

Evaluierung

Gesundheit kommt nachhause

Interkulturelle Gesundheitsförderung in aufsuchender Bildungsarbeit für Migrantinnen und ihre Kinder im Vor- und Pflichtschulalter

Endbericht



Andrea Reiter

Mitarbeit: Isa Hager, statistische Auswertung

Prospect Unternehmensberatung GesmbH
1070 Wien, Siebensterngasse 21/4
Tel: +43/1/523 72 39-0
E-mail: office@pro-spect.at
www.pro-spect.at

Wien, April 2011



INHALT

MANAGEMENT SUMMARY	3
1 HINTERGRUND	6
2 ECKPUNKTE DES PROJEKTS „GESUNDHEIT KOMMT NACHHAUSE“	8
3 EVALUATIONSANSATZ UND DATENBASIS DES BERICHTES	16
4 DER PROJEKTUMSETZUNGSPROZESS	18
4.1 DIE EINGESETZTEN MATERIALIEN - DER GESUNDHEITSKOFFER	18
4.2 AUSWAHL UND SCHULUNG DER GESUNDHEITSTUTORINNEN	22
4.2.1 Auswahl der Gesundheitstutorinnen	22
4.2.2 Entwicklung des Curriculums und Durchführung der Schulung	23
4.3 AKQUISE DER ZIELGRUPPENPERSONEN	28
4.3.1 Charakteristika der Teilnehmerinnen	29
4.4 DIE INTENSIVBETREUUNG	32
4.4.1 Die Müttertreffen	32
4.4.2 Die Gruppentreffen	35
4.5 DAS PROGRAMM GEKONA AUS SICHT DER GESUNDHEITSTUTORINNEN	37
4.6 DAS PROGRAMM GEKONA AUS SICHT DER TEILNEHMERINNEN	42
5 ZIELERREICHUNG UND WIRKUNGEN	46
5.1 ERREICHUNG DER ZIELGRUPPE	46
5.2 ZIELSETZUNG STÄRKUNG DER HEALTH LITERACY UND EMPOWERMENT	47
5.3 ZIELSETZUNG VERBREITUNG UND NACHHALTIGKEIT DURCH EIN STANDARDISIERTES PROGRAMM	57
6 SCHLUSSFOLGERUNGEN	59
ANHANG	63

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead	9
Abbildung 2: Programmstruktur Gesundheit kommt nachhause	12
Abbildung 3: Cover von zwei „Sani-Büchlein“	19
Abbildung 4: Beispiel für den Überblick zu den Infoblättern in einem Sani-Büchlein	20
Abbildung 5: Selbstbewertung der sozialen Einbindung	30
Abbildung 6: Selbstbewertung des eigenen Bildungsstandes	32
Abbildung 7: Veränderungen der Selbstbewertungen zwischen Programmbeginn und -ende	51
Abbildung 8: Selbsteinschätzung des Bildungsstandes zu drei Messzeitpunkten	53
Abbildung 9: Selbsteinschätzung des persönlichen Bekanntenkreises und der sozialen Einbindung zu drei Messzeitpunkten	53
Abbildung 10: Selbsteinschätzung des Grades der Selbständigkeit zu drei Messzeitpunkten	54
Abbildung 11: Selbsteinschätzung der allgemeinen Lebenssituation zu drei Messzeitpunkten	54
Abbildung 12: Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Verfassung zu drei Messzeitpunkten	55
Abbildung 13: Selbsteinschätzung des eigenen Wissens über Gesundheitsförderung zu drei Messzeitpunkten	55

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Gesundheit kommt nachhause – Kennzahlen	13
Tabelle 2: Kinder unter 15 Jahren im Haushalt	30
Tabelle 3: Mittelwerte der Selbstbewertung zu allen Dimensionen zu drei Messzeitpunkten	49
Tabelle 4: Einschätzung der gesundheits- und bildungsbezogenen Dimensionen nach Berufstätigkeit	52

Fotos Deckblatt: beratungsgruppe.at

Management Summary

Das Projekt „Gesundheit kommt nachhause“ (im Folgenden auch gekona) zielte in zweijähriger Laufzeit (März 2009 bis April 2011) auf die Entwicklung und Erprobung des gleichnamigen Programms ab. Das Programm „Gesundheit kommt nachhause“ soll durch aufsuchende Bildungsarbeit Gesundheitsbewusstsein und -kompetenzen („Health Literacy“) bei Frauen mit sehr niedrigem sozioökonomischen Status und deren Familien aus dem moslemischen Kulturkreis vermitteln. beratungsgruppe.at konzipierte und setzte das Projekt erfolgreich um.

Prozess- und Ergebnisevaluation von „Gesundheit kommt nachhause“

Die Evaluation von „Gesundheit kommt nachhause“ durch Prospect Unternehmensberatung war projektbegleitend angelegt und zielte darauf ab, handlungsrelevantes Wissen für die Projektsteuerung zu generieren. Zur Projekthalbzeit und zu Projektende standen zudem die Zielerreichung und die Wirksamkeit im Sinne einer Ergebnisevaluation im Vordergrund.

Niederschwelliger Zugang über Gesundheitstutorinnen

Aus der MigrantInnenberatung ist bekannt, dass Personen mit türkischem Migrationshintergrund schwer erreichbar sind. Indem die Akquise und Betreuung durch Frauen aus demselben Kultur- und Sprachkreis erfolgte, konnten Barrieren überwunden und schnell Vertrauen hergestellt werden. Durch die aufsuchende Arbeitsweise, die niederschwellige Vermittlung der Inhalte und die Materialqualität gelang es, die Frauen durchgängig im Programm zu halten und die Zielsetzungen zu erreichen. Einen zusätzlichen Mehrwert stellte die Anstellung der Gesundheitstutorinnen und damit Schaffung von Arbeitsplätzen dar.

113 Mütter aus Wien und Niederösterreich wurden aufsuchend betreut

113 Mütter mit durchschnittlich zwei Kindern im Vor- oder Pflichtschulalter wurden in 490 Müttertreffen sechs Monate von Gesundheitstutorinnen betreut. Die Müttertreffen bestanden aus 2 bis 5 Frauen und fanden bei einer Teilnehmerin zu Hause in einem zweiwöchigen Rhythmus statt. Inhaltlicher Fokus dieser Intensivbetreuung war die Vermittlung ganzheitlichen, gesundheitsbezogenen Wissens. Methodisch-didaktische Basis waren einerseits eigens geschulte Gesundheitstutorinnen, Frauen aus derselben Community, und eigens entwickelte Informationsmaterialien, der Gesundheitskoffer.

Externe Gruppenangebote und Exkursionen bieten Zusatzinhalte und fördern die Mobilität

In monatlichen Angeboten wurde auf spezifische thematische Fragestellungen, die sich in den Müttertreffen gezeigt haben, eingegangen. Expertinnen und ÄrztInnen boten Referate, Bewegungsworkshops und ärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Ein nicht unwesentlicher Nebeneffekt war, dass die Teilnehmerinnen, bei denen sich ein enger Mobilitätsradius gezeigt hatte, animiert wurden, ihr alltägliches Wohnumfeld zu verlassen.

Zentrale Prozesssteuerung überwacht die Programmumsetzung

Während die Gesundheitstutorinnen die organisatorische und operative Umsetzung der Müttertreffen und Exkursionen vor Ort sehr selbständig wahrnehmen, bedurfte es für die effektive und inhaltlich qualitative Programmumsetzung einer systematischen und strukturierten Programmbegleitung. Das Steuerungsteam koordinierte

und überwachte die gesamte strategische und operative Programmabwicklung, die Akquise und die Intensivbetreuung inklusive Gruppentreffen. Zudem standen vor allem das Monitoring und die Dokumentation sowie die didaktisch-methodische Unterstützung der Gesundheitstutorinnen in Form einer Guidance in regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen im Vordergrund.

Standardisiertes Programm zur Stärkung der Health Literacy und Empowerment wurde entwickelt

Das zentrale Ziel des Projektes war die Entwicklung eines getesteten, strukturierten und standardisierten Programms zur Stärkung der Health Literacy bei Migrantinnen mit niedrigem sozioökonomischen Status durch aufsuchende Betreuung im Familiensetting und Empowerment. Dieses Ziel konnte erreicht werden. Das Programm wurde erfolgreich erprobt und wird bereits weitergeführt. Zur regionalen Verbreitung und Übertragung auf weitere Trägereinrichtungen liegt eine ausformulierte Projektbeschreibung und Kalkulationsgrundlage mit Qualitätsstandards vor. Zudem beschreibt der vorliegende Evaluationsbericht die zentralen Umsetzungsschritte und Programmelemente und kann durchaus auch als erste Orientierung für eine mögliche Projektumsetzung verstanden werden.

Hoher Bekanntheitsgrad

In Folge kontinuierlicher und zielgerichteter nationaler und auch internationaler Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit konnte „Gesundheit kommt nachhause“ in einer relativ kurzen Zeit einen hohen Bekanntheitsgrad erreichen. Dazu trug auch die Verleihung des Vorsorgepreises 2010-Österreich für Private Initiativen des Landes Niederösterreich bei.

Health Literacy und gesündere Lebensumstände

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Ziel, Health Literacy zu steigern in hohem Ausmaß erreicht wurde. 73% der Frauen gaben in den Bestandsaufnahmen zu Programmende bessere Selbsteinschätzungen ihres Wissens zu Gesundheitsförderung an. Der Vergleich dieser Bestandsaufnahmen zu Programmbeginn und zu Programmende zeigt bei über der Hälfte, nämlich bei 58%, eine Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung. Für 48% hat sich die persönliche Lebenssituation gebessert und für 37% die soziale Einbindung.

Stärkung der Autonomie und Empowerment der Teilnehmerinnen

In der persönlichen Befragung im Rahmen der Evaluation beschreiben die Frauen Lernerfahrungen und -effekte auf mehreren Ebenen. Der reine Wissenszuwachs betrifft Gesundheitsthemen, Erziehungsfragen und die Verbesserung ihrer Deutschkenntnisse. Der Anstoß, durch gekonnt über Gesundheitsfragen zu reflektieren, zieht jedoch weitreichendere Auswirkungen nach sich und betrifft Einstellungs-, Bewusstseinsveränderungen und die soziale Integration.

- Empowerment: Die Teilnehmerinnen beschreiben wie sie gelernt haben, selbständiger zu agieren und ihr eigenes Leben in die Hand zu nehmen. An Stelle früherer Passivität treten Aktivitäten.
- Emanzipation: Befragte Frauen beschreiben ein vormals hohes Ausmaß an Unselbständigkeit und Abhängigkeit von ihren Ehemännern, das sie im Zuge des Programms hinterfragten und veränderten. Dieses emanzipatorische Potenzial ist eindrücklich daran erkennbar, dass die Befragten nicht mehr zuerst an die Kinder, den Mann und Haushalt denken wollen, sondern an sich selbst.

- **Bewusstseinsbildung:** Befragte beschreiben, dass es entlastend war zu erkennen, dass sie von bestimmten Problemen nicht als Einzelperson betroffen sind, sondern mehrere Menschen dieses Problem haben.
- **Wahrnehmung von Gesundheit als ganzheitliches Konzept:** Die befragten Frauen reduzieren Gesundheit nicht auf Einzelaspekte wie Ernährung oder Bewegung. In Zusammenhang mit Gesundheit werden psychische und soziale Aspekte genannt.
- **Soziale Integration und Vernetzung:** Die Befragten betonen die Wichtigkeit der sozialen Aktivierung in Folge des Programmes. Sie schätzen den Austausch in den Müttertreffen und sind sehr daran interessiert, diese Vernetzung auch nach Programmende aufrecht zu erhalten. Sie setzen mehr soziale selbstorganisierte Unternehmungen außerhalb des Familienverbandes.
- **Etablierung einer Austausch- und Lernstruktur:** In den Müttergruppen kommt es zu gegenseitiger Unterstützung und kognitiven Anregungen. Die Frauen leihen sich gegenseitig Bücher oder Kinderkleidung, informieren sich z.B. gemeinsam über weiterbildende Schulen und unterstützen sich gegenseitig in der Kinderbetreuung.

Diese von den Teilnehmerinnen beschriebenen Faktoren bewirken eine gestärkte Handlungsfähigkeit. Dies äußert sich nach ihren Schilderungen in unmittelbar gesünderem Verhalten (mehr Bewegung, gesündere Ernährung, Vorsorge), einer erweiterten Erziehungskompetenz, einer verbesserten Kommunikation in der Familie und vermehrten sozialen Aktivitäten. Auch auf die Verhältnisebene ist durchaus eine Auswirkung feststellbar, indem die Frauen aktiv ihre Lebensbedingungen verändern, etwa Lernaktivitäten setzen – Deutsch- oder Hauptschulabschlusskurse besuchen – oder die Reproduktions- und Familienarbeiten delegieren und aufteilen.

gekona ist nicht nur ein Gesundheitsprojekt, sondern ein Bildungs- und „Zugangsprojekt“

Die Wirksamkeit von gekona beruht auf einer wertschätzenden und empathischen Grundhaltung, die jeder Frau eine Entwicklung und den Ausbau ihrer Ressourcen zutraut und ihr auf einer Ebene entgegenkommt, die sie direkt anspricht und dort abholt, wo sie steht. Die Frauen - Gesundheitstutorinnen und Mütter - werden in ihrem selbständigen Frausein und ihrer gesellschaftlichen Teilhabe gestärkt und damit ihre Chancengleichheit erhöht. Letztendlich geht es um die Initiierung und Begleitung von Lernprozessen sowohl bei Gesundheitstutorinnen als auch bei den teilnehmenden Müttern. Die Förderung der Autonomie bei dieser - als sehr schwer erreichbar geltenden - Zielgruppe gelang durch ein kultursensibles Setting und Know-How bei den verantwortlichen Projektträgern. Um benachteiligten Frauen diese Chance auch weiterhin zu eröffnen, gilt es, dieses Know-How zu nutzen und zu verbreiten.

1 Hintergrund

Zwischen Migration und Gesundheit besteht nicht automatisch und von vornherein ein Zusammenhang in dem Sinne, dass Migration ein gesundheitliches Risiko darstellen würde. Dennoch zeigt sich, Migration führt unter bestimmten Rahmenbedingungen zu gesundheitlicher Benachteiligung, da insbesondere die sozioökonomische Situation die Gesundheit beeinflusst. Die soziale Benachteiligung von MigrantInnen äußert sich beispielsweise in einer statistisch höheren Armutsgefährdung, einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko sowie einem geringeren gesellschaftlichen Status hinsichtlich Bildung und beruflicher Position.

Weibliche Migrantinnen sind im Vergleich zu männlichen Migranten doppelt diskriminiert: Sie erfahren nicht nur die strukturelle Benachteiligung von MigrantInnen, sondern auch die von Frauen, die z.B. auf dem Arbeitsmarkt hinsichtlich Status und Einkommen schlechter gestellt sind.¹ Dies zeigt sich auch in der Gesundheit. In einer Untersuchung des Ludwig Boltzmann Instituts für Frauengesundheitsforschung geben österreichische Frauen häufiger ein gutes körperliches und seelisches Wohlbefinden an als Frauen aus der Türkei oder Ex-Jugoslawien.² Migrantinnen haben höhere gesundheitliche Risiken durch Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, einseitige körperliche Bewegungsabläufe, Rauchverhalten sowie häufigere Erkrankungen. Migrantinnen nehmen seltener Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen in Anspruch und weisen eine höhere Rate an Fehlgeburten und Säuglingssterblichkeit auf. Migrantinnen sind zudem mit Kommunikations-, Kultur- und Informationsbarrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem konfrontiert.³

Gesundheitsförderung soll zur Verringerung sozialer Ungleichheiten führen

Gesundheitsstrategien im Allgemeinen und solche in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention im Besonderen erklären die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen verschiedenen sozialen Gruppen und die Verbesserung des Gesundheitszustandes der am stärksten Benachteiligten zu ihren Hauptzielen.

Gesundheitsstrategien, welche die Erhöhung der Chancengleichheit zum Ziel haben, bezwecken nicht nur eine Verbesserung von individuellen Befindlichkeiten, sondern begünstigen auch die soziale Integration von MigrantInnen. In der Literatur wird davon ausgegangen, dass gesunde Menschen über mehr Ressourcen zur Integration verfügen.⁴

Gesundheitswirksame Verhaltensweisen und Empowerment von Migrantinnen

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Gesundheitsförderung von Migrantinnen und somit geschlechtssensible, interkulturelle Gesundheitsförderung eine besondere Herausforderung darstellt.

Mit dem Programm „Gesundheit kommt nachhause“ (im Folgenden kurz gekona) soll diesem Ungleichgewicht auf mehreren Ebenen begegnet und neben gesundheitlichen Effekten das Empowerment der beteiligten Frauen und ihrer Familien gestärkt

¹ Fassmann, Heinz; Reeger, Ursula: Lebensformen und soziale Situation von Zuwanderinnen. In: Fassmann, Heinz (Hg.) (2007): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006, S.190.

² Wimmer-Puchinger Beate: Migrantinnen-Gesundheit – Wie viele Sprachen spricht unser Gesundheitssystem?, <http://www.wien.gv.at/integration/pdf/ws04-vortrag.pdf>, 27.6.2008

³ ebd.

⁴ Bülent Kaya (2007): Grundlagendokument „Migration und Gesundheit“, Swiss forum for migration and population studies (SFM), S. 15ff.

werden. „Gesundheit kommt nachhause“ ist ein komplexes Programm, das sich - wie noch ausführlich gezeigt wird - sensibel, empathisch und auch fordernd der Problematik stellt.

Initiative von beratungsgruppe.at

Das Projekt „Gesundheit kommt nachhause“ wurde von beratungsgruppe.at, Verein für Informationsvermittlung, Bildung und Beratung, respektive von Liesl Frankl und Wolfgang Kratky entwickelt. Jahrelange Tätigkeit im Trainings- und Beratungsbereich und die Implementierung und Durchführung des Projektes HIPPY⁵ in Österreich begründeten die Erfahrung und Expertise mit der Zielgruppe.

Das Projekt- und Steuerungsteam bestand aus der Projektleiterin Liesl Frankl, der stellvertretenden Projektleiterin und Koordinatorin der praktischen Umsetzung Michaela Krottendorfer und dem stellvertretenden Projektleiter Wolfgang Kratky. Wissenschaftlich begleitet wurde das Team von der Pädagogin Dr. Eva Friedler. Gefördert wurde das Projekt vom Fonds Gesundes Österreich und vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Begleitende externe Evaluierung

Die Projektumsetzung wurde extern begleitet und evaluiert. Vorliegender Evaluationsbericht fasst die Evaluationsergebnisse der zweijährigen Projektlaufzeit zusammen.

⁵ HIPPY (Home Instructions for Parents of Preschool Youngsters) ist ein Bildungs-Förderprogramm für Eltern mit Kindern im Vorschulalter, das mittels Aufsuchender Elternarbeit und Gruppentreffen arbeitet. Vgl. www.hippy.or.at

2 Eckpunkte des Projekts „Gesundheit kommt nachhause“

Das Projekt - damit ist das Gesamtvorhaben, die Vorbereitungs- und Entwicklungsarbeit sowie die praktische Umsetzung und Erprobung des gleichnamigen Programms gemeint - basiert auf einem detaillierten Konzept, das den zweijährigen Umsetzungsprozess von März 2009 bis April 2011 genau beschreibt.

Das Programm „Gesundheit kommt nachhause“ vermittelt durch aufsuchende Bildungsarbeit Gesundheitsbewusstsein und -kompetenzen („Health Literacy“) bei MigrantInnenfamilien mit sehr niedrigem sozioökonomischen Status aus dem islamischen Kulturkreis. Durch diesen Bildungsansatz wird gesundheitliche Prävention sowohl auf Verhaltens- wie auch auf Verhältnisebene angestrebt. Durch die Sensibilisierung für Gesundheitsfragen, Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten (gesunde Ernährung, Früherkennung und ausreichende Bewegung) und durch die Veränderung der Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen sollen bessere Vorkehrungen für gesundes Leben geschaffen werden.

Programm zur Stärkung der Health Literacy

Zentrales Ziel des Projektes war die Entwicklung eines getesteten, strukturierten und standardisierten Programms zur Stärkung der Health Literacy bei Migrantinnen mit niedrigem sozioökonomischen Status durch aufsuchende Betreuung im Familiensetting und Empowerment.

Die Projektziele umfassten im Einzelnen:

- Ein inhaltlich und methodisch entsprechend niederschwelliges Programm anzubieten, das dafür geeignet ist, diese Zielgruppe zu erreichen.
- Die Teilnehmerinnen für gesundheitsrelevante Themen zu sensibilisieren
- Die Teilnehmerinnen mit Hilfe der Programmmaßnahmen in die Lage zu versetzen, vorhandene eigene und öffentliche Ressourcen zu nutzen, sowie als Multiplikatorinnen in der Familie und in ihrem soziokulturellen Umfeld auf Verhalten und Verhältnisse positiv verändernd wirken zu können.⁶

Zielgruppe sind bildungs- und sozial benachteiligte Mütter aus dem islamischen Kulturkreis

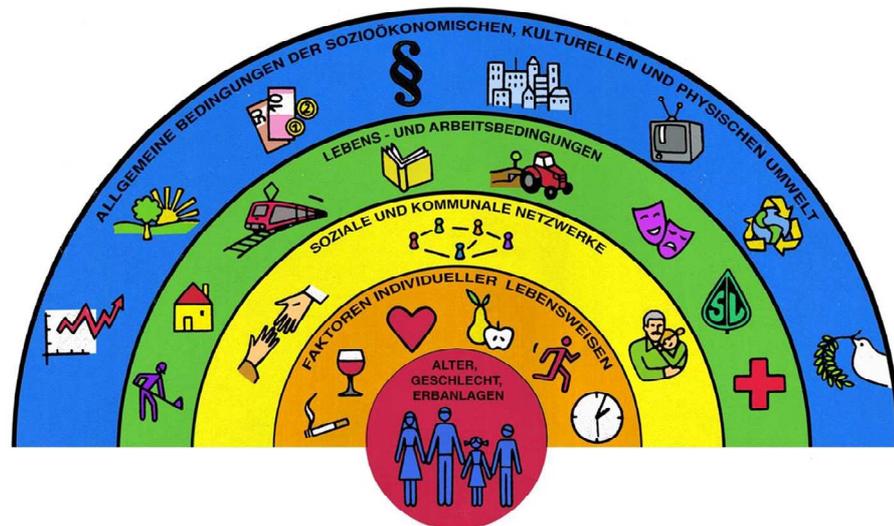
Zielgruppe sind Frauen/Mütter, die häufig in mehrfacher Weise benachteiligt und belastet sind durch niedrige Schulausbildung, mangelnde Berufsqualifikation, keine eigene Berufstätigkeit oder Einkommen, Betreuungspflichten für mehrere Kinder, beengte Wohnverhältnisse und geringe Deutschkenntnisse. Infolge von Sprachdefiziten können sie von gesundheitsbezogenen Themen durch die hiesigen Medien nicht erreicht werden und Beipack- und Etikettentexte oder Warnhinweise nicht verstehen. Selbst muttersprachliche Beratungs-, Informations- und Gesundheitsförderangebote werden von den angesprochenen Frauen kaum genutzt und damit häufig weder gesundheitliche Zusammenhänge noch das österreichische Gesundheitssystem wirklich verstanden.

⁶ Frankl, Liesl, Kratky, Wolfgang: Projektbeschreibung, Gesundheit kommt nachhause. Interkulturelle Gesundheitsförderung in aufsuchender Bildungsarbeit für Migrantinnen und ihre Kinder im Vor- und Pflichtschulalter, vom 21.8.2008, S. 5-6

Gesundheitsdeterminanten als theoretischer Hintergrund

In Bezug zu den von Dahlgren und Whitehead beschriebenen Gesundheitsdeterminanten ist die Zielgruppe in mehrfacher Hinsicht benachteiligt, wobei das Programm hier Verbesserungen einleiten soll. Die beiden AutorInnen gehen wie Abbildung 1 illustriert von vier Einflussebenen auf die Gesundheit aus: die Verhaltens- und Lebensweisen der einzelnen Personen, die Unterstützung und Beeinflussung durch deren soziales Umfeld, die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Zugang zu Einrichtungen und Diensten sowie die sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen, wie zum Beispiel Lebensstandard oder Arbeitsmarkt.

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead



Grafik: FGÖ nach Dahlgren und Whitehead

Auswirkungen des Programms in Form der subjektiv empfundenen Veränderungen dieser Dimensionen wurden in einer Vorher-Nachher-Befragung erhoben.

Ganzheitlichkeit und Empowerment als zentrale Prinzipien

Zentral im gesamten Projekt ist somit die ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit, die sich nicht auf reine Körperfunktionen beschränkt.

Ein wesentliches didaktisches Prinzip ist das Empowerment der Programm-Teilnehmerinnen, um sie in die Lage zu versetzen, aktiv an den für sie benachteiligenden Dimensionen anzusetzen. Das Programm gekona verfolgt dies durch Informationstransfer und Schaffung informeller Lernsettings mittels aufsuchender Methodik durch eigens geschulte „Gesundheitstutorinnen“ mit demselben kulturellen und sprachlichen Hintergrund wie die Zielgruppe.

Zugang zur Zielgruppe über Mitglieder aus demselben Kultur- und Sprachkreis

Die Gesundheitstutorinnen sind selbst Mütter, die die Community, Lebenseinstellungen und Lebensrealitäten sowie Problemfelder der Zielgruppe sehr gut kennen. Da

die Frauen aus demselben Kultur- und Sprachkreis kommen, konnten sie den Kontakt herstellen und wurden zu Vertrauenspersonen.⁷

Berufliche Qualifizierung von Migrantinnen

Zur Vermittlung von Gesundheitskompetenzen an die Zielgruppe wurden Multiplikatorinnen - gut integrierte Migrantinnen mit demselben soziokulturellen Hintergrund und guten Deutschkenntnissen - für den Einsatz als Gesundheitstutorinnen im Rahmen der Qualifizierung „Beratung, Betreuung und Elternbildung im interkulturellen Zusammenhang“ geschult. Dafür wurde im Projekt ein eigenes Curriculum entwickelt und in Kooperation mit einem Schulungsinstitut die Schulung durchgeführt.

Eckpunkte der Schulung

In der Schulung wurden 208 Schulungseinheiten innerhalb von 13 Wochen angeboten. Die wöchentliche Schulungszeit betrug zwischen acht und 20 Wochenstunden. Ziel der Schulung war es, Grundwissen in zentralen Themenfeldern zu Gesundheit, Pflege und ganzheitlichen Körperfunktionen zu vermitteln. Neben der Wissensvermittlung zu gesundheitsrelevanten Themen waren Didaktik und Methodik inhaltliche Schwerpunkte. Zudem sollte ein fundierter Überblick über Tätigkeiten und Anforderungen im Bereich der Sozial- und Gesundheitsberufe und arbeitsmarktdäquate Bewerbungsstrategien ermöglicht werden. Die Schulung schloss mit einer Abschlussprüfung ab.

Entwicklung eigener didaktischer Materialien – der Gesundheitskoffer

Ein Schlüssel zur Sensibilisierung der Zielgruppe für Gesundheitsthemen ist die Vermittlung derselben über didaktische Materialien. Dafür wurde ein eigener Gesundheitskoffer in Zusammenarbeit mit ExpertInnen entwickelt. Zur Koffergrundausstattung gehören eine orange Ringbuchmappe mit zehn illustrierten Geschichtenbüchern („Sani-Büchlein“) und 52 Infoblätter. Die Materialien wurden von der Projektleiterin Liesl Frankl verfasst, vom türkischen Zeichner Levent Tarhan illustriert und abschließendes Feedback von den zugezogenen ExpertInnen und der externen Evaluierung eingeholt.

Aufsuchender Betreuungsansatz

Die Gesundheitstutorinnen suchten die Programmteilnehmerinnen - in Gruppen von 2-5 Frauen - direkt in deren Wohnungen auf und erläuterten mit Hilfe des Gesundheitskoffers, wie die Mütter und ihre Familien ihr Verhalten verändern und ihr Gesundheitsbewusstsein nachhaltig verbessern können. Dadurch sollten nicht nur direkte gesundheitliche Effekte erzielt - da die teilnehmenden Frauen durch das Programm konkretes gesundheitswirksames Verhalten erlernen - sondern die Frauen durch diese Kompetenzerweiterung im Sinne des Empowerment gestärkt und die Verhältnisse beeinflusst und sukzessive zum Positiven verändert werden.

⁷ Im Berliner Ernährungsprojekt „Gesund sind wir stark“ wird eben dieser Zugang zur Zielgruppe über Personen mit demselben migrantischen Hintergrund bestätigt, „eine als schwierig geltende Zielgruppe wie Menschen mit Migrationshintergrund erreicht man dann leichter, wenn man sich an die Menschen wendet, die diesen Zugang bereits haben.“ Indem diese mit professionellem Know-How unterstützt wurden, gelang Aufklärung und Beratung und letztendlich Vorbeugung von Fehlernährung und Bewegungsmangel. MigrantInnenberatung „Gesund sind wir stark“, UGB-Forum 3/09, S.140-143.

Settingansatz Familie

Im Rahmen von „Gesundheit kommt nachhause“ sollte im Setting⁸ „Familie und familiäres Umfeld“ die Gesundheit der gesamten Familie über die Multiplikatorinnenrolle der Mütter gefördert werden. Über die Frauen werden die Kinder, die Männer sowie andere im Haushalt lebende Familienmitglieder erreicht. Der Setting-Ansatz stellt eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar, weil die Organisationsstruktur und das soziale Gefüge eines Settings die Gesundheit der einzelnen Mitglieder beeinflussen.

2-Phasen-Aufbau des Projektes

Im Rahmen des Projektes „Gesundheit kommt nachhause“ wurde das gleichnamige Programm erstellt. Das zweijährige Projekt wurde in zwei Phasen umgesetzt: einer 12-monatigen Vorbereitungs- bzw. Entwicklungsphase und einer 12-monatigen Praxisphase.

In der Entwicklungs- und Vorbereitungsphase mussten sehr umfassende Vorbereitungsschritte gesetzt werden. Die Qualität dieser Vorbereitungen bestimmte letztendlich die Qualität des Programms und die Wirksamkeit der Programmidee. Zu den Prozess- und Arbeitsschritten der Entwicklungsphase, die alle plangemäß umgesetzt werden konnten, zählten:

- Recherche, ExpertInnenkooperationen und Erstellung zielgruppenkonformer Informationsmaterialien für den Gesundheitskoffer
- Vernetzung und Kooperationspartnerschaften in Wien und Niederösterreich, aber auch auf gesamtösterreichischer und internationaler Ebene
- Aufbau einer webbasierten Informationsplattform und Datenbank mit einem internen Portal für das Steuerungsteam
- Kooperation mit einem Schulungsträger
- Erstellung des Curriculums, organisatorische Planung der Schulung, Auswahl der ReferentInnen
- Rekrutierung, Auswahl und Aufnahme von Schulungsteilnehmerinnen und zukünftigen Gesundheitstutorinnen
- Erstellung von Evaluationstools für die Schulung und Projektdurchführung
- Durchführung der Schulung (theoretischer und praktischer Teil)
- Akquise der Teilnehmerinnen

In der darauffolgenden Praxisphase erfolgte die Testung und Standardisierung des Programms⁹. Das Programm (Intensivbetreuung) umfasste zwei operative Ebenen: die direkte Arbeit mit den Müttern in Form der 14-tägigen Müttertreffen, der monatlichen Gruppentreffen und Exkursionen sowie die Gesamtprogrammkoordination, die Gesamt- und Detailplanung der Programmumsetzung, die Betreuung und Begleitung der Gesundheitstutorinnen und deren Weiterbildung.

