"> » Volksschulkinder » Kindern der Sekundarstufe » Welche Komponenten von HR werden erhalten bleiben? » Beeinflusste HR die strategische Entwicklung von Angeboten zur Sexualgesundheit in anderen Regionen Schottlands?
Studienpopulation	Nicht detailliert beschrieben; für die einzelnen Fragestellungen wurden unterschiedliche Quellen mit unterschiedlich großen Populationen herangezogen, die nicht immer angeführt werden.
Qualität und Art der Evidenzquelle	<p>Niedrige Qualität</p> <p>Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> » Unterschiedliche Evaluationsdesigns für unterschiedliche Projektbestandteile » Für die Evaluation wurde eine Beratungsgruppe geschaffen. Mitglieder waren Forschungsexpertinnen/-experten, politisch Entscheidungstragende, Repräsentantinnen und Repräsentanten des beauftragenden Gremiums, Mitglieder des HR-Teams und das externe Evaluationsteam. » Klar definierte Indikatoren <p>Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> » Lt. Autoren/Autorinnen liegen nicht genügend Daten vor, um beurteilen zu können, was den Anstieg in der Nutzung von Services in der Vergleichsregion letztendlich bewirkte. Die Veränderungen könnten jedoch auch auf andere Umstände zurückzuführen sein (Anm. Verf.). » Population ist nicht genau beschrieben. » Fallzahlen sind nur teilweise beschrieben. » Mögliche Verzerrung durch <i>response bias</i>: Selbsteinschätzung der Schüler/innen zu ihrem Verhalten sowie Befragungen der Partner von HR, die auch nach der Evaluation weiter zusammenarbeiten sollten. » Fehlende Randomisierung bei Stichprobenziehungen (vgl. Health Scotland 2010, 48)
Indikatoren für Nutzen/Wirksamkeit (Endpunkte)	<ul style="list-style-type: none"> » Wie erfolgte die Implementierung von HR II durch das HR-Team? (nicht relevant) » Akzeptanz: In welchem Ausmaß wurde HR von lokalen Anbietern und Eltern angenommen? » Implementierung von Schlüsselinterventionen für junge Leute » In welchem Ausmaß erreichte HR die Kern-Zielgruppe (junge Leute)? » Welche Effekte hatte HR auf die Sexualgesundheit und die Beziehungen junger Leute?
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verhaltensänderungen	<p>In welchem Ausmaß erreichte HR die Kern-Zielgruppe (junge Leute)?</p> <ul style="list-style-type: none"> » Siehe Ergebnisse zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten <p>Welche Effekte hatte HR auf die Sexualgesundheit und Beziehungen junger Leute?</p> <ul style="list-style-type: none"> » Schüler/innen und Lehrer/innen, die das ZTR-Paket verwendeten, nahmen es gut an und sahen es als Ressource. Es gibt Hinweise auf den Einfluss von ZTR auf die Einstellungen von Primärschülerinnen/-schülern. Mädchen berichteten in der Ausgangserhebung hohe Levels von respektvollem Verhalten, was im Follow-up gleich blieb. Burschen hatten zu Beginn niedrigere Werte und es gab Hinweise auf kleine Verbesserungen nach ZTR, v. a. bei jenen mit den schlechtesten Ausgangswerten. Es gab kaum Hinweise, dass vor oder nach ZTR diskriminierende Einstellungen bzgl. ethnischem Hintergrund oder Geschlecht bestanden. Weniger respektvolle Einstellungen standen in einem starken Zusammenhang mit dem Konsum von nicht altersgerechten Filmen. 55 % der Burschen und 25 % der Mädchen nannten wenigstens einen solchen Film unter ihren drei Lieblingsfilmen.

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evaluation von Phase II (2010)

<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf nachhaltige, strukturelle Verankerung der GF-Interventionen in den Gemeinden</p>	<p>Akzeptanz: In welchem Ausmaß wurde HR von lokalen Anbietern und Eltern angenommen?</p> <ul style="list-style-type: none"> » Lokale Anbieter: Freiwilligenorganisationen und andere Nicht-Verwaltungseinrichtungen profitierten von der Führungsrolle des HR-Teams und berichteten von mehr Wissen sowie verbesserten Fähigkeiten, mit jungen Leuten zu arbeiten. Lokale Behörden bzw. deren Berufsgruppen wie Sozialarbeiter/innen hingegen berichteten von zahlreichen Schwierigkeiten im Umgang mit jungen Leuten, etwa wegen deren fehlender Kommunikationsfähigkeiten oder schwierigen sozialen Hintergründen. » Eltern: Eltern schienen sich des HR-Projektes sehr bewusst zu sein, es aber kaum anzunehmen. Zudem ist der Rücklauf von 30 % bei der Befragung zu beachten, der vermutlich hauptsächlich von jenen kam, die motiviert und informiert waren. <p>Implementierung von Schlüssel-Interventionen für junge Leute</p> <ul style="list-style-type: none"> » Die HR-Anlaufstellen, <i>Zero Tolerance Respect</i> (ZTR) und SHARE wurden lt. Autorinnen/Autoren gut implementiert und von der Zielgruppe gut aufgenommen. Schüler/innen, die SHARE durchliefen, berichteten eher vermehrtes Wissen zu Sexualgesundheit, höheres Selbstvertrauen und bessere Kommunikation als Veränderungen im Verhalten. Schüler/innen, die die ZTR-Intervention erhielten, berichteten von verbesserten Verhaltensweisen bei sich und anderen. » Mit Projektende im März 2008 war HR vollständig im NHS Lothian integriert, zentrale Bestandteile des Projekts wurden weitergeführt (S. 30).
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Veränderung von Determinanten der Gesundheit oder ggf. Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen</p>	<p>Welche Effekte hatte HR auf die Sexualgesundheit und Beziehungen junger Leute? Siehe Ergebnisse zu Verhaltensänderungen</p>
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten</p>	<p>Reach: In welchem Ausmaß erreichte HR die Kern-Zielgruppe (junge Leute)?</p> <ul style="list-style-type: none"> » Der Prozentsatz erreichter junger Leute variiert je nach Fragestellung. Die Beanspruchung von Services war bei weniger wohlhabenden Schülerinnen / Schülern signifikant höher. Signifikante Verbesserungen bei allen Gruppen gab es in der Interventionsregion von 2007 auf 2008/9, wobei die größten Verbesserungen auf Burschen entfielen, auch hier vornehmlich auf weniger wohlhabende. Größere Vulnerable Gruppen waren vermutlich nicht in die Befragung eingeschlossen, etwa junge Leute mit schlechten Kommunikationsfähigkeiten oder Missbrauchserfahrungen, die nicht die allgemeinen Schulen besuchen. <p>Welche Effekte hatte HR auf die Sexualgesundheit und Beziehungen junger Leute?</p> <ul style="list-style-type: none"> » Siehe Ergebnisse zu Verhaltensänderungen
<p>Welche Interventionen haben positive Effekte erzielt und warum?</p>	<ul style="list-style-type: none"> » ZTR » SHARE
<p>Welche Interventionen haben negative Effekte erzielt und warum?</p>	<p>Nicht ersichtlich</p>
<p>Welche Prozesse und Strukturen haben positiv unterstützt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Partnerschaften und Netzwerke mit verschiedensten Einrichtungen und Organisationen
<p>Welche Prozesse und Strukturen haben behindert?</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Konsum von nicht altersgerechten Filmen » Erschwerter Zugang der Akteure zu und weniger Handlungsfähigkeit bei vulnerablen Gruppen

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evaluation von Phase II (2010)

<p>Akzeptanz und Durchführbarkeit der Interventionen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Der geringe Einfluss von HR auf Mädchen macht lt. Autorinnen/Autoren gezieltere Interventionen nötig. » Materialien und Übungen (Home Activity Resources) wurden für Eltern von Kindern der Volksschule und Sekundarstufe zur Verfügung gestellt. Diese sollten Unterhaltungen der Eltern mit den Kindern zu Beziehungen und Sexualität (erst in der Sekundarstufe) fördern, wurden jedoch kaum angenommen.
<p>Übertragbarkeit der Interventionen</p>	<p>Die Autorinnen/Autoren betonen, dass Bildungsinitiativen wie SHARE nicht einfach für Menschen mit besonderen Bedürfnissen zu adaptieren sind, sondern dass hier neue Ansätze gefragt sind.</p>
<p>Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die GF</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Das Autorenteam betont, dass die Interventionen aus HR nicht allein auf die starken sozialen und ökonomischen Ungleichheiten in der Gesellschaft abzielen können, die gesundheitliche Ungleichheiten hervorrufen. » Die Autorinnen/Autoren leiten aus der Evidenz ab, <ul style="list-style-type: none"> » dass allgemeinere Aspekte zur Elternschaft wichtiger wären, » dass Interventionen bei Teenagern weniger wirkungsvoll sind als bei Jüngeren und » dass mehr Augenmerk auf die Förderung der Väter und Söhne hinsichtlich Gesprächen zu Sexualgesundheit und Beziehungen gelegt werden sollte. » Die Forschung legt den Schluss auf mögliche negative Effekte durch Darstellungen in Massenmedien und Computerspielen lt. Autorinnen/Autoren nahe. Sie schlagen drei kombinierte Zugänge vor: Zensur, Information der Eltern und redaktionelle Strategien. Davon erwarten sie größere Effekte als von weiteren Verbesserungen in der Sexualbildung und den Sexualgesundheitservices.

