



Evaluation des Modellvorhabens  
„Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-REGIONEN“

## **Beratungen der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen**

Projekt „Gesund sind wir stark! Sagliki daha güclüyüz!“  
in Berlin

Arbeitspapier 21

Evaluation des Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-REGIONEN“:  
**Arbeitspapiere 1- 25 des Evaluationsbausteins vertiefte Maßnahmenevaluationen**

Nr.	Titel
1	<b>Hintergrund und Methoden der vertieften Maßnahmenevaluationen</b>
2	<b>Curriculum „Bildung und Beratung für einen gesunden Lebensweg vom Mutterbauch bis in die Ganztagschule“</b> , Projekt „kinder.leicht.gesund“, Bremen
3	<b>Bauprojekt Waldtal: Spielplatzenerweiterung als Beispiel für bewegungsorientierte Gestaltung des Sozialraums</b> , Projekt „mittendrin“, Marburg
4	<b>Familienbildungskurs „BEST for Family“</b> Projekt „Besser essen, mehr bewegen links und rechts der Warnow“, Rostock
5	<b>Präventionskurse „Fit Kids“ und „Our Tomorrow Kids“</b> Projekt „Anlauf- und Koordinierungsstelle für gesundheitsbewusstes Leben (AnGeL)“, Nordhausen
6	<b>Eltern-Kochtreff kombiniert mit dem Programm „Starke Eltern - starke Kinder“<sup>®</sup> in Kindertagesstätten</b> , Projekt AGIL in Aachen – Aktiver, gesünder is(s)t leichter, Aachen
7	<b>Maßnahmen-Kombinationen in Kindertagesstätten</b> Projekt „Templin – die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt“, Templin
8	<b>Maßnahmen-Kombination KIKS UP Fit, KIKS UP Genuss &amp; KIKS UP Leben: Papilio</b> Projekt „KIKS UP“, Bad Nauheim
9	<b>Erweiterung von Bewegungsräumen in Tageseinrichtungen für Kinder</b> Projekt „MINIFIT“, Ludwigsburg
10	<b>Esskultur in der Ganztagschulklasse</b> Projekt „Fit im Leben – mit Spaß und Karla dabei“, Hillesheim
11	<b>Schul-Gartenprojekte</b> Projekt „Bille in Bewegung“, Hamburg
12	<b>Bewegungsmodul „Bumerang“ und kombiniertes Modul „Ernährung und Bewegung“ in Schulen</b> , Projekt „Optistart“, Leipzig
13	<b>Modul Selbststeuerung in der Schule</b> Projekt „Gesund essen – täglich bewegen“, Hannover
14	<b>Angebotskatalog und Coaching für Schulen und Kindertagesstätten</b> Lokale Initiative Barleben „Besser Essen. Mehr bewegen“ (LiBa), Barleben
15	<b>Maßnahmenkombinationen im Setting Schule und Hort</b> Projekt „GoHo bewegt sich“, Nürnberg
16	<b>Bewegung im Unterricht</b> Projekt „Es bewegt sich was in Malstatt“, Saarbrücken
17	<b>Kinderärzte empfehlen: Besser essen. Mehr bewegen.</b> Projekt „Kids Vital im Kreis Herford“, Herford
18	<b>Familienhebammen im Stadtteil</b> Projekt „Gesund aufwachsen... in Münster“, Münster
19	<b>Vermittlung von Eltern in die Angebote des Familiengesundheitszentrums mit Fokus auf die Rolle der Familienhebammen</b> , Projekt „Kinderregion Ostfriesland“, Aurich
20	<b>KINDERLEICHT-Talk</b> Projekt „KINDERLEICHT-Quartier“, Gelsenkirchen
21	<b>Beratungen der Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen</b> Projekt „Gesund sind wir stark! Sagliki daha güclüyüz!“, Berlin
22	<b>Beratungen der Familienassistentinnen</b> Projekt „Ganztags leicht(er)leben“, Eutin
23	<b>Elternkochkurse und kombinierte Fortbildung zur Durchführung von Elternkochkursen</b> Projekt „Ge-wichtig“, Neuss
24	<b>Muttersprachliche Elternbegleiterinnen in Kindertagesstätten</b> Projekt „Dortmunder Kinder. Besser essen. Mehr Bewegen.“, Dortmund
25	<b>Erfolgsfaktoren ausgewählter Maßnahmen</b>

Evaluation des Modellvorhabens  
„Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-  
REGIONEN“

Arbeitspapier 21

**Evaluation der Beratungen der  
Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen**

**Projekt „Gesund sind wir stark! Sagliki daha güclüyüz“  
in Berlin**

Juni 2010

**Max Rubner-Institut (MRI) –**

**Bundeforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel**

Institut für Ernährungsverhalten, Evaluationsteam

Projektleitung:

Corinna Willhöft

Tel.: 0721/ 6625-562; corinna.willhoeft@mri.bund.de

Autorin:

Dr. Pirjo Susanne Schack

Tel.: 0721/ 6625-561; pirjo.schack@mri.bund.de

Mitarbeit von:

Melanie Niestroj (Univation, Köln)

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>7</b>
<b>2 Beschreibung der Praxisphase der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen .....</b>	<b>8</b>
<b>3 Ziele der Beratungstätigkeit der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen .....</b>	<b>11</b>
<b>4 Evaluation.....</b>	<b>12</b>
4.1 Evaluationsgegenstand .....	12
4.2 Evaluationsfragen .....	12
4.3 Methodenbeschreibung und Vorgehen der Evaluation .....	13
<b>5 Ergebnisdarstellung und Diskussion .....</b>	<b>20</b>
<b>5.1 Fortbildungen und weiterer Angebote des Projekts .....</b>	<b>20</b>
5.1.1 Bewertung der Fortbildungen und Verbesserungsvorschläge.....	21
5.1.2 Akzeptanz und Bewertung der weiteren Unterstützungsangebote und Verbesserungsvorschläge .....	22
5.1.3 Bewertung der Betreuung durch das Projekt und Verbesserungsvorschläge .....	24
5.1.4 Resultate bei den Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen .....	24
5.1.5 Vernetzung der Trainerinnen und Mentorinnen als weiteres Resultat... 26	
5.1.6 Beantwortung der Evaluationsfrage 1 .....	27
<b>5.2 Beratungsaktivitäten der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen und ihre Strategien .....</b>	<b>28</b>
5.2.1 Aktivitäten und Strategien der Gesundheitstrainerinnen .....	28
5.2.2 Aktivitäten und Strategien der Gesundheitsmentorinnen .....	32
5.2.3 Beantwortung der Evaluationsfrage 2 für beide Gruppen .....	35
5.2.4 Erreichte Zielgruppen .....	36
5.2.5 Zugangswege zu den Zielpersonen .....	38
5.2.6 Akzeptanz und Bewertung der Aktivitäten durch die Zielpersonen .....	39
5.2.7 Beantwortung der Evaluationsfrage 3 .....	39

<b>5.3</b>	<b>Resultate der Beratungsaktivitäten bei den erreichten Zielpersonen .....</b>	<b>40</b>
5.3.1	Veränderungen im Kenntnisstand der Zielpersonen .....	41
5.3.2	Veränderungen im Verhalten der Zielpersonen.....	42
5.3.3	Beantwortung der Evaluationsfrage 4 .....	47
<b>5.4</b>	<b>Gelingensbedingungen der Tätigkeit der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen .....</b>	<b>48</b>
5.4.1	Förderliche Bedingungen .....	48
5.4.2	Hinderliche Bedingungen .....	50
<b>6</b>	<b>Fazit und Handlungsempfehlungen.....</b>	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>Aussagekraft und Grenzen der Evaluation .....</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>59</b>

## **I. Tabellenverzeichnis**

Tab. 1:	Die Aktivitäten der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen im Überblick... 9
Tab. 2:	Durch die Maßnahmen angestrebte Verhaltens- und Verhältnisänderungen. 12
Tab. 3:	Interviewte Trainerinnen und Mentorinnen mit ihren evaluierten Beratungsfällen..... 15
Tab. 4:	Zeitlicher Ablauf der Evaluation .....

## **Vorwort**

Zur Erweiterung der Erkenntnisse auf dem Gebiet der Übergewichts- und Adipositasprävention bei Kindern wurde vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) das Modellvorhaben „Besser essen. Mehr bewegen. Kinderleicht-Regionen“ initiiert. Es umfasste 24 Modellprojekte, die Ansätze zur Prävention von Übergewicht bei Kindern über drei Jahre (2006-2009) in der Praxis erprobten. Die wissenschaftliche Evaluation des umfangreichen Vorhabens wurde vom Max Rubner-Institut (MRI) in Karlsruhe durchgeführt. Unter anderem ging die Evaluation der Frage nach, wie Präventionsansätze wirkungsvoll gestaltet werden können, um so eine Grundlage für zukünftige Präventionsmaßnahmen zu schaffen.

Dieses Arbeitspapier ist im Rahmen der Evaluation des Modellvorhabens entstanden. Es gehört in eine Reihe von 25 Arbeitspapieren des Evaluationsbausteins „Vertiefte Maßnahmenevaluationen“ (s. Umschlaginnenseite). Die konzeptionellen Grundlagen dieses Berichts sind im Arbeitspapier 1 „Hintergrund und Methoden der vertieften Maßnahmenevaluationen“ dargestellt und gehören als integrativer Bestandteil zu diesem Arbeitspapier. Im Text der vorliegenden Evaluation wird hinsichtlich Konzeption und Methoden jeweils auf die einzelnen Kapitel des Arbeitspapiers 1 verwiesen.

## 1 Einleitung

Bei dem Modellprojekt „Gesund sind wir stark!“ – „saglikli daha güclüyüz!“ in Berlin handelte es sich um einen Multiplikatorenansatz, der die Qualifizierung von Professionellen zu Gesundheitstrainerinnen<sup>1</sup> und von Laien zu Gesundheitsmentorinnen beinhaltete. Aufgabe der fortgebildeten Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen war Bildungs- und Beratungsarbeit mit der Zielgruppe der Schwangeren und Familien mit Kindern im Alter von null bis drei Jahren (maximal bis sechs Jahren) – in erster Linie mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund im Berliner Stadtteil Friedrichshain-Kreuzberg. Ziel des Projekts „Gesund sind wir stark!“ war es, einen gesunden Lebensstil von Familien mit kleinen Kindern zu fördern, und dabei die vorhandenen kulturellen Ressourcen und Werte der Familien mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund anzuerkennen, zu berücksichtigen und zu nutzen. Im Hintergrund des Projektes standen bereits vorhandene gesundheitsfördernde Netzwerke, hier speziell der „Arbeitskreis rund um die Geburt“ des Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg.

Das Projekt „Gesund sind wir stark!“ gliederte sich in eine Vorbereitungs-, eine Lehrgangs- und eine Praxisphase.

In der Vorbereitungsphase wurde u.a. von Projektpartnern und Dozenten unter Einbeziehung von muttersprachlichen Experten das kultursensible Lehrgangscurriculum erarbeitet.

Die Lehrgangsphase umfasste für Gesundheitstrainerinnen elf ganztägige Lehrgangstermine und für die Gesundheitsmentorinnen 34 halbtägige Module. Die Schwerpunkte des Lehrgangscurriculums lagen auf den Themen Einführung in die systemische Beratung, „Ernährung“ und „Bewegung“. Der Lehrgang wurde von denjenigen Dozenten durchgeführt, die das Curriculum mit entwickelt hatten.

In der Praxisphase im Anschluss an die Qualifizierung integrierten die Gesundheitstrainerinnen das erworbene Wissen im Rahmen ihrer professionellen Beratung und Begleitung der Zielgruppe. Die Gesundheitsmentorinnen gaben dagegen vorwiegend in ihrem privaten Umfeld ihre Erfahrungen und ihr Wissen weiter. Die Praxisphase wurde durch Qualitätszirkel, Supervision und individuellem Coaching für die Trainerinnen und Mentorinnen durch das Projektteam begleitet und qualitätsgesichert.