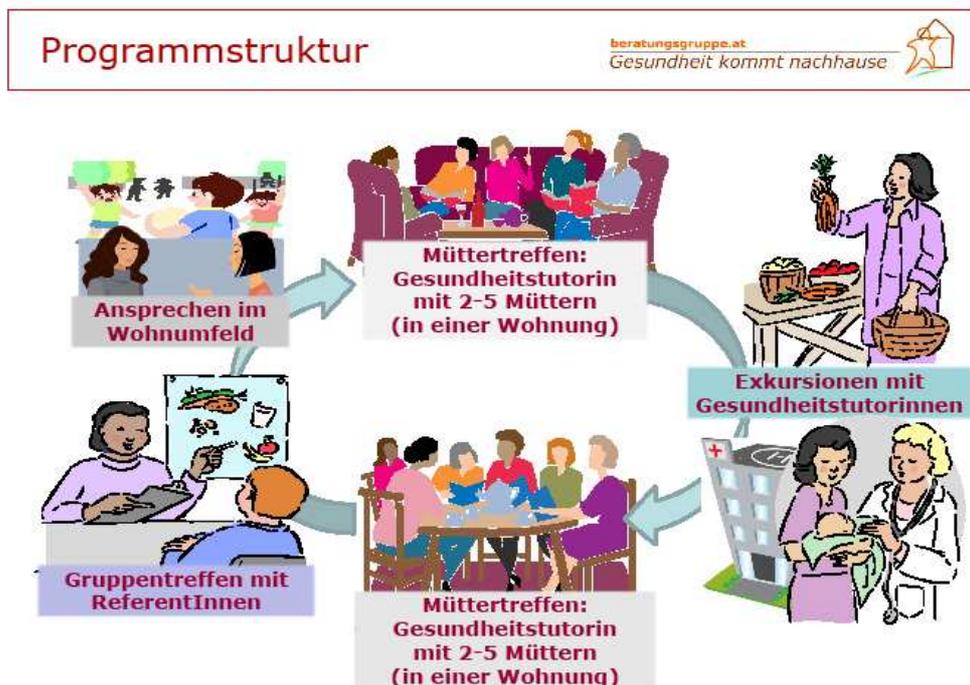
⁸ Mit Setting sind die Lebensbereiche gemeint, in denen die Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen. Die Gesundheitsförderung ist dabei auf diese Lebensbereiche ausgerichtet, etwa Schule, Arbeitsplatz, Freundschafts-, Bekanntenkreis oder Familie.

⁹ Da das Programm erstmalig durchgeführt wurde und innovativ war, könnte es eigentlich ein „Modellprogramm“ bezeichnet werden.

Die sechs Monate Intensivbetreuung der Mütter erstreckten sich über acht Monate, weil in den Sommermonaten pausiert wurde. Dies erwies sich als günstig, weil der Ramadan in diesen Zeitraum fiel und die Terminisierung in Ferienzeiten sich nach Aussage der Gesundheitstutorinnen als schwieriger erwies. Nach der 2-monatigen Programmpause in den Sommerferien wurde die Intensivbetreuung im September fortgesetzt. Nahezu alle Teilnehmerinnen blieben bis zum Programmende kurz vor Weihnachten dabei. Nur sechs Teilnehmerinnen schieden aus familiären Gründen, z.B. Vollzeitarbeit oder Wohnortwechsel aus.

Folgende Darstellung illustriert die Programmelemente und die Umsetzungsstruktur.

Abbildung 2: Programmstruktur Gesundheit kommt nachhause



Grafik: beratungsgruppe.at

113 Mütter aus Wien und Ebreichsdorf in Niederösterreich wurden betreut

Von den geplanten rund 100 Teilnehmerinnen wurden 113 ins Programm aufgenommen. Vier Gesundheitstutorinnen betreuten 98 Mütter in Wien über mehrere Bezirke verteilt (Meidling, Favoriten, Simmering, Floridsdorf) und eine Gesundheitstutorin 15 Mütter in Ebreichsdorf in Niederösterreich. In Wien wurden 36 und in Niederösterreich 5 Mütterrunden zu je 2 bis 5 Teilnehmerinnen gebildet.

Durch die Kooperation mit der Gemeinde Ebreichsdorf konnte „Gesundheit kommt nachhause“ neben Wien auch im Bundesland Niederösterreich eingeführt und erprobt werden.

Das Verhältnis Informationsgespräch zu tatsächlicher Aufnahme zeigt, dass knapp drei Mal so viele Gespräche wie mögliche Aufnahmen notwendig sind. Auffallend ist eine sehr geringe Abbruchrate: Lediglich 3,5% brachen die Teilnahme an gekona ab, dies aus familiären Gründen. Des Weiteren ist die sehr hohe Anzahl an Müttertreffen auffallend. Im Schnitt waren dabei zwei bis fünf Frauen pro Müttertreffen anwesend.

Tabelle 1: Gesundheit kommt nachhause – Kennzahlen

Anzahl der Info-Gespräche bei Teilnehmerinnenakquise	317
Info- und Aufnahmegespräche mit bestätigter Übergabe des Gesundheitskoffers	113
Anzahl der 4 Monate lang Betreuten (Abbruch aus familiären Gründen)	5
Anzahl der durchgängig Betreuten	108
Anzahl der Müttertreffen (je 2 Stunden)	490
Anzahl der Teilnahmen an Müttertreffen (gemäß bei jedem Treffen von jeder Teilnehmerin ausgefülltem Müttertreffen-Bogen)	1.165
Anzahl der Gruppentreffen (je 2 Stunden)	6
Anzahl der Exkursionen (Ø 10 Teilnehmerinnen je 2 Stunden)	11
Ø Teilnehmerinnen-Zahl an Gruppentreffen (ohne Kinder)	27
Beratungskontakte insgesamt	1.867

Basis: gekona-Dokumentation der beratungsgruppe.at

Chronologische Umsetzung des Projekts

Der erste Projektabschnitt (März bis Mai 2009) war von Recherchen, internationalem und nationalem Erfahrungsaustausch, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit gekennzeichnet. Im nächsten Projektabschnitt (ab Mai 2009) wurde zudem die Gewichtung der Themenstellungen der zu erstellenden didaktischen Materialien in Kooperation mit ExpertInnen durchgeführt und schließlich die Zusammenstellung und Entwicklung der Materialien für den so genannten Gesundheitskoffer begonnen und im März 2010 fertig erstellt.

Ab Herbst 2009 wurde mit der Planung der Schulung der Gesundheitstutorinnen begonnen. Die Schulung erfolgte von Jahresbeginn 2010 bis Anfang April 2010. Die strukturierte Akquisephase startete Mitte März 2010. Die Akquisetätigkeit konnte gegen Ende März wieder beendet werden, weil bereits die geplante Anzahl an Teilnehmerinnen gefunden worden war. Anfang April 2010 wurde mit den ersten Bestandsaufnahmen - früher als geplant - begonnen.

Der 6-monatige Modell-Programmdurchlauf zur Testung und Standardisierung des Programms (die Intensivbetreuung) startete Ende April 2010 und dauerte inklusive der planmäßigen Pause in den Sommerferien bis Dezember 2010. Der Nachbereitungszeitraum des Projektes dauerte bis April 2011.

Umfassende Dokumentation gewährleistet

Die einzelnen Umsetzungsschritte, Tätigkeiten und Meilensteinerreichungen wurden in einem umfassenden internen Berichtswesen dokumentiert. Dazu zählen die offiziellen Dokumente, wie Zwischenberichte an die FördergeberInnen, und monatliche Projektstandsberichte. Diese Dokumente stellen detailliert und nachvollziehbar die Projektumsetzung und Aktivitäten dar. Insgesamt liegen drei Zwischenberichte und 21 Projektstandsberichte vor. Zudem wurden zu jeder Teamsitzung, die in einem 2-Wochenrhythmus stattfanden, interne Teamsitzungsprotokolle erstellt.

Durchgängige Qualitätssicherung

Qualitätssichernde Maßnahmen waren integraler Bestandteil. Zur begleitenden Qualitätssicherung wurden spezifische Maßnahmen eingesetzt, wie die Kooperation mit ExpertInnen, die wissenschaftliche Begleitung, die externe Evaluierung und der Einsatz intern erstellter und eingesetzter Evaluationstools. Im Rahmen der Schulung und der Intensivbetreuung wurden multifunktionale Evaluationstools eingesetzt. Diese dienten der Datengewinnung, der Selbstreflexion und dem Controlling.

In der Schulung wurden folgende interne Evaluationstools verwendet und von den Gesundheitstutorinnen ausgefüllt:

- Feedbackbogen
- Reflexionsbuch
- Selbstbewertungsbogen

In der Intensivbetreuung der Programmumsetzung wurden von den Gesundheitstutorinnen und betreuten Müttern folgende Fragebögen beantwortet:

- Aufnahme-Erhebungsbogen (zu Beginn, in der Mitte und bei Programmende)
- Mütter-Treffen-Erhebungsbogen bei jedem Müttertreffen

Weiterbildung und begleitendes Lernen der Gesundheitstutorinnen durch „Guidance“

Die Weiterbildung der Gesundheitstutorinnen wurde auch nach der eigentlichen Schulung fortgesetzt und erfolgte gezielt in den regelmäßig abgehaltenen Teamsitzungen durch Reflexion der eigenen Erfahrung, die Bearbeitung von Fragestellungen aus der Intensivbetreuung und gezielte thematische Inputs des Steuerungsteams. Daneben fungierte die Projektkoordinatorin als Ansprechperson bei auftretenden Fragen.

Die Gesundheitstutorinnen wurden zudem während der Sommerpause der Intensivbetreuung zu Weiterbildungsaktivitäten motiviert: Eine Gesundheitstutorin besuchte eine EDV-Schulung, eine andere absolvierte ein Praktikum im Flüchtlingshaus der Diakonie und eine weitere arbeitete an der EDV-mäßigen Erfassung der Dokumentation im gekona Büro mit.

Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit, der Verbreitung und Fortführung des Programms nach Abschluss wurden vom Steuerungsteam von Projektbeginn an gezielte Kooperations- und Vernetzungsstrukturen aufgebaut. Ein wichtiges Ziel des Projektes war die Vernetzung und Sensibilisierung von politischen EntscheidungsträgerInnen und der interessierten Öffentlichkeit durch Verbreitung des Programms in Form von Veranstaltungsteilnahmen, Veröffentlichungen und durchgängiger Informationstätigkeit und Öffentlichkeitsarbeit.

Neben Kooperationspartnerschaften in Wien und Niederösterreich wurden im Projekt „Gesundheit kommt nachhause“ Vernetzungsstrukturen auch auf gesamtösterreichischer Ebene aufgebaut, weil das Projekt nach erfolgreichem Abschluss in Österreich verbreitet werden soll. Das Steuerungsteam nahm direkten Kontakt mit Einrichtungen, Vereinen und öffentlichen Stellen im Bereich Migration und Gesundheit auf. Das Projekt wurde laufend bei Veranstaltungen präsentiert und bekannt gemacht, z.B. bei Tagungen des FGÖ. beratungsgruppe.at ist darüber hinaus seit Sommer 2009 Mitglied in der ÖGPH (Österreichische Gesellschaft für Public Health).

beratungsgruppe.at initiierte im Jahr 2010 bundesweite, länderübergreifende Kooperationen und Vernetzungen, und zwar im Rahmen ihres Projektes „IKONE“ (Initiativen-Kooperations-Netz), das vom Europäischen Integrationsfonds (EIF) und dem BMI finanziert wurde. Darüber hinaus nahmen ProjektleiterInnen an internationalen Tagungen, etwa in Berlin bei einem Treffen deutschsprachiger Projekte aus dem Bereich „Early Intervention“, teil.

Implementierung einer niederschweligen Webseite

Die Webseite www.gekona.at wurde im Februar 2010 online gestellt. Sie ist klar strukturiert, bunt und mittels Fotos, Zitaten und Erläuterungen ansprechend und niederschwellig gestaltet. Die Aktivitäten von gekona werden anschaulich vermittelt.

Zudem stand ein internes Portal für den Austausch zwischen Steuerungsteam, externer Beratung, Schulungspartnerin, wissenschaftlicher Begleitung und Evaluation zur Verfügung.

3 Evaluationsansatz und Datenbasis des Berichtes

Es wurde eine prozess- und ergebnisorientierte Evaluierung durchgeführt. Die prozessbegleitende Evaluation zielte darauf ab, handlungsrelevantes Wissen für die Projektsteuerung zu generieren. Es wurden Entscheidungshilfen - Beobachtungs- und Evaluationsergebnisse - für die Optimierung von Strukturen, Prozessen und Maßnahmen angeboten. Am Ende der Entwicklungs- und nach der Praxisphase standen zudem die erzielten Ergebnisse und Wirkungen im Sinne einer Ergebnisevaluation im Fokus.

Die zentralen Fragen der Prozessevaluation lauteten:

- Wie bewähren sich die Kontaktabbauung und das Akquisitionsprozedere?
- Welche Akzeptanz findet das Projekt bei der Zielgruppe (Migrantinnen/Mütter und Gesundheitstutorinnen)?
- Entsprechen die angebotenen Gesundheitsthemen den Bedürfnissen der Zielgruppe? Bedarf es geänderter, erweiterter Themenangebote?
- Sprechen die zur Verfügung gestellten Informationsmaterialien die Zielgruppe inhaltlich und methodisch an? (Angemessenheit des Gesundheitskoffers)
- Können die Maßnahmen wie vorgesehen umgesetzt werden, welche Veränderungen müssen vorgenommen werden? (Schulungscurriculum, Maßnahmenkatalog und Durchführungsanleitung für Gesundheitstutorinnen, Einzelberatung, Gruppentreffen, Exkursionen für Migrantinnen/Mütter)
- Wie gestalten sich die Kooperation und Vernetzungen mit Partnerinstitutionen?
- In welcher Form fließen die Analyseergebnisse in die Programmentwicklung ein?
- Wie wird die Nachhaltigkeit gesichert?

Beurteilung der Adäquatheit des Programms und Auswirkungen auf die Zielgruppe

Die Ergebnisevaluation gewährleistet wissenschaftlich fundierte Aussagen über die konkreten Ergebnisse, den Grad der Zielerreichung und dessen maßgeblichen Bedingungsfaktoren. Ausgehend von den Projektzielen sollten Vorher-Nachher-Vergleiche dazu beitragen, ein detailliertes Bild über die Wirkung des Projekts zu gewinnen. Es gilt dabei allerdings zu berücksichtigen, dass die Wirkungsweisen von Gesundheitsförderprojekten äußerst komplex sind und sich nicht mittels einfacher Ursache-Wirkungszusammenhänge erklären lassen. Daher galt es, geeignete qualitative und quantitative Indikatoren zu identifizieren, an denen der Veränderungsprozess ablesbar ist. Da die projektinterne Dokumentation sehr umfassend war, wurde von einer zusätzlichen schriftlichen Befragung der Zielgruppe abgesehen. Über subjektiv wahrgenommene Veränderungsprozesse der Teilnehmerinnen auf die gesundheitliche Verfassung, das Wissen über Gesundheitsförderung und die allgemeine Lebenssituation liefern die Bestandsaufnahmen, die zu drei Zeitpunkten während der Intensivbetreuung durchgeführt wurden, die quantitative Datenbasis. Im Zuge der externen Evaluierung wurden mit den Gesundheitstutorinnen qualitative Einzel- und Gruppenbefragungen und Gruppenbefragungen mit den Teilnehmerinnen durchgeführt.

Die zentralen Fragen der Ergebnisevaluation lauteten:

- Wurden die gesetzten Ziele erreicht? Welchen Beitrag zur Zielerreichung haben die Maßnahmen geleistet?
- Welche konkreten Endergebnisse liegen vor? (z.B. Zielgruppenerreichung, Anzahl der Teilnehmerinnen, Dauer der Teilnahme, Lernerfahrungen)
- Welche Veränderungen und Wirkungen zeigen sich aufgrund des Programms?
- Welcher Standardisierungsgrad konnte erreicht werden, um das Programm ohne erheblichen Mehraufwand verbreiten und übertragen zu können?

Umfassende Datenbasis

Folgende Erhebungsschritte lieferten die Datenbasis des vorliegenden Berichts:

- Regelmäßige Austausch- und Reflexionssitzungen mit dem Steuerungsteam
- Regelmäßiger Telefon- und Emailaustausch mit der Projektleiterin
- Analyse und Auswertung der internen Dokumentation: Die für die Dokumentenanalyse verwendeten Unterlagen setzen sich sowohl aus internen (Protokolle, Projektstandsberichte, interne Dokumentation und Monitoring) als auch aus offiziellen (Projektberichte, Zwischenberichte) Dokumenten wie aus „öffentlichen“ Dokumenten, den Lernmaterialien, zusammen.
- Teilnehmende Beobachtung bei einer Schulungseinheit der Gesundheitstutorinnen
- Teilnehmende Beobachtung bei einem Gruppenangebot für die Mütter
- Gruppenbefragung der Gesundheitstutorinnen mittels Leitfaden
- Persönliche Einzelbefragung der Gesundheitstutorinnen mittels Leitfaden
- Expertinneninterviews mit der Projektleiterin und der Projektleiterinnenstellvertreterin mittels Leitfaden
- Zwei Gruppenbefragungen von 12 teilnehmenden Müttern mittels Leitfaden

4 Der Projektumsetzungsprozess

Nachdem es sich bei „Gesundheit kommt nachhause“ um ein Entwicklungsprojekt mit prozessorientierter Umsetzung handelt, bei dem nachfolgende Schritte auf den vorhergehenden aufbauen, war eine strikte Vorgangsweise notwendig, um das Vorhaben plangemäß umzusetzen. In Folge wird detailliert auf die Projekt- und Programmelemente eingegangen.

4.1 Die eingesetzten Materialien - der Gesundheitskoffer

Geplant war die Entwicklung von Informationsmaterialien, die ein ganzheitliches Gesundheitsbewusstsein vermitteln, das sowohl die physische als auch die psychische und soziale Ebene einschließt. Die Materialien sollten so gestaltet sein, dass die Zielgruppe Mütter über ihre Kinder angesprochen wird. Schließlich wurden illustrierte Geschichtenbücher für den Einsatz bei den Kindern und vertiefende Informationsblätter für die Mütter und deren ältere Kinder entwickelt.

Kooperation mit ExpertInnen

Für die Themenauswahl und Materialentwicklung wurden neben der Literaturrecherche ExpertInnen und einschlägige Institutionen kontaktiert und mit diesen zusammengearbeitet. Dazu zählen „give – Servicestelle für Gesundheitsbildung“, PGA-Zahngesundheit Wien, Mag.^a Nicole Seiler (Ernährungswissenschaftlerin), Mag.^a Sabine Prohaska (Gesundheits- und Wirtschaftspsychologin), seminar consult prohaska, Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien und FEM Süd.

Ganzheitlicher Gesundheitsansatz und breite Themenpalette

Folgende Themenbereiche wurden in den Informationsmaterialien aufgearbeitet: Bewegung, motorische Fähigkeiten, Entspannung, Entwicklung des Gehirns, Lernen, Entwicklung des Kindes, Ernährung, Essgewohnheiten, Essstörungen, frühkindliche Bindung, Beziehung, Gefühle/Emotionale Entwicklung und Wohlfühlen, Haushaltshygiene, Impfungen/Vorsorgeuntersuchungen, Integration/Konflikte/ Aggressivität, Kommunikation/Zuwendung/Soziales, Konsumverhalten/Einkaufen, Körperbewusstsein, Körperhygiene, Lebensraumgestaltung/Zusammenleben, Persönlichkeitsbildung, Rhythmus, Rollenbilder, Schlaf und Träume, Stillen und Babynahrung, Sexualität und Schwangerschaft, Sexuaufklärung und Moral, Spielen/Lebensfreude/Lachen, Stress und Leistungsdruck, TV- und PC-Gewohnheiten, Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“, Umgang mit Medikamenten, Unfallschutz und Erste Hilfe, Verhaltensauffälligkeiten und Sucht sowie Zahn- und Mundhygiene.

Überprüfung der Themenauswahl

Zur Überprüfung der Themenwahl mit der Betroffenheit und Bedürfnislage in der Zielgruppe wurden vom Steuerungsteam zwei Befragungen durchgeführt: Die wissenschaftliche Beraterin befragte in dem Spital, in dem sie tätig war, KollegInnen nach wichtigen Themenfeldern und Fragen, die häufig von Migrantinnen gestellt werden. Zudem wurden 41 Frauen, die von der Beratungsgruppe im Rahmen des Projektes HIPPY betreut werden, zu Gesundheitsthemen in einer Fragebogen-Erhebung befragt. Dabei zeigte sich u.a., dass als erstes immer Ernährung und Bewegung genannt werden und dass psychosomatische Erkrankungen eine große Rol-

le in der Zielgruppe spielen. Dem wurde in der Themenschwerpunktsetzung entsprochen.

Zehn Sani-Büchlein

Sani ist eine Fantasiefigur, die als „Anderes Ich“ die HauptakteurInnen in allen Geschichten begleitet und verschiedene Bedürfnisse und Emotionen anspricht und gezielte Fragestellungen erörtert.

Für die Sani-Büchlein wurde eine einfache Sprache, die von Müttern und ihren Kindern ab ca. 3 Jahren leicht verstanden werden kann, ohne banal zu wirken oder zu langweilen, gewählt. Die Sani-Büchlein wurden auf Deutsch gedruckt, die türkische Übersetzung liegt nicht in Buchform, aber als Textausdruck vor.

Nach der Erfahrung der Gesundheitstutorinnen erwies sich diese Zweisprachigkeit als sehr wirksam, weil einige Mütter Schwierigkeiten hatten, auch die einfache Sprache auf Deutsch zu verstehen.

Abbildung 3: Cover von zwei „Sani-Büchlein“



Basis: gekona-Gesundheitskoffer, beratungsgruppe.at

Testung der Sani-Büchlein an der Zielgruppe

Die ersten beiden Sani-Geschichten wurden an Müttern mit türkischem Migrationshintergrund auf ihre Verständlichkeit hin erprobt. Sie wurden kognitiv verstanden und von den Frauen positiv beurteilt. Vor Fertigstellung der zehn Sani-Büchlein wurden diese an weiteren türkischen Müttern und ihren Kindern getestet. Auch dieser Test ergab, dass die Geschichten verstanden wurden und den Frauen und ihren Kindern gefielen, weil sie sich damit identifizieren und sie an ihren Lebensalltag anknüpfen konnten. Weitere Testpersonen waren Kinder zwischen drei und 12 Jahren aus den Familien der Gesundheitstutorinnen und Mitarbeiterinnen von beratungsgruppe.at, denen die Materialien nach Auskunft ihrer Mütter sehr gut gefielen, die sehr interessiert darin geschmökert hatten und sich darüber austauschen wollten. In der Vorbereitungs- und Testphase ist der Ansatz, dass Neugierde und Interesse an Gesundheitsfragen über die Kinder geweckt werden sollten, bereits aufgegangen.

52 - den Sani-Texten zugeordnete - Infoblätter erläutern die Gesundheitsthemen

Die didaktische Ausarbeitung der Materialien ist komplex und zielt darauf ab, die in den Sani-Texten angesprochenen Inhalte mit Hilfe der Infoblätter zu vertiefen und die gesundheitlichen Zusammenhänge zu erklären. In den Sani-Geschichten werden immer mehrere gesundheitliche Themen direkt und indirekt angesprochen und durch insgesamt 52 (Deutsch und Türkisch vorliegende) Infoblätter erläutert. Die Sani-Büchlein sprechen Kinder und Mütter an und sind so strukturiert, dass effektiv mit ihnen gearbeitet werden kann. Die entsprechenden Infoblätter können einfach und eindeutig zugeordnet werden, sodass ältere Kinder und die Mütter leicht mit ihnen arbeiten können. Die betreuten Mütter hatten aus Sicht der Gesundheitstutorinnen keine Probleme mit dieser Materialsystematik.

Abbildung 4: Beispiel für den Überblick zu den Infoblättern in einem Sani-Büchlein

Infoblätter zum Buch:

Infoblatt Themen

44

Entwicklung des Kindes
Kommunikation / Zuwendung / Soziales
Sexualaufklärung / Moral
Gefühle / Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen
frühkindliche Bindung / Beziehung
Entwicklung des Gehirns / Lernen
Sexualität / Schwangerschaft

45

Entwicklung des Kindes
Kommunikation / Zuwendung / Soziales
Sexualaufklärung / Moral
Sexualität / Schwangerschaft
Körperbewusstsein
Rollenbilder
Persönlichkeitsbildung

46

Sexualität / Schwangerschaft
Körperbewusstsein
Konsumverhalten / Einkaufen
Lebensraumgestaltung / Zusammenleben
Umgang mit "Nicht-Wohlfühlen"
Ernährung

47

Umgang mit "Nicht-Wohlfühlen"
Entwicklung des Kindes
Kommunikation / Zuwendung / Soziales
Sexualaufklärung / Moral
Rollenbilder
Gefühle / Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen
Entwicklung des Gehirns / Lernen
Spielen / Lebensfreude / Lachen

48

Entwicklung des Kindes
Kommunikation / Zuwendung / Soziales
Sexualaufklärung / Moral
Rollenbilder
Persönlichkeitsbildung
frühkindliche Bindung / Beziehung

Basis: gekona-Gesundheitskoffer, beratungsgruppe.at, Frankl, Liesl: Sani ist verliebt

Materialien für die Gesundheitstutorinnen und die Mütter

Die Mütter erhielten beim Aufnahmegespräch den Gesundheitskoffer mit den Infoblättern in deutscher und türkischer Sprache und dem ersten Band der Sani-Büchlein, „Sani tanzt“. Nach und nach wurden die weiteren Bücher bei den Müttertreffen ausgegeben und besprochen. Neben diesem didaktischen Material standen den Gesundheitstutorinnen Materialien in der Datenbank, Fachbücher, diverse Folder und Informationsbroschüren und die Expertise des Steuerungsteams als Wissensbasis zur Verfügung.

Gesundheitskoffer wirkt bei der Zielgruppe

Über Gestaltung und Inhalte, eine verständliche Sprache, die ganzheitliche Sicht von Gesundheit und die ansprechende Illustration konnte die Zielgruppe nach deren Rückmeldungen und der Beobachtung der Gesundheitstutorinnen sehr gut erreicht und angesprochen werden, was für eine hohe Materialqualität spricht. Der Gesundheitskoffer wird von den Müttern sehr geschätzt. Die Kinder interessieren sich sehr für die Bücher, auch die kleinen schauen sie gerne an. Es wird berichtet, dass die Büchlein auf Wunsch der Kinder in den Urlaub mitgenommen werden. Eine Befragte erzählte, dass sie täglich ein paar Seiten darin liest, ihren Kindern daraus vorliest und die Mappe für ihre 5-jährige Tochter aufheben wird.

Kulturübergreifende Gestaltung

Die Sani-Büchlein sprechen aus Sicht der Evaluation durch die sehr liebevolle und bunte Gestaltung zunächst die visuelle Wahrnehmung an. Der türkische Illustrator Levent Tarhan hat auf neutrale Weise die Lebenswelt einer Familie und ihres sozialen Umfelds gezeichnet, ohne kulturelle Festlegungen zu verwenden. Mit den Figuren können sich Kinder mit moslemischem Hintergrund identifizieren, ohne kulturellen Stereotypisierungen entsprechen zu müssen, weder der Herkunfts- noch der Mehrheitsgesellschaft. Lediglich eine „typische“ Teekanne kommt einmal in den Zeichnungen vor. Dass dieses Konzept aufgegangen ist, belegt auch die Reaktion einer Gesundheitstutorin, die erstaunt darüber war, dass eine österreichische Autorin sich so gut in den türkischen Lebensalltag einfühlen kann. Dadurch wird auch bewusst, dass dieser geschilderte Alltag und die lebensphasenbezogenen Gesundheitsthemen kulturübergreifend und nicht ethnisch determiniert sind.

Interkulturalität ohne Stigmatisierung

Hinter diesem Material, das beim ersten Anblick naiv und vereinfachend wirken könnte, steckt aus Sicht der Evaluation umfassendes und erprobtes interkulturelles Know-How. In doppelter Weise wurde ein vermittelter Zugang gewählt. Zum einen werden die Inhalte über einfache Geschichten narrativ vermittelt - analog zur Tradition des orientalischen Geschichtenerzählens - die die Mütter den Kindern vorlesen sollen oder mit den älteren Kindern gemeinsam lesen, und so auf gesundheitsbezogene Inhalte aufmerksam gemacht werden, die in den Mütterunden reflektiert und in der Lektüre der Infoblätter vertieft werden. Andererseits wird der Zugang über eine Ästhetik vermittelt, die sich nicht an kulturellen Stereotypen oder Phänomenen orientiert, sondern anspricht, ohne einer kulturellen Zuschreibung entsprechen zu wollen, und somit auch nicht der Falle des Stigmatisierens erliegen kann. Auch die ProtagonistInnen der Geschichten, drei Kinder, könnten sowohl einer „typischen“ türkischen als auch österreichischen Familie entstammen.

4.2 Auswahl und Schulung der Gesundheitstutorinnen

Ein zentrales Qualitätskriterium des Projektes „Gesundheit kommt nachhause“ ist der zweifache Qualifizierungsnutzen für die Zielgruppe der Frauen mit moslemischem Migrationshintergrund, nämlich als Qualifizierung durch die Aneignung von Gesundheitswissen der teilnehmenden Mütter und als formelle, zertifizierte Qualifizierung für die Gesundheitstutorinnen. Letztere hatten, was sich deutlich zeigte, wiederum einen dreifachen Nutzen: arbeitsmarkrelevante Kompetenz, persönliches Empowerment und für vier Frauen ein reguläres Beschäftigungsverhältnis.

4.2.1 Auswahl der Gesundheitstutorinnen

Die zukünftigen vier Gesundheitstutorinnen wurden bereits im Rahmen der Schulung bei beratungsgruppe.at angestellt. Sie konnten über das ursprünglich geplante Ausmaß einer geringfügigen Beschäftigung hinausgehend mit Förderung des AMS Wien, AMS NÖ und waff für 24 Wochenstunden beschäftigt werden. Infolge dieser Stundenausweitung wurden nicht wie geplant sechs Gesundheitstutorinnen, sondern vier angestellt. Sie waren somit existenziell und arbeitsrechtlich besser abgesichert. Die überschaubare Anzahl an Gesundheitstutorinnen erleichterte für die Projektleitung die Organisation der Praxisphase. Die Anstellung der zukünftigen Gesundheitstutorinnen bereits mit Schulungsbeginn führte auch - wie sich im Gruppengespräch zeigte - zu einer sehr hohen Identifizierung mit dem Programmvorhaben. Die Berufstätigkeit ist zudem ein wichtiger Selbstsicherheitsfaktor für die Frauen nach der langen Zeit der Arbeitslosigkeit.

Insgesamt nahmen acht Frauen an der Schulung teil. Nachdem die Ausbildung für acht bis 14 Teilnehmerinnen geplant war, entspricht das der Planung.