C Abschließende Bewertungen

<p>Herausforderungen und Lösungen</p>	<p>Die Ergebnisse legen nahe, dass den Ursachen für problematische Beziehungen und Sexualität junger Leute in frühen Jahren begegnet werden muss und dass diese nicht einfach durch Bildungsprogramme zu korrigieren sind. Ein umfassender Ansatz, der den größeren gesellschaftlichen (u. a. sozioökonomischen) Kontext mit einbezieht, scheint notwendig. Größte Herausforderung bleibt die Erreichung vulnerabler Zielgruppen.</p>
<p>Relevanz für Fragestellung des eigenen Forschungsprojektes und Übertragbarkeit der untersuchten Maßnahme auf Österreich</p>	<p>Übertragbarkeit wird aufgrund der starken Unterschiede im Schul- und Primärversorgungssystem eher niedrig eingestuft. Am ehesten sind Partnerschaften auf regionaler Ebene und Bildungsprogramme denkbar. Hier sei jedoch auf die geringen Effekte bzgl. gesundheitlicher Outcomes hingewiesen – eine Anpassung der Zielsetzung wäre also notwendig (z. B. mehr Gesundheitskompetenz statt bessere Sexualgesundheit).</p>
<p>Schlussfolgerungen und Gesamtbewertung des Projektes und der Evidenz</p>	<p>Durchdachtes, langfristig angelegtes Projekt, das teilweise nachhaltig implementiert wurde. Die Ergebnisse machen deutlich, dass andere als die schulpädagogischen Zugänge entwickelt und erprobt werden müssen. Im Sinne der Erreichung vulnerabler Zielgruppen wäre eine durchdachte Auswahl der Interventionsgruppen sinnvoll. Die Evaluationen weisen mitunter ein hohes Bias-Risiko auf, das die Ergebnisse wenig belastbar macht.</p>
<p>Relevanz für das gegenständliche Forschungsprojekt und Übertragbarkeit der untersuchten Maßnahme auf Österreich</p>	<p>Die Übertragbarkeit wird aufgrund der starken Unterschiede im Schul- und Primärversorgungssystem eher niedrig eingestuft. Am ehesten sind Partnerschaften auf regionaler Ebene und Bildungsprogramme denkbar. Hier sei jedoch auf die geringen Effekte bzgl. gesundheitlicher Outcomes hingewiesen – eine Anpassung der Zielsetzung wäre also notwendig (z. B. mehr Gesundheitskompetenz statt bessere Sexualgesundheit).</p>

Quelle: Health Scotland (2008); Health Scotland (2010); Tucker et al. (2005)

Tabelle 7:
GUT DRAUF – Tanke

A Beschreibung des Projektes/Programmes	
Quelle	Mann, Reinhard; Cremer, Monika; Remer, Doreen; Schulz, Benita; Streif, Simone (2012): GUT DRAUF kompakt. Eine Jugendaktion stellt sich vor. BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln Mann, Reinhard; Schulz, Benita; Streif, Simone (2011): GUT DRAUF – Zwischen Wissenschaft und Praxis. Eine bundesweite Jugendaktion der BZgA zur nachhaltigen Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung konkret 15. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Projektname	GUT DRAUF–Tanke ¹²
Land	Deutschland
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche aus Eitdorf (NRW), insbesondere aus sozial benachteiligten Familien
Projektziele in Bezug auf Verhalten	» Erwerb eines gesundheitsgerechten Lebensstils » Erhöhung der Selbstwirksamkeit der Jugendlichen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung
Projektziele in Bezug auf Verhältnisse	Implementierung der GUT DRAUF–Tanke als sozialen und mobilen Treffpunkt für Jugendliche
Weitere Projektziele	Übergeordnete Projektziele (Mann et al. 2012, 17): Ziele im Bereich Bewegung: » Beeinflussung des Bewegungsverhaltens der Jugendlichen (mind. 60 Minuten täglich mit Verzicht auf Bus, Bahn, Rolltreppe usw.) » Ausübung mind. einer Sportart » Vermittlung bewusster Körpererfahrung Ziele im Bereich Ernährung: » Ausgewogene, vollwertige und schmackhafte Ernährung der Jugendlichen fördern » Im Vordergrund stehen soziale Aspekte, Genuss und Essverhalten. Ziele im Bereich Stressregulation: » Sensibilisierung der Jugendlichen für die eigenen physischen/psychischen Empfindungen » Jugendlichen besitzen Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress.
Theoriebezug	Fachkonzept „Sozialraum–Orientierung“ in der Gesundheitsförderung
Projekthinhalte	» Mobiler Treffpunkt am Bahnhof Eitorf » Diverse Bewegungsangebote (z. B. Ballspiele), Brettspiele, jugendgerechte Zeitschriften, Musik, Sitzgelegenheiten, Versorgung mit Wasser sowie kleingeschnittenen Karotten und Äpfeln » Gesprächs–und Beratungsangebot durch Streetworker/innen

Fortsetzung nächste Seite

¹²

Die „Tanke“ ist ein mobiler Treffpunkt für Kinder und Jugendliche im Rahmen der Mobilen Jugendarbeit (Streetwork). Hier können sie sich treffen, quatschen, spielen, ausruhen, lesen, Musik hören, Unterstützung und Beratung erhalten etc.

A Beschreibung des Projektes/Programmes

Methoden/Art der Intervention	<p>Bereitstellung von gesundem Fingerfood, Freizeitgestaltung, Bewegungsangebote, Einsatz von Spielmaterialien; Gespräche, Beratung und Vermittlung durch Streetworker/innen.</p> <p>Die zentralen Arbeitsprinzipien an der GUT DRAUF-Tanke:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Eine lebensweltorientierte Ansprache, ein alltagsbezogener Standort und eine unverbindliche Verlässlichkeit in der Struktur ermöglichen einen niedrighschwelligen Zugang. » Das Prinzip der Freiwilligkeit nötigt die Profis, das Angebot attraktiv genug auszurichten, damit die Jugendlichen es auch wahrnehmen wollen. » Um dies zu erreichen, scheint es hilfreich, sich an den Themen und Interessen der Jugendlichen zu orientieren. Allein dadurch erfahren die Jugendlichen eine deutliche und in ihrem sonstigen Alltag zumeist selten entgegengebrachte Wertschätzung ihrer Person. Dies wird durch weitere methodische Faktoren der Profis intensiviert. » So wird der Kontaktort ein verlässlicher Ansprechpartner, der sich flexibel auf die Themen der Jugendlichen einstellen kann, ohne ihnen einen zu engen Rahmen vorzugeben. Dies ermöglicht nicht nur einen gelingenden Erstzugang, sondern durch die Wertschätzung und die achtsame sowie respektvolle Umgangsweise werden tiefergehende Beratungs- und Bildungsprozesse in einem vertrauenswürdigem Kontext ermöglicht. (S. 34 f)
Einbezogene Settings	<ul style="list-style-type: none"> » Kommunales Setting » Schule
(i) Dauer, Intensität und Häufigkeit der Interventionen	(i) Beginn: 01. 07. 2006, unbefristet, 3 x wöchentlich für ca. 4 Stunden
(ii) Kontextfaktoren (z. B. Pilotprogramm, Reichweite, Kooperationen)	(ii) Teilprojekt im Rahmen der bundesweiten GUT DRAUF Jugendaktion mit dem Schwerpunkt auf Bewegung, Ernährung und Stressregulation, Kooperationspartner der GUT DRAUF-Tanke: Diakonie An Sieg und Rhein, kommunale Jugendförderung, Verein für offene Jugend- und Jugendsozialarbeit Eitorf e.V., Jugendcafe Eitorf, Gemeinschaftshauptschule
(iii) Wesentliche (un)geplante Veränderungen	(iii) Erweiterung der Öffnungszeiten, Rauchverbot wurde teilweise aufgehoben
(iv) Benötigte Ressourcen	(iv) Personelle, finanzielle und materielle Ressourcen
(v) Erfüllung der Einschlusskriterien	(v) Ja
(vi) Weitere Anmerkungen	
Sind die Grundprinzipien der GF erfüllt?	
(i) Positiver Gesundheitsbegriff	(i) Ja
(ii) Zielgruppenorientierung	(ii) Ja
(iii) Setting- und Determinantenorientierung	(iii) Ja (orientiert an Umwelt der Jugendlichen, deren Lebensweisen und Lebensstilen sowie auch an individuellen Faktoren wie Alter und Geschlecht)
Determinanten der Gesundheit	(iv) Ja; wird nicht explizit erwähnt, scheint jedoch durch erfolgreichen niedrighschwelligen Zugang sichergestellt; wird von Jugendlichen mit unterschiedlichstem sozialen Hintergrund genutzt, auch von Jugendlichen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen
(iv) Förderung der Chancengleichheit	(v) Ja
(v) Partizipation	(vi) Ja
(vi) Ressourcenorientierung und Empowerment	(vii) Ja, fortbestehende Kooperationsprojekte und Events, Aufnahme in Regelfinanzierung
(vii) Nachhaltigkeit	

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. Evaluation:

Quelle	Häseler, S.; Bestmann, S. (2009): Danke für die Tanke – Evaluationsbericht im Rahmen der Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Diakonie An Sieg und Rhein, Berlin
Studiendesign	Qualitative Wirkungsevaluation (S. 4) mit formativer Ausrichtung (vgl. S. 9) Exploratives Vorgehen im qualitativen Paradigma der Sozialforschung und gemäß einer Prozess- oder Kontextforschung (S. 18): <ul style="list-style-type: none"> » 8 Experteninterviews von 2007–2008, » 2 teilnehmende Beobachtungen 2008 und eine im Jahr 2007 zu den Öffnungszeiten der Tanke, in deren Rahmen » 22 ero-epische Gespräche mit Nutzerinnen/Nutzern stattfanden. » Gästebuch (die Theke der Tanke) und Internetforum www.wer-kennt-wen.de (nicht mehr online) wurden mit einbezogen.
Hintergrund/Theoriebezug	Vorhanden; u. a. Interdependenzmodell von Callo, Konstruktivistische Erkenntnistheorie, Public Health Action Cycle
Fragestellungen der Studie	<ul style="list-style-type: none"> » Wie ist die GUT DRAUF-Tanke konzeptionell, strukturell und methodisch aufgestellt? » Was macht die GUT DRAUF-Tanke genau? » Wie nehmen die Nutzer/innen die GUT DRAUF-Tanke wahr? Was bringt ihnen die GUT DRAUF-Tanke (Nutzen)? » Wie nehmen die beteiligten Praktiker/innen die GUT DRAUF-Tanke und den Nutzen wahr? » Wie nehmen die Kooperationspartner/innen im Netzwerk die GUT DRAUF-Tanke und den Nutzen wahr? (S. 17, 192)
Studienpopulation	<ul style="list-style-type: none"> » Allgemein: Betreiber/innen und Nutzer/innen der Tanke sowie Umfeld/Kooperationspartner » Experteninterviews: acht Personen » Teilnehmende Beobachtung: Nutzer/innen der Tanke und Streetworker/in (keine genaue Zahl genannt) » Ero-epische Gespräche: 22 » Gästebuch: nicht bekannt, ca. 250 Anmeldungen in den ersten Wochen
Qualität und Art der Evidenzquelle	Hohe Qualität <ul style="list-style-type: none"> » Das Forschungsdesign ist der Fragestellungen angemessen. » Kombination von vier verschiedenen qualitativen Methoden vermittelt verschiedene Perspektiven und Erkenntnisse. » Keine Indikatoren – mit Ausnahme der Kontaktstatistik – ersichtlich. » Der sozioökonomische Hintergrund der Jugendlichen bzw. Aspekte der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit wurden berücksichtigt.
Indikatoren für Nutzen/Wirksamkeit (Endpunkte)	<ul style="list-style-type: none"> » Kontaktstatistik von 2005–2008 » Nutzen der Tanke aus drei Perspektiven (Nutzer/innen, Umsetzende, Kooperationspartner)
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verhaltensänderungen	<ul style="list-style-type: none"> » Auch sehr schüchterne Jugendliche werden durch die niederschweligen Maßnahmen angesprochen und suchen die Tanke auf. » Einige Jugendliche äußerten, dass ihre Alternative zum Aufenthalt bei der Tanke z. B. das Sitzen vorm Computer oder ein Treffen mit Freundinnen/Freunden im Parkhaus wäre, wo man Alkohol oder Drogen konsumieren würde (S.64).
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf nachhaltige, strukturelle Verankerung der GF-Interventionen in den Gemeinden	<ul style="list-style-type: none"> » Kontaktstatistik 2008: Kontakt zu 632 Jugendlichen aus unterschiedlichen sozioökonomischen Verhältnissen, davon 289 weiblich und 343 männlich); im Jahr 2005 waren es etwa 80 Mädchen und ca. 150 Jungen (ungefährer Wert, abgelesen aus Grafik S. 42). » Projekt wurde in die Regelfinanzierung des Landkreises aufgenommen; somit fixer Bestandteil des Eitorfer Jugendhilfesystems. Auch diverse Kooperationen tragen zur nachhaltigen Verankerung bei.

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. Evaluation:

<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Veränderung von Determinanten der Gesundheit oder ggf. Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Auch die Unverbindlichkeit des Angebots bewirkt den Zulauf von mehr Jugendlichen als bei anderen Angeboten. » Für manche Nutzer/innen ist der Betreuer (bzw. die Betreuerin, die 1,5 Stunden pro Woche vor Ort ist, um – v. a. muslimische – Mädchen verstärkt anzusprechen) ein/e wichtiger/wichtige Ansprechpartner/in bei verschiedensten Themen und Problemen (S. 22 ff.). Soziale Beziehungen (und soziale Sicherheit?) sowie Nahrung als Gesundheitsdeterminanten (lt. <u>WHO-Definition</u>) werden positiv beeinflusst. » Nahrung: über Angebot an Obst, Gemüse und Getränken » Soziale Beziehungen: Kontakt mit anderen Jugendlichen; Betreuer/in als Ansprech- und Bezugsperson, der/die auch an anderen Orten der Jugendlichen präsent ist (z. B. Jugendcafé) » Soziales Netz(werk): Zwischen Betreuenden und Nutzern/Nutzerinnen der Tanke kann eine vertrauensvolle Beziehung entstehen, durch vielfältige Kooperationen können die Jugendlichen bei Bedarf an andere Stellen weitervermittelt werden (S.36).
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Möglicherweise positiver Einfluss durch niedrighschwelligen Zugang, wird nicht explizit formuliert. » Bsp. eines Jungen aus einer sozial benachteiligten Familie, der seiner Familie stolz die Tanke zeigt und Gemüse probieren lässt (S.51). » Die Sozialarbeit erfolgt nach dem aufsuchenden Prinzip – räumlich, inhaltlich und emotional –, was von den Autoren vor allem für sozial benachteiligte Jugendliche als wichtig eingeschätzt wird (S.61). » Das Angebot der Tanke verhindert bei einigen Jugendlichen wenig gesunde bzw. schädigende Verhaltensweisen (Drogenkonsum, Alkoholkonsum, Computernutzung als Freizeitbeschäftigung; S.64).
<p>Welche Interventionen haben positive Effekte erzielt und warum?</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Das kostenlose Angebot an gesundem Fingerfood förderte den Erstkontakt der Jugendlichen mit der GUT DRAUF-Tanke » Das Freizeitangebot trägt zur Stressreduktion bzw. Entspannung der Jugendlichen bei, außerdem fungiert die Tanke als sozialer Treffpunkt, um Kontakte zu knüpfen und Freunde zu treffen. » Durch die Streetworker/innen bekommen die Jugendlichen neue Ansprechpartner/innen und Hilfestellung bei sozialen oder familiären Problemen.
<p>Welche Interventionen haben negative Effekte erzielt und warum?</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Rauchverbot reduzierte die Inanspruchnahme des Tanke-Angebotes drastisch. Die Freiheit, rauchen zu dürfen, scheint wesentlicher Bestandteil der Lebenswelt bzw. des Selbstverständnisses vieler Jugendlicher zu sein (Vgl. S. 28). → Verbot wurde teilweise aufgehoben.
<p>Welche Prozesse und Strukturen haben positiv unterstützt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Niedrighschwelliger Zugang durch „Kioskcharakter“ (S. 24) » Zentral gelegener Ort der Intervention (Bahnhofsvorplatz), an dem der tägliche Weg vieler Jugendlicher vorbei führt (z. B. Schulweg) » Freiwilliges und unaufdringliches Angebot („organisierte Unverbindlichkeit“) » Vermittlung von Wertschätzung durch angepasstes Angebot je nach Interessenslage der Jugendlichen » Einsatz von männlichem <u>und</u> weiblichem Fachpersonal (Streetworker/innen) » Fixe Öffnungszeiten » Aufgrund der Angebotsvielfalt konnten die individuellen Bedürfnisse der Jugendlichen berücksichtigt werden. » Vernetztes Arbeiten mit Kooperationspartnern » Alkoholverbot » Internetforum
<p>Welche Prozesse und Strukturen haben behindert?</p>	<p>Das generelle Rauchverbot zu Beginn der Intervention wurde teilweise aufgehoben, da dieser Grund viele Jugendliche anschreckte.</p>
<p>Akzeptanz und Durchführbarkeit der Interventionen</p>	<p>Hoch (v. a. nach teilweiser Aufhebung des Rauchverbots)</p>

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. Evaluation:

Übertragbarkeit der Interventionen	Die Übertragbarkeit auf ähnliche Settings wird aufgrund des geringen Planungs- bzw. Ressourcenaufwandes als hoch eingestuft.
Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die GF	<ul style="list-style-type: none"> » Stärkung persönlicher/sozialer Ressourcen der Jugendlichen » Erfolgreiche Vernetzungsarbeit zwischen den Jugendlichen und den Streetworkern/Streetworkerinnen » Hohe Inanspruchnahme durch die Zielgruppe

C Abschließende Bewertungen

Herausforderungen und Lösungen	Die GUT DRAUF-Tanke wurde zu einem verlässlichen Bestandteil im Alltag der Jugendlichen, eine nachhaltige und langfristige Finanzierung ist daher besonders wichtig.
Relevanz für das gegenständliche Forschungsprojekt und Übertragbarkeit der untersuchten Maßnahme auf Österreich	Es handelt sich um ein verhältnisorientiertes Projekt, das die Jugendlichen in ihrer Lebenswelt „abholt“. Es gibt keine Ergebnisse zur physischen Gesundheit, positive psychosoziale Auswirkungen werden jedoch in der Evaluation genannt. Aufgrund des niederschweligen Zugangs erscheint die GUT DRAUF-Tanke auch für andere Regionen relevant, in denen jugendliche Zielgruppen sonst nur schwer erreicht werden. Auch wenn die direkten gesundheitlichen Auswirkungen nicht gemessen wurden, ist jedenfalls eine hohe Akzeptanz des Angebots durch verhältnisorientierte Interventionen erkennbar. Die Maßnahmen scheinen sich v. a. für Bereiche zu eignen, in denen die Kinder keine Ganztagsbetreuung haben und ihren Schulweg so zurücklegen, dass sie unterwegs auf Angebote wie die Tanke aufmerksam werden und diese nützen können. Viele Jugendliche nützen die Tanke auch mangels interessanter Alternativen (S. 43).
Schlussfolgerungen und Gesamtbewertung des Projektes und der Evidenz	<ul style="list-style-type: none"> » Einfach umzusetzendes Projekt mit sehr hoher Akzeptanz der Zielgruppe » Die Evaluation fußt auf gründlicher methodischer und theoretischer Argumentation (vgl. S. 18 f) » Die niedrigschwellige Herangehensweise und intensive Vernetzung mit lokalen Akteuren – etwa aus der Gemeinde oder Jugendarbeit – scheinen wesentlich zum Erfolg der Tanke beizutragen. » Alleinstellungsmerkmal „Unverbindlichkeit“ des Angebots im Gegensatz zu Sportvereinen etc. » Am ehesten sind positive Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit zu erwarten, andere gesundheitliche Veränderungen können nicht beurteilt werden.

