

Endbericht „Zähne. Zeigen“

Projektnummer	1760
Projekttitel	Zähne. Zeigen
Projektträger/in	Styria vitalis
Projektlaufzeit	2010–2013
Erreichte Zielgruppengröße	5000 Eltern von 9300 Kindern mit sozio-ökonomischer Benachteiligung bzw. Migrationshintergrund
Autoren/Autorinnen	Mag ^a Gudrun Schlemmer, MPH
Emailadresse/n Ansprechpartner/innen	gudrun.schlemmer@styriavitalis.at ; gesundheit@styriavitalis.at karin.reis-klingspiegl@styriavitalis.at
Weblink/Homepage	www.styriavitalis.at
Datum	Jänner 2014

INHALTSVERZEICHNIS

Kurzzusammenfassung	3
1. Projektkonzept.....	4
1.1. Projekthintergrund und Problemstellung	4
1.1.1. Ausgangslage	4
1.1.2. Zielgruppen und Settings	4
1.1.3. Zielsetzungen.....	5
2. Projektorganisation, Aktivitäten und Maßnahmen	6
2.1. Projektstrukturen und Rollenverteilung im Projekt	6
2.2. Projektaktivitäten und Maßnahmen.....	8
2.2.1. Kooperationspartnerschaften und Vernetzung	8
2.2.2. Qualifizierung und Einsatz von ZahngesundheitsmentorInnen (ZGM)	11
2.2.3. Gestaltung und Weitergabe von Infomaterialien und Goodies	16
2.2.4. Settings und Zielgruppenerreichung.....	18
2.2.5. Öffentlichkeitsarbeit	20
2.2.6. Know-How-Transfer.....	21
3. Ergebnisse und Evaluation	23
3.1. Projektergebnisse und -wirkungen.....	23
3.2. Erreichte Zielgruppen und Settings	23
3.2.1. Zielgruppen und Communities	23
3.2.2. Die erreichten Settings	26
3.3. Von Projektzielen und Ergebnissen.....	27
3.4. Evaluation.....	29
3.4.1. Formen der Evaluation.....	29
3.4.2. Ergebnisse der Evaluation zu den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung	31
3.5. Die Zeit nach Projektende.....	33
3.5.1. Das Weiterwirken von Zähne.Zeigen	33
3.5.2. Transferierbarkeit.....	35
4. Lernerfahrungen	36
4.1. Erfolgsfaktoren und Hürden im Projekt.....	36
4.2. Lernerfahrungen für zukünftige Projekte	37
Conclusio.....	40
Anhang	41

Kurzzusammenfassung

Zähne.Zeigen - ein Kariespräventionsprojekt von Styria vitalis

Projektbeschreibung

Ausgehend von der sozialen Ungleichheit in der Zahngesundheit österreichischer Kinder erprobte das Multiplikatorinnenprojekt Zähne.Zeigen von 2010 bis 2013 wirksame Interventionen zur Information sozioökonomisch benachteiligter Familien mit Kindern bis zu vier Jahren über Kariesprävention.

Nach einer Qualifizierungsphase leisteten 18 Zahngesundheitsmentorinnen (ZGM) aus verschiedenen Herkunftskulturen mit 15 Muttersprachen in den Regionen Graz, Bruck an der Mur und Feldbach Informations- und Bewusstseinsarbeit bei Eltern mit und ohne Migrationshintergrund. Dazu nutzten die Mentorinnen Strukturen von KooperationspartnerInnen wie Sozial- und Bildungseinrichtungen oder organisierten (in-)formelle Treffen. Im Rahmen ihrer Tätigkeit als Multiplikatorinnen verteilten sie Informationsblätter in zehn Sprachen sowie Zahnpasten und Zahnbürsten.

Ergebnisse und Fazit



Die Zahngesundheitsmentorinnen informierten in 814 Einsätzen 4.888 Elternteile – mehrheitlich Mütter – von 9.300 Kindern. 78 Prozent der erreichten Elternteile hatten Migrationshintergrund. Die meisten Informationsgespräche (n= 2268) fanden in Warteräumen von KinderärztInnen statt, gefolgt von organisierten Treffen im näheren Lebensumfeld der AdressatInnen wie in Wohnungen, Parks, Vereinen oder Moscheen. Der dritt wichtigste Informationsort waren Beratungsstellen

von MigrantInnenorganisationen und Elternberatungseinrichtungen. In allen Regionen stellten KooperationspartnerInnen aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung ihre Einrichtungen für Einsätze der Zahngesundheitsmentorinnen zur Verfügung. An einer Vernetzung untereinander zeigten die KooperationspartnerInnen beim Thema Karies kein Interesse.

Der Informationsbedarf über Zahngesundheit und zahngesunde Ernährung wurde von den erreichten Eltern, den KooperationspartnerInnen und den ZGM bestätigt. Der Zugang zu MigrantInnen gelang in Zähne.Zeigen besser als jener zu sozioökonomisch benachteiligten ÖsterreicherInnen. Dieses Faktum liegt möglicherweise im höheren Vernetzungsgrad der MigrantInnen begründet.

Empowerment und Partizipation der Zahngesundheitsmentorinnen sowie die Bezahlung ihrer Einsätze waren wichtige Grundlagen des Projektes. Ihre kontinuierliche Begleitung fand über monatliche Teamtreffen mit der Projektleitung statt.

Insgesamt lässt sich resümieren, dass sich die aufsuchende Form der Informationsweitergabe und die Vielfalt der Zugänge in Zähne.Zeigen bewährt haben.

Gefördert von:

1. Projektkonzept

1.1. Projekthintergrund und Problemstellung

1.1.1. Ausgangslage

Die Zahngesundheit der steirischen Sechsjährigen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten u.a. dank des flächendeckenden Steirischen Kariesprophylaxeprogramms in Kindergärten und Volksschulen kontinuierlich verbessert. Studien und die alle vier Jahre stattfindenden Zahnstatuserhebungen zeigen, dass Zahngesundheit nach sozialer Schicht der Bevölkerung ungleich verteilt ist (Sozialgradient) und Kinder mit Migrationshintergrund *) weniger häufig kariesfrei sind. 2006 waren 53 % aller Sechsjährigen ohne Migrationshintergrund kariesfrei, während es bei Kindern mit Migrationshintergrund nur 25,3% waren. Auch der DMFT-Index (Anzahl der von Karies befallenen Zähne) war deutlich schlechter.

STEIER-MARK 2006	6-j. Kinder ohne Migrati-onshintergrund *)	6-jährige mit Migra-tionshintergrund	Steier-mark Durch-schnitt	GRAZ 2006	6-Jährige ohne Mi-grationsh.	6-jährige mit Migr.-Hintergr.	Graz durch-schn.
2006 Kariesfrei	53 %	25,3 %	48,6%	2006	63,4 %	29,3 %	54 %
2006 D3mft (kariöse Z.)	1,6	3,0	1,8	2006	0,9	2,7	1,4

ÖBIG – siehe Zahnstatuserhebung 2006

(* „mit *Migrationshintergrund*“= das Kind selbst oder zumindest 1 Elternteil haben ein anderes Herkunftsland – Definition des ÖBIG)

20 % der Sechsjährigen betreffen 80 % aller Kariesfälle. Karies entsteht häufig schon vor dem Kindergarten, ein eigenes, vor allem auch Setting bezogenes Präventionsprogramm für diese Kinder und deren Eltern gab es in der Steiermark bis zu Projektbeginn nicht.

Zähne.Zeigen setzt an folgenden Einflussfaktoren auf die Gesundheit an: Armut und soziale Ausgrenzung, soziale Verhaltensmuster und dadurch strukturiertes individuelles Verhalten, soziale Unterstützung, soziale Organisation, frühkindliche Entwicklung und Ernährung (vgl. Marmot und Wilkinson in Schwarz, 2003).

1.1.2. Zielgruppen und Settings

Primäre Zielgruppe von Zähne.Zeigen waren werdende Eltern oder Eltern von Kleinkindern im Alter von 0 bis inklusive 4 Jahren mit sozioökonomischer Benachteiligung, mit und ohne Migrationshintergrund. Als 4-jährig wurden Kinder vor ihrem 5. Geburtstag definiert.

Bei Menschen mit Migrationshintergrund handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe.

Sekundäre Zielgruppe waren die Kinder selbst sowie KooperationspartnerInnen (z.B. SozialarbeiterInnen oder KinderärztInnen), die bezüglich Zahngesundheit stärker sensibilisiert werden sollten.

Die MultiplikatorInnen aus verschiedenen Herkunftskulturen waren nicht nur VermittlerInnen, sondern im Sinne von Partizipation und Empowerment und in ihrer Funktion als Role-Models ebenfalls Zielgruppe im Projekt.

Zähne.Zeigen versuchte, Einrichtungen zu identifizieren bzw. Communities (Gemeinschaften) zu schaffen, in denen sich Menschen mit sozioökonomischer Benachteiligung und häufig auch anderen Herkunftskulturen bewegen und in denen die MultiplikatorInnen die primäre Zielgruppe gut informieren und beraten konnte. Dazu wurden bestehende Strukturen und Kooperationspartnerschaften aufgegriffen bzw. neue entwickelt.

Basierend auf hohen MigrantInnenanteilen wurden drei Projektregionen ausgewählt: die Bezirke Lend und Eggenberg in Graz (mit 256.000 EinwohnerInnen und einem MigrantInnenanteil von 11 %) sowie Bruck/Mur bzw. Kapfenberg – mit schon länger verankerten MigrantInnengruppen und Feldbach mit einer vorwiegend türkischsprachigen Migrantengemeinschaft.

1.1.3. Zielsetzungen

Das Pilotprojekt zielte auf

- eine Verringerung von Informationsdefiziten zur Zahngesundheit bei benachteiligten Personen ab
- die Motivation der Eltern in Richtung gesundheitsfördernde Verhalten
- das Finden und Weiterentwickeln neuer Zugänge zu den Zielgruppen unter Einbeziehung von Personen aus den verschiedensten Herkunftskulturen (Bring-Strategie)
- die Verstärkung und Erweiterung des strukturellen Netzwerkes zur Zahngesundheit
- die Sensibilisierung von Personen, die mit der Zielgruppe bereits arbeiten (z.B. SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, Jugendamt...)

Konkrete Projektziele von Zähne.Zeigen waren:

- Ausbildung von insgesamt 12 ZahngesundheitsmentorInnen in den drei Regionen (4 Bezirken)
- Umsetzung von 200 zielgruppengerechten, niederschweligen Veranstaltungen zur positiven Beeinflussung des Zahngesundheitsverhaltens
- Gewinn regionaler Anbieter, die die Anliegen der Zahngesundheit bei 0–4-Jährigen kommunizieren
- Integrierende Netzwerkarbeit
- Erkundung, welche Zugänge und Settings sich für die Erreichung der Zielgruppen eignen

2. Projektorganisation, Aktivitäten und Maßnahmen

2.1. Projektstrukturen und Rollenverteilung im Projekt

Das Projekt war in die Kariesprävention von Styria vitalis eingebettet und versuchte, vorhandene Strukturen in den Bezirken und Sozialräumen optimal zu nutzen. Im Folgenden werden die Funktionen und Rollen der AkteurInnen und Strukturen bei Zähne.Zeigen dargestellt:

Projektleitung

Aufgaben: Planung und Steuerung, Netzwerkaufbau und Netzwerkarbeit mit KooperationspartnerInnen; Suche, Auswahl und Begleitung von multikulturellen ZahngesundheitsmentorInnen in drei Regionen; Organisation der Qualifizierung; Dokumentation; partizipative Entwicklung von Einsatzmöglichkeiten über regelmäßige Teambesprechungen, An- und Abmeldungen bei der Sozialversicherung sowie Kontrolle und Abrechnungen von Einsätzen; Öffentlichkeitsarbeit, Präsentationen, Prozessevaluation und Berichtswesen.

Konzipiert und gestartet wurde das Projekt von Mag^a Ines Krenn, MPH. Sie übernahm die Projektleitung von 2009–10/2011 und übertrug sie auf DSA Martina Gerngroß, MCD, die das Projekt mit ihrer Expertise schon länger begleitet hatte. Nach ihrer Übersiedlung ins Ausland übernahm Mag^a Gudrun Schlemmer, MPH das Projekt nach einer zweimonatigen Übergabezeit ab März 2012 und führte es im Dezember 2013 zu Ende. Zwei Wechsel in der Projektleitung bedeuteten einerseits Ressourcenverluste, boten aber auch die Chance einer neuerlichen Standortbestimmung und die gute Gelegenheit, passende Lenkungsmaßnahmen zu setzen.

Der jeweiligen Projektleiterin standen für ihre Aufgaben in den ersten beiden Jahren zehn, kurzfristig 15 und ab dem 3. Projektjahr 13,75 Projektwochenstunden zur Verfügung. Aufgrund der vielfältigen organisatorischen, administrativen und qualitativen Herausforderungen zeigt die Erfahrung aus Zähne.Zeigen, dass für MultiplikatorInnenprojekte eine höhere Wochenstundenzahl zu raten ist.

Öffentlichkeitsarbeit, Administration und Buchhaltung

Aufgaben: Öffentlichkeitsarbeit; Administrative Unterstützung bei SV-An- und Abmeldungen, Abrechnungen und Honoraren, bei der Budgetplanung und administrativen Tätigkeiten.

Die Verantwortliche für die Öffentlichkeitsarbeit von Styria vitalis, Mag^a Sigrid Schröpfer, unterstützte Zähne.Zeigen durch das Verfassen und Platzieren von Artikeln in Medien, Informationen auf der Homepage sowie die Organisation von Pressekonferenzen.