Passende Auswahl der Gesundheitstutorinnen

Aus Sicht der Evaluation entspricht die Auswahl der Gesundheitstutorinnen dem konzipierten Anforderungsprofil. Alle an der Schulung teilnehmenden Frauen sind in Österreich gut integrierte, arbeitslose Migrantinnen und Mütter mit einem ähnlichen soziokulturellen Hintergrund wie die zu betreuende Zielgruppe. Eine Frau hat Vorbildung im Bereich Soziales, eine hat eine abgeschlossene, eine andere eine abgebrochene Friseurinnenlehre. Eine Frau hat zwar Matura und zwei begonnene Studien in der Türkei, Ausbildungen, die in Österreich aber nicht anerkannt werden. Diese Frau, die streng genommen aufgrund ihres Ausbildungsniveaus nicht den ganz gleichen soziodemografischen Hintergrund mitbrachte, wurde dennoch aufgenommen, weil sie in Österreich noch nie gearbeitet hatte und im Sozialbereich Fuß fassen wollte. Sie beschreibt in der abschließenden Befragung einen großen persönlichen Bewusstseinsprozess und Gewinn und sehr guten Kontakt zu der Zielgruppe, was auch die Befragung der Teilnehmerinnen bestätigte.

Die bei der Auswahl der Gesundheitstutorinnen angestrebte Vermeidung einer Distanz zur Zielgruppe durch unterschiedliche Qualifizierungsniveaus bestätigte sich auf anderer Ebene, bei einer Referentin. Eine türkische, akademisch ausgebildete Trainerin erhielt schlechteres Feedback in der Schulung als österreichische, weil ihre Sprache zu theoretisch und abgehoben beurteilt wurde. Diese Beobachtung zeigt zweierlei: Weder stellt ein gemeinsamer kultureller Hintergrund automatisch eine gu-

te Verständnisbasis dar, noch muss ein Bildungsunterschied eine Barriere darstellen. Bei der höher gebildeten Gesundheitstutorin stehen die gemeinsamen Erfahrungen mit der Zielgruppe - Erlernen der deutschen Sprache, Mutterschaft, Arbeitsmarktfremde und Herausforderungen als arbeitslose, alleinerziehende Migrantin - im Vordergrund.

Letztendlich beendeten zwei Gesundheitstutorinnen ihre Tätigkeit frühzeitig, aus Überforderung in einem Fall, aus familiären Gründen im anderen. Drei der „alten“ Gesundheitstutorinnen konnten ins Folgeprojekt aufgenommen werden.

4.2.2 Entwicklung des Curriculums und Durchführung der Schulung

Die Schulung zielte nicht nur darauf ab, gesundheitsrelevante Inhalte zu vermitteln, sondern sie sollte die künftigen Gesundheitstutorinnen auch persönlich darin stärken, sich jene Handlungskompetenzen anzueignen, die notwendig sind, um ihre Rolle als Multiplikatorin für Gesundheitsförderung wirksam und motivierend erbringen zu können. Im Vordergrund steht ihre Funktion als Vermittlerin: Die Frauen sind keine Gesundheitsexpertinnen, sondern „Paraprofessionals“ mit Basiskenntnissen, die im Bedarfsfall zusätzliche Informationen bezüglich Beratungseinrichtungen und Fachleuten in Gesundheitsfragen recherchieren und weitergeben können. Überwiegend waren keine Vorerfahrungen im Gesundheits- oder Sozialbereich bei den Gesundheitstutorinnen vorhanden, was sich aber insofern auch als Vorteil herausstellte, als die Erfahrung mit der persönlichen Entwicklung eine gute Basis für die Vermittlungsrolle als Tutorinnen war.

Kooperation mit ExpertInnen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und interkultureller Bildung

Die Basisschulung „Beratung, Betreuung und Elternbildung im interkulturellen Zusammenhang“ wurde von beratungsgruppe.at in Kooperation mit seminar consult prohaska entwickelt und umgesetzt. Zehn weitere TrainerInnen und ReferentInnen unterrichteten in der Schulung zu den Themen Bewegung, Ernährung, Entspannung, psychosoziale Gesundheit, Psychosomatik, Sexualität, Gynäkologie, Schwangerschaft, Pubertät, Aufklärung, Entwicklung des Kindes und Gewalt in der Familie und deckten das breite Themenfeld ab.

In die Schulung wurde auch ein männlicher Referent, ein Sozialarbeiter von Streetwork - Rettet das Kind, zum Thema Verhalten in der Pubertät und Sexualität einbezogen. Nach anfänglicher Scheu und Irritation zeigten die Frauen - so die Wahrnehmung einer befragten Trainerin - großes Interesse, hier auch die andere, männliche Seite kennen zu lernen.

Kombination von theoretischer und praktischer Schulung

Vom ursprünglich angedachten Konzept einer strikten Zweiteilung zuerst Theorie- und dann Praxisteil wurde zugunsten einer Dreiteilung und Durchmischung abgegangen. Das Konzept Theorie-Praxis-Theorie ermöglichte zielgerichtet Themen zu ergänzen und zu vertiefen, bei denen sich in den Praxisphasen entsprechender Bedarf zeigte.

Alle Teilnehmerinnen bestanden bei der Abschlussprüfung

Die Schulung endete mit einer Abschlussprüfung, bei der ein Multiple Choice Test zu bestehen und ein Fallbeispiel zu bearbeiten waren. Im Einzelsetting wurden die

Test-Ergebnisse besprochen und ein Fachgespräch geführt. Alle Teilnehmerinnen bestanden die Abschlussprüfung positiv.

Interne und externe Evaluierung

Die interne Qualitätssicherung der Schulung wurde durch Anwesenheitslisten nach jeder Schulungseinheit, eine Feedbackabfrage nach jedem Schulungsblock einem wöchentlich zu führendem Reflexionshandbuch und einem Selbstbewertungsbogen gewährleistet.

Von Seiten der externen Evaluierung wurde eine Fokusgruppe mit drei Gesundheitstutorinnen zur Zufriedenheit mit der Ausbildung und ihren Erwartungen an das Projekt sowie Interviews mit der Projektleiterin und der stellvertretenden Projektleiterin, beide auch Trainerinnen in der Schulung, nach Schulungsende durchgeführt. Zusätzlich erfolgte eine teilnehmende Beobachtung an einer halbtägigen Schulungseinheit.

Gesundheit umfassend abgedeckt

Sowohl die befragten Gesundheitstutorinnen als auch die Trainerinnen finden, dass das breite Spektrum an Gesundheitsthemen in der Schulung gut abgedeckt werden konnte. Die wichtigsten Themen für eine weitere Vertiefung nach der Schulung sind der immer wieder genannte Themenbereich Sexualität, Anatomie der Körperfunktionen und intern-medizinische Fragestellungen, wie Diabetes, die in der Community verbreitet ist.

Hohe Zufriedenheit und hohe Motivation der Gesundheitstutorinnen

Die Schulungsleiterinnen und die Gesundheitstutorinnen zeigten eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Schulung. Die Gesundheitstutorinnen wurden von den Trainerinnen als sehr wissbegierig, interessiert und höchst motiviert beschrieben, manche ReferentInnen hatten bisher selten so hochmotivierte Teilnehmerinnen erlebt. Die Gesundheitstutorinnen waren mit der Qualität der Ausbildung und des Curriculums sehr zufrieden. Die Feedbackbögen des ersten Theorieblocks ergaben einen Durchschnittswert von 1,3 nach einem Schulnotensystem von 1 bis 5. Die Befragten vermittelten große Begeisterung und hohes Engagement für das Projekt, mit dem sie sich persönlich sehr identifizierten.

Wertschätzende Atmosphäre und Beziehung auf gleicher Augenhöhe

Frauen mit türkisch-moslemischem Migrationshintergrund sind alltäglichen Diskriminierungen ausgesetzt. Dies betrifft auch jene, die wie die Gesundheitstutorinnen mehrheitlich äußerlich durchaus modern wirken, kein Kopftuch tragen und zum Teil in Österreich geboren und zur Schule gegangen sind. Zentral ist daher eine wertschätzende Haltung im Projekt. Eine Befragte erinnert sich, dass das Wichtigste für sie beim Vorstellungsgespräch die Atmosphäre und „das Gespräch auf gleicher Augenhöhe“ waren. *„Wie ich da mit der Leiterin gesprochen habe, habe ich zuerst die Wärme bekommen, auf gleichem Niveau, auf gleicher Augenhöhe, da habe ich mich wohl gefühlt. Nach dem Gespräch hab ich mich total gefreut, dass es so etwas auch gibt. Ich war so neugierig und freute mich sehr, dass ich erstens eine Arbeit habe und zweitens eine nette Chefin.“*

Methodisch-didaktischer Zugang

Methodisch-didaktisch beruhte die Schulung auf einem erkenntnisorientierten Lernansatz. Die Teilnehmerinnen wurden primär nicht auf einer sachlichen Ebene, son-

dern auf einer emotionalen angesprochen, wobei viel Praxiswissen eingebracht wurde. Aus Sicht der Trainerinnen war es wirksam, möglichst viele Lernkanäle anzusprechen und eine ganzheitliche Didaktik aus Hören, Sprechen und Handeln zu verfolgen. Je weniger schulisch die Vermittlung erfolgte, desto erfolgreicher war sie, so die Erfahrung einer befragten Trainerin. Je mehr die Vermittlung in Richtung Vortrag ging, desto schwieriger war es für die Teilnehmerinnen bei der Sache zu bleiben. Im Laufe der Schulung haben die Frauen - nach Beobachtung einer Trainerin - zunehmend einen konkreten Praxisbezug durch aktive Fragen von den ReferentInnen eingefordert, wenn deren Input zu theorielastig wurde.

Jede der angehenden Gesundheitstutorinnen übersetzte auch je ein Viertel der Infoblätter ins Türkische. Dies nicht nur, um die Materialien auch in türkischer Sprache anbieten zu können, sondern auch, um so eine intensive inhaltliche Auseinandersetzung gewährleisten zu können.

„Lernen lernen“

Die Gesundheitstutorinnen entdeckten nach eigener Einschätzung ihren eigenen Lerntypus, etwa Visualisieren, Fragen stellen, Mitschreiben oder Strukturiertes Vorgehen. Auch lernen im Team und Teamarbeit waren neue Erfahrungen. So eine Befragte: *„Konzentration und Teamarbeit waren ganz neu und ich weiß jetzt, ich kann organisieren und mit anderen zusammenarbeiten.“* Zudem erwähnen sie gemeinsames Lachen, Austausch untereinander, regelmäßige Pausen und Bewegungseinheiten zwischen den Stunden als hilfreich beim Lernen.

Mehrfacher Nutzen

Die befragten Gesundheitstutorinnen nutzten die vorhandenen Unterlagen und Literatur, recherchierten im Internet und der internen Datenbank und wendeten sich mit inhaltlichen Fragen an die ProjektleiterInnen. Daneben verbesserten sie alle ihre Sprach- und rhetorischen Kenntnisse, weil sie von der Projektleiterin und der Schulungsleiterin diesbezüglich sehr gefordert wurden.

Aus Sicht einer befragten Trainerin haben die Gesundheitstutorinnen vor allem in drei Bereichen stark profitiert:

- Struktur: Die Gesundheitstutorinnen haben sich eine Tagesstruktur angeeignet und können besser mit ihrer Zeit umgehen. Nach 2-3 Wochen war das anfängliche Zuspätkommen in der Schulung kein Thema mehr
- Ausstattung mit Information und systematischem Hintergrundwissen
- Steigerung des Selbstwertes durch die Erkenntnis etwas Sinnvolles zu machen und viel bewirken zu können

Regelmäßige Tagesstruktur und Selbstorganisation

Die Gesundheitstutorinnen brauchen neben inhaltlichen und methodischen Basiskenntnissen organisatorische Fähigkeiten, zeitliche Flexibilität und Mobilität. Diese Kompetenzen bringen die Schulungsteilnehmerinnen nicht von vornherein mit, sondern erarbeiten sie Schritt für Schritt in der Schulung. Obwohl die Frauen in der Schulung als Angestellte fixe Arbeitszeiten haben und das mit ihren familiären und reproduktiven Verpflichtungen vereinbaren müssen, beschreiben sie die vorgegebene Struktur und die Notwendigkeit der Selbstorganisation als gesundheitsfördernder und stressfreier als in ihrer Situation als Arbeitslose, wo sie mehr freie Zeit zur Verfügung gehabt hatten. *„Bei mir funktioniert es viel besser als vorher, vorher war ich*

so unorganisiert. Jetzt mach ich die Schulung und lerne zu Hause und habe dann noch Zeit, früher war das nicht so“, und eine weitere Gesundheitstutorin „Für mich hat sich alles total verändert, es hat mir die Stärke gegeben. Ich war zu Hause mit dem Kind, du machst alles, aber kommst zu nichts, lässt dich gehen. Dort war ich so unzufrieden, man steht irgendwann auf macht die ganze Zeit etwas und eigentlich nichts, niemand ist mit dir zufrieden, ein freudloser Alltag. Ich hatte keine Struktur, keine Einteilung, keinen Plan, das hat mich immer in Stress gebracht.“

Persönliche Veränderung und Bewusstseinsweiterung

In der Schulung gelingt somit - über den Wissenszuwachs der eigentlichen Gesundheitsinhalte hinausgehend - ein deutlich erkennbarer Empowermentprozess, der den Lebensalltag und die Selbstwahrnehmung der Gesundheitstutorinnen einschließt. Alle befragten Gesundheitstutorinnen berichten, dass sie durch die Teilnahme an der Schulung ihre Lebenseinstellung und konkrete Lebensführung stark geändert haben.

„Meine Einstellung zu Gesundheit hat sich total geändert, jetzt bin ich viel bewusster, jetzt würde ich nie mehr aufgeben. Jetzt bin ich bewusster und das gibt mir die Kraft und Stärke, ich werde nicht mehr aufhören, jetzt bin ich da mit meiner Seele, jetzt bin ich glücklicher. Auch wenn die Arbeit hier fertig ist, werde ich weiter machen, ich hab mich sehr verändert. Das macht mir Freude und gibt mir Stärke und Sicherheit. Aber ich hab das auch gewollt, vorher hab ich nur an meine Familie gedacht, dass es meinem Kind und Mann gut geht und habe nie an mich gedacht.“

Zum Teil blicken die Gesundheitstutorinnen traurig und sogar zornig auf ihr bisheriges Leben zurück, weil sie ihrer Ansicht nach schon früher diese für sie nun wichtigen Veränderungsprozesse hätten machen können.

„Wenn man selber Entscheidungen treffen kann, dann ist man gesund. Das hat mir schon sehr geholfen, früher habe ich immer, obwohl ich gewusst habe, was gut ist für mich, bei anderen Rat geholt und das gemacht, was sie gesagt haben. Für mich selber hab ich nie entschieden, immer was die anderen für richtig gehalten haben, z.B. mein Mann. Jetzt hab ich das in mir drinnen, selbst Entscheidungen zu treffen. Das ist für mich der Schlüssel.“

Selbst- und Fremdbild der Gesundheitstutorinnen

Die Schulungsleiterinnen konfrontieren die Gesundheitstutorinnen direkt mit ihrem Selbstbild, mit ihren veränderten Verhaltensweisen, mit ihren Fehleinschätzungen und sprachlichen Mängeln. Die Gesundheitstutorinnen schätzten anfangs ihre eigenen Kenntnisse über Gesundheit oder die Entwicklung des Kindes z.B. sehr hoch ein. Durch die intensive Auseinandersetzung relativiert sich dieses Selbstbild. Auf dieses Selbstbewertungsmuster stoßen die Gesundheitstutorinnen dann bei den Bestandsaufnahmen mit den betreuten Müttern. Die eigene Erfahrung hilft den Gesundheitstutorinnen die Bedürfnisse der Frauen gut zu erkennen und abzudecken.

Eigene Betroffenheit und Lernerfahrung als wirksamer Vermittlungsfaktor

In der Gruppenbefragung zeigte sich deutlich, dass die Selbsterfahrung, die Erarbeitung eines völlig neuen Themenfeldes und die Erinnerung an die eigenen Fragestellungen, einen wirksamen Zugang für das notwendige empathische Verhalten zu den zu betreuenden Müttern darstellten. Öfters wird auch auf den Vorteil des gleichen soziokulturellen Hintergrunds verwiesen und dies als unabdingbare Basis für das Herstellen des notwendigen Vertrauens erachtet, ebenso wie die Vorbildwirkung:

„Wir werden immer gefragt was wir vorher gemacht haben, ich sag ich war Hausfrau und das verbindet, wir sind jetzt ein Vorbild, das ist ganz wichtig.“

„Mehr Wissen hilft“

Alle Gesundheitstutorinnen zeichnet großes Interesse und Engagement für das Programm „Gesundheit kommt nachhause“ aus. Der Leitspruch auf dem Informationsfolder zum Projekt „Gesundheit kommt nachhause“, nämlich „Mehr Wissen hilft“, wird von den Gesundheitstutorinnen wortwörtlich erfahren und gelebt. Sie kaufen bewusster ein, organisieren ihren Alltag so, dass dieser stressfreier abläuft, obwohl sie nun berufstätig sind. *„Wir haben auch Selbstbewusstsein gewonnen, dass man sich dann sicherer fühlt, ich weiß jetzt mehr, da ist viel zum Weitergeben.“* Die Befragten vermitteln ein großes Bedürfnis und Freude, ihr Wissen und ihre Erfahrung an andere weiterzugeben.

Reaktionen des familiären Umfelds

Die persönlichen Veränderungen der Frauen fallen auch in den Familien, die die Frauen mehrheitlich unterstützen, auf. Eine alleinerziehende Gesundheitstutorin erzählt, dass ihre Tochter sehr stolz auf sie sei. Eine andere berichtet von den Problemen des Ehemanns mit ihrer Veränderung, wovon sie sich aber nicht erschüttern lässt, *„ich weiß, das passt für mich“*. Eine andere Frau führt an, dass in ihrem Kulturkreis viele Frauen Hausfrauen sind und es den Frauen mehr Respekt in der Familie verschafft, auch etwas anderes zu können und sie stolz darauf ist, ein Vorbild für die Kinder zu sein.

Erfolgsfaktoren für die Gesundheitstutorinnen

Die Gesundheitstutorinnen wollen ihre Erfahrungen und ihr Wissen an die Mütter nicht nur beruflich motiviert, sondern aus altruistischen Motiven weitergeben, weil sie selbst erlebten, welche positive Veränderung es bei ihnen bewirkte. *„Es geht um das Bewusstsein. Wir sind selbst aus dem muslimischen Kulturkreis und wir wollen die sozial benachteiligten Frauen aufwecken und bewusster machen, damit sie nicht zu Hause in dem Teufelskreis bleiben. Da wir von da kommen, können wir das mitfühlen. Wir wollen helfen, wir spüren das, das ist unsere Arbeit und unser Ziel.“* Neben diesem Bewusstwerdungsprozess ist es die Durchbrechung der sozialen Isolation, die den Gesundheitstutorinnen am Herzen liegt. *„Auch die Sozialverbindungen der Frauen sind sehr schlecht, sind nur in ihrem Kreis, wie bei mir, ich fühle das, ich verstehe das. Das Ziel ist aufwecken, bewusster machen, ob sie das machen ist dann ihre eigene Entscheidung.“*

Hier wird ein weiterer wichtiger Aspekt für die Gesundheitstutorinnen angesprochen, die Selbstbestimmung der Frauen. *„Bei türkischen Frauen kommen zuerst die Kinder, dann die Familie und dann sie selbst. Das muss sich umdrehen. Wenn ich mich als Frau wohl fühle, dann kann ich es weiter geben an die Familie, das ist der Punkt. Wenn wir das erreichen, dann sind wir die glücklichsten.“* Für diese Gesundheitstutorin wird ihre Arbeit dann erfolgreich sein, wenn *„die Frauen dann für sich selber entscheiden können, wenn ich nicht mehr höre, ich muss erst meinen Mann fragen“*.

Empowerment auf mehreren Ebenen

Es ist sehr beeindruckend, was die Gesundheitstutorinnen in der kurzen Zeit von drei Schulungsmonaten mitgenommen und gelernt haben. Das gewonnene Empowerment betrifft nicht nur die Aneignung von Wissen im Themenfeld Gesundheit und die Kompetenz, wie man sich weiteres Know-how aneignen kann, sondern die ge-

samte Lebensführung und -einstellung der Frauen. Die Frauen verändern sich somit nach der relativ kurzen Schulungszeit zum Teil radikal. Dass dies gelingen konnte, ist aus Sicht der Evaluierung neben der fordernden und förderlichen Atmosphäre der Schulung auf die gezielte Auswahl von Frauen zurückzuführen, die dieses Potenzial und die Offenheit in sich tragen.

4.3 Akquise der Zielgruppenpersonen

Die Akquise der Zielgruppen ist der erste aufsuchende Maßnahmenschritt und erfordert empathisches und vertrauensbildendes Vorgehen durch die Gesundheitstutorinnen.

Schnelle und effektive Akquise

Die Hauptakquise wurde kurz nach ihrem Beginn - bereits nach einer Woche - auch schon wieder beendet, weil die angepeilten rund 100 Mütter in kürzester Zeit gefunden werden konnten. Die Zielgruppe wurde klar erreicht: 113 sozial- und bildungsbenachteiligte Frauen mit moslemischem Hintergrund konnten zur Teilnahme gewonnen werden. Alle Frauen haben in erster oder zweiter Generation türkischen Migrationshintergrund.

Akquise im öffentlichen Raum

Erste Akquise-Tätigkeiten der Gesundheitstutorinnen begannen plangemäß während der Schulung im Februar, die systematische Hauptsuche nach interessierten Müttern im März. Die Gesundheitstutorinnen suchten Kontakte in ihrem Wohnumfeld und zentralen Stellen der moslemischen Community, etwa Kindergärten, vor Schulen, in beliebten Einkaufszentren, Supermärkten, Wohnhausanlagen oder Moscheen. In Kindergärten und Moscheen wurden Präsentationsgespräche geführt, im öffentlichen Raum wurde der einseitige Folder mit Programminformationen auf Deutsch und Türkisch ausgeteilt und die Kontaktadressen Interessierter notiert. Danach erfolgten die organisatorische Detailplanung und die definitiven Aufnahmegespräche.

Die Aufteilung der Gesundheitstutorinnen auf die Institutionen erfolgte nach persönlichen Kriterien, nämlich danach, welche Gesundheitstutorin wo am besten Vertrauen gewinnen kann. Am schwierigsten war die Akquise für die Gesundheitstutorinnen im öffentlichen Raum, weil keine Kontaktperson vermittelte und dadurch ein Vertrauensvorschuss fehlte.

Ein weiterer interessanter Aspekt war, dass zu den Programmpräsentationen auch viele Großmütter kamen, die Kinder betreuen, und großes Teilnahmeinteresse bekundeten. Diesem Anliegen wurde im Folgeprojekt entsprochen.

Passende Bewerbungsstrategien und hohe Verbindlichkeit

Dass die Akquisestrategien sehr gut funktionierten, belegt der kurze Zeitraum, indem die verbindliche Gewinnung der Teilnehmerinnen gelang. Aus der effektiven und dadurch effizienten Akquise kann geschlossen werden, dass die richtigen Kontaktkanäle und Bewerbungsstrategien gewählt wurden. Die Zielgruppenpersonen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld von Vertreterinnen der eigenen Community anzusprechen und für das Thema zu interessieren. Sehr beachtlich und keinesfalls selbstverständlich ist, dass die Frauen bei ihrer ersten Zusage blieben und tatsächlich teilnahmen.

4.3.1 Charakteristika der Teilnehmerinnen

Vor den ersten Müttertreffen führten die Gesundheitstutorinnen Bestandsaufnahmen bei den Teilnehmerinnen durch. Dabei wurden in einem Erhebungsbogen soziodemographische Merkmale und Fragen zu Gesundheit, Bildung und sozialer Integration erfasst. Von allen 113 betreuten Frauen liegen Daten vor. Die Auswertung dieser internen Erhebung erfolgte durch die externe Evaluation.

Die Bestandsaufnahme zeigt, dass die Zielgruppe der bildungs- und sozialbenachteiligten Mütter aus dem islamischen Kulturkreis mit niedrigem SES eindeutig erreicht werden konnte.

Zielgruppe wurde eindeutig erreicht

Gut die Hälfte der Teilnehmerinnen (53%) sind unter 35 Jahre alt und der Rest ist älter. Das Altersspektrum reicht von 21 bis 52 Jahren.

Alle Teilnehmerinnen geben als Herkunftsland die Türkei an, wobei ein Fünftel der befragten Frauen in Österreich geboren ist. 38% der Frauen, die in der Türkei geboren sind, sind bis zu zehn Jahre in Österreich, die restlichen länger. Der Median liegt bei 15 Jahren.

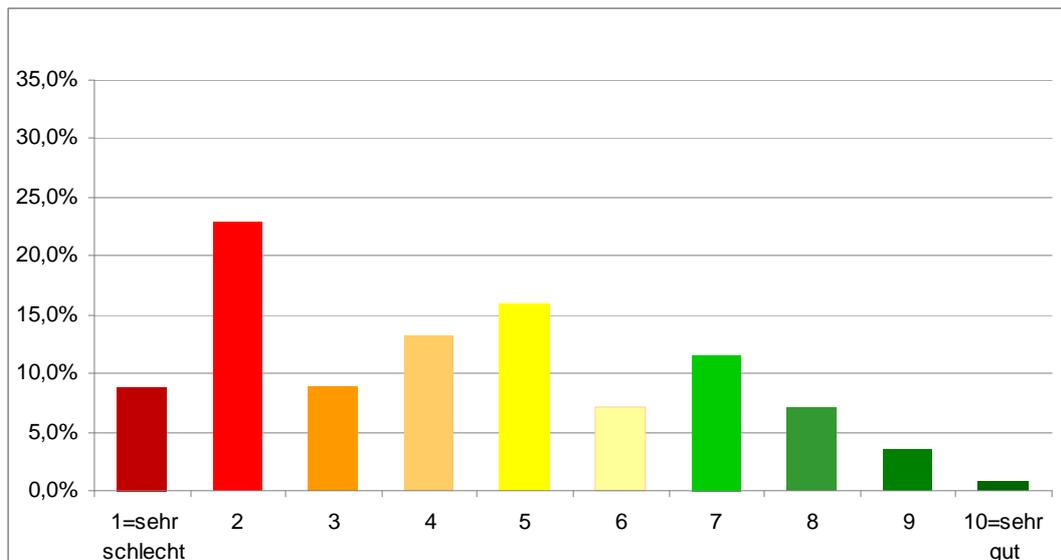
62% der Frauen kommen aus einem städtischen Umfeld und 38% vom Land.

Jede fünfte Teilnehmerin hat keine Vertrauensperson

Die Hälfte der Teilnehmerinnen hat Verwandte in Österreich, zu denen guter Kontakt besteht. 79% geben an, dass sie eine Vertrauensperson haben, jede fünfte Frau hat dies nicht.

Auf einer 10-stufigen Skala von 1 (= sehr schlecht) bis 10 (= sehr gut) stufen 70% ihre soziale Einbindung als (eher) schlecht (1-5) ein. Abbildung 5 illustriert diese Einstufungen.

Abbildung 5: Selbstbewertung der sozialen Einbindung



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=113

Kaum Alleinerzieherinnen, 4- bis 5-Personen-Haushalte überwiegen

Die Haushalte der Teilnehmerinnen bestehen aus zwei bis acht Personen, wobei 44% der Frauen zu viert und 27% zu fünft leben. 7% der Mütter sind Alleinerzieherinnen.

Berechnet man die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder, ergibt sich eine durchschnittliche Anzahl von mindestens 2,5 Kindern pro Familie. In Wien beträgt die durchschnittliche Kinderanzahl 0,89 Kinder pro Familie (über alle Familien gerechnet) bzw. 1,76 Kinder pro Familie mit Kindern.¹⁰ Im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt in Österreich fällt eine höhere Kinderanzahl bei den Teilnehmerinnen auf.

Insgesamt haben die 113 Mütter 225 schulpflichtige Kinder. 31% von ihnen leben mit einem Kind, 47% mit zwei Kindern unter 15 Jahren in einem Haushalt, wie untenstehende Tabelle illustriert.

Tabelle 2: Kinder unter 15 Jahren im Haushalt

Anzahl der Kinder	Häufigkeit	Prozent
1	35	31%
2	53	47%
3	17	15%
4	7	6%
5	1	1%
Gesamt	113	100%

Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=113

¹⁰ Statistik Austria, Familien nach Familientyp, Zahl der Kinder und Bundesländern - Jahresdurchschnitt 2010
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/index.html, abgerufen am 2.4.2011

Die Hälfte hat maximal 18 m² Wohnfläche pro Familienmitglied zur Verfügung

Um ein Bild über die Wohngrößenverhältnisse zu erhalten, wurden die Teilnehmerinnen nach ihrer Wohnungsgröße befragt. Die Angaben reichen von 40 m² bis zu 120 m², wobei 63% der Frauen maximal 80 m² mit ihren Familien bewohnen. Diese Angaben wurden auf die einzelnen Haushaltsmitglieder hochgerechnet. Dabei zeigt sich, dass 51% bis zu 18 m² pro Haushaltsmitglied zur Verfügung haben und 49% mehr als 19 m² Wohnfläche pro Haushaltsmitglied.

In Österreich liegt der Median der Wohnnutzfläche bei 36 m². Auffallend ist dabei, dass österreichische StaatsbürgerInnen doppelt so viel Wohnraum zur Verfügung haben wie Personen ohne EU/EFTA Staatsbürgerschaft.¹¹

Über ein Drittel ist berufstätig, jede 3. Familie lebt von weniger als 1.500 Euro im Monat

38% der Teilnehmerinnen sind berufstätig. Von den befragten Teilnehmerinnen haben zwei Drittel mehr als 1.500 Euro Haushaltseinkommen im Monat, ein Drittel hat weniger als diese Summe.

Österreichische Haushalte mit Kindern hatten 2007 ein verfügbares monatliches durchschnittliches Haushaltseinkommen von 3.478 Euro, wobei den einkommensschwächsten 10% der Bevölkerung ein verfügbares Haushaltseinkommen von weniger als 1.599 Euro zur Verfügung stand.¹² Jede dritte Teilnehmerin bzw. ihre Familien zählen somit zum untersten Dezil, zum Zehntel mit dem geringsten Haushaltseinkommen in Österreich.

39% haben schlechte Deutschkenntnisse

Die Frauen wurden nach der Einschätzung ihrer Deutschkenntnisse auf einer Notenskala von 1-5 gefragt, wobei zwischen Verstehen, Sprechen, Lesen und Schreiben differenziert wurde. Zwischen diesen Kategorien zeigten sich kaum Unterschiede. Insgesamt ergibt sich, dass 38% ihre Deutsch-Kompetenzen als gut, 23% als mittel und 39% als schlecht bewerten.