Quelle: Häseler/Bestmann (2009); Darstellung: GÖG

Tabelle 8:
Modellprojekt Oberwart

A Beschreibung des Projektes/Programmes	
Quelle	Gollner et al. (2012): Abschlussbericht zur Vorlage beim Fonds Gesundes Österreich. Jänner 2009 bis Jänner 2012. GEMEINSAM GESUND IM BEZIRK OBERWART. Ein Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit. Zum Download der Kurzfassung unter: http://www.fgoe.org/projektfoerderung/modellprojekte/modellprojekte/?searchterm=oberwart [11. 03. 2014]
Projektname	FGÖ-Modellprojekt „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart – Ein Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit“
Land	Österreich
Zielgruppe(n); fett gedruckt sind jene, die im externen Evaluationsbericht (Püringer) als Zielgruppen des Projektes bezeichnet wurden	<ul style="list-style-type: none"> » Schüler/Innen der polytechnischen Lehrgänge bzw. ein- bis vierjährigen berufsbildenden mittleren Schulen » Lehrende der teilnehmenden Schulen als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren » Frauen und Männer der teilnehmenden Gemeinden im Alter von 30 bis 60 Jahren » Kinder und Pädagoginnen/Pädagogen in Kindergärten und Volksschulen
Information zu Projektzielen	Die unten genannten Ziele sind als übergeordnete Ziele zu verstehen. Für jede Zielgruppe wurden die Ziele separat definiert und Indikatoren formuliert (S. 13-17).
Projektziele in Bezug auf Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> » Partizipative Entwicklung von gesundheitsförderlichen Angeboten und Strukturen in den Settings Gemeinde und Schule im Bezirk Oberwart für und mit den Zielgruppen <ul style="list-style-type: none"> » Frauen und Männer im Alter von 30 bis 60 Jahren (+/-) in den teilnehmenden Gemeinden sowie Kinder und Pädagoginnen/Pädagogen in Kindergärten und Volksschulen, » Schüler/innen und Lehrer/innen der Sekundarstufe II gemäß Zielgruppendefinition zu den Themenbereichen Ernährung, Bewegung, Rauchen/Alkohol sowie psychosoziale Gesundheit. » Verankerung von Gesundheit in der Gemeindepolitik der am Modellprojekt teilnehmenden Gemeinden » Verankerung von Gesundheit in der Schulkultur der teilnehmenden Schulen (s. oben)
Projektziele in Bezug auf Verhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> » Partizipative Entwicklung von gesundheitsförderlichen Angeboten und Strukturen in den Settings Gemeinde und Schule im Bezirk Oberwart für und mit den Zielgruppen wie oben angeführt » Verankerung von Gesundheit in der Gemeindepolitik der am Modellprojekt teilnehmenden Gemeinden » Verankerung von Gesundheit in der Schulkultur der teilnehmenden Schulen
Weitere Projektziele	<ul style="list-style-type: none"> » Gendersensibler Zugang zur Zielgruppe sowie zum Thema Herzgesundheit » Einleitung eines öffentlichen Sensibilisierungsprozesses zu „Herzgesundheit“ » Berücksichtigung der Diversität in den Gemeinden, indem Volksgruppen und sozial benachteiligte Gruppen über bestehende Vereine an dem Modellprojekt partizipieren » Über polytechnische Schulen und berufsbildende mittlere Schulen werden auch sozial benachteiligte Jugendliche erreicht.
Theoriebezug	Nicht explizit formuliert: Community Readiness Concept, Orientierung am Gesundheitsbegriff der Ottawa Charta

Fortsetzung nächste Seite

A Beschreibung des Projektes/Programmes

Projektinhalte	<p>9 Projektgemeinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Organisatorisch: Kick-Off, IST-Analyse sowie Evaluierungsinstrumente (Community Readiness Tool) » Fachlich-inhaltlich: Maßnahmen verschiedenster Art zu den Themen Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit: Erlebnisweg, Kochkurs, Tanzkurs, Veranstaltungen zur psychosozialen Gesundheit, Abnehmgruppen, Erstellung eines Kochbuches u.v.m. <p>10 Kindergärten und 15 Volksschulen der Projektgemeinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Organisatorisch: keine eigene IST-Analyse und Evaluation » Fachlich-inhaltlich: Schoolwalker, Gesundheitsbücher, Ernährungswaage, Nordic Walking, Bewegungsmaterialien, Informationsgespräche und Unterlagen, Lehrmaterialiensammlung auf CD, Adventkalender, „Trink dich fit mit Tropfi“, „Berts Freundin Lotte, die Karotte“ <p>4 teilnehmende Projektschulen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Kick-Off, IST-Analyse und Evaluierungsinstrumente (School Readiness Tool) » Fachlich-inhaltlich: G'sundheitskabarett, Nordic Walking Kurse, MFT- und UKK-Tests, Ernährungsworkshops, Buffetoptimierung, Tanzkurs, Schrittzähler-Kampagne, Fitnesscheck, Outdoor-Tage, Bewegungskiste, Gesundheitsworkshops, Multiplikatoren-schulung für Lehrpersonal, Befragung des Lehrpersonals zum Schulklima, Sucht- und Gewaltpräventionsworkshops, Intensivwoche „Stressprävention und Burn Out“, Projekt „Schlau trinken“
Methoden / Art der Intervention	Multiplikatoren-schulungen, Vorträge, Kurse, Ausflüge, Bereitstellung von Materialien, Peer-Group-Ansatz (Peer-Group-Teaching etwa bei Bewegungskisten, Sparkling Science Projekt als partnerschaftlicher Zugang zw. Wissenschaft und Schule)
Einbezogene Settings	Gemeinde, Kindergarten & Schule (Volksschule über Setting Gemeinde mit einbezogen, Polytechnikum, Berufsbildende mittlere Schule)
<p>(i) Dauer, Intensität und Häufigkeit der Interventionen</p> <p>(ii) Kontextfaktoren (z. B. Pilotprogramm, Reichweite, Kooperationen)</p> <p>(iii) Wesentliche (un)geplante Veränderungen</p> <p>(iv) Benötigte Ressourcen</p> <p>(v) Erfüllung der Einschlusskriterien¹³</p>	<p>(i) Die Umsetzungsphase dauerte insgesamt 24 Monate. Einzelne Interventionen mit unterschiedlicher Intensität und Häufigkeit durchgeführt; z. B. Gesundheitsworkshop 1x/Schule, mehrmalige Nordic Walking-Einheiten im Kindergarten, dauerhafte Installation von Bewegungskisten in Schulen. Kooperationen mit einer Bäckerei sowie der Pädagogischen Hochschule Burgenland und den Fachhochschulstudiengängen Burgenland GmbH wurden eingegangen. Etwa zwanzig Prozent der Bürger/innen der Modellregion nahmen an Interventionen teil.</p> <p>(ii) Veränderung des Getränkeangebots an Schulautomaten und Buffetoptimierung, zunehmende Schwierigkeit der Termin-Koordination im Laufe des Projektes</p> <p>(iii) Personelle und finanzielle Ressourcen, Infrastruktur</p> <p>(iv) Ja</p>

Fortsetzung nächste Seite

¹³

Einschlusskriterien, um vom Team ausgewählt zu werden; siehe Textzusammenfassungen

A Beschreibung des Projektes/Programmes

Wurden die Grundprinzipien der GF berücksichtigt?	
(i) Positiver Gesundheitsbegriff	(i) Nicht explizit erwähnt, jedoch wird Gesundheit mehrdimensional aufgefasst (Bewegung, Ernährung, seelische Gesundheit/Entspannung, soziales Wohlbefinden – Gemeinschaftsgefühl) und als zu stärkende Ressource betrachtet.
(ii) Zielgruppenorientierung	(ii) Teilweise gegeben; die Erstgespräche haben ergeben, dass sich in keiner der teilnehmenden Gemeinden Volksgruppen befinden, die als explizite Zielgruppe einer Fokussierung bedurft hätten. Die Termine zu den Veranstaltungen entsprachen eher nicht den Bedürfnissen der Bevölkerung (dicht gedrängte Termine, hohes Pendleraufkommen).
(iii) Setting- und Determinantenorientierung	(iii) Ja: gendersensibler Zugang, gendergerechtes Gesundheitswissen zu Herzgesundheit den Zielgruppen zu vermitteln und Gender-Kompetenz bei Umsetzenden waren übergeordnete Ziele (Endbericht, S. 12); Alter wurde in der Zielgruppendefinition berücksichtigt, erbliche Faktoren nicht angesprochen.
(iv) Förderung der Chancengleichheit	(iv) Ja
(v) Partizipation	(v) Partizipativer Ansatz wurde berücksichtigt.
(vi) Ressourcenorientierung und Empowerment	(vi) Wurden berücksichtigt
(vii) Nachhaltigkeit	(vii) Teilweise: Gemeinde-Charta, fortbestehende Kooperationen, Kochbuch, Multiplikatoren-schulung, Projektteams blieben in allen Gemeinden bestehen.

