



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Angewandtes Motivations- management im Bereich Prävention und Gesund- heitsförderung

MOTIH03



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

Susanne Liebermann,
May-Britt Schumacher,
Uta Schwarz,
aktualisiert von Claudia Symmank

Angewandtes Motivations- management im Bereich Prävention und Gesund- heitsförderung

MOTIH03



Dr. Doreen Reifegerste

(geb. 1979) studierte an der Technischen Universität Dresden und der University of Leeds (GB) im Masterstudiengang Kommunikationswissenschaft, Marketing und Psychologie. Nach Abschluss ihres Studiums arbeitete sie bei der AOK PLUS in der Marktforschung, im Datenmanagement und in zahlreichen Projekten zu aktuellen Gesundheitsthemen. Ihre Promotion zur Wirkung von Präventionsbotschaften hat Doreen Reifegerste im März 2012 abgeschlossen. Derzeit ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Kommunikationswissenschaft der Universität Jena beschäftigt. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheitskommunikation und Evolutionspsychologie. Zu diesen Themenbereichen hat sie mehrere Publikationen verfasst.



Dr. Uta Schwarz

(geb. 1977) studierte an der Technischen Universität Dresden Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Marketing, Psychologie und Personalwesen. Von 2003 bis 2013 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Marketing der TU Dresden tätig. Seit Mai 2013 ist Uta Schwarz Dekanatsleiterin der Fakultät Wirtschaftswissenschaften an der TU Dresden. Ihre Promotion im Fach Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Marketing hat Uta Schwarz im April 2012 abgeschlossen. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheitsmarketing und Gesundheitspsychologie, Werbewirkungsforschung sowie internationales Marketing. Zu diesen Themenbereichen hat sie zahlreiche nationale und internationale Publikationen verfasst. Neben ihrer Tätigkeit an der TU Dresden arbeitet Uta Schwarz freiberuflich als Dozentin und Research Consultant. Im Rahmen dieser Tätigkeit betreute sie u. a. Projekte im Bereich des Gesundheitswesens und der Prävention (z. B. für AOK Plus Sachsen/Thüringen, TUMAINI Institut für Präventionsmanagement).



May-Britt Schumacher

(geb. 1987) absolvierte an der Ruhr-Universität Bochum und der Universidad Complutense de Madrid ein Bachelor-Studium in den Bereichen Sozialpsychologie und Medienwissenschaft sowie an der Technischen Universität Dresden ein Master-Studium der Kommunikationswissenschaft. Bereits während des Studiums arbeitete sie am Lehrstuhl für Marketing der TU Dresden, wo sie an verschiedenen Forschungsprojekten zur Gesundheitsförderung und Prävention mitwirkte. Nach ihrem Masterabschluss im April 2013 arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der TU Dresden. Ihre Forschungsschwerpunkte und Interessen liegen in den Bereichen Gesundheitsmarketing und -kommunikation sowie interkulturelles Marketing.



Dr. Claudia Symmank

studierte an der Technischen Universität Dresden Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Marketing und Unternehmerisches Handeln. Anschließend promovierte sie von 2014 bis 2018 an der Professur für Marketing der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Während ihrer Promotion sammelte sie einerseits Erfahrungen im Gesundheitsmarketing als wissenschaftliche Mitarbeiterin im BMBF-Projekt „Determinants of Diet and Physical Activity“, ein Kooperationsprojekt der Professur für Lebensmitteltechnik der Technischen Universität Dresden und der Professur für Marketing der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Andererseits arbeitete sie in den Bereichen Sustainability und Sensory Marketing im BMEL-Projekt „COSUS - Barrieren und Vermittler der Akzeptanz optisch suboptimaler Lebensmittel“ an der Professur für Lebensmitteltechnik der Technischen Universität Dresden. Seit 2017 ist sie als Onlinemarketing-Managerin in einem international agierenden Unternehmen der Unterhaltungselektronik sowie der Buchhandelsbranche tätig.

Die in unseren Studienheften verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Angewandtes Motivationsmanagement im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Motivationsmanagement für spezifische Zielgruppen	3
1.1 Zielgruppenspezifisches Motivationsmanagement	3
1.2 Altersspezifische Zielgruppen	4
1.2.1 Kindheit	4
1.2.2 Jugend	7
1.2.3 Erwachsenenalter	9
1.2.4 Ältere Menschen	11
1.3 Indirekte Zielgruppen	13
1.3.1 Angehörige	15
1.3.2 Führungskräfte	16
1.3.3 Personal in Einrichtungen zur Versorgung und Betreuung	17
1.3.4 Akteure, Multiplikatoren und Netzwerke	19
Zusammenfassung	21
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	22
2 Prozessmanagement für Gesundheitsprogramme	23
2.1 Diagnose	26
2.2 Planung	28
2.3 Durchführung	30
2.4 Erfolgskontrolle von Gesundheitsprogrammen	32
Zusammenfassung	34
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	34
3 Praxis des Motivationsmanagements	35
3.1 Fallbeispiel Bewegungs- und Ernährungserziehung („TigerKids – Kindergarten aktiv“)	35
3.2 Fallbeispiel Alkoholprävention (HaLT – Hart am Limit)	42
3.3 Fallbeispiel Risiko Erwerbslosigkeit (AktivA-Projekt)	48
3.4 Fallbeispiel gesunde Ernährung und Bewegung (IN FORM)	52
Zusammenfassung	59
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	60

4	Erfolgsfaktoren des angewandten Motivationsmanagements	61
	Zusammenfassung	66
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	68
	Schlussbetrachtung	69
	Anhang	
A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	70
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	73
C.	Glossar	77
D.	Literaturverzeichnis	80
E.	Abbildungsverzeichnis	90
F.	Tabellenverzeichnis	91
G.	Sachwortverzeichnis	92
H.	Einsendeaufgabe	93

Einleitung

Motivation ist eine wesentliche Voraussetzung, um Menschen zu Verhaltensänderungen zu bewegen. Sie ist damit ein wichtiger Schlüssel zu Prävention und Gesundheitsförderung. Verschiedene Zielgruppen und Menschen in verschiedenen Lebensphasen und -bereichen haben unterschiedliche Motive, gesundheitsbewusst zu handeln. Ein erfolgreiches Motivationsmanagement sollte an diese Motive anknüpfen. So werden beispielsweise junge Menschen, die sich verstärkt an Gleichaltrigen orientieren, im Rahmen der Jugendkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Kenn dein Limit“ durch Gleichaltrige angesprochen. Während diese Ansprache für diese Zielgruppe eine erfolgreiche Motivationsmaßnahme sein kann, ist sie für andere Bevölkerungsgruppen mit anderen Motiven eher unpassend. Zum Beispiel würden ältere Personen den Expertenstatus ihrer Altersgenossen möglicherweise infrage stellen.

Wir stellen Ihnen in diesem Studienheft eine Auswahl verschiedener Methoden und Maßnahmen des Motivationsmanagements in Prävention und Gesundheitsförderung vor. Im ersten Kapitel sehen Sie anhand zahlreicher Praxisbeispiele, welche Mittel und Wege Gesundheitsinstitutionen nutzen, um verschiedenen Bevölkerungsgruppen gesundheitsbewusste Lebensweisen näherzubringen. Im zweiten Kapitel lernen Sie eine grundlegende Vorgehensweise für ein motivorientiertes Projektmanagement in der Gesundheitsförderung kennen und erhalten einen Überblick über die Vielfalt möglicher Realisierungsformen. Die vertiefenden Praxisbeispiele im dritten Kapitel zeigen außerdem auf, mit welchen Herausforderungen die Umsetzung von Motivationsmanagement in der Praxis verbunden ist. Abschließend fassen wir die wesentlichen Erfolgsfaktoren für das angewandte Motivationsmanagement zusammen.

Lernziele

Nach dem Bearbeiten des Studienhefts kennen Sie die unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Motive verschiedener Bevölkerungsgruppen und zahlreiche Maßnahmen, um diese unterschiedlichen Zielgruppen zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu motivieren. Sie sind vertraut mit der Planung entsprechender Projekte, wesentlichen Erfolgskriterien und den Herausforderungen bei der Umsetzung und Evaluierung.

Wir wünschen Ihnen beim Lesen des Hefts und der Bearbeitung der Aufgaben viel Spaß!

1 Motivationsmanagement für spezifische Zielgruppen

Nach dem Bearbeiten des ersten Kapitels können Sie die gesundheitsrelevanten Motivstrukturen einzelner Zielgruppen in unterschiedlichen Lebensphasen und verschiedenen Verantwortungsrollen beschreiben. Sie wissen, welche verschiedenen Ansatzpunkte aus der Gesundheitsförderungs- und der Präventionspraxis es gibt, mit denen unterschiedliche Zielgruppen zu gesundem Verhalten motiviert werden können.

1.1 Zielgruppenspezifisches Motivationsmanagement

Menschen sind je nach ihrem Alter, ihren privaten Rollen und ihren beruflichen Aufgaben unterschiedlich stark motiviert und haben auch unterschiedliche Motive, sich gesundheitsbewusst zu verhalten bzw. für die Gesundheit anderer Menschen zu sorgen. In der Gesundheitsförderung und Prävention ist es daher notwendig, die verschiedenen Motive der jeweiligen Zielgruppen zu kennen und jeweils spezielle Programme und Maßnahmen zu entwickeln. Dabei gilt es vor allem, auch weniger gesundheitsbewusste Zielgruppen zu motivieren. Ein Ansatzpunkt hierfür sind Programme, die in der Alltagswelt der Zielgruppe (z.B. Schule, Arbeitsplatz) stattfinden. Diese sogenannten Setting-Ansätze können Personen erreichen, die von sich aus zunächst wenig an Gesundheitsthemen interessiert sind.

Beispiel 1.1:

Bei Jugendlichen mit einer geringen Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten erscheint es wenig sinnvoll, Vorträge und Seminare anzubieten, bei denen sie sich über verschiedene Krankheiten oder die Konsequenzen von Risikoverhalten informieren können. Dies ist wahrscheinlich für ältere Menschen, die bereits eigene Krankheitserfahrungen gemacht haben oder für pflegebedürftige Personen verantwortlich sind, wesentlich passender. Hingegen kann man sich einen 70-Jährigen nur schwer bei einem Mitmach-Parcours vorstellen, wie er z.B. in Kindergärten oder Schulen eingesetzt wird.



Übung 1.1:

Vergegenwärtigen Sie sich, welche unterschiedlichen Motive zu gesundheitsförderlichem und gesundheitsschädlichem Verhalten führen können. Überlegen Sie, welche Konflikte zwischen den unterschiedlichen Motiven entstehen können.



Natürlich ist die Zuordnung einzelner Personen zu den jeweiligen Zielgruppen (und deren vermeintlichen Motiven) verallgemeinernd. Die generelle Beschreibung von Jugendlichen als „risikobereit“ muss nicht für alle jungen Menschen zutreffen. Außerdem können die einzelnen Gruppen bei genauerer Betrachtung sehr heterogen sein. Dennoch versprechen Programme, die auf die Bedürfnisse einer Zielgruppe ausgerichtet sind, eine höhere Wirksamkeit als Programme, die sich universell an die gesamte Bevölkerung richten.

Neben den Zuordnungen zu Zielgruppen nach dem Alter sowie privaten und beruflichen Verantwortungsrollen existieren noch zahlreiche weitere Merkmale, die für das Motivationsmanagement relevant sind. So stellen u. a. der Gesundheitszustand, der Bildungsgrad, die soziale Lage, die jeweilige Berufsbranche und der Migrationshintergrund

weitere Möglichkeiten zur Unterscheidung von Zielgruppen dar (vgl. Schweitzer; Bock, 2009; für die entsprechenden Angebote zur Gesundheitsförderung vgl. u. a. Bunge et al., 2006; Pott; Lehmann, 2002).

1.2 Altersspezifische Zielgruppen

Bei einer Einteilung der Zielgruppen nach Alter werden klassischerweise die vier Lebensphasen

- Kindheit,
- Jugendalter,
- Erwachsenenalter und
- ältere Menschen

unterschieden. Gesundheit hat in diesen Phasen jeweils einen sehr unterschiedlichen Stellenwert und die jeweils vorrangigen Motive in einem Lebensabschnitt können positive, aber auch eher negative Einflüsse auf die Motivation zu gesundem Verhalten haben.

1.2.1 Kindheit

Die ersten zehn Lebensjahre werden als entscheidende Phase für die frühzeitige und nachhaltige Entwicklung eines gesunden und aktiven Lebensstils betrachtet (vgl. Reifegerste; Oppat, 2010; Bergmann; Bergmann, 2007). Für diese Zielgruppe werden neben den klassischen Projektthemen Bewegung und Ernährung zunehmend auch Maßnahmen zur Entspannung umgesetzt (vgl. Erhart et al., 2007). Insgesamt existieren mehr als 400 Präventionsprogramme für Kinder (vgl. BZgA, 2012).

Die Motivation der Kinder für gesundheitsförderliches Verhalten ist dabei sehr unterschiedlich. Vor allem jüngere Kinder weisen noch **wenig Eigenmotivation** zu gesundem Verhalten auf, da sie noch nicht in der Lage sind, langfristige Gesundheitsfolgen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen infolge von Übergewicht) einzuschätzen. Zudem haben sie oft noch geringe Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung ihrer direkten Umwelt. So können Kindergartenkinder ihr Mittagsmenü meist noch nicht selbst auswählen und auch die Zeiten für intensive Bewegung werden durch die Routinen im Familienalltag und in der Tageseinrichtung bzw. der Grundschule vorgegeben. Daher ist es bei an Kinder gerichteten Programmen wichtig, das jeweilige Setting (Elternhaus, Kindertageseinrichtung, Grundschule, Gemeinde) in das Projekt einzubinden (vgl. Kap. 1.3). Informationen, Schulungen und Workshops für und mit den Eltern und Pädagogen sind wesentliche Bestandteile der Gesundheitsförderungsprojekte für Kinder (vgl. BZgA, 2012; Zimmer, 2002).

Das Verhalten von Kindern wird sehr stark durch zeitnahe Konsequenzen (wie ein angenehmes Geschmackserlebnis oder Spaß) bestimmt. „Eine Ernährungserziehung, die auf die Vermeidung negativer Konsequenzen in fernerer Zukunft aufbaut, wird vor allem bei jüngeren Kindern keinen Erfolg haben.“ (Ellrott, 2007, S. 170) Daher sollte auch das Erlernen gesunder Verhaltensweisen für Kinder mit einem **direkt erlebbaren Erfolg** verbunden sein (vgl. Ellrott, 2007, S. 170). Dies kann u. a. durch besondere Erlebnisse (Zirkuswelt, Naturerfahrungen), Wettbewerbe oder Selbsttestangebote erreicht werden (vgl. Reifegerste et al., 2012).

In der Phase der Kindheit hat außerdem das **Bindungsmotiv**, d.h. das Zugehörigkeitsgefühl, eine große Bedeutung (vgl. Bischof-Köhler, 2011). Die Beziehung zu Familienmitgliedern und zu Gleichaltrigen, aber auch zu Fantasiefiguren – wie die „Frechen Freunde“ (vgl. Abb. 1.1) – bildet eine wichtige Grundlage für das Lernen durch Imitation. Durch Beobachtung und Nachahmung dieser Vorbilder lernen Kinder, was gesundes Verhalten bedeutet. Neben der Einbindung der Eltern können daher z.B. auch Handpuppen, Zeichentrickfiguren und Figuren aus Theaterstücken für die Gesundheitserziehung von Kindern geeignet sein. Die „Frechen Freunde“ wollen mit ihren lustigen Gesichtern Kinder dabei unterstützen, gute Ernährungsgewohnheiten zu entwickeln und zum Verzehr von Obst und Gemüse anzuregen.



Abb. 1.1: Eine frühe Freundschaft mit Obst und Gemüse (Freche Freunde, 2021)

Neben dem Bindungsmotiv ist die Phase der Kindheit auch von einem großen Bedürfnis nach **Stabilität und Strukturierung** geprägt, da Kinder noch nicht in der Lage sind, ihr Leben eigenständig zu organisieren. Das Einnehmen eines gemeinsamen Abendessens in der Familie hat sich z.B. als wichtiges Ritual für die Gesundheit von Kindern herausgestellt (vgl. Sander et al., 2018). Daher ist es sinnvoll, in die Projekte auch Maßnahmen einzubinden, die auf eine sinnvolle Tages- oder Wochenstrukturierung abzielen. Es könnte beispielsweise aufgezeigt werden, wie sich ein täglicher Obststeller, eine tägliche Sportstunde oder ein wöchentlicher Kochtag in den Alltag einbinden lassen. Werden diese Aktivitäten gemeinsam in der Gruppe oder mit den Vorbildern ausgeführt, verstärkt das zugleich das Lernen durch Nachahmung.

Ist die notwendige Sicherheit durch Bindung, Stabilität und Strukturiertheit für Kinder gegeben, wächst mit zunehmendem Alter auch ihr **Neugiermotiv** (vgl. Bischof-Köhler, 2011). Kinder wollen ihre Umgebung erkunden, stellen viele Fragen und eignen sich darüber neues Wissen, insbesondere auch zu zentralen Funktionsweisen ihres Körpers, an. Da sie aber noch nicht über die kognitiven Kapazitäten eines Erwachsenen verfügen, steht bei ihnen spielerisches Lernen im Vordergrund. Es kommt bei dieser Zielgruppe deshalb vor allem auf die unterhaltsame und verständliche Vermittlung von Gesund-

heitsthemen an (vgl. Ellrott, 2007, S. 170). Dies kann durch Bewegungsparcours, spielerische und musikalische Elemente und kindgerechte Lernmaterialien umgesetzt werden. Zum Beispiel beinhaltet der Gesundheitskoffer „Fit von klein auf“ der BKK u. a. eine Kinderlieder-CD (vgl. Brouwer, 2012), und das Kindergartenprojekt „TigerKids“ der AOK PLUS setzt einen Holzzug mit verschiedenen Lebensmitteln zur Vermittlung der Ernährungspyramide ein (vgl. Reifegerste; Oppat, 2010). Tabelle 1.1 fasst zentrale Motive von Kindern zusammen und leitet konkrete Präventionsstrategien ab.

Tab. 1.1: Präventionsstrategien abgestimmt auf zentrale Motive der Kindheit

Motive	Mögliche Präventionsstrategien
Geringe Gesundheitsmotivation	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung der Anreize im Umfeld durch Setting-Ansätze (Projekte in Schulen und Kitas)
Kurzfristige Erfolgsorientierung	<ul style="list-style-type: none"> • positive Erlebnisse durch Wettbewerbe • Angebote zum direkten Schmecken und Riechen
Bindungsmotiv	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen durch Vorbilder • Elternbriefe • Elternabende • Einsatz von Fantasiefiguren
Bedürfnis nach Stabilität	<ul style="list-style-type: none"> • Rituale durch tägliche/wöchentliche Aktivitäten • Initiierung von Gemeinschaftsaktivitäten
Neugiermotiv	<ul style="list-style-type: none"> • Anregung zum Entdecken und Erforschen durch Spiel- und Bewegungsräume • Bereitstellung von Spielanleitungen • Parcours • Exkursionen



Übung 1.2:

Ordnen Sie die verschiedenen Bestandteile konkreter Präventionsprojekte für Kinder einem der drei Motive „Bindung“, „Stabilität“ und „Neugier“ zu. Recherchieren Sie dazu ggf. die jeweiligen Angebote im Internet.

- Handpuppe „Florina“
- Waldtag
- Eltern-Kind-Kurs „Bewegte Familie“
- ScienceKids – „Gesundheit entdecken“
- GemüseAckerdemie
- Lisa und die Stowis (Bilderbuch über gesunde Ernährung)
- Kletterparcours im Außenbereich von Kindertageseinrichtungen und Schulen

1.2.2 Jugend

Im Jugendalter, das von der Pubertät bis ins junge Erwachsenenalter reicht, ist das Risikoverhalten am stärksten ausgeprägt. Gleichzeitig ist die Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten in dieser Lebensphase besonders gering. Alkohol- und Drogenmissbrauch, ungesunde Ernährungsgewohnheiten und riskantes Verhalten im Straßenverkehr sind typisch für diese Altersgruppe (vgl. Pinquart et al., 2004). Da viele Suchterkrankungen wie Rauchen und Alkoholkonsum in diesem Lebensabschnitt entstehen und sich verfestigen (vgl. Lohaus; Klein-Heßling, 2008; Pinquart et al., 2004), sind Jugendliche eine wichtige Zielgruppe für gesundheitsförderliche Interventionsmaßnahmen. Zugleich sind sie aufgrund ihres geringen Interesses aber nur schwer für Gesundheitsthemen zu motivieren (vgl. Lohaus; Klein-Heßling, 2008).

Noch mehr als Kinder treibt Jugendliche und junge Erwachsene die Suche nach Abwechslung und neuen Erlebnissen (vgl. Neugiermotiv). Diese **Sensationslust** ist zwar vorrangig hormonell bedingt (vgl. Zuckerman, 2007) und damit kaum zu verhindern; verschiedene Projekte versuchen aber, Jugendlichen funktionale Verhaltensalternativen zu einem gesundheitsschädlichen Risikoverhalten aufzuzeigen.

Funktionale Verhaltensalternativen sind Handlungen, die die gleiche Funktion wie das gesundheitsschädliche Verhalten erfüllen, aber eine geringere Gesundheitsgefährdung bedeuten (vgl. Lohaus; Klein-Heßling, 2008).



Beispiel 1.2:

Im Projekt HaLT, das sich an Jugendliche nach einer Alkoholvergiftung richtet, wird den Teilnehmern gezeigt, dass auch Klettern eine Möglichkeit ist, den Reiz der Gefahr auszuleben und Anerkennung von Gleichaltrigen zu erhalten (vgl. Kuttler; Lang, 2005; zu einer näheren Beschreibung des HaLT-Projekts vgl. Kap. 3.2).



Auch andere erlebnispädagogische Maßnahmen wie Tauchen oder Kanufahren eignen sich zur Prävention im Jugendalter (vgl. Petermann; Roth, 2006).

Übung 1.3:

Überlegen Sie, welche Handlungen für Jugendliche eine funktionale Verhaltensalternative zum riskanten Autofahren, zum Schokoladeessen und zum Rauchen sein können. Bewerten Sie, wie gut diese Verhaltensalternativen für die Jugendlichen als Ersatz für das gesundheitsgefährdende Verhalten geeignet sind.



Die erhöhte Risikobereitschaft der Zielgruppe zeigt sich insbesondere, wenn Gleichaltrige (sogenannte Peers) anwesend sind (vgl. Steinberg, 2007). Risikoverhalten ist eng verbunden mit dem **Wunsch nach sozialer Anerkennung**. Für Jugendliche ist die Orientierung an der Gruppe eines der wichtigsten Motive für den Konsum von Drogen, Alkohol oder Tabak (vgl. Roth; Petermann, 2006).

Die (durch die Orientierung an Gleichaltrigen) größere Akzeptanz von Peers (im Vergleich zu Eltern oder Lehrern) versuchen Präventionsprogramme zu nutzen, indem sie junge Erwachsene für die Informationsvermittlung oder für Beratungsangebote einsetzen.

zen (vgl. Schäfferling, 2009). Diese sogenannte Peer-Education wird vor allem für Sexu-
alaufklärung, aber auch im Rahmen von Alkoholkampagnen und der Drogenarbeit ein-
gesetzt.



Beispiel 1.3:

Die Anti-Alkoholkampagne „Null Alkohol – Voll Power“ richtet sich speziell an Ju-
gendliche. Mithilfe umfangreicher Print- und Onlinematerialien werden die Jugend-
lichen an das Thema Alkohol und die Folgen eines übermäßigen Konsums herange-
führt. Die Kampagne liefert Ideen für kreative Alkoholpräventionsprojekte,
praktische Tipps und Hintergrundinformationen sowie Wissenstests zum Alkohol-
konsum (vgl. BZgA, 2021a).

Zu beachten ist jedoch, dass sich Jugendliche von Peers auch unter Druck gesetzt fühlen
können, Drogen, Alkohol oder Tabak zu konsumieren oder sich auf andere Weise ge-
sundheitsschädlich zu verhalten. Zahlreiche Schulprojekte versuchen deshalb, Jugendli-
che gegen diesen Einfluss immun zu machen. Im Rahmen sogenannter Lebenskompe-
tenzprogramme wird den Jugendlichen anhand von szenischen Übungen vermittelt, wie
sie dem Gruppendruck und der sozialen Einflussnahme durch Gleichaltrige widerstehen
können. Zusätzlich werden soziale Kompetenzen wie kommunikative Fähigkeiten,
Durchsetzungsvermögen und Bewältigungsmuster trainiert (vgl. Lohaus; Klein-Heß-
ling, 2008; Pinquart et al., 2004).

Mit zunehmendem Alter verstärken sich in der Jugendphase das **Intimitätsmotiv** und
die **Motivation zur Partnersuche**. Damit verbunden ist das Streben nach Attraktivität,
Status und Erfolg. Gesundheitsbewusstes Verhalten wie Körperpflege, Zahnpflege und
sportliche Aktivität erscheint vor allem dann erstrebenswert, wenn es die Anerkennung
beim anderen Geschlecht erhöht (vgl. Lohaus; Klein-Heßling, 2008).

Oft hat die Motivation zur Partnersuche aber auch einen negativen Einfluss auf die Ge-
sundheit, weil sie eher riskantes Verhalten, wie ungeschützten Geschlechtsverkehr oder
Drogenkonsum, fördert (vgl. Greitemeyer et al., 2013). So nutzen viele junge Menschen
Alkohol- oder Tabakkonsum, um einfacher Kontakt aufzunehmen, da er die Befangen-
heit gegenüber dem potenziellen Partner mindert (vgl. Weichold et al., 2008). Das Auf-
zeigen funktionaler Verhaltensalternativen kann auch hierfür ein sinnvoller Ansatz sein.
Daher enthält das schulische Programm „Stark im Leben“ auch Flirtrainings und Übun-
gen zur verbesserten Körperwahrnehmung. Auf diesem Wege wird dem Bedürfnis der
Jugendlichen nach „erotisch-sexueller Kommunikation auf gesundheitsfördernde Wei-
se“ (Hinz, 2007, S. 146) entgegengekommen. Der Wunsch nach Attraktivitätssteigerung
kann durch verstärktes Sonnenbaden oder die Einnahme von Diätpillen weitere gesund-
heitsschädliche Folgen haben. Hillhouse und Turrisi (2002) zeigten daher in einer Son-
nenschutzbrochure Alternativen auf, die ebenfalls zu einer Verbesserung des Ausse-
hens führen, aber ohne schädliche Sonneneinstrahlung auskommen (z.B. sportliche
Betätigung, gesunde Ernährung, Mode, Kosmetik und Selbstbräunungsprodukte).

Tabelle 1.2 fasst zentrale Motive der Jugendphase zusammen und zeigt konkrete Präven-
tionsstrategien auf.

Tab. 1.2: Präventionsstrategien abgestimmt auf zentrale Motive der Jugend

Motive	Mögliche Präventionsstrategien
Sensationslust	<ul style="list-style-type: none"> funktionale Alternativen für Risikoverhalten wie herausfordernde Sportaktivitäten (z.B. Klettern, Tauchen) und Erlebnispädagogik
Wunsch nach Anerkennung durch Gleichaltrige	<ul style="list-style-type: none"> Nutzung der Orientierung an Gleichaltrigen für Peer-Education Gruppenaktivitäten Training zur Abwehr negativer sozialer Einflüsse
Intimitätsmotiv	<ul style="list-style-type: none"> Trainings und Gelegenheiten zur Kontaktaufnahme mit anderem Geschlecht, Flirttrainings funktionale Alternativen, z.B. für Sonnenbräunung Selbstbräunungscremes, Mode, Kosmetik

Übung 1.4:

Erinnern Sie sich an Ihre Schulzeit. Welchen Einfluss hatten Lehrer, Eltern oder Gleichaltrige auf Ihr Risikoverhalten (Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum)? Welche Funktionen hat dieser Konsum ggf. für Sie oder Ihre Freunde erfüllt? Gab es Maßnahmen oder schulische Angebote, die Sie dabei unterstützt haben, alternative Verhaltensweisen zu erkennen?

**1.2.3 Erwachsenenalter**

Auch wenn in Kindheit und Jugend bereits wichtige Weichen für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen gestellt werden, ist auch das Erwachsenenalter von hoher Relevanz für Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Faltermeier, 2007). Die zentralen Themen dieser Lebensphase, die etwa mit 20 bis 25 Jahren beginnt, sind die Familienplanung bzw. das Familienleben und die berufliche Etablierung. Vor allem das Familienleben ist mit einer großen Verantwortung für andere Menschen verbunden. Erwachsene sind für die anderen Altersgruppen „in gesundheitlicher Hinsicht entscheidende Vorbilder und Gestalter“ (Faltermeier, 2007, S. 71). Das Erwachsenenalter ist geprägt von einer Doppelbelastung durch Beruf und Familie. Stressreiche Situationen entstehen u. a. durch Berufs- oder Ortswechsel, die Pflege und den Tod nahestehender Menschen. Gleichzeitig verfügen Menschen aber bereits über zahlreiche Lebenserfahrungen und Widerstandsressourcen, um mit diesen Stressoren umzugehen (vgl. Bengel; Lyssenko, 2012).

Das **Gesundheitsbewusstsein** ist bei Erwachsenen stärker ausgeprägt als bei Kindern und Jugendlichen. Es zeigen sich die ersten eigenen gesundheitlichen Einschränkungen, wobei in dieser Altersgruppe am häufigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Probleme des Bewegungsapparates und stressbedingte psychische Erkrankungen auftreten (vgl. Faltermeier, 2007). Daher nimmt die Motivation zum Erhalt der eigenen Gesundheit mit zunehmendem Alter (und den auftretenden Symptomen) zu.

Die vielfältigen Verantwortungsrollen in der Familie und im Beruf führen häufig zu **Zeitmangel** und **Überlastung** im Erwachsenenalter. Daher sind Angebote zur Vermittlung von Entspannungstechniken und Zeitmanagement ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe. Für die Gesundheitsförderung ist vor allem notwendig, entsprechend flexible Angebote bereitzustellen, die dann von den Erwachsenen aus eigener Initiative genutzt werden können.



Beispiel 1.4:

Die AOK bietet ihren Versicherten den Kurs „Stress im Griff“ an. In einem individuellen Onlinetraining werden die Teilnehmer widerstandsfähiger für die Herausforderungen im Privat- und Arbeitsleben gemacht und dabei unterstützt, dauerhaft Stress zu vermeiden. Dabei durchlaufen die Teilnehmer die vier Phasen der „Stress-im-Griff-Methode“:

- 1) Was ist Stress?
- 2) Woher kommt mein Stress?
- 3) Wie erlebe ich weniger Stress?
- 4) Was kann mir auf den Weg helfen?

Neben dem Vier-Phasen-Programm wird ein „Stress-Test“ speziell für Berufstätige angeboten. Das Programm untersucht die Ursachen für Stress im Job und gibt konkrete Tipps, um die Arbeit künftig gelassener gestalten zu können (vgl. AOK, 2021a).

Allerdings nehmen gerade Personen, die hohe gesundheitliche Risiken aufweisen (wie Männer, Vollzeitbeschäftigte, Ledige sowie Personen mit ungünstigem Lebensstil), seltener an solchen Angeboten teil (vgl. Schneider et al., 2005). Viele Personen dieser Zielgruppe (wie Topmanager oder auch alleinerziehende Eltern) hätten besonderen Bedarf an diesen Angeboten, aber häufig fehlt ihnen auch dafür die Zeit. Für sie bieten Online-medien und Smartphone-Anwendungen zahlreiche Präventionsangebote, die sie flexibel in ihren Alltag einbinden können. Zahlreiche Krankenkassen, aber auch privatwirtschaftliche Unternehmen, setzen Onlineprogramme zur Stressbewältigung, zur Raucherentwöhnung, Ernährungsumstellung und zur Unterstützung des Fitnesstrainings ein.



Beispiel 1.5:

Die DAK-Gesundheit bietet ihren Versicherten ein kostenloses Onlineernährungscoaching an. In acht Kurseinheiten erlernen die Teilnehmer die Grundlagen einer gesunden Ernährungsweise, erhalten detaillierte Informationen über Nährstoffe und erfahren, wie eine optimale Mahlzeit aussieht. Zudem werden kleine Aufgaben und Übungen bereitgestellt und mithilfe von Kochvideos kann das Gelernte gleich in die Praxis umgesetzt werden. (vgl. DAK-Gesundheit, 2021).

In ähnlicher Weise können auch Apps dieser Zielgruppe die Organisation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen erleichtern (vgl. Scherenberg; Kramer, 2013). Apps erinnern die Versicherten an Vorsorgeuntersuchungen und fällige Impftermine oder unterstützen sie bei der gesunden Nahrungsmittelwahl. Gleichzeitig sprechen sie aufgrund der technischen Komponente auch die ansonsten eher weniger gesundheitsbewusste Zielgruppe der Männer an.

Eine dritte Möglichkeit, um die Überlastung dieser Zielgruppe zu verringern, ist die Einbindung der Gesundheitsangebote in das betriebliche Umfeld.