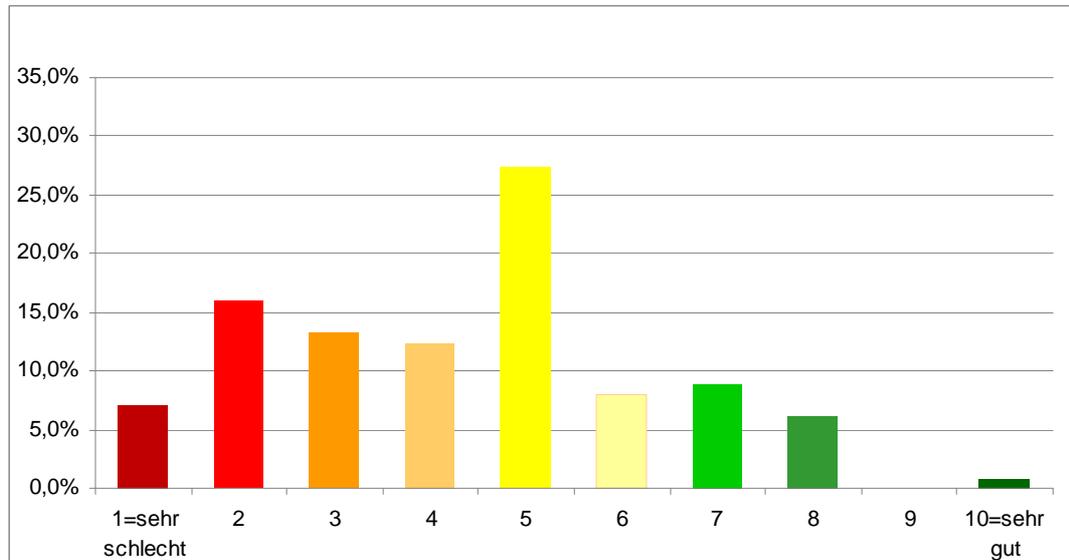
Drei Viertel stufen ihren Bildungsstand schlecht ein

Auf einer 10-stufigen Skala von 1 (= sehr schlecht) bis 10 (= sehr gut) stufen 76% der Teilnehmerinnen ihren Bildungsstand als (eher) schlecht (1-5) ein. Abbildung 6 illustriert diese Einstufungen im Detail.

¹¹ Austria (Hg.)(2009): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Wien, S.56

¹² Statistik Austria (Hg.)(2009): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Wien, S. 97, eigene Berechnung

Abbildung 6: Selbstbewertung des eigenen Bildungsstandes



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=113

ZuwanderInnen aus der Türkei weisen generell einen niedrigeren, formalen Bildungsabschluss auf als ÖsterreicherInnen. 76% der in Wien lebenden türkischen Staatsangehörigen haben lediglich Pflichtschulabschluss.¹³ Die Selbsteinschätzung der TeilnehmerInnen von gekona stimmt somit mit den offiziellen statistischen Erhebungen zur Formalqualifikation überein.

4.4 Die Intensivbetreuung

In der Phase der Intensivbetreuung wurden die Müttertreffen von den Gesundheitstutorinnen plangemäß im 14-tägigen Wochenrhythmus durchgeführt und Sani-Büchlein für Sani-Büchlein abgearbeitet. Ergänzt wurden diese Treffen durch außerhäusliche Aktivitäten, den von den Gesundheitstutorinnen geleiteten Exkursionen und die vom Steuerungsteam organisierten Gruppentreffen mit externen ReferentInnen. Die Gesamtplanung und –steuerung oblag der Programmkoordinatorin, die für Ablaufplanung, Organisation, Dokumentation und Begleitung der Gesundheitstutorinnen verantwortlich war.

4.4.1 Die Müttertreffen

Die Phase der Intensivbetreuung begann nach den absolvierten Aufnahmegesprächen, bei denen auch die erste Bestandsaufnahme gemacht worden war, beim ersten Müttertreffen mit der Übergabe des Gesundheitskoffers und der Erklärung der Materialsystematik. Die TeilnehmerInnen erhielten dabei das erste „Sani-Büchlein“ mit dem Hinweis, dass sie das zweite beim nächsten Müttertreffen bekommen. Beim zweiten Treffen wurde über das Gelesene, persönliche Erfahrungen, Erkenntnisse und gesundheitsförderliche Vorhaben gesprochen und reflektiert. Die weiteren Tref-

¹³ Statistik Austria, Bildung in Zahlen 2007/2008. In Wiener Sozialbericht 2010, Stadt Wien, S.27

fen verliefen auch nach diesem Muster. Die Müttertreffen dauerten im Durchschnitt mindestens zwei Stunden und fanden plangemäß in einem 14-tägigen Rhythmus statt. Daneben boten die Gesundheitstutorinnen Exkursionen, z.B. in Supermärkte an, um die neuen Informationen über Ernährung in der Praxis zu testen oder ins technische Museum.

Bestandsaufnahmen und Dokumentation jedes Müttertreffens

In den Erstgesprächen mit den Müttern wurde die erste Bestandsaufnahme durchgeführt, die in der Mitte und zu Projektende wiederholt wurde. Am Ende jeden Treffens füllten die Teilnehmerinnen einen (deutschsprachigen) Dokumentationsbogen, zum Teil mit sprachlicher Unterstützung der Gesundheitstutorinnen aus. Damit wurden die Themenrelevanz der Geschichten und deren Lerneffekt für die Teilnehmerinnen sowie konkrete Verhaltensveränderungen der einzelnen Familienmitglieder in überwiegend offenen Fragestellungen erfasst. Mit diesem doch relativ aufwändigen Erhebungsschritt wurden drei Funktionen verfolgt: Die Selbstreflexion der Teilnehmerinnen wurde angeregt und die Tätigkeit der Gesundheitstutorinnen konnte dahingehend überprüft werden, ob die Themen entsprechend vermittelt wurden. Die Ergebnisse wurden zudem von den Projektleiterinnen laufend inhaltlich gesichtet, um prozesssteuernde, konkrete Schritte abzuleiten (z.B. zentrale Fragestellungen, notwendige Themenvertiefung).

Um Rezeptions- und Veränderungsprozesse der Teilnehmerinnen anschaulich zu vermitteln, wurden 16 Fallbeispiele über den gesamten Betreuungsverlauf vom Steuerungsteam ausgewählt und dokumentiert. Diese Dokumentation befindet sich im Anhang. Die Gesundheitstutorinnen ordneten die Frauen nach den Kriterien besonders und durchschnittlich engagierte Frauen. Aus diesen zwei Gruppen wurden 16 Frauen zufällig ausgewählt.

Selbstständige Gruppeneinteilung für die Müttertreffen

Die Einteilungen wurden von den Gesundheitstutorinnen selbstständig getroffen und mit den Projektleiterinnen abgestimmt. Dabei wurde auf Bekanntschafts- und Familienhintergründe geachtet. Die befragten Gesundheitstutorinnen hatten mit der Gruppenbildung und Organisation keine Schwierigkeiten.

Gesundheit kommt in der Tat nachhause

Die vierzehntägigen Müttertreffen fanden jeweils bei einer anderen Teilnehmerin zuhause statt. Überraschend für die ProjektleiterInnen war die große Bereitschaft, die Treffen in den privaten Wohnungen durchzuführen. Ursprünglich ging das Steuerungsteam von einem höheren Bedarf an Gemeinschaftsräumen aus. Bei einem Müttertreffen in einem Hobbyraum eines Gemeindebaus kamen auffallend weniger Frauen als in die private Wohnung. Hier zeigte sich allerdings ein Stadt-Land-Unterschied: In Ebreichsdorf fanden Müttertreffen auch in einem von der Gemeinde zur Verfügung gestellten Raum statt, weil hier der Zugang zu Privatwohnungen nicht so unkompliziert war wie in Wien.

Die Gesundheitstutorinnen organisieren die Müttertreffen sehr gut

Trotz der umfassenden Vorbereitung war das Steuerungsteam doch einigermaßen überrascht, wie schnell und reibungslos die Organisation der einzelnen Programmschritte funktionierte und wie gut die Gesundheitstutorinnen die Teilnehmerinnen und deren unterschiedlichsten Bedürfnisse koordinieren konnten.

Das Programm funktioniert nach Ansicht des Steuerungsteams vor allem gut, weil die Gesundheitstutorinnen selbst sehr gut organisiert sind und ständigen Kontakt zu den Müttern halten. Sie mussten ihnen dabei zwar zum Teil richtiggehend „nachlaufen“, sie an Termine erinnern und motivieren, sich auch selbstständig zuhause mit dem Thema Gesundheit und dem Infomaterial zu beschäftigen. Letztendlich waren Mütter und Gesundheitstutorinnen aber sehr flexibel, feiertagsbedingt ausgefallene Müttertreffen wurden z.B. problemlos auf Ausweichtermine verschoben.

Abgrenzung und klare Strukturierung sind wichtig

Aufgrund des hohen Engagements der Gesundheitstutorinnen bestand aus Sicht der Projektleiterinnen insbesondere am Anfang die Gefahr, dass sie sich zu sehr verausgaben und sich persönlich zu wenig abgrenzen. Wichtig waren daher das Erkennen der eigenen Grenzen und die Abgrenzung gegenüber den Teilnehmerinnen.

Gerade zu Beginn wurde in den Teamsitzungen berichtet, dass die Dynamik in den einzelnen Müttertreffen recht unterschiedlich war. Generell wurden die Teilnehmerinnen als engagiert und interessiert erlebt, aber etwas „undiszipliniert“. Die Gesundheitstutorinnen litten unter dem „Durcheinanderreden und Springen zwischen verschiedenen Themen“. Das Material spielt vor allem auch eine wichtige Rolle dabei, um die Diskussionen und Gespräche am Thema zu halten bzw. darauf zurückzukommen. Die Gesundheitstutorinnen mussten daher angehalten werden, ausreichend selbstdiszipliniert und reflektiert zu sein, um diese Struktur an die Teilnehmerinnen weitergeben zu können. Als sehr wichtig hat sich ein geregelter Ablauf in den Müttertreffen herausgestellt. Es hatte sich in der Umsetzung auch als günstig erwiesen, mit dem Material chronologisch vorzugehen und nicht nach Bedarf oder Wunsch ein Buch vorzuziehen, wie das eine Gesundheitstutorin getestet hatte. Dies, weil die Themen in sich logisch aufeinander aufbauen. Wiederholen und Zusammenfassen erwiesen sich als notwendige didaktische Elemente und sollten daher regelmäßig stattfinden.

Permanenter Guidance-Prozess notwendig

Die gesamten Programmabläufe, das Informationsmaterial, die Didaktik, die Vermittlung der Inhalte und die Arbeitsweise der Gesundheitstutorinnen funktionierten aus Sicht der ProjektleiterInnen sehr zufriedenstellend. Allerdings zeigte sich in der praktischen Umsetzung, dass dazu laufende Begleitung der Gesundheitstutorinnen notwendig war. Die Gesundheitstutorinnen sind geschulte Laienkräfte, die durch begleitende methodische Fachkompetenz und Projektmanagement unterstützt werden müssen. Dies wurde im Projekt durch die Struktur der Teamsitzungen und die Funktion der Projektkoordinatorin gewährleistet. Diese plante und organisierte den gesamten Ablauf.

Die Schulung war eine wichtige Basis für die Gesundheitstutorinnen, aber über diese geblockte Wissensvermittlung hinaus brauchen die Gesundheitstutorinnen als „Paraprofessionals“ laufende Unterstützung durch die Projektkoordinatorin. Aus Sicht der Projektleitung war das Lernen anhand von Problemstellungen, die sich im Zuge der praktischen Arbeit ergaben, die bei den Teamsitzungen reflektiert wurden, sehr wirksam.

Interne Austauschstrukturen stellen Ablauf und Qualität sicher

In 14-tägigen Abständen fanden Teamsitzungen, an denen alle Gesundheitstutorinnen und das Steuerungsteam teilnahmen, statt. Die Überprüfung des Programmablaufs, die Förderung der Gesundheitstutorinnen und die Einleitung weiterer Planungsschritte waren die Inhalte. Das Steuerungsteam nimmt hier die Guidance-Funktion wahr, in Form von Feedback, gezielter Weiterbildung, konkreten Handlungsanweisungen, als Reflexionsplattform und Vorbereitung von Maßnahmen wie Gruppentreffen. Jede Gesundheitstutorin hat zudem ihren Bürotag, an dem die Dokumentation abgelegt wird und Daten im Computer erfasst werden. Diese Austauschstrukturen erwiesen sich aus Sicht aller Beteiligten als sehr wirksam und als Basis für die erfolgreiche Projektumsetzung.

Bedarfsorientierte Informationen werden weitergeleitet

beratungsgruppe.at stützt die Zielgruppe mit unterschiedlichsten Informationen aus. Für spezifische Fragestellungen der Teilnehmerinnen werden Informationen oder Kontakte recherchiert. Ein Thema, das z.B. viele Mütter betraf, war die häusliche Gewalt. Die Gesundheitstutorinnen wurden mit Földern und Infomaterial des Frauennotrufs (Wien und NÖ) ausgestattet und gaben diese bei Bedarf an die Teilnehmerinnen weiter.

Anregung zur Selbstorganisation und Eigeninitiative fördern Nachhaltigkeit

Nicht wenige Teilnehmerinnen bedauerten das Ende des Programms und fordern ihre Gesundheitstutorin zur Fortföhrung auf. Die Gesundheitstutorinnen müssen den Frauen vermitteln, dass dies nicht möglich ist, und regen sie allerdings dazu an, eigenständig Müttertreffen zu organisieren. In den Teamsitzungen wurden die Gesundheitstutorinnen vom Steuerungsteam aufgefordert, die Eigeninitiative der Mütter mit praktikablen Umsetzungsbeispielen zu unterstützen. Es wurde auch beschlossen, den Ex-Teilnehmerinnen, die selbstinitiierte Treffen veranstalten, thematische Anregungen und vertiefende Literatur zukommen zu lassen. Im Rahmen des Folgeprojekts 2011 können besonders aktive Ex-Teilnehmerinnen eventuell am Training zur „Gesundheitsbotschafterin“ teilnehmen und das „didaktische Rüstzeug“ bekommen, selbst Müttertreffen zu gestalten. Dadurch werden nicht nur der soziale Effekt verstärkt, sondern auch inhaltlich nachhaltige Schritte gesetzt.

4.4.2 Die Gruppentreffen

Wie im Konzept vorgesehen, fanden während der Intensivbetreuung monatliche Gruppentreffen statt. Die Themen ergaben sich einerseits aus den erhobenen Interessen der Teilnehmerinnen und andererseits aus der Einschätzung der Wirksamkeit und Angemessenheit durch das Steuerungsteam. Die Veranstaltungen fanden an öffentlichen Orten, wie Volkshochschulen, einer Arztpraxis oder einem Stadtteilzentrum statt. Das hatte den Nebeneffekt, dass die Mütter diese Einrichtungen kennenlernen und ihr gewohntes Wohnumfeld verlassen mussten. Die Erfahrung und auch die Berichte der Gesundheitstutorinnen zeigen, dass das mitunter sehr ungewöhnlich und eine Herausforderung für die Teilnehmerinnen darstellt.

Alle Teilnehmerinnen wurden in den Müttertreffen von den Gesundheitstutorinnen auf die Gruppentreffen vorbereitet und bekamen schriftliche Einladungen. Zudem

wurden sie am Tag des Gruppentreffens nochmals von den Gesundheitstutorinnen angerufen und an den Termin erinnert.

Folgende Themen wurden in Form von Workshops oder Vorträgen im Rahmen der Gruppentreffen angeboten:

- „Orientalischer Tanz (Bauchtanz) und seine Wirkung auf das körperliche und seelische Wohlbefinden“: Anknüpfend an die Thematik Tanzen im ersten Sani-Büchlein und weil die Teilnehmerinnen auf diese Bewegungsart sehr gut angesprochen haben, wurde dieses Thema für das erste Gruppentreffen gewählt.
- „Pubertät – eine schwierige Zeit für alle“: Das Thema Pubertät hatte sich in den Mütterrunden als sehr zentral herausgestellt. Eine türkischsprachige Jugendarbeiterin berichtete über ihre Erfahrungen im Umgang mit Jugendlichen und beantwortete Fragen.
- „Arztbesuch – einander besser verstehen“: Im Rahmen von zwei Gruppentreffen wurden Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die mit individuellen Erläuterungen zum Befund, über die Funktion der Organe und die Aussagekraft der erhobenen Messdaten ergänzt wurden.
- „Bewegung und Entspannung für Mütter und Kinder“: In zwei Gruppentreffen ergänzte eine Ernährungswissenschaftlerin im ganzheitlichen Sinn Bewegung mit Ernährungsaspekten. Dementsprechend leitete sie die Veranstaltung mit Ausführungen zur Wirkung von Zucker auf das Verhalten der Kinder ein.

Die Auswahl der ReferentInnen erfolgte primär nach inhaltlichen Kriterien, Geschlecht und Migrationshintergrund waren dabei nebensächlich. Faktisch stellte sich heraus, dass die beiden letztgenannten Faktoren kaum einen Einfluss auf das Teilnahmeinteresse hatten. So hatte die türkischstämmige Referentin nicht per se einen leichteren Zugang zur Zielgruppe. Dafür scheinen eine freundliche, empathische und respektvolle Haltung ausschlaggebender zu sein.

- Alle Gruppentreffen waren sehr gut besucht und gefielen den Teilnehmerinnen ihren Rückmeldungen zu Folge. Durchschnittlich nahmen 25-30 Mütter und deren Kleinkinder teil. Bei den Veranstaltungen war eine offene, freundschaftliche Atmosphäre beobachtbar. Die Mütter kamen zum Teil mit ihren Kindern und zeigten großes inhaltliches Interesse. Als nicht unwesentlicher Nebeneffekt erwies sich, dass die teilnehmenden Mütter dabei die anwesenden Projektleiterinnen persönlich kennenlernten und umgekehrt.

4.5 Das Programm gekona aus Sicht der Gesundheitstutorinnen

Zur Halbzeit der Intensivbetreuung wurden vier Gesundheitstutorinnen persönlich nach ihren Erfahrungen befragt. Inhalte waren ihre Erfahrungen mit dem Programm und den Teilnehmerinnen, den beobachteten Auswirkungen auf die Teilnehmerinnen und die persönliche Bedeutung ihrer Anstellung als Gesundheitstutorinnen. Insgesamt zeigte sich bei den Befragten eine sehr hohe Identifizierung mit dem Programm, das als sehr sinnvoll und wirksam gesehen wird.

Gesundheitstutorin als berufliche Kompetenz und Empowerment

Die Arbeit als Gesundheitstutorinnen macht den Befragten viel Spaß, erfüllt sie und steigert ihr persönliches Selbstvertrauen. Die Gesundheitstutorinnen haben durch die Praxis viel gelernt und sich Kompetenzen erworben. Für eine Gesundheitstutorin war diese Tätigkeit ihre erste Arbeitsstelle in Österreich. Diesbezüglich hatte sie Ängste, die sich schnell gelegt hatten, weil die Umsetzung so gut funktionierte. Dabei ist ihr der soziale Aspekt sehr wichtig. *„Ich wollte immer Arbeit, wo ich anderen Frauen helfen kann, das Programm ist eine gute Chance, Arbeit haben ist gut, ein sehr gutes Gefühl, mein Geld, mein Job.“* Auch das persönliche Verhalten und Handeln der Befragten wurden stark beeinflusst, z.B. berichtet eine Gesundheitstutorin von ihrer zurückhaltenden Einnahme von Antibiotika bei der letzten Erkrankung.

Schwierigkeiten bereiten ihnen zum Teil die konkrete Berufsbezeichnung. *„Schwierig ist die eigene Berufsbezeichnung, wir sind keine Sozialarbeiterinnen, aber was ist eine Gesundheitstutorin? Die Berufsbezeichnung ist schwierig und braucht viele Erklärungen, aber ich kann es bis heute nicht glauben, einen Beruf zu haben. Der Job hat mir viel gegeben, freut mich sehr.“* Zwei der Befragten haben mitunter Probleme, für ihre Tätigkeiten mit 24-Wochenstunden auszukommen. Zum Teil überziehen sie die Zeit bei den Müttertreffen und brauchen länger für die Vorbereitung.

Die Berufsausübung wird somit als sehr wichtig beschrieben, die die Frauen nachhaltig stärkt. Wie bereits in den Befragungen zur Schulung deutlich geworden ist, gewinnen die Gesundheitstutorinnen nach der Ausbildung auch durch die praktische Berufstätigkeit an Selbstvertrauen und Stärke.

Zusammenarbeit und Kooperation

Die Befragten fühlen sich alle im Team sehr wohl. Die Teamsitzungen, der gegenseitige Austausch und Tipps werden als hilfreich bewertet. Hier werden ihre Basics aus den Schulungen vertieft und sie lernen Neues dazu.

Von den Projektleiterinnen und zugleich ihren Vorgesetzten fühlen sie sich persönlich und beruflich sehr unterstützt. Deren Begleitung beschränkt sich nicht nur auf den beruflichen Kontext, sondern sie erhalten durchaus für persönliche Belange Unterstützung.

Die Zielgruppe der Mütter ist nicht homogen

Auch wenn die Zielgruppe über zentrale Gemeinsamkeiten definiert ist, sehen die befragten Gesundheitstutorinnen deutliche Unterschiede in ihren Müttergruppen. Diese betreffen neben unterschiedlicher Problembelastung in erster Linie Handlungs- und Einstellungsfragen, wie deren Weiterbildungsinteresse und persönliches Engagement. Eine der befragten Gesundheitstutorinnen assoziiert mit Weiterbildungsinter-

resse „Modernität.“ Auch wenn nicht alle Teilnehmerinnen nach Beobachtung der Gesundheitstutorinnen gleich hohes Interesse zeigen, kommen sie doch alle - wenn auch zum Teil mit Motivationsbedarf - regelmäßig zu den Treffen. Manche waren so begeistert, dass sie Freundinnen mitnahmen.

Mehrfachbelastung verhindert anfänglich Engagement bei den betroffenen Müttern

Nicht wenige der Frauen mussten besonders in der Anfangsphase an die Mütter- und Gruppentreffen mehrfach erinnert werden. Eine Befragte sieht die Mehrfachproblematik und die daraus resultierende persönliche Einstellung der Mütter als Ursache des hohen Motivationsaufwandes. Recht drastisch beschreibt sie die Situation dieser Teilnehmerinnen. *„Viele haben viele Probleme: Mann, Kind, Arbeit, Geld. Viele haben sich gehen lassen und sind unglücklich, daher können sie das Programm nicht immer ernst nehmen, haben existenzielle Probleme, an die sie denken müssen. 50% sind unglücklich, bei den Männern zählt die Frau nichts, die Frauen haben die ganze Belastung. Die Männer verspielen das Geld mit Wetten, die Männer helfen nicht, die Frauen haben Angst vor einer Scheidung. Manche gehen in AMS Kurse, 90% sind arbeitslos, ein paar Frauen sind in Karenz.“* Sie sieht durchaus Chancen, dass die Situation dieser Frauen durch das Programm gekonnt verbessert werden kann, insbesondere indem ihr Selbstvertrauen gestärkt wird.

Eine andere Befragte sieht das Hauptproblem darin, dass die Teilnehmerinnen nur an ihre Kinder, den Mann und den Haushalt und nicht an sich selbst denken. Dabei wird bei diesen Frauen sehr wenig Antizipation festgestellt. Die teilnehmenden Mütter machen sich nach Wahrnehmung von Befragten kaum Gedanken, was ihr Lebensinhalt sein wird, wenn die Kinder erwachsen sind. Der Schritt, diese engen Lebenszusammenhänge zu überwinden, wirkt sich nach Einschätzung der Befragten nicht nur auf die betreffenden Frauen, sondern auch auf ihre Kinder und Ehemänner positiv aus, weil die Frauen dann glücklicher sind.

Ein weiteres Kennzeichen, das die Gesundheitstutorinnen bei den Teilnehmerinnen feststellen, ist, dass diese kaum Vorsorgeuntersuchungen, etwa bei Frauen- oder ZahnärztInnen machen. Ein weiteres verbreitetes Problem ist Übergewicht bei den Frauen und ihren Kindern.

Gesundheitstutorinnen entwickeln kreative Organisationslösungen

Die Gesundheitstutorinnen trafen bei den Müttern auf Verhaltensweisen, die lange auch ihre eigenen waren. Mittlerweile ärgerten sie sich darüber, wenn eine Mutter den Termin vergaß, zu spät kam oder in Gruppen durcheinander gesprochen wurde. In Erinnerung an die eigene Befindlichkeit entwickelten die Gesundheitstutorinnen hier ganz kreative Lösungsansätze, verschenkten Kalender, schickten Erinnerungs-SMS oder riefen an. Eine Gesundheitstutorin hat eine Co-Trainerin ernannt, die die Koordination übernimmt, damit alle kommen und die Termine nicht vergessen. Eine Gesundheitstutorin kam mit ihren Müttern auf die Idee, der Gruppe einen Namen zu geben, z.B. „Golden Girls“, was nicht nur Spaß machte, sondern auch zur Identitätsbildung beiträgt.

Flexibilität und Unterstützung bei der Organisation durch die Mütter

Einerseits wird angeführt, dass ein Teil der Betreuten durchaus motivationelle Unterstützung benötigen, und die Teilnehmerinnen an die vereinbarten Termine erinnert werden müssen. Andererseits zeigen sich auch hohe Flexibilität und Organisations-talent, wenn z.B. jemand ausfällt – etwa weil der Mann im Schichtdienst arbeitet – und eine andere Ersatzwohnung gefunden werden muss. Eine Gesundheitstutorin beschreibt, dass sie in den meisten Gruppen eine Kontaktfrau hat: *„In den meisten Gruppen gibt es eine „rechte“ Hand, eine Art Assistentin, die mehr redet und sich mehr kümmert.“*

Mütter lesen kaum selbst

Bald hatte sich herausgestellt, dass es nur sehr schwer möglich ist, die Mütter zum selbständigen Lesen zu motivieren. Das wird als großer Nachteil gesehen, weil die Auseinandersetzung effektiver ist, wenn die Teilnehmerinnen vorinformiert sind. Daher wird das Sani-Büchlein gemeinsam, teils auf Deutsch, die Infoblätter auf Türkisch gelesen. Ein bedeutsamer Nebeneffekt beim gemeinsamen Deutschlesen ist, dass die Mütter ihre Deutschkenntnisse erweitern. Ein Ziel, das sich bei den befragten Müttern in einer Gruppenbefragung als sehr wichtig herausstellte. Als eine der größten Herausforderungen wird die Rezeptionsfähigkeit der Mütter beschrieben. Auch bei den Müttern, die die Texte auf Türkisch lesen, besteht zum Teil hoher Erklärungsbedarf, weil sie – aufgrund ihres Bildungsniveaus – so wird vermutet, die Texte nicht verstehen.

Rahmenbedingungen der Müttertreffen

Zwei bis drei Stunden dauern erfahrungsgemäß die Treffen. Am Anfang, erzählt eine Befragte, hätte sie länger gebraucht. Mittlerweile ist sie organisierter und auch moderationsstechnisch gewandter und kann die Frauen leichter wieder zum eigentlichen Thema zurückbringen. Als aufwändig wird das Ausfüllen der Dokumentationsbögen beschrieben, bei dem manche Teilnehmerinnen Unterstützung brauchen.

Als ideale Gruppengrößen werden 3 bis 4 Frauen genannt. In diesem Rahmen ist die vorgegebene Zeit ausreichend, es bleibt dennoch Platz für Privates und den Frauen fällt die Konzentration auf das Thema leichter als in größeren Gruppen. Bezüglich der Gruppenzusammensetzung lässt sich nach der Erfahrung einer Befragten kein Unterschied ausmachen, dahingehend, ob sich die Mütter kennen oder nicht. Wichtiger ist eine gleiche Interessenslage, etwa Kinder im selben Alter. Diese passende Gruppeneinteilung zu treffen, wird als unkompliziert beschrieben.

Am besten hat sich als Räumlichkeit die Privatwohnung herausgestellt. Versuche im Kaffeehaus, auf dem Spielplatz oder in einem Hobbyraum waren weniger erfolgreich, weil sich die Mütter hier nicht so gut konzentrieren konnten oder die Privatheit bevorzugten.

Zwei Gesundheitstutorinnen betonen, dass der Vormittag für die Mütter günstiger ist, weil die Organisation der Teilnahme am Nachmittag schwieriger ist.

Offenheit und angenehme Gesprächsatmosphäre

Überraschend ist für die Gesundheitstutorinnen die Offenheit, mit der die Mütter über Privates reden und von sich erzählen. Sie knüpfen mit persönlichen Erfahrungsberichten an die Tagesthemen an und tauschen sich darüber aus. Zum einen wird das Bedürfnis sich auszutauschen konstatiert, zum anderen ermöglicht das auch wechselseitiges Lernen. *„Es funktioniert gut, weil die Gesundheitstutorin nicht stresst und nicht als Autorität agiert, es ist ein Gespräch, wir wollen Bewusstsein schaffen und keinen Druck machen.“* Diese Offenheit wird auch durch die angenehme und familiäre Atmosphäre unterstützt, bei der nach den Berichten der Gesundheitstutorinnen auch viel gelacht wird.

Persönliche Betroffenheit und Informationsgewinn sind der Schlüssel zum Interesse

Zwei Befragte stellten fest, dass das Einstiegsmaterial die Mütter am Anfang irritierte, da sie sich durch die Bilderbuch-Ästhetik und die Hochzeitsthematik im ersten Buch zu wenig gefordert sahen und es als „kindisch“ abtaten. Das zweite Buch zur Entwicklung des Kindes brachte mehr neue Information und stieß auf größeres Interesse, weil viele Frauen Babys oder Kleinkinder haben. Dennoch wird befunden, dass der Einstieg nicht geändert werden sollte. Als Schlüssel zu den Frauen werden Informationsgehalt und thematischer Bezug gesehen.

Gesundheitstutorinnen als Role Model

Als wesentlich für die erfolgreiche Durchführung der Intensivbetreuung werden der Respekt und das Vertrauen gesehen, das die Gesundheitstutorinnen erfahren. Die Teilnehmerinnen begegnen den Gesundheitstutorinnen nicht nur mit Respekt, für einige fungieren sie auch als Vorbilder und werden gefragt, wie sie das geschafft haben. Die Gesundheitstutorinnen erzählen dann durchaus von sich selbst, und dass sie selbst auch einen Haushalt und Kinder haben. Eine Gesundheitstutorin berichtet, dass sie auch im privaten Umfeld, z.B. bei ihren Freundinnen auf Bewunderung stößt und ein Vorbild ist.

Bildungszuwachs ist das übergeordnete Ziel

Aus Sicht einer Befragten ermöglicht gekona Bildungszuwachs unabhängig von der Ausgangsbildung. Alle können „Aha-Erlebnisse“ haben und dazu gewinnen, eindrücklich zeigte sich das beim Thema Pubertät. *„Mehr Wissen hilft‘ ist das Ziel für alle, von der Analphabetin bis zur Mutter mit Berufsausbildung, weil es mit Interesse und weniger mit Bildung zu tun hat.“*

Die Gesundheitstutorinnen sehen ihre Aufgabe in der Vermittlung. Sie vermitteln Informationen und im Bedarfsfall Hilfestellungen und Kontakte. Dabei geht es ihnen um die Bewusstseinerweiterung und persönliche Veränderung bei den Teilnehmerinnen. *„Bewusstsein, Offenheit zu lernen, dass sie an sich denken, nicht nur an den Mann und den Haushalt und die Kinder, dass die Frauen für sich etwas machen.“* Eine der befragten Gesundheitstutorinnen betont die Wichtigkeit für die Frauen, sich Bildung anzueignen. Sie sollten die Zeit als Mütter nützen und sich auf die Zeit vorbereiten, in der sie keine Betreuungsaufgaben mehr haben.