Besonders wichtig, da durch die große Anzahl der ZGM und den organisatorischen Rahmen sehr aufwändig, war die kontinuierliche Unterstützung durch das Rechnungswesen (Helga Gmoser und Doris Paar), das Officemanagement (Sura Dreier, BSc) und punktuell durch eine Praktikantin (Bianca Langmann).

Begleitendes Projektteam:

Aufgaben: *Projektentwicklung und Prozessbegleitung, Strategiefestlegung; Unterstützung bei budgetären, organisatorischen und inhaltlichen Fragen und bei der Selbstevaluation*

Organisationsintern begleiteten die Geschäftsführerin von Styria vitalis, Mag^a Karin Reisklingspiogl und das Team der Zahngesundheit von Styria vitalis rund um die Leiterin Bernadette Jauschneg das Projekt durch gemeinsame Reflexionen, Projekt- und Strategiebesprechungen und notwendigen Adaptionen.

ZahngesundheitsmentorInnen (ZGM)

Aufgaben: *Organisation, Meldung und Durchführung von Informationstätigkeiten über Zahngesundheit und zahngesunde Ernährung bei/mit sozioökonomisch benachteiligten Personen mit Schwerpunkt in der eigenen Herkunftskultur und Community. Verteilung von Infoblättern und Zahnbürsten/Pasten, Dokumentation der Einsätze und TeilnehmerInnen, Rückmeldungen an und Informationsaustausch mit der Projektleitung, monatliche Abrechnungen, regelmäßige Teilnahme an Teamtreffen, Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen*

18 Frauen (alle mit Migrationshintergrund) waren aktiv im Einsatz

Fatima Agboola (Nigeria), Antoaneta Beleganska (Bulgarien), Rodica Bonat (Rumänien), Tuba Ceran (Türkei), Aynur Demir (Türkei), Emine Demir (Türkei), Elife Erdaz (Türkei), Dinana Hurrem (Bosnien), Marjan Jalalifar (Iran), Gülcün Kocak (Türkei), Suha Marouf/Matter (Palästina), Arus Pashikyan (Armenien), Raisa Reschidowa (Tschetschenien), Bukurje Sadiku (Kosovo), Türkan Sarac-Lacin (Türkei), Flora Stufaj-Degen (Kroatien), Karima Medani (Sudan), Tanja Zotter (Slowenien)

KooperationspartnerInnen

Aufgaben: *Katalysatorfunktion in Richtung Zielgruppen; Informationsweitergabe über oder Organisation von Einsatzmöglichkeiten, Unterstützung der Arbeit der ZGM, Zur-Verfügung-Stellen von Räumlichkeiten, Rückmeldungen über die Einsätze an Projektleitung*

Hauptsächliche KooperationspartnerInnen waren KinderärztInnen, Verantwortliche in Elternberatungsstellen, Ausbildungsinstitutionen und NGOs, Vereinen, Beratungsstellen sowie OrganisatorInnen von Eltern-Kind-Gruppen, Religionsgemeinschaften (s. 2.2.1)

AusbildnerInnen der ZahngesundheitsmentorInnen

Aufgaben: *Qualifizierung und Prüfung der ZahngesundheitsmentorInnen in den Bereichen Zahngesundheit, Ernährung sowie Methodik/Didaktik.*

Die Ausbildung erfolgte durch den langjährigen Ausbilder der ZahngesundheitserzieherInnen, Zahnarzt Dr. Laurenz Maresch, die Ernährungswissenschaftlerin Mag^a Sabine Hollomey sowie die ErziehungswissenschaftlerInnen Mag^a Silke Sattler-Beutle bzw. im 4. Durchgang Mag^a Gudrun Schlemmer, MPH.

Fachbeirat

Aufgaben des Fachbeirats waren: inhaltliche Reflexion und Resonanz, Unterstützung bei der Vernetzung sowie bei der Öffentlichkeitsarbeit.

Der Fachbeirat setzte sich zusammen aus: einer Vertretung der MigratInnenberatungsstelle Zebra mit Erfahrungen im Bereich Migration und Gesundheit (DSA Monika Genböck und Wolfgang Gulis); der Leiterin des Ärztlichen Dienstes der Stadt Graz, Amt für Jugend und Familie (Dr. Veronika Zobel); Leiterin und Zahnärztin des Schulzahnambulatoriums der Stadt Graz (Dr. Maria Bischof, Dr. Magdalena Schmidt), Zahnarzt und Ausbilder der ZGE Dr. Laurenz Maresch; Zahnärztin Dr. Elisabeth Danner (STGKK, Schwerpunkt Behandlung der von Karies besonders betroffenen Kinder). Styria vitalis war durch die Leiterin der Abteilung Zahngesundheit Bernadette Jauschneg und Geschäftsführerin Mag^a Karin Reis-Klingspiegl vertreten.

Die Termine wurden von der Projektleitung koordiniert, vorbereitet und moderiert.

Evaluator

Aufgaben: externe Prozessbegleitung und quantitative sowie qualitative Evaluation.

Mit der externen Prozessbegleitung und Projektevaluation wurde der Public Health-Experte DSA Christoph Pammer, MPH beauftragt. Er konnte sein Know-how und seine Erfahrung im Bereich Gesundheit und Migration sowie Grazer Netzwerke gut in die Prozessbegleitung einbringen, wertete die quantitative Dokumentation der Einsätze aus, machte eine qualitative Evaluierung bei ZGM und KooperationspartnerInnen und erstellte den Evaluationsbericht.

2.2. Projektaktivitäten und Maßnahmen

Das Projekt Zähne.Zeigen basierte auf **folgenden zentralen Maßnahmen**:

- Aufbau von Kooperationspartnerschaften in 3 Regionen (Graz in den Bezirken Eggenberg und Lend; Bezirk Bruck an der Mur sowie Bezirk Feldbach)
- Informationsweitergabe und Bewusstseinsförderung über muttersprachliche ZGM in formellen und informellen Settings
- Empowerment und Partizipation der ZGM
- Übersetzung und Verteilung von muttersprachlichen Informationsmaterialien

2.2.1. Kooperationspartnerschaften und Vernetzung

Nach dem Entwickeln des Projektkonzepts und der Sicherstellung der Finanzierung über FGÖ und Land Steiermark begann die Projektleiterin Ende 2009/Anfang 2010 mit den detaillierten Erhebungen von möglichen Kooperationspartnerschaften, Zugängen, Zielgruppen und von konkreten Einsatzmöglichkeiten für ZGM. In Gesprächen – in Graz ab Ende 2009, in Bruck ab 2011 und in Feldbach ab 2012 – wurden mit möglichen KooperationspartnerInnen der Projekthintergrund, Kooperationsmöglichkeiten und konkrete Umsetzungsschritte erkundet.

Zweck der Gespräche war es auch, generell das Augenmerk auf Zahngesundheit bei Kindern mit sozialer Benachteiligung zu lenken und Interesse daran zu wecken.

Mit folgenden PartnerInnen wurden Kooperationen eingegangen:

- Elternberatungsstellen (EB) des Amts für Jugend und Familie der Stadt Graz in Eggenberg, Lend, Gries, Gösting, Straßgang, Triesterstraße, Wetzelsdorf und der EB der Bezirkshauptmannschaft Bruck/Kapfenberg
- Eltern-Kind-Zentren (z.B. Feldbach)
- Eltern-Kind-Gruppen, Stöpseltreff, Müttercafés, Spielgruppen
- Integrierter Sozial- und Gesundheitssprengel (ISGS) Kapfenberg
- Sozialraum 3 und 4 in Graz
- Frauenhäuser in Graz und Kapfenberg
- Caritas: Flüchtlingswohnheime und Frauenwohnhäuser Kalvarienberggasse und Metahofpark, Marienambulanz, Stadtwohnzimmer
- 10 KinderärztInnen (6 in Graz, 2 in Bruck, 2 in Feldbach)
- Verein ISOP – innovative Sozialprojekte: Integrationsassistenten, Familien lernen in Graz
- Verein Omega – Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration
- Verein Danaida – Bildung und Treffpunkt für ausländische Frauen
- SMZ – Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau
- Zebra – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum
- Vinzenzgemeinschaft – Haus Rosalie, Notschlafstelle für Frauen und Kinder
- Verein der Tagesmütter
- Rettet das Kind
- Friedensbüro Stadt Graz
- Alpha Nova – Frühförderung und Familienbegleitung, Projekt Hippy
- SOMM – Selbstorganisation von und für MigrantInnen
- Ikemba – Verein für Interkultur, Konfliktmanagement, Empowerment, Migrationsbegleitung, Bildung und Arbeit
- Pro Health – African Initiative for Promoting Health
- Chialas Afriquas
- Projekt Alleinerziehende
- Kinderbüro der Stadt Graz
- Schulzahnambulatorium der Stadt Graz
- Steirische Gebietskrankenkasse
- Stadt Feldbach, Integrationsbeauftragte
- Interkultureller Verein Kapfenberg
- Grazer Moscheen: Tajwid, Sobel-El-Salam, Al-Furkan, Al-Nur
- christliche Religionsgemeinschaften: Pfarre St. Andrä, God's Deliverance Centre

Alle angesprochenen KinderärztInnen zeigten sich nach einem Erstgespräch durch Projektleitung oder ZGM bereit, ihre Ordinationen für eine regelmäßige Anwesenheit einer ZGM zur Verfügung zu stellen. Ab 2012 wurde wegen des großen Interesses der Eltern in den Wartebereichen nicht mehr nur KinderärztInnen im Bezirk Lend und Eggenberg angesprochen, son-

dern auch Einsätze in anderen Bezirken gemacht, jeweils bei ÄrztInnen, die von einer hohen Anzahl von Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status aufgesucht werden. In Graz suchte eine türkische ZGM sechs KinderärztInnen in 14-tägigem Abstand auf und blieb jeweils 3–4 Stunden. In Bruck, Kapfenberg, Feldbach und Fehring gab es monatliche Einsätze bei den KinderärztInnen durch vier verschiedene ZGM.

Kooperationspartnerschaft bedeutete für die PartnerInnen, bei der Suche nach potentiellen MultiplikatorInnen zu helfen, Zugang zu Räumlichkeiten und/oder Gruppen zu ermöglichen, Eltern zu mobilisieren oder Informationen und Materialien weiterzugeben und im Gegenzug die Informationstätigkeit von ZGM kostenlos in Anspruch nehmen zu können. Details wurden schriftlich oder mündlich vereinbart. Die geplante Verpflichtung zu einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung war manchmal unterstützend, manchmal eine Hürde, da die regional Verantwortlichen gerne eine ZGM einluden, interne Hierarchiestrukturen zur offiziellen Erlangung von Kooperationspartnerschaften aber als zu langwierig, unflexibel oder hinderlich, weil juristisch abzuklären, betrachteten. Der Satz aus einer Elternberatungsstelle: *„Wir wollen keine Kooperationspartnerschaft, wir wollen nur kooperieren.“* mag bezeichnend sein.

Als vorteilhaft erwiesen sich in der Praxis hingegen klare Absprachen und genügend Zeit für aktives Nachfragen und telefonischen Austausch. So konnten positive Erfahrungen verankert und Problemfelder rasch erkannt werden. Von Vernetzungstreffen zwischen den Kooperationspartnern musste aufgrund mangelnden Interesses bzw. zu geringen Zeitressourcen seitens der PartnerInnen Abstand genommen werden. Wohl nahm die Projektleiterin an der Tagung „Gesunder Gries“ teil.

Laut Konzept sollten die Kooperationspartner halbjährliche Newsletter mit dem Projektstand erhalten; der Projektwechsel und die knappen Zeitressourcen ließen im Zeitbudget jedoch zu wenig Platz dafür – sie erhielten zwei Newsletter, einen ausführlichen im Mai 2013. Es gab keinerlei Rückmeldungen zu den newsletters. Der Eindruck entstand, dass flexible, knappe aktuelle Emails die bessere Wahl der Kommunikation mit vielbeschäftigten KooperationspartnerInnen wären.

Eine sehr produktive Vernetzung fand dagegen im Fachbeirat statt.

Die Gruppe zentraler AkteurInnen der Zahngesundheit und einem Migrationsexperten traf sich etwa halbjährlich, insgesamt fünf Mal. Auffallend war das große Interesse und die Bereitschaft aller Beteiligten, aktiv und kritisch am inhaltlichen und interdisziplinären Austausch mitzuarbeiten. Die interkulturelle Kariesprävention und der Aufbau von vernetzenden Strukturen zwischen wichtigen AkteurInnen der Kariesprävention bekam offenbar so endlich den benötigten Raum.



2.2.2. Qualifizierung und Einsatz von ZahngesundheitsmentorInnen (ZGM)



Zähne.Zeigen basiert auf dem Konzept eines aufsuchenden Peers- bzw. MultiplikatorInnen-Ansatzes, der helfen soll, Zugang zu schwer erreichbaren Gruppen zu bekommen, das soziokulturelle Umfeld zu verändern sowie Role-Model-Funktionen zu nützen. Durch die MultiplikatorInnen aus verschiedensten Herkunftskulturen können Sprach- und soziokulturelle Barrieren überwunden, neue Zugänge eröffnet, aber auch die Bedürfnisse der Communities besser erkannt werden.