Schließlich kann das **Statusmotiv** genutzt werden, um Personen im Erwachsenenalter zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren. Vielfältige monetäre Anreize kommen daher, insbesondere bei Krankenkassen, zum Einsatz. Neben den seit 1989 existierenden kassenübergreifenden Bonusheften für regelmäßige Zahnarztbesuche bieten die meisten Krankenkassen auch spezifische Bonusprogramme gemäß § 65a SGB V an. Auch wenn diese im Einzelnen sehr verschieden ausfallen können, nutzen sie meist Geld-, Erlebnis- oder Sachprämien, um ihre Versicherten zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen oder anderen Präventionsmaßnahmen (Impfungen, Sport) zu motivieren (vgl. Scherenberg; Glaeske, 2010).

Übung 1.5:

Welche Angebote zur Gesundheitsförderung macht Ihre Krankenkasse Erwachsenen? Welche Motive werden dabei angesprochen?



Darüber hinaus unterstützen viele Krankenkassen auch die Teilnahme an Kursen oder Gesundheitsreisen finanziell. Bei allen Maßnahmen, die finanzielle Anreize geben, muss berücksichtigt werden, dass diese materiellen Anreize dazu führen können, dass die intrinsische Motivation der Teilnehmer zurückgeht. Das heißt, es kann passieren, dass die Versicherten nicht mehr an den Angeboten teilnehmen, sobald der monetäre Anreiz fehlt. Daher sollten die Krankenkassen sicherstellen, dass die Aktivitäten so ausgerichtet sind, dass sie zu einer Stärkung der Eigenverantwortung und einer nachhaltigen Verankerung neu erlernter Verhaltensweisen im Alltag führen (vgl. Scherenberg; Glaeske, 2010).

Tabelle 1.3 fasst zentrale Motive des Erwachsenenalters zusammen und zeigt konkrete Präventionsstrategien auf.

Tab. 1.3: Präventionsstrategien abgestimmt auf zentrale Motive des Erwachsenenalters

Motive	Mögliche Präventionsstrategien
Gesundheitserhaltung	<ul style="list-style-type: none"> Kursangebote zur individuellen Gesundheitsförderung
Verantwortung	<ul style="list-style-type: none"> Kurse zur Stressbewältigung flexible Angebote (Apps, Onlineprogramme) betriebliche Gesundheitsangebote
(Finanzieller) Status	<ul style="list-style-type: none"> Bonusprogramme Gutscheine und Erstattungen, z.B. für einen Yogakurs

1.2.4 Ältere Menschen

Die Lebensphase ab 65 Jahren ist meist mit dem Ausstieg aus dem Erwerbsleben und zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen verbunden (vgl. BMG, 2012, S. 11). Daher spielt in dieser Altersgruppe neben der Gesundheitserhaltung (primäre Prävention) auch die Wiederherstellung der Gesundheit (sekundäre Prävention) eine wichtige Rolle.

Dabei kommt insbesondere der Förderung der physischen Aktivität große Bedeutung zu, da von spezifischen Bewegungsangeboten selbst gesundheitlich beeinträchtigte Menschen noch stark profitieren können (vgl. Kruse, 2007).

Die eigene Betroffenheit von gesundheitlichen Problemen, die z.T. bereits chronisch sind und sich häufig über mehrere Krankheitsbilder erstrecken (Multimorbidität), hat zur Folge, dass bei dieser Zielgruppe die Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten vergleichsweise hoch ist. Zudem haben ältere Menschen im Gegensatz zu Erwerbstätigen mehr Zeit für gesundheitliche Aktivitäten. Es geht also primär darum, die richtigen Informationen in verständlicher Form zu vermitteln und Angebote zu schaffen, die den eigenen Möglichkeiten und ggf. spezifischen Krankheitsbildern entsprechen. So sollte z.B. die Schrift in Broschüren oder Packungsbeilagen ausreichend groß und die Sprache verständlich sein. Es ist aber auch darauf zu achten, dass die Informationen über die passenden Kanäle verbreitet werden.



Übung 1.6:

Überlegen Sie, welche Kanäle sich am besten zur Informationsvermittlung an Menschen über 65 Jahre eignen. Denken Sie dabei neben den Massenmedien (Funk, TV, Print und Kino) auch an persönliche und interaktive Kommunikationsmöglichkeiten.

Zudem weist die Zielgruppe ein ausgeprägtes **Sicherheitsbedürfnis** auf (vgl. Kilzer, 2011). Die seit 2001 gemäß § 53 (3) SGB V entwickelten Disease-Management-Programme (DMP-Programme) der Krankenkassen kommen dem Bedürfnis nach kontinuierlicher Betreuung entgegen. Zu den Programmkomponenten gehören oft regelmäßige Informationen per Brief oder Telefon, die Überwachung von Gesundheitsdaten beim Arztbesuch oder per telemedizinischer Erfassung und vereinzelt auch das Angebot spezieller Veranstaltungen oder Kurse. Um die körperliche Aktivität älterer Erwachsener zu fördern, ist es notwendig, ihnen ausreichend Möglichkeiten der Unterstützung (z.B. entsprechende Gestaltung der Wohnumgebung) anzubieten. Damit erlangen sie die Sicherheit, sich vor Stürzen zu schützen und die Leistungsfähigkeit des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems zu erhalten (vgl. RKI, 2015, S. 409 ff.).

Wichtige Motive dieser Altersgruppe sind außerdem das Bedürfnis nach einer sinnvollen Aufgabe sowie **sozialer Teilhabe**. Im nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ steht die Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen sowie die Minderung sozialer Isolation sogar an erster Stelle (vgl. BMG, 2012, S. 29). Das Gefühl, „gebraucht zu werden“, und ein intaktes soziales Netzwerk haben positive Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit im Alter (vgl. Lehr, 2012; Liebermann; Wegge, 2010). Erschwert wird die Pflege sozialer Kontakte jedoch durch die abnehmende Mobilität älterer Menschen. Für die Gesundheitsförderung ist es daher wichtig, für diese Zielgruppe Gruppenangebote zu schaffen. Dafür bietet es sich an, z.B. ehrenamtliche Tätigkeiten für ältere Menschen zu koordinieren oder Wandertage oder Spielenachmittage zu organisieren.

Tabelle 1.4 fasst zentrale Motive von Älteren zusammen und zeigt konkrete Präventionsstrategien auf.

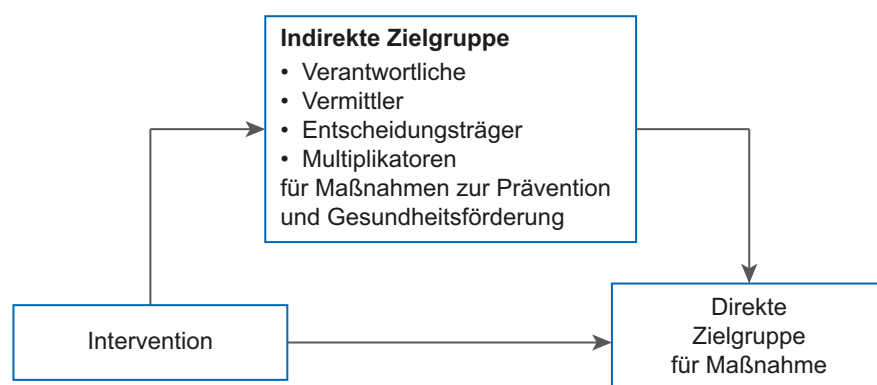
Tab. 1.4: Präventionsstrategien abgestimmt auf zentrale Motive des Alters

Motive	Mögliche Präventionsstrategien
Erhalt bzw. Wiederherstellung der Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von Informationen über vielfältige Kanäle, die häufig von der Zielgruppe genutzt werden • Beratungsdienst zu Gesundheitsthemen
Sicherheitsbedürfnis	<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßige Überwachung • DMP-Programme
Soziale Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenamt • Gruppenaktivitäten

1.3 Indirekte Zielgruppen

Während bei den in Kap. 1.1 und 1.2 beschriebenen direkten Zielgruppen die Förderung der eigenen Gesundheit im Mittelpunkt steht, sind indirekte Zielgruppen für die Gesundheit anderer verantwortlich (vgl. Mittag; Jerusalem, 1997, S. 601). So treten u. a. Eltern, Angehörige, Lehrer und Führungskräfte als Vermittler, Entscheidungsträger und Multiplikatoren auf, um die intendierte Zielgruppe (d. h. die eigentlich Gefährdeten oder Betroffenen) zu erreichen und zu motivieren (vgl. Abb. 1.2). Während Eltern und andere Angehörige als private Bezugspersonen handeln, wirken Pädagogen, Mitarbeiter in Versorgungseinrichtungen, Personalverantwortliche und Führungskräfte, Journalisten oder Politiker in ihrer beruflichen Rolle.

Bei vielen Präventionsmaßnahmen werden die indirekten Zielgruppen im Rahmen von Seminaren geschult, um die Programminhalte anschließend an die intendierte Zielgruppe weiterzugeben. So können z. B. in der betrieblichen Gesundheitsförderung bestimmte Maßnahmen von ausgewählten Angestellten an die übrige Belegschaft weitervermittelt werden (vgl. Mittag; Jerusalem, 1997, S. 601). Ein weiteres Beispiel kennen Sie bereits aus Kap. 1.2.2: Bei der beschriebenen Peer-Education werden Gleichaltrige als Vermittler für die Präventionsaufklärung eingesetzt.


Abb. 1.2: Direkte und indirekte Zielgruppen

Die Motivation indirekter Zielgruppen bezieht sich nicht auf die eigene Gesundheit, sondern auf die von anderen. Man kann daher auch von einem **Fürsorgemotiv** der indirekten Zielgruppen sprechen: Vertreter von indirekten Zielgruppen übernehmen Verantwortung für die Gesundheit Dritter. Wie stark sich jemand für die Gesundheit eines anderen Menschen einsetzt, ist abhängig von der Stärke und der Qualität der Beziehung zwischen den Personen einerseits sowie den Konsequenzen, die das gesundheitsschädigende Verhalten der direkten Zielperson für den indirekt Betroffenen hat, andererseits. Das Fürsorgemotiv steht nicht selten in Konflikt mit anderen Motiven. So verfolgt beispielsweise eine Führungskraft auch wirtschaftliche Interessen, pflegende Angehörige müssen auch an ihre eigene Gesundheit und die Eltern ggf. auch an ein Geschwisterkind oder die eigene berufliche Rolle denken.

Die Entscheidungen, die die indirekten Zielgruppen treffen, haben großen Einfluss auf die Gesundheit der Personen, für die sie verantwortlich sind. Umso wichtiger erscheint es, die Bedürfnisse und Befindlichkeiten der direkten Zielgruppe zu kennen, für die die indirekten Zielgruppen verantwortlich sind. Bestenfalls erfolgt daher immer eine entsprechende Einbindung und Beteiligung der Betroffenen (Partizipation), da sonst möglicherweise die Entscheidungsträger den Maßnahmen zustimmen, die eigentliche Zielgruppe aber mit Ablehnung reagiert.

Oft steht das Motivationsmanagement mithilfe indirekter Zielgruppen auch im Zusammenhang mit Setting-Ansätzen und der Veränderung der strukturellen Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention). Entscheidungsträger in verschiedenen privaten und beruflichen Rollen nehmen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung der Lebenswelten, in denen z.B. Schulkinder, Erwerbstätige oder Heimbewohner ihren Alltag verbringen. Sie können die strukturellen Rahmenbedingungen wie Räumlichkeiten, zeitliche Organisation oder personelle Ressourcen beeinflussen und damit die entscheidenden Weichen für gesundheitsbewusstes Verhalten stellen.



Beispiel 1.6:

Zum Beispiel können Unternehmen seit Herbst 2020 den Nutri-Score auf ihre Verpackung von Lebensmitteln rechtssicher aufbringen. Hersteller und Händler sorgen somit für mehr Orientierung am Einkaufsregal und bieten eine Entscheidungshilfe, welche Lebensmittel im Vergleich zu anderen Lebensmitteln der gleichen Kategorie den günstigeren Nährwert aufweisen und damit eher zu einer ausgewogenen Ernährung beitragen (vgl. BMEL, 2021a).

Das Beispiel zeigt, wie Konsumenten durch eine kluge Entscheidungsarchitektur zur richtigen Wahl verholfen werden kann. Durch strukturelle Veränderungen sind Setting-Ansätze meist auch nachhaltiger als das Motivationsmanagement individuellen Verhaltens. Maßnahmen in ihren Lebenswelten verbessern die Erreichbarkeit der intendierten Zielgruppen, da das individuelle Interesse der Betroffenen dann keine notwendige Voraussetzung ist. Bestenfalls können sogar Ausstrahlungseffekte auf andere Zielgruppen (z.B. die Familienangehörigen von Arbeitnehmern oder die Eltern von Kindern) erreicht werden (vgl. Naidoo; Willis, 2010).

Übung 1.7:

Überlegen Sie, welche Personen Einfluss auf Ihr Gesundheitsverhalten genommen haben bzw. noch nehmen. Welche Entscheidungen haben die jeweiligen Personen aus ihrer privaten oder beruflichen Rolle heraus getroffen? Welche Konsequenzen hatte bzw. hat dies für Ihre Gesundheit?



Im Folgenden werden wir die für das Motivationsmanagement in der Gesundheitsförderung wesentlichen indirekten Zielgruppen sowohl in privaten als auch beruflichen Rollen vorstellen. Anhand ihrer spezifischen Merkmale und Motive zeigen wir auf, welche Strategien und Maßnahmen genutzt werden, um sie in die Präventionsarbeit einzubinden.

1.3.1 Angehörige

Eltern oder andere Angehörige, die sich um die gesundheitliche Versorgung ihrer Kinder oder anderer Personen (wie Ehepartner, Eltern, Geschwister, Freunde) kümmern, sind wichtige Vermittler, Multiplikatoren und Entscheidungsträger für das Gesundheitsverhalten ihrer Angehörigen. Sie weisen oft eine sehr hohe Gesundheitsmotivation auf und treffen häufig stellvertretend relevante Gesundheitsentscheidungen, da die Betroffenen selbst sie noch nicht oder nicht mehr treffen können. Angehörige interessieren sich stark für Gesundheitsthemen, oft mehr als die eigentliche Zielgruppe (vgl. Kirschning; Kardorff, 2007; Bergmann; Bergmann, 2007). Dabei suchen sie aktiv nach Unterstützung für das eigene Verhalten (Was gebe ich meinem Kind zu essen? Wie gehe ich mit meiner demenzen Mutter um?) und nach Beratung für Entscheidungen (In welches Krankenhaus/Pflegeheim sollte der/die Angehörige gehen? Welches Medikament oder welche Therapie ist sinnvoll?). Im Rahmen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollte dieses Interesse genutzt und die Zielgruppe als Vermittler aktiv angesprochen und eingebunden werden (vgl. Schier; Lange, 2007, S. 3).

Viele Krankenkassen, Gesundheitsbehörden (u.a. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und Vereine bieten **Eltern** deshalb zahlreiche Broschüren, Internetseiten und Fortbildungsseminare mit Hinweisen zur Gesundheitsförderung von Kindern an. Bislang gibt es aber keine flächendeckenden Programme, die das Interesse der Angehörigen zufriedenstellend abdecken können, sondern viele vereinzelte Initiativen verschiedener Institutionen (vgl. Bergmann; Bergmann, 2007). Elternbildungsprogramme wie z.B. „STEP“ (vgl. STEP, 2021) „Starke Eltern – Starke Kinder“ (SESK, 2021) und „Erlebnisraum U-Boot“ (AOK, 2021b) versuchen Eltern bei ihrer Erziehung zu unterstützen und damit auch indirekt die Gesundheit der Kinder zu fördern (vgl. Hartung et al., 2010). Zudem führt der Austausch mit anderen Eltern meist zu einer deutlichen Entlastung, da neue Handlungsperspektiven erkannt und für sich selbst entdeckt werden können.

Bei Maßnahmen für Kinder in Tageseinrichtungen und Schulen ist es notwendig, dass auch die Eltern in die Projekte eingebunden werden (vgl. Hartung et al., 2010). So existieren meist separate Informationsunterlagen und -veranstaltungen für die Eltern (vgl. Kap. 1.2.1). Zudem wird empfohlen, jungen Eltern in Seminaren auch praktische Komponenten anzubieten, bei denen sie selbst etwas ausprobieren können (vgl. Bergmann; Bergmann, 2007).

Konkrete Angebote für andere Angehörige sind bisher noch seltener zu finden. Dabei besteht auch bei anderen Zielgruppen großes Potenzial (vgl. Kirschning; Kardorff, 2007). So konnten Wissenschaftler in einer Langzeitstudie feststellen, dass **Ehepartner** ihr Gesundheitsverhalten gegenseitig sehr stark beeinflussen. Wenn sich z.B. ein Partner ungesund ernährt, raucht oder viel Alkohol trinkt, verschlechtert sich auch das Verhalten des anderen. Betreibt dagegen einer regelmäßig Sport oder nimmt an Vorsorgeuntersuchungen teil, wird auch der andere davon mit der Zeit positiv beeinflusst. Daher erscheint es ratsam, bei Gesundheitsprogrammen für Erwachsene beide Partner gemeinsam anzusprechen (vgl. Homish; Leonard, 2008). Bisher finden sich dafür aber kaum explizite Angebote; allenfalls Partnertarife in Fitnessstudios oder gemeinsame Punktekonto für Ehepaare in Bonusprogrammen weisen in diese Richtung.

Ist das Fürsorgemotiv bei einem Angehörigen sehr stark ausgeprägt, besteht bei lang anhaltender oder besonders pflegeintensiver Betreuung auch die Gefahr, dass die eigene Gesundheit leidet (vgl. Dräger et al., 2012). Dies trifft für Eltern (insbesondere Alleinerziehende) ebenso zu wie für pflegende Angehörige. Neben der reinen Wissensvermittlung ist damit auch die eigene Gesundheitsmotivation der Angehörigen zu fördern. Eine Möglichkeit ist der Austausch zwischen betroffenen Angehörigen, der vielfach im Rahmen von Schulungen oder Selbsthilfegruppen organisiert wird. Einige Kranken- und Pflegekassen finanzieren Angehörigen auch spezielle Kuraufenthalte, bei denen Pflegebedürftige oder Kinder mitreisen dürfen. Ebenso finden sich zahlreiche Internetangebote, die sowohl Informationen als auch Austauschmöglichkeiten für Angehörige bieten.

Sollte die Fürsorgemotivation von Angehörigen nicht ausreichen, um sie zur Teilnahme an notwendigen Seminaren oder Schulungen zu bewegen, kann die Bereitschaft zur Teilnahme durch eine Integration in vorhandene Settings, Übernahme der Fahrtkosten, parallele Kinder- bzw. Pflegebetreuung oder Anreize in Form von Gutscheinen erhöht werden (vgl. Hartung et al., 2010). Es ist in jedem Fall wichtig, dass die Handlungsempfehlungen für die Angehörigen alltagsorientiert und damit einfach umsetzbar sind (vgl. Suckfüll; Stillger, 1999).



Übung 1.8:

Recherchieren Sie Gesundheitsangebote, die sich speziell an Eltern und andere Angehörige richten. Prüfen Sie, ob die vorgeschlagenen Maßnahmen für die angesprochenen Zielgruppen verständlich und im Alltag umsetzbar sind.

1.3.2 Führungskräfte

Führungskräfte und Personalverantwortliche in Unternehmen treffen zahlreiche Entscheidungen zur Ausgestaltung der Arbeit und Durchführung von Maßnahmen im Betrieb, die einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand ihrer Angestellten haben können. Dies bietet die Chance, die Gesundheit der Mitarbeiter positiv zu beeinflussen. Da die **betriebliche Gesundheitsförderung** (BGF) im Gegensatz zum Arbeitsschutz aber freiwillig ist, wird sie insbesondere von kleinen und mittelständischen Unternehmen noch selten realisiert (vgl. Slesina; Bohley, 2011).

Nach den Hindernissen betrieblicher Gesundheitsförderung gefragt, nennt etwa ein Drittel der Befragten die Widerstände seitens der Führungskräfte und die Zweifel am Nutzen für den eigenen Betrieb (vgl. Bechmann et al., 2011). Der positive Einfluss betrieblicher Gesundheitsförderung auf das Leistungsvermögen der Mitarbeiter und der

wirtschaftliche Nutzen machen sich meist erst langfristig bemerkbar. Besonders in Krisenzeiten fällt es den Unternehmen daher schwer, in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu investieren (vgl. Lenhardt; Rosenbrock, 2007). Aber auch sonst sind der Vorrang des Tagesgeschäfts und fehlende finanzielle und zeitliche Mittel oft erhebliche Hindernisse für die Umsetzung von Gesundheitsprojekten in Unternehmen (vgl. Bechmann et al., 2011). Gesundheitsförderung wird lediglich als zusätzliche Luxusaufgabe betrachtet und gerade strukturelle Veränderungen erscheinen viel aufwendiger in der Umsetzung als Ansätze der Aufklärung (vgl. Faltermeier, 2007).

Bevor Führungskräfte über die Einführung von BGF-Maßnahmen entscheiden können, müssen sie sich daher ausreichend über mögliche Maßnahmen und deren Nutzen, aber auch über die verschiedenen Anbieter informieren (vgl. Lenhardt; Rosenbrock, 2007; Stummer et al., 2008, S. 236). Dieses Wissen kann Führungskräften durch Fachzeitschriften, in Seminaren oder Vorträgen, im Rahmen von speziellen Veranstaltungen oder durch Außendienstmitarbeiter der Krankenkassen vermittelt werden. So bietet die Techniker Krankenkasse beispielsweise Gesundheitsseminare für Führungskräfte an, bei denen Best-Practice-Beispiele vorgestellt werden, die Führungskräfte zu einem gesundheitsorientierten Führungsstil animieren sollen (vgl. TK, 2021).

Da Krankenkassen gemäß § 20 SGB V einen gesetzlichen Auftrag zur Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung haben, bieten sie i. d. R. auch eine Fehlzeitenanalyse kostenlos an. Eine Fehlzeitenanalyse kann als erster Ansatzpunkt für BGF-Maßnahmen dienen, um den betrieblichen Ansprechpartnern unternehmensspezifische Probleme aufzuzeigen. Hierdurch gelingt es, zum einen das Fürsorgemotiv der Verantwortlichen anzusprechen und zum anderen auch mögliche wirtschaftliche Potenziale aufzuzeigen. So wird aus einem Vergleich des Krankenstandes der eigenen Mitarbeiter mit dem Durchschnitt der Branche deutlich, ob sich in der Belegschaft firmeneigene Probleme zeigen, die sich durch gezielte Interventionen beseitigen lassen.

Ähnlich wie bei der individuellen Ansprache von Erwachsenen (vgl. Kap. 1.2.3) lassen sich auch für die Führungskräfte finanzielle Anreize schaffen. Zum Beispiel bietet die IKK Classic den Arbeitgebern eine Prämie von 500 Euro bei Teilnahme von mindestens drei bonusberechtigten Mitarbeitern und erfolgreichem Abschluss aller vereinbarten Maßnahmen (vgl. IKK Classic, 2021).

Haben sich die Führungskräfte für eine Teilnahme an der betrieblichen Gesundheitsförderung entschieden, ist es wichtig, entsprechende Betriebsvereinbarungen zu treffen, um die Motivation auch langfristig zu erhalten und das Projekt nicht aufgrund kurzfristiger Engpässe zu gefährden. Zudem sind Manager gefordert, die interne Kommunikation über die gesundheitsförderlichen Maßnahmen und notwendige Veränderungen von Strukturen (Verhältnisprävention) durchzuführen, um eine nachhaltige Durchführung sicherzustellen (vgl. Stummer et al., 2008, S. 236).

1.3.3 Personal in Einrichtungen zur Versorgung und Betreuung

Erzieher in Kindergärten, Lehrer bzw. Professoren in Schulen und Hochschulen, aber auch das Personal in der Gesundheitsversorgung (wie Ärzte, Hebammen, Pflegeheimpersonal, Krankenkassenmitarbeiter) sind wichtige Vermittler und Kooperationspartner, die einen großen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern, jungen Erwachsenen und Patienten haben. Zwar schätzen die Akteure in beiden Branchen (im Unterschied zu Führungskräften) die Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention hoch ein, aber

auch bei ihnen stehen viele andere Motive im Konflikt mit dem Interesse an Gesundheitsförderung. Meist sehen sie sich außerstande, entsprechende Maßnahmen umzusetzen, da ihnen hierfür keine zeitlichen bzw. personellen Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Fürsorgemotivation ist somit bei dieser indirekten Zielgruppe grundsätzlich hoch, scheitert aber an den Gegebenheiten der Arbeitsorganisation bzw. konkurrierenden Anforderungen. Gesundheitsförderung und Prävention werden dann häufig als zeitaufwendige Zusatzaufgabe oder isolierte Einzelmaßnahme und nicht als integrierter Bestandteil von Erziehung, Betreuung und Versorgung betrachtet (vgl. Dicken; Allmer, 2012). Zur Motivierung der Verantwortlichen in diesen Bereichen bietet sich neben finanziellen Anreizen bzw. gesetzlichen Vorgaben, Zertifizierungen bzw. Qualitätssicherungsverfahren auch die personelle und fachliche Unterstützung bei der Änderung struktureller Rahmenbedingungen an.

Zahlreiche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen sind **gesetzlich geregelt**. So sind die Versorgung von Diabetespatienten im Rahmen von Disease-Management-Programmen und die Zahnprophylaxe in Bildungseinrichtungen in § 137 f. bzw. in § 21 SGB V beschrieben.

Fehlt eine gesetzliche Vorgabe und damit oftmals auch die finanzielle Vergütung, mangelt es häufig an der entsprechenden Motivation der Verantwortlichen. Obwohl Hausärzte als geeignet erscheinen, individuelle Gesundheitsförderung und Prävention zu betreiben, setzen sie vorrangig die Vorsorgeleistungen (wie Impfungen und Gesundheits-Check-ups) um, die vergütet werden. Für Beratungsgespräche zur Aufklärung über bestimmte Risiken ist hingegen in vielen Arzt-Patienten-Kontakten kaum Zeit (vgl. Haisch, 2007).

„Für das erforderliche gesundheitswissenschaftlich orientierte Vorgehen fehlt dem Hausarzt (...) wegen sehr begrenzter finanzieller Abrechenbarkeit entsprechenden Vorgehens wohl auch die eigene ‚Motivation‘.“ (Haisch, 2007, S. 198)

Das bedeutet, dass Maßnahmen auch gesetzlich und finanziell unterstützt werden müssen, um sie umsetzen zu können. So werden auch Präventionsmaßnahmen, wie die richtige Lagerung, Hautpflege und Mobilisierung zur Vorbeugung von Stürzen und Wundliegen, von der Pflegekasse finanziert.

Da die Vergütung allein häufig noch nicht ausreichend motiviert und auch vielfältige Möglichkeiten des Betrugs bestehen, existieren für zahlreiche gesundheitsrelevante Themen eine Dokumentationspflicht sowie Qualitätsprüfungen und Zertifizierungen.



Beispiel 1.7:

Seit 2007 müssen Krankenhäuser und Pflegeheime erfassen, ob bei einem Patienten Hautschädigungen durch Wundliegen (Dekubitusstatus) vorliegen. Dies soll bewirken, dass etablierte Methoden und das vorhandene Wissen bei den Patienten angewendet werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisse solcher Qualitätskennzahlen erlaubt Vergleiche mit anderen Einrichtungen und damit eine bessere Einschätzung der eigenen Position. Die Verantwortlichen werden dazu motiviert, einer auffälligen Dekubitusrate entgegenzusteuern. Auf diese Weise haben sowohl Krankenhäuser als auch Altenpflegeeinrichtungen den Einsatz von Hilfsmitteln und internen Arbeitsabläufen weiterentwickelt (vgl. Leffmann, 2004).

In verschiedenen Bundesländern existieren **Zertifizierungsmöglichkeiten** für Schulen, um den erreichten Qualitätsstandard in Bezug auf die Gesundheitsförderung darzustellen. So bietet das hessische Kultusministerium das Zertifikat „Gesundheitsfördernde Schule“ (vgl. Hessisches Kultusministerium, 2021) oder die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Mecklenburg-Vorpommern das Audit „Gesunde Schule“ an (vgl. LVG, 2021). Auch für Versorgungseinrichtungen existieren entsprechende Angebote. Allerdings herrscht eine große Heterogenität der Verfahren zur Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung mit einer Vielzahl unterschiedlicher Verfahren, die häufig mit geringer Datengüte, Verbindlichkeit und Regelmäßigkeit einhergehen (vgl. Kliche, 2011).

Zusätzlich sind Personen in Gesundheitsberufen oft ein wichtiger Kanal, um bestimmte Zielgruppen überhaupt zu erreichen. Da sie in ihrer beruflichen Rolle regelmäßigen Kontakt zu vielen gefährdeten Zielgruppen haben, können sie die Betroffenen ansprechen und ggf. weitervermitteln. Beispielsweise haben Hebammen und Ärzte bei Geburtsvorbereitungskursen, Nachsorge- und Vorsorgeuntersuchungen Kontakt zu Schwangeren mit Alkohol- und Zigarettenkonsum (vgl. Bergmann; Bergmann, 2007). Sollten die Eltern auch diese nicht regelmäßig konsultieren, dann ist es besonders wichtig, mit einer niedrigschwelligen Ansprache durch vertraute Multiplikatoren aus dem Umfeld Zugang zu diesen Familien zu erhalten und mit wenig Eigenmotivation bzw. sogar Abwehr der Eltern zu rechnen (vgl. Müller-Kohlenberg, 2012).

1.3.4 Akteure, Multiplikatoren und Netzwerke

Entscheidungen von **Akteuren in Parteien, Konzernen und Verbänden** können mitunter einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit großer Bevölkerungskreise haben. So geben Gremien der Weltgesundheitsorganisation, Konferenzen der Gesundheitsminister und Spitzenverbände der Krankenkassen bis hin zu Politikern in Gemeinden wichtige Impulse. Ihnen kommt häufig die Aufgabe zu, Projekte zu initiieren, die notwendigen Rahmenbedingungen wie Gesetze, Finanzierung, Räumlichkeiten etc. zu schaffen und verschiedenen Zielgruppen Zugang zu den Angeboten zu ermöglichen (vgl. Kruse, 2007). Zudem sind sie z.T. auch für die Ausbildungsplanung verschiedenster Berufe in Medizin, Pflege und Bildung verantwortlich. Beispielsweise ist die Unterstützung von Gesundheitsförderung und Prävention seit einigen Jahren auch in der Ausbildungsverordnung für Ärzte ausdrücklich enthalten (vgl. Heimpel, 2007).

Besonders im Vorfeld von Projekten und Programmen ist es wichtig, die Entscheider in regionalen Struktureinheiten zu überzeugen. Dabei sind zum einen finanzielle Anreize relevant (z.B. zusätzliche Ressourcen für den Gesundheits- bzw. Präventionsbereich). Zum anderen ist auch die Überzeugungsarbeit bei einflussreichen Akteuren entscheidend, um mit ihnen wichtige Unterstützer für die inhaltlichen Anliegen zu gewinnen (vgl. Broesskamp-Stone, 2012, S. 46).

Multiplikatoren in der Medienwirtschaft tragen wesentlich zur massenmedialen Vermittlung, Kompetenzförderung und Entscheidungsfindung für gesundheitsrelevante Fragestellungen bei. Sie entscheiden, welches Verhalten und welche Vorbilder in der Berichterstattung, in Spielfilmen, Serien usw. gezeigt werden. Damit haben sie Einfluss darauf, welches Verhalten in einer Gesellschaft als akzeptiert gilt und damit Vorbildfunktion hat (vgl. Ose; Hurrelmann, 2007). Es ist daher auch notwendig, die verschiedenen Akteure in den Medien (wie Journalisten und Filmproduzenten) für die Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und zu motivieren. Medienpräsenz fördert das öffentliche Be-

wusstsein für Probleme, was wiederum Druck auf die Politik und relevante Entscheidungsträger ausübt (vgl. Ose; Hurrelmann, 2007, S. 401). So erfolgte die Initialzündung für das Alkoholpräventionsprojekt HaLT (vgl. Kap. 3.2) durch ein Zeitungsinterview mit dem Chefarzt einer Kinderklinik, der über eine deutliche Zunahme von Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen berichtete (vgl. Präventionsprojekt HaLT, 2014).



Beispiel 1.8:

Die Ergebnisse einer systematischen Auswertung verschiedener Studien zeigen, dass das Rauchen in Filmen als Modellverhalten wirkt. Sowohl Einstellungen gegenüber Rauchern als auch die Absicht zu rauchen und die Initiierung des Rauchverhaltens können hierdurch geprägt werden (vgl. Maruska; Hanewinkel, 2010). Daher fordert die Weltgesundheitsorganisation, Filme, in denen geraucht wird, als nicht jugendfrei zu klassifizieren und Kinos zu verpflichten, Anti-Tabak-Werbung zu zeigen (vgl. WHO 2009 nach Maruska; Hanewinkel, 2010).