Regelmäßige Teilnahme und Denkanstoß

Die Gesundheitstutorinnen wurden nach den Indikatoren gefragt, an denen sie ihre erfolgreiche Umsetzung des Programms festmachen. Als Erfolg wird bereits die re-

regelmäßige Teilnahme eingestuft. Für eine Befragte ist ihre Arbeit erfolgreich, wenn die Teilnehmerinnen sich auf die Treffen vorbereiten, Interesse zeigen und viele Fragen haben. Eine andere ergänzt, dass man nicht erwarten könne, dass sich alle verändern. Bei einigen Teilnehmerinnen wurden Reflexionsprozesse initiiert, sie fragen nach und suchen den Austausch.

Auswirkungen und Lernerfahrungen

Einzelne Auswirkungen werden von den Befragten bereits zur Halbzeit gesehen, Wichtig ist ihnen – und das ist gegeben – dass sie regelmäßig teilnehmen. Die Teilnehmerinnen freuen sich auf die Treffen, ihnen ist der soziale Aspekt – so wird es den Gesundheitstutorinnen vermittelt – und die „sinnvolle“ Auseinandersetzung wichtig.

Die Befragten stellen bereits folgende Veränderungen bei den Teilnehmerinnen fest:

- auf das regelmäßige Zähneputzen wird mehr geachtet
- kein fernsehen mehr beim Essen
- die Kindern erhalten mehr Aufmerksamkeit – etwa bewusstes Zuhören
- Förderung sportlicher oder sozialer Aktivitäten bei den Kindern (Fußball, Basketball, Schwimmen, Gitarrekurs).
- Förderung sportlicher oder sozialer Aktivitäten bei den Teilnehmerinnen (Walken, Fitnessstudie, Kepab-, Kaffeehaus)
- Motivation der Kinder im Haushalt mitzuhelfen
- bewussteres Einkaufsverhalten bei Lebensmittel und Babynahrung
- gesünderes Ernährungsverhalten

Gruppentreffen durchbrechen soziale Isolation

Der als wichtig beschriebene, soziale Effekt, den die Müttertreffen mit sich bringen, erhöht sich bei den Gruppentreffen dadurch, dass fremde Orte aufgesucht werden. Wieso manche Gruppentreffen besser besucht waren, lässt sich von den Gesundheitstutorinnen nicht wirklich schlüssig nachvollziehen. Ein ungünstiger Zeitpunkt, zu warme Temperaturen, Fahrtkosten oder das Ausnutzen von Tagessonderangeboten in einem Supermarkt werden da z.B. angeführt.

Gerade bei den Teilnehmerinnen, die als sehr traditionell beschrieben werden, was am Tragen des Kopftuches festgemacht wird, wird das Verlassen der eigenen Wohnung und des Familienverbandes als sehr wichtig gesehen, *„das ist sozial wichtig und ein Fortschritt“*. Dass eine eher sehr traditionelle Gruppe einen gemeinsamen Tierparkbesuch plant und sogar miteinander schwimmen gehen möchte, beeindruckt deren Gesundheitstutorin.

4.6 Das Programm gekona aus Sicht der Teilnehmerinnen

Insgesamt wurden von der Evaluatorin 12 Mütter in zwei Gruppenbefragungen gegen Ende der Intensivbetreuung zu ihren Einschätzungen des Programms, dem persönlichen Nutzen und die Auswirkungen befragt. Für das Zustandekommen dieser Gespräche mussten die Gesundheitstutorinnen zunächst Überzeugungsarbeit leisten. Schließlich war das Gesprächsklima aber sehr offen und angenehm. Die Gespräche fanden im Rahmen der Müttertreffen statt, eines in einer Moschee und eines in der Wohnung einer jungen Teilnehmerin. In beiden Gruppen wurden die Gesprächsinhalte mehrheitlich von der Gesundheitstutorinnen bzw. einer Teilnehmerin übersetzt.

Hintergrund der befragten Mütter

Die beiden Gruppen unterschieden sich bezüglich ihrer Ausgangslage. In einer Gruppe hatte die Mehrheit schulpflichtige Kinder und sie waren zur Hälfte berufstätig, eine Frau hatte ausgezeichnete Deutschkenntnisse. In der anderen hatten vier Frauen fünf Kleinkinder dabei, keine war berufstätig, eine macht den Hauptschulabschlusskurs, zwei Deutschkurse. Fast alle sprachen sehr schlecht bis mäßig Deutsch. Die Frauen sind mehrheitlich nicht in Österreich geboren, aber zum Teil leben sie schon lange in Österreich.

Interessanter Weise zeigen sich bei der Beurteilung der Effekte von gekona und den beschriebenen Veränderungen keine Unterschiede.

Bei den Frauen ist Wehmut feststellbar. Sie sind traurig, dass das Programm zu Ende geht und überlegen Fortsetzungsmöglichkeiten.

gekona als Möglichkeit Deutsch zu lernen

In der Gruppe der Frauen mit Kleinkindern wird sehr großes Interesse Deutsch zu lernen artikuliert. Die Frauen bemühen sich um Deutschkurse und sehen auch die Chance über Projekte wie gekona ihre Deutschkenntnisse zu verbessern und Deutsch üben zu können. Trotz des jahrelangen Aufenthalts haben sie praktisch keine Kontakte zu ÖsterreicherInnen, mit denen sie Deutsch sprechen könnten. Sie überlegen zum Teil individuelle Lösungen, wie Beziehungen zu älteren österreichischen Frauen aufzubauen, die soziale Bedürfnisse haben und mit denen sie im Gegenzug Deutsch lernen können. Im Zuge eines gemeinsamen Büchereibesuchs kamen die Teilnehmerinnen dieser Gruppe erstmals auf die Idee, sich ein Lexikon zu kaufen. Eine Frau hatte ihr Lexikon dabei.

Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen: Frequenz passt, Dauer zu kurz

Die Befragten finden die zweiwöchige Frequenz der Treffen und die Gruppengröße passend. Am Anfang dachten sie zum Teil, dass sechs Monate sehr lange sind, jetzt erscheint es ihnen zu kurz.

Sehr hohe Wertschätzung von gekona

Die Befragten nehmen gerne und enthusiastisch am Programm teil. Dieses ist zu einem wichtigen Identitätsfaktor geworden. „*Ich bin stolz auf mich, weil ich eine Mutter von gekona bin.*“ Einer anderen Frau vermittelt das Programm hohe Selbstachtung. Durch die Teilnahme fühlt sie sich wichtig und macht etwas für sich. „*Die zwei Stun-*

den gehören mir, der Gesundheitskoffer gehört mir, ich fühle mich wichtiger und bin nachher glücklicher.“

Einige Teilnehmerinnen kennen die Projektleiterin von den Gruppentreffen her und schätzen sie sehr. Dabei wird ihr interkulturelles und frauenbezogenes Verständnis hervorgehoben. *„Sie versteht die türkischen Mütter und Kinder sehr gut, auch wenn sie selbst keine richtige Mutter ist, sie versteht den Kulturunterschied und daher kann sie helfen.“*

Eine Befragte empfiehlt, die Gesundheitsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der Gruppenangebote standardmäßig in möglichen Folgeprojekten durchzuführen, weil viele Mitglieder der Community diese gar nicht kennen.

Zum Teil wird eigenes Wissen überschätzt

Über das Programm gekona erhalten die Befragten viele für sie neue gesundheitsbezogene Informationen. Allerdings - so beschreiben einige - dachten sie am Anfang, dass sie über diesen Themenbereich schon gut informiert seien. Bei der näheren Auseinandersetzung hatte sich gezeigt, dass Zusammenhänge, die man durchaus dem Allgemeinwissen zuordnen würde, nicht bekannt waren. Etwa, dass hoher Zuckerkonsum ungesund ist oder dass die Kombination der Pille mit Nikotin schädlich sein kann.

Gesundheit wird nun ganzheitlich gesehen

Öfters erwähnen Befragte, dass sie durch das Programm gelernt hätten, dass Gesundheit ganzheitlich zu verstehen ist und sowohl Psyche als auch Sozialaspekte dazugehören. Eine Befragte stellt z.B. fest, dass sie früher bei Gesundheit nur an gesunde Ernährung gedacht hätte. Mittlerweile fasst sie den Begriff weiter, *„Bewegung und Lachen gehören auch dazu.“* Eine weitere betont die Wichtigkeit der Psyche. Nachdem sie jahrelang unter schweren Problemen gelitten habe, konnte ihr die Teilnahme an gekona zu mehr Optimismus verhelfen. Jetzt ist sie zukunftsorientiert, grübelt nicht mehr in der Vergangenheit, lacht mehr und ist aktiver. Besonders stolz ist sie darauf, dass sie es eigenständig geschafft hat ihre Depression, wie sie sie selbst bezeichnet, zu überwinden. Sie konstatiert auch Auswirkungen auf ihre Familie. Ihre Tochter beginnt nun sich im Kindergarten zu öffnen, nachdem sie lange nichts gesprochen hatte. Die Erkenntnis, dass Gesundheit von Kindern mehr bedeutet als körperliche Gesundheit und auch soziale und psychische Faktoren dazugehören, führte dazu, dass eine andere Befragte den Fernsehkonsum ihrer Kinder reduzierte und stattdessen auf den Spielplatz geht, um ihre sozialen Kontakte zu fördern.

gekona bestätigt Vorwissen und Vermutungen

Eine Teilnehmerin, die in Istanbul Matura gemacht hat, stellt fest, dass sie einige der Informationen schon gewusst, aber vergessen hätte. Eine andere, dass ihr zwar bewusst gewesen sei, dass Bewegung wichtig ist, dies aber dem tradierten Rollenbild der Frau in der türkischen Gesellschaft, die passiv zu sein hat, entgegenstand. *„In der türkischen Kultur wird den Mädchen vermittelt, dass sie weniger Bewegung brauchen und wenig lachen sollen. Und dass Frauen nur kochen und putzen sollen. Nachdem ich die Information über gekona erhalten habe, habe ich mehr nachgedacht. Jetzt bewege ich mich mehr, lache mehr, ohne dass das unrespektvoll wäre. Wir werden so aufgezogen, dass wir nicht viel nachdenken, jetzt denke ich mehr nach.“* gekona hat die Funktion des Bestätigens und Stärkens der Frauen und ganz offensichtlich erfolgt hier ein Reflexionsanstoß.

gekona sensibilisiert interkulturell

Die Frauen zeigen vermehrt Interesse und Sensibilität für Kulturunterschiede. So fiel einer Frau auf, dass in der österreichischen Kultur mehr gelesen wird, etwa Zeitungen in der U-Bahn, was sie zu selbigem animierte. Eine Frau betont, dass es ihr nun wichtig ist, das Rollenbild der sich aufopfernden Mutter, wie sie das gelernt hat, nicht an ihre Kinder weiterzugeben.

Frauen delegieren Familien- und Hausarbeit

Ein wichtiger Effekt dieser Selbstwahrnehmung ist, Haus- und Familienarbeit an die Familie zu delegieren. „Auch der Mann muss auf die Kinder schauen, damit sie fortgehen können. Wir haben gelernt auch jemandem anderen die Kinder anzuvertrauen; früher haben wir geglaubt, nur wir selbst sind gute Mütter. Wir haben auch angefangen, den Kindern mehr Aufgaben zu übertragen, dass sie z.B. auch alleine zur Schule gehen können, wir haben weniger Beschützerinstinkt als vorher. Wenn der Mann frei hat, gehen wir nun aus.“ Diese freiwerdende Zeit nutzen einige Befragte für soziale Aktivitäten ohne Mann und Kinder und gehen ins Kino oder Pizzaessen.

gekona „normalisiert“ Problemlagen

Ein wichtiger Erkenntnissschritt war für zwei Befragte, in den Gesprächen mit den anderen Müttern zu erkennen, dass auch diese mit ähnlichen Problemen zu kämpfen haben. Dadurch normalisiert sich die eigene Betroffenheit, was als erleichternd und befreiend beschrieben wird. *„Man hört die Probleme anderer und ist erleichtert, dass es einem nicht allein so geht.“*

gekona regt zum Selbststudium an

Die Befragten beschreiben die Materialien und den Austausch bei den Treffen als Ansporn, sich mit Inhalten intensiver auseinanderzusetzen, an die sie nicht selbst gedacht hätten. Manche recherchieren im Internet und lesen einschlägige Bücher, etwa über Kindererziehung, die sie auch untereinander austauschen.

gekona initiiert soziales Netzwerk

Nach den Beschreibungen der Befragten erfüllen die Mütterunden mehrere Funktionen. Als sehr wichtig wird der gemeinsame Austausch in den Mütterunden beschrieben. Neben dem Informationsgewinn ist der soziale Aspekt sehr zentral. Die Frauen bauen ein Netzwerk auf und unternehmen zum Teil gemeinsame Aktivitäten. Sie tauschen Bücher und Kinderkleidung aus und helfen sich gegenseitig bei der Kinderbetreuung, was vorher nicht in dem Ausmaß üblich war. Ein zentrales Thema in der zweiten Gruppe, in der die Kinder schon etwas älter sind, ist etwa die Schuwahl. Sie wollen gemeinsam zum „Tag der offenen Tür“ in Schulen gehen, um sich zu informieren. Sie wollen sich zum Teil auch weiterhin vielleicht monatlich treffen.

Es wird auch die Funktion der emotionalen Unterstützung hervorgehoben. „Es gab auch psychologische Belastungen und Tränen, wir haben uns gegenseitig aufgebaut.“

gekona beeinflusst Einstellungen und Handlungen

Die befragten Frauen beschreiben Lernerfahrungen und konkrete Auswirkungen des Projektes auf ihre Handlungen und Einstellungen, der entspanntere und bewusstere Umgang mit den Kindern oder Beachtung der Zahngesundheit werden öfters angeführt. Einige Frauen haben Erklärungen für das frühere stressige Verhalten ihrer Kinder gefunden. Etwa, dass sich die ältere Tochter bei der Babypflege ausge-

geschlossen fühlte. Durch das bewusste Integrieren in diese Handlungen ist sie nun nicht mehr lästig.

Eine andere greift nun nicht mehr wie früher bei Kopfschmerzen schnell zu Medikamenten, weil sie beobachtet hat, dass Trinken, Ruhe und Spaziergehen den gleichen Effekt haben. Auch die frühere Panik, die diese Schmerzen begleitet hatten, belastet sie nicht mehr, weil sie erfahren hat, dass die Schmerzen verschwinden. Eine sich als „sehr faul“ beschreibende Teilnehmerin wurde durch gekona – konkret durch häufiges Anrufen der Gesundheitstutorin – animiert, die Wohnung zu verlassen, *„normalerweise gehe ich im Winter nicht aus dem Haus, aber jetzt schon“*. Für eine Befragte war die „Danchlor-Geschichte“, ein Mittel, mit dem sie früher die ganze Wohnung geputzt hatte, und die Information über Giftstoffe im Haushalt eine der wichtigsten Lernerfahrungen.

Mehr Bewegungsaktivitäten (walken, mehr zu Fuß gehen, Sauna, Massieren, Fahrradfahren) und bewusstere Ernährung werden angeführt. Zum Teil achten die Befragten nun mehr auf die Qualität und nicht nur auf den Preis der Lebensmittel. Einige versuchen seit ihrer Teilnahme abzunehmen.

Ich - Ben

Eine der wichtigsten und am häufigsten genannten Lernerfahrungen war somit, die eigene Rolle als Mutter und Frau zu überdenken und sich bewusst zu werden, dass es sich nicht nur auf sie selbst, sondern auch auf ihre Familien positiv auswirkt, wenn es den Müttern besser geht. Der Fokus auf Kinder, Haushalt und Ehemann verlagert sich zu einer verstärkten Selbstwahrnehmung. Sehr eindrücklich schildert eine der Befragten ihre Entwicklung zu mehr Selbstbezogenheit und mehr Selbstbewusstsein. Das Ich – „Ben“ auf Türkisch steht nun im Mittelpunkt. *„Eine Frau muss etwas machen, nicht nur putzen und kochen. Ich putze jetzt weniger und bewege mich mehr. Vorher kamen immer zuerst die Kinder, jetzt denke ich auch an mich, schaue mehr auf mein Aussehen, gehe mehr einkaufen, habe ein anderes Bewusstsein, Ich – Ben“*. Dieselbe Frau beschreibt an anderer Stelle, dass bisher immer ihr Mann alles organisiert und sie nie in der Öffentlichkeit gesprochen hätte. Das hat sich geändert: So ist sie z.B. beim Arbeitmarktservice ihrem Mann ins Wort gefallen und hat selbst nach seinen ungeschickten Bemühungen ihren Deutschkurs durchgesetzt. Interessanter Weise beschreibt sie auch, dass sie zum ersten Mal „alleine“ im Rahmen des Gruppentreffens „Vorsorgeuntersuchung“ zum Arzt gegangen sei.

5 Zielerreichung und Wirkungen

Zentrales Ziel des Projektes war die Entwicklung und Umsetzung eines standardisierten Programms zur Stärkung der Health Literacy bei Migrantinnen mit niedrigem sozioökonomischen Status durch aufsuchende Betreuung im Familiensetting und deren Empowerment.

Die Projektziele umfassten im Einzelnen:

- Ein inhaltlich und methodisch entsprechend niederschwelliges Programm anzubieten, das geeignet ist, diese Zielgruppe zu erreichen.
- Die Teilnehmerinnen für gesundheitsrelevante Themen zu sensibilisieren
- Die Teilnehmerinnen mit Hilfe der Programmmaßnahmen in die Lage zu versetzen, vorhandene eigene und öffentliche Ressourcen zu nutzen, sowie als Multiplikatorinnen in der Familie und in ihrem soziokulturellen Umfeld auf Verhalten und Verhältnisse positiv verändernd wirken zu können.¹⁴

5.1 Erreichung der Zielgruppe

Wie bereits gezeigt wurde, konnte die Zielgruppe der bildungs- und sozialbenachteiligten Mütter aus dem islamischen Kulturkreis mit niedrigem SES, die als sehr schwer erreichbar gilt, mit der konzipierten Methodik gut erreicht werden. Die Teilnehmerinnen haben türkischen Migrationshintergrund und schulpflichtige oder jüngere Kinder, mehrheitlich haben die Mütter Betreuungspflichten für mehrere Kinder.

Zielgruppe wurde gut erreicht

Die Zielgruppe ist im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt multifaktoriell benachteiligt. Das Bildungs- und Qualifikationsniveau ist nach Angaben der Befragten mehrheitlich nieder, die Deutschkenntnisse bei fast 40% schlecht. 38% haben ländliche Herkunft. Ein Faktor, der von der UNESCO als wesentlich für die Sozial- und Bildungsbenachteiligung bewertet wird.

Auch in Bezug auf die ökonomischen Rahmenbedingungen sind die Teilnehmerinnen schlechter ausgestattet als durchschnittliche österreichische Familien: Sie haben im Durchschnitt mehr Kinder und leben mit 2,5 Kindern in einem Haushalt. Eine hohe Kinderanzahl ist nachgewiesenermaßen ein zentraler Faktor für Armutgefährdung. Im Durchschnitt verfügen sie über ein geringeres Haushaltseinkommen - jede dritte von ihnen hat ein Medianhaushaltseinkommen unter 1.500 Euro - und mehrheitlich haben sie weniger Wohnfläche zur Verfügung als die Österreichische Durchschnittsfamilie.

Die soziale Einbindung wird zu Beginn des Programms von 70% schlecht bewertet und 21% geben an, keine Vertrauensperson zu haben.

gekona wirkt sich auf die ganze Familie aus

gekona verfolgt den Ansatz, die Mütter über ihre Mutterrolle, sprich über ihre Kinder bzw. deren Wohlergehen, zu erreichen und über diesen Umweg die Frauen zu stärken. Dies äußert sich in unmittelbar gesünderen Aktivitäten (mehr Bewegung, ge-

¹⁴ Frankl, Liesl, Kratky, Wolfgang: Projektbeschreibung, Gesundheit kommt nachhause. Interkulturelle Gesundheitsförderung in aufsuchender Bildungsarbeit für Migrantinnen und ihre Kinder im Vor- und Pflichtschulalter, vom 21.8.2008, S. 5-6

sündere Ernährung), einer erweiterten Erziehungskompetenz und einer damit verbundenen gezielteren Fokussierung des Wohlergehens der Kinder sowie einer verbesserten Kommunikation in der Familie. Indem die Kinder mehr gefördert werden und ihnen mehr Selbständigkeit etwa durch übertragene Aufgaben zugetraut wird, überträgt sich das Empowerment auch auf sie. Durch die Weitergabe des neuen Wissens und der Erfahrungen profitieren auch die Ehemänner der Frauen mittelbar von gekona.

Durch den Ansatz der „Early Childhood Intervention“ ist sowohl der Zugang zur Zielgruppe gesichert, als auch die Verbreitung und Nachhaltigkeit des Projektes.

Gesundheitstutorinnen bezeichnen gekona als mehrdimensionalen Erfolg für sich selbst

Mit dem Projekt gekona wurden nicht nur Mütter und deren familiäres Umfeld betreut und weitreichende Verbesserungen ihres gesundheitsfördernden Verhaltens und Kompetenzen erzielt, sondern auch Frauen dieser Community als Gesundheitstutorinnen qualifiziert und beschäftigt. Sie fungieren nicht nur als Vermittlerinnen in Hinblick auf Programmzugang und Programminhalte, sondern auch als Role Model, als Vorbild für die teilnehmenden Frauen. Die Evaluation zeigt, dass die Gesundheitstutorinnen in kürzester Zeit nicht nur eine Schulung absolviert und zusätzliche Kompetenzen erworben haben, sondern auch Selbstbewusstsein erlangt haben. Ihre neuen beruflichen Aufgaben beeinflussen direkt den persönlichen Lebensalltag der Frauen, und zwar nicht nur im Hinblick auf Gesundheit, sondern hinsichtlich ihrer gesamten Lebensführung.

Das Projekt „Gesundheit kommt nachhause“ bewirkte somit einen dreifachen Nutzen für die Gesundheitstutorinnen: Erwerb von gesundheits- und arbeitsmarktrelevanten Kompetenzen, Integration ins Berufsleben sowie persönliche Stärkung und Empowerment.

5.2 Zielsetzung Stärkung der Health Literacy und Empowerment

Unter Health Literacy wird bei gekona Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbildung verstanden, die aus dem Wissen und dem Bewusstsein über komplexe Zusammenhänge erwachsen. Mit Health Literacy erwerben die Frauen kognitive, soziale und kulturelle Kompetenz, die sie in die Lage versetzt, ihre Lebensführung gesundheitsförderlich zu gestalten. Dabei steht nicht primär die Anhäufung von Gesundheitswissen im Vordergrund, sondern im weitesten Sinne die Erweiterung der Handlungskompetenz und die Fähigkeit sich erforderliches Wissen oder Informationen anzueignen. Unter diesem Aspekt ist gekona primär auch als Bildungsprojekt mit einem Schwerpunkt auf Empowerment und sekundär als Gesundheitsprojekt zu verstehen. Die persönliche Befragung der Mütter durch die Evaluation und der Gesundheitstutorinnen zeigt eindrücklich diese Zielerreichung.

Health Literacy wurde umfassend gestärkt und Empowerment der Teilnehmerinnen erzielt

Die Frauen beschreiben Lernerfahrungen und Lernanregungen auf vielen Ebenen. Der Wissenszuwachs betrifft Gesundheitsthemen, Erziehungsfragen und die Verbesserung ihrer Deutsch-Kenntnisse. Der Anstoß durch gekona über Gesundheitsfragen zu reflektieren hat weitreichendere Folgen und wirkt sich auf Einstellungen und das Bewusstsein aus und zieht konkrete Handlungsänderungen nach sich. Einige der Teilnehmerinnen haben sich bei Deutsch- oder Hauptschulabschlusskursen

angemeldet. Durch die Schaffung von Eigen- und Freiräumen, wie sie die Frauen beschreiben, erweitert sich die Handlungsfähigkeit der Frauen, etwa wenn sie die Kinderaufsicht an die Ehemänner delegieren und die Kinder in die Hausarbeit miteinbeziehen.

Folgende Auswirkungen von gekona konnten aus den Interviews der Evaluatorin abgeleitet werden:

- Empowerment: Die Teilnehmerinnen beschreiben wie sie gelernt haben, selbständiger zu agieren und ihr eigenes Leben in die Hand zu nehmen. An Stelle früherer Passivität treten Aktivitäten.
- Emanzipation: Befragte Frauen beschreiben ein vormals hohes Ausmaß an Unselbständigkeit und Abhängigkeit von ihren Ehemännern, das sie im Zuge des Programms hinterfragten und veränderten. Dieses emanzipatorische Potenzial ist eindrücklich daran erkennbar, dass die Befragten nicht mehr zuerst an die Kinder, den Mann und Haushalt denken wollen, sondern an sich selbst.
- Bewusstseinsbildung: Befragte beschreiben, dass es entlastend war, zu erkennen, dass sie von bestimmten Problemen nicht als Einzelperson betroffen sind, sondern mehrere Menschen dieses Problem haben.
- Wahrnehmung von Gesundheit als ganzheitliches Konzept: Die befragten Frauen reduzieren Gesundheit nicht auf Einzelaspekte wie Ernährung oder Bewegung. In Zusammenhang mit Gesundheit werden psychische und soziale Aspekte genannt.
- Soziale Integration und Vernetzung: Die Befragten betonen die Wichtigkeit der sozialen Aktivierung in Folge des Programms. Sie schätzen den Austausch in den Müttertreffen und sind sehr daran interessiert, diese Vernetzung auch nach Programmende aufrecht zu erhalten. Sie setzen mehr soziale selbstorganisierte Unternehmungen außerhalb des Familienverbandes.
- Etablierung einer Austausch- und Lernstruktur: In den Müttergruppen kommt es zu gegenseitiger Unterstützung und kognitiven Anregungen. Die Frauen leihen sich gegenseitig Bücher oder Kinderkleidung, informieren sich z.B. gemeinsam über weiterbildende Schulen und unterstützen sich gegenseitig der Kinderbetreuung.

Diese qualitativen Befunde werden auch quantitativ belegt, wie die folgende Darstellung der Ergebnisse der schriftlichen Befragungen aller Teilnehmerinnen zeigt.

Messbare Auswirkungen auf gesundheitliche Einflussfaktoren

Die Teilnehmerinnen wurden nicht nur in den Bestandaufnahmen, sondern auch zu zwei weiteren Messzeitpunkten (Programmbeginn, -mitte und -ende) mit Unterstützung der Gesundheitstutorinnen (Erläuterung, Übersetzung) schriftlich befragt. Dabei wurde die subjektive Einschätzung zu sechs Dimensionen bezüglich Gesundheit und deren Einflussfaktoren, nämlich Wissen zu Gesundheitsförderung, gesundheitliche Verfassung, persönliche Lebenssituation, Grad der Selbständigkeit, soziale Einbindung und Bildungsstand erhoben. Damit wurde auf die Feststellung von Veränderungen der Gesundheitsdeterminanten - Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziales Umfeld und Verhalten der Einzelnen - abgezielt. Wie eingangs angeführt, bilden die Gesundheitsdeterminanten Einflussfaktoren auf die Gesundheit ab.

Den Befragten wurden bei den späteren Befragungen die früheren Bewertungen nicht mitgeteilt. Die Bewertungen erfolgten auf einer Skala von 1 (= sehr schlecht) bis 10 (= sehr gut). Von allen 113 Teilnehmerinnen liegen Fragebögen vor. Die Auswertung dieser internen Erhebung erfolgte durch die externe Evaluierung.

Überwiegend signifikante Verbesserungen am Ende der Programmumsetzung

Die Zielgruppe bewertet in der Ausgangserhebung die Bildung durchschnittlich am schlechtesten, gefolgt von der sozialen Einbindung und dem Wissen um Gesundheitsförderung.

Der Vergleich der Mittelwerte aller abgefragten Dimensionen zeigt (vgl. Tabelle 3), dass die durchschnittlichen Bewertungen bei den späteren Befragungen steigen. Lediglich der Mittelwert der Dimension Selbständigkeit erhöht sich zwischen Mitte und Ende des Programms nicht. Die bei weitem höchste durchschnittliche Steigerung mit 1,35 Differenzpunkten zwischen Erst- und Letztbefragung ist beim Wissen um Gesundheitsförderung feststellbar. Damit wurde das zentrale Projektziel, der Steigerung der Health Literacy im Sinne der Gesundheitsbildung klar erreicht.

Tabelle 3: Mittelwerte der Selbstbewertung zu allen Dimensionen zu drei Messzeitpunkten

	N		Mittelwert
	Gültig	Fehlend	
SB Bildung Zpkt. 1 Beginn	113	0	4,34
SB Bildung Zpkt. 2 Mitte	113	0	4,55
SB Bildung Zpkt. 3 Ende	113	0	4,74
SB Soziale Einbindung Zpkt. 1 Beginn	113	0	4,35
SB Soziale Einbindung Zpkt. 2 Mitte	113	0	4,72
SB Soziale Einbindung Zpkt. 3 Ende	113	0	4,77
SB Selbständigkeit Zpkt. 1 Beginn	113	0	5,99
SB Selbständigkeit Zpkt. 2 Mitte	113	0	6,27
SB Selbständigkeit Zpkt. 3 Ende	113	0	6,18
SB Gesundheit Zpkt. 1 Beginn	112	1	5,96
SB Gesundheit Zpkt. 2 Mitte	113	0	6,19
SB Gesundheit Zpkt. 3 Ende	113	0	6,59
SB Wissen Gesundheitsförderung Zpkt. 1 Beginn	112	1	5,41
SB Wissen Gesundheitsförderung Zpkt. 2 Mitte	113	0	6,44
SB Wissen Gesundheitsförderung Zpkt. 3 Ende	113	0	6,76
SB Lebenssituation Zpkt. 1 Beginn	113	0	5,71
SB Lebenssituation Zpkt. 2 Mitte	113	0	5,94
SB Lebenssituation Zpkt. 3 Ende	113	0	6,00

Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung

Im nächsten Schritt wurde untersucht, ob sich die Mittelwerte zwischen erster und letzter Messung - d.h. zwischen Programmanfang und Programmende - signifikant unterscheiden. Dies trifft in allen Fällen zu, bis auf die Dimensionen Selbständigkeit und Lebenssituation, wo die Unterschiede zwar messbar sind, aber nicht signifikant.

Die Verbesserungen sind somit überwiegend nicht auf zufällige Ergebnisse zurückzuführen, sondern durchgängig systematisch messbar.

Je schlechter die Erstbeurteilung, desto größer fallen die Verbesserung aus

Anhand der Mittelwerte wurde auch untersucht, ob sich die Verbesserungen bei unterschiedlichem Ausgangsniveau unterschiedlich stark zeigen. Dies ließ sich bei den Dimensionen Gesundheit, Wissen über Gesundheitsförderung und Lebenssituation nachweisen: Jene Gruppe, welche zu Beginn des Programms hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes in der Kategorie mit der negativsten Beurteilung war, verbessert sich durchschnittlich um 1,9 Punkte, jene in der mittleren Kategorie verbessert sich durchschnittlich um 0,7 Punkte und jene mit der besten Gesundheit verbessert sich nicht mehr. Ähnliche Ergebnisse wurden beim Wissen um Gesundheitsförderung und bei der Dimension Lebenssituation gemessen.