Die Suche nach MultiplikatorInnen erfolgte über die KooperationspartnerInnen, meist durch eine direkte Ansprache oder die Weitergabe einer schriftlichen Ausschreibung. 33 Frauen und ein Mann meldeten sich per informellem Bewerbungsschreiben inklusive Lebenslauf bei der Projektleiterin und wurden zu einem Bewerbungsgespräch eingeladen. Dabei wurden Motivation, Deutschkenntnisse, persönliche Situation und gegenseitige Erwartungen abgeklärt und der Zeitpunkt für die Qualifizierungsmaßnahmen festgelegt. 2012 meldeten sich in Graz vermehrt Personen über Mund-zu-Mund-Propaganda aus MigrantInnenkulturen – aus Interesse an der Arbeit per se, aber auch wegen der Bezahlung und flexiblen Arbeitsmöglichkeit. Die Bezahlung verstärkte die Verlässlichkeit und Kontinuität der gemeinsamen Arbeit.

Mittelmäßige bis gute Deutschkenntnissen waren eine Grundbedingung für die Aufnahme ins Programm– erstens, um die Ausbildung absolvieren zu können, zweitens, um in verschiedenen Settings arbeiten zu können, und drittens, um den administrativen Projektaufwand für die ZGM selbst und die Projektleitung bewältigbar zu machen.



2011 und 2012 fanden **insgesamt vier Qualifizierungskurse** statt:

- MODUL 1: Zahnmedizin, –gesundheit, –hygiene, Wert der Milchzähne, Gebissentwicklung
- MODUL 2: Gesunde Ernährung (Speisen, Getränke), Esskulturen, Empfehlungen zum Stillen
- MODUL 3: Didaktik und Methodik der Erwachsenenbildung mit Hintergrund, Zielen, und Methoden der Kariesprävention und Gesundheitsförderung, praktischen Übungen, Dokumentation

Jedes Modul bestand aus einem vierstündigen Seminar, einem Buch/Skriptum zum Selbststudium, Prüfungsfragen und einer Lerngruppe und die inhaltliche Kompetenz wurde durch eine Prüfung über jedes Modul abgesichert. Vor ihren ersten Einsätzen hospitierten die ZGM zwischen ein bis drei Mal bei ZahngesundheitserzieherInnen (ZGE) im Setting Kindergarten und Volksschule oder bei anderen ZGM.



Insgesamt hatten sich im Laufe von drei Jahren 34 Personen (26 in Graz, 6 in Bruck/Kapfenberg, 2 in Feldbach) für eine Ausbildung zur Zahngesundheitsmentorin interessiert, drei davon ohne Migrationshintergrund. Das vermittelte und geforderte Wissen unterschied sich aus Qualitäts- und Akzeptanzgründen nicht von jenen der ZahngesundheitserzieherInnen. Das Verstehen und Lernen der Inhalte auf Deutsch war für einige ZGM eine ziemliche Herausforderung: –nachdem in den ersten beiden Zyklen sechs Personen die Qualifizierung abgebrochen hatten, wurden die Workshops interaktiver gestaltet und die Unterstützung bei den Qualifizierungsmaßnahmen und der Prüfungsvorbereitung verstärkt und damit die drop-out-Rate in der Ausbildung auf Null gesenkt.



Insgesamt schlossen 24 Personen die Qualifizierung und drei Prüfungen positiv ab. Nach den geforderten Hospitationen und dem Auftrag zu eigenständigen Organisationen von Terminen und Gruppen blieben letztlich 18 Frauen, die mehrmals aktiv als ZGM im Einsatz waren. Das inhaltliche, methodische und administrative Know-how wurde kontinuierlich in Teamsitzungen vertieft.



Die Mehrheit der ZGM nahm 2011 und 2012 an den halbjährlichen Fortbildungen der ZahngesundheitserzieherInnen teil – auch um den interkulturellen Austausch zu fördern und die inhaltliche Qualität zu steigern z.B. am 14.12.2011 zum Schwerpunkt „Welche Aufgaben haben Milchzähne?“, am 30.5.2012 zum



Schwerpunkt „Vom Zusammenhang zwischen Zahngesundheit und Sprachentwicklung“ oder im September 2012 am Workshop „Kraftvolles Handeln“ Auf Grund von Veränderungen der flächendeckenden Kariesprävention in der Steiermark kam es 2013 nicht zum geplanten interkulturellen Fortbildung von ZGM und ZGE.



Die persönlichen Begegnungen und inhaltlichen Diskussionen zwischen ZGE und ZGM schafften ein verstärktes Bewusstsein zur Zahngesundheit bei MigrantInnen auf Seiten der ZGE, außerdem passierte ein interkultureller Austausch und eine Bewusstseinsentwicklung der betraf nicht nur die ZGE sondern auch MitarbeiterInnen von Styria vitalis .

im Gespräch: Praktikantin B. Langmann mit der Türkin T. Sarac-Lacin.

Herkunftskulturen und Multilingualität der ZGM

Viele ZGM sprachen mehrere Sprachen, insgesamt konnten Gespräche in 15 verschiedenen Sprachen stattfinden.

Grazer Team 2013



Während es gelang, das Interesse von MigrantInnen zur Teilnahme am Projekt zu wecken, ist es nicht gelungen, österreichische sozio-ökonomisch benachteiligte Frauen in die Qualifizierung zu bringen. Mögliche Gründe dafür waren der bessere Vernetzungsgrad der MigrantInnen (z.B. Selbstorganisationen, Vereine) aber auch die guten Kontakte zu MigrantInnen durch die KooperationspartnerInnen. Vielleicht haben ÖsterreicherInnen

mit niedrigerem SES aber auch geringeres Interesse an Türöffnerfunktionen oder Bestehen von Qualifizierungsmaßnahmen. Ab 2012 konzentrierte sich die Suche nach MultiplikatorInnen auf die Zielgruppe der MigrantInnen.

Informationstätigkeit der ZahngesundheitsmentorInnen

Zwischen 2011 und September 2013 waren 18 Migrantinnen aus 12 verschiedenen Herkunftskulturen für Zähne.Zeigen in verschiedensten Settings im Einsatz: 11 in Graz, 5 in Bruck/Mur und 2 in Feldbach.

Die ZGM arbeiteten je nach Vorlieben, Organisationsfähigkeit und Bedarf in formellen und/oder informellen Settings.

Sie mussten monatlich mindestens einen Einsatz vorweisen, die Einsatzdauer war den Rahmenbedingungen angepasst und unter-



schiedlich lang (meist zwischen 1,5–3 Stunden). Die ein bis zweistündigen Teamtreffen waren verpflichtend. Alle Einsätze wurden bei der Sozialversicherung gemeldet und über Honorarnoten monatlich abgerechnet. Zur Kontrolle mussten die ZGM die Einsätze bei Styria vitalis vorab anmelden und die Einsatzzeiten durch die KooperationspartnerInnen per Stempel oder Unterschrift bestätigen lassen. Die Abrechnungen erfolgten monatlich über Honorarnoten mit Beilage der TeilnehmerInnenlisten.



Es war Grundprinzip des Projektes, dass die MultiplikatorInnen für ihre Tätigkeit gerecht bezahlt bekamen. Die Ausbildungs-, Organisations-, Weg-, Administrations- und Dokumentationszeiten wurden nicht extra bezahlt sondern in die 31 Euro/Honorar/Einsatzstunde eingerechnet. Die Bezahlung half, die Motivation und Verlässlichkeit zu sichern und motivierte, aktiv neue Settings zu suchen. Die

meisten ZGM verdienten als geringfügig Beschäftigte unter der Zuverdienstgrenze – je nach Einsätze monatlich zwischen 100 – 380 Euro, eine ZGM verdiente mit kontinuierlichen Einsätzen bei den KinderärztInnen rund 900 Euro pro Monat. Alle wurden für ihre Einsätze bei der Sozialversicherung angemeldet. Die An- und Abmeldungen bedeuteten einen großen organisatorischen Aufwand.

Bei ihren Tätigkeiten in Ordinationen oder EB-Stellen trugen die MentorInnen Styria-vitalis-Ansteckkarten mit ihren Namen und Angabe der Funktion „Zahngesundheitsmentorin“.

In Warteräumlichkeiten wie bei Kinderärzten, Elternberatungsstellen oder der Marienambulanz sprachen die ZGM die Personen meist auf Deutsch an und wechselten bei Menschen aus ihrer eigenen Herkunftskultur auf ihre Muttersprache.

Zu den Einsätzen brachten sie in einer Sporttasche ein Gebissmodell mit Riesenzahnbürste mit, Infoblätter, Plakate, beispielhafte Lebensmittel, Spiele und für Kinder manchmal eine große Puppe. Zur Steigerung des Interesses, zum Demonstrieren oder zur Erhöhung der Nachhaltigkeit des Gesprächs verteilten sie altersgerechte Zahnbürsten und Zahnpasten. Diese stießen besonders bei der migrantischen Zielgruppe auf großes Interesse.



Genaueres Dokumentieren war eine wichtige Basis für Evaluation und Kontrolle.

Dokumentiert wurden Einsatzort, Einsatzzeit, Setting und Namen der TeilnehmerInnen, Geschlecht, Geburtsjahr, Anzahl und Alter der Kinder und Herkunftsland der Eltern. In manchen



Setting (z.B. Flüchtlingsheimen, Frauenhäusern oder einer Ambulanz für Nicht-Versicherte) waren solch genaue Angaben jedoch eine Herausforderung oder wurden von den TeilnehmerInnen generell abgelehnt. Nach gemeinsamer Diskussion zwischen Projektleitung, Evaluator und ZGM wurde in gut begründeten Ausnahmen und abgesprochenen Settings auch unvollständige Dokublätter von der Projektleitung akzeptiert. Sie wiesen dann statt den Namen nur „neu“ oder „schon bekannt“

auf, um sie für die Evaluation nicht ganz zu verlieren. Ausgezählt und ausgewertet wurden die Daten von Projektleitung und Evaluator.

Inhalte der Beratungstätigkeit

Die Inhalte der Beratungs- und Informationstätigkeiten der ZGM resultierten aus häufigen Fragen der Eltern und den zentralen Themen der Kariesprävention:

- *Wie entsteht Karies?*
- *Warum ist Karies bei Milchzähnen ein Problem, wenn diese sowieso ausfallen?*
- *Schlechte Zähne liegen bei uns in der Familie!*
- *Was kann man gegen schlechte Zähne tun?*
- *Was kann ich tun, wenn mein Kind nicht Zähneputzen mag?*
- *Wie viel Zahnpasta soll man nehmen?*
- *Wie putzt man die Zähne richtig?*
- *Sind Fluoridtabletten gut oder schlecht?*
- *Ab wann und wie oft soll man mit den Kindern zum Zahnarzt gehen?*
- *Was tun, wenn mein Kind kein Gemüse und am liebsten nur Süßes isst?*
- *Wie gewöhne ich meinem Kind den Schnuller ab?*
- *Mein Kind mag leider kein Wasser und trinkt fast nur Saft....*
- *Geheime Zuckerverstecke*
- *Was ist eine gesunde Jause?*

Partizipation und Empowerment

Partizipation und Empowerment sind Selbstverständlichkeit, Basis und Ziel, damit ein MultiplikatorInnenprojekt gelingen kann – das bezieht sich auf inhaltliche Themen, das Gestalten der Rahmenbedingungen, das Eingehen auf die Situation der AkteurInnen, auf den persönlichen Umgang.



In Graz konnte die Drop-Out-Quote der MultiplikatorInnen mit der Intensivierung der Begleitung und den monatlichen verpflichtenden und bezahlten Teamtreffs in der zweiten Projekthälfte auf Null gesenkt werden, es gab sogar zusätzliche InteressentInnen. Bei der weniger intensiven Teambetreuung in Bruck und Feldbach (2–3 x/Jahr persönliche Treffen, sonst Telefonkontakte) kam es zu stärkeren Ausfällen von ZGM. In Feldbach fielen beide ZGM ab Frühjahr 2013 wegen Schwangerschaft und Geburt aus und angesichts des nahenden Projektendes gab es keine neue Ausbildung oder Nachbesetzung mehr.

Das Empowerment war merkbar – alle ZGM waren stolz, die Prüfungen geschafft zu haben. Für eine türkische Frau war es die erste Qualifizierungsprüfung ihres Lebens und sie war nach ihrem Bestehen sehr stolz darauf. Die meisten konnten durch die bezahlte Arbeit zumindest ein kleines (Zusatz-) Einkommen, manche auch das Basiseinkommen für die Familie schaffen. Sie waren von der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit ihrer Community gegenüber überzeugt. Außerdem schilderten die ZGM, dass ihnen ihre Tätigkeit mit anderen MigrantInnen, der Kontakt mit KooperationspartnerInnen und den Eltern ein gutes Gefühl von Sinnhaftigkeit und Selbstwirksamkeit hinterließ und eine stärkere Verbundenheit mit ihrem lokalen Lebensraum. Die ZGM berichteten in den Reflexionen über keine negativen Kontakterlebnisse mit ÖsterreicherInnen oder Menschen aus anderen Kulturen – im Gegenteil!

Die Schulungen und Teamtreffen ließen auch interkulturelle Erfahrungen zwischen den ZahngesundheitsmentorInnen entstehen – und die Auseinandersetzung mit Diskriminierung, Rassismus und Vorurteilen kann durchaus auch zwischen verschiedenen MigrantInnengruppen sinnvoll sein.

Die Teamtreffen erleichterten Empowerment und Partizipation, dienten aber auch der Prozesskontrolle und dem Qualitätsmanagement. So halfen mehrmalige gemeinsame SWOT-Analysen (Stärken, Schwächen, Hindernisse, Chancen) einhellige Entscheidungen zwischen ZGM und Projektleitung bezüglich der Einsatzorte zu treffen – Ausbau, Beibehaltung oder Einschränkung?

im Rahmen der Abschlusspressekonferenz überreichte Gesundheitslandesrätin Mag^a Christine Edlinger-Ploder den ZahngesundheitsmentorInnen zum Projektabschluss eine Urkunde mit Dank und Anerkennung durch das Land Steiermark – ein formales Zeichen der Wertschätzung und Dankbarkeit im Namen des Landes.