Da Gesundheitsförderung und Prävention im Wesentlichen interdisziplinäre Aufgaben sind, ist die Koordination und Vernetzung verschiedener Akteure und Institutionen wichtig. Die institutionelle Vernetzung gilt als wesentliches Qualitätskriterium für den langfristigen und nachhaltigen Erfolg einer Präventionsmaßnahme (vgl. Ruckstuhl et al., 2001). Netzwerke bieten die Möglichkeit, finanzielle und personelle Ressourcen zu bündeln und Kompetenzen und Entscheidungsbefugnisse der verschiedenen Projektpartner zusammenzubringen. Daher gilt es einerseits, Kooperationspartner auf verschiedenen politischen Ebenen einzubeziehen (z.B. Schule, Kommune, Bundesland, Bundesministerium). Andererseits müssen auch Akteure aus den verschiedensten fachlichen Bereichen (z.B. Essensanbieter, Städteplaner, Krankenkassen, Sportvereine, Ärzte, Wissenschaftler) beteiligt werden. Nur so können individuelle, direkte Maßnahmen mit überregionalen Kampagnen und entsprechenden politischen Entscheidungen verknüpft werden.

„Ein wesentlicher Faktor für das Gelingen von solchen Vernetzungen ist sicher die Win-win-Strategie, d.h. eine Strategie, aus der alle Beteiligten als Gewinner hervorgehen.“ (Ruckstuhl et al., 2001, S. 44)

So kann man beispielsweise eine bekannte und beliebte Politikerin für ein Projekt in einer Schule gewinnen, weil sie ihre Teilnahme für die eigene Karriere nutzen kann. Dem Projekt hilft ihre Unterstützung, weil dadurch Eltern und andere Multiplikatoren motiviert werden können.



Übung 1.9:

Überlegen Sie, welche Kooperationspartner Sie für ein Projekt zur Bewegungsförderung Jugendlicher in Ihrer Stadt ansprechen müssten. Wie könnten Sie die jeweiligen Akteure zur Beteiligung motivieren? Welche Motive/Interessen fördern bzw. hemmen die Teilnahmebereitschaft?

Zusammenfassung

Verschiedene **Zielgruppen** weisen **je nach Lebensphase** unterschiedliche **Motive** auf. Dementsprechend sollten auch unterschiedliche **Strategien** für Gesundheitsmaßnahmen zum Einsatz kommen. Tabelle 1.5 fasst die Motivschwerpunkte der einzelnen Lebensphasen und entsprechende abgeleitete Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung noch einmal zusammen.

Tab. 1.5: Übersicht über Motive der Lebensphasen und Strategien für das angewandte Motivationsmanagement

Zielgruppe	Hauptmotive	Strategien
Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • noch geringes Gesundheitsmotiv • Bindungsmotiv • kurzfristige Erfolgsorientierung • Bedürfnis nach Stabilität • Neugier 	<ul style="list-style-type: none"> • Setting-Ansatz • Lernen am Modell • Fantasiefiguren • Elternbeteiligung • Wettbewerbe • Rituale • Explorationsangebote
Jugendliche und junge Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> • Sensationslust • Anerkennung durch Gleichaltrige • Intimitätsmotiv 	<ul style="list-style-type: none"> • Erlebnispädagogik • Sport • Peer-Education • Gruppenaktivitäten • funktionale Verhaltensalternativen
Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitserhaltung • Verantwortung • (finanzieller) Status 	<ul style="list-style-type: none"> • flexible und individuelle Angebote • betriebliche Gesundheitsförderung • Stressmanagement • Bonusprogramme
ältere Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit • Sicherheitsbedürfnis • soziale Teilhabe 	<ul style="list-style-type: none"> • strukturierte Programme • Gesundheitsinformationen • Gruppenaktivitäten

Neben der Motivierung direkter Zielgruppen kann es auch hilfreich bzw. notwendig sein, **indirekte Zielgruppen** anzusprechen und zu überzeugen. Je nach privater oder beruflicher Rolle haben diese Personen unterschiedliche Einflussmöglichkeiten auf die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen. Während Eltern wichtige Entscheidungen für die Gesundheit ihrer Kinder treffen, können Führungskräfte gesundheitsrelevante Rah-

menbedingungen für ihre Mitarbeiter, z.B. durch betriebliche Gesundheitsförderung, beeinflussen. Das Personal in der medizinischen Versorgung (Ärzte, Pfleger, Krankenkassenmitarbeiter) kann zum einen als Zugangskanal zu ansonsten schwer erreichbaren Zielgruppen genutzt werden und führt zum anderen selbst auch zahlreiche Leistungen zur Gesundheitsförderung (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) aus. Daneben spielen auch Entscheidungsträger in der Politik und Multiplikatoren in der Medienwirtschaft eine wichtige Rolle für Maßnahmen und Projekte in der Gesundheitsförderung. Um diese indirekten Zielgruppen zu motivieren, können gesetzliche Vorgaben, finanzielle Anreize oder die Aussicht auf Imagegewinne geeignete Strategien sein.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Stellen Sie anhand eines Diagramms dar, wie sich die Gesundheitsmotivation im Laufe des Lebens verändert.
- 1.2 Nennen Sie verschiedene Strategien, um Personen mit geringer Gesundheitsmotivation zu motivieren.
- 1.3 Überlegen Sie, über welche und wie viele Menschen die indirekten Zielgruppen Eltern, Leiter von Kindertageseinrichtungen, Altenpfleger, Firmeninhaber mittelständischer Unternehmen und Vorstände von Großkonzernen jeweils in ihren Rollen entscheiden. Fertigen Sie dafür eine Tabelle an, die jeweils die verschiedenen indirekten Zielgruppen abbildet, und ergänzen Sie, für wen die einzelnen Akteure jeweils verantwortlich sind.
- 1.4 Wann ist die indirekte Motivierung, also die Ansprache von indirekten Zielgruppen, besser geeignet als die direkte Motivierung? Wann nicht? Berücksichtigen Sie dabei auch die unterschiedlichen Motive der altersspezifischen Zielgruppen und deren Einflussmöglichkeiten.

2 Prozessmanagement für Gesundheitsprogramme

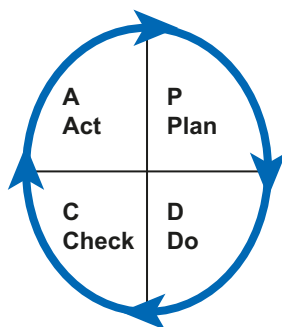
Das zweite Kapitel befasst sich mit dem Prozessmanagement für Gesundheitsprogramme im Rahmen von Setting-Ansätzen und individuellen Ansätzen der Motivationsförderung für gesundheitsbewusstes Verhalten. Sie lernen die verschiedenen Phasen der Planung, Durchführung und Kontrolle eines systematischen Prozessmanagements kennen. Sie erfahren, dass für die Initiierung und erfolgreiche Implementierung von Setting-Programmen und individuellen Programmen unterschiedliche Wege der Motivationsförderung nötig sind, um die verschiedenen Akteure vom Nutzen und der erfolgreichen Umsetzung derartiger Programme zu überzeugen.

Gesundheitsprogramme, ganz gleich, ob sie den Setting-Ansätzen oder den individuellen Ansätzen der Motivation zuzuordnen sind, bedürfen eines systematischen Managements, um bei den adressierten Zielgruppen kurz- und langfristige Erfolge zu erzielen.

Als Gesundheitsprogramm wird ein Bündel an Maßnahmen bezeichnet, das darauf abzielt, die Lebensbedingungen einer Person zu verbessern und ihre Handlungskompetenzen zu stärken (vgl. Rossi et al., 1999).



Als Grundlage für die Planung, Durchführung und Kontrolle von Gesundheitsprogrammen dient u. a. der PDCA-Zyklus (vgl. Abb. 2.1). Dieses aus dem Qualitätsmanagement stammende Modell findet häufig im Gesundheitsmanagement Anwendung und geht davon aus, dass es sich bei dem Kreislauf von P = Planning (planen), D = Doing (ausführen), C = Check (überprüfen) und A = Act (verbessern) um einen systematischen Verbesserungsprozess handelt. Für die Konzeption und Umsetzung von Gesundheitsprogrammen bedeutet dies, dass nicht einzelne Aktivitäten im Vordergrund stehen. Vielmehr sind diese miteinander verbunden und in einen Prozess eingebunden, der immer wieder von vorne beginnt.



P = Plan: Das Programm muss vor der eigentlichen Durchführung systematisch geplant werden. Die Phase der Planung umfasst das Erkennen der Istsituation und das Ableiten von Verbesserungsmöglichkeiten sowie das Entwickeln konkreter Maßnahmen.

D = Do: Die neu entwickelten Maßnahmen werden zunächst getestet (z. B. bei einer BGF-Maßnahme in einzelnen Abteilungen), bevor sie umfänglich eingeführt werden.

C = Check: Der in der Testphase geprüfte und ggf. weiterentwickelte Maßnahmenplan wird noch einmal gewissenhaft geprüft und schließlich für die Einführung in der gesamten Organisation freigegeben.

A = Act: Das Programm wird eingeführt. Konkret heißt das, dass häufig eine Vielzahl von Teilaktivitäten koordiniert und kontrolliert werden müssen (z. B. bei einem BGF-Programm Durchführung von Schulungen für die Mitarbeiter, Anpassung der organisationalen Bedingungen).

Abb. 2.1: PDCA-Zyklus des Gesundheitsmanagements (Kaminski, 2013, S. 24)

Die vier im PDCA-Zyklus vorgeschlagenen Phasen lassen sich für Setting-Ansätze der Motivation und individuelle Ansätze weiter differenzieren.

PDCA-Zyklus bei Setting-Ansätzen

Der Gesundheitsmanagementprozess bei Setting-Interventionen setzt in sozialen Räumen an (vgl. Scherenberg, 2017). Eine Setting-Intervention beginnt mit der Phase der **Diagnose** (vgl. Badura; Hehlmann, 2003). Soll ein Gesundheitsförderungsprogramm in einer bestimmten Lebenswelt (z.B. Schule, Kita, Betrieb, Hochschule) umgesetzt werden, gilt es zunächst, die Istsituation im Setting auf verschiedenen Ebenen zu erfassen. So ist die Einstellung des Führungspersonals einer Einrichtung (Führungsebene) ebenso zu bewerten wie der Gesundheitszustand und die Sichtweisen der potenziellen Programmteilnehmer (z.B. Mitarbeiter bei einer BGF-Maßnahme, Kinder und Eltern bei einem Ernährungsprogramm im Setting Kindergarten). Schließlich muss geprüft werden, welche organisationalen Voraussetzungen in einem bestimmten Setting vorhanden sind (organisationale Ebene).

Die **Planungsphase** dient der Formulierung realistischer Zielgrößen für eine Interventionsmaßnahme. Auch Zielgruppen und ggf. Zuständigkeiten für einzelne Zielbereiche werden in dieser Phase festgelegt. Zudem gilt es, konkrete Maßnahmen zu planen.

In der Phase der **Durchführung** werden sodann gezielt Maßnahmen ergriffen, um die in der Planungsphase definierten Ziele zu erreichen.

Die Phase der **Erfolgskontrolle** dient schließlich zur Überprüfung des Erfolgs einer Intervention. Nur indem ein Gesundheitsprogramm evaluiert wird, besteht die Möglichkeit, Lernprozesse bei den Initiatoren eines Programms anzuregen und bestehende Angebote weiterzuentwickeln. Badura und Hehlmann (2003) verstehen die Erfolgskontrolle dabei nicht als eine der Planung und Durchführung nachgelagerte Phase, sondern vielmehr als systematische und überdauernde Managementaufgabe. Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme sind häufig auf den Zeitraum von einem Jahr oder länger ausgerichtet. Eine kontinuierliche Erfolgskontrolle hilft deshalb dabei, frühzeitig Probleme zu entdecken, und dient zudem dazu, über einen längeren Zeitraum hinweg bestimmte Qualitätsstandards sicherzustellen.

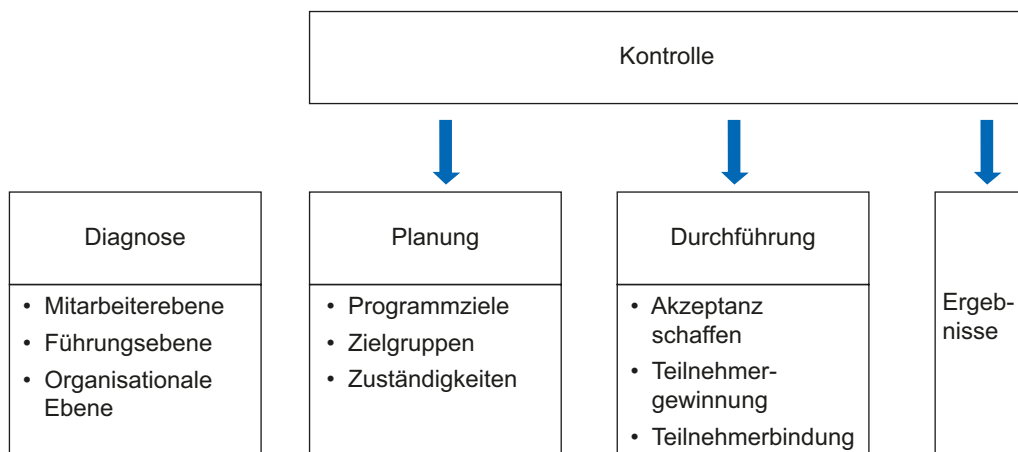
PDCA-Zyklus bei individuellen Ansätzen

Das Prozessmanagement individueller Ansätze der Motivation weist viele Gemeinsamkeiten mit dem eben beschriebenen Prozess auf. Ein maßgeblicher Unterschied besteht jedoch darin, dass die **Akquise der Programmteilnehmer** anders verläuft. Individuelle Ansätze der Motivation zielen zum einen darauf ab, Personen, die ein gewisses Risiko für bestimmte Krankheiten besitzen, frühzeitig zu erkennen und ggf. zu einer Änderung des Gesundheitsverhaltens zu motivieren. Praktiziert wird dies beispielsweise bei Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Darmkrebsvorsorge). In diesem Zusammenhang spricht man auch von Programmen der selektiven bzw. indizierten Prävention. Die von den Krankenkassen angebotenen Bonusprogramme zum anderen sind der universellen Prävention zuzuordnen. Hierbei geht es weniger darum, Personen mit einem mehr oder weniger großen Erkrankungsrisiko zu identifizieren. Vielmehr sollen gesunde Menschen adressiert werden, die sich proaktiv für den Erhalt ihrer Gesundheit einsetzen möchten. Da weder die universellen noch die selektiven Programme in einen organisationalen Kontext eingebunden sind, entfällt die Phase der Diagnose. Den ersten Schritt im Gesund-

heitsmanagementprozess bildet stattdessen die **Identifikation von Ziel- bzw. Risikopersonen**. An individuellen Programmen sind i. d. R. weniger Akteure beteiligt, als dies bei den Setting-Ansätzen der Motivation der Fall ist. In der **Planungsphase** müssen deshalb weniger Zielgruppen abgegrenzt und Zuständigkeiten abgesteckt werden. Vielmehr gilt es, je nach Grad des identifizierten Risikos geeignete Maßnahmen zu planen. Die Phasen der Durchführung und der Kontrolle sind vergleichbar mit dem Ablauf bei Setting-Ansätzen.

Abbildung 2.2 fasst die Phasen des Prozessmanagements für Setting-Ansätze und individuelle Ansätze noch einmal zusammen.

Prozessmanagement bei Setting-Ansätzen (Beispiel BGF-Maßnahme)



Prozessmanagement bei individuellen Ansätzen

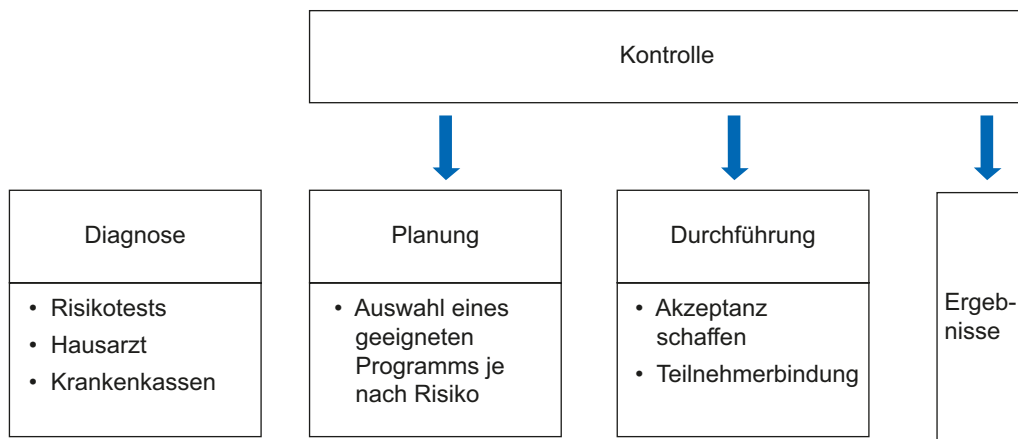


Abb. 2.2: Prozessmanagement bei Setting-Ansätzen und individuellen Ansätzen der Motivation

**Übung 2.1:**

Maßnahmen zur Diabetesprävention richten sich an verschiedene Zielgruppen:

- an Menschen, die bereits ein Risiko haben, an Typ-2-Diabetes zu erkranken;
- an junge Menschen, bei denen noch kein Erkrankungsrisiko besteht und die dazu motiviert werden sollen, gesund und proaktiv zu leben, um auch langfristig gesund zu bleiben.

Überlegen Sie, auf welchen unterschiedlichen Wegen sich diese beiden Zielgruppen identifizieren lassen.

Die Phasen Diagnose, Planung, Durchführung und Kontrolle im Gesundheitsmanagementprozess bei Setting-Ansätzen werden in den nächsten Kapiteln näher erläutert. Zur Identifikation und Zuordnung von Ziel- und Risikopersonen im Gesundheitsmanagementprozess bei individuellen Ansätzen erfahren Sie mehr anhand eines Fallbeispiels zur Diabetesprävention in Kap. 3.4.

2.1 Diagnose

Die erste Stufe des Prozessmanagements von Setting-Programmen der Motivation (wie z.B. BGF-Programme, Kita-Programme) ist die Diagnose der **Istsituation** im Setting. Für eine umfassende Istanalyse ist es notwendig, Diagnoseverfahren auf drei verschiedenen Ebenen anzuwenden: Dies sind

- die Mitarbeiterebene,
- die Führungskräfteebene und
- die Ebene der organisationalen Bedingungen.

Auf der Mitarbeiterebene werden häufig standardisierte Befragungen durchgeführt, mit denen beispielsweise die wahrgenommene Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, psychische Belastungen sowie motivationale Faktoren wie Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeitserwartungen erfasst werden. Ergänzend werden Gesundheits-Check-ups durchgeführt und Fehlzeiten analysiert. Auch der Istzustand auf Führungskräfteebene wird häufig mittels Fragebogenerhebung erfasst. Zentrale Fragen sind hierbei die Einschätzung von Führungsverhalten, Unternehmenskultur und Betriebsklima. Auf organisationaler Ebene werden schließlich die Arbeitsplatzanforderungen und die Arbeitsorganisation analysiert.

Tabelle 2.1 gibt einen Überblick über gesundheitsförderliche und gesundheitsbelastende Merkmale, die im Rahmen von Setting-Ansätzen den Mitarbeitern, dem Führungsverhalten und der Organisation zuzuordnen sind.

Tab. 2.1: Gesundheitsförderliche und gesundheitsbelastende Merkmale auf verschiedenen Analyseebenen (vgl. Badura et al. 1999, S. 21)

	Gesundheitsbelastende Merkmale	Gesundheitsförderliche Merkmale
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • geringe Anwesenheitsquote • hohe Fluktuation • steile Hierarchien • wenig Mitbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten für den Einzelnen • hohe Arbeitsteilung/Spezialisierung 	<ul style="list-style-type: none"> • flache Hierarchien • Vertrauenskultur • institutionalisierte Gesundheitsförderung
Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> • verbreitete Hilflosigkeit und Angstgefühle • niedriges Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein • geringe Arbeitszufriedenheit und -motivation • hoher Genussmittelkonsum • ungesunder Ernährungs- und Bewegungsstil 	<ul style="list-style-type: none"> • gute psychosoziale Gesundheit • hohes Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein • hohe Arbeitszufriedenheit und -motivation
Führungsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • autoritärer Führungsstil • hohes Konkurrenzstreben • wenig ausgeprägte soziale Kompetenzen und Managementkompetenzen 	<ul style="list-style-type: none"> • partizipativer Führungsstil • Teamarbeit • ausgeprägte soziale Kompetenzen und Managementkompetenzen

Wie stark Mitarbeiterebene und organisationale Ebene zusammenwirken, zeigt das Beispiel 2.1.

Beispiel 2.1: Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen im Rahmen der BGF

Die Ursachen für das Entstehen von Muskel- und Skeletterkrankungen können bei der Person selbst liegen, wenn diese sich z.B. zu wenig oder zu einseitig bewegt. In diesem Fall sind für eine Gesundheitsvorsorge verhaltenspräventive Maßnahmen notwendig.

Aber auch organisationale Rahmenbedingungen kommen als Ursachen infrage (z.B. keine ausreichenden Pausen bei einer Bildschirmtätigkeit). Dies erfordert verhältnispräventive Maßnahmen.



Das Beispiel verdeutlicht, dass sich das Potenzial von präventiven Maßnahmen zumeist erst dann erschließt, wenn verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze zusammenwirken. Setting-Programme müssen deshalb so ausgerichtet sein, dass sowohl organisatorische Rahmenbedingungen als auch individuelles Verhalten verändert werden.

2.2 Planung

Zur Phase der Planung zählen neben der Eingrenzung relevanter Zielgruppen die Definition der Ziele und die Festlegung konkreter Zuständigkeiten bei der Programmumsetzung (vgl. Hellmann, 2007).

Die **zentralen Zielgruppen** von Setting-Programmen der Motivation sind zum einen die Mitarbeiter und Führungskräfte im Setting (z.B. der Leiter und die Erzieher in einem Kindergarten, die Leiterin einer Hochschule), zum anderen sind es die unmittelbar adressierten Programmteilnehmer (z.B. die Kindergartenkinder, die Studierenden). Zudem können auch indirekte Zielgruppen direkte Programmteilnehmer sein (z.B. die Eltern der Kindergartenkinder, die in der Kita einen Vortrag über gesunde Ernährung hören).

Bei einem Setting-Programm in einer Kindertageseinrichtung obliegen dem Erziehungspersonal gleichzeitig mehrere Aufgaben. Zum einen sind die Erzieher Zielgruppe des Programms, da sie möglicherweise selbst etwas über Themen wie gesunde Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit lernen müssen. Zum anderen werden sie häufig aktiv in die Konzeption des Programms bzw. die Implementierung in der Kindertagesstätte einbezogen und müssen mit den Kindern im Programm arbeiten. Das Erziehungspersonal ist damit auch indirekt bzw. vermittelnd tätig, da die Kinder die direkte Zielgruppe sind. Die Aufgabe der Erzieher ist es schließlich auch, die Eltern der Kinder zu adressieren und in das Programmgeschehen einzubinden. Auch in dieser Aufgabe wird die vermittelnde Funktion der Erzieher deutlich. Der Kita-Leitung obliegt wiederum die Aufgabe, die Mitarbeiter kontinuierlich zu motivieren und sie dazu zu befähigen, ihren komplexen Aufgaben gerecht werden zu können.

Die zentralen Zielgruppen von Setting-Programmen in Kitas und ihre Aufgaben fasst Abb. 2.3 zusammen.

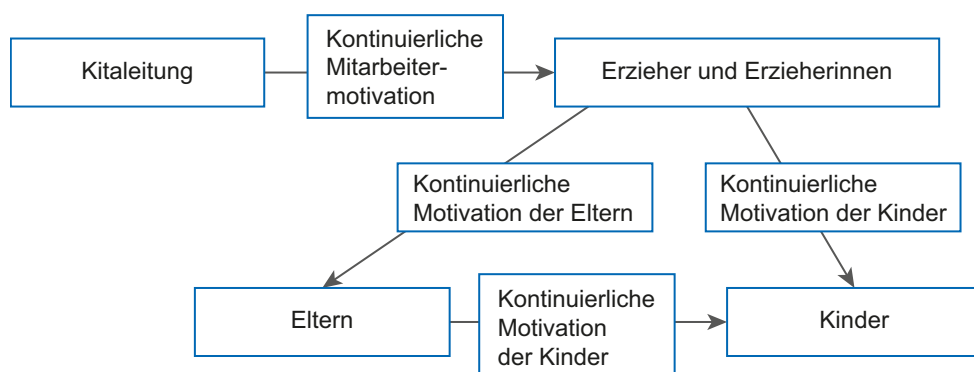


Abb. 2.3: Relevante Zielgruppen im Setting „Kindertageseinrichtungen“

Beispiele für Interventionen in Kindertagesstätten oder Grundschulen sind die gesetzlich verpflichtende Gruppenprophylaxe zur Prävention von Zahnerkrankungen (vgl. DAJ, 2013) sowie die Schuleingangsuntersuchungen (vgl. BZgA, 2021b).

Übung 2.2:

Eine Krankenkasse möchte ein Setting-Programm in Grundschulen initiieren, um die Schüler und Schülerinnen an die Themenfelder gesunde Ernährung und psychische Gesundheit heranzuführen. Überlegen Sie, welche direkten und indirekten Zielgruppen in ein solches Programm involviert sind.



Betrachtet man **BGF-Programme** als spezielle Form von Setting-Ansätzen, so sind in diesem Fall vor allem die Zielgruppen der Mitarbeiter und der Führungskräfte zu unterscheiden. Sofern vorhanden, muss auch der Betriebsrat in die Konzeption einer BGF-Maßnahme einbezogen werden. Die Mitarbeiter nehmen bei der Planung und Durchführung eines BGF-Programms eine Schlüsselrolle ein, da sie einerseits Zielgruppe des Programms sind, sich andererseits aber auch aktiv einbringen müssen. Dem Führungspersonal im Unternehmen obliegt die strategische Planung und operative Umsetzung des Programms, zudem hat es die Aufgabe, die eigenen Mitarbeiter kontinuierlich zur Teilnahme am Programm zu motivieren. Die Anzahl der Interventionsprogramme ist groß und ergibt sich zum einen aus der bestehenden Gesetzeslage und dem ökonomischen Interesse der Arbeitgeber (z.B. Minimierung von Fehlzeiten, Produktivitätsverlust, Mitarbeitergewinnung und -bindung), und zum anderen daraus, dass Strategien und Maßnahmen sehr spezifisch auf die jeweilige Branche, die Zielgruppe sowie die berufliche Belastung der Mitarbeiter angepasst werden müssen (vgl. Scherenberg, 2017). Die Universität Heidelberg mit der Plattform „Maßnahmen und Empfehlungen für die gesunde Arbeit von morgen“ (MEgA) stellt nur eine der zahlreichen Initiativen für betriebliche Gesundheitsförderung dar (vgl. Universität Heidelberg, 2021).

In der Planungsphase von BGF-Maßnahmen ist es schließlich auch notwendig, die **Unternehmenskultur** zu analysieren. Unter der Unternehmenskultur wird die Gesamtheit gemeinsamer Basisannahmen (z.B. vorherrschendes Menschenbild), Werte (z.B. Umweltorientierung, Partizipationsmentalität) und Artefakte (z.B. Rituale, einheitlicher Kleidungsstil) verstanden, welche das Handeln von Mitgliedern einer Organisation prägen (vgl. Schein, 1984). Eine Unternehmenskultur entwickelt sich über Jahre und Jahrzehnte hinweg, weshalb BGF-Maßnahmen im Idealfall immer an die Gegebenheiten des jeweiligen Unternehmens angepasst werden sollten, anstatt umgekehrt Flexibilität in der Unternehmenskommunikation und den Besonderheiten der verschiedenen Zielgruppen zu erwarten. Je nach Unternehmenskultur lassen sich BGF-Maßnahmen ganz generell strategisch in zwei Richtungen lenken. In Abhängigkeit von der Art der Personal- und Organisationsentwicklung, die in einem Unternehmen gelebt wird, kann das Ziel darin bestehen, bereits gesundheitsorientierte und motivierte Mitarbeiter anzusprechen (präventive Strategie) oder aber eine korrektive Strategie zu fahren, bei der es darum geht, Mitarbeiter, die häufig krank und demotiviert sind, anzusprechen (korrektive Strategie) (vgl. Wegner, 2009).

Übung 2.3:

Überlegen Sie, welche der beiden Strategien Erfolg versprechender sein könnte, die präventive oder die korrektive. Begründen Sie Ihre Antwort.



2.3 Durchführung

Damit potenzielle Teilnehmer ein bestimmtes Gesundheitsförderungsprogramm (z.B. ein BGF-Projekt) interessant finden und motiviert sind, sich darauf einzulassen, gilt es in der Phase der Durchführung zunächst, Aufmerksamkeit und Akzeptanz für das Programm zu schaffen. Als nächste Schritte müssen Teilnehmer für das Programm gewonnen und langfristig an das Programm gebunden werden.

Um **Akzeptanz** zu schaffen, kann eine Krankenkasse beispielsweise versuchen, mit einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit über das Projekt zu informieren und dessen Relevanz herauszustellen. Insbesondere kann über „Leuchtturmprojekte“, also Best-Practice-Beispiele, berichtet werden. Auf diese Weise ist für die potenziellen Teilnehmer klar ersichtlich, wie das Programm abläuft. Zum anderen kann der Initiator eines Programms so veranschaulichen, zu welchen Erfolgen Maßnahmen der Gesundheitsförderung führen können. Wichtige Elemente der Öffentlichkeitsarbeit sind dabei nicht nur die Massenmedien, sondern vor allem auch der Onlineauftritt, Pressekonferenzen, Broschüren und persönliche Gespräche sowie Präsentationen vor Ort.

Inhaltlich sollte bereits in diesem frühen Abschnitt der Durchführungsphase deutlich werden, dass die potenziellen Teilnehmer mit ihren Vorstellungen ernst genommen werden, dass auf ihre Wünsche eingegangen wird und dass sie im Hinblick auf ihr Gesundheitsverhalten nicht bevormundet, sondern vielmehr in die Lage versetzt werden sollen, ihre Gesundheit selbst beeinflussen zu können. In diesem Zusammenhang ist auch vom sogenannten Empowerment-Ansatz die Rede.



„Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten. Fachkräfte der Gesundheitsförderung sollen durch ihre Arbeit dazu beitragen, alle Bedingungen zu schaffen, die eine „Bemächtigung“ der Betroffenen fördern und es ihnen ermöglichen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen.“ (Brandes; Stark, 2011)

Wie bereits angesprochen, sind bei einem BGF-Programm i. d. R. viele unterschiedliche Akteure (Geschäftsführung, Führungskräfte, Arbeitnehmervertretung, Arbeitnehmer) involviert, bei denen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und auf unterschiedlichen Wegen Bewusstsein für das Programm geschaffen werden muss. So sollten in einem ersten Schritt die Geschäftsleitung und der Betriebsrat möglichst gleichzeitig über ein geplantes Programm informiert werden. Auch die Mitarbeiter lassen sich über Informationsveranstaltungen schon frühzeitig in das geplante Projekt einbinden. Möglicherweise ist auch die Betriebsärztin ein geeigneter Multiplikator, um im Rahmen einer Routineuntersuchung über eine BGF-Maßnahme zu informieren und Akzeptanz bei den Angestellten zu schaffen.

Für alle Zielgruppen gilt gleichermaßen, dass sich die Vorteile eines neuen Projekts am ehesten dann überzeugend kommunizieren lassen, wenn offen und mit ausreichender Vorlaufzeit informiert wird. Insbesondere sollte auch darauf geachtet werden, dass die Adressaten realistische Erwartungen bilden und keine überzogenen Vorstellungen in Hinblick auf die Projekterfolge entwickeln. Gerade bei Gesundheitsprogrammen, die auf

Verhaltensänderungen abzielen, stellen sich Erfolge nicht unmittelbar, sondern zumeist erst nach einem längeren Zeitraum ein. Um Enttäuschungen zu vermeiden, sollte dies auch an die potenziellen Programmteilnehmer kommuniziert werden.

Eine weitere Möglichkeit, Akzeptanz zu schaffen, ist der Einsatz von Meinungsführern.

Meinungsführer sind Menschen, die in Bezug auf ein oder mehrere Themengebiete ein besonders großes Interesse mitbringen. Sie eignen sich schnell spezifisches Fachwissen an und geben dieses aktiv in ihrem sozialen Umfeld weiter (vgl. Lazarsfeld et al., 1968).



Meinungsführer sind aufgeschlossene und vielseitig interessierte Menschen, die sich eher als andere für bestimmte Themen interessieren. Charakteristisch ist weiterhin, dass sie über ein großes soziales Netzwerk verfügen und ihr erworbenes Wissen gerne an andere Personen weitergeben. Für die Initiatoren von Gesundheitsprogrammen sind Meinungsführer deshalb eine interessante Zielgruppe. Zu Beginn der Durchführungsphase ist beispielsweise schon viel gewonnen, wenn der eine oder andere besonders begeisterungsfähige Abteilungsleiter bereit ist, aktiv am Programm mitzuwirken, und gezielt mit Informationen versorgt werden kann.