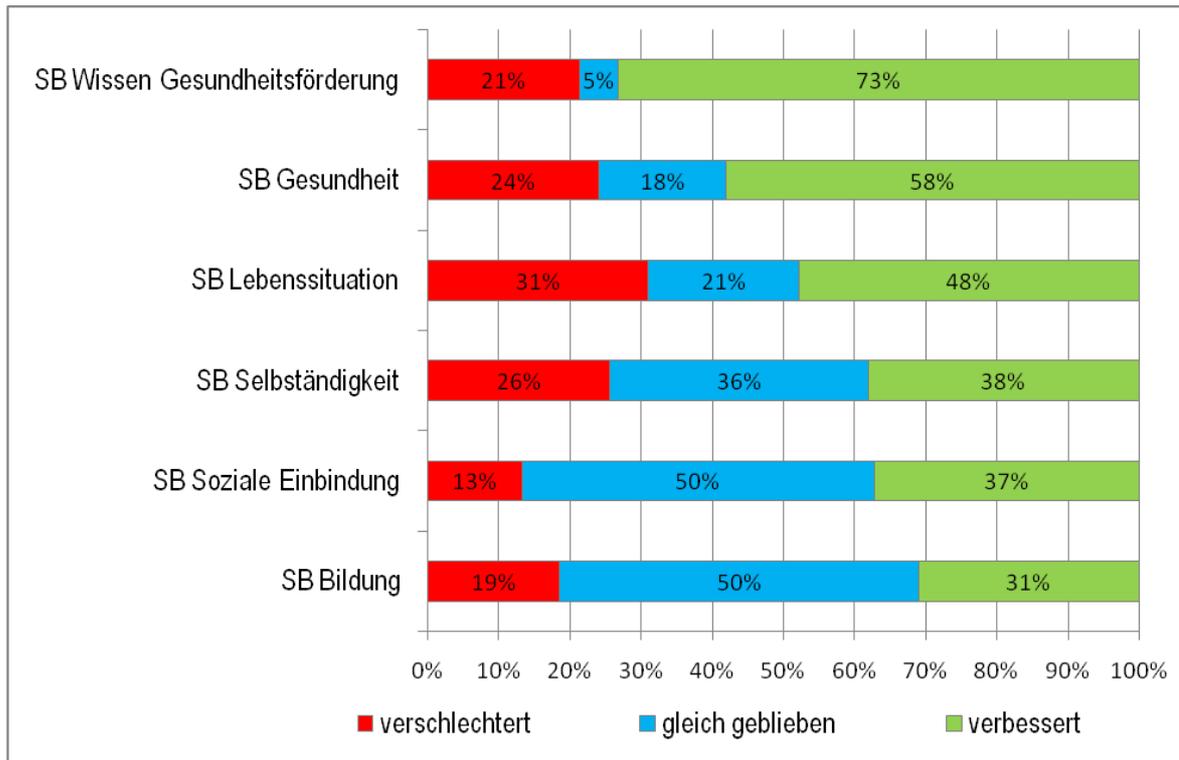
Verbesserungen betreffen Verhalten und Verhältnisse

Schließlich wurde untersucht, wie hoch der Anteil der Befragten ist, welche angeben, dass sich der jeweilige Bereich zwischen Programmbeginn und -ende verbessert hat. Aus Abbildung 7 ist ersichtlich, dass der höchste Anteil an Verbesserungen beim Wissen über Gesundheitsförderung erzielt werden konnte, wie sich das bereits beim Vergleich der Mittelwerte gezeigt hatte. Drei von vier Frauen konnten nach eigener Einschätzung ihr Wissen über Gesundheitsförderung vergrößern.

Und fast 60% sehen Verbesserungen ihrer Gesundheit, die Hälfte der Frauen registriert Verbesserungen ihrer Lebenssituation. Letzteres kann als Indiz gewertet werden, dass nicht nur Auswirkungen auf der Verhaltens-, sondern auch auf der Verhältnissebene erzielt werden konnten.

Die Wahrnehmung von Verschlechterungen fällt am geringsten bei der sozialen Einbindung aus, am höchsten bei der Lebenssituation. Ob hier beim Programmende faktische Verschlechterungen eingetreten sind oder ob die Frauen bezüglich ihrer Wahrnehmung sensibilisiert und damit kritischer wurden, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Erfahrungen mit Gesundheitsförderungsprojekten zeigen, dass die damit verbundene Bewusstseinsveränderung auch zu einer kritischeren Einschätzung der eigenen Situation führen kann.

Abbildung 7: Veränderungen der Selbstbewertungen zwischen Programmbeginn und -ende



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=112-113

Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen und der Selbstbewertung

Um Bewertungsunterschiede analysieren zu können, wurden die Mittelwerte der drei Messzeitpunkte zu einem Index zusammengefasst und mit den sozialen Merkmalen verknüpft. Dabei zeigt sich, dass berufstätige Frauen ihre Lebenslage grundsätzlich und deutlich messbar besser einschätzen. Tabelle 4 legt dar, dass die Selbsteinschätzung aller Dimensionen bei den berufstätigen Frauen besser ausfällt.

Tabelle 4: Einschätzung der gesundheits- und bildungsbezogenen Dimensionen nach Berufstätigkeit

		Berufstätigkeit					
		ja		nein		Gesamt	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Index SB Bildung	(eher) schlecht	17	48,6%	53	81,5%	70	70,0%
	(eher) gut	18	51,4%	12	18,5%	30	30,0%
Index SB Soziale Einbindung	(eher) schlecht	17	42,5%	52	81,3%	69	66,3%
	(eher) gut	23	57,5%	12	18,8%	35	33,7%
Index SB Selbständigkeit	(eher) schlecht	9	22,0%	42	61,8%	51	46,8%
	(eher) gut	32	78,0%	26	38,2%	58	53,2%
Index SB Gesundheit	(eher) schlecht	8	20,5%	24	39,3%	32	32,0%
	(eher) gut	31	79,5%	37	60,7%	68	68,0%
Index SB Wissen Gesundheitsförderung	(eher) schlecht	6	15,8%	23	41,1%	29	30,9%
	(eher) gut	32	84,2%	33	58,9%	65	69,1%
Index SB Lebenssituation	(eher) schlecht	9	23,7%	37	56,9%	46	44,7%
	(eher) gut	29	76,3%	28	43,1%	57	55,3%

Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, 1 bis 5 ist (eher) schlecht, 6-10 ist (eher) gut, Durchschnitt aller drei Messzeitpunkte

Das Einkommen hängt nicht mit unterschiedlicher Einschätzung zusammen. Folgende Zusammenhänge konnten noch gemessen werden:

Jüngere Frauen, Frauen mit mehr Wohnraum und jene mit weniger Kindern bewerten diese Dimensionen auch etwas besser. Von den Alleinerzieherinnen wird alles bis auf die Selbständigkeit etwas schlechter bewertet, ganz besonders die Bildung.

Frauen, die schon länger in Österreich sind, fühlen sich selbständiger. Frauen, die Angehörige in Österreich haben bzw., eine Vertrauensperson angeben, bewerten alles etwas positiver, ganz besonders stark die Selbständigkeit. Frauen mit besseren Deutschkenntnissen schätzen alle Dimensionen grundsätzlich etwas besser ein – mit Ausnahme ihrer Lebenssituation.

Insgesamt scheint die Berufstätigkeit der wesentlichste Faktor einer besseren Bewertung der Frauen in allen Bereichen zu sein, besonders deutlich wird das bei der sozialen Einbindung und Selbständigkeit sichtbar.

Selbsteinschätzung der einzelnen Dimensionen im Beobachtungsverlauf

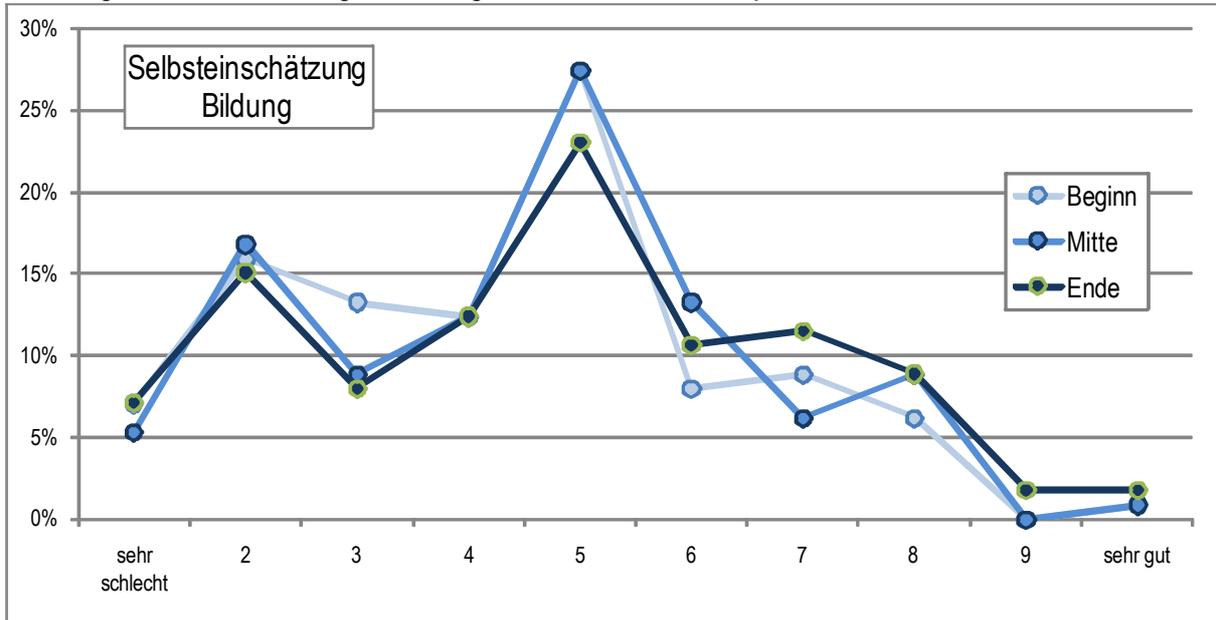
Die folgenden sechs Liniendiagramme zeigen die Häufigkeitsverteilungen der Bewertungen der einzelnen Dimensionen zu allen drei Messzeitpunkten.

Dabei zeigt sich häufig ein relativ paralleler Kurvenverlauf, wobei die schlechtesten Beurteilungen sich bei der dritten Messung tendenziell verringern und die positivsten Beurteilungen zunehmen. Am auffallendsten sind die Veränderungen der Selbstbewertung des eigenen Wissens über Gesundheitsförderung (Abb.13).

In der Dimension Bildungsstand zeigt sich ein sehr paralleler Verlauf zu den drei Messzeitpunkten. 76% stufen sich zu Beginn zwischen 1 und 5 ein, bei der dritten

Messung sind es nur mehr 65%. Bei der letzten Befragung zeigt sich eine leichte Zunahmen der positiven Einschätzung des eigenen Bildungsstandes (7-10).

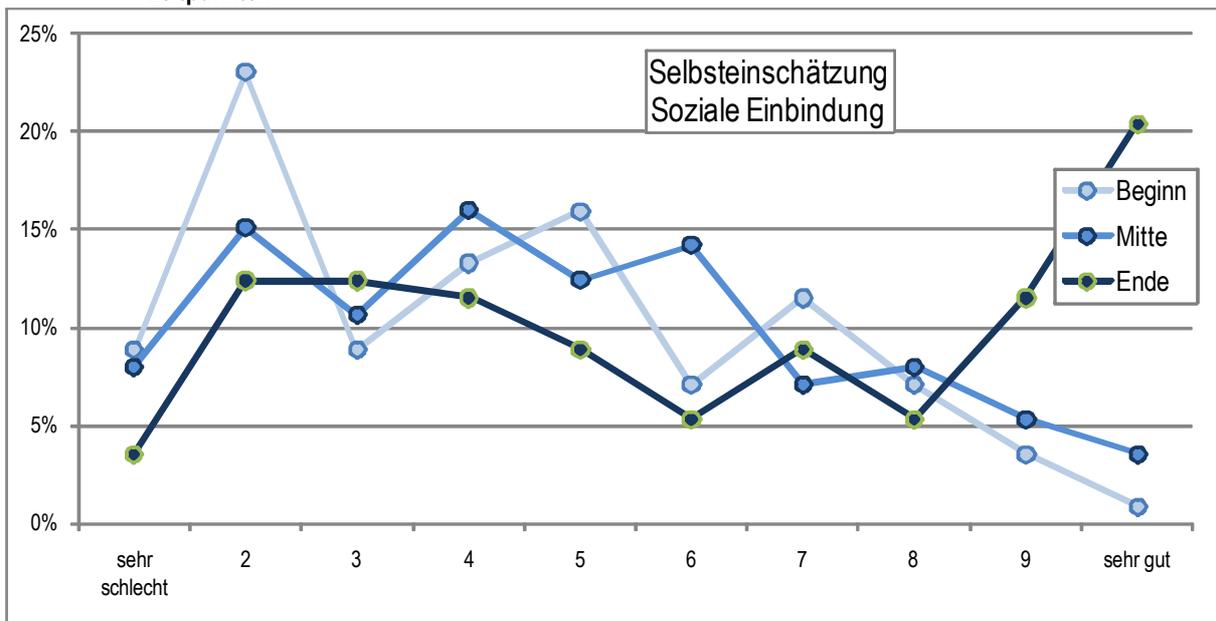
Abbildung 8: Selbsteinschätzung des Bildungsstandes zu drei Messzeitpunkten



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N= 113

Insgesamt sehen sich am Anfang 70% schlecht sozial eingebunden (1-5), zu Projektende sind es mit 49% deutlich weniger. Die soziale Einbindung wird mit Programmende viel seltener sehr schlecht und deutlich häufiger sehr positiv bewertet. Waren es am Anfang und in der Programmmitte sehr wenige, die hier die beste Note abgeben, so sind es mit Programmende 20% der Teilnehmerinnen.

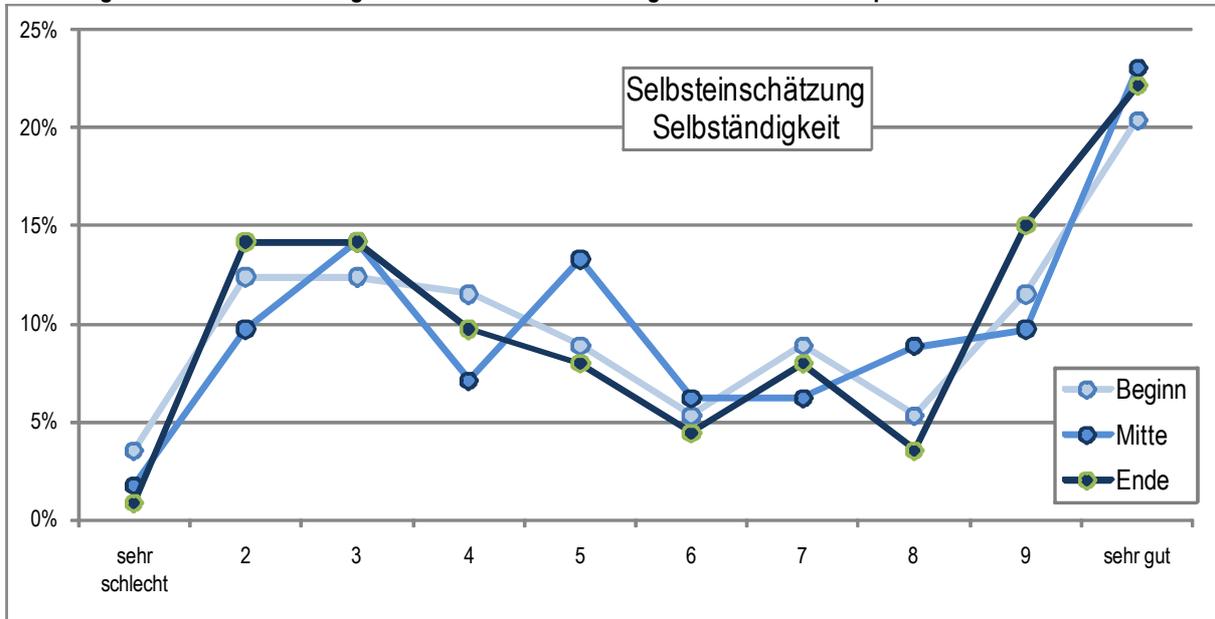
Abbildung 9: Selbsteinschätzung des persönlichen Bekanntenkreises und der sozialen Einbindung zu drei Messzeitpunkten



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=113

Die Selbständigkeit (Besuche bei ÄrztInnen, Erledigung von Amtswegen, Kontakt zu Kindergärten und Schulen, selbständiges Erledigung von Wegen, ..) ist der Bereich, wo sich bei allen drei Messungen am meisten Frauen sehr gut einstufen, nämlich rund ein Fünftel. Die schlechtesten Einstufungen bleiben relativ konstant (49% bei Programmbeginn zwischen 1 und 5 und 47% bei Programmende).

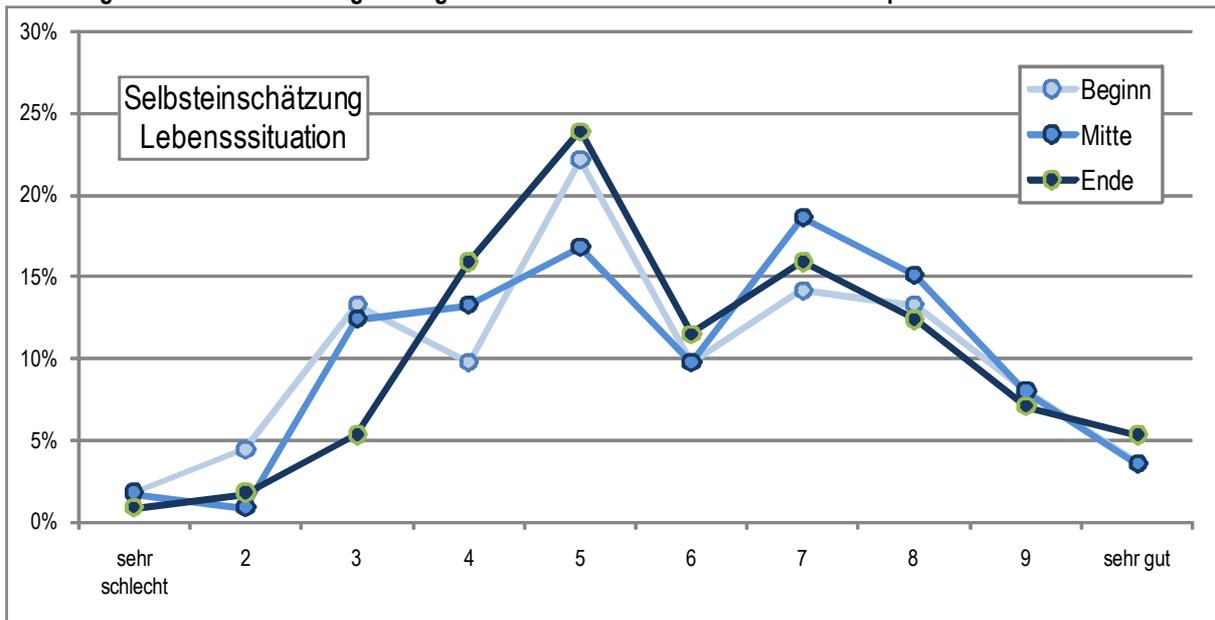
Abbildung 10: Selbsteinschätzung des Grades der Selbständigkeit zu drei Messzeitpunkten



Basis: File GEKONA-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=113

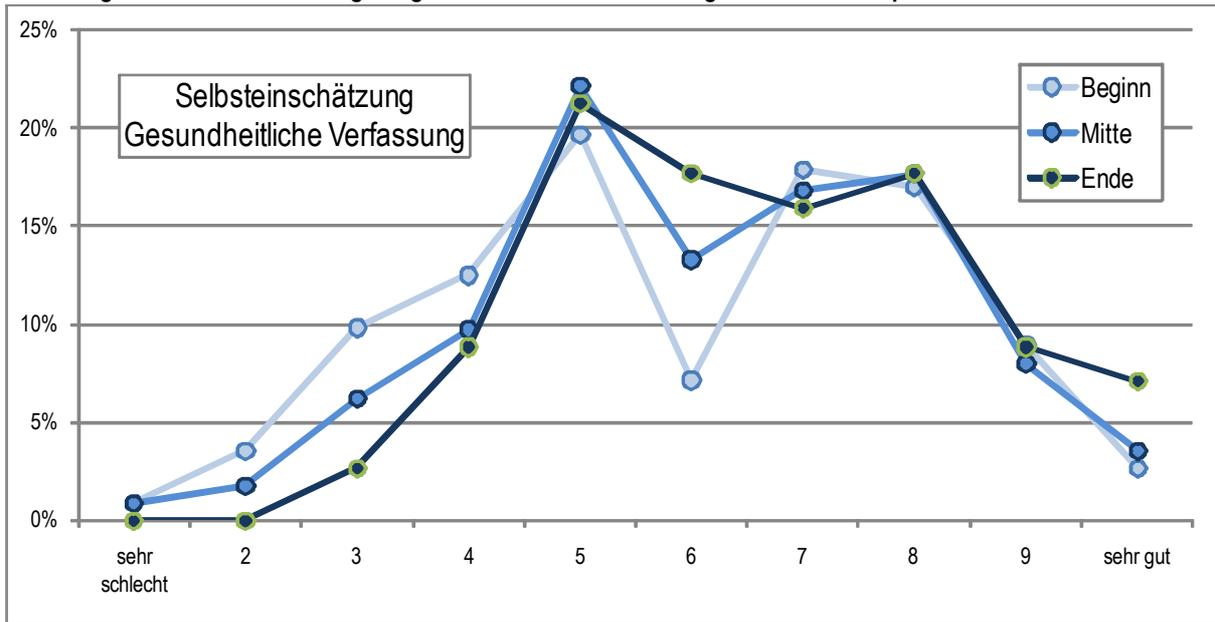
Die persönliche Gesundheit wird zu Beginn von 46% der Frauen als schlecht eingestuft (1-5), wobei sich diese Einstufungen bis zur dritten Messung deutlich verbessern und sich zum dritten Zeitpunkt nur mehr 33% zwischen 3-5 einstufen und gar niemand mit 1 oder 2.

Abbildung 11: Selbsteinschätzung der allgemeinen Lebenssituation zu drei Messzeitpunkten



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=113

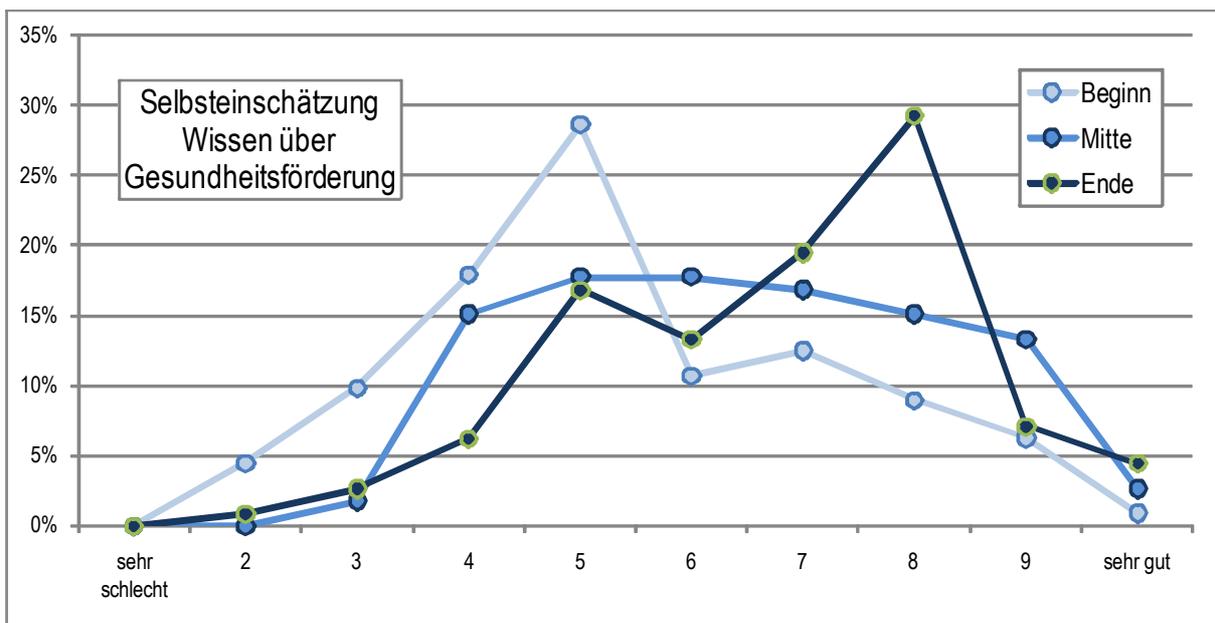
Abbildung 12: Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Verfassung zu drei Messzeitpunkten



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N= 113

Zu Programmbeginn stufen sich 61% zwischen 1 und 5 ein, am Ende waren dies nur mehr 27%. Die Einschätzung des eigenen Wissens über Gesundheitsförderung hat sich somit deutlich zwischen 1. und 3. Messung zugunsten besserer Einstufungen verschoben. Dass sich diese Tendenz zur Halbzeit noch nicht in dem Ausmaß abzeichnete, kann als Indiz für eine notwendige Maßnahmendauer von sechs Monaten interpretiert werden.

Abbildung 13: Selbsteinschätzung des eigenen Wissens über Gesundheitsförderung zu drei Messzeitpunkten



Basis: File gekona-Bestandsaufnahme, Auswertung Prospect Unternehmensberatung, N=113

Die Kurven in Bezug auf die drei Messzeitpunkte verlaufen sehr parallel. Rund die Hälfte bewertet die eigene Lebenssituation bei Programmbeginn negativ (1-5), dieser Wert ändert sich nicht maßgeblich bis zum Ende.

Verbesserte Gesundheit wirkt sich auf Lebenssituation positiv aus

Bei der Verknüpfung der sechs Dimensionen zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Einstufung der Gesundheit und der Lebenssituation. Wird die Gesundheit besser, wird auch die gesamte Lebenssituation besser. Ein mittlerer Zusammenhang zeigte sich bei der sozialen Einbindung. Werden Bildung, Selbständigkeit, Gesundheit, das Wissen um Gesundheitsförderung oder die Lebenssituation verbessert wahrgenommen, wirkt sich das auch positiv auf die soziale Einbindung aus. Hier wird der ganzheitliche Zugang des Programms, das Augenmerk auf Zusammenhänge und Wechselwirkungen gesundheitlicher Aspekte deutlich.

Das Programm erreicht alle Frauen

Das Programm wirkt grundsätzlich bei allen Teilnehmerinnen. Die gemessenen Verbesserungen sind dabei wenig an bestimmte Merkmale gekoppelt. Alter, Einkommen, Wohnfläche, Deutschkenntnisse und Lebenszeit in Österreich erweisen sich für die gemessenen Veränderungen als unerheblich. Die Detailanalyse verweist jedoch auf einige leichte Tendenzen: Bei den Berufstätigen, die ohnehin auch schon in der Erstbefragung eine bessere Bildung und soziale Einbindung aufwiesen, werden diese Bereiche noch besser. Das Programm hilft bei Müttern mit vielen Kindern bzw. Müttern als Alleinerzieherinnen und bei Frauen mit weniger familiärer Anbindung besonders in den Aspekten Gesundheit, Selbständigkeit, Wissen um Gesundheitsförderung und soziale Einbindung.

Tendenziell etwas höhere Verbesserungen können somit bei folgenden Gruppen verzeichnet werden:

- Mütter mit mehr Kindern geben nach dem Programm tendenziell eine bessere Gesundheit, ein besseres Wissen und eine höhere Selbständigkeit an.
- Bei Alleinerzieherinnen bleibt die Selbständigkeit zwar gleich, aber Wissen und Lebenssituation werden etwas besser eingeschätzt.
- Wer keine Angehörigen in Österreich hat, erfährt am Ende des Programms mehr soziale Einbindung und gibt auch mehr Wissen über Gesundheitsförderung an.
- Das Programm unterstützt bei bestehender Berufstätigkeit Verbesserungen vor allem hinsichtlich Bildung und Selbständigkeit.

5.3 Zielsetzung Verbreitung und Nachhaltigkeit durch ein standardisiertes Programm

Eine weitere Zielsetzung des Projekts war die Nachhaltigkeit, also die Verbreitung und Fortführung des Programms nach Abschluss. Dafür sollten Standards für die Übertragung des Programms in andere Regionen und an andere Träger entwickelt werden.

Umfassende und wirksame Vernetzung

Eine wesentliche Voraussetzung für die Verbreitung des Programms ist dessen Bekanntmachung. Daher wurden vom Steuerungsteam seit Beginn durchgängig Kooperations- und Vernetzungsstrukturen aufgebaut. Durch diese Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit, die Projektwebsite www.gekona.at, die Teilnahme an Tagungen und die Präsentationen des Projektes bei diversen lokalen Organisationen und im Rahmen von nationalen und internationalen Veranstaltungen konnte „Gesundheit kommt nachhause“ einen Bekanntheitsgrad im einschlägigen Umfeld erreichen.

Indikatoren für einen hohen Bekanntheitsgrad sind das Interesse seitens Gemeinden und Ländern, öffentlicher Einrichtungen, von Bildungs- und GesundheitsexpertInnen ebenso wie von MigrantInnenorganisationen bzw. Einrichtungen, die mit der Zielgruppe arbeiten (wollen). Mehrere Organisationen und Institutionen traten an beratungsguppe.at mit konkreten Kooperationsvorschlägen heran. Ein Grund dafür war die ansprechende Aufbereitung des Gesundheitskoffers und insbesondere, dass es dem Projekt gekona gelingt, jene Zielgruppe der bildungs- und sozialbenachteiligten muslimischen Migrantinnen zu erreichen, die als besonders schwer erreichbar gilt.

Einer breiteren Öffentlichkeit wurde gekona durch die Berichterstattung in Printmedien und Fernsehen infolge der Verleihung des Vorsorgepreises des Landes Niederösterreich in der Kategorie „Österreich - private Initiativen“ im März 2010 bekannt.

Vorsorgepreis des Landes Niederösterreich

Dieser Preis ist ein Beleg für die hohe Anerkennung und das große Interesse, auf das gekona stieß. Die Jury hob insbesondere den partizipativen Ansatz im lokalen Setting für die Zielgruppe Migrantinnen hervor. Dieser Preis ist auch Ausdruck der Anerkennung der Expertise des österreichischen Steuerungsteams für Migrationsfragen.

Fortführung des Projekts mit ergänzenden Schwerpunkten

Aufgrund der breiten Anerkennung und der absehbaren erfolgreichen Umsetzung des Programms „Gesundheit kommt nachhause“ gelang bereits im Jahr 2010, eine Finanzierung für das Folgeprojekt im Jahr 2011-2012 sicher zu stellen.

Dieses Folgeprojekt „Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft! Interkulturelles Programm zur Förderung von Health Literacy und gesundheitlicher Chancengleichheit für Migrantinnen mit niedrigem SES und Training für Multiplikatorinnen aus der Zielgruppe“ wird nach den Standards des Modellprojektes umgesetzt und unterscheidet sich in folgenden Punkten:

- Neben Müttern werden auch Großmütter, die Enkelkinder betreuen, in das Programm aufgenommen. Damit wird der großen Nachfrage, die sich im Modellprojekt gezeigt hatte, entsprochen.

- Besonders engagierte Frauen aus der Zielgruppe werden neben den Gesundheitstutorinnen als ehrenamtliche Multiplikatorinnen, als sogenannte „Gesundheitsbotschafterinnen“ geschult und eingesetzt.