2.2.3. Gestaltung und Weitergabe von Infomaterialien und Goodies

Für die Erstkontakte mit den KooperationspartnerInnen bewährte sich statt des ursprünglich geplanten Projektfolders eine Zusammenstellung von Kurzinformationen, die nach Bedarf adaptiert werden konnten und ausgedruckt zu Gesprächen mitgenommen oder gemailt wurden. Auch für die Öffentlichkeitsarbeit waren solche modularen Informationen hilfreich.

Für die schriftliche Information an Eltern verwendete Styria vitalis seit ein paar Jahren das Infoblatt „8 Fragen – 8 Antworten“, das Zahnarzt Dr. Maresch (Mitglied des Fachbeirats und Ausbilder) erstellt und aktualisiert hatte. Dieses Infoblatt über Zahnhygiene wurde mit Hilfe von ZGM und Übersetzungsbüros in neun Sprachen übersetzt (albanisch, arabisch, BKS– bosnisch/kroatisch/serbisch, englisch, farsi, französisch, russisch, rumänisch, türkisch) und je nach Bedarf der ZGM im Büro ausgedruckt.



1. مسواک زدن ؟
2 تا 3 بار در روز
صبح روز قبل از صبحانه و بعد از ناهار و شب قبل از خواب
در صورتی که دندانها را مسواک میزنید، در زیر آن صورت بعد از صبحانه و شب
2. مدت زمان مسواک زدن ؟
دقیقه 2
دقیقه 2 با مسواک زدن
ابتدا باید سطح دندانها را مسواک زد، سپس سطح داخلی دندانها در نهایت سطح روی دندانها را و سطح بیندندانها را
3. تکنیک مسواک زدن ؟
از سطح قدام (پیش) به طرف سطح خلفی (پشت)
باید جلای مسواک زدن در زیر آن صورت میاید دندانها مسواک میشود و دندانها جاساس میشوند
4. مسواک ؟
درجه مسواک مناسب متوسط تا نرم
فرجه: از جیب پالستیک
برگه: سر فرجه: 2-2.5 سانتیمتر
محل نگهداری مسواک: باید در محل بار نگهداری شود تا خشک بماند
مسواک برای: تمام کردن دندانها یا مسواک برای موزیر از مسواک دستی است
چوبی کردن مسواک: حداقل هر 8 هفته یکبار
5. خمیر دندان ؟
ppm500
مقدار مصرف به اندازه یک بند
از 6 تا 12 سالگی: خمیردندان با درصد فلوراید 1000 و 1500 ppm
از 12 تا 18 سالگی: خمیردندان با درصد فلوراید 1000 و 1500 ppm



Es wurden rund 4000 Infoblätter in verschiedensten Sprachen „ausgegeben – häufig gebraucht wurden deutsch, türkisch, bosnisch–serbisch–kroatisch, russisch, englisch, arabisch weniger oft albanisch, französisch, farsi (Iran/Irak) oder rumänisch.

Ausgegebene Zahnbürsten und Zahnpasten



Fast immer hatten die ZGM bei ihren Einsätzen auch Zahnbürsten und Zahnpasten dabei, die als Eisbrecher und Motivator für ein Gespräch, Erklärungsmuster für die Fluoridierung oder als kleine tägliche Erinnerung für die richtige Zahnhygiene dienten. Die Eltern waren über die kostenlosen Zahnpasten und Bürsten meist sehr erfreut. Die Zahnbürsten wurden angekauft, einen Großteil der Zahnpasten sponserte der Droge-riemarkt DM mit seiner Eigenmarke „Dontodent“.

Zahnbürsten 1 – 3 Jahre	Zahnbürsten 3–5 Jahre	Zahnbürsten 6 plus älter		Zahnpasten 500 ppm	Zahnpasten 1000 ppm	Zahnpasten 1450 ppm
2279 Stück	1258	729		1024	653	170
Gesamt 4366 Stück Zahnbürsten				Gesamt 1874 Zahnpasten		

2.2.4. Settings und Zielgruppenerreichung

Da das Projekt aufsuchend und möglichst zielgruppennah angelegt war, galt es, Settings zu finden, in denen sich sozioökonomisch benachteiligte ÖsterreicherInnen und MigrantInnen aufhielten und leicht erreichbar waren.

Es entwickelten sich drei verschiedene Einsatzvarianten in einer Vielzahl von Settings:



- **Regelmäßige Einsätze
bei kontinuierlichen KooperationspartnerInnen**

Die Einsätze in Wartezimmern von KinderärztInnen sowie Elternberatungsstellen fanden vierzehntägig oder monatlich statt und dauerten zwischen 2–4 Stunden. Die Erstkontakte liefen häufig über Styria vitalis, später organisierten die ZGM selbstständig solche Einsätze.

In Graz übernahm eine ZGM die regelmäßigen Beratungstätigkeiten bei sechs KinderärztInnen (Dr. Heidemarie Stix, Dr. Gertrude Kaltenbeck; Dr. Sonja Gindl; Dr. Olga Prehsfreund, Dr. Michaela Staudacher, Dr. Wolfgang Steger) – ÄrztInnen, die entweder viele MigrantInnen als PatientInnen haben oder ihre Ordination in sozio-ökonomisch benachteiligten Gebieten arbeiten. In Bruck ermöglichte Dr. Rudolf Hansemann in

Bruck/Mur, Dr. Geribert Rinner in Kapfenberg, Dr. Wilfried Gruber in Feldbach und Dr. Peter Maritschneg in Fehring monatlich Zugang zu seinen PatientInnen im Warteraum.

Ähnlich wurde bei den regelmäßigen, meist monatlichen Einsätzen in Elternberatungsstellen (EB) vorgegangen. Diese wurden vom Amt für Jugend und Familie der Stadt Graz genehmigt und unterstützt und über die Sozialräume und einzelnen Elternberatungsstellen organisiert. Aktiv beteiligte Elternberatungsstellen waren: EB Lend, EB Eggenberg, EB Wetzelsdorf, EB Straßgang, EB Gries, EB Triesterstraße und zum Schluss einige Einsätze in der EB Gösting. In Bruck /Kapfenberg über die EB-Stellen des Landes oder über Eltern-Kind-Gruppen organisiert.

Eine Mischform zwischen regelmäßigen und punktuellen Einsätzen waren die Informations-tätigkeiten für Eltern oder Putztermine mit Kindern bei freitäglichen Treffen in fünf Grazer Moscheen oder sonntags in den vorwiegend christlichen Kirchen.

Die Kontakte zu den Eltern in Wartebereichen dauerten unterschiedlich lang, manchmal nur ein paar Minuten – es ging um Beantwortung von Fragen, ein kurzes Verweisen auf die Themen, Verteilen von Infoblättern. Vorteilhaft war der Zugang zu Personen, die nicht zu selbst-organisierten Treffen oder Infoveranstaltungen kommen oder einer bestimmten Community zuordenbar sind. Je nach Bedarf und beratener Person liefen die Gespräche muttersprachlich oder in Deutsch ab.



- **Punktuelle Einsätze bei KooperationspartnerInnen**

Der zweite Zugang waren punktuelle, einzeln ausgemachte Einsätze bei Kooperationspartner. Die Projektleiterin oder die ZGM selbst klärten mit Vereinen und Institutionen Einsätze ab – z.B. bei Ausbildungs- oder Sprachkursen, Frauentreffpunkten, in Ambulanzen, Eltern-Kind-Gruppen, usw.

- **Selbstorganisierte informelle Einsätze**



Eine der wichtigsten Strategien von Zähne.Zeigen war es, die Netzwerke der MultiplikatorInnen in ihrer Rolle als Peers zu nutzen. Die ZGM waren angehalten eigenständig informelle Treffen mit Menschen aus MigrantInnen-Communities oder sozial benachteiligten ÖsterreicherInnen zu organisieren. Kleine oder größere Gruppen trafen sich in Wohnungen oder Siedlungen, auf Spielplätzen oder Parks zur Zahngesundheitsinformation.



Grundregel der Selbstorganisation in informellen Settings war es, dass mindestens 3 Personen /Stunde an einer Beratung/Gespräch teilnehmen mussten und diese vorher gemeldet werden musste. 13 verschiedenen ZGM haben informelle Settings mit durchschnittlich fünf bis sechs TeilnehmerInnen organisiert.

Bei den informellen Settings herrschte kein Zeitdruck (manche Treffen dauerten mehr als 2 Stunden) und so konnten Themen wie der Wert des Milchgebisses, gesunde Ernährung oder pädagogische Anliegen ausführlicher – und oft auch mit Peer-Funktion besprochen werden. Zeit, Ort und Namen der TN waren genau zu dokumentieren und in den Teamtreffen wurde darüber Bericht erstattet.

Die Statistiken über die Zahl der erreichten Personen und Settings siehe Kapitel 3.3

2.2.5. Öffentlichkeitsarbeit

„Zähne.Zeigen“ war sowohl durch den aufsuchenden Charakter und die vielen Kontakte breitflächig öffentlich, wurde aber natürlich durch klassische Öffentlichkeitsarbeit begleitet.

Zähne.Zeigen



Projektpräsentation Zähne.Zeigen

Bürgermeister Kurt Deutschmann, Kinderarzt Dr. Wilfried Gruber und Styria vitalis laden zur Projektpräsentation:



**Zähne.Zeigen –
ein neues Kariespräventionsprojekt für Kleinkinder in Feldbach**

Termin: Donnerstag, 20. September 2012, 15:45 Uhr

Ort: Ordination Kinderarzt Dr. Wilfried Gruber,
Bismarckstr. 9/1, 8330 Feldbach

Hintergrundinfo

Ob erste Zähne gesund oder kariös sind, hat für die Entwicklung eines Kindes eine weitaus größere Bedeutung als zahlreiche Eltern glauben – Zahngesundheit beeinflusst die Sprachentwicklung, das Selbstwertgefühl oder auch die soziale Akzeptanz innerhalb einer Gruppe. Im heurigen Jahr wurde sogar der tragische Tod eines dreijährigen Mädchens, welches im Rahmen der Behandlung stark

Die Öffentlichkeitsarbeit diente einerseits der Thematisierung der Zahngesundheit, der Bewerbung und Berichterstattung über das Projekt, hatte aber besonders in den ländlichen Regionen eine zusätzliche Funktion: sie machte die ZahngesundheitsmentorInnen, ihre Arbeit und Funktion bekannt. So berichtete eine Türkin aus Feldbach, dass es für sie wichtig war, zum Projektstart mit dem Kinderarzt, dem Bürgermeister und Styria vitalis auf einem gemeinsamen Foto der Pressekonferenz in den Regionalzeitungen aufzuscheinen, weil damit ihre Qualifizierung offiziell anerkannt wurde und ihrer Arbeit mehr Wertschätzung und Beachtung erhielt – sowohl von Seiten der eigenen Migrantinnenkultur als auch von Seiten der ÖsterreicherInnen, mit denen sie zu tun bekam.

Zähne Zeigen wurde jedes Jahr einmal der allgemeinen Öffentlichkeit präsentiert: im Sept. 2010 wurde einer Presseaussendung gemacht, zu Projektmitte (20.Sept. 2012 eine oPressekonferenz in Feldbach abgehalten und die Ergebnisse des Projektes am 25.Sept. 2013 (dem Tag der Zahngesundheit) in Graz vorgestellt.



Die Abschlusspressekonferenz von Zähne Zeigen (25. Sept.2013) wurde gemeinsam mit der steirischen Gesundheitslandesrätin Mag^a Edlinger-Ploder, zwei ZahngesundheitsmentorInnen, dem Kooperationspartner Caritas-Stadtwohnzimmer sowie Projektleitung und Geschäftsführerin von Styria vitalis durchgeführt und stieß auf großes Interesse der Medien.

Es berichteten: Austria Presse Agentur apa, Kleine Zeitung, Standard, Österreich, Steiermark Aktuell, Grazetta, Steiermark Report und der Gesundheitsserver des Landes Steiermark und es gab sogar einen kurzen Fernsehbeitrag (Steiermark heute) und zwei Radiobeiträge (ORF Radio Steiermark, Antenne Steiermark).

Nach einem Interview durch eine Ö1-Redakteurin mit der Projektleiterin im Rahmen der Public Health Tagung 2012 wurde das Thema Kariesprävention und das Projekt Zähne.Zeigen in einem „Journal Panorama“ zum Thema „Kindergesundheit“ einem österreichweiten Publikum zugänglich gemacht.

2.2.6. Know-How-Transfer

2010 und 2011 gab es Posterpräsentationen. Referate und Vorträge in der Fachöffentlichkeit: bei Omega, ÖBIG, FH Joanneum Bad Gleichenberg und der Fokusgruppe Gesundheitsbericht, Graz sowie eine Posterpräsentation bei der 5. Steirischen Gesundheitskonferenz in Graz. Die qualifizierten ZGM wurden 2012 inklusivem Foto in die Folder aller steirischen ZahngesundheitserzieherInnen aufgenommen.

In der zweiten Projekthälfte- Zähne.Zeigen wurde der Auf der Homepage von Styria vitalis wurden die Infos über Zähne.Zeigen während der Projektdauer mehrmals aktualisiert.