Der Gegenstand dieses Evaluationsberichts bezieht sich auf die Praxisphase mit der Frage, inwieweit die Beratungstätigkeit der Trainerinnen und Mentorinnen zu einem günstigeren Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Zielgruppen geführt haben.

Dieser Multiplikatorenansatz des Projektes „Gesund sind wir stark!“ wurde für die vertiefenden Maßnahmenevaluationen ausgewählt, weil er in dieser Form innovativ in der

---

<sup>1</sup> Da es sich bei den ausgebildeten Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen überwiegend um Frauen handelte, wird hier die weibliche Form verwendet. Ansonsten wird im folgenden Text aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, die die weibliche Form mit einschließt, wenn nicht ausdrücklich anders benannt.



Landschaft der Adipositasprävention und einmalig im Rahmen des Modellvorhabens ist. Speziell wurde die Praxisphase evaluiert, weil hier untersucht werden konnte, inwieweit die Beratungen der Trainerinnen und Mentorinnen bei den Zielgruppen Wirkungen entfaltet haben. Auf die Umsetzung der Lehrgänge und Gelingensbedingungen beim Einsatz und Betreuung der Trainerinnen und Mentorinnen wird in diesem Bericht nur am Rande eingegangen. Hierzu liegt im Abschlussbericht des Projekts eine ausführliche Reflektion vor.

Die Praxisphase, d.h. die Beratungsaktivitäten der Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen gehört zu dem von der Evaluation gebildeten Maßnahmentyp „Ausbildung von Multiplikatoren, die Maßnahmen für Eltern anbieten“. (siehe Arbeitspapier 1 „Hintergrund und Methoden der vertieften Maßnahmenevaluationen“, Kapitel B 3.2).

## **2 Beschreibung der Praxisphase der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen**

Im Folgenden werden zunächst die Voraussetzungen zur Auswahl der Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen beschrieben, danach kurz die vorbereitende Qualifizierung und als dritten Schritt die Praxisphase.

Voraussetzung für die Auswahl als Gesundheitstrainerin war eine professionelle Tätigkeit, z.B. als Hebamme, Sozialarbeiterin oder Erzieherin, im Zusammenhang mit Schwangeren und Familien mit Migrationshintergrund. Zusätzlich war ein eigener Migrationshintergrund erwünscht. Als Gesundheitsmentorinnen, die als fortgebildete Laien tätig werden sollten, kamen Menschen mit Migrationshintergrund in Betracht, die in ihrem Umfeld, in ihrem Kiez und Stadtteil bekannt und anerkannt waren und deshalb Schlüsselpersonen darstellten. Sie sollten einen guten Zugang zu Familien in ihrem Umkreis besitzen.

Für ihre Tätigkeit als Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen wurden die Teilnehmenden für die Bereiche systemische Beratung, Ernährung und Bewegung grundständig qualifiziert. Der Schwerpunkt Einführung in die systemische Beratung behandelte die Themen klientenzentrierte und systemische Beratung, das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun, sowie Transaktionsanalyse und Supervision. Der Schwerpunkt Ernährung umfasste die Themen Ernährung in der Schwangerschaft, Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern, Kinderernährung ab dem zweiten Lebensjahr und Ernährung in der Familie. Gegenstand des Schwerpunktes Bewegung waren beispielsweise Bewegung und Sport in der Schwangerschaft und nach der Geburt, die Rolle der Eltern, die Bedeutung des Spielens sowie Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Den Trainerinnen und Mentorinnen wurde ein ausführliches Handbuch mit Folien und Beratungsunterlagen für ihre Tätigkeit in drei Sprachen (deutsch, türkisch, arabisch) zur Verfügung gestellt.



Insgesamt wurden 4 Lehrgänge durchgeführt (siehe Überblickstabelle im Anhang I). Ein zweiter Kurs für die Gesundheitsmentorinnen wurde dabei in verkürzter Form und gemeinsam mit Trainerinnen umgesetzt. Diese Entscheidung wurde vor dem Hintergrund getroffen, dass im ersten Kurs der Gesundheitsmentorinnen relativ viele Teilnehmende den Kurs abbrechen mussten. Der Grund dafür lag vor allem in Arbeitsangeboten bzw. Arbeitsmaßnahmen, an denen die zu diesem Zeitpunkt Arbeit suchenden Personen teilnehmen sollten. Die geringere Teilnehmerzahl des zweiten Fortbildungsangebots für die Mentorinnen hing zudem damit zusammen, dass es sich im Verlauf des Projektes als schwierig erwies, den fortgebildeten Mentorinnen über das Projekt bspw. durch Kurse oder ähnliche Angebote eine zusätzliche Einkommensquelle zu erschließen, wie es ursprünglich vom Projekt geplant war.

Nach Abschluss der elf (für Trainerinnen) beziehungsweise 34 Lehrgangsmodule (für Mentorinnen) erhielten die Teilnehmenden ein Abschlusszertifikat. 44 Teilnehmende haben das Zertifikat als Gesundheitstrainerin erhalten, 12 das Zertifikat als Gesundheitsmentorin.

Im Anschluss an die Qualifizierung integrierten die Gesundheitstrainerinnen die Inhalte zur Adipositasprävention in die professionelle Beratung und Begleitung der Zielgruppen. Die Gesundheitsmentorinnen arbeiteten dagegen ehrenamtlich und unentgeltlich und sprachen Familien und insbesondere Mütter in ihrem Umfeld, in der Nachbarschaft, in Stadtteiltreffpunkten und auf Kiezfesten an und gaben ihre Erfahrungen und ihr Wissen weiter. Dabei sollten die Beratungsaktivitäten in das bezirkliche Netzwerk integriert werden.

In ihren Beratungen wurden die Trainerinnen und Mentorinnen durch das Projektteam begleitet. Es fanden regelmäßig Supervisionstreffen und Qualitätszirkel statt, in denen die Teilnehmenden Beratungssituationen und -themen besprachen, und Unterstützung in ihrer Rolle als Multiplikatorinnen erhielten. Zudem hatte jede Teilnehmende die Möglichkeit, bis zu drei individuelle Coachingtermine in Anspruch zu nehmen.

In Tabelle 1 finden sich die Aktivitäten der Trainerinnen und Mentorinnen im Überblick.

**Tab. 1: Die Aktivitäten der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen im Überblick**

Aktivitäten	<p>Die 44 fortgebildeten Gesundheitstrainerinnen berieten die Zielgruppe im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit, z.B. als Hebamme, Sozialarbeiterin oder Erzieherin, entweder in den Institutionen, in denen sie angestellt waren oder als freiberufliche Tätigkeit.</p> <p>Die 12 fortgebildeten Gesundheitsmentorinnen berieten überwiegend ehrenamtlich in ihrem privaten Umfeld.</p> <p>Es wurden sowohl Einzelberatungen, teilweise mit Folgeterminen, als auch Gruppenberatungen durchgeführt.</p>
-------------	---

<p>Zeitlicher Umfang</p>	<p>Juni 2007 – Oktober 2009</p> <p>Die Interventionen der Trainerinnen und Mentorinnen umfassten im Fall der Beratung einzelner Klienten Kurzberatungen von wenigen Minuten Dauer ebenso wie Beratungsgespräche von bis zu einer Stunde. Dabei handelte es sich sowohl um einmalige Beratungen als auch mehrmalige über einen längeren Zeitraum von mehreren Monaten.</p> <p>Gruppenangebote umfassten dagegen in der Regel mehrere, aufeinander abgestimmte Termine.</p>
<p>Zielgruppe</p>	<p>Schwangere und Familien mit Kindern im Alter von null bis drei Jahren (maximal bis sechs Jahren), in erster Linie mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund.</p> <p>Aus Hochrechnungen auf der Basis eigener Dokumentationen schätzt das Projekt die Gesamtzahl der Kontakte mit der Zielgruppe im engeren Sinne (junge Familien) bzw. ihre Angehörigen in den zwei Jahren der Aktivität der Trainerinnen und Mentorinnen eine auf 8000n.<sup>2</sup></p>
<p>Zugangsweg</p>	<p>Die Trainerinnen erreichten die Zielgruppe über ihre professionellen Tätigkeiten als Hebamme, Sozialarbeiterin etc.</p> <p>Die Mentorinnen erreichten die Zielgruppe über ihr privates Umfeld und Netzwerk bzw. über Aktivitäten in Vereinen, Gemeinden etc.</p>
<p>Eingesetzte Ressourcen (Input)</p>	<p>Bzgl. der Trainerinnen weitgehend kostenfrei bzw. über die jeweilige Institution, in der sie arbeiteten, bei den Mentorinnen als ehrenamtliche, unentgeltliche Arbeit.</p> <p>Für Supervision, Qualitätszirkel, Coaching und persönlich aufsuchende Betreuung für Trainerinnen und Mentorinnen: ca. 25.200 €<sup>3</sup></p>
<p>Durchführenden</p>	<p>Die Interventionen erfolgten durch die qualifizierten Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen. Dabei verfügten die Trainerinnen über einen Grundberuf aus dem Bereich Pädagogik oder Gesundheit. Die Mentorinnen waren in der Regel fortgebildete Laien.</p>
<p>Durchführende und tragende Institution</p>	<p>Projektträger ist „ZAGG – Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaft GmbH“ in Kooperation mit der Plan- und Leitstelle Gesundheit in Friedrichshain-Kreuzberg und der „SW-Ernährungswissenschaftliche Dienstleitungen“, Berlin.</p>
<p>Kontext</p>	<p>Das Modellprojekt „Gesund sind wir stark“ konzentrierte sich auf den Multiplikatorenansatz und das Erreichen der Zielgruppe der Schwangeren und Familien mit Kindern bis zu einem Alter von 3 Jahren, bevorzugt mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund. Diese Zielgruppe wird nicht über Institutionen wie Kindertagesstätte und Schule erreicht.</p>

<sup>2</sup> Abschlussbericht des Projekts „Gesund sind wir stark!! – „saglikli daha güclüyüz!“, November 2009, Berlin, S. 57

<sup>3</sup> Die Summe lässt sich nicht weiter nach Ressourcen für die Trainerinnen und Mentorinnen aufsplitten.

	<p>Durch die gute Vernetzung des Projekts in dem Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg und die Konzentration des Projektes auf diesen Bezirk war eine gute Vernetzung der Aktivitäten möglich. Durch die Fortbildung verschiedener Professionen und Laien wurden vielfältige Zugangswege zu der Zielgruppe geschaffen.</p> <p>Durch projektinterne Qualitätssicherung und Reflektion wurde das Modellprojekt kontinuierlich den Rahmenbedingungen angepasst und optimiert.</p>
Verstetigung	<p>Es ist geplant, dass die ausgebildeten Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen ihre Beratertätigkeit im Rahmen des bestehenden Bezirksnetzwerks fortsetzen werden.</p> <p>Aufgrund der Weiterförderung des Modellprojekts bis November 2011 sollen Teile des Fortbildungs- und Beratungskonzepts zum Bestandteil verschiedener bereits bestehender Multiplikationsfortbildungen und -projekte werden.</p>

### 3 Ziele der Beratungstätigkeit der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen

Im Folgenden werden die Ziele der Beratungstätigkeit der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen“ aufgeführt. Sie basieren auf von dem Modellprojekt „Gesund sind wir stark!“ zu Beginn der Maßnahme formulierten Zielen anhand eines standardisierten Zieleformulars<sup>4</sup>. Vor Evaluationsbeginn wurden diese Ziele gemeinsam von MRI-Mitarbeitenden mit dem Modellprojekt „Gesund sind wir stark!“ für die Evaluation konkretisiert.