In der Regel sind von Krankenkassen initiierte BGF-Programme auf einen Zeitraum von drei Jahren ausgerichtet. Dies ist notwendig, da es etwa ein Jahr lang dauert, bis das Projekt erfolgreich angelaufen ist, und dann weitere zwei Jahre, um die Strukturen dauerhaft im Unternehmen zu implementieren. Um die Beteiligten an das Programm zu binden, ist gerade in der Anfangsphase darauf zu achten, dass BGF-Programme neben der Verwirklichung der einzelnen Maßnahmen immer auch der Vertrauensbildung und Entwicklung gemeinsamer Überzeugungen dienen sollen. Möglich ist dies beispielsweise mit Maßnahmen wie der Bildung von Qualitätszirkeln zu einzelnen Gesundheitsthemenbereichen, Coachings für die Führungskräfte, Einsatz von Teamkoordinatoren sowie Programmen zur Stressprävention (vgl. Kaminski, 2013).

Um die Motivation bei allen Beteiligten zu erhalten, empfiehlt es sich, Meilensteine im Abstand von höchstens einem Jahr zu setzen. Zu diesen Meilensteinen gibt es Treffen, bei denen überprüft wird, inwiefern die vorher gesetzten Ziele realisiert werden konnten. Auf dieser Analyse aufbauend werden neue Maßnahmen entwickelt, die in einer nächsten Phase dann umgesetzt und schließlich wieder evaluiert werden. Wie schon aus dem PDCA-Zyklus bekannt, entsteht so ein Kreislauf von Zielformulierung, Maßnahmenplanung, Umsetzung, Evaluation und erneuter Zielsetzung.

Während der Laufzeit eines Projekts gilt es, auf Warnhinweise zu achten, die auf ein Scheitern des Projekts hindeuten könnten. Insbesondere in der Lebenswelt Betrieb laufen Projekte häufig Gefahr, im Sande zu verlaufen. Dies geschieht vor allem dann, wenn die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Tagesgeschäft untergehen oder wenn wirtschaftliche Zwänge Unternehmen dazu nötigen, sich auf ihr Kerngeschäft zu konzentrieren. Dies kann dazu führen, dass die erforderlichen Strukturen nicht richtig in den Managementprozess implementiert werden. Doch die Projekte können auch an der Motivation der Mitarbeiter scheitern. Dies ist besonders häufig der Fall, wenn am Anfang eine unklare Zielstellung formuliert wurde (vgl. Kotte, 2013).

2.4 Erfolgskontrolle von Gesundheitsprogrammen

Abbildung 2.2 zeigte, dass eine Erfolgskontrolle (Evaluation), d.h. eine systematische Bewertung, von Gesundheitsprogrammen i. d. R. auf drei verschiedenen Ebenen stattfindet. Demnach ist für eine umfassende Erfolgskontrolle eine Bewertung der Planung, der Durchführung und der Ergebnisse erforderlich:

- Die Bewertung der Planung findet ganz zu Beginn des Gesundheitsmanagementprozesses statt, hier gilt es, das Konzept für eine Intervention zu bewerten und die möglichen Effekte frühzeitig abzuschätzen.
- Bei der Evaluation während der Durchführungsphase geht es darum, programmbegeleitend zu überprüfen, ob alle Einzelmaßnahmen wie geplant umgesetzt werden.
- Die Ergebnisevaluation prüft schließlich, ob die formulierten Zielsetzungen erreicht worden sind (Frage nach der Effektivität) und ob sich das Verhältnis von Aufwand und Ertrag rechnet (Frage nach der Effizienz).



Effizienz und Effektivität können anhand der folgenden Fragen unterschieden werden:

Effektivität = Die richtigen Dinge tun

Wurden geeignete Maßnahmen ausgewählt, um das Ziel zu erreichen?

Effizienz = Die Dinge richtig tun

Ist das Ziel mit angemessenem Aufwand erreicht worden?

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung differenziert ebenfalls zwischen drei Ebenen der Evaluation, definiert diese jedoch anders. Es werden die Ebene der Wissenserweiterung, die Ebene der Programmentwicklung und die Ebene der Wirtschaftlichkeit unterschieden (vgl. Christiansen, 1999). Auf der Ebene der Wissenserweiterung war ein Programm dann erfolgreich, wenn die einzelnen Maßnahmen zu Veränderungen auf individueller Ebene (z.B. größere Bereitschaft, Firmensportangebote zu nutzen) und/oder organisationaler Ebene (z.B. Einrichtung mehr ergonomischer Arbeitsplätze) zu Veränderungen geführt haben. Aus Perspektive der Programmentwicklung ist eine Intervention dann gelungen, wenn die im Rahmen eines Projekts gesammelten Erfahrungen dazu dienen, das Programm systematisch weiterzuentwickeln. Auf der Ebene der Wirtschaftlichkeit ist zu bewerten, ob die Aufwendungen, die in ein Programm geflossen sind, in einem angemessenen Verhältnis zu den Erfolgen der Intervention stehen.

Sowohl in der Präventionspraxis als auch in der empirischen Forschung dominiert die Evaluation auf der Ergebnisebene, d.h., es interessiert hauptsächlich die Programmwirkung, während die Planungs- und Durchführungsebene vernachlässigt werden (vgl. Michie; Abraham, 2004). Die **Konzentration auf die Programmwirkungen** bringt jedoch mehrere Nachteile mit sich: In der Regel lassen sich nicht alle möglichen Effekte abbilden und oftmals ist es schwer nachvollziehbar, worauf diese Effekte zurückzuführen sind. Dies liegt darin begründet, dass viele Gesundheitseffekte intangibel, d.h. nicht direkt greifbar und damit schwer messbar sind. So könnte man es beispielsweise auch als Erfolg verbuchen, wenn es im Rahmen einer Intervention gelingt, bei denen Adressaten einer Kampagne die Angst zu reduzieren, zur Darmkrebsvorsorge zu gehen.

Um aussagekräftige Befunde zu erhalten, wäre es für eine Erfolgskontrolle erforderlich, **experimentelle Designs** einzusetzen. So müsste der Grad der wahrgenommenen Angst sowohl vor als auch nach der Intervention gemessen werden (Prä-/Post-hoc-Vergleich). Weichen beide Messergebnisse signifikant voneinander ab, so kann man von einem Interventionseffekt ausgehen. Alternativ lassen sich Designs mit Kontroll- und Experimental-Gruppe einsetzen. Beide Gruppen werden einmalig und zum gleichen Zeitpunkt befragt. Die Experimental-Gruppe wird von Personen gebildet, die einer Intervention (also z.B. einer Darmkrebskampagne) ausgesetzt waren. Diese Personen werden zu ihrem wahrgenommenen Angst-Level in Bezug auf die Darmkrebsvorsorge befragt. Als Vergleichsbasis werden Personen befragt, die mit der Intervention keinen Kontakt hatten. Diese Personen sind die Kontrollgruppe. Unterschiede in den Mittelwerten von Kontroll- und Experimentalgruppe lassen wiederum auf einen Effekt der Intervention schließen.

In der Gesundheitsmanagement-Praxis finden Kontrollgruppen-Designs ebenso wenig Anwendung wie Prä-/Post-hoc-Vergleiche. Wenn schon auf experimentelle Studien oftmals verzichtet wird, sollte zumindest ein bestimmtes Maß an **Dokumentation** erfolgen. Michie und Abraham (2004) empfehlen beispielsweise, alle durchgeführten Einzelmaßnahmen sowie deren Effekte detailliert zu erfassen. Zu einer umfassenden Dokumentation zählen beispielsweise:

- der Gesundheitsbereich (z.B. Maßnahme zur Ernährung)
- die definierten Ziele (unterteilt nach organisationaler und individueller Ebene)
- die Beschreibung der eingesetzten Techniken/Programmelemente (z.B. Ernährungsberatung)
- die Intensität der Programmelemente (z.B. Anzahl der Beratungsstunden in einem bestimmten Zeitraum)
- die Operationalisierung der Erfolgsgrößen sowie Programmeffekte (z.B. auf individueller Ebene: Gewichtsreduktion der Programmteilnehmer, Verbesserung der Einstellung gegenüber einer gesunden Ernährung, auf organisationaler Ebene: Einführung einer Obsttheke in der Kantine)

Da es unmöglich erscheint, alle intendierten und nichtintendierten Effekte einer Verhaltensintervention zu evaluieren, werden in der Praxis **zentrale Zielgrößen** hervorgehoben und kontrolliert. Das sind zum einen Maßzahlen auf organisationaler Ebene, die für ein Unternehmen leicht verfügbar sind (z.B. Senkung der krankheitsbedingten Fehltagge). Zum anderen wird häufig eine (langfristige) Verhaltensänderung als zentrale Zielgröße herangezogen (vgl. Michie; Abraham, 2004). Das Messen einer Verhaltensänderung ist ebenfalls mit Messschwierigkeiten verbunden, da hier der Messzeitpunkt eine entscheidende Rolle spielt. Erfasst man in einem Fragebogen, ob eine Intervention zu einer Verhaltensänderung geführt hat, so können die Antworten je nach Messzeitpunkt sehr unterschiedlich ausfallen. Direkt nach Abschluss einer Intervention werden die Ergebnisse vermutlich positiver sein, als wenn mehrere Wochen oder Monate zwischen dem Ende der Intervention und dem Befragungszeitpunkt liegen. Ein Lösungsansatz wäre in diesem Fall, Längsschnittuntersuchungen durchzuführen, bei denen dieselben Probanden in regelmäßigen Abständen um Auskunft gebeten werden.

Zusammenfassung

In Kapitel 2 haben Sie gelernt, dass Gesundheitsprogramme einen **systematischen Prozess** durchlaufen, der i. d. R. aus den Phasen Diagnose, Planung, Durchführung und Erfolgskontrolle besteht.

Die Phase der **Diagnose** spielt bei Setting-Programmen der Motivation eine herausragende Rolle, da in diesem Fall verhaltenspräventive und verhältnispräventive Maßnahmen zusammenwirken sollen und dazu im Vorfeld der Istzustand auf individueller und organisationaler Ebene zu erfassen ist.

Besondere Sorgfalt sollten Verantwortliche in Setting-Programmen der **Planungsphase** und der Evaluation zukommen lassen. Gelingt es nicht, Führungskräfte und potenzielle Programmteilnehmer zu Beginn und während der Intervention immer wieder zur Erreichung der Programmziele zu motivieren, droht das Programm im Sande zu verlaufen.

Das zentrale Augenmerk in der Phase der **Durchführung** liegt im Bemühen, bei allen beteiligten Akteuren Akzeptanz zu schaffen und über den Empowerment-Ansatz insbesondere die Programmteilnehmer zu befähigen und zu motivieren, dauerhaft am Programm teilzunehmen.

Hinsichtlich der **Erfolgskontrolle** legen zwar viele Autoren eine systematische programmbegleitende Evaluation nahe, tatsächlich liegt der Fokus in der Praxis jedoch auf der Bewertung der Programmwirkungen, wobei die eingesetzten Verfahren und Analyseinstrumente z.T. wissenschaftlichen Ansprüchen nicht gerecht werden. Hier ist ein Umdenken in Richtung einer umfassenden Erfolgskontrolle notwendig.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 2.1 Nennen und erläutern Sie kurz die Phasen des PDCA-Zyklus. Warum geht dieses Modell davon aus, dass z.B. das Gesundheitsmanagement ein systematischer Prozess ist?
- 2.2 Welche drei Analyseebenen lassen sich bei einem BGF-Programm in der Diagnosephase unterscheiden? Erläutern Sie an einem selbst gewählten Beispiel aus dem Gesundheitsbereich, wie diese Ebenen im Unternehmensalltag zusammengreifen.
- 2.3 Welche Möglichkeiten zur Evaluation einer Gesundheitsmaßnahme kennen Sie? Tragen Sie mögliche Messmethoden für das Beispiel „Verbesserung der Bewegungsgewohnheiten durch ein sechsmonatiges Fitnesstraining“ zusammen.
- 2.4 Definieren Sie die Begriffe „Effektivität“ und „Effizienz“. Was sollte Ihrer Meinung nach bei der Erfolgskontrolle eines Gesundheitsprogramms im Vordergrund stehen? Begründen Sie Ihre Meinung.

3 Praxis des Motivationsmanagements

Im dritten Kapitel erhalten Sie anhand konkreter Fallbeispiele von Unternehmen und Präventionsinstituten einen Einblick in die Praxis des Motivationsmanagements. Danach können Sie Arten und Zielsetzungen des Motivationsmanagements unterscheiden und wissen, wie erfolgreiche Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme gestaltet werden können.

3.1 Fallbeispiel Bewegungs- und Ernährungserziehung („TigerKids – Kindergarten aktiv“)

Bewegungs- und Ernährungserziehung startet bereits während der frühen Kindheit. Das Projekt „TigerKids“ zielt darauf ab, die Gesundheit von Kindern zu fördern, um somit Übergewicht und Adipositas vorzubeugen. Im Folgenden wird das Projekt näher vorgestellt.

Ausgangslage und Projektziele

In den westlichen Industrienationen hat sich **Adipositas** (Fettleibigkeit) aufgrund der steigenden Prävalenz bei Kindern zu einem vordringlichen Gesundheitsproblem entwickelt (vgl. Wabitsch, 2004). Einer Untersuchung des Robert Koch-Instituts zufolge gelten 15 % der Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren als übergewichtig, 6 % sogar als adipös. Dabei sind bereits 9 % der Vorschulkinder als übergewichtig einzustufen. Der Anteil der übergewichtigen Kinder hat sich in den letzten 20 Jahren um 50 % erhöht (vgl. Kurth; Schaffrath et al. 2007).

Übergewichtige Kinder leiden unter Hänseleien, sie werden bei Spielen und Verabredungen häufig ausgegrenzt und können bei sportlichen Aktivitäten oft nicht mithalten. Zudem zeigen diverse Studien, dass sich etwa die Hälfte der adipösen Kinder auch zu adipösen Erwachsenen entwickelt (vgl. Dietz, 1998). Langfristig führt Übergewicht damit nicht nur zu einem beeinträchtigten Selbstwertgefühl und einer verminderten Durchsetzungsfähigkeit, sondern kann auch schwere Krankheiten wie Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Leiden, Atemstörungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparats nach sich ziehen.

Leitlinien für effektive Präventionsprogramme

In Deutschland existieren zahlreiche Präventionsprogramme, die zum Ziel haben, beispielsweise Gewalt, Kriminalität und Suchtverhalten vorzubeugen. Was aber zeichnet Programme aus, die sich in Wirkungsevaluationen als effektiv erwiesen haben? Nation et al. (2003, 2005) haben mithilfe systematischer Literaturreviews sowie Meta-Analysen herausgearbeitet, welche neun Eigenschaften ein wirksames Präventionsprogramm aufweisen sollte (vgl. Landespräventionsrat Niedersachsen, 2021a; Nation et al., 2003; Nation et al., 2005):

übergreifender Ansatz: Elemente von Verhaltensprävention auf der individuellen Ebene und Verhältnisprävention durch Veränderung des Umfelds vorhanden

Methodenvielfalt: Einsatz verschiedener Methoden sowie hoher Anteil an Interaktionen zwischen den Teilnehmenden

ausreichende Intensität: Programm umfasst eine gewisse zeitliche Dauer und inhaltliche Intensität

theoriegesteuert: Programm muss wissenschaftlich belegbar sein und einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang erkennen lassen

positiver Beziehungsaufbau: Aufbau stabiler und positiver Beziehungen zwischen Kindern/Jugendlichen und (erwachsenen) Rollenvorbildern

passender Zeitpunkt: Start des Programms vor dem Auftreten der Probleme sowie stetige Anpassung an die Fortschritte der Teilnehmer

soziokulturell zutreffend: Anpassung des Programms an die kulturellen Rahmenbedingungen der Teilnehmer sowie Berücksichtigung individueller Unterschiede zwischen den Teilnehmern

Wirkungsevaluation: Das Programm wird permanent auf seine Wirksamkeit überprüft sowie notwendige Änderungen vorgenommen

gut ausgebildetes Personal: Umsetzung durch geschultes und motiviertes Personal

Einen Überblick über wirksame Programme weltweit liefert die „Grüne Liste Prävention“ (vgl. Landespräventionsrat Niedersachsen, 2021c).

Die Chancen, das **Bewegungs- und Ernährungsverhalten** im Kindergartenalter erfolgreich zu beeinflussen, sind besonders groß, weil es in den ersten Lebensjahren entscheidend geprägt wird (vgl. Kap. 1.2.1).

Zur präventiven Verhaltensmodifikation wurde daher mithilfe interdisziplinärer Experten u. a. aus Pädagogik, Medizin und Kommunikationswissenschaften das Projekt „TigerKids – Kindergarten aktiv“ von der AOK und der Stiftung Kindergesundheit entwickelt.

Das oberste Ziel des Projekts ist handlungsorientiertes Erleben und das Einüben eines gesunden Lebensstils. Dieser Ansatz kommt in den fünf konkreten **Zielen** von TigerKids zum Ausdruck. Die Eltern bzw. Kinder sollen dazu motiviert werden,

- sich mindestens eine Stunde täglich zu bewegen und ausreichend zu entspannen
- weniger inaktiven Freizeitbeschäftigungen (wie z.B. Fernsehen) nachzugehen
- mehr frisches Obst und Gemüse zu essen

- mehr energiefreie, ungesüßte Getränke zu konsumieren
- ein gesundes Frühstück in den Kindergarten mitzubringen

Diese Ziele sollen dauerhaft und nachhaltig in den Kindergarten- und Familienalltag integriert werden. So soll erreicht werden, dass sich die Kinder nicht nur im Kindergarten, sondern auch zu Hause gemeinsam mit den Eltern verstärkt bewegen, weniger Zeit vor dem Fernseher und mit Computerspielen verbringen und sich gesünder ernähren. Die Eltern sollen zudem sensibilisiert werden, die Bausteine einer gesunden Ernährungsweise in den Familienalltag zu integrieren.

Darüber hinaus muss ein Programm zur Adipositasprävention langfristig angelegt sein, um nachhaltige Erfolge zu erzielen. Dies lässt sich effektiv und breitenwirksam am besten im Kindergarten umsetzen, da von hier aus auch die Eltern aus allen sozialen Schichten der Gesellschaft einfach erreichbar und gut motivierbar sind (vgl. Rittner, 2002).

„Für den Erfolg von Präventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche ist die Einbeziehung ihrer Eltern unverzichtbar. Das gilt in besonderem Maße, wenn Familien aus niedrigeren sozialen Lagen mit den Programmen erreicht und unterstützt werden sollen.“ (Hartung et al., 2010, S. 15.e1).



Da Kindergärten i. d. R. stadtteilbezogen arbeiten, können gezielt Problemviertel angestreut werden. Gegenüber Schulen besteht zudem im Kindergarten für die Erzieher ein eindeutig größerer Handlungsspielraum. Es bestehen noch kein Notendruck, keine Anwesenheitspflicht und noch nicht so viele administrative Vorgaben. Aber natürlich können auch hier die Gruppenstärke und die personelle Besetzung die Rahmenbedingungen für ein solches Projekt verschlechtern (vgl. Zimmer, 2002).

Projektumsetzung

Das Projekt zur Bewegungs- und Ernährungserziehung „TigerKids – Kindergarten aktiv“ der Stiftung Kindergesundheit wurde am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München mit weiteren Experten zur spielerischen Bewegungsförderung und für einen gesunden Lebensstil im Kindergarten entwickelt. Finanziell unterstützt wurde TigerKids von der Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern.“ des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Die AOK Bayern hat die Pilotphase des Projekts durch zusätzliche Beratungen der Kindergärten unterstützt.

Mittlerweile beteiligen sich die AOKs aller 16 Bundesländer an dem Projekt. Dadurch gewinnt das Projekt im Vergleich zu anderen Initiativen eine neue Dimension, weil erstmals – über regionale oder landesspezifische Einzelprojekte hinaus – versucht wird, substanzielle Verbesserungen in der Gesundheitsförderung deutscher Kitas in der Breite zu etablieren.

Die Basis des TigerKids-Projekts bilden drei Interventionsebenen. Neben den Aktivitäten für die Kinder und dem Konzept für das Kindergartenteam ist der Dialog mit den Eltern eine wichtige Säule, auf die sich TigerKids stützt (vgl. Reifegerste; Oppat, 2010). Daher werden im Folgenden die spezifischen Inhalte und Elemente für die drei Interventionsgruppen dargestellt.

Kinder

Damit die Kinder den gesunden Lebensstil erleben und einüben, werden ihnen die Ziele des Projekts spielerisch und handlungsorientiert durch verschiedene Elemente vermittelt:

Eine Tigerhandpuppe führt als Identifikationsfigur durch das Programm (vgl. Abb. 3.1). Mithilfe der Handpuppe können die Erzieher und Erzieherinnen spielerisch und eher beiläufig Lerninhalte wie Bewegungs- und Entspannungstechniken vermitteln (TigerKids, 2021).



Abb. 3.1: Programmmaterialien für das TigerKids-Projekt (TigerKids, 2021)

Während des sogenannten Tigerrennens wird das von zu Hause mitgebrachte Frühstück über den Verlauf einer Woche oder eines Monats durch den Tiger begutachtet. Der Tiger lobt besonders gesunde Mahlzeiten und schlägt bei weniger gesunden Pausenbrotten Veränderungsmöglichkeiten vor. Auf einem Poster werden die Gruppenergebnisse dargestellt. So wird das Mitbringen einer gesunden Zwischenmahlzeit durch das Voranschreiten des Tigers auf dem Poster in Richtung Siegerlinie positiv verstärkt. Dies ist eine effektive Möglichkeit, gesunde Ernährung in die Familien zu transportieren. Denn die Kinder fordern jeden Morgen bei den Eltern, „etwas Gesundes“ in den Kindergarten mitzunehmen, um zu siegen. Aber auch bei Kindern, deren Eltern sehr resistent gegen eine gesunde Ernährung sind und kein entsprechendes Frühstück mitgeben, findet das Kindergarten-Team Wege, Hinweise durch den Tiger auszusprechen.

Die Kinder verbessern ihr Frühstück auch durch den „magischen Obststeller“ oder indem sie sich an einem gemeinsamen Büffet ihr gesundes Frühstück zusammenstellen. Der Obststeller ist magisch, weil auf ihm immer frisch gewaschenes und in mundgerechte Portionen geschnittenes Obst bzw. Gemüse nachwächst. Zu den Zwischenmahlzeiten können sich die Kinder am „magischen Obststeller“ bedienen. So werden sie rechtzeitig an den Geschmack von Obst und Gemüse gewöhnt und verzehren dadurch automatisch weniger Süßigkeiten. Durch die gemeinsame Zubereitung des Obststellers lernen die Kinder teilweise unbekannte Lebensmittel kennen und sind motivierter, zu kosten.

Die Getränkestation soll dafür sorgen, dass den Kindern ständig kalorienfreie bzw. kalorienarme Durstlöscher zur Verfügung stehen, da durch die Steigerung der Bewegungsintensität auch eine erhöhte Flüssigkeitszufuhr notwendig ist. Erwünschte Getränke sind neben Wasser und ungesüßtem Tee auch stark verdünnte Fruchtsaftschorlen.

Um die Gesamtaktivität der Kinder zu steigern, sollten die Erzieher die Kinder dreimal wöchentlich 60 Minuten lang gezielt zur Bewegung anleiten. Das Programm zeigt spielerische Übungen, die Ausdauer, Koordination, Schnelligkeit, Kraft und Beweglichkeit fördern. Dabei sollen sowohl der Energieverbrauch gesteigert als auch Spaß an der Bewegung vermittelt werden. Ergänzend dazu müssen natürlich auch die räumlichen Gegebenheiten der Einrichtungen geprüft werden. Dies betrifft sowohl einen Sportraum und die Größe der Gruppenräume als auch die Beschaffenheit der Außenanlagen. Für ausreichende Bewegung kann es auch notwendig sein, dass die Kinder das Kindergartengelände verlassen, wobei allerdings versicherungsrechtliche Bedingungen berücksichtigt werden müssen.

Eltern

Das familiäre Umfeld der Kinder muss unbedingt in eine erfolgreiche Adipositasprävention im Kindergarten einbezogen und von der Notwendigkeit einer gesunden Ernährung und gesteigerter Bewegung im Alltag überzeugt werden. Dies geschieht über Vorträge der AOK-Mitarbeiter bei Elternabenden und über Infomaterial, das den Eltern ausgehändigt wird. Die Eltern sollen viele Möglichkeiten zur Information, Diskussion und zum Erfahrungsaustausch erhalten, damit sie sich aktiv mit dem Thema auseinandersetzen und das Projekt befürworten und unterstützen.

Alle drei Monate erhalten die Eltern Tipp-Cards. Diese enthalten knapp gehaltene, verständlich formulierte Informationen zur Ernährungs- und Bewegungserziehung, sodass auch bildungsferne Familien und solche mit Migrationshintergrund sie verstehen können. Auf der Vorderseite der zwölf Postkarten sind jeweils Teile von drei sportlich aktiven Tigern abgebildet, die sich zu einem Puzzle zusammensetzen lassen. Deshalb wird davon ausgegangen, dass die Kinder die Karten sammeln wollen, um das Motiv zu vervollständigen. So werden die Karten sehr wahrscheinlich aufgehoben und die informativen Rückseiten immer wieder vorgelesen, was das vermittelte Wissen festigt.

Neben den Tipp-Cards erhalten die Eltern zweimal pro Kindergartenjahr zweiseitige, farbige Newsletter mit Hintergrundinformationen und Anregungen für den Alltag. Die Elternbriefe enthalten neben ausführlichen Informationen zur gesunden Ernährung und Bewegungserziehung auch viele praktische Tipps für den Familienalltag (z.B. Bastel- und Kochideen). Die Briefe sollen das Bewusstsein für die eigene (Familien-)Situation stärken, die Bereitschaft erhöhen, das eigene Verhalten zu hinterfragen und Anregungen aufzunehmen und zu testen. Auch um den Wiedererkennungswert bei den Kindern zu steigern, sollen die Maßnahmen aus dem Kindergartenalltag, wie Obstteller und zuckerfreie Getränke, zu Hause wieder aufgegriffen werden.

Einmal jährlich findet ein Elternabend mit Unterstützung der Krankenkasse statt, bei dem die Eltern über die bisherigen Ergebnisse und geplante Inhalte ausführlich informiert werden. Die Referenten sind Fachkräfte für Ernährung bzw. Sport. Sie stehen den Eltern auch nach dem Vortrag für alle Fragen zur Verfügung.

Kindergartenmitarbeiter

Die Erzieher und Erzieherinnen sollen möglichst viele Informationen über das Projekt erhalten, diese müssen aber dennoch überschaubar und praxisnah sein. Die Elemente des Projekts sollen für sie möglichst einfach, flexibel und ohne zusätzlichen Aufwand umsetzbar sein.

Das Kindergartenteam erhält einen Ordner mit zehn Broschüren, welche die wichtigsten Fachinformationen enthalten. Darin werden die Themen Bewegung und Ernährung, Tipps und Materialien zur Integration der Eltern in das Programm sowie viele praktische Spiel- und Übungsbeispiele bzw. jahreszeitlich passende Aktionen näher erläutert.

In einer zweitägigen Schulung werden die Erzieher über die Ziele, den Ablauf und die Inhalte des Projekts informiert. Die Präventionsfachkräfte der AOK PLUS erläutern die Nutzung des Leitfadens, führen praktische Übungen zur Umsetzung des Projekts durch und besprechen mit den Erziehern auch die Verbindung zum jeweiligen Bildungsplan. Nach einem Jahr findet ein weiterer Workshop zum Erfahrungsaustausch, zur Weiterentwicklung und zur Motivierung des Kindergartenteams statt.

Jeder Kindergarten erhält das notwendige Material von der AOK. Dazu gehören neben dem ausführlichen Leitfaden die Tigerhandpuppe (vgl. Abb. 3.1), Poster für das Tiger-Rennen, Tipp-Cards und Newsletter.

Zudem begleiten die Fachkräfte der AOK das Kindergartenteam im Verlauf des Projekts. Zahlreiche Informationen und Materialien, die auch die Eltern nutzen können, stehen im Internet zur Verfügung (vgl. TigerKids, 2021).

Grundsätzlich haben die Träger der Einrichtungen, die Kindergartenleiter und vor allem die Erzieher eine sehr hohe Motivation, am Projekt teilzunehmen. Die Nachfrage ist stets größer als die Kapazitäten der Krankenkasse. Denn sie finanziert für die teilnehmenden Einrichtungen das Material für die Kinder (Tiger usw.), die Schulungshefter für die Erzieher, die Unterlagen für die Eltern sowie Honorare für Experten (z.B. Ernährungsberater) während der Projektlaufzeit von drei Jahren. Die Akzeptanz und Beteiligung während des Projekts wird dadurch geschaffen, dass „Betroffene zu Beteiligten“ gemacht werden. Durch verschiedene Workshops werden die Erzieher aufgefordert, sich aktiv in die Projektweiterentwicklung einzubringen. Aber auch die Eltern und Kinder werden durch Veranstaltungen zur Partizipation aufgefordert, um die Maßnahmen langfristig und nachhaltig wirksam zu machen (vgl. Oppat, 2013).



Übung 3.1:

Überlegen Sie, welche unterschiedlichen Motivationshindernisse bzw. Interessenkonflikte bei den jeweiligen Projektbeteiligten (Kinder, Eltern, Kindergartenteam) während der Projektumsetzung auftreten können. Welche Maßnahmen könnte man im Projektkonzept für diese Situationen/Konstellationen einplanen?

Evaluation und Weiterentwicklung

Bevor das Projekt bundesweit eingesetzt wurde, führte das Entwicklungsteam einen ersten Praxistest in 42 bayrischen Kindergärten durch. Die Erfahrungen dieses **Pilotversuchs** zeigten, wie gut sich das Projekt in den Kindergartenalltag integrieren lässt. Die ersten Ergebnisse bestätigten bereits den positiven Einfluss auf das Ernährungsverhalten.

ten. Kinder in der Interventionsgruppe essen nach einem Jahr signifikant mehr Obst und Gemüse und trinken weniger kalorienreiche Getränke als die Kinder der Kontrollgruppen. Besonders scheinen auch Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern zu profitieren (vgl. Bayer et al., 2009). Die Befragung der Erzieherinnen ergab, dass fast alle Kinder gesünderes Frühstück mitbringen, mehr Obst und Gemüse und weniger Süßigkeiten essen. 80 % der Kinder trinken mehr kalorienarme Getränke. Angesichts dieser Ergebnisse verwundert es nicht, dass auch 89 % der Erzieher und Erzieherinnen der Meinung sind, dass sich der Einsatz gelohnt hat (vgl. Strauss, 2006). Im Jahr 2006 wurde das Programm TigerKids aufgrund der positiven Erfolgsaussichten des Programms sowie der nachweislich geänderten Verzehrgegewohnheiten der Kinder auf alle deutschen Bundesländer ausgeweitet (vgl. TigerKids, 2021).

2008 erfolgte durch den Bereich Gesundheitsförderung der AOK PLUS eine erste **Prozessevaluierung** des laufenden Projekts. Hierbei wurden Erzieher sachsenweit in 107 teilnehmenden Kindergärten befragt, wie sie das Projekt nach einer Laufzeit von einem Jahr bewerten. 93 % der befragten Kitas gaben an, mit den ersten Ergebnissen des Projekts „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ zu sein. Fast alle befragten Kitas schätzten die Projektmaterialien der AOK, die Einführungsveranstaltungen sowie die persönliche Unterstützung im Projektverlauf als sehr nützlich ein. Schon nach einem halben Jahr konnten die teilnehmenden Erzieher positive Veränderungen feststellen. Zum einen sind die Nutzung kalorienarmer Getränke sowie der Verzehr von Obst und Gemüse gestiegen und zum anderen hat sich auch die Zusammenarbeit mit den Eltern verbessert. Zusätzlich werden jährlich **Befragungen bei den Eltern** durchgeführt, um die aktuelle Projektumsetzung zu evaluieren.

Seit 2011 enthält das Konzept für TigerKids aufgrund der Zunahme psychischer Auffälligkeiten bei Kindern (wie Nägelkauen, Aggressionen, Zittern) auch Entspannungsmodule zur **Stressprävention**. Das Entspannungsprogramm umfasst 20 Einheiten zur Kinderentspannung, die wöchentlich in Gruppen von acht bis zehn Kindern im Bewegungsraum durchgeführt werden können. Elemente aus Tai-Chi, Yoga, Qigong und autogenem Training, progressive Muskelrelaxation, Traumreisen und Entspannungsmusik werden spielerisch aufgenommen. Gemeinsame Regeln und Rituale bestimmen den Ablauf der Einheiten. Damit soll erreicht werden, dass die Kinder ihre Entspannungs- und Konzentrationsfähigkeit verbessern (Ruhe finden), sich ihre Persönlichkeit entwickelt und sie ihre Gestaltungsfähigkeit (Fantasie) entfalten.