B Beschreibung der Evaluation von Ursula Püringer:

Quelle	Püringer, Ursula (2012): Endbericht Evaluation „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“.
Studiendesign	<p>Kohorten- und Querschnittserhebung im Gemeinde- und Schulsetting sowie Auswertung der Interventionen mit einem Vorher-Nachher-Design; vorwiegend quantitativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Schriftliche Bevölkerungsbefragung (Baseline-Erhebung) in den 9 Modellgemeinden (Gesundheitszustand) » Schriftliche Befragung im Setting Schule (begleitete Selbstausfüller) » Follow-up-Erhebung in der Bevölkerung (telefonische Befragung) am Projektende als Ergebnisevaluation <p>Qualitative Ergänzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » <i>Community Readiness Tool</i>: mittels moderierter Gruppendiskussion im Setting Gemeinde inkl. Vergleich zur Vorerhebung 2009 angewendet. Im Jahr 2011 wurden pro Gemeinde drei bis acht Personen befragt. » <i>School Readiness Tool</i>: ebenfalls moderierte Gruppendiskussionen (S. 8) in den vier Projektschulen (Altersgruppe 14-18 Jahre im Jahr 2011, jeweils drei bis sechs Schüler/innen); wurde für die Anwendung in Schulen adaptiert. » Als Analyseinstrument diente das Spinnendiagramm mit den Dimensionen Verankerung, Infrastruktur, Leadership, Ressourcen und Partizipation/Empowerment. Inkl. Vergleich zur Vorerhebung 2009. Es wurden dieselben Schüler/innen wie bei der Ersterhebung befragt (diese waren nun in den Abgangsklassen).
Fragestellung der Studie nach Projektzielen (Gesundheitsfördernde Angebote, Gesundheitsfördernde Strategien in Politik & Organisation)	<ul style="list-style-type: none"> (i) Wurden die Zielgruppen des Projekts in der Bevölkerung erreicht? Gelang es, Ressourcen (Angebote, qualifizierte Personen) aufzubauen und in die Schulen/Gemeinden zu transferieren, um sie zu verankern und ihre Nachhaltigkeit zu sichern? Sind die Schaffung eines gendersensiblen Zugangs zur Zielgruppe und die Schaffung geschlechtsspezifischer Angebote gelungen? (ii) Ist es gelungen, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (strategische, strukturelle und organisatorische) in den teilnehmenden Gemeinden und Schulen zu schaffen? Ist Gesundheit ein Teil der Gemeindepolitik bzw. der Schulkultur geworden? (iii) Welche soziale Infrastruktur gibt es? Gelang es, bestehende Vereine/Gruppen in das Modellprojekt einzubinden / zu vernetzen? Gelang es, neue Akteure für das Thema Herzgesundheit zu gewinnen? Wie weit gelang es, das Thema Herzgesundheit zu transportieren? Wie hoch war die Akzeptanz des Themas?
(i) Gesundheitsförderndes soziales Potential und Engagement	(ii) Inwieweit haben sich die individuellen Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung erweitert? Was hat den Teilnehmenden auf dem Weg zur individuellen Zielerreichung geholfen?
(ii) Individuelle Gesundheitskompetenzen/Verhaltensänderung	(iii) Unterstützen die geschaffenen Strukturen die Projektentwicklung? Gibt es ausreichend Kommunikationsstrukturen? Bildet die Projektdokumentation die Prozesse ab? Werden die Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung erfüllt? (S. 8)
(iii) Begleitung der Projektentwicklung (Strukturen, Prozesse, Qualität, Dokumentation)	
Studienpopulation	<ul style="list-style-type: none"> » Bevölkerung der Gemeinden » Schüler/innen der Sekundarstufe 2 an vier Projektschulen » Lehrer/innen an den vier Projektschulen

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evaluation von Ursula Püringer:

<p>Qualität und Art der Evidenzquelle</p>	<p>Niedrige Qualität der quantitativen Erhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> » Methodik ist bis auf Fragen hinsichtlich des Begriffs Kohortenstudie (s. letzter Punkt in dieser Liste) ausreichend dargelegt, auf zugrunde liegende Konzepte bzw. Modelle wird hingewiesen (S. 8). » Randomisierung und quasi-experimentelles Design wurden aus Kostengründen nicht durchgeführt. » Repräsentativität der Ergebnisse im Gemeinde-Setting scheint nicht gegeben (S. 14): kleine Stichprobe bzw. geringe Rücklaufquote der Fragebögen, keine Zuordnung der im Jahr 2011 Befragten zu den im Jahr 2009 Befragten möglich, Veränderung der Befragungstechnik (2009: Fragebögen, 2011: Telefoninterviews). » Die Quelle der Body Mass Index-Grenzen für die Einstufung der Schüler/innen wird nicht genannt, die Grenzziehung ist nicht nachvollziehbar („Untergewichtig“ ist in der Evaluation ein BMI < 20 (S. 37). Zudem gibt es keine Kontrollgruppe. » Unklar ist die Bezeichnung „Kohortenstudie“, da beim Follow-up „eine tendenziell andere Bevölkerungsgruppe befragt“ wurde (S.14). Möglicherweise unterscheiden sich Bevölkerungsgruppen in Art der Beantwortung (bevorzugt telefonisch/postalisch erreichbar). <p>Mittlere Qualität der qualitativen Erhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> » Das <i>Community Readiness Tool</i> bzw. <i>School Readiness Tool</i> wird für festgelegte Dimensionen (Leadership etc.) verwendet und ermöglicht dadurch Vergleiche. Die Ergebnisse sind abhängig von den Bewertungen der Teilnehmenden (drei bis acht Personen pro Gemeinde wurden befragt) und werden nicht objektiv erhoben, erlauben jedoch Einschätzungen zum IST-Stand und Vergleiche mit Vorerhebungen (s. Püringer S. 14). Die Relevanz der zugehörigen statistischen Ergebnisse wird aufgrund der fraglichen Repräsentativität als niedrig eingestuft.
<p>Indikatoren für Nutzen/ Wirksamkeit (Endpunkte)</p>	<p>Projektziele und Evaluationsfragen, nach denen die Ergebnisse aufbereitet wurden (Originalzitat S. 8):</p> <ul style="list-style-type: none"> » Gesundheitsfördernde Angebote: Wurden die Zielgruppen des Projekts in der Bevölkerung erreicht? Gelang es, Ressourcen (Angebote, qualifizierte Personen) aufzubauen und in die Schulen/Gemeinden zu transferieren, um sie zu verankern und ihre Nachhaltigkeit zu sichern? Sind die Schaffung eines gendersensiblen Zugangs zur Zielgruppe und die Schaffung geschlechtsspezifischer Angebote gelungen? » Gesundheitsfördernde Strategien in Politik und Organisation: Ist es gelungen, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (strategische, strukturelle und organisatorische) in den teilnehmenden Gemeinden und Schulen zu schaffen? Ist Gesundheit ein Teil der Gemeindepolitik bzw. der Schulkultur geworden? » Gesundheitsförderndes soziales Potential und Engagement: Welche soziale Infrastruktur gibt es? Gelang es, bestehende Vereine/Gruppen in das Modellprojekt einzubinden/zu vernetzen? Gelang es, neue Akteure für das Thema Herzgesundheit zu gewinnen? Wie weit gelang es, das Thema Herzgesundheit zu transportieren? Wie hoch war die Akzeptanz des Themas? » Individuelle Gesundheitskompetenzen/Verhaltensänderung: In wie weit haben sich die individuellen Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung erweitert? Was hat den Teilnehmenden auf dem Weg zur individuellen Zielerreichung geholfen? » Begleitung der Projektentwicklung (Strukturen, Prozesse, Qualität und Dokumentation): Unterstützen die geschaffenen Strukturen die Projektentwicklung? Gibt es ausreichend Kommunikationsstrukturen? Bildet die Projektdokumentation die Prozesse ab? Werden die Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung erfüllt? <p>BMI und andere erfragte gesundheitsbezogene Komponenten könnten als Endpunkte gesehen werden, wurden allerdings nicht explizit als solche bezeichnet.</p>

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evaluation von Ursula Püringer:

<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verhaltensänderungen</p>	<p>Gemeindebürger/innen Die Gruppe der im Jahr 2011 befragten Gemeindebürger/innen unterscheidet sich signifikant von der 2009 befragten Gruppe, d. h. es wurden im Jahr 2011 tendenziell andere Teilnehmer/Innen befragt als 2009. Veränderungen durch das Modellprojekt konnten daher nicht erfasst werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> » Das Risikofaktorenprofil der Bevölkerung ist unverändert. » Kein ausgeprägtes Gesundheits- und Vorsorgeverhalten. » Das Interesse an der Vorsorgeuntersuchung ist 2011 noch niedriger. <p>Schüler/Innen</p> <ul style="list-style-type: none"> » Keine signifikanten Unterschiede bei Ernährung, Bewegung und Alkoholkonsum (abgesehen von signifikant geringerem Bierkonsum 2011). » Im Jahr 2011 gibt es signifikant mehr tägliche Raucher. » Das Vorsorgeverhalten ist gering ausgeprägt: Selten wurde der Lebensstil zur Senkung von Blutdruck und Cholesterinwerten verändert. <p>Lehrer/innen</p> <ul style="list-style-type: none"> » Risikofaktorenprofil ähnlich wie bei Ersterhebung. » Einzig signifikante Änderung wurde durch das <i>Maslach Burnout Inventar</i> sichtbar (lehrerspezifisches Modul): „Die Überzeugung, viele wertvolle Dinge in diesem Beruf geleistet zu haben, nimmt 2011 signifikant ab.“ (S. 6) <p>Interventionen im Bereich Bewegung und seelische Gesundheit</p> <ul style="list-style-type: none"> » Die Mehrheit der Teilnehmer/innen meint, dass das eigene Gesundheitswissen über Bewegung bzw. seelische Gesundheit größer sei. » Euphorie, nach Teilnahme mehr für Bewegung/Entspannung zu tun hat signifikant nachgelassen. » Sportliche Fitness 6 Monate nach Ende der Maßnahme weniger gut bewertet, jedoch bleibt die Einschätzung, mit Stress besser umgehen zu können, für die Mehrheit aufrecht. » Anhand des <i>Community Readiness</i> und <i>School Readiness Tools</i> erkennt Püringer die gelungene Schaffung strategischer, struktureller und organisatorischer gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen (S.3) In den einzelnen Gemeinden zeigten sich 2001 keine statistisch signifikanten Veränderungen gegenüber 2009. Betrachtet man jedoch alle Gemeinden, werden für die Dimensionen Verankerung, Leadership, Infrastruktur, Partizipation und Empowerment statistisch signifikante Verbesserungen sichtbar. Für die Dimension „Ressourcen“ trifft dies nicht zu. » „[...] statistisch signifikante Verbesserung für die Dimensionen Verankerung, Leadership und Partizipation & Empowerment“ in den Schulen. Keine signifikanten Veränderungen bei Dimension „Ressourcen“ (alles S. 3 f.) Die statistische Signifikanz wurde aufgrund des geringen Stichprobenumfangs von 3–6 Personen nicht berücksichtigt. <p>Daraus schließt Püringer, dass Gesundheit langfristig „ein Teil der Gemeindepolitik bzw. der Schulkultur geworden“ ist. (ebd.)</p>
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf nachhaltige, strukturelle Verankerung der GF-Interventionen in den Gemeinden</p>	<p>Langfristige Effekte können im Evaluationsbericht noch nicht abgeschätzt werden, die Gemeinde- bzw. Schulgesundheitscharta deutet jedoch auf nachhaltige strukturelle Verankerungen hin.</p>

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evaluation von Ursula Püringer:

<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Veränderung von Determinanten der Gesundheit oder ggf. Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen</p>	<p>Gemeindebürger/innen (cave: anderes Kollektiv!):</p> <ul style="list-style-type: none"> » Sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse: <ul style="list-style-type: none"> » Nicht ersichtlich » Lebensweisen und Lebensstile: <ul style="list-style-type: none"> » Interesse an der Vorsorgeuntersuchung nahm signifikant ab. » Bewertung der Lebensqualität ändert sich signifikant (S. 32 f). » Bereitschaft, den Lebensstil zu ändern, nimmt signifikant ab. » Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen: <ul style="list-style-type: none"> » Subjektiver Gesundheitszustand ist im Jahr 2011 signifikant verbessert. » Gesundheitsstatus ist nicht signifikant verändert. » Signifikante Verschlechterung bzgl. zeitlichem Bewegungsaufwand » Signifikante Reduktion der Raucher/innen in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen und 50- bis 59-Jährigen (CAVE: anderes Kollektiv!) » Schlafstörungen werden signifikant seltener angegeben. » Signifikante Reduktion des Anteils der Alkohol-abstinenten Teilnehmenden <p>„Die Rauch-Exposition bei der Arbeit nimmt bei steigender Erwerbstätigkeit signifikant ab.“ (S. 30)</p> <p>Schüler/innen</p> <ul style="list-style-type: none"> » Sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse: nicht ersichtlich » Lebensweisen und Lebensstile: Zahlreiche Risikofaktoren sind erhöht bzw. nach wie vor stark ausgeprägt (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum). » Verbesserung der Gesundheit (S. 5 f): Verbesserung nicht ersichtlich, zahlreiche Faktoren wie Medikamenteneinnahme unterschieden sich im Jahr 2011 nicht signifikant von der Ersterhebung 2009, waren aber generell sehr ausgeprägt. <p>Lehrer/innen</p> <ul style="list-style-type: none"> » Sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse: nicht ersichtlich » Lebensweisen und Lebensstil: bzgl. Gesundheitsdeterminanten/Risikofaktoren, Gesundheitswissen und Gesundheitsvorsorge keine signifikanten Veränderungen » Verbesserung der Gesundheit: kein signifikanter Unterschied im Gesundheitsstatus und der psychischen Gesundheit / Lebensqualität
<p>Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit</p>	<p>Kurzfristig: Über das Projekt konnte ein großer Teil potenzieller Risikogruppen erreicht werden (Polytechnikum, BMS, erwachsene Partizipierende mit Pflichtschulabschluss).</p>
<p>Welche Interventionen haben positive Effekte erzielt und warum?</p>	<p>Die einzelnen Interventionen wurden nicht in Bezug zu den Ergebnissen gesetzt</p>
<p>Welche Interventionen haben negative Effekte erzielt und warum?</p>	<p>Die einzelnen Interventionen wurden nicht in Bezug zu den Ergebnissen gesetzt</p>
<p>Welche Prozesse und Strukturen haben positiv unterstützt?</p>	<p>Die geschaffenen Strukturen unterstützten die Projektentwicklung ausreichend, obwohl immer wieder festgestellt wurde, dass das großräumige Fehlen von Gesundheitsförderungsstrukturen, wie sie in anderen Bundesländern bestehen (Gesunde Gemeinden), manches erschwert (S. 7).</p>
<p>Welche Prozesse und Strukturen haben behindert?</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Das großräumige Fehlen von Gesundheitsförderungsstrukturen (wie in anderen Bundesländern vorhanden (Gesunde Gemeinden)) » An den Kommunikationsstrukturen wurde als limitierend erlebt, dass von Seiten der FH als Projektbetreiberin nur eine Pressekonferenz gegeben wurde, das Projekt selbst aber nicht an die Öffentlichkeit gehen durfte, weil dies nicht der FH-Policy entsprach. » Teilweise gab es Schwierigkeiten mit externen Kooperationspartnern: mangelnde Identifikation mit dem Projekt, für Betroffene nicht nachvollziehbare Verweigerung brach liegender Infrastruktur (z. B. Turnsaal).

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evaluation von Ursula Püringer:

Akzeptanz und Durchführbarkeit der Interventionen	Wenig Akzeptanz von Angeboten zu Suchtprävention, insgesamt scheint wenig Verständnis für das Zusammenspiel verschiedener Faktoren vorhanden zu sein (z. B. Bewegungsmangel als Risikofaktor für Diabetes und seelisches Befinden, seelische Gesundheit als Einflussfaktor auf Herz-Kreislauf-Gesundheit etc.).
Übertragbarkeit der Interventionen	Die Übertragbarkeit auf andere ländliche Regionen in Österreich wird als gut eingestuft. Bestehende gesundheitsförderliche Infrastruktur (etwa „Gesunde Gemeinde“) dürfte hilfreich sein; das Fehlen dieser Voraussetzungen wurde im Modellprojekt als hinderlich erlebt.
Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die GF	<ul style="list-style-type: none"> » Geringe Akzeptanz von Angeboten zur Suchtprävention und mangelndes Bewusstsein über Bedeutung seelischer Gesundheit lassen vermuten, dass schon früher und umfassender mit entsprechenden Informationen begonnen werden muss. Themen müssen „selbstverständlicher“ werden. Auch das Zusammenspiel verschiedener Faktoren wie etwa Bewegungsmangel und Diabetesrisiko ist nicht sehr bekannt. » Die Interventionen wurden nicht in Bezug zu den Ergebnissen gesetzt. Aufgrund der Vielzahl an Maßnahmen wäre dies notwendig gewesen, um zumindest Vermutungen anstellen zu können, welche Interventionen positive oder negative Effekte hatten.