Das Ziel der Maßnahme für die Zielgruppe der Schwangeren und Familien mit Kindern bis 3 Jahre, vorwiegend türkischer und arabischer Herkunft, wurde wie folgt formuliert:

„Es sollen sich die gesundheitsrelevanten Verhaltensgewohnheiten der beteiligten bzw. beratenden Familien ändern. Dabei orientiert sich die Arbeit der Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen an den aktuell geäußerten Bedürfnissen der Zielgruppe und legt die Beratungsziele somit individuell fest.“

Die Ziele der Aktivitäten der Trainerinnen und Mentorinnen lassen sich innerhalb eines Schemas zur Darstellung der Veränderungsebenen (s. Tab. 2) vor allem der Verhaltensänderung der Eltern zuordnen, mit der Intention, dass Kinder durch das veränderte gesundheitsbewusstere Verhalten der Eltern sich gesünder ernähren und mehr bewegen. Verhältnisänderungen werden durch diese Aktivitäten insofern angestrebt, als

---

<sup>4</sup> Zu Beginn des Modellprojektes in 2006 wurde vom MRI ein Leitfaden zur Formulierung von Zielen herausgegeben und die Modellprojekte aufgefordert, für alle Einzelmaßnahmen anhand eines standardisierten Zieleformulars Feinziele zu formulieren.

dass sich durch die Qualifizierung der 56 Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen das Beratungsangebot im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg verändert.

**Tab. 2: Durch die Maßnahmen angestrebte Verhaltens- und Verhältnisänderungen**

Verhaltensänderungen					
Veränderungen von	Bewusstsein	Einstellungen	Wissen	Fertigkeit	Verhalten
Eltern	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
Kinder	-	-	-	-	<b>x</b>
Verhältnisänderungen					
Veränderungen von	Räumliche Um- welt	Material / Medien	Angebot, z.B. Beratungs- angebote	Organisation	
Bezirk / Stadtteil	-	-	<b>x</b>	-	

## 4 Evaluation

### 4.1 Evaluationsgegenstand

Evaluationsgegenstand ist die Beratungstätigkeit der Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen mit den Zielgruppen und deren Wirkung.

### 4.2 Evaluationsfragen

Die Evaluationsfragen wurden auf Grundlage der im Kapitel 3 formulierten Ziele gemeinsam mit den Projektmitarbeitenden des Modellprojekts „Gesund sind wir stark!“ entwickelt. Dabei wurde das allgemein formulierte Ziel der gesundheitsrelevanten Verhaltensveränderung der Familien mit folgenden Evaluationsfragen überprüft:

- (1) Wie bewerteten die Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen die Fortbildungen sowie die weiteren (Unterstützungs-)Angebote des Projekts (Fallsupervisionen, Qualitätszirkel, Coaching) sowie ihre Betreuung durch das Projektbüro? Welche Resultate lassen sich bei ihnen feststellen?
- (2) Welche Beratungsaktivitäten führten die Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen im Rahmen des Projektes durch und welche Strategien und Ansätze wendeten sie dabei an?
- (3) Inwieweit wurde die gewünschte Zielgruppe der Schwangeren und Familien mit unter dreijährigen Kindern mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund durch die Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen erreicht? Über welche Zu-

gangswege? Wie wurden die Beratungsangebote durch die Zielpersonen akzeptiert und bewertet?

- (4) Inwieweit gab es durch die Beratungen und Angebote der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen Veränderungen/Stabilisierungen im Gesundheits-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Familien und speziell der Kinder? Wodurch wurden die Veränderungen bewirkt?
- (5) Welche Gelingensbedingungen (förderliche und hinderliche) der Arbeit der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen lassen sich feststellen?

### **4.3 Methodenbeschreibung und Vorgehen der Evaluation**

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen bei der Evaluation der Beratungsaktivitäten der Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen dargestellt. Dies wird hier auf die maßnahmenspezifische Vorgehensweise beschränkt. Vertiefte Erläuterungen zur Methodik finden sich im Arbeitspapier 1 „Hintergrund und Methoden der vertieften Maßnahmenevaluationen“, Kapitel B 4.

Die Evaluation der Beratungstätigkeit der Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen fand mit einem qualitativen Erhebungsdesign statt. Im Mittelpunkt standen Dokumentationen der Beratungsprozesse durch die Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen, leitfadengestützte Befragungen der Zielgruppen 3-6 Monate nach Ende der Beratungen sowie leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews mit den Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen. Außerdem wurde ein leitfadengestütztes Interview mit einer Projektkoordinatorin, die die Trainerinnen und Mentorinnen individuell betreute, durchgeführt.

Bei diesem Design kam die besondere Vorgehensweise bei der Evaluation mit „schwer erreichbaren Zielgruppen“ zum Tragen (s. Arbeitspapier 1 „Hintergrund und Methoden der vertieften Maßnahmenevaluationen“, Kapitel B 3.4.2). Da es sich bei den Beratungstätigkeiten der Trainerinnen und Mentorinnen überwiegend um aufsuchende Angebote handelte mit sog. schwer erreichbaren Zielgruppen, zu denen die Beratenden während des Beratungsprozesse langsam ein Vertrauensverhältnis aufbauten, war es für die externen Evaluatorinnen des MRI nicht möglich, diese Zielgruppen persönlich zu befragen. Daher wurden die Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen, die mit diesen Zielgruppen in Kontakt standen, gebeten, nach einer ausführlichen Schulung durch das MRI, Nachbefragungen mit den Zielgruppen durchzuführen (s. auch Kap. 7).

#### **Stichprobe und Rekrutierung**

Stellvertretend für die Gruppe der insgesamt 56 Trainerinnen und Mentorinnen wurden vier Gesundheitstrainerinnen und zwei Gesundheitsmentorinnen mit Unterstützung des Projektes ausgewählt, die an der Evaluation teilnahmen. Auswahlkriterien waren, dass die Trainerinnen und -mentorinnen unterschiedliche berufliche Qualifikationen und Arbeitsfelder hatten und speziell mit der Zielgruppe der Schwangeren und Familien mit

Kleinkindern mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund arbeiteten. Außerdem sollten sie für die Mitarbeit bei der Evaluation bereit sein.

Die Aufgabe der sechs Trainerinnen und Mentorinnen, die an der Evaluation teilnahmen, war es jeweils drei Beratungsprozesse zu dokumentieren, einen Fragebogen für bzw. mit den Familien zu dem familiären Hintergrund auszufüllen, sowie 3-6 Monaten nach Abschluss der Beratung ein leitfadengestütztes Nachinterview mit den Klienten zu führen. Die Trainerinnen und Mentorinnen wurden zu Beginn der Evaluation von einer MRI-Mitarbeiterin zur Durchführung der Evaluation geschult und während der Dokumentation und Befragungsphase telefonisch betreut. In die Evaluation wurden nur Klienten aufgenommen, die dafür ihr Einverständnis gaben. Die Trainerinnen und Mentorinnen bekamen für die Mitwirkung an der Evaluation eine Aufwandsentschädigung, um sie für eine sorgfältige Dokumentation und die Durchführung der Nachinterviews einerseits zu motivieren, und andererseits den zusätzlichen Aufwand, den sie dadurch hatten, zu honorieren.

Es zeigte sich in der Umsetzung, dass es schwierig war, genügend Trainerinnen und Mentorinnen zu finden, die zum einen an der Evaluation mitwirkten, und zum anderen bis zum Schluss durchhielten. An der Evaluation haben vor allem Trainerinnen und Mentorinnen teilgenommen, die gut an das Projekt angebunden waren und regelmäßig an Supervisionssitzungen und Qualitätszirkel teilnahmen. Das lag daran, dass die Projektmitarbeiter, die Trainerinnen und Mentorinnen für die Teilnahme an der Evaluation über die Supervisionssitzungen und Qualitätszirkel angesprochen hatten.

Außerdem zeigte es sich, dass die Dokumentation von drei Beratungsprozessen pro Trainerin / Mentorin diese überforderte, so dass bis auf wenige Ausnahmen weniger Fälle dokumentiert wurden. So musste in der zweiten Phase der Evaluation noch nachrekrutiert werden. Letztendlich nahmen vier Trainerinnen und zwei Mentorinnen an der Evaluation teil. Diese dokumentierten insgesamt 14 Fälle (statt der geplanten 18 Fällen) und führten dazu Nachbefragungen durch. Dabei hatte eine Mentorin mit Migrationshintergrund Schwierigkeiten, ihre Fälle schriftlich zu dokumentieren, so dass hier als einzige Datenquelle das Interview mit der Mentorin diente, die in diesem ihre Beratungen ausführlich schilderte. In einigen Fällen konnten die Trainerinnen nach Abschluss der Beratung für das Nachinterview ihre Klienten nicht mehr erreichen, so dass in diesen Fällen nur die Dokumentationen vorlagen (s. Tab. 3).

**Tab. 3: Interviewte Trainerinnen und Mentorinnen mit ihren evaluierten Beratungsfällen**

Trainerin/Mentorin	Fälle <sup>5</sup>	Dokumentationsbogen	Protokolle von Abschluss- bzw. Nachinterviews
Gesundheitstrainerin 1 (MA Gesundheitsamt / Erstbesuche Neugeborener im Bezirk)	Familie 1.1	vier Gespräche vollständig dokumentiert	Protokoll des Nachinterviews liegt vor
	Familie 1.2	fünf Gespräche vollständig dokumentiert	Protokoll des Nachinterviews liegt vor
Gesundheitstrainerin 2 (Einzelfallhelferin/ Schulsozialarbeit)	Klientin 2.1	fünf Beratungstermine vollständig dokumentiert, es wurden jedoch deutlich mehr Termine mit der Klientin im Rahmen einer Einzelfallhilfe realisiert	kein dokumentiertes Nachinterview (Einzelfallhilfe läuft weiter)
Gesundheitstrainerin 3 (freiberufliche Hebamme)	Familie 3.1	sechs Beratungskontakte dokumentiert (persönlich + telefonisch), bei denen es um die Ernährungs-/Bewegungsberatung ging (die Termine im Rahmen der Hebammenbetreuung wurden nicht dokumentiert);	ausführliches Protokoll des Nachinterviews liegt vor
	Familie 3.2	sieben Beratungskontakte dokumentiert (persönlich + telefonisch), bei denen es um die Ernährungs-/Bewegungsberatung ging (die Termine im Rahmen der Hebammenbetreuung wurden nicht dokumentiert);	ausführliches Protokoll des Nachinterviews liegt vor
Gesundheitstrainerin 4 (Mitarbeiterin in interkultureller Begegnungsstätte mit Kursangeboten)	Familie 4.1	ein Dokumentationsbogen, in dem mehrere Gespräche zusammenfassend dokumentiert sind	Protokoll des Nachinterviews liegt vor (Stichworte)
	Familie 4.2	ein Gespräch vollständig dokumentiert	Protokoll des Nachinterviews liegt vor (Stichworte)
	Mutter 4.3	ein Gespräch vollständig dokumentiert	Kein Protokoll eines Nachinterviews; Informationen wurden im Interview weitergegeben
	Familie 4.4	keine Dokumentationsbogen	Kein Protokoll eines Nachinterviews; Informationen wurden im Interview weitergegeben

<sup>5</sup> Detaillierte Informationen zu den Fällen finden sich in einer Überblickstabelle im Anhang 2 dieses Berichts.



Trainerin/Mentorin	Fälle <sup>5</sup>	Dokumentationsbogen	Protokolle von Abschluss- bzw. Nachinterviews
Gesundheitsmentorin 5	Mutter 5.1	zwei Gespräche vollständig dokumentiert	keine dokumentierten Nachinterviews; Informationen über mittelfristige Resultate wurden im Interview weitergegeben
	Familie 5.2	zwei Gespräche vollständig dokumentiert	
	Mutter 5.3	zwei Gespräche vollständig dokumentiert	
Gesundheitsmentorin 6	Familie 6.1	keine Dokumentationsbogen	Protokoll des Nachinterviews liegt vor (Stichworte); Informationen über die begleiteten Fälle und Resultate wurden vor allem im Interview weitergegeben
	Mutter 6.2	keine Dokumentationsbogen	Kein Protokoll eines Nachinterviews; Informationen wurden im Interview weitergegeben

### Zeitlicher Ablauf der Evaluation

Die Erhebungen wurden zwischen Oktober 2008 und September 2009 durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt waren die Lehrgänge abgeschlossen, und die Trainerinnen und Mentorinnen hatten bereits Erfahrungen mit ihrer Beratungstätigkeit gesammelt. Für die Evaluation war dieser Zeitpunkt günstig, weil so „eingespielte“ Beratungen evaluiert werden konnten und nicht Beratungen in der „Einarbeitungsphase“. Tabelle 4 gibt einen Überblick über den zeitlichen Ablauf der Evaluation.