Seit 2014 wird das Programm TigerKids um die **Jolinchen Kids** ergänzt. Bei diesem Programm werden Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung integriert. Im Projektverlauf der TigerKids zeigte sich häufig, dass Programminhalte aufgrund der organisatorischen Rahmenbedingungen in den Kindertageseinrichtungen von den Erziehern nicht umgesetzt werden konnten. Daher sind Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wie Arbeitsplatzanalysen, Teamverhalten, Führungskräfteeinstellung und entsprechende Weiterbildungen im neuen Konzept enthalten. Zudem sollen die Erziehergesundheit und die Elternpartizipation durch einen bedarfsorientierteren Einsatz einzelner Module entsprechend der Problemfelder der jeweiligen Einrichtung angestrebt werden. Dafür wird u. a. die Phase der Analyse der Ist-Situation ausgebaut und intensiviert (vgl. Oppat, 2013). Nach einer Überarbeitung im Jahr 2019 können nun wieder alle deutschen Kindertageseinrichtungen uneingeschränkt an dem Programm teilnehmen (vgl. TigerKids, 2021).

3.2 Fallbeispiel Alkoholprävention (HaLT – Hart am Limit)

An eine etwas ältere Zielgruppe wendet sich das Projekt „HaLT – Hart am Limit“. Im Fokus stehen Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene, die als Bezugsperson für die Kinder und Jugendlichen fungieren (z.B. Lehrer/-innen). Die Beratung, Schulung und Aufklärung zum risikoarmen Umgang mit Alkohol sind zentrale Bestandteile des Projekts und werden im Folgenden vorgestellt.

Ausgangslage und Projektziele

Der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol ist ein wichtiges Thema der Präventionsbemühungen in Deutschland. So führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die umfangreiche massenmediale Kampagne „Kenn dein Limit“ zur Vorbeugung riskanten Alkoholkonsums durch. Als **riskanter Alkoholkonsum** oder **Alkoholmissbrauch** gilt dabei vor allem das Rauschtrinken, da es häufig mit Alkoholvergiftungen, Hirnschädigungen, Verkehrsunfällen und Gewaltdelikten einhergeht.



„Rauschtrinken (im Englischen auch ‚binge drinking‘) meint den Konsum größerer Mengen Alkohol bei einer Gelegenheit und zeigt den Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit an.“ (BZgA, 2019, S. 14) Bei einer Trinkmenge, die zur Alkoholvergiftung „akute Alkoholintoxikation“ führt, spricht man auch von einem Vollrausch oder Komatrinken.

14,0 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 38,9 % der jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) trinken sich mindestens einmal im Monat einen Rausch an. Betrachtet man nur die männlichen Befragten, trifft dies sogar für jeweils 15,1 % und 45,5 % zu (vgl. BZgA, 2019). Die Ergebnisse der BZgA zeigen auch, dass riskanter Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen unabhängig vom sozialen Status ist und in allen Schulformen auftritt. Kritisch ist vor allem die stetige Zunahme der Jugendlichen, die mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert werden. Im Jahr 2019 wurden rund 14.500 Kinder und Jugendliche wegen akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt (vgl. Destatis, 2021).

Als Ursachen für den Alkoholmissbrauch von Heranwachsenden wird vor allem die mangelnde Umsetzung der bestehenden Gesetze durch den Handel und das Gaststättengewerbe angeführt. Gemäß Jugendschutzgesetz darf an Kinder und Jugendliche, die jünger als 16 Jahre sind, kein Alkohol verkauft werden. Trotzdem können die Jugendlichen oft problemlos sogar hochprozentigen Alkohol erwerben. Laut Gaststättengesetz darf auch keinesfalls Alkohol ausgegeben werden, wenn jemand schon erkennbar betrunken ist. Bei sogenannten Flatrate-Partys oder bei Fastnachtveranstaltungen wird diese Regelung aber häufig unterwandert. Dabei spielen vor allem folgende Trinkmotive eine zentrale Rolle (vgl. HaLT, 2021):

Tab. 3.1: Trinkmotive bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (vgl. HaLT, 2021)

	Positive Wertigkeit	Negative Wertigkeit
Innerhalb der Person	Verstärkungsmotiv (Spaß)	Bewältigungsmotiv (Probleme vergessen)
Außerhalb der Person	Soziale Motive (Moment genießen)	Konformitätsmotiv (Gruppendruck)

Da Jugendliche generell wenig gesundheitsmotiviert sind und andere Interessen im Vordergrund stehen (vgl. Kap. 1.2.2) war es notwendig, zur Vorbeugung riskanten Alkoholkonsums einen kommunalen Setting-Ansatz zu wählen, der verschiedene relevante Kooperationspartner in das Projekt einbindet und so die Verantwortung auf mehrere Schultern verteilt (vgl. Prognos, 2008).

Das Projekt „HaLT – Hart am Limit“ hat sich daher zum Ziel gesetzt, das gesellschaftliche Bewusstsein für einen maßvollen und zurückhaltenden Alkoholkonsum bei den Verantwortlichen im Handel, in Vereinen und bei Festveranstaltern zu schärfen und sie zur Mitarbeit zu gewinnen. Damit will es die Verantwortung und das Vorbildverhalten von Erwachsenen im Umgang mit Alkohol fördern, indem diese auf eine konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes auf Festen, in der Gastronomie und im Einzelhandel achten. Gleichzeitig soll bei den Jugendlichen die eigene Risikowahrnehmung gestärkt und ihnen Wege für alternatives Austesten von Grenzen aufgezeigt werden. Grundsätzlich orientieren sich die **Projektziele** an den Schwerpunkten der EU-Strategie zur Alkoholprävention (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2006):

- Schutz von Jugendlichen und Kindern,
- Senkung der Zahl der Verletzungen und Todesfälle durch alkoholbedingte Autounfälle,
- Vorbeugung alkoholbedingter langfristiger Schädigungen,
- Bewusstseinsbildung in Bezug auf die gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums,
- Sammlung zuverlässiger Zahlenangaben (z.B. über Motive für Alkoholrausch).

Projektaufsetzung

Inhaltlich besteht das HaLT-Projekt aus einem proaktiven und einem reaktiven Baustein (vgl. Abb. 3.2).

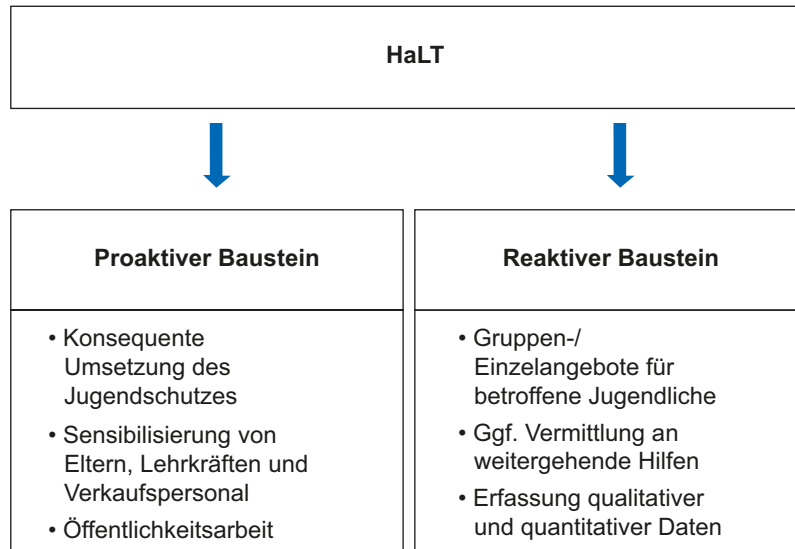


Abb. 3.2: Projektbausteine HaLT (Prognos, 2008, S. 18)

Der **proaktive Baustein** konzentriert sich auf die universell-präventive Sensibilisierung aller Beteiligten. Daher lernen Jugendliche beispielsweise in Workshops, wie man verantwortungsbewusst mit Alkohol umgeht. Viel wichtiger als die Schulung der Jugendlichen (die häufig an der mangelnden Motivation scheitert) ist die Aufklärung der kommunalen Beteiligten. Daher wirbt das HaLT-Projekt in Gaststätten, im Einzelhandel und bei öffentlichen Veranstaltungen für eine konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes. Um einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol zu etablieren, erhalten die Kooperationspartner Informations- und Aushangmaterialien und akzeptieren häufig auch eine Selbstverpflichtung, die über den gesetzlichen Jugendschutz hinausgeht.

„Ein Ziel von HaLT ist, dass überall dort, wo Alkohol in der Öffentlichkeit abgegeben wird, Erwachsene gegenüber Jugendlichen eine klare Position über den genussorientierten, unschädlichen Umgang mit Alkohol – und über dessen Grenzen – beziehen. Hierdurch soll lebensbedrohliches Rauschtrinken bereits im Vorfeld verhindert werden.“ (Prognos, 2008, S. 23)

Im **reaktiven Baustein** werden Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum (d.h. nach einer Alkoholvergiftung) direkt und individuell angesprochen. Bei dieser indizierten Präventionsstrategie werden die Betroffenen auf verschiedenen Wegen motiviert, über ihren Alkoholkonsum nachzudenken und Risikokompetenz aufzubauen.

Das erste Gespräch zwischen Projektmitarbeitern und den Betroffenen findet, wenn möglich, noch während des stationären Aufenthalts der Jugendlichen statt.

„Zentrale Kooperationspartner im reaktiven Bereich sind Krankenhäuser und Kliniken. Zweck dieser Kooperationen ist, Kinder und Jugendliche, die wegen Alkoholintoxikationen behandelt werden, in das HaLT-Angebot zu vermitteln. Die typischen Aufgaben für das Personal der Klinik – behandelnde Ärzte, Pflegepersonal oder Sozialarbeiter – im Rahmen der Zusammenarbeit sind dabei:

- die Information der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern über das Projekt und das Hilfeangebot von HaLT;
- das Einholen der Einwilligung der Jugendlichen bzw. ihrer Erziehungsberechtigten zur Entbindung des Klinikpersonals von der Schweigepflicht;

- die Benachrichtigung von HaLT-Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern, damit diese Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen aufnehmen können.“ (vgl. Prognos, 2008, S. 20)

Mit einem standardisierten Gesprächsbogen werden soziodemografische Merkmale des Jugendlichen, die Vergiftungssituation, das allgemeine Suchtverhalten sowie die Einschätzung des Erlebten erfasst. Zusätzlich werden auch die Motive der Betroffenen für den übermäßigen Alkoholkonsum erfasst. Dabei wurden von den im ersten Projektzeitraum befragten Jugendlichen die folgenden vier Hauptursachen genannt (vgl. Prognos, 2008, S. 66):

- exzessives Trinken als Zeitvertreib,
- Wetten und Trinkspiele,
- Trinken zur Verdrängung von Problemen und
- Unkenntnis im Umgang mit Alkohol.

Im Rahmen von weiteren Gruppen- und Einzelgesprächen reflektieren die Jugendlichen die Hintergründe und Motive des eigenen Trinkverhaltens. Hierdurch lässt sich beispielsweise feststellen, ob hinter der Vergiftung ein einmaliges riskantes Trinkverhalten oder eine Alkoholsucht steht. Je nachdem, ob die Jugendlichen mit dem Alkoholkonsum nur gelegentlich ihre Grenzen austesten wollen oder ob bereits ein Suchtverhalten vorliegt, erscheinen als Konsequenz unterschiedliche Interventionsformen sinnvoll. Während bei einmaligem oder gelegentlichem Missbrauch oftmals eine Kurzintervention ausreichend ist, brauchen Jugendliche mit schwerwiegenden Symptomen eine Therapie, die durch die Projektmitarbeiter vermittelt werden kann.

Für beide Projektbausteine ist die **Vernetzung** von Kooperationspartnern und Einrichtungen auf kommunaler Ebene und über die Grenzen des Suchthilfesystems hinaus ein wichtiger Bestandteil. Nur mithilfe dieser kommunalen Verankerung kann eine dauerhafte Motivation aller Beteiligten erreicht werden. Die Kooperationspartner im Netzwerk sind zum einen Akteure, die Alkohol verkaufen (z.B. Gaststättenbetreiber, Festveranstalter, Verkäufer im Einzelhandel). Zum anderen waren bei der Entwicklung von Anfang an neben einer Kinderklinik auch Ordnungsämter, Schülervertreter, die Präventionsbeauftragten an Schulen sowie die Polizei beteiligt. Einen Überblick über die Kooperationspartner im proaktiven und reaktiven Bereich des Projekts zeigt Abb. 3.3 (vgl. Prognos, 2008, S. 3).

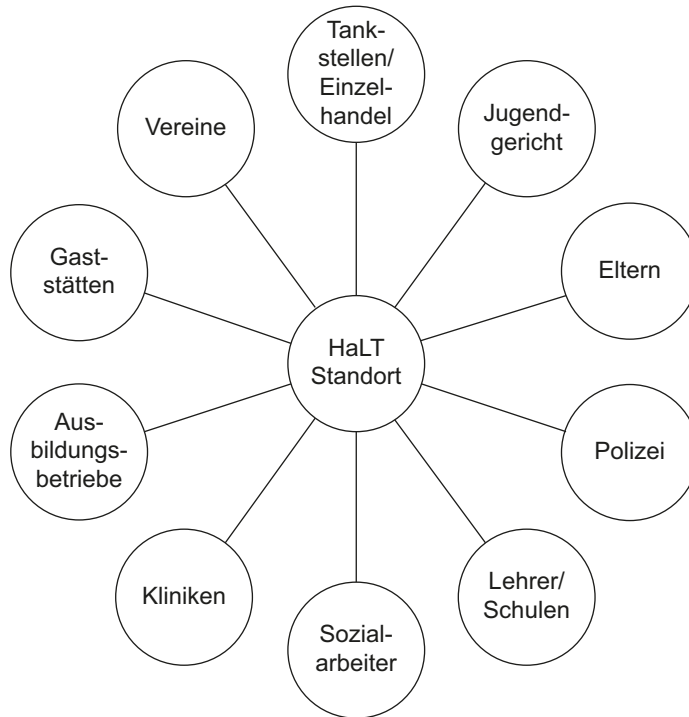


Abb. 3.3: Kooperationspartner/-innen für das Projekt HaLT im proaktiven Bereich (links) und reaktiven Bereich (rechts) (vgl. Prognos, 2008, S. 22 ff.)

Diese kommunalen Aktivitäten werden durch landesspezifische Institutionen koordiniert. Diese Landeskoordinationen agieren an der Schnittstelle zwischen den auf Bundesebene angesiedelten HaLT Service Centern sowie den kommunalen HaLT-Standorten (derzeit deutschlandweit 155 Standorte). Sie sichern die Qualität des Programms auf Landesebene, sind Ansprechpartner für die HaLT-Standorte, organisieren Landestreffen und bilden ihre Fachkräfte fort (vgl. HaLT, 2021).

Diese regionale Gliederung der Projektstruktur ermöglicht eine strukturierte und effiziente Verbreitung des Konzepts und die langfristige Motivation der Beteiligten. Einerseits können die verschiedenen Interessen auf der jeweiligen Ebene diskutiert, geregelt und umgesetzt werden. So kann ein Fahrverbot mit Alkohol für Fahranfänger nur bundesweit entwickelt werden, während eine schulische Interventionsmaßnahme die Zustimmung der jeweiligen Bundesländer braucht. Andererseits stellt es sicher, dass die Projektstandards innerhalb der verschiedenen Ebenen strukturell und personell verankert werden. So führen die Landeskoordinierungsstellen Seminare durch, um interessierte kommunale Fachkräfte zu schulen.



Übung 3.2:

Bewerten Sie aus motivationspsychologischer Sicht, warum es für die Zielgruppe der Jugendlichen und für die Alkoholprävention sinnvoll ist, zahlreiche kommunale Kooperationspartner in das Projekt einzubinden. Reflektieren Sie dazu Ihr vorhandenes Wissen aus dem ersten Kapitel und über die Verfügbarkeit von Alkohol im Lebensmitteleinzelhandel und der Gastronomie.

Evaluation und Weiterentwicklung

Seit 2016 gibt es das wissenschaftliche HaLT-Netzwerk. Etablierte Wissenschaftler unterstützen das HaLT Service Center in folgenden Bereichen:

- „Bündeln von Wissen zur Prävention des riskanten Alkoholkonsums im Kindes- und Jugendalter,
- Entwicklung von praxisrelevanten Forschungsprojekten,
- Beratung bei Fragen zur Evaluation von HaLT,
- Unterstützung des HaLT Service Centers beim Transfer von Forschungsergebnissen in die HaLT-Praxis“ (HaLT, 2021).

Aus den Erfahrungen der **Modellphase** konnten zentrale Standards für die Umsetzung von HaLT in weiteren Gemeinden ermittelt werden. Dabei wurden folgende **Erfolgskriterien** und Qualitätsmerkmale identifiziert, die eine dauerhafte Motivation aller Beteiligten sicherstellen sollen:

- HaLT ist eine Kombination von HaLT-reaktiv (indizierte Prävention) und HaLT-proaktiv (kommunal verankerte Strategie zur Alkoholprävention/universelle Prävention).
- HaLT ist ein substanzspezifischer, auf Alkohol ausgerichteter Ansatz.
- HaLT ist ein Netzwerkansatz, wobei die Kooperationen über die „klassischen“ Netzwerke der Suchtprävention – Suchthilfe und Pädagogik – hinausgehen.
- HaLT-reaktiv ist eine niedrigschwellige, zeitlich begrenzte Frühintervention.
- HaLT-Standorte verstehen sich als Kompetenzzentren und Impulsgeber und sind als Dienstleister im kommunalen Setting gut erkennbar (vgl. Prognos, 2008).

„Mit HaLT ist es gelungen, den Blick auf die bis dahin vorherrschenden Individuumszentrierten Ansätze in der Suchtprävention (Verhaltensprävention) zu weiten und zusätzlich in den Kommunen nachhaltige Strukturen und Prozesse mit dem Ziel strategischer Netzwerkarbeit (Schwerpunkt Verhältnisprävention) zu implementieren.“ (Kuttler; Lang, 2010, S. 17).

Die Ergebnisse einer **Evaluationsstudie** des Universitätsklinikums Rostock belegen die Wirksamkeit des Projekts (vgl. Landespräventionsrat Niedersachsen, 2021b). Seit Beginn des Projekts im Jahr 2004 sank die Anzahl der Alkoholvergiftungen im Rostocker HaLT-Gebiet um 20 %, während sie im Gebiet ohne HaLT um 30 % stieg. Eine telefonische Befragung der Betroffenen nach einem Jahr konnte auch die langfristige Wirksamkeit der Intervention auf unterschiedlichen Problemfeldern (z.B. Gesundheit, Familie, Schule, Familie) zeigen. Die Gruppe schnitt in allen Feldern besser ab als eine Vergleichsgruppe, die nicht am Programm teilgenommen hatte.

Von der Universität Bamberg wurden das Erstgespräch und die anschließenden motivbasierten Übungen evaluiert. Es hat sich gezeigt, dass diese Form der Kurzintervention zu einer deutlichen Reduzierung des Alkoholkonsums geführt hat. Die Jugendlichen tranken einen Monat nach der Intervention seltener Alkohol als vor der Intervention und waren seltener (rausch-)betrunken. Außerdem steigerten die Teilnehmer im Verlauf der Intervention ihre Veränderungsmotivation. Das Gespräch im Krankenhaus wurde von allen Befragten als positiv und hilfreich bewertet, da sie u.a. auch lernten, mit Problemen und Stress besser umzugehen (vgl. Wurdak; Wolstein, 2012).

Die überzeugenden Ergebnisse der Evaluationen haben dazu geführt, Qualitätskriterien für eine finanzielle Förderung durch die Krankenkassen zu erarbeiten. So wird inzwischen an vielen Standorten die Kurzintervention (reaktiver Baustein) und teilweise auch der proaktive Baustein als Setting-Ansatz von den Krankenkassen gefördert.

3.3 Fallbeispiel Risiko Erwerbslosigkeit (AktivA-Projekt)

Das Projekt „AktivA – Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“ ist ein Stressbewältigungsprogramm, das die Gesundheit von Erwerbslosen stärken soll. Ausgebildete Multiplikatoren bedienen sich dabei bewährter psychologischer Techniken.

Ausgangslage und Projektziele

Das Gesundheitsförderungsprogramm „AktivA – Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“ wurde an der Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie an der TU Dresden entwickelt und richtet sich an **Langzeitarbeitslose**, die als besonders benachteiligte und gesundheitsgefährdete Gruppe gelten und eine besondere Herausforderung für das Motivationsmanagement darstellen.

Sich selbst zu aktivieren, eigene Ziele zu formulieren und trotz widriger Umstände umzusetzen, stellt für viele Erwerbslose eine große Herausforderung dar. Obwohl Erwerbslose häufig gesundheitliche Risiken aufweisen, nutzen sie herkömmliche Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung nur selten. Zusätzlich zu dieser geringen Motivation ist es schwierig, diese Zielgruppe zu erreichen, da der Arbeitsplatz als Setting für Gesundheitsförderung entfällt (vgl. Rothländer; Richter, 2009).

Ein Zusammenhang von Erwerbslosigkeit und Gesundheitszustand ist inzwischen vielfach nachgewiesen worden. Arbeitslosigkeit geht einher mit zahlreichen körperlichen und psychischen Krankheiten. Bei fast einem Drittel der Langzeitarbeitslosen liegen gesundheitliche Probleme vor. Arbeitsuchende weisen wesentlich höhere Krankenstände auf als Erwerbstätige, was insbesondere auf Personen höheren Alters zutrifft (vgl. Hollender, 2010). Dabei können die Beeinträchtigungen sowohl Ursache als auch Wirkung von Erwerbslosigkeit sein (vgl. Paul; Moser, 2001). Chronisch Kranke verlieren mit höherer Wahrscheinlichkeit den Arbeitsplatz oder haben eher Schwierigkeiten, einen neuen Job zu finden, als gesunde Arbeitsuchende. Die Arbeitslosigkeit selbst ist ebenfalls ein wesentlicher Risikofaktor, vor allem für die psychische Gesundheit. Die gesundheitlichen Probleme äußern sich dann häufig in Form von unspezifischen Beschwerden, teilweise in Depressionen, Ängsten sowie psychosomatischen Symptomen (vgl. Rothländer; Richter, 2009).

Die Maßnahmen des Projekts richten sich daher vor allem an ältere Erwerbslose und versuchen vorrangig, die Stärkung der psychosozialen Ressourcen zur Motivierung einzusetzen. Damit soll die Handlungsfähigkeit der Erwerbslosen erhalten bzw. wiederhergestellt werden. Es werden Bewältigungskompetenzen vermittelt, um gesundheitsförderliches Verhalten selbstständig umsetzen zu können. Damit soll es gelingen, Gesundheit und Aktivität der Teilnehmer nachhaltig zu verbessern – und somit die Chancen für den Wiedereinstieg in die Arbeitstätigkeit zu steigern.

Projektumsetzung

Das Programm verbindet verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze der Gesundheitsförderung und bietet sowohl Maßnahmen für die direkte Förderung der Erwerbslosen als auch Schulungen für Multiplikatoren an. Das Projekt nutzt verschiedene Zugangswege, um die Erwerbslosen zu erreichen. Betroffene können zum einen im Rahmen von Maßnahmen des Arbeitsamts angesprochen werden, zum anderen wird aber auch ein niedrighschwelliger Zugang über frei zugängliche Schulungen angeboten.

Das **AktivA-Training** setzt sich aus mehreren Bausteinen zur Verbesserung des psychosozialen und körperlichen Wohlbefindens zusammen. Dafür wurden verschiedene bereits bewährte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder Prävention übernommen. So sind für das Projekt beispielsweise Elemente aus Programmen zur Bewältigung von Stress, Rückenschmerzen und Depression und ein Gruppentraining sozialer Kompetenzen weiterentwickelt worden. Zudem sind Bestandteile eines Trainings zur Erhöhung der Eigeninitiative bei Arbeitslosen und konkrete Anwendungsbeispiele aus dem Bereich der Erwerbslosigkeit eingeflossen (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2019).

Das Training wird mit Gruppen in der Größe von bis zu neun Personen und üblicherweise an fünf Kurstagen durchgeführt. Um die Motivation der Teilnehmer zu erhöhen, sind die eingesetzten Methoden und Techniken auf hohe praktische Einbindung der Teilnehmer ausgerichtet. Die wesentlichen Bestandteile der AktivA-Schulung sind: Aktivitätenplanung, konstruktives Denken, soziale Kompetenz und soziale Unterstützung sowie systematisches Problemlösen. Ein detaillierter Plan der jeweiligen Ziele und Inhalte ist in Tab. 3.1 dargestellt (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2019).

Tab. 3.2: Module des AktivA-Trainings (Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2019)

Module	Ziele und Inhalte
Einstieg und Aktivitätenplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit • Schaffung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen körperlich, geistig und emotional positiv erlebten Aktivitäten • Pflege sozialer Kontakte und gesellschaftliche Teilhabe • Anleitung zur Wochenplanung (Balance zwischen notwendigen und angenehmen Aktivitäten prüfen)
konstruktives Denken	<ul style="list-style-type: none"> • eigene Denkweisen kritisch hinterfragen und Ersatz ungünstiger Denkmuster durch konstruktive Denkweisen • Belohnungen • ABC-Modell • eigene Bewertungsmuster

Module	Ziele und Inhalte
soziale Kompetenz und soziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Transfer der Inhalte in den Alltag • Herstellen neuer Kontakte und Pflege bestehender Beziehungen • Recht durchsetzen, Ziele verwirklichen • Unterschiede zwischen sicherem, unsicherem und aggressivem Verhalten • Empathie und Sympathie • soziales Netz und soziale Unterstützung
systematisches Problemlösen	<ul style="list-style-type: none"> • eingebrachte Probleme bearbeiten • Zielsetzung und Planung von Lösungswegen • Selbstreflexion zur Entspannung • Bearbeitung von alltäglichen Herausforderungen • Zeitstrukturierung

Im ersten Modul „Aktivitätenplanung“ lernen die Teilnehmer Ansatzpunkte kennen, um den eigenen Tagesablauf besser zu gestalten. Sie erfahren, wie neben Pflichtaufgaben (Haushalt und Kinderbetreuung) auch Entspannung und angenehme Aktivitäten bewusst eingeplant werden können. Wenn sich die Betroffenen körperlich, geistig und emotional aktiv betätigen, steigt auch ihr Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Dafür müssen die Teilnehmer zunächst ihre Aktivitäten in einem Wochenplan dokumentieren. In einem zweiten Schritt analysieren sie, wie ausgeglichen notwendige und angenehme Aktivitäten, körperliche und geistige Aktivitäten sowie individuelle und gemeinsame Aktivitäten bisher im Tagesablauf vertreten sind. Schließlich werden in der Gruppe konkrete Veränderungsmöglichkeiten erarbeitet.

Im zweiten Modul wird den Arbeitsuchenden im Baustein „Konstruktives Denken“ vermittelt, wie Gedanken das Erreichen von Zielen unterstützen können. Vorhandene Denkmuster werden kritisch hinterfragt, auf ihren Wahrheitsgehalt hin untersucht und entsprechend verändert. Es wird zudem überprüft, ob die vorhandenen Denkmuster bei der Verwirklichung von Zielen und Wünschen hilfreich sind.

Die Stärkung der sozialen Kompetenzen soll den Erwerbslosen dabei helfen, bestehende soziale Kontakte zu nutzen und auszubauen sowie neue Kontakte zu knüpfen. In Rollenspielen wird beispielsweise trainiert, wie man auf unbekannte Menschen aktiv zugehen kann. Um Fortschritte bei der Pflege bestehender sozialer Kontakte zu machen, lernen die Teilnehmer, wie sie die eigenen Ansprüche und Gefühle angemessen kommunizieren können. Schließlich wird auch das Wahrnehmen, Annehmen und Geben von sozialer Unterstützung behandelt.

Im Modul „Systematisches Problemlösen“ lernen die Teilnehmer schließlich, sich mit Hindernissen und Misserfolgen auseinanderzusetzen. Dafür werden ihnen Kompetenzen aus dem Bereich der Projektplanung vermittelt. So lernen sie beispielsweise, Lösungsansätze nach deren Umsetzbarkeit zu ordnen, Verantwortlichkeiten festzulegen

und nach Kooperationspartnern und Unterstützern zu suchen. Für die kreative Suche nach möglichen Lösungsansätzen lernen die Teilnehmer verschiedene Methoden kennen. Ziel ist es, das eigene Leben als gestaltbar zu erfahren und die eigene Person trotz auftretender Schwierigkeiten als handlungsfähig zu erleben.

Mit den dargestellten Trainingsinhalten vermittelt das Programm den Teilnehmern eine Systematik, anhand derer sie gesundheitsförderliche Potenziale in verschiedenen Lebensbereichen analysieren und selbst Optimierungsmöglichkeiten entwickeln können. Damit verfolgt auch dieses Programm den Empowerment-Ansatz, der die Handlungskompetenz im unmittelbaren Lebensumfeld und die intrinsische Gesundheitsmotivation der Teilnehmer fördert.

Um die Arbeitslosen zu erreichen, wird das Programm in den Qualifizierungsteil von Beschäftigungsmaßnahmen integriert und in weiteren passenden Settings wie Beratungsstellen, Vereinen und Initiativen angeboten. Dabei wird zusätzlich zu den direkten Maßnahmen für die Erwerbslosen auch die Schulung von **Multiplikatoren** verfolgt (vgl. Kap. 1.3). Als Multiplikatoren werden in diesem Fall Personen und Institutionen verstanden, die direkt mit den Erwerbslosen arbeiten (z.B. Berater im Arbeitsamt). Zum Teil werden die Multiplikatoren zum Kursleiter ausgebildet, um das AktivA-Training selbstständig durchführen zu können.

Berater und Betreuer von Erwerbslosen stehen vor der Herausforderung, dass sie ihre Klienten zu Veränderungen bewegen müssen, die viel Kraft kosten und folglich eine hohe Motivation erfordern. Im AktivA-Programm ist daher u. a. auch das Seminar „Motivation wecken“ enthalten, das neben grundlegenden Kenntnissen zur Motivation insbesondere die Techniken der motivierenden Gesprächsführung vermittelt. Anhand von Alltagssituationen aus der Beratung und Qualifizierung von Erwerbslosen werden die Grundtechniken erarbeitet und eingehend geübt. Darüber hinaus wird auf wirkungsvolle Methoden der Gesprächsführung eingegangen, die den praktischen Einsatz der motivierenden Gesprächsführung unterstützen.

Zudem ist es dem Projekt gelungen, wichtige Entscheidungsträger in politischen Ämtern zu überzeugen. Das Programm wird durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz sowie das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Daher kann die Motivation der Teilnehmer und der Multiplikatoren zusätzlich durch **finanzielle Anreize** gesteigert werden. Weiterbildungsinteressierte, die die Fördervoraussetzungen erfüllen, können durch die sogenannte Bildungsprämie einen 50-prozentigen Zuschuss zu den Kursgebühren erhalten.

Die Dresdner Unternehmensberatung WissensImpuls GbR wurde 2011 damit beauftragt, das AktivA-Programm zu organisieren, durchzuführen und weiterzuentwickeln. Bisher wurden in Deutschland, Österreich und der Schweiz über 1.600 Multiplikatoren (Stand: Juli 2019) ausgebildet (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2019).

Übung 3.3:

Benennen Sie die verschiedenen Strategien des AktivA-Programms, die zur Motivierung der Teilnehmer und der Multiplikatoren eingesetzt werden.



Evaluation und Weiterentwicklung

AktivA ist ein evaluiertes Gesundheitsförderungsprogramm, das durch Teilnehmerunterlagen inhaltlich standardisiert ist. Dennoch unterliegt es einer ständigen Weiterentwicklung, um die Teilnehmer der AktivA-Trainerausbildung noch intensiver auf die Durchführung der AktivA-Trainings vorzubereiten und das AktivA-Training noch besser an die Zielgruppe Erwerbsloser anzupassen. Dafür kommen Evaluationsbögen zum Einsatz, mit denen die Trainings durch die Teilnehmer bewertet werden (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2019).

Die Teilnahme an einem AktivA-Training führt nachweislich zu einem signifikanten Rückgang von physischen und psychischen Gesundheitsbeschwerden.

In einer **Evaluationsstudie** wurden zwischen 2008 und 2010 370 langzeiterwerbslose Personen ab 50 Jahren untersucht. Die Programmteilnehmer wiesen nach dem Training eine deutlich bessere psychische Gesundheit sowie tendenziell höhere sozial-kommunikative Fähigkeiten auf als die Nichtteilnehmer. Dies ist vor allem in Anbetracht der kurzen Schulungsdauer beachtenswert. Bei den Teilnehmern des freien Trainingsangebots (das nicht in einer Qualifizierungsmaßnahme der Agentur für Arbeit enthalten war und mit Werbeanzeigen in kostenlosen Wochenzeitungen bekannt gemacht wurde) wurde zudem die Wahrnehmung sozialer Unterstützung gesteigert. Auch drei Monate nach dem Training bestanden diese positiven Effekte für Teilnehmer des frei zugänglichen Angebots (vgl. Rothländer et al., 2012).

3.4 Fallbeispiel gesunde Ernährung und Bewegung (IN FORM)

Das Projekt „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ ist im Vergleich zu den anderen Initiativen der im Hinblick auf Zielgruppen und Themen übergreifende Ansatz. Personen jeden Alters und jeder sozialen Schicht sollen in ihren verschiedenen Lebensbereichen umfassend zu einer gesunden Ernährung und mehr Bewegung angeregt werden.