Eckpunkte eines standardisierten Modells

beratungsgruppe.at fasste in einem eigenen 7-seitigen Papier die Projektpunkte und Standards zusammen. Folgende Standards zur Sicherstellung einer effektiven und effizienten Programmdurchführung werden angeführt.

„Die Erfahrung zeigte, dass es ökonomisch sinnvoll ist und funktioniert, wenn:

- die **Gesamtteilnehmerinnenzahl** etwa bei 100 liegt, d.h. wöchentlich 50 Teilnehmerinnen betreut werden
- sich die **Programmablaufplanung** an den zeitlichen Möglichkeiten der Teilnehmerinnen orientiert (Kindergartenzeiten, Ferienzeiten, Haushaltsaufgaben etc.)
- **mehrere** (ca. 4) **teilleistungsbeschäftigte Tutorinnen** eingesetzt werden
- der Schwerpunkt der **Schulung der Gesundheitstutorinnen** im Bereich Materialkenntnisse, Programmdidaktik und Praxistransfer liegt
- die Gesundheitstutorinnen in ihrer Community und ihrem Bekanntenkreis potentielle Teilnehmerinnen ansprechen (Multiplikatorinnen in der Zielgruppen)
- für die **Akquise** ausreichend Zeit vorhanden ist (ca. 4 Wochen pro Tutorin)
- pro **Müttertreffen** 4–5 Frauen teilnehmen (bei jeweils einer Frau zuhause oder in einem Gemeinschaftsraum nahe der Wohnungen)
- ein Müttertreffen 2 Stunden dauert (zusätzlich Fahrzeiten)
- die Müttertrunden nach Schwerpunkten zusammengestellt werden, z.B. Wohnort, Alter der Kinder etc.
- pro Müttertrunde insgesamt 12 Treffen stattfinden (inkl. erster und abschließender Bestandsaufnahme)
- eine gründliche **Dokumentation** erfolgt, und zwar mit:
 - Akquiselisten, Materialübergabebögen, Bestandsaufnahmen, Reflexionsbögen
- **wöchentliche Teamsitzungen** mit dem Steuerungsteam/der Koordinatorin und den Tutorinnen stattfinden, in denen die erfolgte Arbeit gründlich reflektiert wird und Anleitungsgespräche/Weiterbildung (Guidance- und Monitoring) stattfinden
- während eines Programmdurchlaufs 5-6 **Gruppentreffen mit Expertinnen** und **mindestens 20 Teilnehmerinnen** stattfinden (von Koordinatorin geplant)
- von Tutorinnen **Exkursionen in Kleingruppen** nach Bedarf und Interesse der jeweiligen Müttertrunde organisiert werden.“¹⁵

Grundsätzlich müssen sich interessierte Träger um die Projektfinanzierung kümmern und die Kosten kalkulieren. beratungsgruppe.at bietet dafür Richtlinien. Im Falle einer Kooperation stellt beratungsgruppe.at das Programm und die Materialien zur Verfügung und betreut die Träger bei der Implementierung und den Programmdurchläufen.

¹⁵ beratungsgruppe.at: Projektbeschreibung und Kalkulationsgrundlagen, „Gesundheit kommt nachhause“, S.3

6 Schlussfolgerungen

Die Verantwortlichen konnten das Projekt „Gesundheit kommt nachhause“, in dem das gleichnamige Programm entwickelt, vorbereitet und schließlich in der Praxis erprobt und umgesetzt wurde, im vorgesehenen Zeitraum plangemäß und vollinhaltlich umsetzen. Die Konzeption und Planung waren dementsprechend adäquat und realitätsbezogen und die Umsetzung durch die Verantwortlichen erfolgte sehr effektiv. Die konzipierten Projekt- und Programmelemente erwiesen sich als zielführend. Neues zu lernen und zu erfahren, die Veränderung traditioneller Bilder und Werte kann zunächst auch verunsichern und Widerstände erzeugen. Dem wurde durch ein entsprechendes niederschwelliges, aufsuchendes Angebot in einem kultur- und migrationssensiblen Setting im direkten Wohnumfeld durch paraprofessionelle Betreuung unter professioneller Leitung begegnet.

Mehr Wissen zu Gesundheitsförderung

Das Ziel Health Literacy zu steigern konnte in hohem Ausmaß erreicht werden. 73% der Frauen geben zu Programmende bessere Selbsteinschätzungen ihres Wissens zu Gesundheitsförderung an. Zudem konnte deutlich gemacht werden, dass nicht nur individuelle Verbesserungen erzielt werden konnten, sondern sich die Wahrnehmung in der Gesamtuntersuchungsgruppe von einer anfänglich mehrheitlich negativen Einschätzung hin zu einer positiven verlagerte: Waren es zu Beginn 61%, die das Wissen um Gesundheitsförderung (eher) schlecht einstufen, so waren dies mit Projektende nur mehr 27% der Frauen.

Zentrale Projektelemente sind wirksam

Aus Sicht der Evaluation waren folgende Projektelemente für eine erfolgreiche Projektumsetzung wesentlich:

- Gesundheitstutorinnen aus der Community schaffen Vertrauensbasis: Die beschäftigten Gesundheitstutorinnen mit ähnlichem kulturellen Hintergrund konnten die Zielgruppe wirksam ansprechen und deren Vertrauen schnell gewinnen. Durch den Einsatz der Gesundheitstutorinnen gelang im Projekt nicht nur eine unkomplizierte und schnelle Akquise der Zielgruppe und deren durchgängige Betreuung bei einer äußerst geringen Ausfallsquote, sondern auch die Qualifizierung und Beschäftigung von Migrantinnen.
- Schulung der Gesundheitstutorinnen erfordert primär Praxisbezug: Rückwirkend stellte sich als der wirksamste Teil der Schulung der „Praxistransfer“ heraus, sprich, wie die Inhalte am besten an die Zielgruppe vermittelt und wie deren Interesse geweckt und aufrechterhalten werden können. Dafür sind die Kompetenz mit Gruppen zu arbeiten, methodisches Know-How, etwa wie mit „Störungen“ umzugehen ist, und die Aneignung einer empathischen Haltung notwendig. Essentiell bei der gesamten Schulung waren weniger die Fachinhalte als die Art und Weise, wie sie vermittelt wurden. Kompetenzen und Haltungen sowie das didaktische Know-How der TrainerInnen spielen die wesentlichste Rolle und haben Vorbildwirkung für die Schulungsteilnehmerinnen.
- Monitoring und Guidance der Gesundheitstutorinnen sind essentiell: Als zentraler Erfolgsfaktor für die Qualität der Arbeit der Gesundheitstutorinnen und letztlich

die Programmdurchführung ist die Begleitung der Gesundheitstutorinnen durch das Steuerungsteam und die Projektkoordinatorin einzustufen. Umsetzungserfahrungen werden besprochen und inhaltlich-didaktisch angeleitet (Guidance) und systematisch begleitend beobachtet (Monitoring). Dabei werden ein kontinuierlicher und angeleiteter Lern- und Reflexionsprozess angeregt und die Qualität des Programms gesichert.

- Zielgruppenspezifisch entwickeltes Informations-Material: Der eigens entwickelte Gesundheitskoffer bewährte sich und wurde gut angenommen. Die stringente Strukturierung, die Einbeziehung verschiedener Blickwinkel und die gezielte thematische Wiederholung von Themen zeichnen das Material neben der lern-theoretischen Zielgruppenorientierung aus.
- Ansatz „Early Childhood Intervention“ funktioniert: Die Kinder lesen die Geschichten gerne bzw. fordern auch von den Müttern, sie vorzulesen. Die Kinder sind der „Motor“ im Projekt, mit dem die Neugierde und das Interesse der Mütter an Gesundheitsfragen geweckt und schließlich die Aneignung von Health Literacy initiiert wurde.
- Intensivbetreuung wirkt: Die Intensivbetreuung der Teilnehmerinnen in Form von Mütter- und Gruppentreffen wurde von der Zielgruppe sowohl in ihrer inhaltlichen als auch der strukturellen Ausgestaltung gut angenommen. Dies bestätigen die Frequenz der Teilnahme, die geringe Abbruchquote und die erhobenen Wirkungen.
- Rahmenbedingungen passen: Die Frequenz der Treffen alle zwei Wochen wurde von den Frauen gut angenommen. Die sechs Monate Gesamtdauer scheinen einen günstigen Zeitrahmen zu bilden: In dieser Zeit können die Ziele gut erreicht und die Frauen in die Lage versetzt werden, die Lernanregungen weiter zu verfolgen. Auch wenn die Teilnehmerinnen gerne länger in Betreuung wären, erscheint es im Sinne des Empowerment zielführender, ihre Selbstorganisation zu stärken, statt das Programm zu lange auszudehnen. Wichtig ist das Gratisangebot. Beispielsweise scheiterte die Teilnahme an einem Gruppenangebot mitunter an den Kosten für die Fahrscheine. Die freiwillige Teilnahme ist ebenso wenig in Frage zu stellen wie die fixen Einstiegstermine. Letztere sind aufgrund des aufbauenden Materials und der gruppendynamischen Prozesse notwendig.

Professionelles Know-How aus Vorprojekten

Die erfolgreiche Projektumsetzung hängt nach Einschätzung der Evaluation nicht nur mit dem Engagement und der Trainings- und Beratungskompetenz des beratungsgruppe.at-Teams, sondern insbesondere auch mit einschlägigen Vorerfahrungen mit der Zielgruppe aus dem Projekt HIPPY zusammen. Insbesondere was den interkulturellen Ansatz und die aufsuchende Methode betrifft, ist im Steuerungsteam langjährige Expertise vorhanden.

Zielorientiertes Krisenmanagement

Ein weiterer Erfolgsfaktor war, dass auftretende Probleme schnell und ohne die Zielerreichung zu gefährden, bewältigt wurden. Selbst die Neuorientierung und neu auszuverhandelnde Kooperation mit einem Schulungsträger für die Schulung¹⁶ verzö-

¹⁶ Um die Qualität der Schulung konzeptgemäß durchführen zu können, wurde seminar consult prohaska als neuer Kooperationspartner für die Schulung verpflichtet und die Verbindlichkeiten mit dem früheren Kooperationspartner aus inhaltlichen und organisatorischen Gründen aufgelöst.

gerte das Projekt in der Entwicklungsphase nicht. In der Praxisphase galt es, vereinzelte Ausfälle von Gesundheitstutorinnen zu ersetzen.

Engagement der Gesundheitstutorinnen trägt Programm, erfordert aber laufende Weiterbildung

Die befragten Gesundheitstutorinnen sind von der Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeit und des Programms sehr überzeugt. Diese Identifikation und Loyalität kann als optimale Umsetzungsbasis eingeschätzt werden. Den Gesundheitstutorinnen gelingt es, ihr methodisches Know-how in der Praxis weiterzuentwickeln, um die Inhalte adäquat zu vermitteln. Ein weiterer wichtiger Faktor ist ein ausgewogenes Nähe-Distanz Verhältnis zur Zielgruppe. Wie in allen sozialen Berufen braucht es auch in diesem Programm eine Abgrenzung, um sich nicht überfordernden psychischen Belastungen auszusetzen und die Rolle als Mittlerinnen wahren zu können. In ihrer Funktion kennen die Gesundheitstutorinnen Grundlagen und Fakten menschlicher Gesundheit, sollen sich aber mit Tipps und Ratschlägen zurückhalten. Bei akuten Problemlagen können sie Anlaufstellen und ExpertInnen nennen, aber nicht selbst direkt eingreifen. Für ihre wirksame Tätigkeit ist die laufende Begleitung und Weiterbildung durch das Steuerungsteam insbesondere anhand konkreter Fragen aus der Praxis notwendig.

gekona setzt Initiativen zur sozialen Integration

Bereits bei der Präsentation des Programms im Rahmen der Akquise und bei den Erstgesprächen stellten die Gesundheitstutorinnen fest, dass neben den direkt gesundheitsbezogenen Fragen für die Frauen soziale Aspekte im Vordergrund standen. Da die Zielgruppe über wenig Information zu sozialen oder kulturellen Möglichkeiten im Wohnumfeld oder in Wien verfügte, griff „Gesundheit kommt nachhause“ dieses Bedürfnis auf und bot neben den Gruppentreffen und Exkursionen mit den Gesundheitstutorinnen sozial-kulturelle Unternehmungen an. Dazu zählen etwa ein Besuch im Rathaus am internationalen Frauentag 2010, Museums- oder Bibliotheksbesuche. Zur leichteren Finanzierung kultureller Aktivitäten für die Frauen bemühte sich beratungsgruppe.at um die Genehmigung, einen Kulturpass für die Frauen, die über die entsprechenden Voraussetzungen verfügen, ausstellen zu können.

Das hohe Interesse der Zielgruppe an diesen sozialen und kulturellen Unternehmungen sollte - ebenso wie deren Wunsch Deutsch zu lernen und zu praktizieren - weiterhin und verstärkt im Sinne der Erhöhung der Chancengleichheit und gesellschaftlichen Teilhabe mit entsprechenden Angeboten berücksichtigt werden.

Das Gruppensetting fördert Bewusstseins-, Austausch- und Vernetzungsprozesse

Die Müttertreffen können in Anlehnung an die 2. Frauenbewegung als „Consciousness-Raising Groups“ verstanden werden. In diesen war die Erfahrung der gemeinsamen Problembetroffenheit zentral. Das Wissen, nicht allein oder gar selbst verschuldet mit Problemen konfrontiert zu sein, entlastet und eröffnet Lösungsstrategien. Die Schaffung solcher Vertrauensräume wie sie die häuslichen Müttertreffen, aber auch die Gruppentreffen ermöglichen, wird als sehr wirksam im Sinne der Sensibilisierung durch Reflexion und Austausch einerseits und als Basis für nachhaltige Implementierung von Vernetzungsstrukturen andererseits eingestuft.

Nachhaltigkeit ist gewährleistet

Aus Sicht der Evaluation konnte durch von Anfang an intensiv betriebene Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit eine Breitenwirkung des Projektes erzielt werden. Von beratungsgruppe.at wird aktiv an der Fortführung des Programms nach 2012 gearbeitet und potenzielle FördergeberInnen kontaktiert. Nachhaltigkeit ist aus dreierlei

Gründen gegeben: Zum einen wird das Projekt bereits fortgeführt und Interessenten für eine dritte Umsetzungsphase konnten bereits gefunden werden, zum zweiten liegt ein standardisiertes Modell für die Verbreitung vor. Zum dritten profitieren die beteiligten Mütter und insbesondere deren Kinder nachhaltig vom Programm.

Programm wirkt präventiv

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen ist nach eigenen Beschreibungen und Beobachtung der Gesundheitstutorinnen - wie gezeigt wurde - sensibilisierter und reflektierter geworden und hat ihr subjektives Verhalten, ihr Verhalten den Kindern gegenüber, ihre Konsumgewohnheiten und die Alltagsroutine gesundheitsfördernder gestaltet. Die Auswirkungen ihres Verhaltens und ihrer Lebensverhältnisse auf die Gesundheit sind ihnen bewusster geworden, Lernprozesse wurden angeregt. Diese Auswirkungen sind als präventiv sowohl auf Verhaltens- wie auch auf Verhältnisebene im Sinne der Verringerung von Gesundheitsrisiken zu verstehen.

gekona als Bildungs-, Gesundheits- und „Zugangprojekt“ mit spezifischem interkulturellem Know-How

Die Wirksamkeit beruht nach Einschätzung der Evaluation auf einer wertschätzenden und empathischen Grundhaltung, die jeder Frau eine Entwicklung und den Ausbau ihrer Ressourcen zutraut und ihr auf einer Ebene entgegenkommt, die sie direkt anspricht und dort abholt, wo sie steht. Das Projekt kann als „mutig“ bezeichnet werden, weil es keinen vermeintlichen kulturellen Erfordernissen und Rücksichtnahmen entsprechen will. Die Frauen - Gesundheitstutorinnen und Mütter - werden in ihrem selbständigen Frausein und damit der Erhöhung ihrer Chancengleichheit und gesellschaftlicher Teilhabe gestärkt und durchaus gefordert und nicht als benachteiligte Gruppe bemitleidet. Die Verbesserung der familiären und persönlichen Gesundheit, der Wunsch nach Eigenverantwortung und sozialer Einbindung scheinen - so zeigt zumindest die Umsetzung des Programms „Gesundheit kommt nachhause“ - nicht vordergründig kulturell determiniert zu sein, auch wenn der Zugang zu Wissen und die Aneignung von Kompetenzen, von Health Literacy, nur über ein kultursensibles und -bewusstes Setting erzielt werden kann. Diesbezügliches Know-How ist letztendlich der Schlüssel zum Erfolg und erfordert nicht zwangsläufig, dass die ProjektleiterInnen selbst migrantischen Hintergrund mitbringen, sondern die entsprechenden Rahmenbedingungen, Materialien und Prozesse für einen niederschweligen Zugang und aufsuchende Betreuung der Zielgruppe durch Paraprofessionals ermöglichen müssen. Letztendlich geht es um die Initiierung und Begleitung von Lernprozessen sowohl bei Gesundheitstutorinnen als auch bei den teilnehmenden Müttern.

gekona zeigt, dass die Förderung der Autonomie bei dieser Zielgruppe, der diesbezüglich häufig mangelnder Wille unterstellt wird und die sehr schwer erreichbar sind, möglich ist.

Anhang

Um Rezeptions- und Veränderungsprozesse der Teilnehmerinnen anschaulich zu vermitteln, wurden Fallbeispiele über den gesamten Betreuungsverlauf vom Steuerungsteam ausgewählt und dokumentiert. In der folgenden Auswahl von 16 Beispielen werden Bewusstseinsprozesse der Programmteilnehmerinnen anhand der originalen, von den Teilnehmerinnen selbst bei jedem Treffen ausgefüllten „Müttertreffen-Bögen“, dargelegt.

T = Mütter-Treffen

Familie: 6

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

- T2: Bewegung, Entwicklung des Kindes
- T3: Mundhygiene, Entwicklung des Kindes
- T4: Kindererziehung
- T5: Ernährung, Körperbewusstsein, Persönlichkeitsbildung, Bewegung
- T6: Bewegung / motorische Fähigkeit
- T8: Entspannung, Entwicklung des Kindes
- T9: Hygiene für die Zähne, Haut Reinigung
- T10: Über die Aufklärung der Sexualität. Weil meine Kinder sehr neugierig sind.
- T11: Was ich beim Hausübungen mit meinem Sohn machen soll, wie ich mit ihm lerne.

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Körperliche Gesundheit
- T3: Persönlichkeitsbildung
- T4: Entwicklung des Kindes, Lernen, Persönlichkeitsbildung
- T5: Persönlichkeitsbildung, Ernährung
- T6: Entwicklung des Gehirns
- T8: TV, weil meine Kinder sehr viel Fernsehen
- T9: Körperbewusstsein, Ernährung
- T10: Mehr über das bewusste Einkaufen. Körperliche Gesundheit
- T11: Beim lernen welche sportlichen Übungen kann ich mit ihm machen, und die Kommunikation mit meiner Tochter weil sie jetzt in den Pubertät ist.

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2: Den Kindern vorgelesen
- T3: Den Kindern vorgelesen
- T4: Den Kindern vorgelesen, nachgedacht, Übungen gemacht
- T5: Nachgedacht, den Kindern vorgelesen
- T6: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T8: Mehr mit den Kindern unternehmen und zusammen beschäftigen
- T9: Mit den Kindern darüber geredet, und nachgedacht
- T10: Ich habe die Geschichte meinen Kindern vorgelesen. Und wir haben auch im Internet geforscht.
- T11: Wir haben mit meiner Tochter im Internet nachgeforscht, und darüber gesprochen

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T2: Noch nicht viel
- T3: Noch nicht viel
- T4: Kommunikation mit den Kindern
- T5: Mehr Bewegung, Ernährung
- T6: Körperbewusstsein
- T8: Es ist mir bewusst geworden, das ich mit den Kindern gut umgehe und richtig mache.
- T9: Entwicklung des Kindes besserer Kontakt mit den Kindern
- T10: Ich gehe bewusster einkaufen, überlege es mir gut dass ich gesunde Sachen kaufe.
- T11: Beim einkaufen passe ich mehr auf das ich gesunde Sachen kaufe. Das wir in der Familie mehr zusammen sind und über unsere Probleme reden können.

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Ich möchte mich mehr bewegen
- T3: Das Sie mehr Zeit mit den Großeltern verbringen
- T4: Essgewohnheiten, Körperbewusstsein
- T5: Weniger Fernsehen
- T6: Persönlichkeitsbildung
- T8: Mehr Bewegung machen in der Familie und die Essgewohnheit ändern.
- T9: Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“
- T10: Mehr sozial sein, mehr mit der Familie unternehmen.
- T11: Mehr mit meinen Kindern an die frische Luft mit ihnen mehr unternehmen. Und mehr mit meiner Tochter über die Aufklärung reden. Und beim lernen meinen Sohn nicht mehr soviel Druck machen.

Familie: 17

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

- T2: Integration, Konflikte, soziale Bildung, Entwicklung im Allgemeinen
- T3: Entwicklung des Kindes Persönlichkeitsbildung, Weil mein Kind das Zuhören lernen muss und man ihr Grenzen zeigen muss.
- T4: Die Nähe zum Kind, die Neugierde, Gefühle
- T5: Körperbewusstsein, Entwicklung des Gehirns, Persönlichkeitsbildung
- T6: Gefühle, Emotionale Entwicklung, Wohlfühlen
- T7: Lebensraumgestaltung, Kommunikationsbildung
- T8: Vorsicht, Zuhören, Ruhe Gelassenheit, Wärme, Liebe
- T9: Frühkindliche Bindung / Konsumverhalten, Einkaufsverhalten
- T10: Aufklärung über Sexualität, Frühkindliche Entwicklung, Interesse dem anderen Geschlecht gegenüber, Interesse der Schwangerschaft (woher die Babys kommen)
- T11: Das Kind dazu überreden oder dazu bewegen, das lernen Spaß macht und wichtig für das Leben ist.

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Über die gesunde Entwicklung des Kindes, Bekämpfung der Aggressivität, Lernen, Lösung der Konflikte
- T3: Bekämpfung der Aggressivität, Kommunikation mit dem Kind, Soziale Bildung des Kindes.
- T4: Gesundheit
- T5: Entwicklung des Gehirns, Psychische Gesundheit

- T6: Entwicklung des Kindes, Lebensraumgestaltung, Verhaltensauffälligkeiten
- T7: Persönlichkeitsbildung, Aggressivität
- T8: Gefühle, Kommunikation, Zuwendung
- T9: Essverhalten, Haushaltshygiene, Unfallschutz
- T10: Richtige Aufklärung über Sexualität – Schwangerschaft, Körperentwicklung, Geschlechtsreife
- T11: Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“, Entwicklung des Gehirns - Lebensfreude, Stress, Leistungsdruck

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2: Vorlesen der Geschichten, Besprechungen über die allgemeine Gesundheit
- T3: Lesen der Infoblätter, Reden und Vorlesung
- T4: Nachdenken, lesen
- T5-8: Vorlesen, Besprechungen
- T9: Vorführung des ungesunden Essens, Vorlesungen, Besprechungen
- T10: Vorlesung, Information mit anderen Müttern über ihre Erfahrung der eigenen Kinder über das Interesse dem anderen Geschlecht gegenüber, richtige Aufklärung der Sexualität
- T11: Vorlesung der Geschichte, Unterhaltung mit anderen Müttern über ihre Erfahrung mit den eigenen Kindern über das Lernen über die Leistung

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T2: Verbesserung der Kommunikation, Einstellung der Aggressivität, Erfahrung für die Entwicklung des Kindes
- T3: Die Zuwendung dem Kind gegenüber, Einstellung zum Leben, Lebensraumgestaltung
- T4: Mehr Kommunikation der Kinder im Haushalt
- T5: Rollenbilder, Umgang mit den Kindern, Essgewohnheiten
- T6: Leistungsdruck
- T7: Rollenbilder, Kommunikation
- T8: Mehr Zuneigung gegenüber, Gewohnheiten wie TV/PC – und zuhören
- T9: Körperhygiene, Zahn- Mundhygiene nach dem Essen, Umgang mit Medikamenten
- T10: Kommunikation zwischen Kind und Mama, Zusammenleben mit Geschwistern
- T11: Kommunikation, Zuwendung

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Persönlichkeitsbildung des Kindes, Entwicklung des Gehirns, Einstellung zum Leben
- T3: Die Rollenbildung Kind und Mama, Persönlichkeitsbildung, soziale Sicherheit
- T4: Kommunikation der Kinder der Familie gegenüber
- T5: Aggressivitätsbekämpfung, Verhaltensauffälligkeiten
- T6: Entspannung, Rollenbilder, Konflikte lösen, Unfallschutz
- T7: Verhaltensweise, Gefühle, Emotionalität
- T8: Bekämpfung der Sturheit des Kindes
- T9: Konsumverhalten, Umgang vom Kind zu den Eltern, Einkaufsverhalten
- T10: Verhalten und Aggressivitätsbekämpfung, Ernährungseigenschaften
- T11: Umgang mit nicht Wohlfühlen über die Leistung in der Schule und Kommunikation den Freunden gegenüber.

Familie: 22**Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?**

- T2: Entwicklung des Kindes
- T3: Rollenbilder – Entwicklung des Gehirns / Lernen
- T4: Ernährung, Soziales
- T5: Essgewohnheit, Bewegung, motorische Fähigkeiten
- T6: Bewegung / Gefühle / Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen
- T8: Entspannung, Entwicklung des Kindes
- T9: Zahn und Mundhygiene – Körperhygiene – Essgewohnheit, Eifersucht
- T10: Entwicklung des Kindes – Weil meine Tochter auch verliebt war / Gefühle / Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen
- T11: Entwicklung des Kindes / Gefühle / Emotional Entwicklung / Wohlfühlen / Entwicklung des Gehirns / lernen

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Entwicklung des Kindes
- T3: Gefühle / Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen, Persönlichkeitsbildung
- T4: Entwicklung des Kindes
- T5: Gefühle / Emotionale / Wohlfühlen
- T6: Persönlichkeitsbildung
- T8: TV-PC Gewohnheiten. Meine Tochter viel Fernsehen gesehen. Ernährung / Erste Hilfe
- T9: Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“ / Unfallschutz / 1. Hilfe, Essgewohnheiten
Frühkindliche Bindung / Beziehung / Sexualaufklärung und Moral
- T10: Entspannung, Kommunikation beim lernen / Gefühle
- T11: Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2: Den Kindern vorgelesen
- T3: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T4: Den Kindern vorlesen
- T5: Geschichten und Infoblätter
- T6: Integration / Konflikte
- T8: Geschichten und Infoblätter
- T9: Mit den Kindern darüber geredet und nachgedacht
- T10: Die Geschichten meinen Kinder vorgelesen und im Internet nach geschaut.
- T11: Konzentration / Kommunikation / Zuwendung / Soziales
Spielen / Lebensfreude / Lachen

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T3: Meine Familie braucht noch Zeit, ... das was verändert kann...
- T4: Kommunikation mit den Kindern
- T5: TV/PC - Gewohnheiten
- T6: Lebensraumgestaltung
- T8: Haushalt – Es ist mein (I)ernst geworden
- T9: Bewusster einkaufen
- T10: Ich gehe bewusster einkaufen / und kaufe was ich brauche
- T11: Jetzt noch nicht

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Ich werde mich mehr bewegen
- T3: Ich werde mehr Ordnung haben, regelmäßig zum Zahnarzt gehen. Schlaf und Träume.
- T4: Essgewohnheit, Körperbewusstsein
- T5: Mehr Bewegung / Essgewohnheiten
- T6: Persönlichkeitsbildung
- T8: Lebensraumgestaltung
- T9: Mehr Bewegung / motorische Fähigkeiten
- T10: Mehr mit den Kindern beschäftigen
- T11: Was ich gelesen habe werde ich beim lernen mit Kinder wird ich nicht mehr Druck machen.