**Tab. 4: Zeitlicher Ablauf der Evaluation**

Gruppendiskussion im Rahmen einer Supervisions-sitzung	April 2008
Schulung der Trainerinnen und Mentorinnen zur Durchführung der Evaluation	Oktober 2008
Dokumentation der Beratungsfälle durch Trainerinnen und Mentorinnen (inkl. Fragebogen zur Beratungssituation und familiären Situation)	Oktober 2008 - Juni 2009
Nachbefragung der Klienten 3-6 Monate nach dem letztem Beratungstermin durch die Trainerinnen und Mentorinnen	Februar 2009 - September 2009

Leitfadengestützte problemzentrierte Interviews mit den Trainerinnen und Mentorinnen zu den Fällen durch MRI-Mitarbeiterin	März 2009 - September 2009
Leitfadengestütztes problemzentriertes Interview mit Projektkoordinatorin durch MRI-Mitarbeiterin	Juni 2009

## Methoden

### Gruppendiskussion im Rahmen einer Supervisionssitzung

Im April 2008 wurde im Rahmen einer Supervisionssitzung mit fünf daran teilnehmenden Gesundheitstrainerinnen von der Evaluatorin eine Gruppendiskussion zu ihren Aktivitäten als Trainerinnen und zu Wirkungen ihrer Beratungsarbeit durchgeführt. Die Evaluatorin war im Vorfeld angekündigt worden. Diese Gruppendiskussion hatte u.a. den Zweck eines Pretests, inwiefern die Trainerinnen in der Lage waren, ihre Beratungsaktivitäten mit ihren Zielen zu beschreiben, und inwiefern sie die Zielerreichung und damit die Wirkung ihrer Beratungen wahrnehmen, überprüfen und reflektieren konnten. Die Gruppendiskussion dauerte 77 Minuten und wurde mit Einverständnis der Teilnehmerinnen auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert.

Die Gruppendiskussion brachte gute und detaillierte Einblicke in die Tätigkeiten der Trainerinnen, doch zeigte sich, dass die Reflektionsfähigkeit hinsichtlich der Resultate der Beratungen unterschiedlich stark ausgeprägt und insgesamt eher schwach ausgeprägt war. Diese Erfahrungen führten dann zu dem hier dargestellten Evaluationsdesign, bei dem die Trainerinnen und Mentorinnen im Vorfeld für die Evaluation ausführlich persönlich geschult wurden und bei der Dokumentation ihrer Beratungsfälle und Nachinterviews individuell von der Evaluatorin betreut wurden.

Die Ergebnisse der Gruppendiskussion fließen ergänzend zu den Ergebnissen aus den Falldokumentationen mit in diesen Bericht ein.

### Befragung der Klienten

Anhand des standardisierten „Dokumentationsbogens zur Beratung (werdender) Mütter, Väter, Familien durch Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen“ haben die Trainerinnen und Mentorinnen die Rahmenbedingungen der Beratung festgehalten. Auf diesem Bogen dokumentierten sie das Einverständnis der Klienten zur Teilnahme an der Evaluation, gaben allgemeine Angaben zur Beratung wie den Kontext der Beratung, den Anlass der Beratung, den Zugangsweg und die Sprache, in der die Beratung durchgeführt wurde. Außerdem wurde Daten zum sozioökonomischen Status wie Familiengröße, Bildungsstand, Berufstätigkeit und Migrationshintergrund erhoben, sowie Ressourcen der Klienten in Bezug auf gesundheitsförderliches Ernährungs- und Bewegungsverhalten.

### Dokumentation der Beratungsprozesse

Für jeden Termin eines evaluierten Beratungsprozesses sollte ein Reflexionsschema / Dokumentationsblatt ausgefüllt werden. Es umfasste folgende Aspekte:

- Wer wurde beraten?
- Datum, Dauer, Häufigkeit und Ort der Beratung
- Was waren die Themen und mögliche Lösungsideen?
- Wie habe ich methodisch gearbeitet?
- Welche Unterschiede, Ereignisse, Veränderungen habe ich heute entdeckt bzw. wurden mir berichtet? – Warum hat sich etwas verändert?
- Was sind die nächsten Schritte
- Sonstige Bemerkungen

Diese Dokumentationsblätter wurden handschriftlich ausgefüllt, und pro Fall liegen bis zu sieben ausgefüllte Dokumentationsblätter vor.

### Leitfadenorientierte, problemzentrierte Nachinterviews der Trainerinnen und Mentorinnen mit den Klienten

Ca. 3-6 Monate nach Abschluss des letzten Beratungstermins sollten die Klienten durch die Trainerinnen bzw. Mentorin nachbefragt werden, um mittelfristige Veränderungen durch die Beratungen zu messen. Dazu wurde den Trainerinnen und Mentorinnen vom MRI ein Interviewleitfaden zur Verfügung gestellt. Vor der Durchführung der Nachinterviews wurden sie von einer MRI-Mitarbeiterin telefonisch geschult. Der Leitfaden umfasste eine Einstiegsfrage zur Befindlichkeit der Klienten und anschließend Fragen zur Veränderungen durch die Beratungen, bei denen an die konkreten Beratungsinhalte angeknüpft werden sollte. Außerdem wurden Fragen zum Informationsaustausch mit anderen Personen über die Themen Ernährung, Bewegung, Übergewichtsprävention und über die Inanspruchnahme weiterer Angebote und Beratungen gestellt.

Die Interviews wurden von den Trainerinnen und Mentorinnen entweder persönlich oder telefonisch geführt, und anhand von Feldnotizen protokolliert. Der Einsatz von Tonbändern bot sich hier nicht an, da es sowohl Akzeptanzprobleme auf Seiten der Trainerinnen und Mentorinnen, als auch von den Zielgruppen gab.

### Leitfadenorientierte, problemzentrierte Interviews mit den Trainerinnen und Mentorinnen

Um weitere Informationen über die dokumentierten und evaluierten Beratungsfälle zu bekommen - sowohl hinsichtlich der Rahmenbedingungen der Dokumentation als auch hinsichtlich zusätzlicher inhaltlicher Informationen zu den Fällen - wurde zum Abschluss der Dokumentationen mit den vier Trainerinnen und zwei Mentorinnen jeweils ein leitfadenorientiertes, problemzentriertes Interview von einer MRI-Mitarbeiterin ge-

führt. Inhalt des Interviews waren Fragen zum Umgang mit der Dokumentation und den Nachinterviews; des Weiteren gab es Fragen zu den dokumentierten Fällen, wobei die Interviewerin anhand der Dokumentationen konkret nachfragte. Außerdem wurden Fragen zu ihrer Rolle als Gesundheitstrainerin bzw. –mentorin und Fragen zur Zufriedenheit mit der Fortbildung und Betreuung gestellt. Diese Interviews wurden telefonisch geführt, dauerten zwischen 45 und 75 Minuten und wurden nach Einverständnis mit Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert.

#### Leitfadenorientierte, problemzentrierte Interviews mit der Projektkoordinatorin

Das Interview mit der Projektkoordinatorin, die mit der Betreuung der Trainerinnen und Mentorinnen betraut war, hatte das Ziel, die Einschätzung der Arbeit und Wirkung der Trainerinnen und Mentorinnen aus einer übergeordneten Projektsicht zu erfassen. Die Projektkoordinatorin stand zum Interviewzeitpunkt mit allen Trainerinnen und Mentorinnen in Kontakt, und unterstützte diese bei den Dokumentationen der Beratungsprozesse, die sie für die projektinterne Dokumentation benötigten. Inhalte des Leitfadens waren Fragen zur Erfahrung mit der persönlichen Betreuung der Trainerinnen und Mentorinnen, Fragen zu berichteten Erfolgen und Gelingensbedingungen aus Sicht der Frauen, sowie Fragen zur eigenen Wirkungseinschätzung. Dieses leitfadenorientierte, problemzentrierte Interview wurde durch eine MRI-Mitarbeiterin telefonisch geführt, dauerte 67 Minuten und wurde mit Tonband aufgenommen und transkribiert.

#### **Auswertung**

Die Auswertungen der Gruppendiskussion und der leitfadengestützten Interviews erfolgte wie im Arbeitspapier 1 „Hintergrund und Methoden der vertieften Maßnahmen-evaluationen“, Kapitel B 4.2 dargelegt.

Die Dokumentationsbogen zu den durch die Mentorinnen und Trainerinnen begleiteten Fälle, sowie die Protokolle der Nachinterviews wurden im Zusammenhang mit den Interviewdaten wie folgt ausgewertet: Die Informationen zu den einzelnen Fällen aus den verschiedenen Informationsquellen (Dokumentationsbogen, Interviewprotokolle und Interviews mit Trainerinnen und Mentorinnen) wurden zunächst zusammengeführt. Zu jedem begleiteten Fall wurde sodann eine zusammenfassende Beschreibung erstellt. Diese umfasste soziodemographische Daten der Familie, Informationen zu ihren Lebensumständen und ernährungs-/bewegungsrelevanten Incomes, den Beratungsanlässen, Interventionen der Mentorin/Trainerin sowie erzielte Resultate. Diese Fallzusammenfassung diente als Grundlage für die Auswertung im Rahmen dieses Berichts.

#### **Abschlussbericht des Projekts als ergänzende Informationsquelle**

Im Folgenden wird an einzelnen Stellen der Abschlussbericht des Projekts, in dem Ergebnisse der Selbstevaluation wiedergegeben sind, als eine ergänzende Informationsquelle genutzt. Dies geschieht in jedem Fall unter Nennung der Fundstelle im Abschlussbericht sowie einer kurzen Charakterisierung der Datenquelle.

## **5 Ergebnisdarstellung und Diskussion**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluation dargestellt, wobei die Interviews mit der Projektkoordinatorin, mit den vier Gesundheitstrainerinnen sowie mit den beiden Gesundheitsmentorinnen ausgewertet werden. Ergänzend werden deren Aufzeichnungen zu den von ihnen dokumentierten Fällen herangezogen (Fragebogen zu den Beratungen, Dokumentationsbogen und Protokolle Abschlussinterviews; vgl. Übersicht in Kap. 4.3). Auch Aussagen aus einer, durch die Evaluation moderierten Supervisionssitzung mit Gesundheitstrainerinnen fließen ein, bei der diese über ihre Beratungspraxis berichteten.

Die Gliederung der Ergebnisdarstellung orientiert sich an den in Kapitel 4.2 vorgestellten Evaluationsfragestellungen. Im ersten Unterkapitel werden die Aussagen der befragten Trainerinnen und Mentorinnen wiedergegeben, die sich auf die Fortbildung und Betreuung durch das Projekt beziehen (Bewertung und Resultate). Dabei wird auch auf die Unterstützungsangebote des Projekts an die Trainerinnen und Mentorinnen wie die Supervisionen und Qualitätszirkel eingegangen. (Kap. 5.1) Das folgende Unterkapitel stellt die Beratungsaktivitäten der Trainerinnen und Mentorinnen dar, wobei diese gesondert betrachtet werden, da sie sich im Ansatz unterscheiden (Kap. 5.2). Das Kapitel 0 stellt die erreichten Zielgruppen vor – soweit hierzu Daten vorliegen – und gibt Ergebnisse zur Akzeptanz der Beratungsangebote wieder. Im Kapitel 5.3 werden die Resultate der Beratung bei den Zielpersonen dargestellt, welche in den durch die Befragten dokumentierten Fällen aufgetreten sind. Es wird hierbei versucht, in den jeweiligen Fällen zu rekonstruieren, wodurch die Veränderungen ausgelöst bzw. begünstigt wurden. Das letzte Unterkapitel 5.4 schließlich widmet sich nochmals zusammenfassend den Gelingensbedingungen der Arbeit der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen.