Ausgangslage und Projektziele

Gestartet ist der nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ im Jahr 2008. Verantwortlich sind das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Der Aktionsplan strebt eine nachhaltige Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von Kindern und Erwachsenen in Deutschland an. Die Lebensqualität sowie die Leistungsfähigkeit in Bildung, Beruf und Privatleben soll gesteigert werden. Dafür stehen die Förderung einer ausgewogenen Ernährung sowie ausreichend Bewegung im Fokus (vgl. BLE, 2021).

Gesundheit als Zustand individuellen Wohlbefindens und Leistungsfähigkeit hat makroökonomisch ebenso eine wichtige Funktion als Wirtschafts- und Standortfaktor inne. Studien, z.B. der Bundes-Gesundheitssurvey (vgl. Bellach, 1998), der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (vgl. Hölling et al., 2012) und die nationale Verzehrsstudie II (vgl. BMEL, 2021b) zeigen, dass in Deutschland und den meisten Industrienationen Krankheiten aufgrund einer unausgewogenen Ernährung und zu wenig Bewegung zunehmen. Damit wächst die Gefahr gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

Durchschnittlich sind in Deutschland 66 Prozent der Männer und 51 Prozent der Frauen übergewichtig oder fettleibig. Jeder Fünfte davon ist adipös (fettleibig) und hat damit ein erhöhtes Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sind etwa 15 Prozent von Übergewicht und Adipositas betroffen. Allerdings liegt hier keine Gleichverteilung in der Gesellschaft vor. Mit steigendem Pro-Kopf-Einkommen bzw. höherem Schulabschluss sinkt z.B. der Anteil der übergewichtigen und adipösen Männer und Frauen. Die Folge können chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, aber auch orthopädische Beschwerden sein (vgl. Bellach, 1998).

Den Deutschen wird ein zu geringes Bewegungsverhalten vorgeworfen. Laut aktueller Statistiken der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bewegt sich insbesondere die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen nicht ausreichend (vgl. Bull et al., 2020). Ihre körperliche Fitness sowie ihre motorischen Fähigkeiten sind zu gering ausgeprägt. Die neue Richtlinie empfiehlt allen Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren, mindestens 60 Minuten pro Tag mit moderater bis hoher Intensität aktiv zu sein. Die Bewegung in der Gruppe stärkt zudem das Selbstwertgefühl und fördert neben dem eigenen Wohlbefinden auch die sozialen Kontakte.

Etwa 20 % der 11- bis 17-Jährigen leiden besonders häufig unter Essstörungen (vgl. RKI, 2008). Mädchen sind dabei fast doppelt so häufig betroffen wie Jungen (vgl. RKI, 2008). Essstörungen wie Bulimie (Ess-Brech-Sucht), Anorexie (Magersucht) oder Binge-Eating (unkontrolliertes Essen) sind psychosomatische Erkrankungen, die medizinisch behandelt werden müssen. Außenstehende können ein gestörtes Essverhalten an einem kompletten Verzicht (z.B. nie mehr Süßigkeiten essen), extremen Diäten oder einer verzerrten Körperwahrnehmung des/der Betroffenen erkennen.

Die übergreifenden Ziele der Initiative IN FORM lassen sich wie folgt gliedern (vgl. BLE, 2021):

- *Informationsvermittlung*: den positiven Einfluss einer gesunden Ernährung und ausreichend Bewegung auf die Gesundheit glaubhaft darstellen
- *Zielgruppenanpassung*: Maßnahmen zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten zielgruppenspezifisch ausrichten
- *Strukturschaffung*: Rahmenbedingungen zur Umsetzung eines gesunden Lebensstils schaffen und verbessern
- *Vernetzung*: Abstimmung von Akteuren und Maßnahmen
- *Öffentlichkeitswahrnehmung*: erfolgreiche Projekte bekannt machen und durch eine Transparenz der Angebote hinsichtlich Qualität, Umfang, Finanzierung und Erfolgsmessung zum Nachahmen anregen

Projektumsetzung

Zur Projektumsetzung wurde der nationale Aktionsplan ins Leben gerufen. Sämtliche Lebenswelten der Menschen (Wohnumgebung, Stadtteil, Arbeitsplatz, Kindertageseinrichtungen, Kindertagespflege, Bildungs-, Senioren- und Freizeiteinrichtungen, Vereine) sollen darauf ausgerichtet werden, dass eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung zur Selbstverständlichkeit werden können (vgl. BLE, 2021). Die Menschen

sollen dabei überzeugt und nicht überredet werden. Folgende Schwerpunkte sollen in den Lebenswelten gesetzt werden:

- Schaffung und Verbesserung der Voraussetzungen für gesündere Ernährung und gesteigertes Bewegungsverhalten,
- Einbezug von Vorbildern zur Steigerung der Motivation, mehr für die eigene Gesundheit zu tun und
- Schaffung von Angeboten für Menschen mit einem schweren Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten.

Um die Schwerpunkte in den Lebenswelten umzusetzen, arbeiten Bund, Länder und Kommunen eng zusammen. Ein Ineinandergreifen von Akteuren aus der Politik, dem Gesundheitswesen, der Zivilgesellschaft, der Wirtschaft sowie der Medien ist dabei unabdingbar. Die Maßnahmen werden durch gemeinsame Workshops und Fachgespräche zwischen den Akteuren stets weiterentwickelt. Die Initiative basiert auf der Umsetzung zweier Phasen (vgl. BLE, 2021):

Phase 1: Initialphase

Im Jahr 2008 begann die Initiative IN FORM Strukturen zur Umsetzung des Nationalen Aktionsplans aufzubauen. Bereits bestehende Maßnahmen und Aktivitäten für gesunde Ernährung und mehr Bewegung wurden in den IN FORM-Prozess eingebunden, z.B. „Leben hat Gewicht“, „Tut mir gut“, „Gut Drauf“, „Gesundes Alter“, „3.000 Schritte extra“. Im Rahmen der mittlerweile abgeschlossenen Initialphase wurden rund 100 Projekte vom Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und Bundesgesundheitsministerium (BMG) gefördert, z.B. „Aktionsbündnisse für gesunde Lebensstile und Lebenswelten“.

Phase 2: Konsolidierungs- und Verbreitungsphase

Die gewonnenen Erkenntnisse aus bereits erfolgreich abgeschlossenen Projekten rund um Fragen des gesunden Lebensstils sollen dauerhaft etabliert sowie gewonnene Erkenntnisse verbreitet werden. Um das zu erreichen, spielt die Vernetzung zwischen den Akteuren aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft und Gesellschaft eine zentrale Rolle. IN FORM übernimmt also eine „Dialogfunktion“. Eine Übersicht über die konkreten Maßnahmen in den Jahren 2008 bis 2013 und wichtige Etappen bis ins Jahr 2020 ist in Tab. 3.3 dargestellt.

Tab. 3.3: IN FORM-Maßnahmen zwischen 2008 und 2020 (BLE, 2021)

Jahr	Maßnahmen (Auszug)
ab 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung einer gemeinsamen Geschäftsstelle von BMEL und BMG • Aufbau einer Internetplattform • Etablierung einer Arbeitsgruppe zu Bewegungsempfehlungen • Auftaktveranstaltung zur Umsetzung des Nationalen Aktionsplans • Erarbeitung von Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kindertageseinrichtungen, Schulen und Betriebskantinen • Förderung der Vernetzungsstellen Schulverpflegung • Umsetzung des Nationalen Radverkehrsplans • Pilotprojekt Schulobstprogramm • Geschmackstage
ab 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Start einer nationalen Informationskampagne zum Nationalen Aktionsplan • Erarbeitung von Qualitätsstandards für die Verpflegung in Pflege- und Senioreneinrichtungen sowie für „Essen auf Rädern“ • Einrichtung einer Arbeitsgruppe zur Prävention von Fehl- und Mangelernährung im Alter
ab 2010	<ul style="list-style-type: none"> • IN FORM Vernetzungsworkshops zwischen Bund, Ländern und Zivilgesellschaft • Modellhafte Erprobung von Kompetenzzentren für Bewegungsförderung • Vergabe des Logos „Unterstützt die Ziele von IN FORM“ • Vorstellung von Qualitätsstandards für die Verpflegung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

Jahr	Maßnahmen (Auszug)
ab 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Anwenderbroschüre „Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress“ • Weiterentwicklung der „Job&Fit Qualitätsstandards“ • Internetrelaunch, Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit • Ausbau der Angebote zur Ernährungsbildung • Etablierung bundesweiter Tage der Schulverpflegung • Verbreitung der Qualitätsstandards für die Außer-Haus-Verpflegung • Veröffentlichung der Qualitätsstandards für die Verpflegung in Krankenhäusern und Rehakliniken • Einbringen des IN FORM-Prozesses bei internationalen Aktivitäten • Gesundheits-/Ernährungsmonitoring (Bund)
ab 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Veröffentlichung eines Onlineangebots zur Qualitätssicherung für Präventionsprojekte • Weiterentwicklung des Schulküchenwettbewerbs „Klasse, Kochen!“ • Veröffentlichung des Ernährungsberichts 2012 • verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, z.B. Präsentation von IN FORM auf Messen und Veranstaltungen
ab 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Bilanzkonferenz zum „aid-Ernährungsführerschein“ • Veröffentlichung einer Abschlussbroschüre der 24 Modellprojekte der KINDERLEICHT-Regionen • Verankerung grundlegender Ernährungs- und Bewegungsbau- steine in der Aus-, Fort- und Weiterbildung relevanter Berufs- gruppen • Schwerpunktsetzung auf das Thema „Betriebliche Gesund- heitsförderung“ • IN FORM Symposium „Betriebliche Gesundheitsförderung“ mit der DGE
ab 2014 bis 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Jahreskonferenz zum Nationalen Aktionsplan • Weiterführung und Konkretisierung des Nationalen Aktions- plans einschließlich des Zeitplans
ab 2016 bis 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Vorlage des Zwischenberichts
ab 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation und Erfolgssicherung des Nationalen Aktionsplans • Fazit des Nationalen Aktionsplans

Evaluation

Die Evaluation des Nationalen Aktionsplans verfolgte die Zwecke, die bisherige Umsetzung (seit 2008) zu beschreiben, die Erreichung der Ziele zu überprüfen sowie Optionen für eine mögliche Weiterführung zu identifizieren. Zwischen April 2017 und Oktober 2018 wurden die folgenden Analysen und Erhebungen durchgeführt:

- Sekundärdatenanalyse: Auswertung von insgesamt 198 Projekt- und 58 Evaluationsberichten
- Onlinebefragung von Projektnehmern: Antworten von 69 Personen (entspricht einer Beteiligung von 62 % der eingeladenen Personen)
- Befragung von Vertretenden der (ehemaligen) Zentren für Bewegungsförderung (ZfB): 13 Telefoninterviews, mit denen 12 Bundesländer abgedeckt werden
- Fallstudien zu acht ausgewählten Projekten
- Befragung von Vertretenden der Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung (VNS) aus allen 16 Bundesländern sowie einer Person aus dem Nationalen Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule (NQZ): 17 Telefoninterviews
- IN FORM-Website: 10 Experteninterviews
- On-site-Befragung von Website-Nutzenden: Antworten von 417 Personen
- Befragung von IN FORM-Verantwortlichen: 14 Interviews

Die Evaluation hat ergeben, dass mit den durchgeführten Aktivitäten insgesamt ein Beitrag zur Erreichung aller im Aktionsplan formulierten Ziele geleistet werden konnte. Positiv wird anerkannt, dass im Rahmen der IN FORM-Projekte die Themen Ernährung und Bewegung sowie verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze eng miteinander verzahnt sind.

IN FORM gelingt es, vielfältige Akteure und Maßnahmen unter einem Dach zu vereinen. Projektnehmer waren renommierte Fachorganisationen und Institutionen mit Bezug zu Ernährung und Bewegung wie die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Hochschulen/Forschungseinrichtungen, Kommunen oder Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung. Seit 2008 und bis einschließlich 2016 wurden durch das BMEL und das BMG ca. 200 Projekte gefördert. In der Zuordnung der geförderten Projekte zu Hauptthemen spiegelt sich wider, dass Ernährungsbildung und Ernährung die insgesamt am häufigsten bedienten Themen sind (vgl. Abb. 3.4).

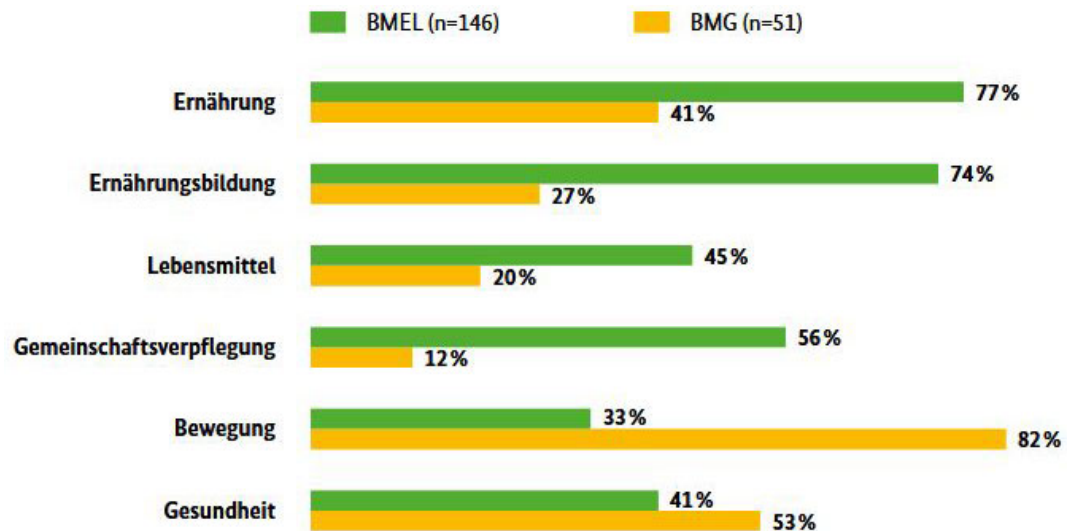


Abb. 3.4: Zuordnung der Projekte zu Hauptthemen nach förderndem Ministerium (BLE, 2019)

Bei den Zielgruppen in den unterschiedlichen Lebenswelten (z.B. Kinder, Jugendliche, ältere Menschen) konnte ein erhöhtes Bewusstsein hinsichtlich der Bedeutung von gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung nachgewiesen werden. In den einzelnen Projekten konnten viele Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausreichend sensibilisiert und befähigt werden, ihr neu erworbenes Wissen zielgruppenspezifisch zu vermitteln. Darüber hinaus wurden viele Kooperationen und Netzwerke zur gesundheitsförderlichen Ausgestaltung von Lebenswelten etabliert. Eine Zuordnung der geförderten Projekte zu Lebenswelten zeigt, dass insbesondere Schule, Stadtteil/Kommune und Kita bisher am meisten bedient wurden, während Arbeitsplatz sowie gesunder Start/junge Familie seltener im Mittelpunkt einzelner Projekte stand (vgl. Abb. 3.5).

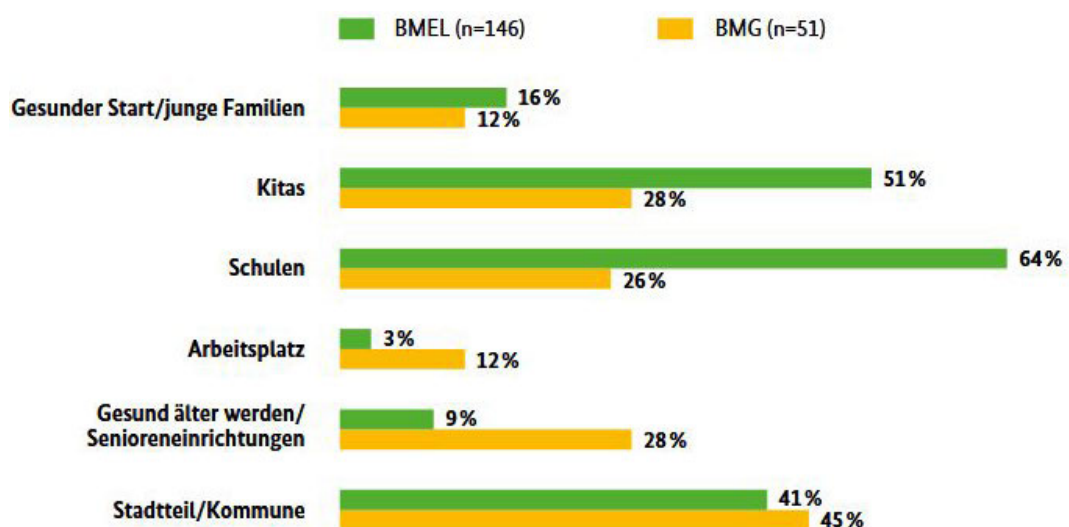


Abb. 3.5: Bedienung der Lebenswelten nach förderndem Ministerium (BLE, 2019)

Die Ergebnisse der Evaluation werden in die Überlegungen des BMEL und BMG zur künftigen Ausgestaltung des Nationalen Aktionsplans einfließen.

Übung 3.4:

Überlegen Sie, in welcher Lebenswelt Sie schon einmal mit der Initiative IN FORM konfrontiert wurden. Welche motivierenden Effekte hat diese Kampagne bei Ihnen ausgelöst? Sollten Sie bisher noch nicht auf die Kampagne aufmerksam geworden sein, überlegen Sie, wie Sie als Präventionsmanager die Maßnahmen der Initiative in Ihrer Lebenswelt integrieren und umsetzen können.



Zusammenfassung

Verschiedene Anwendungsbeispiele zeigen die vielfältigen Umsetzungsmöglichkeiten der Projektarbeit auf. Projekte unterschiedlicher Akteure aus der Gesundheitsbranche (Krankenkassen, wissenschaftliche, staatliche und privatwirtschaftliche Institutionen) machen deutlich, wie die verschiedenen Präventionsstrategien für die unterschiedlichen Zielgruppen und die jeweiligen Themenbereiche kombiniert werden können.

Das Projekt **TigerKids** ist ein Beispiel dafür, wie Motivationsmanagement in einem Kindergarten umgesetzt werden kann. Kindergartenleitung, Eltern und Erzieher werden von der Krankenkasse beraten, wie sie die Gesundheit der Kinder fördern können. Ausgehend von Maßnahmen zur gesunden Ernährung (Obststeller, zuckerfreie Getränke und gesundes Pausenbrot) sind inzwischen auch Module zur Bewegung und Entspannung enthalten.

Das Projekt **HaLT** versucht, durch eine Vernetzung von verschiedenen lokalen und bundesweiten Kooperationspartnern die Anzahl von Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen zu reduzieren. Der proaktive Baustein des Programms konzentriert sich dabei auf die präventive Aufklärung breiter Bevölkerungsschichten, um zu hohem Alkoholkonsum vorzubeugen. Der reaktive Baustein richtet sich dagegen an Jugendliche, die aufgrund eines Alkoholrausches im Krankenhaus behandelt werden mussten.

Das Programm **AktivA** richtet sich an längerfristig Erwerbslose. Mit verschiedenen Trainings sollen sozial-psychologische Kompetenzen gestärkt werden. Im Rahmen von Qualifizierungsmaßnahmen und auch von frei zugänglichen Angeboten lernen die Teilnehmer, Aktivitäten zu planen, sich selbst zu motivieren, soziale Unterstützung zu suchen und bei Hindernissen entsprechende Ressourcen zu aktivieren. Zusätzlich werden im Rahmen des Projekts auch die Trainer für die Kurse ausgebildet.

Das Programm **IN FORM** versucht, das Bewegungs- und Ernährungsverhalten in Deutschland dauerhaft zu verbessern, um damit zusammenhängenden Krankheiten vorzubeugen. Die strategische Grundlage hierfür bildet der Nationale Aktionsplan, der die Aktivitäten von Bund, Ländern und der Zivilgesellschaft bündelt.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 3.1 Nennen Sie kurz die direkten und indirekten Zielgruppen, die mit den vier verschiedenen Programmen angesprochen und gefördert werden sollen.
- 3.2 Erläutern Sie, wie hoch die Motivation der direkten Zielgruppen der vier Programme zu gesundheitsförderlichem Verhalten ist und welche Konflikte zu anderen Motiven vorliegen können.

- 3.3 Bei einer Ernährungsintervention im Setting Kindergarten sind die Zielgruppen „Erzieher“, „Kita-Leitung“, „Kinder“ und „Eltern“ zu unterscheiden. Stellen Sie in tabellarischer Form dar, welche ganz konkreten Zuständigkeiten die einzelnen Zielgruppen im Rahmen eines solchen Programms jeweils haben.
- 3.4 Bewerten Sie den Erfolg des TigerKids-Programms. Wie würden Sie die Effektivität und Effizienz des Programms bewerten? Begründen Sie Ihre Einschätzung.

4 Erfolgsfaktoren des angewandten Motivationsmanagements

Nach dem Bearbeiten des vierten Kapitels kennen Sie die wesentlichen Kriterien, die Sie bei der Umsetzung von Präventionsprojekten berücksichtigen müssen. Sie sehen, wie diese Erfolgsfaktoren in den vorgestellten Praxisbeispielen berücksichtigt wurden und welche Konsequenzen ihre Nichtbeachtung haben kann.

Das Motivationsmanagement für Gesundheitsförderung und Prävention fällt in der Praxis sehr vielfältig aus. Dafür werden die vorhandenen Theorien und Ansätze in der konkreten Anwendung zielführend miteinander verknüpft. Im Zusammenspiel verschiedener Rahmenbedingungen und Akteure zeigen sich häufig weitere Herausforderungen, aber auch Möglichkeiten, die es zu meistern und zu nutzen gilt. Grundsätzlich gibt es Faktoren, die zum Erfolg von Motivationsmanagement beitragen und damit gleichzeitig auch Trends und Entwicklungen der aktuellen Präventionsarbeit darstellen.

- Zielgruppenorientierung,
- Ganzheitlichkeit,
- Empowerment,
- Partizipation,
- Orientierung an Entscheidungsträgern,
- Evaluation und
- Nachhaltigkeit

dienen alle direkt oder indirekt zur Steigerung der Motivation der Beteiligten oder Verantwortlichen und sind damit wichtige Bestandteile des Motivationsmanagements (vgl. Ruckstuhl et al., 2001). Im Folgenden werden die einzelnen Erfolgskriterien näher erläutert. Wir zeigen auf, wie sie in den einzelnen Projekten umgesetzt wurden.

Zielgruppenorientierung

Menschen haben aufgrund unterschiedlichster Lebensphasen und Rahmenbedingungen auch unterschiedlichste **Bedürfnisse und Motive**, sich mit Gesundheit auseinanderzusetzen. Die dargestellten Fallbeispiele haben gezeigt, dass für die in Kap. 1 beschriebenen unterschiedlichen Zielgruppen, Gesundheitsrisiken und Lebenswelten ganz verschiedene Varianten des in Kap. 2 vorgestellten grundsätzlichen Prozesses notwendig sind. Manche Zielgruppen sind gesundheitsmotiviert und es ist nur nötig, ihnen die richtigen Angebote bereitzustellen und entsprechende Zugangswege zu schaffen. Es ist wichtig, dass diese Programme die Zielgruppen gut erreichen, verständlich sind und weiterführende Möglichkeiten aufzeigen. Bei anderen Zielgruppen ist es notwendig, diese trotz mangelnden Interesses oder Wissens zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu motivieren. Bei ihnen gilt es, entsprechende Strukturen, Anreizsysteme oder Hilfsangebote zu schaffen, die keine Abwehr erzeugen und ggf. bestehende Interessenkonflikte berücksichtigen.

Die vorgestellten Programme wollen jeweils sehr unterschiedliche Zielgruppen zum gesundheitsförderlichen Verhalten motivieren. Dafür nutzen sie die unterschiedlichsten **Zugangswege**. Während das Programm für Kinder im Vorschulalter das Setting Kinder-

garten und die Ansprache der Eltern wählt, kommunizieren die Mitarbeiter der HaLT-, AktivA- und IN FORM-Programme auch direkt mit den Betroffenen und verwenden dafür verschiedene Möglichkeiten, um ihre Zielgruppe zu identifizieren (z.B. HaLT über einen Krankenhausaufenthalt,). Darüber hinaus nutzen aber auch die vorgestellten Projekte indirekte Wege der Ansprache, indem sie beispielsweise Multiplikatoren (Tiger-Kids, IN FORM), Trainer (AktivA), Krankenhausärzte und die Polizei (HaLT) einbinden.

Auch die **Inhalte der Programme** orientieren sich an den Interessen und Motiven der Zielgruppe. Kinder im Vorschulalter werden mit spielerischen Elementen und einer Handpuppe motiviert; risikofreudige Jugendliche dagegen mit erlebnispädagogischen Maßnahmen (wie Tauchen und Klettern). Das AktivA-Programm beschäftigt sich in seinen Trainings mit den täglichen Herausforderungen der Erwerbslosen, und das IN FORM-Programm gibt Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen, die in verschiedenen Lebenswelten umgesetzt werden sollen.

Ganzheitlichkeit

Die Zielgruppenorientierung spiegelt sich auch darin wider, dass das bestehende System, in dem sich die Betroffenen bewegen, ebenfalls berücksichtigt wird. Dazu müssen u. a. die Zielstellungen und Strukturen der Einrichtungen, Organisationen, Gemeinden etc. bei der Entwicklung der Maßnahmen berücksichtigt werden. Das soziale und politische Umfeld der Zielgruppe muss stets mitgedacht werden, da diese das Vorhandensein und die Entwicklung von Ressourcen mitbestimmen (vgl. Brandes; Stark, 2011; Biebert; Razavi, 2007). Das bedeutet auch anzuerkennen, dass die Ziele und Prozesse der Gesundheitsförderung und Prävention mit anderen Zielen und Prozessen in Konflikt stehen können. Es gilt, deren Zusammenspiel möglichst verlustfrei aufeinander abzustimmen. Nur durch eine ganzheitliche Betrachtung der Personen und ihres Umfelds können wirksame und bedarfsorientierte Programme entwickelt werden. Gegebenenfalls müssen dabei entsprechende Gesundheits- und Handlungsprioritäten mit den Beteiligten und Entscheidungsträgern ausgehandelt werden (vgl. Kaminski, 2013).

Gleichzeitig ist damit auch eine gewisse Flexibilität der Programme erforderlich. Die Programminhalte und Maßnahmen müssen so gestaltet sein, dass sie individuell an die jeweiligen Umstände vor Ort angepasst werden können. Oft wird dies dadurch erreicht, dass gewisse Variationen der Maßnahmen vorgedacht werden oder dass einzelne Module eines Projekts nur bei Bedarf zum Einsatz kommen. So wird beispielsweise eine Beratung des Essensanbieters in den Kindertageseinrichtungen nur vorgenommen, wenn sich das Essensangebot in der Analysephase als Problemfeld zeigt.

Darüber hinaus berücksichtigen die Spielanleitungen im TigerKids-Programm auch die unterschiedlichen räumlichen Gegebenheiten der Einrichtungen. HaLT bindet die unterschiedlichen politischen Ebenen ein, indem es die europäischen Richtlinien ebenso wie die regionalen Besonderheiten der beteiligten Gemeinden in die Projektumsetzung integriert. Im AktivA-Programm sind Anknüpfungen an weitere Qualitätsmaßnahmen durch praktische Tätigkeiten (z.B. Ehrenamt) vorgesehen und im IN FORM-Programm ist die Einbindung von Institutionen aus Bund, Ländern und Zivilgesellschaft unabdingbar.

Empowerment

Wie bereits in Kap. 1.2.3 dargestellt, soll durch die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention die **Eigenverantwortung** gestärkt werden. Den Betroffenen wird Hilfe zur Selbsthilfe gegeben, um deren eigene Handlungsfähigkeit zu stärken. Motivationsmanagement unterstützt Personen und Organisationen dabei, die Motivation der Betroffenen zu erhöhen. Sie werden dabei ermutigt, ihre eigenen (vielfach verschütteten) personalen und sozialen Ressourcen zu nutzen, um (wieder) Kontrolle über die Gestaltung der eigenen Lebenswelt zu gewinnen (vgl. Brandes; Stark, 2011). Im Idealfall können sich die Initiatoren des Motivationsmanagements nach einem begrenzten Zeitraum zurückziehen und die weitere Umsetzung der Zielgruppe selbst bzw. den geschaffenen Strukturen überlassen.

Brandes und Stark (2011) haben einige **Leitfragen** formuliert, anhand derer sich überprüfen lässt, inwieweit die entwickelten Programme zur Förderung des Empowerments beitragen (vgl. Brandes; Stark, 2011):

- Gelingt es Menschen, eigene Stärken zusammen mit anderen zu entdecken?
- Trägt das Programm dazu bei, dass Menschen aktiv werden und ihre eigenen Lebensbedingungen gestalten und kontrollieren?
- Können Professionelle dazu beitragen, verschiedene Formen von Selbstorganisation zu unterstützen? Können sie ein soziales Klima schaffen, das Prozesse des Empowerments unterstützt?
- Welche Konsequenzen haben solche Erfahrungen für die beteiligten Menschen, Organisationen und Strukturen?

AktivA schult die Erwerbslosen direkt in Möglichkeiten zur Selbstverantwortung. Sie lernen, wie sie ihren Alltag strukturieren können und wie sie mit Misserfolgen umgehen. Auch die Jugendlichen im HaLT-Projekt lernen in den Einzel- und Gruppengesprächen, wie sie in zukünftigen Problemsituationen ohne gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum reagieren können. Im TigerKids-Projekt findet dagegen die Steigerung des Empowerments eher auf Organisationsebene statt. Die Mitarbeiter der Kindertageseinrichtungen werden durch die dreijährige Betreuung durch die Krankenkasse befähigt, die Gesundheit der Kinder eigenverantwortlich zu fördern. Auch die IN FORM-Initiative schafft in ihren Lebenswelten eher organisatorische Voraussetzungen, die Zielgruppen zu sensibilisieren und zur Verhaltensänderung zu bewegen.

Partizipation

Die Beteiligung der Betroffenen ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor des angewandten Motivationsmanagements (vgl. Bienert; Razavi, 2007; Hartung et al., 2010). Dazu gehört nicht nur die Information über die Maßnahmen, sondern auch die Einbindung der Beteiligten und Verantwortlichen in die Entwicklung, Umsetzung und in die Weiterentwicklung der Programme. Durch verschiedene Formen der **Mitwirkung** und **Mitentscheidung** lässt sich die Motivation der Teilnehmer, aber auch der Entscheidungsträger wesentlich erhöhen. Wenn sie die Programminhalte verstehen, sind sie eher bereit zu kooperieren, die entwickelten Maßnahmen umzusetzen und sie auch gegen Widerstände durchzusetzen. Zudem erweitern sich damit auch die Möglichkeiten der eigenständigen

Imitation und Weiterentwicklung der Programminhalte und -maßnahmen. In einer Vielzahl von Studien konnte gezeigt werden, dass partizipative Verhaltensprogramme die Bereitschaft zu gesundheitsförderlichem Verhalten erhöhen (vgl. Zimolong, 2008).

Für die einzelnen Settings und Zielgruppen kann diese Beteiligung in ganz unterschiedlicher Form stattfinden. In der betrieblichen Gesundheitsförderung haben sich dafür regelmäßig tagende Arbeitsgruppen von Projektmitarbeitern mit betroffenen Beschäftigten etabliert. Diese Form der Mitentwicklung kommt auch im TigerKids-Projekt und im HaLT-Programm zum Einsatz. Die verantwortlichen Entscheidungsträger (Erzieher, Einzelhandel, Polizei etc.) tauschen sich regelmäßig über den Projektfortschritt und einzelne Veranstaltungen und Vorfälle aus. Dafür sind in den jeweiligen Gemeinden des HaLT-Projekts Mitarbeiter in entsprechenden Vereinen (z.B. der Drogenhilfe) beauftragt, diese Treffen zu koordinieren. Ebenso ist im IN FORM-Projekt die Zusammenarbeit von Bund, Ländern und anderen Akteuren eng verzahnt, um die Maßnahmen permanent zu bewerten und weiterzuentwickeln.

Orientierung an Entscheidungsträgern

Als erster und wichtigster Schritt der Projektumsetzung (vgl. Kap. 2.3) ist die jeweils „oberste Leitung“ von der Notwendigkeit und der Effektivität des Motivationsmanagements zur Prävention und Gesundheitsförderung zu überzeugen (vgl. Kaminski, 2013). Daher gilt es, verschiedene Entscheidungsträger aus Politik und Wirtschaft in die Programme einzubinden (vgl. Kap. 1.3). Denn sie können nicht nur Vorbild, Vermittler und Informationsverbreiter sein, sondern stellen vor allem notwendige personelle und finanzielle Ressourcen bereit. Nur so ist es möglich, dass Gesundheitsziele gleichberechtigt neben den ökonomischen und personellen Zielen stehen.