C Abschließende Bewertungen

Herausforderungen und Lösungen	<ul style="list-style-type: none"> » Herausforderung: Nachhaltige Veränderungen trotz kurzzeitiger Interventionen bewirken Lösung: „Verbündete“ in den Settings finden, die den Gedanken weitertragen und Kontakt halten. In der internen Evaluation wird mehrmals geäußert, dass sowohl von den Schulprojekt-Teams als auch den Gemeinde-Teams eine Fortführung von Maßnahmen inkl. Kooperation (z. B. mit FH Burgenland) gewünscht wird (siehe S. 57 im Endbericht). » Herausforderung: Veränderte / falsch eingeschätzte Bedürfnisse Lösung: Strukturen und Prozesse müssen flexibel und offen genug sein, um darauf zu reagieren (Bsp. Kochbuch, das nachträglich in Projektplan aufgenommen und erfolgreich umgesetzt wurde, weil alle Beteiligten an einem Strang zogen). » Herausforderung: fehlende Abstimmung der Maßnahmen („Abnehm-Gruppen“) auf die Bedürfnisse der Zielgruppen Lösung: verbesserte Vernetzung v. a. zwischen jenen, die Aktivitäten durchführten » Herausforderung: Generell zeigen sowohl die Follow-up-Erhebung zum Gesundheitswissen der Bevölkerung als auch die getrennt durchgeführten Maßnahmen (v. a. in den Gemeinden), dass die Bedeutung des Zusammenspiels gesundheitsfördernder bzw. -gefährdender Faktoren (z. B. Bewegung – Diabetesrisiko, Bewegung – seelische Gesundheit – Herz-Kreislauf-Gesundheit) noch nicht ausreichend im Bewusstsein verankert ist und auch von Gesundheitsexperten/-expertinnen nicht konsequent gelebt wird. » Herausforderung: hohes Pendleraufkommen Lösung: Berücksichtigung bei zeitlicher Einteilung der Angebote (wurde nicht überall umgesetzt) » Herausforderung: Verhältnisorientierung nur teilweise umgesetzt (scheiterte z. B. im Setting Schule an fehlender Kooperationsbereitschaft von Pausenverpflegenden und Direktoren/Direktorinnen)
--------------------------------	--

Fortsetzung nächste Seite

C Abschließende Bewertungen

<p>Relevanz für das gegenständliche Forschungsprojekt und Übertragbarkeit der untersuchten Maßnahme auf Österreich</p>	<p>Die umfassende Herangehensweise eignet sich gut für langfristige Projekte und scheint gut auf (ländliche) Gegenden in Österreich übertragbar. Zu überlegen ist, ob die Maßnahmen in veränderter Form umgesetzt werden sollten, z. B. mehr männerspezifische Angebote, Vernetzung der Fachbereiche.</p>
<p>Schlussfolgerungen und Gesamtbewertung des Projektes und der Evidenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Das Projekt war durch die Vielzahl an Maßnahmen sehr komplex. » Auffällig ist, dass teilweise keine themenübergreifende Kooperation und Koordination stattfand (vgl. Tätigkeitsberichte Pleyer 2011; Simon et al. 2008)). Gerade hier läge die Chance eines Projektes, das sich Interventionen in den Bereichen Bewegung, Ernährung UND psychische Gesundheit leisten kann. Die abgegrenzte „einzelkämpferische“ Durchführung der einzelnen Maßnahmen verhindert einen themenübergreifenden Mehrwert, der über die Summe seiner Teile hinausgeht. Auch die Nachhaltigkeit der Maßnahmen wurde dadurch begrenzt, weil wenig ineinander verschränkten Strukturen im Setting Gemeinde oder Schule geschaffen wurden. » Die gemeindespezifischen Angebote wurden nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmt. » Die in das Projekt involvierten Akteure hätten zum Teil mehr Unterstützung durch bestehende Strukturen der Verwaltung/Politik (hier wird Zeitmangel im Setting Gemeinde und mangelndes Engagement in Schuldirektionen angemerkt) benötigt. Das Resümee könnte daher lauten, künftig verfügbare Ressourcen genauer auszuloten, wenn ein Projekt geplant wird, um rechtzeitig nach Alternativen zu suchen. » Die Vernetzung innerhalb des Projektes zwischen Akteuren und Themenbereichen sollte im Sinne des Projektablaufes sowie der Zielgruppen selbstverständlich sein. » Hervorzuheben ist die Flexibilität im Prozess, die durch die nachträgliche Aufnahme des „Gesunden Kochbuchs“ als ressourcenintensives und gleichzeitig nachhaltiges Teilprojekt unter Beweis gestellt wurde. » Stärkere Betonung verdient der Aspekt der Verhältnisorientierung, um langfristige Ergebnisse zu ermöglichen und die „gesündere Wahl“ einfacher zu gestalten. » Geringe Akzeptanz von Angeboten zur Suchtprävention und mangelndes Bewusstsein über Bedeutung seelischer Gesundheit lassen vermuten, dass schon früher und umfassender mit diesbezüglichen Informationen begonnen werden muss. Themen müssen „selbstverständlicher“ werden. » Die Interventionen wurden nicht in Bezug zu den Ergebnissen gesetzt. Aufgrund der Vielzahl an Maßnahmen wäre dies notwendig gewesen, um zumindest Vermutungen anstellen zu können, welche Interventionen positive oder negative Effekte gehabt haben (Nicht alle Personen nahmen an allen Maßnahmen teil; es könnte z. B. sein, dass die größte Veränderung bei Teilnehmenden an einem bestimmten Kurs stattfand und dies nicht aufscheint). Die Auswertung scheiterte jedoch daran, dass die Kodierung der Fragebögen durch die Teilnehmenden nicht funktionierte. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Fragebögen aus Kostengründen nicht postalisch an alle Bürger/innen versandt wurden, sondern an verschiedenen Stellen verteilt wurden bzw. dort auflagen → möglicher Selektionsbias. Die befragte Bevölkerungsgruppe beim Follow-up war zudem „eine tendenziell andere“ als bei der Baseline-Erhebung (Püringer 2012, 14).

Quelle: Gollner et al. (2012); Darstellung: GÖG

Tabelle 9:
Fleurbaix–Laventie Ville Santé Study (FLVS)

A Beschreibung des Projektes/Programmes	
Quelle	Romon, M.; Lommez, A.; Tafflet, M.; Basdevant, A.; Oppert, J. M.; Bresson, J. L.; Ducimetiere, P.; Charles, M. A.; Borys, J. M. (2008): Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. In: Public Health Nutrition 12/10:1735–1742
Projektname	Fleurbaix – Laventie Ville Santé Study
Land	Frankreich
Zielgruppe	Schulkinder im Alter von 5–12 Jahren
Projektziele in Bezug auf Verhalten	Mit Ernährungsinformationen in der Schule die Ernährungsgewohnheiten zuhause verbessern
Projektziele in Bezug auf Verhältnisse	Verhältnisorientierung ist nicht explizit erwähnt. Da zahlreiche unterschiedliche gesellschaftlich einflussreiche Akteure aus Wirtschaft, Politik, Bildung etc. Maßnahmen ergriffen, kann von einer Änderung der Verhältnisse für die einzelnen Familien gesprochen werden.
Theoriebezug	Nicht ersichtlich.
Projekthalte	Ernährungsinformationen, Aktivitäten zu den Themen Bewegung und Ernährung. Beispiele für Aktivitäten: » Kochunterricht » Besuche von Bauernhöfen und unterschiedlichen Lebensmittelgeschäften » Neue Mahlzeiten in den Schul-Cafeterias » Familienfrühstück in den Schulen unter diätologischer Aufsicht
Methoden / Art der Intervention	Schulbasiertes ernährungsbezogenes Bildungsprogramm – wissensorientierte und praktische Herangehensweise in der Umsetzung: 1. 1992–1997: Evaluation der Auswirkung von Ernährungserziehung in Schulen auf das Essverhalten in der Familie 2. 1997–2002: Longitudinale Beobachtungsstudie zu Determinanten von Gewichtsveränderungen (alle 2 Jahre wurden 294 Familien klinisch untersucht und mussten einen Fragebogen zu Essverhalten etc. ausfüllen) 3. 2002–2007: Körperliche Aktivität und Ernährung in der gesamten Bevölkerung mittels mehrerer Aktivitäten im kommunalen Setting fördern
Einbezogene Settings	Schule, kommunales Setting, Familie
(i) Dauer, Intensität und Häufigkeit der Interventionen	(i) 12 Jahre
(ii) Kontextfaktoren (z. B. Pilotprogramm, Reichweite, Kooperationen)	(ii) Kooperationen mit lokalen Akteuren entstanden durch die erfolgreiche Dynamik, die das Programm mit den Jahren entwickelte.
(iii) Wesentliche (un)geplante Veränderungen	(iii) Das Interesse von lokalen Akteuren, sich an Maßnahmen für Familien zu beteiligen und einen „gesunden Lebensstil“ zu forcieren, war nicht vorhersehbar und ermöglichte eine Ausbreitung der Interventionen auf gesellschaftliche Ebenen außerhalb der Schule.
(iv) Benötigte Ressourcen	(iv) Fachliche Supervision und Training der Lehrenden
(v) Erfüllung der Einschlusskriterien	(v) Ja

Fortsetzung nächste Seite

A Beschreibung des Projektes/Programmes

Sind die Grundprinzipien der GF erfüllt?	
(i) Setting- und Determinantenorientierung	(i) Ja, v. a. in Bezug auf sozioökonomische Faktoren; Mädchen und Jungen wurden bzgl. der Prävalenz von Übergewicht getrennt ausgewertet.
(ii) Förderung der Chancengleichheit	(ii) Teilweise, durch familienorientierte Beratungsangebote für Personen mit identifizierten erhöhten gesundheitlichen Risiken wie etwa Bluthochdruck (2004)
(iii) Partizipation	(iii) Nicht ersichtlich
(iv) Ressourcenorientierung und Empowerment	(iv) Empowerment durch Bildung wird nicht explizit erwähnt, lässt sich jedoch ableiten, da mit einem schulbezogenen Ernährungsinformationsprogramm begonnen wurde.
(v) Nachhaltigkeit	(v) In den Interventionsstädten waren die Aktivitäten ursprünglich für 5 Jahre vorgesehen, bestanden jedoch an allen Schulen weiter, als die Studie verfasst wurde. Als die Erfolge des Programms sichtbar wurden, wurde aus diesen Erkenntnissen die Methode „EPODE“ entwickelt. Mittlerweile wurde das Programm umfassend ausgerollt – auch international.