Im Sinne des Know-How-Transfers und zur Verbreitung der Projektergebnisse erfolgte der Transfer auf nationaler Ebene. Die Projektleiterinnen nahmen an mehreren Fachtagungen und Arbeitskreisen teil und brachten die Erfahrungen aus Zähne.Zeigen ein:

- bei der Fachtagung IKONE – Sozial- und Integrationsprojekte im Kommunalen Setting (26.11.2009 in Wien)
- bei zwei Fachtagungen des GÖG – ÖBIG (12.12.2009 und 19.2.2013 in Wien)
- bei der Fachtagung „Healthy Inclusion“ des Roten Kreuzes zur Entwicklung von Empfehlungen zur Integration von MigrantInnen (18.5.2010, in Wien)
- 15.Österreichischen Public-Health-Tagung in St. Pölten zum Thema „Kinder- und Jugendgesundheit: Messen-Planen-Fördern-Steuern“ vorgestellt. Fokusgruppe Gesundheit von ISOP „Barrieren im Gesundheitswesen“ 3.11.2012, Graz
- 2. und 3. Steirische Konferenz des Zusammenlebens (6.2.2013 und 5.2.2014 in Graz)

- beim halbjährlich stattfindenden österreichweiten aks-Arbeitskreis „Gesundheitsförderung für sozial Schwache in Wien (seit 2013 in aks „Gesundheitsförderung für sozio-ökonomisch Benachteiligte“ umbenannt)
- beim Assistentinnen-Programm des Österreichischen Zahnärztekongresses (3.10.2013)
- viel positive Rückmeldungen bekam Zähne.Zeigen bei der Fachtagung „Kultursensible Kariesprävention“ am 20.11.2013 in Graz

Zudem wurde Zähne.Zeigen der Fachöffentlichkeit in diversen Artikeln vorgestellt:

- „Am Start: Projekt Zähne.Zeigen – Kariesprävention trifft auf Gesundheitsförderung“ im Newsletter der Public Health-Gesellschaft 2/2010
- Projekt „Zähne.Zeigen“ – Kariesprävention trifft auf Gesundheitsförderung im Newsletter des Universitätslehrgangs Public Health – 29.1.2010, S.10
- Artikel *Prophylaxe* in der Zeitung der Zahnärzte-Kammer „Zahnarzt“, April 2010
- „Karies die Zähne.Zeigen“ in: „Gesundes Österreich“ Dez.2010, S. 37.
- „Zahngesundheit in 17 Sprachen“ in: „Gesundes Österreich“ Juli 2011.2010, S. 43
- „Zähne.Zeigen“ Bericht in „Gesundes Österreich“ Juli 2012, S. 44 – 45

Zähne.Zeigen zieht auch unerwartete Kreise – so berichtet z.B. Elisabeth Seidl in einem Kurzbericht über Migration und Pflege über Zähne.Zeigen und betont den Empowermentcharakter des Projektes. (s. „*Wege zur transkulturellen Pflege – mit Kommunikation Brücken bauen*“ Hrsg. Barbara Harold, facultas, Wien, 2013).

3. Ergebnisse und Evaluation

3.1. Projektergebnisse und -wirkungen

Im Projekt Zähne.Zeigen wurde offensichtlich, dass der Bedarf an mehr und zielgruppengerechter Information zum Thema Kariesprävention gegeben ist – belegt durch die Statistik der Zahnstatuserhebung sowie die vielen offenen Fragen und fehlende Kenntnisse, mit denen die ZahngesundheitsmentorInnen konfrontiert waren.

Das MultiplikatorInnenprojekt stieß auf großes Interesse der Eltern sowie Unterstützung durch angesprochene KooperationspartnerInnen (siehe Details im Kapitel 2).

Seitens der ZGM wurde die Präventionsarbeit als höchst sinnstiftend und zufriedenstellend, aber auch als herausfordernd (z.B. die Komplexität des Themas, die notwendige Eigeninitiative) wahrgenommen. Die Zufriedenheit mit den Arbeits- und Rahmenbedingungen war hoch, schwierig wurde die begrenzte Zeit des Projekts und die unsichere eigene Zukunftsperspektive erlebt. Zwei ZGM gelang es, durch Zähne.Zeigen langfristige Arbeitsplätze bei Kooperationspartnern zu erlangen.

Im Projekt Zähne.Zeigen konnte eindrucksvoll bewiesen werden, dass die Einbeziehung von MultiplikatorInnen und Peers in die Kariesprävention neue Zugänge zu Menschen mit Migrationshintergrund eröffnet. Informelle Informationskanäle konnten geöffnet und für die Verbreitung von Gesundheitsinformationen genutzt werden.

Schwierig war es, „sozio-ökonomisch benachteiligte“ MultiplikatorInnen ohne Migrationshintergrund zu finden – die Rolle der MentorInnen übernahmen auch hier letztendlich die MigrantInnen – über ausgewählte Kinderarztpraxen war aber eine Informationsweitergabe auch an diese Zielgruppe gut möglich.

3.2. Erreichte Zielgruppen und Settings

3.2.1. Zielgruppen und Communities

Zu erreichende Zielgruppe waren Eltern von 0–4 jährigen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund.

Eine klare Abgrenzung von Eltern mit älteren Kindern war kaum möglich, aber die Begrenzung gab einen guten Rahmen vor, sich immer wieder erneut auf die Kariesprophylaxe bei Kleinkindern zu konzentrieren.

Um den sozio-kulturellen und sprachlichen Zugang zu den Zielgruppen zu erleichtern wurde mit der MultiplikatorInnen gearbeitet.

Die ausgebildeten Peers brachten die multilinguale Ressource ihrer verschiedenen Herkunftskulturen sowie von 15 Sprachen ein:

in Graz: *türkisch, kurdisch, arabisch, bulgarisch, edo, englisch, persisch, russisch, tschetschenisch, slowenisch, kroatisch*

in Bruck: *albanisch, armenisch, bosnisch, kroatisch, rumänisch*

in Feldbach: *türkisch / kurdisch.*

Im ersten Umsetzungsjahr 2010 fanden 21 Einsätze (15 davon in Elternberatungstellen) mit 134 erreichten Personen statt. In der folgenden Tabelle sind diese Zahlen noch nicht integriert, da das detaillierte Dokumentationssystem erst mit Beginn 2011 von allen ZGM richtig und einheitlich verwendet wurde. Rechnet man 2010 dazu, konnten 762 Einsätze mit 5175 persönlichen Kontaktgesprächen dokumentiert werden.

Die Auswertung der Dokumentationsbögen ergab:

Zwischen Jänner 2011 und September 2013

haben die 18 Zahngesundheitsmentorinnen in:

814 Einsätzen

5175 persönlichen Kontaktgespräche geführt und dabei nach Abzug der Doppelkontakte

4.888 Familien/Personen erreicht.

Diese 4.888 Personen waren Eltern von **9300 Kindern**,

von denen

4959 Kinder zwischen **0 Jahren** und dem **4. Lebensjahr** waren.

1087 Eltern wurden mehrfach erreicht.

3800 informierte Eltern (= 78 %) hatten **Migrationshintergrund**

1088 informierte Eltern (= 22 %) waren **ÖsterreicherInnen**.

Die Eltern stammten aus 78 Herkunftsländern.

Das Durchschnittsalter der erreichten Personen je nach Herkunftskultur lag zwischen 28 –29 Jahren.

Erklärbar ist das stärkere Erreichen von MigrantInnen durch den eigenen migrantischen Hintergrund der MultiplikatorInnen, bessere Vernetzung und vielen informellen Einsätzen in den Communities.

ÖsterreicherInnen, wurden vorwiegend über die Wartezimmer von KinderärztInnen, Elternberatungsstellen und Eltern-Kind-Gruppen erreicht, die MigrantInnen vorwiegend über Wartezimmer von KinderärztInnen, NGOs, Moscheen und Kirchen und informelle Settings wie Parks, Schwimmbäder oder Treffen in Wohnungen.

Schwieriger als gedacht war es, ganz „frischgebackene Eltern“ oder Schwangere zu erreichen – es zeigte sich, dass die Zahngesundheit in diesem Fall von nachrangiger Bedeutung und damit geringem Interesse war.

Bei einzelnen Gruppen von MigrantInnen konnte ein äußerst hoher Abdeckungsgrad der Zielgruppe erreicht werden z.B. TürkInnen, NigerianerInnen, Menschen aus Ost- oder Zentralasien. So wurden von den 4321 staatsangehörigen TürkInnen, die in Graz zur Projektmitte (1.1.2012) mit Hauptwohnsitz in Graz gemeldet waren, 1.333 erwachsene TürkInnen über Zähne Zeigen angesprochen. Sie sind Eltern von 2715 Kindern.

Eine ähnlich gute Abdeckung erreichte man auch bei den 863 in Graz gemeldeten NigerianerInnen (2012). 464 Eltern mit Herkunftsland Nigeria (und damit indirekt 214 Kinder) wurden von ZGM informiert.

ANHANG 3 Projektergebnisse in tabellarischer Form

	GESAMT		Österreich		EU 15		Türkei		Südost-Eu		OE / ZA		Afrika		Südostasien		andere/missing	
	E	K (<5y)	E	K (<5y)	E	K (<5y)	E	K (<5y)	E	K (<5y)	E	K (<5y)	E	K (<5y)	E	K (<5y)	E	K (<5y)
KÄ	2268	4775 (2710)	456	730 (512)	8	15 (14)	676	1557 (786)	485	910 (573)	271	651 (363)	213	551 (283)	92	194 (129)	69	167 (50)
EB	489	739 (538)	316	474 (347)	11	13 (13)	43	90 (40)	22	42 (27)	42	73 (45)	22	39 (25)	9	18 (15)	24	199 (26)
Mo	296	595 (343)	0	0	0	0	0	0	2	1 (0)	204	481 (300)	64	76 (26)	1	2 (1)	25	35 (16)
SO	1132	2256 (1086)	213	341 (205)	21	47 (30)	428	968 (433)	102	213 (102)	121	210 (93)	164	333 (169)	35	58 (24)	48	86 (30)
NGOs	413	635 (282)	62	74 (45)	5	6 (5)	70	100 (51)	43	74 (34)	56	68 (32)	95	179 (67)	40	73 (23)	42	61 (25)
SUM	4888	9300	1088	1619	46	81	1333	2715	654	1240	694	1483	558	1178	177	345	338	548

KÄ = Kinderärzt/innen

E = Eltern

EB = Elternberatungsstellen

K = Kinder

Mo = Moscheen

<5y = Kinder von 0-4 Jahren

SO = selbstorganisierte Einsätze

NGOs = Integration mit Angeboten von NGOs

3.2.2. Die erreichten Settings

Es gab unterschiedliche Wege, die Zielgruppen und Communities zu erreichen, allen Zugängen lag jedoch eine Bringstrategie zu Grunde.

Die größte Anzahl der Eltern wurde über folgende Settings informiert:

- über die Kinderärzte in 11 verschiedenen KA-Praxen (n= 2.268)
- die zweitgrößte Anzahl über die Selbstorganisationen der ZGM (n= 1132)
- die drittgrößte Anzahl an Eltern über die Elternberatungsstellen (n= 644).
- 413 Elternteile erreichte man über verschiedenste NGOs.

Die Warteräume der Kinderarztpraxen, aber auch über Kooperationen mit NGOs sowie in Moscheen waren geeignet, um eher jüngere Gruppen von Eltern mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von Kindern pro Familie zu erreichen.

In den Warteräumen handelte es sich um kürzere Gespräche (2–10 min) und es man musste auch immer mit Störfaktoren rechnen. Es zeigte sich aber als sehr guter Zugang, MigrantInnen, aber auch Österreicherinnen zu erreichen, wenn man jene Ärzte aussuchte, die in benachteiligten Wohnbezirken arbeiteten oder einen großen Zugang der Zielgruppe hatten. Die Wartesituation erwies sich günstig und könnte auch auf SV-Ambulanzen ausgedehnt werden. 92,4 % der wartenden Eltern bei Kinderarztpraxen (6 in Graz und jeweils eine in Bruck, Kapfenberg, Feldbach und Fehring) waren Frauen, nur 7,6% (n= 154) Väter.

Zwei Drittel der bei 102 Einsätzen in den Elternberatungsstellen erreichten Personen (n = 644) waren ÖsterreicherInnen (davon 97,2% Frauen). Tendenziell handelte es sich eher um ältere Elternteile mit weniger kinderreichen Familien. Grundsätzlich ist zu sagen, dass sich das Setting der Elternberatungsstellen für die Kariesprophylaxe nur beschränkt eignet, wenn es um die Erreichung sozial benachteiligter Personen oder um das Thema Zahngesundheit geht. Das Interesse ist nur manchmal da, wenn es auch wichtige Informationen für frischgebackene Eltern zum Thema Zahngesundheit gäbe – die Eltern haben häufig subjektiv andere Bedürfnisse an Beratung, Schriftliche Informationen zur Kariesprävention bei Babies würden hier eventuell genügen.

Tiefere und länger dauernde Gesprächen gab bei selbstorganisierten Treffen (n= (Wohnungen, Siedlungen, Cafés, Park, Moscheen usw.

In Moscheen wurden 32 Einsätze (20 davon 2012) mit 293 Familien dokumentiert.

Interessant ist auch, in welcher Rolle die ZGM in den verschiedenen Settings wahrgenommen wurden: Im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung innerhalb der Evaluation konnte festgestellt werden:

„Die Wahrnehmung der ZGM durch die Eltern in den Interventionssettings war den Beobachtungen zufolge unterschiedlich ausgeprägt, wobei bei den Einsätzen in Facharztpraxen die ZahngesundheitsmentorInnen eher als „ExpertInnen“, also in der institutionellen Rollenerwartung des Settings, und in selbstorganisierten sozialen Treffpunkten eher als „Peers“, also als Gleiche unter Gleichen, wahrgenommen wurden“ (Pammer, S. 23).