In jedem Unterkapitel werden zunächst die relevanten Ergebnisse zur Beantwortung der jeweiligen Fragestellung dargestellt, bevor eine zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung gegeben wird.

### **5.1 Fortbildungen und weiterer Angebote des Projekts**

In diesem Kapitel werden einige Ergebnisse zur Bewertung der Fortbildung und anderer Projektbestandteile durch die befragten Trainerinnen und Mentorinnen aufgeführt, auch wenn diese explizit nicht primär Gegenstand der Evaluation waren. Diese Ergebnisse sind jedoch als Voraussetzung für den Evaluationsgegenstand der Beratungstätigkeit der Mentorinnen und Trainerinnen mit ihren Resultaten relevant, weshalb sie in den folgenden Unterkapiteln dargestellt werden.

### 5.1.1 Bewertung der Fortbildungen und Verbesserungsvorschläge

Die sechs interviewten Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen bewerteten die durch sie absolvierten Fortbildungen (es handelt sich hierbei um unterschiedliche Fortbildungen für die beiden Gruppen, siehe Übersicht im Anhang I) grundsätzlich positiv und als gute Grundlage für ihre Tätigkeit. Sie schilderten in mehreren Fällen, was ihnen dabei besonders gefallen hat. Folgendes wird (teils mehrmals) genannt:

- Die systemischen Anteile der Fortbildung, die den Teilnehmerinnen nicht immer gänzlich neu waren, nach ihrer Aussage aber gut auf die Bedarfe im Kontext der Beratungstätigkeit zugeschnitten waren bzw. erst zur Beratung befähigten (bspw. Umgang mit Widerständen, Blick auf Ressourcen, aktives Zuhören und Eingehen auf die Zielpersonen). (5 Nennungen, insb. auch von den beiden interviewten Mentorinnen, die vorher keine Beratungserfahrung hatten)
- Die Zusammensetzung der Teilnehmergruppe (betrifft insb. die Trainerfortbildung) aus Personen unterschiedlicher Herkunft und mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund, was mehrmals als bereichernd beschrieben wurde. So konnte bspw. die Thematik Zielpersonen unterschiedlicher Herkunftsgruppen auch mit Erfahrungen der verschiedenen Teilnehmenden verbunden werden, die direkt Einblick/intensiven Kontakt zu diesen Zielgruppen hatten. (3 Nennungen)

*„Ich denke – dass sie, ja, ich denke, die Herkunft der Teilnehmer, weil sie verschiedene Berufsgruppen sind, und dann – ja, man, dann erfährt auch – ja, über einmal weil die auch nicht alle Deutsche waren, so bisschen so mehr Hintergrundwissen, so von, ja, was hilfreich für die Beratung ist, in den Migrantenfamilien.“ (Trainerin\_3\_BER, Absatz 91)*

- Die praktischen Anteile der Ausbildung (bspw. konstruierte Fälle, gemeinsames Kochen, Bewegungsübungen), die die Fortgebildeten teils besonders lebhaft in Erinnerung hatten und auch in ihrer Beratungstätigkeit gut einsetzen konnten. (3 Nennungen)

*„Ich hab bei dem Lehrgang sehr gut gefunden (...) dann auch, also zum Beispiel diese – Ideen, also zusammen zu kochen oder was man kochen kann, das fand ich sehr schön. Oder auch die Übungen (...) in dem Bewegungsteil (...), das finde ich, kann man auch sehr gut umsetzen. (...) Was wirklich hängen geblieben ist, das fällt mir jetzt immer wieder auf, das ist wirklich das, was man selber mitgemacht hat, durch Spiele, wo man dann auch noch mal Lust hat, zu gucken, was ist da alles an Motivationsspielen gelaufen, was haben wir selber probiert, wenn ich dann auch mal in den Akten noch mal oder in den Unterlagen nachgucke, dann sind das solche Sachen.“ (Trainerin\_2\_BER, Absatz 111-115)*

- Die Materialien, die zu den Fortbildungen übergeben wurden und den Teilnehmenden auch nach dem Besuch der Fortbildungen noch manchmal hilfreiche Anregungen gaben. (1 Nennung)

*„...da, denke ich, war die Ausbildung auch sehr hilfreich, weil da habe ich jetzt einfach ein breiteres Spektrum an, an Material und an Informationen, auch für mich, kann noch mal was nachlesen, also die Eltern haben auch noch mal spezielle Fragen oft zum Thema Ernährung und dann habe ich (...) eine Mappe hier mit den ganzen Materialien und kann einfach noch mal nachlesen, (...) da war das schon sehr hilfreich, also es fließt immer wieder mit rein, das war schon eine, eine tolle Ausbildung auch, ja, und, ja, wie gesagt, auch mit den Materialien, die wir bekommen haben da, das war sehr gut aufbereitet.“ (Trainerin\_1\_BER, Absatz 91)*

Insbesondere wurde die Ernährungspyramide als Veranschaulichung der Zusammensetzung einer ausgewogenen Ernährung von den ausgebildeten Trainerinnen und Mentorinnen gut angenommen, wie eine Trainerin im Interview bemerkte. Dies bestätigt sich darin, dass diese in den dokumentierten Beratungen tatsächlich immer wieder eingesetzt wurde (vgl. Kap. 5.2).

Einzelne Befragte schlagen Themen vor, die aus ihrer Sicht eine Bereicherung der Fortbildungsangebote hätten sein können bzw. die noch intensiver hätten behandelt werden sollen:

- Eine weitere Vertiefung der Besonderheiten und möglichen Vorgehensweisen bei den verschiedenen Herkunftsgruppen; noch mehr Informationen hierzu
- Das Thema Körperpflege (Vernachlässigung tritt nach Erfahrung einer Trainerin häufig im Zusammenhang mit schlechter Ernährung und fehlender Bewegung auf)
- Das Thema Entspannung (da aus Sicht einer Trainerin beim Essen aus Frust oder Stress häufig ein Gegenpol aus aktiver Entspannung gesetzt werden müsste)

### **5.1.2 Akzeptanz und Bewertung der weiteren Unterstützungsangebote und Verbesserungsvorschläge**

Bis auf eine Trainerin, die angab aus beruflichen und privaten Gründen kaum Zeit zu haben, nutzten die befragten Trainerinnen und Mentorinnen gerne verschiedene weitere Unterstützungsangebote des Projekts nach ihren Möglichkeiten (soweit sie Gelegenheit/Zeit hatten). Besonders die Supervisionssitzungen wurden offenbar durch die Interviewten rege wahrgenommen. Vereinzelt wird von Besuchen der Qualitätszirkel bzw. einer Inanspruchnahme der Einzelcoachings bei der Projektkoordinatorin berichtet. Diese rege Wahrnehmung der Supervisionssitzungen der Befragten steht etwas im Widerspruch zu den Erfahrungen mit der eher niedrigen Teilnehmerzahl an den Supervisionen, wie sie im Abschlussbericht dargestellt wird. Der Widerspruch lässt sich damit



erklären, dass die befragten Trainerinnen und Mentorinnen über die Supervisionssitzungen zur Teilnahme an der Evaluation geworben wurden (s. Kap, 4.3). Nach der Beschreibung im Abschlussbericht schwankte die Teilnahme an den Supervisionssitzungen stark je nach sonstiger Arbeitsbelastung der Trainerinnen und einer gewissen Supervisionsmüdigkeit durch beruflich bedingte Supervisionen und Weiterbildungen. So machte das Projekt beim ersten Lehrgang, bei dem die Teilnahme an der Supervision freiwillig war, die Erfahrung, dass die Teilnahme an den Sitzungen so stark sank, dass die letzten Termine gestrichen werden mussten und mit der Supervision der anderen Lehrgänge zusammengelegt wurden. Bei den weiteren Lehrgangsdurchgängen wurden dann vier von sieben Supervisionsterminen verpflichtend gemacht, damit die Teilnehmerinnen auch ein Zertifikat über die Praxisphase bekamen. So konnte die durchschnittliche Teilnehmerzahl auf acht gesteigert werden. (Abschlussbericht, S 38-39)

Alle bis auf die erwähnte Trainerin fanden die wahrgenommenen Angebote insbesondere deshalb hilfreich, weil sie eine weitere Gelegenheit zum Austausch mit anderen Trainerinnen und Mentorinnen boten und neue Kenntnisse vermittelten. Teils berichteten Trainerinnen davon, dass sie eigene Fälle in die Supervision eingebracht hatten, und sich dadurch in ihrem Vorgehen unterstützt und bestärkt fühlten. In einem Fall wurde die Supervision in Anspruch genommen, um die Grenzen der eigenen Beratungstätigkeit abzuschätzen (es ging um eine beratene Frau mit psychischen Problemen, die durch die Trainerin nicht bearbeitet werden konnten).

Eine Trainerin berichtete, dass bei einer Sitzung eines Qualitätszirkels ein Inhalt vertieft wurde, der ihr bereits vertraut war, und dass sie aus diesem Grund nicht motiviert war, weitere Termine wahrzunehmen.

Das Angebot des individuellen Coachings wurde von zwei der befragten Trainerinnen wahrgenommen. In einem Fall war das Anliegen, die Inhalte der Fortbildung noch stärker in der eigenen Institution zu verankern.

Als Verbesserungsvorschlag wurde lediglich von einer Trainerin geäußert, dass die Supervisionstermine häufiger stattfinden sollten, da damit aus ihrer Sicht eigene Fälle unmittelbarer behandelt werden könnten, bzw. damit auch die Teilnehmenden noch stärker an das Projekt gebunden werden könnten. Sie hatte den Eindruck, dass es Teilnehmende bei ihrer Fortbildung gab, die das Gelernte sonst kaum anwenden und auch den Kontakt zum Projekt verlieren würden. Eine weitere Trainerin bedauerte es, dass die Supervisionssitzungen für ihre Ausbildungsgruppe offenbar wegen mangelnder Nachfrage ausgesetzt wurden.

### 5.1.3 Bewertung der Betreuung durch das Projekt und Verbesserungsvorschläge

Die Betreuung durch das Projektbüro wurde von den Befragten in den allermeisten Fällen als gut bewertet. Einzelne Befragte hatten Verbesserungsvorschläge, eine Mentorin sagte aus, dass sie sich gar nicht betreut fühlte.

Die Kritikpunkte der Befragten – mal deutlich, mal weniger negativ wahrgenommen – bezogen sich vor allem auf die Unterstützung, die die Trainerinnen und Mentorinnen bei der Vermittlung von Beratungsfällen bzw. weiteren Tätigkeiten (wie Leitung von Gruppen u. Ä.) bekamen. Eine Mentorin fühlte sich eher allein gelassen und hätte es sich gewünscht, durch das Projektbüro auch Beratungsfälle vermittelt zu bekommen.

*„...also betreut wird man ja eigentlich nicht, ne? Man muss halt schon sehen, dass man irgendwo, wenn man will, berät oder auch nicht berät, ne? (...) also die geben sich schon Mühe, dass man vielleicht auch ein bisschen wieder in dieser Beraterposition reinkommt, aber – aber so betreut, find ich, dass man in dem Sinne nicht so richtig.“ (Mentorin\_5\_BER, Absatz 161)*

Zudem hatten wohl die beiden Mentorinnen und auch einzelne Trainerinnen die Vorstellung bzw. den Wunsch, mit der absolvierten Fortbildung auch in beruflicher Hinsicht mehr anfangen zu können. Diesbezüglich wünschten einige die Vermittlung von Gelegenheiten, das Erlernte bspw. im Rahmen von Kursen zur gesunden Ernährung oder ähnlichen Angeboten umzusetzen. Dies kann damit zusammenhängen, dass es von Seiten des Projekts zunächst angedacht war, den fortgebildeten Personen Tätigkeiten zu vermitteln, bei denen ihre Arbeit honoriert wird (bspw. Kurse zu gesunder Ernährung). Dies erwies sich jedoch während der Projektlaufzeit als schwierig und nicht allen Mentorinnen konnten entsprechende Angebote vermittelt werden.