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. Evaluation:

Quelle	Romon, M.; Lommez, A.; Tafflet, M.; Basdevant, A.; Oppert, J. M.; Bresson, J. L.; Ducimetiere, P.; Charles, M. A.; Borys, J. M. (2008): Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. In: Public Health Nutrition 12/10:1735–1742 (Primärstudie, Frankreich 1992–2004)
Studiendesign	<p>Nicht randomisierte kontrollierte Studie, bestehend aus drei konsekutiven (Teil-)Studien (Quer- und Längsschnitt-Elemente):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluation der Effekte von schulbasierten ernährungserzieherischen Programmen auf die Ernährungsgewohnheiten der ganzen Familie ➤ Longitudinale epidemiologische Studie, die die Determinanten von Gewichts- und Fettanteilveränderungen in der Bevölkerung von Fleurbaix und Laventie (FL) untersuchte ➤ Zweiteilig: Angebot eines Health Check-Up in FL sowie darauf aufbauend ein familienorientiertes Beratungsangebot an Personengruppen, die im Check-Up identifizierte worden waren (etwa jene mit Bluthochdruck) <p>Die zwei Interventionsstädte Fleurbaix und Laventie wurden mit zwei Kontroll-Städten (Boisgrenier und Violaines) verglichen, die sozioökonomische Ähnlichkeiten aufwiesen, jedoch im Zeitraum 1992–2005 keinerlei ernährungs- oder bewegungsbezogene Informationsprogramme oder Interventionen erhielten. Die Gesellschaftsschicht der Eltern wurde berücksichtigt. Größe und Gewicht der Probandinnen/Probanden wurden vermessen: 515 Personen im Jahr 2002, 592 Personen im Jahr 2003, 633 Personen im Jahr 2004. Messung bei Kontrollgruppe nur im Jahr 2004.</p> <p>Details zur den Untersuchungen:</p> <p>2003: Gesundheitscheck zu Hause von 3.000 Freiwilligen (Blutprobe, klinische Untersuchung, Fragebogen zu Rauchverhalten, Bewegung, Alkoholkonsum)</p> <p>Ab 2004: Identifizierten Personen mit hohem Risiko wurde familienorientierte Beratung zu Ernährung und Bewegung durch eine Ernährungsberatung angeboten, die bei Bedarf an den/die Allgemeinmediziner/in überwies.</p> <p>Schon seit 1999 verstärkte Aktivitäten in diese Richtung: neue Sporteinrichtungen, Walking-to-school-Tage, Einstellen von Sportlehrern etc., früher schon Newsletter und Pressemitteilungen</p> <p>Vergleichsregion: Zwei vergleichbare Kleinstädte in derselben Region mit ähnlichen sozioökonomischen Charakteristiken (keine Informationsprogramme oder Interventionen zwischen 1992 und 2005)</p> <p>Gewicht und Körpergröße von allen 5- bis 12-jährigen Schulkindern wurden 1992, 2000, 2002, 2003 und 2004 gemessen (Partizipationsrate: 95–98 %).</p>

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. Evaluation:

Fragestellung der Studie	<p>Welche Effekte haben schulbasierte ernährungserzieherische Programme auf die Ernährungsgewohnheiten der ganzen Familie?</p> <p>Was sind die Determinanten von Gewichts- und Fettanteilveränderungen in der Bevölkerung von Fleurbaix und Laventie? (aus dem Studiendesign abgeleitet)</p> <p>Welche Trends im BMI der Schulkinder und welche Veränderungen in der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern in diesem Setting zeichnen sich ab? (aus den Studienzielen, S.1736)</p> <p>Haben Langzeitmaßnahmen, die verschiedene Bevölkerungsgruppen ansprechen, auf Community-Level einen Effekt auf die Prävalenz von Übergewicht? (aus der Conclusio)</p> <p>Studienzweck: Monitoring und Outcome-Messung in Bezug auf Adipositas und Übergewicht bei Kindern im Verlauf von 12 Jahren</p>
Studienpopulation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 5- bis 12-jährige Schulkinder ➤ 515 (2002), 592 (2003), 633 (2004) Kinder in der Interventionsgruppe ➤ 349 Kinder in der Kontrollgruppe (nur im Jahr 2004 untersucht) ➤ 3.000 Freiwillige für Gesundheitscheck ➤ 294 Familien alle zwei Jahre untersucht
Qualität und Art der Evidenzquelle	<p>Hohe bis mittlere Qualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Der Fragestellung angemessenes Studiendesign ➤ Größere Stichprobe ➤ Hohe Partizipationsrate von 95-98 % ➤ Bias-Risiken: freiwillige Teilnahme (wird durch hohe Partizipationsrate relativiert), keine Randomisierung → Selektionsbias! ➤ Die Autoren/Autorinnen führen an, dass die mediale Verbreitung der Studie im Laufe der Jahre zum Zuzug von Familien mit höherer Wertschätzung für gesunden Lebensstil geführt haben könnte. ➤ „Parental occupation“ wurde in Familien mit beiden Elternteilen nach der Beschäftigung des Vaters definiert – dieses Vorgehen wurde nicht begründet (S. 1737). ➤ Intervenierende Variablen wurden nicht berücksichtigt. ➤ Eine Clusterung nach Schulzugehörigkeit konnte nicht durchgeführt werden, da die entsprechenden Daten nicht vorlagen. Auf die Kontrollstädte trifft dies ebenso zu.
Indikatoren für Nutzen/Wirksamkeit (Endpunkte)	Gewicht bezogen auf Größe und Alter (BMI – Body Mass Index)
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verhaltensänderungen	Wurde in der Studie nicht erhoben.
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf nachhaltige, strukturelle Verankerung der GF-Interventionen in den Gemeinden	Die langfristige (und freiwillige/ungeplante) Zunahme an Beteiligungen durch lokale Akteure, i.e. Wirtschaftstreibende, Allgemeinmediziner/innen, Apotheken, Sport- und Kulturvereine), die gesunde familiäre Aktivitäten forcierten, lässt auf eine nachhaltige Verankerung schließen.
Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Veränderung von Determinanten der Gesundheit oder ggf. Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen	2004: Alters- und geschlechtsstandardisierter BMI bzw. auch Prävalenz von Übergewicht war in der Kontrollregion signifikant höher für beide Geschlechter.

Fortsetzung nächste Seite

B Beschreibung der Evidenzquelle bzw. Evaluation:

Ergebnisse (kurz-, mittel- und langfristige Effekte) in Bezug auf Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit	Rückgang der Prävalenz von Übergewicht bei Kindern, vor allem bei der Gruppe mit niedrigem SES (die generell höhere Prävalenz aufweist!)
Welche Interventionen haben positive Effekte erzielt und warum?	Kausale Zusammenhänge konnten nicht identifiziert werden.
Welche Interventionen haben negative Effekte erzielt und warum?	s. oben
Welche Prozesse und Strukturen haben positiv unterstützt?	Das Engagement der lokalen Akteure und die Einbindung verschiedener Gesellschaftsbereiche in das gemeinsame Ziel gesündere Lebensstile scheinen sich positiv auszuwirken.
Welche Prozesse und Strukturen haben behindert?	Nicht ersichtlich
Akzeptanz und Durchführbarkeit der Interventionen	95–98 Prozent aller in Frage kommenden Kinder nahmen teil.
Übertragbarkeit der Interventionen	Aus dem Projekt wurde das Programm „EPODE“ entwickelt, das seither in Frankreich läuft. Siehe auch Epode International Network zur Adipositas-Prävention: http://www.epode-international-network.com/ [27. 05. 2014]
Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die GF	Die Daten lassen vermuten, dass Interventionen auf Community-Level vor allem für Zielgruppen mit niedrigem SES langfristig wirksam sein können. Die Autoren/Autorinnen plädieren für gesamtgesellschaftliche Unterstützung, die Eltern, Schulen und staatliche Institutionen einschließt.

C Abschließende Bewertungen

Herausforderungen und Lösungen	Herausforderung für die Zukunft bleibt das Auffinden kausaler Zusammenhänge oder die Identifikation der Charakteristika im Programm, die letztlich den Erfolg ausmachen. Dies wird aufgrund der Herangehensweise auf mehreren Ebenen weiter schwierig bleiben. Die FLVS-Studie hat maßgeblich zur Entwicklung der „EPODE-Methode“ für verhaltensorientierte Langzeitprogramme beigetragen. ¹⁴
Relevanz für das gegenständliche Forschungsprojekt und Übertragbarkeit der untersuchten Maßnahme auf Österreich	Die Relevanz der Studie bzw. des Projekts lässt sich aufgrund der Community-nahen Interventionen und sichtbarer Ergebnisse im Vergleich zu einer Kontrollgruppe als hoch beurteilen. Die Übertragbarkeit der Fragestellung wird aufgrund der Community-nahen Orientierung an bestehender Infrastruktur (Schule, medizinische Versorgung, lokale Unternehmen etc.) und am sozialen System „Kernfamilie“ auch für Österreich als hoch eingestuft.
Schlussfolgerungen und Gesamtbewertung des Projektes und der Evidenz	Aussagekräftigere Indikatoren für Nutzen/Wirksamkeit wären wichtig, um ökonomisch argumentieren zu können und Enttäuschungen in der Umsetzung engagierter Programme zu vermindern. Immerhin spricht das erfolgreiche Roll-Out dafür, dass die EPODE-Methode, die aus dem Originalprogramm der Fleurbaix-Studie entwickelt wurde, dass die erfolgsgenerierenden Elemente transferiert wurden, auch wenn sie noch nicht hinlänglich identifiziert sein mögen (vgl. S.1741).

Quellen: Romon et al. (2008); Darstellung: GÖG

¹⁴

<http://www.epode-european-network.com/en/background/epode-background.html?start=4> [Zugriff am 19. 3. 2014]