Zähne.Zeigen erfüllt mehrere Funktionen: es ist sowohl ein Kinder- und Elterngesundheitsförderungsprojekt, ein Peers- und MultiplikatorInnen-Projekt, eines von Empowerment und Partizipation.

3.3. Von Projektzielen und Ergebnissen

Zähne Zeigen wollte neue Zugänge zu Eltern von 0–4 jährigen Kindern finden und, bzw. Eltern verschiedenster Herkunftskulturen ansprechen, Netzwerke zu Zahngesundheit verstärken und KooperationspartnerInnen gewinnen und MultiplikatorInnen in einem partizipativen und empowernden Prozess aktiv miteinbeziehen.

Konkrete Projektziele waren:

Ziel	Ergebnis	Bemerkung
12 ausgebildete Zahngesundheitsmentorin in 3 Regionen	24 ausgebildete ZGM in 3 Regionen, davon waren 18 Personen im aktiven Einsatz 11 in Graz 5 im Bezirk Bruck 2 im Bezirk Feldbach	Da eine Maßnahme die Selbstorganisation von Einsätzen im eigenen Umfeld war und das Interesse der MigrantInnen an Mitarbeit ungebrochen, wurde bei der 4. Schulung weiteren InteressentInnen die Chance geboten, sich zu qualifizieren und in ihrer Grazer Community oder neuen Settings Einsätze zu organisieren. Für die Arbeit in den Communities in Feldbach und Bruck genügten 2–5 ZGM.
Verringerung von Informationsdefiziten bei Eltern zum Thema Zahngesundheit	Die Eltern wurden alle persönlich angesprochen, einzeln oder in Gruppen. Je nach Bereitschaft und Interesse gab es Basisinformationen, die Beantwortung offener Fragen oder ein längeres Gespräch-situationsbezogen entweder in Deutsch, einer Muttersprache oder Drittsprache. Bei/ nach den Gesprächen wurden schriftliche Informationsblätter in 10 Sprachen weitergegeben.	Von der Verringerung des Informationsdefizits wird durch die persönlichen, individuellen Gespräche ausgegangen. Die Rückmeldungen von KooperationspartnerInnen belegen das. Es gab aber keine Erhebung zum Wissen der Eltern vor und nach der Intervention.
200 zielgruppengerechte niederschwellige Veranstaltungen zur positiven Beein-	Die ZGM hielten 814 Einsätze in unterschiedlichen Settings.	Ermöglicht wurde die große Menge an Einsätzen durch die hohe Zahl an ZGM, die Heterogenität der MultiplikatorInnen,

flussung von Verhalten in Bezug auf Zahngesundheit		ihrem Engagement, den vielfältigen Zugangsstrategien, der Unterstützung durch die KooperationspartnerInnen.
Finden und Weiterentwickeln neuer Zugänge zu den ZG unter Einbeziehung von Personen aus den verschiedensten Herkunftskulturen und der Sensibilisierung von Personen, die mit der ZG arbeiten	Viele neue räumliche Zugänge wurden gefunden oder erprobt und für gut befunden: Wartezimmer von Kinderärzten, EB-Stellen, E-K-Zentren, Sozialräume, Wohnungen und Siedlungen, Parks, Schwimmbäder, Moscheen, Kirchen, Ausbildungskurse. Der persönliche Zugang über die MultiplikatorInnen verlief positiv. In den Kontaktgesprächen mit den potentiellen Kooperationspartnern wurde dem Thema neue Aufmerksamkeit geschenkt.	Viele KooperationspartnerInnen (z.B. SozialarbeiterInnen, Jugendamt, Kinderärzte,..) erkannten mit der Zeit die Potentiale des relativ engen Themas Zahngesundheit – es eignet sich auch, um Basisinformationen zum Gesundheitswesen, gesundheitsförderndem Verhalten, oder Werten zu vermitteln, als Die räumliche Begrenzung von zwei Projektbezirken wurde in Graz aus strategischen Gründen aufgegeben. Der Zugang zu benachteiligten ÖsterreicherInnen bräuchte weitere Überlegungen.
Aufbau von Kooperationspartnerschaften, Verstärkung der Vernetzung zum Thema Zahngesundheit	Es gab mehr als 40 KooperationspartnerInnen, Netzwerke zwischen den Kooperationspartnern gelangen dagegen nur in sehr geringem Ausmaß. Der Fachbeirat funktionierte als Netzwerk sehr gut.	Mit Ausnahme des Fachbeirats scheint es keinen Bedarf /kein Bedürfnis/ oder keine Zeit für eigene Netzwerke zum Thema Zahngesundheit zu geben. Allerdings gaben einige PartnerInnen zu verstehen, dass sie an bedarfsorientierten punktuellen und flexiblen Kooperationen zur Zahngesundheit auch nach Projektabschluss interessiert sind.

3.4. Evaluation

3.4.1. Formen der Evaluation

Das Projekt wurde intern und extern evaluiert. Interne Evaluationen gab es zudem kontinuierlich durch die Projektleitung, die ZGM, die Steuerungsgruppe sowie den Fachbeirat.

Extern evaluierte DSA Christoph Pammer MPH, MSC (siehe Pammer 11/2013). Die Evaluation wurde vorwiegend zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung eingesetzt, die sowohl die Umsetzungsprozesse, als auch die Ergebnisse des Projektes erfassen sollte. Prozessbegleitende

Ziele der **externen Evaluation** waren:

- Analyse und Überprüfung von relevanten Projektdimensionen inkl. Zugang und tatsächliches Erreichen der Zielgruppen (Strukturen/AkteurInnen, Prozesse und Ergebnisse)
- Analyse und kontinuierliche Qualitätsverbesserung hinsichtlich zentraler Handlungsprinzipien des Projektes (Partizipation Empowerment, Vernetzung)
- Prozess- und Ergebnisorientierung mit Schwerpunkt auf formative Evaluationsaktivitäten

Die Methoden/Vorgangsweisen der externen Evaluation:

- die Projektleitung sollte durch Prozessberatung sowie durch eine Fokusgruppe mit einer türkischen Familie darin unterstützt werden, mit begrenzten Ressourcen verschiedene Zugangswege zu den Zielgruppen zu erschließen und dabei neue Erfahrungen im Hinblick auf die unterschiedlichsten Settings und Zielgruppen unter interkulturellen Aspekten zu analysieren. Das geschah einerseits in Form einer Prozessberatung, andererseits durch quantitative und qualitative Erhebungen.
- Die qualitativen Aspekte von Zähne.Zeigen wurden durch qualitative Interviews mit Kooperationspartnern und ZGM sowie einer systematischen teilnehmenden Beobachtung während ihrer praktischen Tätigkeit in unterschiedlichen Settings erhoben.
- Durch die Analyse der personenbezogenen Dokumentation inkl. der Übertragung schriftlicher Dokumentationsbögen in elektronische Daten, ihre Analyse und regelmäßige Berichterstattung wurden quantitative Erfolge sowie Veränderungen in der Inanspruchnahme der Projektangebote dargestellt.

ad Prozessberatung

Zu Projektbeginn gab es fünf mehrstündige Klausuren mit der Projektleitung, um Strategien Prozesse und Methoden gemeinsam zu analysieren und zu reflektieren und die Suche nach Kooperationspartnerschaften und MultiplikatorInnen zu begleiten. C. Pammer konnte seine guten Kenntnisse der Grazer Strukturen und MigrantInnencommunities in die Reflexionen gut mit einbringen. Mit der Zeit reduzierte sich die reflexive Funktion der Prozessberatung, der Evaluator unterstellte dem Projekt „hochgradigen Erfolg“.

Neben der externen Evaluation durch C. Pammer begleitete die Steuerungsgruppe und der Fachbeirat das Projekt durch Strategie- und Verlaufsreflexionen.

ad Quantitative Evaluation

Die von den ZGM geführten Dokumentationen wurden monatlich durch die Projektleiterin überprüft (Controlling) und halbjährlich durch den Evaluator in Bezug auf Kontinuität, Zugangswege, Verschiedenartigkeit der Settings, Erreichung der Zielgruppe, Inanspruchnahme des Angebots, Herkunftskulturen, Anzahl und Alter der TeilnehmerInnen und der Kinder, und Einsatz der ZGMs ausgewertet. (Ergebnisse siehe weiter oben).

Die quantitative Erhebung war äußerst sinnvoll zur Dokumentation von Erfolg oder Lückenhaftigkeit vom Projekt. Gleichzeitig war es manchmal kein leichtes Unterfangen für die ZGM, da einige TeilnehmerInnen skeptisch waren, was mit den Daten passieren würde – verstärkt dadurch, dass in einigen Settings z.B. der Marienambulanz für Nicht-Versicherte oder in Frauenhäusern Menschen im Graubereich der Legalität oder mit Angst vor Kontrollen betreut werden. In Einzelfällen gab es deshalb für die ZGM die Möglichkeit anstatt des Namens „neu“ oder „schon bekannt“ einzutragen, um den Rest der Daten nicht aus der Dokumentation zu verlieren.

Die quantitative Evaluation ermöglichte auch die Sinnhaftigkeit der Einsätze zu hinterfragen und eine bessere Steuerung. So wurden ab 2013 die Einsätze in jenen Elternberatungsstellen reduziert oder ganz gestrichen, die kaum neuen KlientInnen betreuten oder nur sehr wenig Zulauf hatten (z.B: EB Lend – obwohl Lend eigentlich Ausgangsbezirk des Projektes war)

C.Pammer leitet von der „*hohen Dokumentationsqualität*“ der quantitativen Erhebung ab, dass sie indirekt auch „*ein Ausdruck funktionierender formaler Projektprozesse*“ sei.

ad qualitative Evaluation

Aufbauend auf der Theorie des „Health Belief Models“ überprüfte der Evaluator die Interaktionskompetenz der ZGM.

Er stellte fest, dass diese auf die Informationen auf die Verhaltenskompetenzen fokussierten – d.h. sie vermittelten stärker, was man wissen soll und wie man es richtig macht als negative Motivationsfaktoren.

Um festzustellen, ob und wie die Zielgruppe durch die ZGM erreicht wurde, führte eine Praktikantin des FH Joanneum Bad Gleichenberg – Bianca Langmann – in Absprache mit dem Evaluator 12 teilnehmende Beobachtungen von 6 ZahngesundheitsmentorInnen in 4 verschiedenen Settings durch. Die teilstandardisierten Beobachtungsbogens wurden von Christoph Pammer ausgewertet.

Der Evaluator führte mit 4 ZahngesundheitsmentorInnen (zwei in Graz, zwei in Bruck) und teilstandardisierte Interviews durch. Die geplanten Interviews mit den Feldbacher ZGM mussten wegen deren Schwangerschaft/Entbindung entfallen.

Die Auswertung ergab, dass die Befragten die Schulung als sehr gut und hochgradig relevant für ihre praktischen Arbeit bewerteten; sie waren meist sicher bei inhaltlichen Fragen, identifizierten sich stark mit dem Projekt und konnten alle auf Nachfrage eine Episode erzählen, in der die Wirkung des Projektes für sie offensichtlich wurde.

Die Projektleiterin führte in einer Teamsitzung im März 2013 mit den ZGM eine SWOT-Analyse durch und erhob die Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Hindernisse in den wichtigsten Settings – das Abrufen der Erfahrungen der ZGM gab wichtige Hinweise auf zukünftig mögliche Elternarbeit in der Kariesprävention.

Intern wurde das Projekt durch die Steuerungsgruppe, bestehend aus Geschäftsführung und Leiterin der Kariesprophylaxe in Evaluationsgesprächen sowie durch Selbstevaluationen kritisch begleitet.

3.4.2. Ergebnisse der Evaluation zu den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung

betr.: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Partizipative, aufsuchende Informationsprojekte wie Zähne.Zeigen tragen zur Erhöhung der Chancengerechtigkeit bei. Durch die Auswahl bestimmter Settings (z.B. bestimmte KinderärztInnen, Siedlungen, Parks usw.) ist eine verstärkter Zugang zu Personen mit sozio- und/oder ökonomischer Benachteiligung gegeben. Zur Integration sozio-ökonomisch benachteiligter ÖsterreicherInnen als MultiplikatorInnen liegt aus diesem Projekt die Erfahrung vor, dass es schwieriger scheint, benachteiligte ÖsterreicherInnen als Peers zur Präventionsarbeit (Health promotion) zu gewinnen als MigrantInnen.

Gründe dafür liegen möglicherweise darin, dass

- allgemeine sozio-ökonomische Benachteiligung schwieriger zu definieren ist als „Menschen mit Migrationshintergrund“
- diese Personen als Gruppe sich seltener in Beratungsstellen oder Betreuungseinrichtungen bündeln
- eine enge Vernetzung mit Peers für viele MigrantInnen sehr wichtig ist und damit einen strukturierten Zugang ermöglicht.
- die Einkommensmöglichkeiten von MigrantInnen noch geringer sind als die von ÖsterreicherInnen und sich diese deshalb an einem Beschäftigungsprojekt gerne beteiligen
- bei den ökonomisch benachteiligten Bereitschaft, eine Ausbildung zu machen möglicherweise geringer ist, andererseits, andererseits auch, weil
- sozioökonomisch benachteiligte ÖsterreicherInnen einer Informationstätigkeit durch Menschen mit guten Ausbildungen (ÄrztInnen, Lehrpersonen usw.) und hohem Sozialstatus eventuell mehr vertrauen als Leuten aus der eigenen Gruppe

betr.: Zielgruppen, Setting- und Determinantenorientierung

Alle Formen der Evaluationen in Zähne Zeigen belegen, dass die Zielgruppe (Eltern von Kindern zwischen 0–4 Jahren mit und ohne Migrationshintergrund) in hohem Ausmaß erreicht , gemessen an den Ressourcen eine „*fulminante Reichweite*“, (Pammer, S. 39) und eine große Vielzahl an Settings erschlossen wurde. Bei einzelnen MigrantInnengruppen wurde "*vermutlich mehr als die Hälfte der überhaupt hier lebenden Menschen mit Migrationshintergrund erreicht*."