Je nach den Zielen und der Zielgruppe eines Programmes gilt es ganz verschiedene Multiplikatoren, Institutionen oder politische Entscheidungsträger für eine Beteiligung zu gewinnen. Im TigerKids-Projekt müssen vor allem die Träger und Leiter der Einrichtungen, aber auch die Erzieher und Eltern überzeugt werden. Oft benötigen die Programme auch finanzielle Ressourcen, die ihnen nur Entscheidungsträger in politischen Ämtern ermöglichen können. So konnte das AktivA-Projekt durch eine Förderung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz die Ausbildung von mehr als 300 Multiplikatoren finanzieren. Auch das HaLT-Projekt und das IN FORM-Programm hätten sich ohne eine Unterstützung der entsprechenden Ministerien sicherlich nicht so schnell über die Pilotphase hinaus weiterentwickelt.

Vernetzung

Bei einem Großteil der Projekte gilt es weniger, neue Organisationen aufzubauen und Stellen zu schaffen, sondern vielmehr vorhandene Strukturen zielführend zu nutzen, zu vernetzen und deren Zusammenarbeit zu koordinieren. Im Projekt HaLT ist es beispielsweise gelungen, die relevanten Beteiligten für Alkoholprävention einzubinden und dabei bewusst auch jene einzubeziehen, die eigentlich eher am Verkauf alkoholischer Getränke interessiert sind (wie Einzelhandel und Veranstalter). Es gilt, **Synergien** durch die Nutzung vorhandener Strukturen zu schaffen und Beziehungen zum gegenseitigen Nutzen anzustreben. Gleichzeitig ist es entscheidend für den Erfolg des Gesundheitsmanagements, innerhalb dieser vernetzten Strukturen klare Zuständigkeiten sowie Verantwortliche und Beauftragte mit eindeutig beschriebenen Aufgaben zu benennen (vgl. Kaminski, 2013).

Auch im TigerKids-Projekt soll die Krankenkasse nur die Funktion des Beraters übernehmen, der örtlich vorhandene Sportvereine und Ernährungsberater zusammenbringt und die Kooperation zwischen ihnen anregt. Im AktivA-Programm geschieht dies durch eine Zusammenarbeit mit entsprechenden Beratungsstellen, Vereinen und Behörden. Hier sind aber sicherlich noch weitere Vernetzungen mit Angeboten zu ehrenamtlicher Tätigkeit denkbar. Das IN FORM-Programm konnte sich vor allem durch eine Kooperation zwischen Institutionen, Verbänden und Vereinen ausweiten.

Evaluation und kontinuierliche Verbesserung

Die Erfolgskontrolle des Gesundheitsmanagementprozesses stellt einen weiteren wichtigen Erfolgsfaktor des Motivationsmanagements dar. Die Zielerreichung wird überwacht und gesteuert, indem Hindernisse erkannt und beseitigt werden (vgl. Biener; Razavi, 2007). Die Herausforderung, geeignete Kennzahlen zu definieren und Kontrollgruppen zu beschreiben, wurde bereits im Kap. 2.4 dargestellt. Evaluationsmaßnahmen sollten im Budget des Programms eingeplant und in angemessener Qualität umgesetzt werden. Möglichst valide Daten und Informationen über die Zielerreichung der Maßnahmen sind Voraussetzungen für die Weiterentwicklung, denn Entscheidungsträger können nur dann weitere Ressourcen für ein solches Projekt einsetzen, wenn sie entsprechende Nachweise für deren Wirksamkeit haben (vgl. Biener; Razavi, 2007).

Die vier dargestellten Fallbeispiele weisen alle eine entsprechende Umsetzung der Evaluation auf. Sie wurden jeweils anhand eines intensiv beforschten Piloten getestet und dann entsprechend der finanziellen und personellen Ressourcen auf weitere geographische Einheiten ausgedehnt. So haben sich das TigerKids-Projekt und das HaLT-Programm inzwischen von einem Standort auf das gesamte Bundesgebiet ausgedehnt.

Das aus dem **Qualitätsmanagement** stammende Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung stellt für das Motivationsmanagement einen weiteren wesentlichen Erfolgsfaktor dar. Nur durch eine regelmäßige Anpassung der Programme ist die eingangs geforderte Zielgruppenorientierung und Ganzheitlichkeit möglich. Der in Kap. 2.1 beschriebene **PDCA-Zyklus** muss dabei immer wieder durchlaufen werden. Daraus ergibt sich eine Spirale, die sich kontinuierlich in Richtung Verbesserung der Gesundheit schraubt (vgl. Kaminski, 2013).

Nachhaltigkeit

Viele der bisher erläuterten Erfolgsfaktoren sind außerdem wichtige Voraussetzungen dafür, dass das Motivationsmanagement langfristig und dauerhaft wirkt. Das Gegenteil von nachhaltigen Programmen sind Einzelaktionen ohne größeren Zusammenhang (z.B. einmalige Veranstaltungen oder Gesundheitschecks ohne Maßnahmenangebote), deren Wirkung bereits nach kurzer Zeit verpufft. Deren Zielstellung ist manchmal zumindest gut gemeint, hängt aber oft auch eher mit Imagegewinn und Kundengewinnung der Akteure zusammen als mit Gesundheitsförderung und Prävention.

Für das betriebliche Gesundheitsmanagement wurde das Erfolgskriterium der Nachhaltigkeit (neben weiteren) bereits als Prinzip in einer DIN-Norm definiert:

„Systematische sowie nachhaltige Schaffung und Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung der Organisationsmitglieder zu einem eigenverantwortlichen, gesundheitsbewussten Verhalten.“ (Kaminski, 2013)

Scherenberg (2011) unterscheidet **fünf Dimensionen**, die für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung relevant sind und auch als Gradmesser für die Nachhaltigkeit von Programmen zum Motivationsmanagement dienen können.

- *Soziale Nachhaltigkeit* beschreibt die Orientierung der Programme an gesellschaftlichen Zielen. Die Programme sind dann sozial nachhaltig, wenn sie sich an allgemeinen Gesundheitszielen ausrichten. So orientiert sich das Programm HaLT an den Schwerpunkten der EU-Strategie zur Alkoholprävention und das AktivA-Programm an den Gesundheitszielen des Bundeslandes Sachsen.
- *Ökonomische Nachhaltigkeit* setzt voraus, dass die entsprechenden Ressourcen langfristig vorhanden sind und diese möglichst wirtschaftlich eingesetzt werden. Dies ist in der Projektumsetzung durch die Messung der Effektivität und der Effizienz entsprechend zu prüfen. Die einzelnen Programme müssen dies gegenüber den jeweiligen Geldgebern durch regelmäßige Evaluationen nachweisen.
- Einen ähnlichen Nachweis müssen die Programme auch bezüglich der *gesundheitlichen Nachhaltigkeit* erbringen. Alle vier Fallbeispiele mussten in Pilotprojekten nachweisen, dass sie die Gesundheit der Teilnehmer im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die nicht an der Maßnahme teilgenommen hat, steigern.
- Die *ökologische Nachhaltigkeit* bemisst sich daran, inwieweit natürliche Ressourcen (wie Energie und Lebensraum) verwendet werden. Angewandtes Motivationsmanagement kann zur Schonung dieser Ressourcen vor allem beitragen, indem es Maßnahmen vorschlägt, für die die Beteiligten keine neuen Großgeräte nutzen müssen oder weite Fahrwege notwendig sind. Die dezentrale Ausrichtung aller vorgestellten Programme und die Nutzung der bereits vorhandenen Strukturen sind dabei positiv einzuschätzen.
- Zentral für das dauerhafte Fortbestehen der Programme und damit auch der Motivation zu gesundheitsförderlichem Verhalten ist die *institutionelle Nachhaltigkeit*. Nur Projekte, die es schaffen, eine langfristige Finanzierungsgrundlage und personelle Ressourcen sicherzustellen, können auf möglichst viele Bevölkerungsteile ausgeweitet werden. Hierbei zeigt sich auch, dass diese Form der Nachhaltigkeit Grundvoraussetzung für die anderen Dimensionen ist. Während sich das TigerKids-Projekt durch die Präventionsleistungen der Krankenkasse finanziert, wird das AktivA-Programm durch eine Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung finanziert. Insbesondere dem HaLT-Projekt sowie dem IN FORM-Projekt ist es gelungen, durch die Einrichtung von Koordinierungsstellen auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene nachhaltige Strukturen zu schaffen.

Zusammenfassung

Tabelle 4.1 gibt einen Überblick über die Kriterien, die einen wesentlichen Einfluss auf den Erfolg eines Präventionsprogramms haben. Sie zeigt außerdem auf, wie die dargestellten Erfolgsfaktoren in den in Kap. 3 beschriebenen Programmen umgesetzt worden sind.

Tab. 4.1: Erfolgsfaktoren

Erfolgsfaktor	Tigerkids	HaLT	AktivA	IN FORM
Zielgruppenorientierung durch ...				
Zugangswege	Kindergarten	Krankenhaus, Schule	Beratungsstellen, Jobcenter	Institutionen, Verbände, Vereine
Inhalte	Spiele, Handpuppe	Klettern, Tauchen	psychosoziale Kompetenzförderung	Bewegung, Ernährung, Ernährungsbildung
Ganzheitlichkeit	Räume der Einrichtung, Ziele der Träger und Mitarbeiter	Einzelhandel und Versorgungsstrukturen der Gemeinden	Alltag der Betroffenen, Kombination mit Tätigkeiten	alltagstaugliche Handlungsempfehlungen, Änderung Lebensstil
Empowerment	Anleitung der Kindergärten zur eigenen Umsetzung	Schulung der Jugendlichen im Umgang mit Problemsituationen	Training zur Selbststärkung	Informationsmaterialien und Handlungshilfen
Partizipation	regelmäßige Workshops mit Erziehern, Elternabende	regelmäßiger Austausch der Kooperationspartner	Beteiligung der Multiplikatoren an Programmentwicklung	Beteiligung von Multiplikatoren in den Lebenswelten
Orientierung an Entscheidungsträgern	Träger und Leiter der Einrichtung, Eltern, Krankenkasse	Gemeindepolitiker, Ministerien	Ministerien, Beratungsstellen	Ministerien, Forschungseinrichtungen
Vernetzung	Ernährungsberater mit Einrichtungen	Hilfesysteme mit Alkoholverkaufsstellen	Beratungsstellen mit Arbeitgebern	Multiplikatoren und Lebenswelten
Evaluation und Weiterentwicklung	Organisationsberatung	Festlegung von Standards	Anknüpfung an Beschäftigungsmöglichkeiten	Prüfung der im Nationalen Aktionsplan festgelegten Ziele
Nachhaltigkeit	bundesweite Ausweitung, Organisationsentwicklung,	Koordinierungsstellen auf verschiedenen Ebenen	bundesweite Einbindung in Qualifizierungsmaßnahmen	Orientierung an nationalen Gesundheitszielen

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 4.1 Beschreiben Sie zwei Ebenen, auf denen Zielgruppenorientierung möglich ist, und nennen Sie jeweils Beispiele für deren Umsetzung im Motivationsmanagement.
- 4.2 Erläutern Sie, welche Kooperationspartner das „HaLT“-Projekt mit den kommunalen Standorten vernetzt und welche Vorteile durch eine lokale Koordination erreicht werden.
- 4.3 Benennen Sie die einzelnen Bestandteile des AktivA-Trainingskonzepts und das Ziel, das dem Trainingskonzept zugrunde liegt.
- 4.4 Nennen und erläutern Sie die fünf Dimensionen des Erfolgskriteriums Nachhaltigkeit.

Schlussbetrachtung

Ziel des vorliegenden Studienhefts war es, Ihnen einen Einblick in die unterschiedlichen Motive von Zielgruppen in verschiedenen Lebensphasen zu geben. Sie haben entsprechende Strategien, den grundsätzlichen Projektablauf und Anwendungsbeispiele zum Motivationsmanagement kennengelernt.

Die zielgruppenspezifische Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen wird zukünftig zunehmen, um die Motivation der Beteiligten zu erhöhen. Dies wird vor allem durch technische Entwicklungen unterstützt. So können Personen Gesundheitsdaten (wie z.B. Schritte pro Tag) selbst erheben (sogenanntes Self-Tracking) und mit Daten von Krankenkassen oder Ärzten verknüpfen. Computerprogramme werten diese Daten regelmäßig systematisch aus, um auf mögliche Risiken aufmerksam zu machen (vgl. Topol, 2012). Eine systematische Datenanalyse kann außerdem auch dazu dienen, die verschiedenen Motive und Interessen einzelner Zielgruppen zu ermitteln, um diese mit gesundheitsförderlichen Zielstellungen zu verbinden.

Projekte im Gesundheitsmanagement werden sich zudem zunehmend auf das Umfeld und den Lebensalltag der Menschen konzentrieren, um vor allem auch schwer erreichbare Zielgruppen und nachhaltige Entwicklungen zu erreichen. Dabei sind auch die Akteure im Gesundheitsmanagement gefordert, mit unterschiedlichsten anderen Bereichen (u.a. Städteplanung, Verkehrsentwicklung, pädagogischen Fachkräften und Führungspersonal in den Betrieben) zusammenzuarbeiten, um übergreifende Konzepte zu entwickeln.

Die im dritten Kapitel vorgestellten Praxisbeispiele aus den verschiedenen Lebenswelten haben dies verdeutlicht und auch gezeigt, dass ein professionelles Projektmanagement Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung und Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung ist. Dazu gehört einerseits, wie in Kapitel 2 beschrieben, eine strukturierte Vorgehensweise, und andererseits eine permanente Evaluation. Ein kontinuierlicher Nachweis der Effizienz und Effektivität der Programme ist immer öfter die Voraussetzung für eine finanzielle Förderung. Für die Evaluation sollten in den Projekten auch die entsprechende Fachkompetenz und finanzielle Mittel eingeplant werden.

Als zukünftiger Gesundheitsmanager haben Sie mit dem vorliegenden Studienheft zahlreiche Strategien kennengelernt, um Projekte zielführend und motivierend für alle Beteiligten auszuführen. Ein konkretes Programm muss aber immer auch anhand der wirtschaftlichen Anforderungen, der örtlichen Gegebenheiten und der jeweiligen Besonderheiten der Betroffenen entwickelt werden. Hierbei können Ihnen die in Kapitel vier vorgestellten Erfolgskriterien behilflich sein, letztlich sind aber auch ihre persönlichen Erfahrungen und die aller Beteiligten eine wichtige Informationsquelle, um passende, umsetzbare und nachhaltige Lösungen für ein spezifisches Gesundheitsproblem zu finden.

A. Bearbeitungshinweise zu den Übungen

- 1.1 Überlegen Sie, welche Motive zu gesundheitsförderlichem Verhalten führen können und welche Motive dazu beitragen, dass gesundheitsschädigendes Verhalten entsteht. Sie haben auch schon einmal etwas über Motivkonflikte gehört, die beispielsweise entstehen können, wenn eine Person plant, Nichtraucher zu werden. Überlegen Sie z.B. für den Nikotinentzug oder ein anderes selbst gewähltes Beispiel, welche Motive sich gegenüberstehen können.
- 1.2 In der Aufgabenstellung sind verschiedene Instrumente zur Wissensvermittlung in Präventionsprogrammen für Kinder aufgeführt. Überlegen Sie für jedes dieser Instrumente, auf welches der zentralen Motive der Kindheit (Bindung, Stabilität, Neugier) das Instrument jeweils zielt. Beachten Sie auch, dass bestimmte Instrumente ggf. auch gleichzeitig mehrere Motive ansprechen können.
- 1.3 Jugendliche neigen dazu, riskant Auto zu fahren, zu viele Süßigkeiten zu essen, übermäßig Alkohol zu konsumieren und zu rauchen. All diese Tätigkeiten üben auf Jugendliche eine belohnende Wirkung aus, weil sie spezifische Motive (wie Sensationslust, Intimitätsmotiv und Wunsch nach Anerkennung) der Jugendphase erfüllen. Überlegen Sie, welche ebenfalls belohnend wirkenden Alternativen den Jugendlichen im Rahmen einer Präventionskampagne aufgezeigt werden könnten. Bedenken Sie, dass es für eine Risikoverhaltensweise auch mehrere funktionale Alternativen geben kann. Denken Sie auch darüber nach, wie gut die ausgewählten Alternativen als Ersatz geeignet sind. Warum eignen sich einige Alternativen möglicherweise besser als andere?
- 1.4 Überlegen Sie zunächst, inwieweit während Ihrer eigenen Jugendzeit Gleichaltrige einen Einfluss auf Ihren Konsum von Suchtmitteln ausgeübt haben. Wenn Sie aus Ihrer Erfahrung heraus bestätigen können, dass der soziale Einfluss eine Rolle spielt, analysieren Sie die Gründe hierfür. Überlegen Sie, inwieweit Autoritäten wie Eltern oder Lehrer in Ihrer Jugendzeit versucht haben, dem sozialen Einfluss der Peergroup entgegenzusteuern. Welche Maßnahmen wurden von Eltern oder Lehrern eingesetzt? Ist es ihnen damit gelungen, Ihnen funktionale Alternativen aufzuzeigen?
- 1.5 Um diese Aufgabe lösen zu können, müssen Sie ggf. im Internet nach den Angeboten Ihrer Krankenkasse recherchieren. Erfassen Sie die Angebote und ordnen Sie diese dann den unterschiedlichen Gesundheitsmotiven von Erwachsenen zu. Zielt also beispielsweise ein Bonusprogramm darauf ab, finanzielle Anreize zu setzen, oder sollen das Gesundheitsmotiv bzw. das Verantwortungsmotiv adressiert werden?
- 1.6 Versuchen Sie, sich in die Zielgruppe der älteren Menschen hineinzusetzen und zu durchdenken, welche Informationskanäle am besten geeignet sind, um diese Zielgruppe zu erreichen. Ggf. ist es auch sinnvoll, sich zur Lösung der Aufgabe mit älteren Menschen aus Ihrem Umfeld zu unterhalten. Wichtig für die Lösung der Aufgabenstellung ist ein grundlegendes Begriffsverständnis. Als Massenmedien werden Kanäle bezeichnet, bei denen Informationen weitestgehend ungestreut an eine breite Zielgruppe vermittelt werden. Es besteht für den Empfänger der Botschaft keine unmittelbare Feedbackmöglichkeit. Bei der persönlichen Kommunikation ist eine Rückmeldung aufgrund der Face-to-Face-Situati-

on hingegen direkt möglich (z.B. im Arzt-Patienten-Gespräch). Mobile und digitale Kommunikation läuft demgegenüber webbasiert und damit indirekt ab (z.B. Website, E-Mail-Newsletter, Apps).

- 1.7 Denken Sie an Ihr persönliches Umfeld. Überlegen Sie, welche Menschen Einfluss auf Ihr Gesundheitsverhalten nehmen. Was meinen Sie, aus welchen Gründen dieser Einfluss besteht? Üben Ihre Mitmenschen den Einfluss z.B. bewusst oder unbewusst aus? Wie wird Ihr Gesundheitsverhalten durch diese Menschen bestimmt? Überlegen Sie auch, was umgekehrt geschehen würde, wenn dieser Einfluss plötzlich nicht mehr vorhanden wäre.
- 1.8 Sie könnten beispielsweise ein Angebot für pflegende Angehörige bei Demenzerkrankungen finden. Die Erläuterungen zur Krankheit sollten für Laien verständlich formuliert sein, d.h. nicht nur medizinische Fachbegriffe enthalten. Versuchen Sie einzuschätzen, ob die vorgeschlagenen Maßnahmen für ältere Personen (z.B. Ehefrau des Patienten) umsetzbar sind.
- 1.9 Mögliche Kooperationspartner wären z.B. Schulen oder Sportvereine. Welche Interessen haben diese Akteure als potenzielle Kooperationspartner? Welche Ziele verfolgen Sie gemeinsam (z.B. Gesundheit der Jugendlichen, Persönlichkeitsentwicklung) und welche Ziele der Akteure (z.B. viel Wissensvermittlung im Sitzen (Schulen) oder Leistungssport (Sportvereine)) stehen Ihrem Projekt möglicherweise im Wege?
- 2.1 Klären Sie zunächst für sich, anhand welcher Merkmale, Bedürfnisse und Motive sich junge Menschen ohne Erkrankungsrisiko und i.d.R. ältere Menschen mit Diabetesrisiko voneinander abgrenzen lassen. Ermitteln Sie darauf aufbauend mögliche Kommunikationskanäle (z.B. Plakatkampagne, Internet), Multiplikatoren (z.B. Hausarzt, Apotheker) und Veranstaltungen (z.B. Gesundheitsmesse), über die der Verantwortliche für ein Diabetespräventionsprogramm mit den potenziellen Zielgruppen in Kontakt treten kann.
- 2.2 Mögliche direkte Zielgruppen für das Setting Grundschule könnten alle Schüler der Schule sein, aber auch nur Teilgruppen, wie Schüler mit erhöhtem Gesundheitsrisiko oder Schüler in den ersten Klassen. Indirekte Zielgruppen könnten die Lehrer (z.B. Sachkundelehrer oder Klassenleiter) oder die Eltern sein.
- 2.3 Sie können die beiden Strategien hinsichtlich der Ausgangslage in einem Unternehmen diskutieren. Die Entscheidung für eine der beiden Strategien hängt u. a. von dem Gesundheitszustand der Mitarbeiter, den Arbeitsanforderungen und der Langfristigkeit der Arbeitsverhältnisse ab. Möglicherweise müssen auch in verschiedenen Bereichen eines Unternehmens (z.B. Produktion und Verwaltung) unterschiedliche Strategien angewendet werden.
- 3.1 Denken Sie an die Rahmenbedingungen der Arbeit im Kindergarten. Welche anderen Ziele (neben der Gesundheit) haben die Erzieher? Welche Herausforderungen müssen sie bewältigen? Stellen Sie ähnliche Überlegungen für die Eltern und Kinder an. Nennen Sie entsprechende Maßnahmen z.B. aus der Weiterentwicklung des TigerKids-Programms.

- 3.2 Denken Sie an die niedrige Gesundheitsmotivation bzw. andere Interessen (z.B. Anerkennung bei Gleichaltrigen, Attraktivität für Intimpartner), die bei Jugendlichen bestehen. Tragen Sie die verschiedenen Verkaufsmöglichkeiten von alkoholischen Getränken zusammen und schätzen Sie ein, wie leicht Jugendliche dort Alkohol erwerben können.
- 3.3 Rekapitulieren Sie die verschiedenen Strategien zur Motivierung von Personen im Erwachsenenalter und von Entscheidungsträgern, die Sie im ersten Kapitel kennengelernt haben. Welche davon können für die Zielgruppe der Erwerbslosen angewendet werden und welche eignen sich für potenzielle Kursleiter in Beratungsstellen?
- Beispielsweise werden die Kursgebühren für die Erwerbslosen und die Multiplikatoren übernommen und so eine wichtige Hürde für die Teilnahme genommen.
- 3.4 In welcher Lebenswelt bewegen Sie sich – sowohl privat als auch beruflich? Welche Anknüpfungspunkte zum Thema Ernährungs- und Bewegungsverhalten gibt es dort jeweils? Haben Sie bereits Motivatoren der Kampagne in Ihre Lebenswelt übertragen? Wenn nicht, welche Maßnahmen sollten von Bund und Ländern ergriffen werden, um genau Ihre Lebenswelt zu erreichen?

B. Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Das Diagramm zeigt das Alter von 0 bis 100 an der X-Achse und die Höhe der Gesundheitsmotivation auf der Y-Achse. Während Kinder und Jugendliche eher eine niedrige Gesundheitsmotivation haben, nimmt sie mit zunehmendem Alter der Erwachsenen zu.
- 1.2 Hier können Sie u. a. finanzielle Anreize, Gruppenangebote, regelmäßige Überwachung, Aufzeigen von funktionalen Alternativen, Ansprache durch die Peer-Group, Einsatz von Testimonials und spielerische Vermittlung nennen.
- 1.3 Die Tabelle beinhaltet in der linken Spalte die Entscheidungsträger und in der rechten Spalte die Personen, für die sie verantwortlich sind:

Entscheidungsträger	Verantwortlich für ...
Eltern	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder
Leiter von Kindertageseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • ca. 10 bis 30 Mitarbeiter • Kinder der Einrichtung
Altenpfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Angehörige der Patienten
Firmeninhaber eines mittelständigen Unternehmens	<ul style="list-style-type: none"> • bis zu 500 Mitarbeiter • Lieferanten • Kunden
Vorstände von Großkonzernen	<ul style="list-style-type: none"> • mehrere Tausend Mitarbeiter • Lieferanten • Kunden

- 1.4 Die direkte Ansprache eignet sich vor allem für Personen mit hoher Gesundheitsmotivation und für Bereiche, über die sie selbst entscheiden können. Bei Personen mit niedriger Gesundheitsmotivation und wenig Einflussmöglichkeiten ist ein indirekter Zugang oft zielführender.
- 2.1 P = Plan (Planung, die Maßnahmen werden intensiv geplant), D = Do (die Maßnahmen werden zunächst einzeln und in ausgewählten Bereichen implementiert), C = Check (Testen, die Testläufe werden systematisch ausgewertet), A = Act (Handeln, das Programm wird eingeführt). Das Modell bildet einen systematischen Prozess ab, weil nicht einzelne Maßnahmen im Vordergrund stehen, vielmehr sind diese miteinander verbunden und in einen Prozess eingeschlossen, der immer wieder von vorne beginnt.
- 2.2 Die Ebenen sind Organisation, Leitungspersonal, Mitarbeiter. Das Beispiel sollte die jeweiligen Zuständigkeiten und die Zusammenarbeit der Ebenen abbilden.

- 2.3 Möglichkeiten zur Evaluation einer Gesundheitsmaßnahme können sein:
- Prä-/Post-hoc-Vergleich, z.B. der Krankentage oder der Gewichtsdaten
 - Befragung der Teilnehmer
 - Vergleich der Teilnehmer mit einer Kontrollgruppe
- 2.4 Effektivität = Die richtigen Dinge tun, d.h., wurden geeignete Maßnahmen ausgewählt, um das Ziel zu erreichen?

Effizienz = Die Dinge richtig tun, d.h., ist das Ziel mit angemessenem Aufwand erreicht worden?

Je nach Zielstellung des Projekts kann die eine oder andere Messgröße wichtig sein, beide sollten aber entscheidungsrelevant sein.

- 3.1 Die direkten und indirekten Zielgruppen, die mit den vier verschiedenen Programmen angesprochen und gefördert werden sollen, sind:

Projekt	Direkte Zielgruppe	Indirekte Zielgruppe
TigerKids	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> • Erzieher • Eltern
HaLT	<ul style="list-style-type: none"> • proaktiver Baustein HaLT: alle Jugendlichen • reaktiver Baustein: risikosuchende Jugendliche mit Alkoholvergiftung 	<ul style="list-style-type: none"> • Polizei • Einzelhandel • Gaststättengewerbe • Veranstalter • Schulen • Krankenhäuser
AktivA	<ul style="list-style-type: none"> • Erwerbslose 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsstellen
IN FORM	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder, Jugendliche, Erwachsene 	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionen • Verbände • Vereine

- 3.2 Die Motivation der direkten Zielgruppen (vgl. Lösung zu 3.1) der vier Programme ist unterschiedlich:

Direkte Zielgruppe	Motive und Motivkonflikte
Kinder	noch nicht so hohe bewusste Gesundheitsmotivation, da sie Risiken noch nicht einschätzen können, Konflikte mit Neugiermotiv
<ul style="list-style-type: none"> Proaktiver Baustein HaLT: alle Jugendlichen Reaktiver Baustein: risikosu-chende Jugendliche mit Alko-holvergiftung 	eher niedrig, da andere Ziele wie Partnersuche und Anerkennung durch Gleichaltrige relevanter sind
Erwerbslose	bei schlechter psychischer Verfassung eher niedrige Gesundheitsmotivation
Kinder, Jugendliche, Erwachsene	zunehmende Gesundheitsmotivation

- 3.3 Die Zielgruppen im Kindergarten-Setting haben verschiedene Zuständigkeiten im Projekt:

Zielgruppe	Zuständigkeit
Erzieher	<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitserziehung der Kinder Durchführung der Maßnahmen Abstimmung mit den Eltern z.B. über mitgebrachtes Essen
Kita-Leitung	<ul style="list-style-type: none"> Entscheidung über Durchführung des Projekts Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen Anleitung und Motivierung der Erzieher
Kinder	<ul style="list-style-type: none"> gesund essen, bewegen und entspannen
Eltern	<ul style="list-style-type: none"> Überführung der Inhalte in den Alltag zu Hause auf eine gesunde Ernährung der Kinder achten

- 3.4 Eine ganz konkrete Nennung von Zahlen ist schwierig, da Gesundheit als Gut „unbezahlbar“ ist, wird aber häufig gefordert. Man kann jedoch den Aufwand der verschiedenen Maßnahmen ihrem Nutzen gegenüberstellen (Effizienz). Das wären für TigerKids die Betreuung durch die Krankenkasse, die Materialien und die Unterlagen, der Aufwand der Tageseinrichtung, die einer niedrigeren Adipositasrate gegenüberstehen. Die kurzfristige Wirkung (Effektivität) der Programme lässt sich anhand der dargestellten Evaluationen positiv einschätzen. Zu langfristigen Effekten liegen noch keine Untersuchungen vor, werden aber oft gefordert.

- 4.1 Die Orientierung an der Zielgruppe betrifft sowohl den Weg, wie man sie erreichen kann, als auch die Botschaftsinhalte, die für die jeweilige Zielgruppe relevant sind. Sie können z.B. anhand des TigerKids-Projekts aufzeigen, auf welchen Wegen (u. a. über die Eltern und diese wiederum über Elternabende oder mittels Spielfiguren wie der Tigerhandpuppe) und mit welchen Inhalten (u. a. Rezepte oder Spielanleitungen) Kinder erreicht werden können.
- 4.2 In den Gemeinden arbeiten u. a. Polizei, Vereine und Gaststätten zusammen. Durch die kommunale Vernetzung kann die Motivation aller Beteiligten und eine strukturierte Vorgehensweise erreicht werden.
- 4.3 Das AktivA-Trainingskonzept beinhaltet Aktivitätenplanung, konstruktives Denken, soziale Kompetenz und systematisches Problemlösen. Damit soll die Kompetenz der Teilnehmer gefördert werden, eigene Herausforderungen im Alltag der Arbeitslosigkeit zu meistern.
- 4.4 Das Erfolgskriterium Nachhaltigkeit lässt sich unterscheiden nach sozialer, ökonomischer, gesundheitlicher, ökologischer und institutioneller Nachhaltigkeit. Die soziale Nachhaltigkeit gilt für Projekte, die sich an gesellschaftlichen Zielen ausrichten. Während die ökonomische Nachhaltigkeit sich auf den finanziellen Ressourcenverbrauch bezieht, geht es bei der gesundheitlichen und ökologischen Nachhaltigkeit um die Ressourcen des Körpers und der Natur. Die institutionelle Nachhaltigkeit beschreibt die Verstetigung einer Aufgabe durch die Schaffung entsprechender Stellen und Einrichtungen.