Familie: 24

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

- T2: Integration, Aggressivität, Entwicklung im Allgemeinen
- T3: Rollenbildung, Aggressivitätsbildung, Kommunikation, Zuwendung. Mein T Kind ist aggressiv, sie ist sehr Rechthaberisch. Rollentausch. Sie bestimmt alles.
- T4: Kommunikation
- T5: Aggressivitätsbekämpfung, Verhaltensauffälligkeiten, Essgewohnheiten, Rollenbilder
- T6: Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“, Entspannung, Stress
- T7: Rollenbilder, Sexualität, Persönlichkeitsbildung, Umgang mit dem Wohlfühlen
- T8: TV-PC Gewohnheiten, Entspannung, Wohlfühlen
- T9: Konsumverhalten, Einkaufen, Körperbewusstsein
- T10: Entwicklung des Gehirns / Lernen / meine Tochter ist sehr schwierig
- T11: Emotionale Entwicklung, Wohlfühlen, Entspannung, Stress, Leistungsdruck

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Entwicklung des Kindes, Persönlichkeitsbildung, Einstellung zum Leben
- T3: Kommunikation, Persönlichkeitsbildung, Aggressivitätsbekämpfung, Zuwendung
- T4: Gesundheit, Babynahrung, Entwicklung des Gehirns, Essstörungen, Gefühle & Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen.
- T5: Rollenbilder, Umgang mit den Kindern, Entwicklung des Gehirns
- T6: Lebensraumgestaltung, Körperbewusstsein, Entspannung
- T7: Emotionale Entwicklung, Wohlfühlen, Kommunikation, Zuwendung, Stress, Leistungsdruck
- T8: Frühkindliche Bindung, Entspannung
- T9: Umgang mit Medikamente, Körperbewusstsein, Essgewohnheit
- T10: Entwicklung des Kindes
- T11: Spaß machen dazu bewegen das, dass Lernen wichtig ist, aber auch wie ohne Druck gelernt wird, Lebensfreude

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2: Vorlesen der Geschichte, Besprechung über die allgemeine Einstellung des Lebens
- T3: Besprechung über das Thema Gesundheit, Lesen der Infoblätter
- T4: Nachdenken, lesen
- T5: Vorlesen, Besprechen
- T6: Vorlesungen, Besprechungen

- T7: Vorlesen der Geschichten, Übungen, Unterhaltung
- T8: Erste Hilfe + Schutz, Aggressivität, Leistungsdruck
- T9: Gefühle, Körperhygiene
- T10: Entwicklung des Kindes
- T11: Sprechen mit anderen Eltern, Müttern über die eigene Erfahrung mit ihren Kindern und schulischen Leistungen

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T2: Lösung des Konfliktes, mehr Kommunikation mit den Kindern
- T3: Zuwendung der Kinder den Eltern gegenüber.
- T4: Bewusstheit über die Gesundheit, Entwicklung der Kinder
- T5: Essgewohnheiten
- T6: Integration, Konflikte
- T7: Kommunikation, Zuwendung
- T8: Stress, Leistungsdruck, Rollenbilder
- T9: Kommunikation, Bewegung / motorische Fähigkeiten
- T11: Leichte Entwicklung und/oder bessere Kommunikation, Gefühle, Soziales

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Mehr über die Persönlichkeitsbildung, Einstellung des Lebens, Verbesserung im Lösen des Konfliktes
- T3: Möchte gerne über die Erziehung und Rollentausch des Kindes und der Mama erfahren, über die Aggressivitätsbekämpfung, Lebensraumgestaltung
- T4: Zuneigung der Kinder und Eltern mehr Zuwendung den Kindern gegenüber.
- T5: Aggressivitätsbekämpfung, Rollenbilder
- T6: Persönlichkeitsbildung, Körperbewusstsein
- T7: Entwicklung der Persönlichkeitsbildung, Körperliches Wohlfühlen, Ernährung, Entwicklung des Gehirns, Verhalten
- T8: Entwicklung Gehirns / Lernen
- T9: Einkaufen, Lebensraumgestalten
- T10: Ernährung
- T11: Rhythmus, Gesundheitsbewusstsein, Bewegung, richtige Ernährung

Familie: 26

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

- T2: Gefühle / Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen
- T3: Persönlichkeitsbildung
- T4: Ernährung / Sexualaufklärung / Moral
- T5: Ergenlik Cocuklavimdan dolay (Pubertät wegen meiner Kinder)
- T6: Entwicklung des Kindes
- T7: Rollenbilder
- T8: Ich habe 4 Kinder. Wir brauchen körperlichen Kontakt
- T9: Ich habe 4 Kinder. Ich habe Konflikte. Die sind sehr eifersüchtig.
- T10: Mein Sohn ist verliebt in der Schule. Sexualaufklärung, Moral
- T11: Ich habe 2 söhne beim lernen die sind und ruhig (unruhig)

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Spielen / Lebensfreude / Lachen
- T3: Integration – Konflikte - Aggressivität
- T4: Sexualaufklärung / Moral
- T5: Essstörungen
- T6: Körperliche Gesundheit
- T7: Soziale Gesundheit
- T8: Unfallschutz / Erste Hilfe
- T9: Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“
- T10: Sexualaufklärung, Moral
- T11: Konstruktive Kommunikation beim lernen

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2-10: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T11: Geschichten und Infoblätter gelesen, den Kindern vorgelesen

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T2: Dass die Menschen positiv sind
- T3: Ich fühle mich wohl
- T4: Ich werde mehr offen sein.
- T5: Stress / Leistungsdruck
- T6: Entwicklung
- T7: Ernährung
- T8: Mit meinen Kindern mehr Zeit haben. Ich empfehle weiter.
- T9: Essgewohnheiten
- T10: Ich versuche meine Nachbarin bewusster zu machen

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Ich werde Trauer vermeiden
- T3: Mit der Familie lustige Zeiten verbringen
- T4: Ich will für meine Kinder mehr Zeit haben
- T5: Ernährung
- T6: Stress / Leistungsdruck
- T7: Kommunikation / Zuwendung
- T8: Ich werde mir mehr Mühe geben, das ich meine Tochter verstehen werde.
- T9: Kommunikation / Zuwendung / Soziales
- T10: Ich werde meine Kinder mehr Zuhören

Familie: 30**Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?**

- T2: Entwicklung des Kindes
- T3: Rollenbilder, Zahn- und Mundhygiene
- T4: Soziales, Entwicklung des Kindes
- T5: Essgewohnheiten, Bewegung
- T6: Bewegung / motorische Fähigkeit
- T7: Entwicklung des Kindes

- T8: Entwicklung des Kindes, Entspannung
- T9: Integration, Konflikte, Aggressivität
- T10: Sexualität für mein Kindern zu früh, Ich möchte näher lernen
- T11: Entwicklung des Kindes

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Entwicklung des Kindes
- T3: Gefühle, Konflikte, Wohlfühlen, Persönlichkeitsbildung, Aggressivität
- T4: Essgewohnheiten, Ernährung
- T5: Ernährung
- T6: Entwicklung des Gehirns, Lernen
- T7: Schlaf und Träume
- T8: TV, PC Gewohnheiten meine Kinder sehr viel, (möchte ich) aber kontrollieren
- T9: Essgewohnheit, Ernährung
- T10: Körperbewusstsein wann welche / Emotionale Entwicklung
- T11: Körper und Körperfunktionen Thema will ich lernen für mein Kinder

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2-3: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T4: Rollenbilder, den Kindern vorgelesen
- T5: Den Kindern vorgelesen und nachgedacht
- T6: Zusammenleben und Persönlichkeitsbildung
- T7: Geschichten und Infoblätter gelesen, im Internet nachgeschlagen
- T8: Lebensraumgestaltung, Zusammenleben alle Familie mitmachen
- T9: Ich bin mit meinem Kind einkaufen gehen und ich war sehr ruhig.
- T10: Gesunde Ernährung gemeinsam machen und viel Obst, Gemüse gegessen
- T11: Spielen / Lebensfreude / Lachen mit Familie, Programme machen

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T3: Meine Familie braucht noch Zeit – das was verändern kann
- T4: Essgewohnheiten
- T5: Persönlichkeitsbildung
- T6: Umgang mit Medikamenten will viel lernen
- T8: Es ist mir bewusst geworden das mein Kinder gut gemacht und richtig aufpassen
- T9: Bewusst einkaufen
- T10: Ich warte, langsam gehen... aber nicht schnell
- T11: Noch nicht arbeiten machen.... (ich arbeite noch nicht)
Ich musst denken....

Was wollen Sie noch verändern?

- T3: Ich werde mehr Ordnung haben... z.B. zum Arzt gehen
- T4: Entwicklung des Kindes
- T5: Ich will noch wissen über Kinder und Familie
- T6: Ich wollte noch mehr wissen...
- T7: Stress, Körperbewusstsein
- T8: Mehr lernen genau machen und richtig (auf)passen
- T9: Essgewohnheit mit Familie

- T10: Ich wolle (zu) richtige Zeit alles lernen und machen
T11: Entspannung, Stress, Leistungsdruck...
Ich werde alles richtig machen

Familie: 33

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

- T2: Kommunikation, Zuwendung, Soziales
T3: Zahn und Mundhygiene, Gefühle, Entwicklung des Kindes
T4: Entwicklung
T5: Ernährung, Essgewohnheiten, TV/PC-Gewohnheiten
T7: Integration, Konflikte, Kommunikation
T8: Stress / Leistungsdruck
T9: Konsumverhalten / Einkaufen / Haushaltshygiene
T10: Kommunikation / Zuwendung / Soziales
T11: Integration / Konflikte / Aggressivität Rhythmus

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Lebensfreude / Spielen / Lachen / Bewegung
T3: Körper und Körperfunktionen, Wohlfühlen
T3: Gesundheitliche Erziehung!
T5: Konsumverhalten / Einkaufen
T7: Integration, Kommunikation
T8: Stress / Psychische Gesundheit
T9: soziale Gesundheit
T10: Psychische, soziale Gesundheit
T11: Körperliche Gesundheit

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2: Den Kindern vorgelesen, nachgedacht, Geschichten und Infoblätter gelesen
T3: Geschichten und Infoblätter gelesen, den Kindern vorgelesen
T4: Infoblätter gelesen, Übungen gemacht
T5: Geschichten und Infoblätter
T7: Geschichten und Infoblätter gelesen
T8: nachgedacht
T9-10: Geschichten und Infoblätter gelesen
T11: Geschichten und Infoblätter gelesen, nachgedacht

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T2: Ich habe mein Sohn in Basketball Kurs angemeldet
T3: Ich achte auf Schlafzeiten von meinen Kindern. Regelmäßig bringe ich die Kinder zur Zahnarztkontrolle
T4: Meine Kinder gehen besser um miteinander.
T5: Essgewohnheit meine Familie
T8: Ich gehe regelmäßig spazieren
T10: Ich begann einen Kurs in deutscher Sprache.
T11: Ich fülle mich besser weil ich mehr zeit für mich genommen habe

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Ich will noch aktiv und sozial sein
- T3: Über die Gesundheit von Kinder will ich mich noch mehr informieren lassen.
- T4: Ernährung von Kindern!
- T5: PC-Spiele usw.
- T7: Ich habe ein Deutsch Kurs und ich will jetzt arbeiten.
- T8: Mich selbst!
- T9: Ich will mich weiterbilden über dieses Thema

Familie: 43**Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?**

- T2: TV/PC-Gewohnheiten / Integration / Konflikte / Aggressivität
Meine Kinder streiten miteinander andauernd
- T3: Zahnhygiene
- T4: Ernährung, Körperbewusstsein
- T5: Ernährung, Essgewohnheiten, Essstörungen
- T6: Integration, Aggressivität
- T7: Essgewohnheiten, Körperbewusstsein
- T8: Rollenbilder, Lebensraumgestaltung, Zusammenleben
- T9: Körperbewusstsein, Konsumverhalten, Essgewohnheiten, Einkaufen
- T10: Gefühle / Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Pubertät
- T3: Zöliakie, Psyche von Kindern
- T4: Persönlichkeitsbildung
- T5: Ernährung
- T6: Konflikte, Aggressivität, Persönlichkeitsbildung und Gesundheit
- T7: Körperliche Gesundheit
- T8: Soziale Gesundheit
- T9: Ernährung
- T10: Psychische Gesundheit

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T3: Kinder vorgelesen, gesprochen, Internet
- T4: Kindern vorgelesen, nachgedacht
- T5: Geschichten und Infoblätter gelesen, im Internet nachgeschlagen
- T6: Nachgedacht, im Internet nachgeschlagen
- T7: im Internet nachgeschlagen
- T8: Im Internet nachgeschlagen, Infoblätter gelesen
- T9: Geschichten m. Infoblättern
- T10: Geschichten und Infoblätter gelesen, den Kindern vorgelesen

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T3: Mehr Aktivitäten mit meinen Kindern
- T4: Gefühle, Zuwendung

- T5: Ich muss immer aufpassen wegen meine Tochter bei 2 Themen: Essstörungen, Essgewohnheiten
- T6: Momentan verstehen wir uns besser
- T7: Wegen meine Tochter ich muss immer Essgewohnheit aufpassen. Ich aufpasse jetzt mehr
- T8: Ich verbringe mehr Zeit mit meinen Kindern
- T9: Bewusste Ernährung, Bewusstes Einkaufen
- T10: Ich habe meinen Sohn für Tennis eingeschrieben.

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Streiterei mit Kindern, Konzentrationsentwicklung
- T3: Mein Bewusstsein über Kinderpsychologie
- T4: Viel !!!
- T6: Konflikte und Aggressivität

Familie: 44

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

- T2: Kommunikation, Zuwendung, Soziales, Körperhygiene
- T3: Lebensraumgestaltung, Zusammenleben
- T4: Sexualität, weil meine ältere Tochter viel nachfragt
- T5: Ernährung, Essgewohnheiten, Essstörungen
- T6: Integration, Konflikte u. Wohlfühlen
- T7: Gefühle, Wohlfühlen, Kommunikation
- T8: Zusammenleben, Stress / Leistungsdruck
- T9: Gefühle, Ernährung, Lebensraumgestaltung
- T10: Kommunikation
- T11: Integration / Konflikte / Aggressivität
Kommunikation Soziales

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Soziale Gesundheit
- T3: Kommunikation, Zuwendung, Soziales
- T4: Pubertät
- T5: Essstörungen
- T6: Persönlichkeitsbildung
- T7: Soziale Gesundheit
- T8: Entwicklung des Kindes
- T9: Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“
- T10: Sexualität der Kinder
- T11: soziale Gesundheit

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2-3: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T4: Verschiedene Übungen gemacht
- T5: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T6: Wir haben mit meinen Freundinnen mehr Sport betrieben und uns über Konflikte unterhalten.
- T7: Geschichten und Infoblätter gelesen, den Kindern vorgelesen

- T8: Nachgedacht, Infoblätter
Man weißt viele Thema im gekona aber hilft zusammen setzen (Mutterrunde) und Idee austauschen.
- T9: Geschichten und Infoblätter gelesen, den Kindern vorgelesen
- T10: Verschiedene Übungen wurden gemacht
- T11: Infoblätter gelesen und nachgedacht

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T3: Wir reden mehr mit meinem Mann über Familien Probleme
- T4: Unternehmen sehr viel in der Freizeit
- T5: Ich wäre vorsichtig beim Einkaufen
- T6: Ich pass mehr auf beim Einkaufen, das ich gesunde Sachen einkaufe.
- T10: Wir kommunizieren in der Familie viel mehr
- T11: Mehr Kommunikation mit Kinder und Familie – ich bin geduldiger

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Ich möchte Selbstvertrauen meine Tochter in der Schule stärken
- T3: Ich möchte mehr achten auf familiäre Beziehungen
- T4: Die Beziehung zu meinen Kindern
- T5: Essgewohnheiten
- T6: Ich könnte mich besser integrieren

Familie: 56

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

- T2: Gesundheit
- T3: Zahnhygiene
- T4: Kindererziehung
- T5: Gesundheit
- T6: Integration / Konflikte / Aggressivität
- T7: Psychologie
- T8-9: Gesundheit
- T10: Soziale Gesundheit
- T11: Körperliche Gesundheit

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Psychische Gesundheit, Körperliche Gesundheit
- T3-4: Körperliche Gesundheit
- T5: Gesundheit
- T6: Körperliche Gesundheit
- T7: Sexualität Kinder
- T9: Körperliche Gesundheit
- T10: Psychische Gesundheit
- T11: Familienbeziehungen

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2: Den Kindern vorgelesen, Infoblätter gelesen
- T3-4: Den Kindern vorgelesen

- T5: Im Internet nachgeschlagen
- T6: Infoblätter gelesen, den Kindern vorgelesen, nachgedacht
- T7: Infoblätter
- T8: Geschichten und Infoblätter
- T9: Gespräche
- T10-11: Übungen gemacht

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T2: Mehr Gespräche in der Familie
- T3: Wir sprechen über diese Themen
- T4: Offene Gespräche
- T5: Mehr Gespräche
- T6: Bessere Kontakt mit meinen Kindern
- T7: Gespräche
- T8: Wir sprechen mehr
- T9: Wir führen mehr Gespräche
- T10: Den Kindern vorgelesen
- T11: Wir treffen uns öfter

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Mich noch mehr informieren über Gesundheit und umsetzen.
- T3: Alltägliches Familienleben
- T4: Mehr Gespräche mit den Kindern
- T5: Mehr Bewegung Sport auf die Gesundheit achten
- T6: Noch viel lernen und sozialer sein
- T7: Mehr lesen
- T9: Mehr Bewegung machen
- T10: Mehr den Kindern vorlesen
- T11: Mehr Gespräche führen

Familie: 57

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

- T2: Entwicklung des Kindes
- T3: Zum schlafen bringen
- T4: Entwicklung des Kindes
- T5: TV/PC-Gewohnheiten, Verhaltensauffälligkeiten / Sucht
- T6: Beziehung
- T7: Körperbewusstsein, Rollenbilder
- T8: Bewegung, motorische Fähigkeiten
- T9: Zusammenleben, Körperbewusstsein, Gefühle
- T10: Frühkindliche Bindung / Beziehung / Rollenbilder
- T11: Impfungen / Vorsorgeuntersuchung, Körperbewusstsein

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Kommunikation / Zuwendung / Soziales
- T3: Wie ich mein Kind zum schlafen bringen kann

- T4: Gefühle / Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen
- T5: Suchtverhalten
- T6: Persönlichkeitsbildung
- T7: Soziale Gesundheit
- T8: Gefühle, Entwicklung, Wohlfühlen
- T9: Lebensraumgestaltung, Zusammenleben
- T10: Psychische Gesundheit
- T11: Körperliche Gesundheit

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2: Beziehung / Familie / Freunde
- T3: Sehr viel nachgedacht
- T4: Nachgedacht!!!
- T5: Geschichten und Infoblätter gelesen, sich Gedanken zu Thema gemacht
- T6: Spielen, Lebensfreude, Lachen
- T7: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T8: Frühkindliche Bindung / Beziehung
- T9: Entwicklung des Kindes
- T10: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T11: Geschichten und Infoblätter gelesen

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T2: Nicht vieles!
- T3: Wir reden viel mehr
- T4: nichts
- T5: Ich versuche mehr mit meinen Kindern zu spielen statt fernzusehen!
- T6: Zuwendung, Soziales
- T7: Ich habe erstes Mal nach langer Zeit checkup [beim Arzt, Vorsorgeuntersuchung] gemacht
- T8: Persönlichkeitsbildung
- T9: Nicht viel
- T10: Ich fühle mich besser, weil ich jetzt arbeitstätig

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Vieles soll sich ändern!!!
- T3: Gesundheit über die Kinder mehr wissen!!
- T4: Das mein Kind ruhiger wird!!!
- T5: Weg von PC & PC-Spielen, mehr körperliche Aktivitäten unternehmen
- T6: Ernährung
- T8: Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“
- T9: Einkaufen, Bewegung
- T10: Ich möchte, dass mein Mann seine Spielsucht bekämpft

Familie: 63

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

- T2: Frühkindliche Bindung / Beziehung
- T3: Zahn und Mundhygiene

- T4: Babynahrung, stillen
- T5: Stress / Erfolgsdruck = weil das heutzutage nicht wegzudenken ist im Leben.
- T6: Ernährung, Ernährungsgewohnheiten
- T7: Die Kinderentwicklung
- T8: Hygiene in der Wohnung
- T9: Sexualitätserklärung / Moral
- T10: Impfungen / Vorsorgeuntersuchungen

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Entwicklung des Kindes
- T3: Unfallschutz / 1. Hilfe
- T4: Wie kann ich gute Kontakte haben mit meine neu geborene Baby
- T5: Stress
- T6: Um sich gesund ernähren zu können, muss man zuerst wissen wie wichtig Gesundheit ist. Ich möchte vieles über Gesundheit wissen.
- T7: Wie soll ich mich bei der Kinderentwicklung verhalten. Wie sollen meine Beziehungen dabei sein.
- T8: Was sollen wir bei der Hygiene tun? ☺
- T9: Wie können wir unseren Kindern über Sexualität erzählen.
- T10: Wie kann ich mich gegen Krankheiten am besten beschützen. Darüber will ich mehr wissen.

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2: Die Geschichte Sani tanzt den Kindern vorgelesen
- T3: Sani schläft gelesen zum Teil Infoblatt gelesen
- T4: Geschichten und Infoblätter gelesen, ich habe bemerkt, dass die Kinder sehr neugierig sind und dass sie sehr unterschiedliche verschiedene Gedanken haben.
- T5: Ich habe das Sani Büchlein gelesen. Ich habe durch die Broschüre sehr erfolgreiche, gute Information erhalten.
- T6: Ich habe das Büchlein gelesen, es war ganz gut.
- T7: Ich habe das Büchlein samt Angaben gelesen, es war sehr interessant.
- T8: Ich habe das Büchlein samt Angaben gelesen, es hat mir sehr gut gefallen.
- T9: Ich habe das Büchlein gelesen, es war sehr gut. Durch dieses Buch habe ich viele Kenntnisse erworben.
- T10: Ich habe das Buch gelesen. Ich habe andere und sehr verschiedene Kenntnisse erworben.

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T4: Ich habe mir vorgenommen die Gedanken von meinen Kindern gemeinsam zu bedenken.
- T5: Ich verwirkliche meine tägliche Planungen um nicht in Stress zu geraten. Dadurch habe ich bemerkt, dass ich meine Aufgaben ordentlicher mache.
- T6: Durch interessieren unserer Gesundheit. Gewohnheit und uns selber, können wir in unserer Familie Schritt für Schritt gesundheitlicher, sportliche rund lustiger unserer Zukunft gestalten. ☺
- T7: Ich habe begriffen. Wir haben unsere Kinder nicht gut erzogen. Nachdem ich dieses Buch gelesen habe, ist mir aufgefallen, dass ich sehr viele Fehler gemacht habe.
- T9: Mit unseren Kindern über solche speziellen Themen zu reden ist sehr wichtig. Zuhause hat sich sehr vieles verändert.
- T10: Gesundheit ist das Ziel der Unterstützung. Bietet eine körperliche und geistige Erfischung für alle Menschen. Gesundheit ist eine Ganzheit. Ich erzählte meiner Familie und meiner Bekannten, worüber ich gelesen habe. Es war eine Veränderung zu sehen.

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Ich möchte mich verändern und möchte meinen Kindern Vorbild sein.
- T3: Ich möchte mich weiter bilden und lesen
- T4: Mich selbst. Nach den Geschichten bis heute glaube ich das ich keine gute Mutter war.
- T6: Produktivität ist in allen Situationen sehr wichtig. Durch verändern unserer Fehler haben wir ein neues Leben angefangen. Das war ein sehr gute Veränderung.
- T8: Ich habe bemerkt, dass Sauberkeit sehr wichtig und gesundheitsförderlich ist. Ich habe berücksichtigt, dass Wohnungsreinigung im Vordergrund steht.

Familie: 64**Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?**

- T2: Kindererziehung und Beziehung
- T4: Entwicklung des Gehirns / Lernen
- T5: Verhaltensauffälligkeiten
- T6: Spielen / Lebensfreude / Lachen
- T7: Kommunikation / Zuwendung / Soziales
- T8: Bewegung / motorische Fähigkeiten
- T9: Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“
- T10: Entwicklung des Gehirns / Lernen

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Gesundheit und Wohlfühlen
- T4: Entwicklung des Gehirns / Lernen
- T5: Unfallschutz / 1. Hilfe
- T6: Stress Leistungsdruck
- T8: Essstörung
- T9: Schlaf und Träume
- T10: Körperhygiene

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2: Die Geschichten habe ich vorgelesen. Sani 1 fanden die Kinder lustig
- T4-10: Geschichten und Infoblätter gelesen

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T2: Sie liest den Kindern vor dem Schlafen gehen Bücher vor. Die Kinder sind begeistert von der Mutter
- T5: Ich habe eingesehen das ich und mein Kind zum Psychologen gehen muss.
- T6: Mehr auf die Ernährung achten
- T7: Gefühle / Wohlfühlen

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Die Mutter wird versuchen die 3 Kinder weniger anzuschreien
- T4: Besser zuhören was die Kinder fragen und gut aufklären.
- T7: Mein Mann in der Familienaufteilung miteintragen.
- T8: Statt mehr zu Putzen mehr mit den Kindern zu Spielen.
- T9: Auf die Gefühle achten und die Gefühle meiner Kinder zu achten.

T10: Mein Kind ist fast in der Pubertät. Familiäre Probleme und Alltagsstress werde ich versuchen nicht meinen Kind zu zeigen.

Familie: 91

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

- T2: Bewegung, Entwicklung des Kindes
- T3: Entwicklung des Gehirn
Entwicklung des Kindes
- T4: Bewegung, soziales
- T5: Kommunikation / Zuwendung / Soziales
- T6: Integration / Konflikte / Aggressivität
- T7: Essgewohnheiten
- T8: Ganze Thema
- T9: Essstörungen
- T10: Frühkindliche Bindung / Beziehung
- T11: Entwicklung des Gehirns/Lernen, Impfungen/Vorsorgeuntersuchung (Das sind wichtig für mich)

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Psychische Gesundheit
- T3: Entwicklung des Kindes, Psychische Gesundheit
- T4: Ich möchte mehr Beispiele haben.
- T5: Essstörungen, soziales Persönlichkeitsbildung
- T6: Stress
- T7: Essgewohnheiten
- T8: Unfallschutz / 1. Hilfe
- T9: Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“ / Umgang mit Medikamenten, Unfallschutz, Erste Hilfe
- T10: Persönlichkeitsbildung
- T11: Entwicklung des Kindes

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2: Im Internet nachgeschlagen, Geschichten und Infoblätter gelesen
- T3-4: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T5: Geschichten und Infoblätter gelesen, den Kindern vorgelesen, nachgedacht, Übungen gemacht
- T6: Geschichten und Infoblätter gelesen, nachgedacht
- T7: Geschichten und Infoblätter gelesen, Übungen gemacht.
- T8: Geschichten und Infoblätter gelesen, nachgedacht
„gekona“ hat mich sehr interessiert. Jede Thema betrifft mit mir. Deshalb kann ich nicht die bestimmte Thema schreiben.
- T9: Geschichten und Infoblätter gelesen, nachgedacht, Übungen gemacht
- T10-11: Geschichten und Infoblätter gelesen, Übungen gemacht

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T2: Ich bewege jetzt mehr
- T3: nichts
- T4: Essgewohnheit verändert

- T5: Frühkindliche Bindung/Beziehung: das hat mir vieles erklärt. Jetzt nehme ich mehr Arm meine Kinder, früher war immer beschäftigt aber jetzt weiß ich wie viel wichtig ist das.
- T9: Rollenbilder
- T10: Konsumverhalten / Einkaufen

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Ich möchte mehr aktiv sein
- T3: Ich will mehr aktiv sein
- T4: Ich möchte mehr gesundes Essen und Bewegung
Das interessiert mich ganz genau weil ich möchte paar Kilo verlieren werde ich sicher noch gesunde nach dem Blätter gelesen habt denke ich 2 mal was ich mein Mund stecken für meine Kinder habe ich mehr Sorgen jetzt.
- T5: Persönlichkeit: weil jetzt weiß ich – ich bin Rollenbild für mein Kinder.
- T6: Geduld
- T7: Ich möchte meine Kinder mehr Selbstvertrauen haben.
- T9-10: Konsumverhalten / Einkaufen
- T11: Integration / Zuwendung / Aggressivität

Familie: 96

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

- T2: Bewegung, Entwicklung des Kindes
- T3: Mundhygiene
- T4: Gefühle, Entwicklung des Kindes, Ernährung, Essgewohnheiten, Rollenspiele
- T5: Ernährung, Essgewohnheit
- T6: Entwicklung des Gehirn / Lernen, Entspannung, frühkindliche Bindung/ Beziehung, fast Alle Thema
- T7: Entspannung, Entwicklung des Kindes, Essgewohnheiten, Rollenbilder, Lachen, Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“, Entwicklung des Kindes
- T11: Bewegung, spielen, Lebensfreude, Entspannung, Stress, Integration

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

- T2: Psychische Gesundheit
- T3: Entwicklung des Kindes
- T4: Sexualaufklärung für Kinder
- T5: Psychische Gesundheit, Essgewohnheit, TV/PC - Gewohnheit
- T6: Unfallschutz, 1. Hilfe / Persönlichkeitsbildung, Entwicklung des Kindes / Lernen, Gefühle / Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen
- T7: Entspannung, Integration/Konflikte/Aggressivität, Lebensraumgestaltung/Zusammenleben, Spielen/ Lebensfreude/Lachen
- T11: Entspannung, Wohlfühlen, Bewegung
Entwicklung des Gehirns / Lernen / Entegration, Konflikte, Aggressivität

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T3: Den Kindern vorgelesen, nachgedacht
- T4: Geschichten und Infoblätter gelesen, nachgedacht
- T5: Nachgedacht, im Internet nachgeschlagen.
- T6: Geschichten und Infoblätter gelesen

T7+11: Geschichten und Infoblätter gelesen, nachgedacht

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

T2: nichts

T3: Noch nicht, aber werde ich versuchen

T4: Mit Kinder etwas zu tun und ihr verstehen.

T5: Jetzt mach ich mehr Sorgen und wenn meine Kinder etwas essen will, denke ich 2mal vor dem geben.

T6: Von Kinder des Entwicklungs
Lernen / Wohlfühlen

T7: Essgewohnheiten, Gefühle/Emotionale Entwicklung, Wohlfühlen

T11: Bewegung / Lernen / Entwicklung des Gehirns, Entspannung

Was wollen Sie noch verändern?

T2: Vieles

T4: (Kinder) Zähneputzen regelmäßig – jetzt ist noch wichtiger
„Sani lernt ganz Lebenlang“ Diese Satz gefällt mir besonders Ich habe mich nachgedacht.

T5: Essgewohnheit, Persönlichkeitsbildung
Anfang war sehr leicht für mich. Ich dachte das ist nur bisschen Erinnerung. Aber jetzt lerne ich viele Sachen. Und mach ich mehr Sorgen. Jetzt habe ich mehr interesse über „gekona“

T6: Persönlichkeitsbildung, Umgang mit Medikamenten, Stress/Leistungsdruck

T7: Ernährung, Essgewohnheiten, Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“, Gefühle, Einkaufen

T11: Bewegung / Soziales
lernen, lernen mit spielen

Familie: 112

Welches Thema betrifft mich und meine Familie besonders? Warum?

T2: Bewegung, Entwicklung des Kindes

T3: Entwicklung des Gehirn
Entwicklung des Kindes

T4: Entwicklung des Kindes, Essgewohnheit

T5: Essgewohnheiten, TV/PC-Gewohnheiten

T6: Bewegung / motorische Fähigkeit - Entspannung

T7: Entspannung, Gefühle/Emotionale Entwicklung/Wohlfühlen, Persönlichkeitsbildung

T8: Unfallschutz / 1. Hilfe, Entwicklung des Gehirns / Lernen

T10: Gefühle / Emotionale Entwicklung / Wohlfühlen, Kommunikation / Zuwendung / Soziales

T11: Bewegung, Entspannung, Lebensfreude

Über welches spezielle Thema möchten Sie mehr wissen?

T2-3: Entwicklung des Kindes

T4: Körperliche Gesundheit

T5: Ich möchte mehr Beispiele haben

T6: Soziale – psychische Gesundheit

T7: Persönlichkeitsbildung - Entwicklung des Kindes soziales Leben

T8: Umgang mit „Nicht-Wohlfühlen“ / Stress

T10: Gefühle, Kommunikation, Sexualität

T11: Entspannung, Wohlfühlen

Welche Aktivitäten wurden im Zusammenhang mit dem Programm gesetzt?

- T2-3: Nachgedacht, Übungen gemacht
- T4: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T5: Geschichten und Infoblätter gelesen, nachgedacht
- T6: Ich habe mein Kind gelesen und erklärt
- T7: Geschichten und Infoblätter gelesen, im Internet nachgeschlagen
- T8: Geschichten und Infoblätter gelesen, Ich habe nicht die Wissen der Thema gelernt und vergessener Thema erinnert
- T10: Geschichten und Infoblätter gelesen
- T11: Geschichten und Infoblätter gelesen, nachgedacht

Was hat sich bereits in der Familie und in Ihrem Umfeld verändert?

- T2-3: nichts
- T5: Essgewohnheit verändert, jetzt denke ich mehr
- T6: Ich habe von gekona gelernt – Hausfrauen hat mehr Stress und Krankheit und möchte ich für mich mehr machen und von Stress weg sein
- T7: Ich war vorher nicht aktiv und sozial, ich mag nicht mit viele Leute zusammen sein, aber jetzt fühle ich mich mehr sozial und aktiv.
- T8: Ich habe mehr vorsichtig für die Hausunfall
- T10: Nachgedacht, mehr Selbstbewusstsein
- T11: Entwicklung des Gehirns, Entwicklung des Kindes

Was wollen Sie noch verändern?

- T2: Ich will mehr sozial sein
- T3: Meine soziale Leben, ich will mehr aktiv sein
- T5: Ich möchte mehr gesundes essen und bewegen
„Ich habe ein Sohn jetzt ist er klein aber interessiert Thema mich ganz genau. Ich habe viele gute Sachen erlebt in Blätter“
- T6: Ich möchte über Entwicklung des Kindes wissen und lernen
- T7: Ich möchte für mich und für mein Kind mehr aktiv sein. Ich will mein Kind mehr sozial und aktiv sehen.
„Ich war mein ganzes Leben lang sehr schüchtern und asozial - aber jetzt für mich und für mein Kind mehr aktiv sein will, nachdem gekona Mutter Runde bin ich sehr glücklich“
- T8: Wie kann ich mit mein Kind richtig Kontakt haben und ihn psychische Gesundheit schützen
Man weißt viele Thema im gekona aber hilft zusammen setzen (Muterrunde) und Idee austauschen.
- T10: Ich möchte mehr Info haben über Kind Entwicklung. Ich will mein Sohn mehr aktiv und sozial sehen.
Erdem (mein Sohn) will immer zu Hause sein ich will er ist mehr aktiv sehen.
- T11: Bewegung/Soziales