Pammer bestätigt dass überdurchschnittlich jene Zielgruppen durch Zähne.Zeigen erreicht wurden „*die auch einen hohen zahngesundheitlichen Bedarf aufweisen, was das Wirkungspotential der Intervention erhöht und damit einen tatsächlich messbaren Effekt* (Anmerkung GS: bei einer zukünftigen Zahnstatuserhebung) *auch statistisch wahrscheinlicher werden lässt*“.

Er berichtet, dass auf Basis der Beobachtung von Körpersprache und Gesprächsinhalten sowohl jüngere Eltern/Eltern von Babies als auch erfahren Eltern in Mehrkeimfamilien als grundsätzlich interessierte Gruppen bezeichnet werden können, wobei gebildete Eltern sich stärker auch am Projekthintergrund und -Verlauf interessiert zeigen. Pammer berichtet aber auch von einer Vorselektion der anzusprechenden TeilnehmerInnen durch die ZahngesundheitsmentorInnen – z.B. in Wartezimmer.

Pammer attestiert, dass das Interesse der Eltern laut teilnehmender Beobachtung (Langmann/Pammer) abhängig von der Schichtzugehörigkeit ist, betont aber, dass er diese Aussage wegen fehlender Sprachhindernisse nur auf Eltern ohne Migrationshintergrund (ÖsterreicherInnen) machen könne „*Viele interessierte Eltern sind dem Vernehmen nach im Vergleich mit allen beobachteten Eltern überdurchschnittlich gebildet und interessieren sich teils für Hintergründe der Projektaktivitäten bzw. begrüßen die Initiative explizit*.“ Weiters stellt er fest: „*Das Interesse ist abhängig von der wahrgenommenen Bedrohung durch Zahnerkrankungen*“ und „*von der Integration der Zahngesundheitsmentorin*“.

Die durchgeführten Strategien wird durch die externe Evaluation positiv bewertet „*Die von Styria vitalis getroffene Auswahl der Informationstechniken entspricht in hohem Maße jenen Komponenten, deren Einsatz in Evaluationsstudien zu Erfolgen führte*.“ (Pammer, vgl. Kap, Strategische Bewertung, S. 38–40).

Partizipation und Empowerment

Der Evaluator stellte eine hohe Identifikation der ZGM mit dem Projekt fest.

Außerdem diagnostiziert er, dass die persönlichen und sozialen Kommunikationskompetenzen der ZGM ein wesentlicher Wirkfaktor bei der Erreichung der Zielgruppen und der Kooperationspartner sind.

Gleichzeitig weist die Evaluation auf eine Diskrepanz hin: – einerseits sind die ZGM mit ihren Arbeitsbedingungen hochzufrieden, andererseits lassen die Herausforderungen von Zähne zeigen (z.B. Eigeninitiative bei der Selbst-Organisation, ...) die Arbeit der ZGM auch für manche ZGM selbst als schwierig erscheinen.

Die Partizipation hat auch einen

betr.: Ressourcenorientierung und Nachhaltigkeit

Der Evaluator vermerkt die Kritik der ZGM am Projekt, dass Zähne.Zeigen trotz der erlebten Sinnhaftigkeit und dem bestätigten Erfolg durch die fehlende Folgefinanzierung nicht in gleicher Weise weiterbestehen kann und auch die existentielle Lage der ZGM durch das Projekt nicht nachhaltig gesichert werden kann.

Der Evaluator gleichzeitig auch positive Schlüsse in Bezug auf die Nachhaltigkeit:

„In Zusammenschau dieser externen Evidenz kann davon ausgegangen werden, dass die Projektstrategie, die durch eine sehr hohe Abdeckung sehr erfolgreich implementiert wurde, auch wegen der hohen Wirksamkeitserwartungen der Kurzintervention taugt. Zumindest in einzelnen MigrantInnengruppen mit schlechter zahngesundheitlicher Ausgangslage steht ein Effekt von Zähne.Zeigen auf eine signifikante Veränderung der Zahngesundheit vier -und sechsjähriger Kinder in einer nächsten repräsentativen Zahnstatuserhebung in Aussicht.“

Ob das angesichts der

3.5. Die Zeit nach Projektende

3.5.1. Das Weiterwirken von Zähne.Zeigen

a) bei den ZahngesundheitsmentorInnen selbst

Wenn auch manche ZGM schon länger in Österreich lebten oder gar hier geboren waren und zirka ein Drittel der Frauen sehr gutes Deutsch sprachen, waren die Anforderungen für viele Frauen doch recht hoch – Im Laufe ihrer Ausbildung und ihrer Einsätze haben sich ihre Deutschkenntnisse verbessert, sie haben Prüfungen bestanden und ihre Fähigkeit, sich im österreichischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystem zu Recht zu finden, erhöhte sich. Empowerment und Partizipation führte bei einigen ZGM zu einer merkbaren Erhöhung ihrer Selbstsicherheit. Ein besonders wichtiger Aspekt war aber auch, dass sie nicht mehr vorrangig als MigrantInnen wahrgenommen wurden sondern als Frauen mit Wissen, vielfältigen Kompetenzen und Engagement.

Leider war es auf Grund von Finanzverschiebungen (noch) nicht möglich ZahngesundheitsmentorInnen in das Kariesprophylaxeprogramm für Kindergärten und Volksschulen aufzunehmen, aber zwei ZahngesundheitsmentorInnen arbeiteten danach noch bei einem weiteren Kariesprojekt von Styria vitalis (Kultursensible Kariesprävention) mit und zwei andere fanden auf Grund ihrer Tätigkeit als Zahngesundheitsmentorin bei Grazer MigrantInnenberatungsstellen (Hippy und Ikemba) eine Teilzeitarbeit.

b) bei den MitarbeiterInnen von Styria vitalis, den Mitgliedern des Fachbeirats

Die beruflichen Begegnungen oder privaten Gespräche mit Frauen aus vielen verschiedenen Herkunftskulturen führte bei einigen MitarbeiterInnen von Styria vitalis, bei manchen ZahngesundheitserzieherInnen oder den Mitgliedern des Fachbeirats dazu, dass die MigrantInnen differenzierter wahrgenommen wurden –plötzlich war die Frau mit Kopftuch im Gang nicht mehr nur „eine Türkin“ oder eine „Muslimin“,

sondern sie wurden per Namen erkannt, manche entdeckten die Leistungen und Kompetenzen der Frauen und ihre beruflichen Ausbildungen (z.B. Volkswirtin, EDV-Technikerin, Pflegefachkraft, Tierärztin, Geschäftsfrau, Buchhalterin, Studentin oder Kinderbetreuerin) oder interessierten sich für ihre Lebenssituationen in Österreich (alleinerziehende Mutter, anerkannter Flüchtling, Krankheit).

Im Kontext Prävention und Gesundheitsförderung wurde über die Zahngesundheit hinaus erkannt, wie wichtig es für die Gesundheitsförderung ist, die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in die Projekte und Strukturen partizipativ miteinzubeziehen.

c) in Programmadaptionen und Weiterentwicklungen bei Styria vitalis

Die Projekterfahrungen und Rückmeldungen der Stakeholder im Feld lehrten, wie wichtig es ist, die Eltern- und Netzwerkarbeit im flächendeckenden Kariesprophylaxeprogramm von Styria vitalis zu verstärken und systematisch und dynamisch in diese Präventionsarbeit einzubauen.

Im Falle zukünftiger Personalnachrückungen wird versucht, auf die ausgebildeten ZGM zurückzugreifen.

Weiters wird die Abteilung „Kariesprävention“ von Styria vitalis dem Bedürfnis nach Vernetzung seitens der Mitglieder des Fachbeirats auch nach Projektende Rechnung tragen.

Zähne.Zeigen hat auch innerhalb von Styria vitalis sichtbar und erlebbar gemacht, wie notwendig und sinnvoll eine verstärkte Partizipation von Betroffenen und Peers in der Gesundheitsförderung ist und wie bedeutend und chancenreich eine stärkere Verankerung des Themas Interkulturalität in bestehende Programme ist.

d) durch neue Kooperationspartnerschaften

Zu einigen KooperationspartnerInnen brachte Zähne.Zeigen den ersten direkte Kontakt und einige würden gerne auch nach Projektende die Möglichkeit haben, flexible MultiplikatorInnen mit Migrationshintergrund einsetzen zu können. Eine ZGM mit slowenischem Migrationshintergrund arbeitet weiter als ZGE und wird neben anderen für solche Aufgaben zur Verfügung stehen. Die sprachliche Vielfalt wird aber leider nicht mehr gegeben sein.



Manche Kooperationspartnerschaften (z.B. Moscheen) liefen vorwiegend über den persönlichen Kontakt der ZGM, da sie eigenverantwortlich Settings finden konnten. Eine stärkere Bindung direkt zu Styria vitalis wäre auch aus Stabilitätsgründen wünschenswert gewesen, konnte jedoch u.a. auf Grund von Ressourcenknappheit der Projektleitung nicht umgesetzt werden. Zu einigen Einrichtungen wie Stadtwohnzimmer, Marienambulanz, einige Elternberatungsstellen gelang jedoch eine stärkere direkte Bindung zu Styria vitalis, auf die bei Bedarf zurückgegriffen, bzw. aufgebaut werden kann.

e) in der Veröffentlichung partizipativ entwickelter, kultursensibler Kariesinfoblätter

Die Rückmeldungen der ZGM hatten gezeigt, dass einige wichtige Fragestellungen von MigrantInnen zur Zahngesundheit durch die Übersetzungen der „8-Fragen, 8-

Antworten“ nicht behandelt worden waren – z.B. der Wert des Milchgebisses, die Erklärung, was Karies ist, das Thema Zucker und Getränke. Aus diesem Grund wurde ein Parallelprojekt, finanziert über den Rahmen entwickelt („KUKA – kultursensible Kariesprävention“), das in einem gemeinsamen Prozess mit MigrantInnenvertreterInnen aus mehr als 10 Herkunftskulturen einfache Infoblätter zum Downloaden entwickelte.

Diese KUKA-Infoblätter stehen seit Februar 2014 auf der Homepage von Styria vitalis zur Verfügung und sind in 15 Sprachen downloadbar (www.styriavitalis.at).

f) durch den **lokalen und nationalen Know-How-Transfer**

Neben zahlreichen Artikeln über das Projekt wurden die Anliegen und Erfahrungen aus dem Projekt „Zähne.Zeigen“ bei Kongressen und Arbeitskreisen weitergegeben. Die Erfahrungen von Zähne.Zeigen erweckten reges Interesse bei TeilnehmerInnen österreichweiter Kongressen oder Arbeitsgruppen. Es gelang erstmals auch „Migration und Zahngesundheit“ bei den Zahnarzt-AssistentInnen und manchen ZahnärztInnen zu thematisieren.

3.5.2. Transferierbarkeit

Zähne.Zeigen ist wegen des zielgruppenorientierten und partizipativen Ansatzes auch in andere Regionen und Settings transferierbar.

Die aufwändige Qualifizierung, die hohe administrative Beanspruchung für Projektträger und MultiplikatorInnen, die wichtige individuelle Begleitung und das unterschiedliche Interesse der Zielgruppen lassen ein solches MultiplikatorInnenprojekt jedoch vor allem in Gebieten/Orten mit einem hohen MigrantInnenanteil als sinnvoll erscheinen. Auf Grund des persönlichen Betreuungsaufwandes ist es vorteilhaft und ressourcenschonend wenn die räumlichen Distanzen zwischen Peers/MultiplikatorInnen und Projektleitung gering sind.

4. Lernerfahrungen

Die im folgenden beschriebenen Lernerfahrungen und Empfehlungen beziehen sich auf die Erfolgsfaktoren und Hürden im Projekt, auf Nachhaltigkeit sowie Transferierbarkeit in andere Regionen und Settings.

4.1. Erfolgsfaktoren und Hürden im Projekt

Erfolgsfaktoren

- Bedarf und Interesse der Eltern an Information gegeben
- Empfehlungen zur Verbesserung der Zahngesundheit sind knapp zusammenfassbar, teilweise einfach umzusetzen und gut nachvollziehbar
- Muttersprachliche Information (mündlich und schriftlich)
- Bereitschaft von KooperationspartnerInnen, die ZGM in ihren Einrichtungen aktiv werden zu lassen ist gegeben
- gute Netzwerke und Kenntnisse der Strukturen im Migrationsbereich seitens der Projektleitung sind hilfreich
- Bedürfnis der ZGM, die Zahngesundheit der eigenen community zu verbessern Gute Bezahlung für ihre Tätigkeiten
- Qualitativ gute Ausbildung (die gleiche wie ZahngesundheitserzieherInnen). Fortbildungen
- Unterstützung der ZGM bei Ausbildung und Prüfungen
- Empowerment, Partizipation, Wertschätzung
- Genauen Dokumentation der TeilnehmerInnen und Veranstaltungen
- Kontinuierliche Kontrolle durch Projektleitung
- Erleichterung der Arbeit durch zunehmende Routinen in Administration und Abwicklung (z.B. Abrechnungen; Anmeldungen;..)
- Unterstützung durch Praktikantin bei Styria vitalis (z.B.: durch Teilnehmende Beobachtung im Setting; bei Administrationstätigkeiten..)
- Goodies wie Zahnpasten/Zahnbürsten, Infoblätter sind gute Andockmöglichkeiten
- Der Fachbeirat war durch das eigene Bedürfnis nach Vernetzung sehr interessiert am Thema und unterstützte das Projekt.