C. Glossar

Adipositas	Fettleibigkeit
betriebliche Gesundheitsförderung	Programme zur Gesundheitsförderung, die am Arbeitsplatz durchgeführt werden
Bindungsmotiv	Bestrebung zum Anschluss an andere Personen (Familiengangehörige, Freunde, Gleichaltrige)
Bonusprogramm	Interventionsprogramm der Krankenversicherungen, bei dem materielle Anreize (Boni) eingesetzt werden, um die Versicherten zu einer gesunden Lebensweise zu motivieren
DMP-Programme	Disease-Management-Programme (DMP) richten sich an chronisch kranke Menschen (z.B. Diabetiker, Asthmatiker). Sie zielen darauf ab, die Behandlung chronischer Erkrankungen im Gesamtverlauf zu verbessern und das Auftreten von Folgeerkrankungen zu reduzieren. Hierzu kommen strukturierte Behandlungsprogramme zum Einsatz, die sich aus standardisierten Behandlungs- und Betreuungsprozessen zusammensetzen. Im Rahmen von Disease-Management-Programmen werden die Aktivitäten verschiedener Akteure des Gesundheitswesens (z.B. Reha-Einrichtungen, Ärzte, Apotheker, Patienten) koordiniert.
Effizienz	Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen, Maß für die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen „Die Dinge richtig tun.“
Effektivität	Verhältnis zwischen definiertem Ziel und erreichtem Ziel, Maß für Wirksamkeit „Die richtigen Dinge tun.“
Empowerment	Alle Strategien und Maßnahmen, die darauf abzielen, selbstständiges, eigenverantwortliches und selbstbestimmtes gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen
Entscheidungsarchitekturen	Gestaltung bzw. Optimierung der Handlungs- und Entscheidungssituation. Sie können dafür genutzt werden, dass sich Menschen von sich aus für eine positive Verhaltensänderung entscheiden: „Verführung zum Guten“.
funktionale Verhaltensalternativen	Handlungsmöglichkeiten, die die gleiche Funktion erfüllen bzw. das gleiche Bedürfnis befriedigen

Imitationslernen	Eine Lerntheorie, die von der Annahme ausgeht, dass Lernen durch Beobachten und Nachahmen von Verhalten stattfindet.
indirekte Zielgruppen	Zielgruppen, für die die Maßnahme nicht direkt bestimmt ist, die sie aber als Verantwortliche für andere initiieren, bewilligen und unterstützen müssen (wie Eltern, Führungskräfte, Politiker).
indizierte Prävention	Präventive Maßnahmen, die sich an Menschen richten, die schon bestimmte Auffälligkeiten gezeigt haben. Siehe selektive Prävention, Gegenteil von universeller Prävention.
Lebenskompetenzprogramme	Im Rahmen der Gesundheitsförderung eingesetzte Programme, die darauf abzielen, die Lebenskompetenz von Menschen zu fördern. Nach einer Definition der WHO gilt als lebenskompetent, wer sich selbst kennt und mag, empathisch ist, kritisch und kreativ denkt, kommuniziert und Beziehungen führen kann, durchdachte Entscheidungen trifft sowie erfolgreich Probleme löst und Gefühle bzw. Stress bewältigen kann.
Lebensphasen	Einteilung von Zielgruppen nach Alter, aber auch anhand von Lebensereignissen wie Elternschaft, Erwerbstätigkeit, Partnerschaft etc.
Meinungsführer	Mitglied einer sozialen Gruppe, das sich stärker als andere Gruppenmitglieder über aktuelle Themen (insb. Gesundheitsthemen) informiert und dieses Wissen aktiv in seinem Netzwerk verbreitet.
Multimorbidität	Auch Polymorbidität (deutsch: Mehrfacherkrankung) liegt vor, wenn eine Person gleichzeitig unter mehreren Krankheiten leidet.
Multiplikator	Ein Multiplikator ist eine Person oder ein Akteur, die/der aufgrund ihrer Position in Öffentlichkeit und Beruf bestimmte Meinungen und Wertvorstellungen in ihrem sozialen Netzwerk weitergibt und damit die öffentliche Meinung nachhaltig prägt.
Niedrigschwellig	Ein einfacher Zugang zu einer Maßnahme, der von den Betroffenen nur geringen Aufwand verlangt
Neugiermotiv	Bedürfnis, Neues zu entdecken und auszuprobieren.
Partizipation	Beteiligung der Menschen, die Zielgruppe einer Intervention sind, bei der Planung und Umsetzung konkreter Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Peer-Education	Präventionsansatz, bei dem Informationen und Empfehlungen zum Gesundheitsverhalten durch Mitglieder gleicher Alters- oder Statusgruppen vermittelt werden.
selektive Prävention	Präventive Maßnahmen, die sich an Menschen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko richten. Siehe indizierte Prävention, Gegenteil von universeller Prävention.
Sensationslust	Hormonell bedingte Suche nach Abwechslung und Abenteuer, sogenanntes Sensation Seeking
Setting-Ansatz	Interventionen, die auf die Lebenswelt der Zielgruppe (wie Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz oder Gemeinde) ausgerichtet sind und nicht auf den Einzelnen
Stressoren	Alle inneren und äußeren Faktoren, die bei einem Menschen Stress auslösen können und körperliche Anpassungsreaktionen erfordern. Stressoren werden auch als Stressfaktoren oder Stressauslöser bezeichnet.
Telemedizin	Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien. Beispiele sind die elektronische Übermittlung von Arztbriefen (in der Arzt-Arzt-Kommunikation) und das Telemonitoring, d.h. die Überwachung zentraler Vitalparameter von chronisch kranken Menschen im häuslichen Umfeld.
universelle Prävention	Präventive Maßnahmen, die sich an die gesunde Gesamtbevölkerung richten
Unternehmenskultur	Gesamtheit gemeinsamer Basisannahmen (z.B. vorherrschendes Menschenbild), Werte (z.B. Umweltorientierung, Partizipationsmentalität) und Artefakte (z.B. Rituale, einheitlicher Kleidungsstil), die das Handeln von Mitgliedern einer Organisation prägen.
Verhältnisprävention	Im Zentrum der Maßnahmen stehen strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen und nicht das individuelle Verhalten, Gegenteil von Verhaltensprävention.
Verhaltensprävention	Maßnahmen, die auf das individuelle Verhalten abzielen, Gegenteil von Verhältnisprävention
Win-win-Strategie	Doppelsiegstrategie, bei der alle beteiligten Parteien gleichermaßen einen Nutzen erzielen

D. Literaturverzeichnis

- AOK (2021a). *Das AOK-Programm „Stress im Griff“*. <https://www.aok.de/pk/plus/inhalt/stress-im-griff-7/> (21.07.2021).
- AOK (2021b). *Erlebnisraum U-Boot erklärt Kindern U-Untersuchungen*. <https://www.aok.de/pk/rh/inhalt/erlebnisraum-u-boot-erklaert-kindern-gesundheit/> (21.07.2021).
- Badura, B.; Hehlmann, T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin: Springer.
- Badura, B.; Ritter, W.; Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement – Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: Hans Böckler Stiftung.
- Bayer, O.; Kries, R. von; Strauss, A.; Mitschek, C. et al. (2009). *Short- and mid-term effects of a setting based prevention program to reduce obesity risk factors in children: A cluster-randomized trial*. In: *Clinical Nutrition*, 28 (2), S. 122–128.
- Bechmann, S.; Jäckle, R.; Lück, P.; Herdegen, R. (2011). *iga. Report 20. Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)*. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_20_Umfrage_BGM_KMU_final_2011.pdf (21.07.2021).
- Bellach, B.-M. (1998). *Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven*. *Gesundheitswesen* 61 (2), S. 55–56. Robert Koch-Institut, Berlin. https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/zw_das-gesundheitswesen/gesu-suppl_klein.pdf (21.07.2021).
- Bengel, J.; Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. Köln: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bergmann, K.; Bergmann, R. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter*. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber, S. 53–60.
- Bienert, M. L.; Razavi, B. (2007). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Entwicklung, Vorgehensweise und Erfolgsfaktoren*. In: Hellmann, W. (Hrsg.): *Gesunde Mitarbeiter als Erfolgsfaktor: Ein neuer Weg zu mehr Qualität im Krankenhaus*. Heidelberg: medhochzwei, S. 49–116.
- Bischof-Köhler, D. (2011). *Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BLE – Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (2021). *Die Initiative IN FORM*. <https://www.in-form.de/in-form/allgemein/> (21.07.2021).
- BLE – Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (2019). *Abschlussbericht der Evaluation des Nationalen Aktionsplans IN FORM*. <https://www.in-form.de/in-form/allgemein/in-form-evaluationsbericht/> (21.07.2021).

- BMEL – Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2021a). *Nutri-Score: Der Nutri-Score kommt nach Deutschland*. https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/lebensmittel-kennzeichnung/freiwillige-angaben-und-label/nutri-score/nutri-score_node.html (21.07.2021).
- BMEL – Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2021b). *Nationale Verzehrsstudie II: Wie sich Verbraucher in Deutschland ernähren*. <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/nationale-verzehrsstudie-zusammenfassung.html> (21.07.2021).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2012). *Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“*. https://gesundheitsziele.de/cms/medium/814/Gesund_aelter_werden_020512.pdf (21.07.2021).
- Brandes, S.; Stark, W. (2011). *Empowerment/Befähigung*. In: Blümel, S. (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung. S. 57–60.
- Broesskamp-Stone, U. (2012). *Evidenz – und was noch? Ein Qualitätsrahmen für „Best Practice“ in der Gesundheitsförderung*. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn*. Köln: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 33–47.
- Brouwer, M. (2012). *Der BKK-Gesundheitskoffer „Fit von klein auf“*. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn*. Köln: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 52–54.
- Bull, F. C.; Al-Ansari, S. S.; Biddle, S.; Borodulin, K. et al. (2020). *World Health Organization 2020 Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*. *British Journal of Sports Medicine*, 54 (24), S. 1451–1462.
- Bunge, C.; Meyer-Nürnberg, M.; Kilian, H. (2006). *Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund*. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 49 (9), S. 893–897.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2021a). *Alkoholprävention: Null Alkohol – Voll Power*. <https://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/null-alkohol-voll-power/> (21.07.2021).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2021b). *Untersuchung zur Einschulung*. <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/entwicklungsschritte/einschulung/> (21.07.2021).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends*. Köln: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn*. Köln: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Christiansen, G. (1999). *Evaluation – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA.
- DAJ – Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (2013). *Gruppenprophylaxe*. <https://www.daj.de/Gruppenprophylaxe.27.0.html> (21.07.2021).
- DAK-Gesundheit (2021). *Das DAK Ernährungs-Coaching*. <https://www.dak.de/dak/leistungen/dak-ernaehrungs-coaching-2071680.html> (21.07.2021).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2021). *Zahl der Woche Nr. 09 vom 2. März 2021*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2021/PD21_09_p002.html (21.07.2021).
- Dicken, M.; Allmer, H. (2012). *Bewegungsförderung in Kindertageseinrichtungen – Anforderungen und Hürden*. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn*. Köln: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 65–71.
- Dietz, W. H. (1998). *Childhood weight affects adult morbidity and mortality*. Journal of Nutrition, 128 (2), S. 411–414.
- Dräger, D.; Budnick, A.; Kummer, K.; Seither, C. et al. (2012). *Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige*. Prävention in der zweiten Lebenshälfte, 20 (1), S. 31.e1–31.e3.
- Ellrott, T. (2007). *Wie Kinder essen lernen*. Ernährung-Wissenschaft und Praxis, 1 (4), S. 167–173.
- Erhart, M.; Hölling, H.; Bettge, S.; Ravens-Sieberger, U. et al. (2007). *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen*. Bundesgesundheitsblatt, 50 (5-6), S. 800–809.
- Faltermeier, T. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter*. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber, S. 71–80.
- Freche Freunde (2021). *Unsere Mission*. <https://frechefreunde.de/ueber-uns> (21.07.2021).
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2019). *AktivA – Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit*. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/aktiv-a/> (21.07.2021).
- Greitemeyer, T.; Kastenmüller, A.; Fischer, P. (2013). *Romantic motives and risk-taking: an evolutionary approach*. Journal of Risk Research, 16 (1), S. 19–38.

- Haisch, J. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Allgemeinmedizin*. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 191–200.
- HaLT (2021). *Willkommen bei HaLT!*. <https://www.halt.de/> (21.07.2021).
- Hartung, S.; Kluwe, S.; Sahrai, D. (2010). „Es geht nur mit den Eltern!“ – Kriterien erfolgreicher Präventionsprogramme. *Prävention bei Kindern und Jugendlichen*, 18 (4), S. 15.e1–15.e3.
- Heimpel, H. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung im Medizinstudium*. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 381–389.
- Hellmann, W. (2007). *Gesunde Mitarbeiter als Erfolgsfaktor*. Heidelberg: medhochzwei.
- Hessisches Kultusministerium (2021). *Zertifizierung als gesundheitsfördernde Schule*. <https://kultusministerium.hessen.de/foerderangebote/schule-und-gesundheit/zertifizierung-von-schule-als-gesundheitsfoerdernde-schulen> (21.07.2021).
- Hillhouse, J. J.; Turrisi, R. (2002). *Examination of the efficacy of an appearance-focused intervention to reduce UV exposure*. *Journal of Behavioral Medicine*, 25 (4), S. 395–409.
- Hinz, A. (2007). *Prävention durch Unterstützung bei der Bewältigung geschlechtsspezifischer Entwicklungsaufgaben*. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 21 (2), S. 145–155.
- Hölling, H.; Schlack, R.; Kamtsiuris, P.; Butschalowsky, H. et al. (2012). *Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut*. *Bundesgesundheitsblatt*, 55 (6-7), S. 836–842.
- Holleder, A. (2010). *Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale: Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Homish, G. G.; Leonard, K. E. (2008). *Spousal influence on general health behaviors in a community sample*. *American Journal of Health Behavior*, 32 (6), S. 754–763.
- IKK Classic (2021). *IKK BGM-Bonus*. <https://www.ikk-classic.de/fk/gb/bgm-massnahmen> (21.07.2021).
- Kaminski, M. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis. Ein Leitfa-den zur systematischen Umsetzung der DIN SPEC 91020*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Kilzer, F. (2011). *Der „Best Ager“ als Shopper – Konsumeinstellungen und Einkaufsstättenwahl*. In: Hunke, G. (Hrsg.): *Best Practice Modelle im 55plus Marketing*. Wiesbaden: Springer, S. 263–276.
- Kirschning, S.; Kardorff, E. von (2007). *Welche Informationen suchen internetnutzende Angehörige krebskranker Frauen und Männer? Helfen die gefundenen Informationen bei der Bewältigungsarbeit?* *Medizinische Klinik*, 102 (2), S. 136–140.

- Kliche, T. (2011). *Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 54 (2), S. 194–206.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2006). *Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden (Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen)*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006DC0625&qid=1619617511862&from=DE> (21.07.2021).
- Kotte, H. (2013). *Experteninterview mit dem Fachberater Betriebliches Gesundheitsmanagement*. AOK PLUS, Dresden, geführt am: 18.03.2013.
- Kruse, A. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung im Alter*. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 81–91.
- Kurth, B. M.; Schaffrath R. A. (2007). *Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 50 (5), S. 736–743.
- Kuttler, H.; Lang, S. (2010). *Abschlussbericht. Bundestransfer des HaLT-Projektes 1.1.2007–31.12.2009*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Projektbericht_Bundesweiter_Transfer_des_Bundesmodellprojekts_HaLT.pdf (21.07.2021).
- Kuttler, H.; Lang, S. (2005). *Ein Projekt der Sekundärprävention für Kinder und Jugendliche mit Alkoholvergiftung im Krankenhaus*. In: Rometsch, W.; Sarrazin, D. (Hrsg.): No Risk – No Fun. Risikokompetenz im Jugendalter. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, S. 53–64.
- Landespräventionsrat Niedersachsen (2021a). *Leitlinien für effektive Präventionsprogramme*. <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/leitlinien> (21.07.2021).
- Landespräventionsrat Niedersachsen (2021b). *HaLT – Hart am Limit*. <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/programm/53> (21.07.2021).
- Landespräventionsrat Niedersachsen (2021c). *Alle empfohlenen Programme*. <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/alle> (21.07.2021).
- Lazarsfeld, P.; Berelson, B.; Gaudet, H. (1968). *The people's choice. How the voter makes up his mind in a presidential campaign*. 3. Auflage, New York: Columbia University Press.
- Leffmann, C. J. (2004). *Qualitätssicherung in der Dekubitusprophylaxe*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37 (2), S. 100–108.
- Lehr, U. (2012). *Prävention – eine Notwendigkeit in einer Gesellschaft des langen Lebens*. Prävention in der zweiten Lebenshälfte, 20 (1), S. 2.e1–2.e4.

- Lenhardt, U.; Rosenbrok, R. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz*. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 324–335.
- Liebermann, S.; Wegge, J. (2010). *Subjektive Gesundheit beim Übergang in den Ruhestand*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention. Göttingen: Huber, S. 167–182.
- Lohaus, A.; Klein-Heßling, J. (2008). *Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten*. In: Silbereisen, R. K.; Hasselhorn, M. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie des Jugendalters, Bd. 5, Göttingen: Hogrefe, S. 663–695.
- LVG – Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V. (2021). „Landesprogramm Gute Gesunde Schule Mecklenburg-Vorpommern“. <http://www.gesundheitsfoerderung-mv.de/home/kinder-und-jugendliche/landesprogramm-gute-gesunde-schule/> (21.07.2021).
- Maruska, K.; Hanewinkel, P. R. D. (2010). *Der Einfluss des Rauchens in Filmen auf Kinder und Jugendliche*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 53 (2), S. 186–195.
- Michie, S.; Abraham, C. (2004). *Interventions to Change Health Behaviours: Evidence-based or Evidence-inspired?* In: Psychology&Health, 19 (1), S. 29–49.
- Mittag, W.; Jerusalem, M. (1997). *Evaluation von Präventionsprogrammen*. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch, Bd. 2. Göttingen: Hogrefe, S. 595–611.
- Müller-Kohlenberg, H. (2012). *My home is my castle – Welche Zugangswege gibt es zu benachteiligten Familien?* In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn. Köln: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 191–201.
- Naidoo, J.; Willis, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Überarb., aktual. und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erw. Neuauflage. Köln: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Nation, M.; Crusto, C.; Wandersman, A.; Kumpfer, K.L. et al. (2003). *What Works in Prevention. Principles of Effective Prevention Programs*. American Psychologist, 58 (6/7), S. 449–456.
- Nation, M.; Keener, D.; Wandersman, A.; DuBois, D. (2005). *Applying the Principles of Prevention: What Do Prevention Practitioners Need to Know About What Works?* Centers for Disease Control and Prevention, Division of Violence Prevention.
- Oppat, B. (2013). *Experteninterview mit der Fachberaterin Betriebliches Gesundheitsmanagement*. AOK PLUS, Leipzig, geführt am: 16.04.2013.
- Ose, D.; Hurrelmann, K. (2007). *Mediale Kommunikationsstrategien der Prävention und Gesundheitsförderung*. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 397–406.

- Paul, K.; Moser, K. (2001). *Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse*. In: Zempel, J.; Bacher, J.; Moser, K. (Hrsg.): *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 83–110.
- Petermann, H.; Roth, M. (2006). *Suchtprävention im Jugendalter. Interventionstheoretische Grundlagen und entwicklungspsychologische Perspektiven*. Weinheim: Juventa.
- Pinquart, M.; Silbereisen, R. K. (2004). *Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter*. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber, S. 63–71.
- Pott, E.; Lehmann, F. (2002). *Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 45 (12), S. 976–983.
- Prognos (2008). *Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am Limit“*. https://www.halt.de/files/halt/pdf/halt-projekt_endbericht.pdf (21.07.2021).
- Reifegerste, D.; Oppat, B. (2010). *„TigerKids – Kindergarten aktiv“: Ein Settingprojekt der AOK PLUS in Kindertageseinrichtungen*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Göttingen: Huber, S. 293–302.
- Reifegerste, D.; Seitz, K.; Theis, A. (2012). *Eventmarketing in der Gesundheitsprävention für Kinder*. In: Hoffmann, S.; Mai, R.; Schwarz, U. (Hrsg.): *Angewandtes Gesundheitsmarketing*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 397–401.
- Rittner, V. (2002). *Gesundheitsförderung im Vorschulbereich – Möglichkeiten kommunaler Zusammenarbeit*. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *„Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten: Impulse, Aspekte und Praxismodelle*. Köln: Eigenverlag, S. 56–66.
- RKI – Robert Koch-Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtlId/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile (21.07.2021).
- RKI – Robert Koch-Institut (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/KiGGS_GPA.pdf?__blob=publicationFile (21.07.2021).
- Rossi, P. H.; Freeman, H. E.; Hofmann, G. (1999). *Programm-Evaluation – Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung*. Stuttgart: Enke.
- Roth, M.; Petermann, H. (2006). *Tabak, Alkohol und illegale Drogen: Gebrauch und Prävention*. In: Renneberg, B.; Hammelstein, P. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Berlin: Springer, S. 157–171.
- Rothländer, K.; Mühlpfordt, S.; Richter, P. (2012). *Evaluation des Gesundheitsförderungsprogramms „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (Aktiva)“*. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 20 (3), S. 115–127.

- Rothländer, K.; Richter, P. (2009). *Gesund und mittendrin trotz Erwerbslosigkeit?! Ansätze zur Förderung der psycho-sozialen Gesundheit*. Fachforum Nr. 6. <http://library.fes.de/pdf-files/do/06720.pdf> (21.07.2021).
- Ruckstuhl, B.; Kolip, P.; Gutzwiller, F. (2001). *Qualitätsparameter in der Prävention*. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 38–50.
- Sander, M.; Ochmann, R.; Marschall, J.; Schiffhorst, G. et al. (2018). *AOK-Familienstudie 2018: Eine quantitative und qualitative Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren*. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/praevention/aok_familienstudie_wb.pdf (21.07.2021).
- Schäfferling, S. (2009). *Programme, Projekte und Maßnahmen zur Suchtprävention und ihre Evaluation – oder: Wie misst man eigentlich „Erfolg“?* In: Greca, R. (Hrsg.): *Gefährdung Jugendlicher durch Alkohol und Drogen? Eine Fallstudie zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 142–174.
- Schein, E. H. (1984). *Coming to a New Awareness of Organizational Culture*. Sloan Management Review, 25 (2), S. 3–16.
- Scherenberg, V. (2017). *Präventionsmarketing – Ziel- und Risikogruppen gewinnen und motivieren*. Konstanz: utb.
- Scherenberg, V. (2011). *Nachhaltigkeit in der Gesundheitsvorsorge. Wie Krankenkassen Marketing und Prävention erfolgreich verbinden*. Wiesbaden: Gabler.
- Scherenberg, V.; Glaeske, G. (2010). *Effekte von Bonusprogrammen der Kassen*. Public Health Forum, 18 (4), S. 43.e1–43.e4.
- Scherenberg, V.; Kramer, U. (2013). *Schöne neue Welt: Gesünder mit Health-Apps? Hintergründe, Handlungsbedarf und schlummernde Potenziale*. In: Strahlendorf, P. (Hrsg.): *Jahrbuch Healthcare Marketing 2013*. Hamburg: New Business, S. 115–119.
- Schier, M.; Lange, A. (2007). *Familien heute: Strukturelle Trends und alltägliche Realitäten*. prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 30, S. 38.
- Schneider, S.; Hauf, C.; Schiltenswolf, M. (2005). *Nutzerstruktur und Korrelate der Teilnahme an Rückenschulen: Eine repräsentative Studie an der bundesdeutschen erwerbstätigen Bevölkerung*. Sozial- und Präventivmedizin, 50 (2), S. 95–106.
- Schweitzer, A.; Bock, C. (2009). *Marktsegmentierung und ihre Chancen für die zielgruppengerichtete Kommunikation*. In: Roski, R. (Hrsg.): *Zielgruppenorientierte Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 89–105.
- SESK – Starke Eltern – Starke Kinder (2021). *Inhalte und Angebote*. <http://www.sesk.de> (21.07.2021).

- Slesina, W.; Bohley, S. (2011). *Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Betriebliches Gesundheitsmanagement*. In: Schott, T.; Hornberg, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 619–633.
- Steinberg, L. (2007). *Risktaking in adolescence*. Current Directions in Psychological Science, 16, S. 55–59.
- Suckfüll, T.; Stillger, B. (1999). *Starke Kinder brauchen starke Eltern. Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele. Ein Modellprojekt der bundesarbeitsgemeinschaft Katholischer Familienbildungsstätten in Zusammenarbeit mit der BZgA/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Köln: BZgA.
- STEP – Systematisches Training für Eltern und Pädagogen (2021). *STEP Elternkurse*. https://www.instep-online.de/eltern_grosseltern/elternkurse/index.php (21.07.2021).
- Strauss, A. (2006). *Adipositasprävention im Vorschulalter*. Universität München. Dissertation.
- Stummer, H.; Nöhammer, E.; Schaffenrath-Resi, M.; Eitzinger, C. (2008). *Interne Kommunikation und betriebliche Gesundheitsförderung*. Prävention und Gesundheitsförderung, 3 (4), S. 235–240.
- TK – Techniker Krankenkasse (2021). *Gesundheitsseminare für Führungskräfte: Die Techniker unterstützt*. <https://www.tk.de/firmenkunden/service/gesund-arbeiten/betriebliche-gesundheitsfoerderung/angebote-tk-fuehrungskraefte-2058796> (21.07.2021).
- TigerKids (2021). *Das Programm*. <https://www.tigerkids.de/programm> (21.07.2021).
- Topol, E. J. (2012). *The creative destruction of medicine: How the digital revolution will create better health care*. New York: Basic Books.
- Universität Heidelberg (2021). *MEgA-Toolbox „Gesunde Arbeit 4.0“*. <https://gesundearbeit-mega.de/toolbox> (21.07.2021).
- Wabitsch, M. (2004). *Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland*. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 47 (3), S. 251–255.
- Wegner, B. (2009). *Leitfaden. „Betriebliches Gesundheitsmanagement – in 6 Schritten zum Erfolg“*. Wilhelmshaven: Unfallkasse des Bundes.
- Weichold, K.; Bühler, A.; Silbereisen, R. K. (2008). *Konsum von Alkohol und illegalen Drogen im Jugendalter*. In: Silbereisen, R. K. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Göttingen: Hogrefe, S. 540–575.
- Wurdak, M.; Wolstein, J.; Kuntsche, E.; Stürmer, M. et al. (2012). *Motivbasierte Intervention am Krankenbett im Rahmen des Projektes „HaLT – Hart am Limit“*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Abschlussbericht_Motivbasierte_Intervention_am_Krankenbett_im_Rahmen_des_Projektes_HaLT_-_Hart_am_Limit.pdf (21.07.2021).

- Zimmer, R. (2002). *Der Kindergarten als Setting der Gesundheitsförderung*. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): „Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten: Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Köln: Eigenverlag, S. 46–55.
- Zimolong, B. (2008). *Erfolgsfaktoren betrieblicher Gesundheitsförderung*. In: Volkswagen AG (Hrsg.): Führung und Gesundheit – Tagungsbericht des Zentralen Gesundheitswesens der Volkswagen AG in Kooperation mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und dem Projektträger im DLR – Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen Wolfsburg, 19. und 20. Juni 2007. Wolfsburg: Volkswagen.
- Zuckerman, M. (2007). *Sensation seeking and risky behavior*. Washington DC: American Psychological Association.

E. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1	Eine frühe Freundschaft mit Obst und Gemüse	5
Abb. 1.2	Direkte und indirekte Zielgruppen	13
Abb. 2.1	PDCA-Zyklus des Gesundheitsmanagements	23
Abb. 2.2	Prozessmanagement bei Setting-Ansätzen und individuellen Ansätzen der Motivation	25
Abb. 2.3	Relevante Zielgruppen im Setting „Kindertageseinrichtungen“	28
Abb. 3.1	Programmmaterialien für das TigerKids-Projekt	38
Abb. 3.2	Projektbausteine HaLT	44
Abb. 3.3	Kooperationspartner/-innen für das Projekt HaLT im proaktiven Bereich (links) und reaktiven Bereich (rechts)	46
Abb. 3.4	Zuordnung der Projekte zu Hauptthemen nach förderndem Ministerium	58
Abb. 3.5	Bedienung der Lebenswelten nach förderndem Ministerium	59

F. Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1	Präventionsstrategien abgestimmt auf zentrale Motive der Kindheit	6
Tab. 1.2	Präventionsstrategien abgestimmt auf zentrale Motive der Jugend	9
Tab. 1.3	Präventionsstrategien abgestimmt auf zentrale Motive des Erwachsenenalters	11
Tab. 1.4	Präventionsstrategien abgestimmt auf zentrale Motive des Alters	13
Tab. 1.5	Übersicht über Motive der Lebensphasen und Strategien für das angewandte Motivationsmanagement	21
Tab. 2.1	Gesundheitsförderliche und gesundheitsbelastende Merkmale auf verschiedenen Analyseebenen	27
Tab. 3.1	Trinkmotive bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	43
Tab. 3.2	Module des AktivA-Trainings	49
Tab. 3.3	IN FORM-Maßnahmen zwischen 2008 und 2020	55
Tab. 4.1	Erfolgsfaktoren	67

G. Sachwortverzeichnis

A	
Adipositas (Fettleibigkeit)	35
B	
Bindungsmotiv	5
Bonusprogramm	11
D	
DMP-Programm	12
E	
Eigenverantwortung	11
Empowerment	30, 63
Entscheidungsarchitektur	14
Entscheidungsträger	64
Erfolgskontrolle	65
Evaluation	65
G	
Ganzheitlichkeit	62
Gesundheitsförderung	
betriebliche	16
L	
Lebenskompetenzprogramm	8
Lebensphase	4
M	
Meinungsführer	31
Multimorbidität	12
Multiplikator	13, 15, 19
N	
Nachhaltigkeit	65
Neugiermotiv	5
niedrigschwellig	19, 47, 49
P	
Partizipation	14, 63
PDCA-Zyklus	23
Peer-Education	8, 13
Prävention	
indizierte	24
selektive	24
universelle	24
Präventionsstrategie	
indizierte	44
R	
Ritual	5
S	
Sensibilisierung	
universell-präventive	44
Setting-Ansatz	3, 14
Stabilität	5
Stressoren	9
Strukturierung	5
V	
Verhaltensalternative	
funktionale	7
Vernetzung	64
Z	
Zielgruppe	
indirekte	13
zentrale	28
Zielgruppenorientierung	61

H. Einsendeaufgabe

Angewandtes Motivationsmanagement im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Online-Code:
MOTIH03-XX2-A02

Name:	Vorname:
Postleitzahl und Ort:	Straße:
Matrikel-Nr.:	Studiengangs-Nr.:
Heftkürzel: MOTIH03	Druck-Code: 0721A02

Tutor/-in:
Datum:
Note:
Unterschrift:

Bitte beachten Sie die Standards zu Einsende- und Fallaufgaben auf dem Online-Campus in der Bibliothek.

Im Folgenden finden Sie die Aufgabenstellung. Bitte versuchen Sie, die vorgegebene Seitenzahl von max. 8 Seiten einzuhalten.

1. Menschen entwickeln im Laufe ihres Lebens eine unterschiedlich stark ausgeprägte Motivation, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Zu wissen, welche Motive die jeweilige Zielgruppe verfolgt, ist ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsförderung und Prävention.
 - a) In welche vier Lebensphasen lassen sich Zielgruppen des Motivationsmanagements entsprechend ihrem Alter einordnen? Wie unterscheiden sie sich in ihrer Gesundheitsmotivation und, sofern vorhanden, in ihren konkurrierenden Zielen? (12 Pkt.)
 - b) Nach welchen weiteren Kriterien (außer Alter) können Zielgruppen des Motivationsmanagements segmentiert werden? Nennen Sie bitte mindestens vier. (8 Pkt.)
 - c) Was versteht man unter einer geschlechtsspezifischen Gestaltung von Interventionsmaßnahmen? Nennen Sie jeweils mindestens einen Vorteil und einen Nachteil der geschlechtsspezifischen Ansprache von Zielpersonen für Gesundheitsförderungs- oder Präventionsprogramme. (4 Pkt.)

24 Pkt.
2. Sie haben zahlreiche neue Begriffe im Zusammenhang mit dem Motivationsmanagement kennengelernt.
 - a) Nennen Sie vier verschiedene Strategien, wie Kinder zu gesundheitsförderlichem Verhalten motiviert werden können. Erläutern Sie die Strategien und beschreiben Sie jeweils Beispiele für deren Umsetzung. (12 Pkt.)
 - b) Worin unterscheiden sich die universell-präventive und die indizierte Präventionsstrategie? Erläutern Sie am Beispiel des Rauchens von Jugendlichen, wie sich beide Strategien integrieren lassen. (12 Pkt.)

- c) Erläutern Sie den Begriff der Sensationslust und beschreiben Sie dessen Wirkungen auf die Gesundheitsmotivation und das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen. Beschreiben Sie eine Gegenstrategie mit Beispielen für Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung. (12 Pkt.)

36 Pkt.

3. Was versteht man unter Empowerment? Erläutern Sie den Begriff, begründen Sie seine Relevanz für das Motivationsmanagement und nennen Sie drei Beispiele, wie das Prinzip in Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung umgesetzt werden kann.

11 Pkt.

4. Welche Dimensionen der Nachhaltigkeit kennen Sie? Erläutern Sie die Dimensionen und nennen Sie jeweils Beispiele dafür, wie das Prinzip in Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung umgesetzt werden kann.

15 Pkt.

5. Eine regelmäßige Erfolgskontrolle ist für den Fortbestand und die Weiterentwicklung von Präventionsprogrammen unabdingbar.

- a) Zur Kontrolle des Erfolgs von Gesundheitsinterventionen kommen z.T. Experimente zum Einsatz. Dabei werden grundsätzlich unterschieden: Prä-/Post-hoc-Vergleiche und Vergleiche von Experimentgruppe und Kontrollgruppe. Skizzieren Sie am Beispiel einer Intervention zur Darmkrebsvorsorge, worin sich die beiden Ansätze unterscheiden. Der Erfolg soll an der Risikowahrnehmung (ist die Risikowahrnehmung durch die Intervention gestiegen?) und der Absicht, zur Darmkrebsvorsorge zu gehen (ist die Absicht, zur Darmkrebsvorsorge zu gehen, durch die Intervention gestiegen?) gemessen werden. (10 Pkt.)

- b) Wie könnte eine programmbegleitende Erfolgskontrolle eines Ernährungsprogramms in einer Grundschule aussehen? Das Programm läuft über einen Zeitraum von 1,5 Jahren und richtet sich an Grundschulkinder und deren Eltern. Fokussieren Sie sich bei der Kontrolle des Erfolgs auf die folgenden Fragen:

- An welchen Größen lässt sich der Erfolg messen? Nennen Sie mindestens zwei Größen. (2 Pkt.)
- Welche Akteure können den Programmerfolg beurteilen bzw. an welchen Akteuren kann der Erfolg gemessen werden? Nennen Sie mindestens zwei Akteure. (2 Pkt.)

14 Pkt.



© APOLLON Hochschule

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck – auch auszugsweise – nicht gestattet.

Fragen und Anregungen direkt zum Studienheft bitte an folgende Adresse: autor@apollon-hochschule.de

Wir stellen dann für Sie den Kontakt zur Autorin/zum Autor her.