### 5.1.4 Resultate bei den Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen

Die Befragten wurden in den Interviews nicht systematisch danach gefragt, welche Resultate bei ihnen selbst durch die Fortbildungen ausgelöst wurden. Manche kamen jedoch von sich aus darauf zu sprechen und gaben dann an, dass sie sich durch die Fortbildungen gut befähigt fühlten, in die Beratungssituationen hineinzugehen, und sich auf die beratenen Personen einzustellen. Auch äußerten einige, dass sie durch die Fortbildungsteilnahme eine gute Wissensgrundlage bzgl. Ernährung und Bewegung erworben hatten, die sie in den Beratungen zielführend einsetzen konnten. Lediglich eine Mentorin äußerte im Interview mehrmals, dass sie in den von ihr dokumentierten Beratungen zu wenige Kenntnisse hatte, um die Fragen der Klienten beantworten zu können. Allerdings stellten diese keine grundlegenden, sondern eher spezielle Fragen (Vollwertrezepte, bestimmte Kalorienwerte von Lebensmitteln), und die Mentorin informierte sich zwischen den Beratungen und gab die Informationen entsprechend beim nächsten Gespräch weiter bzw. verwies auf geeignete Informationsquellen.

Über die intendierten Resultate in Hinblick auf die Befähigung zur Tätigkeit als Gesundheitstrainerin bzw. -mentorin hinaus, traten verschiedene nicht-intendierte Resultate bei den fortgebildeten Personen, ihren Familien und ihren Institutionen auf. Insbesondere bei den ausgebildeten Mentorinnen war es offenbar häufiger so, dass sie zunächst Veränderungen bei sich bzw. bei der eigenen Familie umsetzten, bevor sie – sozusagen als Vorbild – diese bei Personen in ihrem Umfeld anregten. Dies berichtete die Projektkoordinatorin im Interview. (vgl. auch Kap. 5.2.2 Strategien der Mentorinnen) Eine befragte Mentorin türkischer Herkunft bestätigte diesen Eindruck, indem sie schilderte, dass die Fortbildung bei ihr stark zu einer veränderten Wahrnehmung der eigenen Ernährungsweise geführt hatte. Sie veränderte auf der Grundlage ihrer neuen Kenntnisse die Ernährung ihrer Familie dahingehend, dass mehr Leitungswasser getrunken wurde, dass weniger Süßigkeiten und gesüßte Getränke konsumiert wurden, und dass es nun bei den Mahlzeiten feste Sitzplätze gab und der Fernseher nicht mehr lief.

*„Also meine Kinder dürfen auch nicht mehr an den Süßigkeitenschrank. Die hab ich extra alle hochgestellt, dass sie da nicht drankommen. Dass die mich immer vorher fragen müssen. Wir haben feste Sitzplätze am Tisch, und da hat jeder zu sitzen, ob sie essen oder nicht. Der Fernseher bleibt aus, also bei uns hat sich das auch sehr viel verändert. Weil bei uns ist der Fernseher irgendwie immer gelaufen, und ja. Also immer irgendwie nebenbei, so. Als ob der irgendwie zur Familie gehört. Und seitdem der Fernseher jetzt aus ist, haben wir auch viel mehr Zeit – auch untereinander auszutauschen, wer was macht.“ (Mentorin\_6\_BER, Absatz 183)*

Die befragten Trainerinnen schilderten teils, dass sie für Fragen der Ernährung und Bewegung in ihrem Alltagsleben nun stärker sensibilisiert waren und sich eher einmischten, wenn sie etwas aus ihrer Sicht problematisches wahrnahmen. So berichtete bspw. eine Trainerin, dass sie den (übergewichtigen) Hausmeister bei einer Wohnungsbesichtigung aufforderte, die Treppe zu benutzen.

Mehrmals wurden zudem Resultate auf institutioneller Ebene beschrieben: In der Einrichtung einer Trainerin wurden die angebotenen Speisen fettarm zubereitet, um so auch einen Impuls für die Gäste zur Nachahmung zu setzen. Eine weitere Trainerin plante, in der eigenen Institution als Multiplikatorin tätig zu werden, und die erlernten Inhalte so an Kollegen weiter zu geben. Die Projektkoordinatorin schilderte ergänzend, dass bspw. in Kitas durch ausgebildete Trainerinnen die Frühstückssituation der Kinder verbessert wurden. Aus ihrer Sicht gingen die Trainerinnen bei der Umsetzung dieser Veränderungen besonders sensibel und diplomatisch vor. Sie loteten zunächst ihre Spielräume aus und setzten die Veränderungen dann Schritt für Schritt um, wobei sie teils auch mit Widerständen konfrontiert wurden. Die Projektkoordinatorin war der Auffassung, dass die Trainerinnen hierzu insbesondere durch die systemischen Bestandteile der Fortbildungen befähigt wurden.

*„...ich glaube, dass der Block der systemischen Beratung auch sehr unterstützend war, um das auch gut zu integrieren, um auch Lösungswege zu integrieren, wie verändere ich denn das jetzt bei mir, in meiner Institution, ohne dass, dass alle vielleicht von mir denken, kommt sie da von so einer Fortbildung, wir müssen hier alles neu machen, sondern dass es, das ist irgendwie auch so, dieser wertschätzende Weg und auch dieser respektvolle Weg dass es sehr gut war, dass es ein Teil von dieser Ausbildung war, nicht nur den Familien gegenüber in der Gesprächsführung, sondern ich glaube auch schon in der in der Etablierung in der Institution, also einfach auch so dieses, auch sich Zeit lassen und gucken und gemeinsam besprechen und einfach, ja, das zu erkennen, wie können wir denn das auch hier überhaupt umsetzen, was ist dann auch realistisch und was kann ich von meinen Kolleginnen und Kollegen auch überhaupt erwarten...“ (Projektkoordinatorin\_BER, Absatz 117)*

### **5.1.5 Vernetzung der Trainerinnen und Mentorinnen als weiteres Resultat**

Die Projektkoordinatorin berichtete im Interview davon, dass sie eine starke Tendenz zur Vernetzung der fortgebildeten Trainerinnen und Mentorinnen untereinander wahrnahm, was sie für die Nachhaltigkeit des Projekts als sehr positiv empfand. Sie schilderte, dass die Fortgebildeten sich teils gegenseitig um Unterstützung baten (bspw. bei der Umsetzung von Veranstaltungen) bzw. gemeinsame Aktivitäten planten.

*„Also ich, was ich noch spannend finde, ist, was ich ja vorhin immer erzählt habe, dass sie [die Trainerinnen und Mentorinnen] sich jetzt auch so gegenseitig heranziehen sozusagen, dass sie so das nutzen, ich hole mir jetzt in meinen Arbeitsbereich jemand, von dem, der das gleiche Wissen hat wie ich, aber ich muss das denen nicht vermitteln, das hat ja so eine ganz andere Wirkung, wenn auf so einem Elternabend jetzt eine Dozentin sozusagen von außen kommt, die was erzählt, als wenn das die Erzieherinnen selber machen, obwohl es das gleiche Wissen ist und das finde ich unheimlich pfiffig und das ist auch so eine eigene Dynamik, die entstanden ist, also es kam natürlich immer das Angebot, auch über uns, über den Verteiler, ne, die Anfragen, (...) wer kann uns unterstützen, aber es ist schon eine tolle Dynamik, finde ich, die da entstanden ist.“ (Projektkoordinatorin\_BER, Absatz 175)*

Das Projekt unterstützte die Vernetzung der Trainerinnen und Mentorinnen durch die regelmäßigen Informationen, die die Fortgebildeten per E-Mail erhielten, über die Supervisions- und weiteren Sitzungen, bei denen sich Gelegenheit zum Austausch bot und über weitere Aktivitäten, die die Trainerinnen und Mentorinnen gemeinsam im Rahmen des Projekts umsetzten, bspw. die Betreuung eines Infostandes zum Projekt bei Messen oder Festen. Von außen wurde die Vernetzung dadurch unterstützt, dass die Trainerinnen und Mentorinnen teils gemeinsam in verschiedenen, vom Projekt un-

abhängigen Arbeitskreisen und Initiativen tätig waren und sich dort immer wieder trafen.

Bei den interviewten Trainerinnen und Mentorinnen stellte sich der tatsächliche Grad ihrer Vernetzung sehr unterschiedlich dar. Teils gaben die Befragten an, mit mehreren anderen im Kontakt zu stehen, und auch gemeinsame Aktivitäten zu planen; teils hatten die Befragten eher wenige oder keine Kontakte. Eine Trainerin berichtete, für Vernetzung und Austausch keine Zeit zu haben, da sie beruflich und privat stark eingespannt war. Es fällt auf, dass die interviewten Mentorinnen keine Vernetzungsbestrebungen oder -erfolge angaben, wohl weil sie nicht - wie die Trainerinnen auch beruflich - in verschiedene Kontexte eingebunden waren, bei denen sich gemeinsame Aktivitäten anbieten hätten.

### 5.1.6 Beantwortung der Evaluationsfrage 1

*„Wie bewerteten die Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen die Fortbildungen sowie die weiteren (Unterstützungs-)Angebote des Projekts (Fallsupervisionen, Qualitätszirkel, Coaching) sowie ihre Betreuung durch das Projektbüro? Welche Resultate lassen sich bei ihnen feststellen?“*

Die Bewertung der Fortbildung fällt grundsätzlich positiv aus. Die Befragten lobten vor allem die systemischen Anteile der Fortbildungen als diejenigen, welche sie vornehmlich zur Beratung befähigt hatten. Auch die heterogene Zusammensetzung der Teilnehmergruppen (bzgl. Herkunft und beruflichem Hintergrund im Falle der Trainerinnen), und die praktischen Anteile der Fortbildungen wurden positiv hervorgehoben. Als mögliche Verbesserung ergab sich v. a., dass die Themen rund um die verschiedenen Herkunftsgruppen der Zielpersonen bzw. den Umgang mit ihnen noch weiter hätten vertieft werden können.

Die meisten Befragten nutzten gerne die weiteren Unterstützungsangebote des Projekts, insbesondere die Supervisionssitzungen, in die sie teils auch eigene Fälle einbrachten. Sie schätzten die Gelegenheit zum Austausch mit anderen Trainerinnen und Mentorinnen sowie die neuen Informationen, die sie bei den Sitzungen erhielten. Lediglich eine Trainerin zog wenig Nutzen aus diesen weiteren Terminen und nahm sie auch aus Zeitgründen kaum wahr. Jedoch war die Situation dieser Trainerin nach Angaben des Abschlussberichts kein Einzelfall: von vielen Trainerinnen wurden demnach entweder aus zeitlichen Gründen und / oder wegen „Fortbildungssättigung“ die Supervisionssitzungen nicht mehr in Anspruch genommen.

Es zeigten sich verschiedene intendierte Resultate bei den Befragten hinsichtlich der Befähigung zur Ausführung der Beratungstätigkeit (neue Kenntnisse über Ernährung und Bewegung, besserer Zugang und Umgang mit beratenen Personen etc.), aber auch nicht-intendierte Resultate insbesondere bei den Mentorinnen selbst bzw. ihren Familien. Eine befragte Mentorin schilderte, dass sie das Ernährungsverhalten ihrer Familie aufgrund ihrer neuen Kenntnisse umgestellt hatte. Die Projektkoordinatorin

ging davon aus, dass viele Mentorinnen zunächst Verhaltensänderungen in der eigenen Familie umsetzten, bevor sie Anregungen in Beratungen gaben. Da die Resultate bei den fortgebildeten Personen nicht systematisch erhoben wurden, müssen die geschilderten Ergebnisse an dieser Stelle als Hinweis auf mögliche Resultate verstanden werden.