Hürden im Projekt:

- Sozio-ökonomisch benachteiligte ÖsterreicherInnen sind noch schlechter über soziale Netzwerke zu erreichen als MigrantInnen
- der Wunsch nach Mitarbeit an einem MultiplikatorInnenprojekt scheint bei benachteiligten ÖsterreicherInnen geringer ausgeprägt zu sein, als bei MigrantInnen
- Die Dokumentation der TeilnehmerInnen an Infotreffen/- Beratungen stößt bei der Zielgruppe der MigrantInnen oftmals auf Skepsis/bzw. Ablehnung
- hoher Aufwand für administrative Tätigkeiten (ständige An- Abmeldungen bei SV; Abrechnungen, Dokumentation)

- begrenzte Einsatzmöglichkeiten für ZGM außerhalb von Graz (z.B. Bruck/Kapfenberg)
- Elternberatungsstellen erweisen sich nicht als optimaler Zugangsweg, da das Interesse „frischgebackener“ Eltern am Thema noch sehr gering ist – Elternberatungsstellen sind selten ein optimaler Zugang
- Sprachliche Hürden bei Ausbildung und teilweise beim Einsatz der ZGM
- Knappe (Zeit-) Ressourcen und wenig Interesse daran auch bei den KooperationspartnerInnen begrenzt die Möglichkeiten der Netzwerkarbeit
- Versicherungstechnische Veränderungen während der Projektzeit
- Bei manchen ZGM entstehen 2013 berufliche, ausbildungsmäßige, private oder gesundheitliche Herausforderungen, die ihren (vollen) Einsatz erschweren
- Einschneidende Veränderungen in der flächendeckenden Kariesprophylaxe verhindern Interkulturelle Fortbildung für ZahngesundheitserzieherInnen
- zwei Projektleiterinnenwechsel bei Styria vitalis zwischen 2009 – 2013 und zu geringe Wochenstundenanzahl für Leitung und Administration

4.2. Lernerfahrungen für zukünftige Projekte

Lernerfahrungen bezüglich Zielgruppe

- MultiplikatorInnen/ Peers-Projekte sind sinnvoll, um MigrantInnen zu erreichen
- Eltern sind dankbar für die Zahngesundheitsinformationen – es gibt viele Informationslücken, an die MentorInnen andocken können – vor allem zum Thema selbständiges Zähneputzen und versteckte Zucker. Allerdings zeigen Eltern erst dann wirklich Interesse am Thema Zahngesundheit, wenn ihre Kinder schon Zähne haben, Schwangere und „frisch gebackene“ Eltern interessiert die Zahngesundheit wenig.
- Für die Gruppe der schwangeren Frauen könnte eine schriftliche Basisinformation zur Zahngesundheit sowie ein kurzes Ansprechen in Aufklärungsbroschüren zur Babykost reichen.
- Die vielfältigen Lebensweisen heterogener Gruppen verlangen vielfältige Zugänge in verschiedensten Settings.

Lernerfahrungen bezüglich MultiplikatorInnen

- MultiplikatorInnen mit Migrationshintergrund haben Interesse an solchen MultiplikatorInnenprojekten – aus Engagement heraus,
- Es gibt jedoch genügend MigrantInnen, die partizipieren wollen oder bei Gesundheitsförderungsprojekten mitarbeiten. Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen über KooperationspartnerInnen funktioniert, braucht aber Zeit und Beziehungsarbeit. Sie müssen den Sinn darin erkennen und wirkliche Mitsprachemöglichkeit haben.
- Besonders bedeutend für diese Gruppe ist es, wenn ihnen ihr Einsatz durch Geld abgegolten wird. Eine gerechte Bezahlung der Arbeit der MultiplikatorInnen ist nicht nur fair sondern fördert auch die Kontinuität und Verlässlichkeit.
- Es ist nicht gelungen sozio-ökonomisch benachteiligte ÖsterreicherInnen als MultiplikatorInnen zu gewinnen – ob das eine Projektlücke war, an den Rahmenbedingungen scheiterte oder ein grundsätzlicheres Problem müsste erst abgeklärt werden.

- Die MentorInnen können je nach Setting und Zielgruppe sowohl als Peers (bei der eigenen Community) als auch als MultiplikatorInnen (auch bei anderen Communities) eingesetzt werden – und es ist wichtig, sich der Unterschiedlichkeit, aber auch der verschiedenen Herausforderungen, aber auch Chancen bewusst zu sein.
- Die MigrantInnen wurden in ihrer Rolle als Zahngesundheitsmentorin von migrantischen und österreichischen Frauen auch dann akzeptiert, wenn sie kein perfektes Deutsch sprachen, Kopftuch trugen oder eine andere Hautfarbe hatten. Niemand berichtete über negative Erfahrungen, einige sogar über sehr positive Rückmeldungen.
- Auch MigrantInnen haben manchmal Vorurteile, die man bewusst ansprechen soll.
- Neben der inhaltlichen Kompetenz muss bei der Qualifizierung der ZGM auch auf Organisations- und Kommunikationsfähigkeit geachtet werden.
- Falls die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit gegeben ist, Qualifizierungen in Deutsch zu verlangen, braucht es bei Menschen mit Migrationshintergrund eine verlängerte und intensivere Begleitphase für das Verstehen und Lernen. Diese Begleitphase können Kooperationspartner übernehmen, aber auch Lerngruppen oder bedarfsinduzierte Treffen.
- Da viele MultiplikatorInnen neben finanziellen auch zeitliche Ressourcenprobleme haben (Kinderbetreuungspflichten, Ausbildungen, Beruf), ist es empfehlenswert, auch die Qualifizierungsmaßnahmen möglichst nah an ihrem Lebensumfeld zu haben.
- Die Einsatzmöglichkeiten von MentorInnen hängen auch von der Größe der Region und der Zielgruppe ab. In kleinen Regionen/Communities sollten nicht zu viele qualifizierte und bezahlte MultiplikatorInnen eingesetzt werden, um keine interne Konkurrenz zu verursachen.
- Ein MultiplikatorInnenprojekt basiert auf Vertrauen und Wertschätzung, braucht aber auch Kontrollmechanismen.

Lernerfahrungen bezüglich Kooperationspartnerschaften

- Der Aufbau von Kooperationspartnerschaften braucht Beziehungsarbeit und die braucht Zeit (auch weil die Ressourcen der PartnerInnen beschränkt sind).
- Kooperationspartner nutzen (Gratis-)Angebote, wenn sie den Hintergrund des Projektes kennen, sie ähnliche Erfahrungen haben und ihnen diese Aktivitäten als wichtig für ihre Zielgruppen erscheint und als unterstützend und sinnvoll für ihrer Arbeit erscheint.
- Kooperationsvereinbarungen können die Kooperationen auf eine formale Ebene haben. Unkomplizierte, flexible Strukturen, Verlässlichkeit, klare Abläufe und Zeitvorgaben sind den KooperationspartnerInnen jedoch oft wichtiger als schriftliche Abmachungen. Die Projektleitung sollte individuell entscheiden können, welche Vorgangsweise passend ist.
- Geforderte Vernetzung wird von einigen NGOs im MigrantInnenbereich mittlerweile eher als hinderlich, denn als unterstützend verstanden, da sie unbezahlte Ressourcen seitens der Kooperationspartner braucht. Auch die Kinderärzte oder Sozialarbeiter wollen nur in ihrem Bereich durch Zugang unterstützen, wollen aber keine neue Netzwerkstruktur.
- Sinnvoll zur Erreichung bestimmter Zielgruppen ist die Parallel-Nutzung informeller und formeller Strukturen. Das erlaubt notwendige Kontinuität, aber auch Innovation.

- Eine optimale Begleitung in allen Regionen braucht viel Zeit – schriftliche Kooperationspartnerschaften können hilfreich sein, mindestens so wichtig ist, Zeit für regelmäßige (Telefon-)Gespräche einzuplanen.
- Um unerwünschte Selektionseffekte zu vermeiden, ist es gut, den Persönlichkeitskompetenzen sowie dem Prozess der positiven Integration der ZahngesundheitsmentorInnen in institutionellen Settings und deren Arbeitsabläufen Aufmerksamkeit zu widmen.
- Vernetzende Strukturen funktionieren nur gut, wenn die Beteiligten einen Bedarf dafür verspüren. Es sollte Angebot und keine Verpflichtung sein.
- Wie oft KooperationspartnerInnen schriftliche Infos erhalten, sollte bei einem neuen Projekt gemeinsam geklärt werden – eventuell reduziert man auf einen jährlichen Bericht und ergänzt durch flexible, einfache Kurzinformationen per e-mail... dann entfällt der aufwändigere Prozess der Gestaltung eines Newsletters und führt eventuell sogar zu mehr Informationen. Ziel muss sein, den Informationsfluss aufrecht zu halten – am besten in beide Richtungen und möglichst unkompliziert.

Lernerfahrungen zum Projektmanagement

- Die administrativen Anforderungen eines MultiplikatorInnenprojektes (An- und Abmeldungen bei den Sozialversicherungen, Abrechnungen, Dokumentationen, inhaltliche Qualifizierung und Begleitung, Materialienverwaltung, persönliche Kontakte zu den MultiplikatorInnen, Fahrtzeiten und Qualitätskontrollen) sind im Projektmanagement sehr zeitaufwändig!
Aus den Erfahrungen von Zähne.Zeigen empfehlen wir mindestens 20 – 25 Wochenstunden für Projektmanagement und Projektleitung.
- Einige Frauen kamen selbst aus schwierigen persönlichen Lebensverhältnissen, hatten zunächst keine eigenen Bankkonten oder kannten die notwendigen Formalakte nicht – d.h. es braucht viel Zeit für das Einführen und Abklären von organisatorischen Belangen, aber auch für die persönliche Begleitung der MultiplikatorInnen
- Ungewohnt und mit anfänglichen Schwierigkeiten behaftet war auch die notwendige Dokumentation. Hilfreich dabei waren die monatlichen Teamtreffen
- Kontrolle ist möglich und aus Qualitätsmanagementgründen notwendig, um Lücken – z.B. bezüglich der Einsätze – schließen zu können und klare Grenzen ziehen zu können. In einem partizipativen Projekt und der Integration von Menschen verschiedener Herkunftskulturen und Vorerfahrungen ist es bedeutend, eine gute Balance zu finden zwischen Eigenständigkeit und Anweisung, Vertrauen und Kontrolle, Flexibilität und Kontinuität.
- Es ist wichtig, Platz zu lassen und flexibel zu sein, um auf die individuellen Lebenssituationen der Frauen und die Rahmenbedingungen der KooperationspartnerInnen eingehen zu können
- Eine gute Dokumentation (z.B. Aktenvermerke) während des Projektes und genaue Übergabe war hilfreich beim Wechsel der ProjektleiterInnen

Conclusio



Das Ziel von Zähne.Zeigen, Strategien zu finden, um dem Sozialgradienten in der Zahngesundheit entgegenzuwirken, ist gelungen.

Es wurden vielfältige Zugängen zu sozio-ökonomisch-benachteiligten Personen gefunden, besonders positiv wurde die aufsuchende Form der Informationsweise und der Einsatz von MultiplikatorInnen verschiedener Muttersprachen beurteilt.

Gleichzeitig ist zu bemerken, dass der Zugang zu den MigrantInnen – sowohl bei der Suche nach ZahngesundheitsmentorInnen als auch bei den Einsätzen – besser gelang als das Erreichen belasteter ÖsterreicherInnen. In diesem Bereich besteht Bedarf nach weiterer Vertiefung!

Grundsätzlich hat sich gezeigt, dass vielen Eltern Wissen zur Zahngesundheit und zahngesunden Ernährung fehlt, das Thema aber die Eltern interessant und sie mehr Wissen haben wollen. Das gilt für Eltern mit, aber auch ohne Migrationshintergrund.

Wertschätzung, Empowerment und Partizipation der Zahngesundheitsmentorinnen sowie die Bezahlung ihrer Einsätze sind wichtige Basisfaktoren eines MultiplikatorInnen-Projektes.

Es gelang über Zähne.Zeigen, neue Kooperationspartner zu gewinnen und Ihnen die Bedeutung differenzierter Kariesprävention zu vermitteln.

Die Erkenntnis, dass schriftliche Unterlagen eine gute Ergänzung sind, aber kultursensibel und zielgruppengerecht entwickelt werden müssen, führte zu einem Folgeprojekt von Zähne.Zeigen – der partizipativen Entwicklung kultursensibler Informationsblätter für Kinder und Eltern in 15 Sprachen.

Die Erfahrungen und Ergebnisse aus Zähne.Zeigen wurden bereits in die Neukonzeption des Steirischen Kariespräventionsprogrammes integriert und werden auch in Zukunft von Nutzen sein.

Anhang

Folgende Beilagen werden im FGÖ-Projektguide hochgeladen:

- *Projekttollenplan*
- *Meilensteinplan*
- *Dokumentationsbogen*
- *Gesamt-Evaluationsbericht von Christoph Pammer*
- *Seminarpläne, Curricula*
- *Programme und Dokumentationen*
- *PPT-Projektpräsentationen*
- *8-Fragen, 8-Antworten*
- *Programm KUKA-Fachtagung*
- *Einladungen zu PK.*
- *Pressemeldungen, Artikel*
- *Abrechnung*