Insbesondere zwischen den fortgebildeten Trainerinnen war teils eine Vernetzung festzustellen, die sich in regelmäßigen Kontakten und gemeinsamen Aktivitäten äußerten. Dies ist für die Nachhaltigkeit der Resultate des Modellprojekts als sehr positiv zu bewerten.

## **5.2 Beratungsaktivitäten der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen und ihre Strategien**

In diesem Unterkapitel werden die Gesundheitstrainerinnen und Gesundheitsmentorinnen gesondert behandelt, da sich ihre Aktivitäten und Zugänge grundlegend unterscheiden. Die Evaluationsfrage 2 wird im Anschluss für beide Gruppen zusammenfassend beantwortet.

### **5.2.1 Aktivitäten und Strategien der Gesundheitstrainerinnen**

Die Gesundheitstrainerinnen des Projekts waren beruflich in unterschiedlicher Funktion und in unterschiedlichen Institutionen tätig, und verbanden die Beratungstätigkeit zu Ernährung und Bewegung mehr oder weniger gut und intensiv mit ihrer eigentlichen Tätigkeit. Die Projektkoordinatorin schilderte, dass die Aktivitäten der Trainerinnen in Abhängigkeit davon sehr unterschiedlich ausfielen. Gemäß dem Projektkonzept ergaben sich dabei teils auch besondere Vorteile bspw. im Zugang zu den Zielpersonen.

*„Ja, ja, also erstmal der Beratungsstil der Trainerinnen ist ja ganz anders natürlich, (...) die haben einen ganz anderen Zugang, über andere Themen, es ist ja jetzt auch nicht privat orientiert, sondern eben in ihrem Arbeitskontext eingebettet und findet ja auch immer, ja, handlungsorientiert statt (...), es gibt ja Einzelgespräche, es gibt Gruppengespräche, es gibt Gruppenangebote, es gibt Kurse, es gibt auch die aufsuchende Arbeit, also eben auf Seiten und die Familienhilfe oder Kinderjugendgesundheitsdienst (...) oder sozialmedizinischen Dienste, (...) die machen ja auch aufsuchende Arbeit, also nicht nur Beratungssprechstunden...“ (Projektkoordinatorin\_BER, Absatz 103)*

*„...dann gibt es die Erzieherinnen, die das also mit einer enormen Wirkung auch, also wie die Hebammen auch, aber eben auf ganz unterschiedlichen Wegen, in ihre Kitas tragen, also da gibt es ganz viel Umsetzung, da ganz viel, die haben da ganz viel verändert, die haben da, was weiß ich, zum Frühstückssituationen komplett verändert, machen Elternabende dazu, arbei-*



*ten mit den Kindern da viel mit, also es gibt so Funktionsecken und ganz viel intensive Arbeit damit, also die haben es auch besonders leicht, denke ich, weil die so ihre Klientel ja auch täglich so um sich haben und da ganz viel bewirken können und auch über die Kinder und, aber auch über die Eltern ganz viel erreichen können, weil sie eben beide ansprechen können und beide so um sich haben...“ (Projektkoordinatorin\_BER, Absatz 109)*

Die Herausforderung für die Trainerinnen bestand darin, die Ernährungs- und Bewegungsberatung mit ihrer eigentlichen Tätigkeit zu verbinden. In der durch die Evaluation moderierten Supervisionssitzung schilderten einige Trainerinnen Erfahrungen mit ihren Interventionen. Da es sich dabei um Hebammen und Erzieherinnen handelte wurde deutlich, dass die Themen Ernährung und Bewegung – zugeschnitten auf die Zielgruppe und ihre jeweilige Lebenssituation – sehr gut in die tägliche Arbeit eingebracht werden konnten. Die Hebammen erzählten bspw. von Geburtsvorbereitungskursen, bei denen die Schwangeren Anregungen zur eigenen Ernährung sowie der Ernährung ihres Kindes erhielten. Die Erzieherinnen berichteten zum Beispiel davon, dass sie in ihrer Einrichtung gemeinsame Mahlzeiten mit den Kindern zubereiteten und dabei auch mit ihnen über die verschiedenen Lebensmittel sprachen. Sie beschrieben auch Situationen, in denen sie in Kontakt mit Eltern standen und versuchten, diese für Ernährungsfragen zu sensibilisieren, was jedoch offenbar deutlich mehr Schwierigkeiten aufwarf als die Heranführung der Kinder an die Ernährungsthemen (siehe auch Kap. 5.3).

Die vier interviewten Trainerinnen dokumentierten insgesamt neun Fälle, bei denen sie auch ihr Vorgehen schilderten. Es handelt sich bei den befragten Trainerinnen um eine Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes, die die Beratung im Rahmen von Erstbesuchen und weiteren Beratungen von Familien mit neugeborenen Kindern im Bezirk umsetzte, eine freiberufliche Hebamme, eine Einzelfallhelferin sowie die Mitarbeiterin einer interkulturellen Begegnungsstätte. Sie alle hatten die Beratung von Müttern bzw. Familien dokumentiert, mit denen sie im Rahmen ihrer professionellen Tätigkeit in Kontakt gekommen sind; in zwei Fällen handelte es sich bei den Beratenen zudem um Mitarbeiterinnen der betreffenden Institution. In allen Fällen wurde die Beratung zumeist in vorab vereinbarten Gesprächsterminen umgesetzt, teils bei den Beratenen zuhause, teils im institutionellen Rahmen. Ergänzt wurden diese verabredeten Beratungsgespräche durch Tür und Angel-Gespräche bzw. spontane telefonische Kontakte.

Die Trainerinnen (mit Ausnahme einer Trainerin, die eine Einzelfallhilfe durchführte, s. u.) vermittelten in den Gesprächen, meisten anknüpfend an den Fragen und Anliegen der Klienten, Grundlagenwissen zur Ernährung. Dabei wurde die Ernährungspyramide besonders gerne eingesetzt, um zu zeigen, wie eine ausgewogene Ernährung zusammengesetzt sein sollte, z. B. wenn die beratenen Personen abnehmen wollten.

Die Trainerinnen gingen oft die alltägliche Ernährung mit ihren Klienten durch und identifizierten mit ihnen gemeinsam, welche Bestandteile über- und unterrepräsentiert wa-



ren. In einem Fall wurde für eine Klientin ein Ernährungsplan ausgearbeitet. Die Trainerinnen gaben zudem Informationsmaterialien, Broschüren und Adressen an die Beratenen weiter. Eine Trainerin berichtete, dass sie die Materialien hierzu eigens in einer Mappe zusammengestellt hatte, da diese Form der Übergabe ihr ansprechender erschien als die Weitergabe loser Blätter. Sie schilderte zudem, dass sie die durch das Projekt erhaltenen Materialien gut einsetzen konnte, insbesondere wenn diese bildliche Darstellungen und nicht zu viel Text enthielten.

*„...ich hatte dann zum Beispiel auch so ein kleines Mäppchen zusammengestellt, das macht sich übrigens auch ganz gut, also wenn man das auch so ein bisschen aufbereitet, also wir hatten ja eine ganze Menge Informationen, auch sehr, sehr übersichtlich, also nicht so viel Text, auch ein paar Bilder dabei und, und ein paar Rezepte und so und habe dann richtig so ein kleines Mäppchen zusammengestellt und das übergeben, also das, das hat sich eigentlich auch ganz gut gemacht, das ist so ein bisschen ansprechender, als dann immer nur mal so ein Zettel hereinreichen oder so...“ (Trainerin\_1\_BER, Absatz 57)*

Eine weitere Trainerin berichtete, dass es ihr bei ihren Beratungen besonders wichtig war, mit den Klienten nicht nur theoretisch zu reden, sondern auch mit ihnen in die Küche zu gehen, dort die Lebensmittel gemeinsam anzuschauen oder auch die Kassenzettel zu überprüfen, was tatsächlich in welchen Mengen eingekauft wurde. Sie malte auch gerne die Zusammensetzung der Ernährung gemeinsam mit den Klienten auf (Balken für Proteine und Kohlenhydrate bspw.), und ließ diese Schlüsse daraus ziehen. Die Trainerin war der Überzeugung, dass sie die Möglichkeit hatte, mit ihren Klienten so zu arbeiten, weil sie als Hebamme bereits viel über die Familien wusste und ein gutes Vertrauensverhältnis zu ihnen hatte.

*„Also reden alleine, also Gespräch ist wichtig, zuhören ist wichtig, aber man muss einfach so bisschen aktiv werden eben, ja, mit denen in die Küche gehen, mit denen die Zusammensetzung auf die Packungen lesen, mit denen so, also die aufschreiben lassen eventuell, (...) und dann gemeinsam auswerten. Und dann noch einfach veranschaulichen, weil das ist noch zu wenig, und dann malen Säulen und sagen, das [Proteine oder Kohlenhydrate etc.] war zu wenig, das war zu viel, und dann wieder nach dritten Mal selber auswerten lassen, dass sie so denken, was hab ich gegessen, was für Säulen werden das jetzt, ne? Wie, wie, das ist wichtig, hab ich festgestellt. Weil das, das bleibt haften.“ (Trainerin\_3\_BER, Absatz 81)*

*„Ja, ich denke, ich habe das, einmal das Glück, dass ich deren Hebamme war, ja? (...) da ist ein Vertrauensbasis schon da, ne? Weil ich habe schon sowieso Einsicht in die Wohnverhältnisse oder familiären Verhältnisse sowieso schon aufgrund meiner Tätigkeit. Aber auf der anderen Seite, ich bin*

*so ziemlich spontan (lacht), ich denke, ich habe da eigentlich nie ein Problem mit...“ (Trainerin\_3\_BER, Absatz 33)*

Eine andere Trainerin bedauerte es sehr, dass ihr in ihren Beratungsgesprächen kaum eine Möglichkeit gegeben war, mit den Klienten praktisch zu arbeiten, bspw. gemeinsam zu kochen, weil ihre Beratungszeit begrenzt war und es häufig prioritär um andere Themen in den Gesprächen ging (Erstbesuche bei Familien mit neugeborenen Kindern; Behördengänge, Unterstützungsmöglichkeiten für die Familien etc.).

Eine Trainerin, die Einzelfallhilfe durchführte, schilderte ihre Vorgehensweise, die sich deutlich von denen der anderen Trainerinnen unterschied. Sie traf sich sehr häufig mit ihren Klienten (bis zu zwei Kontakte pro Woche), und konnte Ernährungs- und Bewegungsthemen häufig nur am Rande bearbeiten, weil diese i. d. R. nicht Bestandteil des Hilfeplans waren. Dennoch sah sie in vielen Fällen einen Bedarf, hier Veränderungen anzuregen. Bei dem von ihr dokumentierten Fall der längerfristigen Begleitung eines jungen Mädchens, musste sie ihre Impulse stark begrenzen und immer nur ein Thema ansprechen (bspw. die Notwendigkeit, morgens überhaupt zu frühstücken, Teilnahme an einem Schwimmkurs), um die Klientin in diesem Fall nicht zu überfordern und zu demotivieren. Ihr enger Kontakt und ihr Vertrauensverhältnis zur Klientin ermöglichten ihr jedoch eine dauernde Kontrolle des Fortschritts in diesen Fragen, einen sehr guten Einblick in die familiären Verhältnisse sowie die Möglichkeit, weitere Interventionen zu setzen, wie bspw. Gespräche mit weiteren Familienmitgliedern, die die Veränderungen bei der Klientin unterstützen könnten. Das Vorgehen der Trainerin in diesem Fall unterschied sich auch deshalb von den Vorgehensweisen der anderen Trainerinnen, weil hier nicht mit erwachsenen Klienten gearbeitet wurde.

Alle Trainerinnen verwiesen Klienten an weitere Fachpersonen und Dienste, wenn sie die Grenzen ihrer Beratungsmöglichkeiten erreicht sahen. So wurde in einem Fall eine Kinderkrankenschwester eingesetzt, in anderen Fällen wurde geraten, einen Arzt aufzusuchen, um körperliche Beschwerden abzuklären. Es gab unter den dokumentierten Fällen zudem solche, in denen die Trainerinnen an ihre Grenzen stießen, da es schwerwiegende psychische oder familiäre Probleme gab, die sie nicht bearbeiten konnten.

Eine Trainerin schilderte im Interview ihr Bedauern, dass sich ihre Tätigkeitsschwerpunkte durch die Gesetzgebung und den Arbeitgeber seit Beginn der Fortbildung so verschoben hatten, dass sie kaum noch Raum zur Anwendung ihrer erworbenen Kenntnisse in Beratung und präventiver Arbeit hatte. Sie arbeitete im Gesundheitsamt und führte Erstbesuche bei Familien durch, die ein neugeborenes Kind hatten – jeweils einige Wochen nach der Geburt. Zwar kamen hier die Themen Ernährung von Mutter und Säugling und auch Bewegung immer wieder (eher am Rande und nicht prioritär) zur Sprache, in den meisten Fällen blieb es aber bei einem Besuch, und es entstanden keine weiteren Beratungskontakte. Auch war es der Trainerin vom Arbeitgeber her nicht mehr möglich bspw. in Gruppen präventiv tätig zu sein, so wie sie es früher ge-

wesen war. Sie wünschte sich von ihrem Arbeitgeber, dass den Mitarbeitenden nicht nur die Teilnahme an einer solchen Fortbildung ermöglicht würde, sondern dass auch die Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, dass die dort erworbenen Kenntnisse in der Arbeit in angemessener Form angewendet werden können.

### 5.2.2 Aktivitäten und Strategien der Gesundheitsmentorinnen

Die Aktivitäten der Gesundheitsmentorinnen waren nach Aussagen der Projektkoordinatorin schwer zu fassen, wie sie ausführlich im Interview schilderte. Eine Schwierigkeit bestand vor allem darin, dass die Mentorinnen ihre Aktivitäten nur selten selbst als `Beratung´ einstufen und auch als solche dokumentierten. Die Projektkoordinatorin stand während der Projektlaufzeit in engem Kontakt mit den Mentorinnen und erlebte es immer wieder, dass die Frauen ihr vielfältige Aktivitäten schilderten, die sich jedoch seltener als typische Beratung, also ein vorher verabredetes, ggf. zu einem späteren Zeitpunkt fortgeführtes Gespräch mit der beratenen Person, darstellten. Vielmehr unterhielten sich die Mentorinnen sehr häufig zwischendurch mit Bekannten und Verwandten bzw. Personen, die ihnen im Alltag begegneten auch sehr spontan, und kamen dabei auf die Themen Ernährung und Bewegung zu sprechen. Dabei gingen sie nach Wahrnehmung der Projektkoordinatorin sehr geschickt und charmant vor, und es gelang ihnen teils auch in diesen spontanen Situationen, systematische Informationen zu vermitteln und bspw. Informationsblätter weiterzugeben.

*„...der andere Strang ist, dass sie [die Gesundheitsmentorinnen], was sie auch immer wieder berichten, alle, dass sie so ganz viel spontan vermitteln, ich sage mal nicht beraten, weil sie selber das nie beraten nennen, sie sagen dann, ja, und dann saß ich im Wartezimmer und dann war da eine Frau, die hat über Diabetes gesprochen, oder dann war ich bei der Krankengymnastin oder Ergotherapeutin und das Kind war ein bisschen dicker und die Frau hat mich dann auch, wir sind dann, warten immer parallel, weil wir immer parallele Termine haben, wir kommen immer wieder ins Gespräch und ich erzähle der ganz viel oder habe der auch schon mal Kopien mitgebracht, der Mutter dann oder so, also das, das wird dann auch ganz konkret und, aber spontan oder auf dem Spielplatz oder im Bus hat mir schon mal jemand berichtet, also es sind ganz unterschiedliche Orte, (...) wo es gerade passt und es ist, geschieht, finde ich, mit einer sehr spontanen, charmanten Art und Weise...“ (Projektkoordinatorin\_BER, Absatz 55)*

Die Projektkoordinatorin ergänzte, dass es auch Mentorinnen gab, die in einer halboffiziellen Position (bspw. als Stadtteilmutter oder im Dolmetschdienst) tätig waren und diese auch als Ausgangspunkt für ihre Beratungsaktivitäten nutzten, was in diesen Fällen vermutlich vergleichbar mit den bereits beschriebenen Aktivitäten der Gesundheitstrainerinnen gewesen sein dürfte.

Die beiden befragten Mentorinnen dokumentierten insgesamt fünf Fälle. Es fällt dabei auf, dass für die Dokumentation solche Fälle gewählt wurden, bei denen eher terminierte Gespräche bei den beratenen Personen oder in einer Institution stattfanden.<sup>6</sup> Teils wurden diese verabredeten Beratungsgespräche aber auch durch spontane Beratungsimpulse ergänzt, wenn die Mentorin der beratenen Person bspw. auf der Straße begegnete und sich dabei nach dem aktuellen Stand erkundigte. Bei den Mentorinnen handelte es sich zum einen um eine junge Frau türkischer Herkunft ohne Erwerbsarbeit, sowie um eine junge Frau ohne Migrationshintergrund, die ursprünglich ein Studium der Lebensmitteltechnologie absolvierte, zum Interviewzeitpunkt aber in einem Minijob im Büro arbeitete. Beide Frauen haben mindestens ein eigenes Kind.

Auch die Mentorinnen setzten in ihren Beratungen vor allem auf das Gespräch, wobei auch sie an den Anliegen der Beratenen anknüpften und auf ihren Bedarf eingingen. Beide gaben an, die Ernährungspyramide in den Gesprächen genutzt zu haben, teils wurden auch hier ernährungsphysiologische Grundlagen erläutert, wie bspw. die Blutzuckerkurve nach Nahrungsaufnahme. Neue Kenntnisse wurden anschaulich vermittelt, indem bspw. der Würfelzuckervergleich mit Getränken und Lebensmitteln durchgeführt wurde. Die Mentorinnen gingen zudem die Ernährungsgewohnheiten der Klienten durch, ließen sich bspw. die Mahlzeiten eines konkreten Tages schildern und knüpften ihre Empfehlungen daran an. Auch eigene Beobachtungen aus der häuslichen Situation der Beratenen wurden aufgegriffen. So beobachtete bspw. eine Mentorin, dass eine beratene Mutter häufig zu große Nahrungsmengen zubereitete, und dass die Tochter der Beratenen stark zum Essen genötigt wurde. In einer anderen Familie wurde durch die Mentorin angesprochen, dass statt Obst ständig Nüsse als Knabberzeug auf dem Tisch standen.

Die Mentorinnen suchten zwischen den Gesprächen mit den Klienten aktiv nach Informationen, um die Beratungsanliegen noch besser bearbeiten zu können. Insbesondere eine Mentorin berichtete, dass sie sich im Internet oder über Bücher z. B. über Akutmaßnahmen bei Verstopfung oder Trennkost-Diät informiert hatte.

Die Strategien der Mentorinnen lagen vor allem darin, die Fragen der Beratenen zu beantworten und ihnen Informationen zu vermitteln, ihnen alltagstaugliche Alternativen aufzuzeigen, und sie in Lösungen, die sie bereits für sich selbst gefunden hatten, zu bestärken. Eine Mentorin war der Auffassung, dass dies ihre wichtigste Funktion wäre. Sie sah ihre Aufgabe darin, die Klienten zu begleiten und eine Motivation zu Verhaltensänderungen aufzubauen, und auch dann aufrechtzuerhalten, wenn es zu kritischen Situationen kommt.

---

<sup>6</sup> Dass es sich dabei nicht um Standard-Fälle handelte, belegt auch die Feststellung im Abschlussbericht des Projekts, dass es sich bei den Beratungen der Moderatorinnen in etwa der Hälfte der Fälle um einmalige Ereignisse handelte, bei denen eher spontan und situationsbezogen beraten wurde (vgl. Abschlussbericht des Modellprojekts, S. 53).

Insbesondere die Mentorin mit türkischer Herkunft bestätigte die bereits angesprochene Strategie einiger Mentorinnen, wie sie die Projektkoordinatorin wahrgenommen hatte; nämlich, dass man selbst mit gutem Vorbild vorangeht und darüber Impulse bei Personen im eigenen Umfeld setzt. Die Koordinatorin glaubte, dass der Vorbildfunktion gerade bei den Zielpersonen türkischer Herkunft ein besonders hoher Stellenwert beizumessen ist.

*„...so dieses Domino-System sozusagen, (...) dass die [Mentorinnen nicht] nach Hause gehen und alles verändern, sondern einfach nur geguckt haben, wo will ich was verändern, also auch ganz sensibel, wo will ich was verändern, was ist mir denn wichtig, was habe ich da jetzt gelernt, was kann ich denn bei uns zu Hause verändern. Und die Sachen fallen natürlich Freunden, Bekannten auf, und Verwandten, die zu Besuch kommen, es fällt ja auf, wenn nicht mehr so viele Süßigkeiten auf dem Tisch stehen oder die Kinder keinen Zucker mehr in den Tee bekommen oder andere Brotsorten da stehen, ne, da wird dann nachgefragt und erstmal auch erstaunt und dann wird wieder nachgefragt, ne, auch neugierig nachgefragt und so kommt es eigentlich erstmal in den Gang...“ (Projektkoordinatorin\_BER, Absatz 55)*

*„Ja, also ich denke wirklich, jetzt einfach zusammenfassend noch mal zu sagen, das ist wirklich so diese Vorbildfunktion, das ist vielleicht auch noch mal doch ein wichtiges Stichwort, dass sie [die Mentorinnen] selber das erstmal angenommen haben so, ne, was mache ich damit, mit dem, was ich da gelernt habe, und dann als Vorbild auch dienen und das hat (...) in der [türkischen] Kultur wirklich einen ganz hohen Wert, das ist vielleicht doch noch ein ganz wichtiges Stichwort, sodass, weil ich eben, was ich eben davor gerade sagte, das, dass es eben nicht so viel Informationen auch oft gibt für die jungen Mütter, (...) die gehen halt auch nicht in (...) Gruppen so viel oder in so was und die sind einfach auch drauf angewiesen, von anderen Frauen, erfahrenen Frauen was mitgeteilt zu bekommen, das ist auch deren System und das ist auch deren, so kennen sie das auch, dass man sich untereinander, von jemand, der Erfahrung hat, das weitergibt an die noch nicht so Erfahrenen und darum hat diese Vorbildfunktion, glaube ich, ein ganz wichtigen Wert auch noch mal, ja.“ (Projektkoordinatorin\_BER, Absatz 99)*

Eine Mentorin setzte neben den Einzelberatungen auch Kurse in einem Verein um, mit denen sie vor allem ältere Frauen türkischer Herkunft erreichte, die wegen ihren Enkelkindern an Ernährungsthemen interessiert waren.

### 5.2.3 Beantwortung der Evaluationsfrage 2 für beide Gruppen

*„Welche Beratungsaktivitäten führten die Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen im Rahmen des Projektes durch, und welche Strategien und Ansätze wendeten sie dabei an?“*

Die Beratungsaktivitäten der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen im Rahmen des Projektes und ihre Strategien und Ansätze waren sehr unterschiedlich und stark von den jeweiligen Kontexten abhängig, in denen die Trainerinnen (die ja alle die Beratung mit ihrem eigentlichen Beruf verbinden) und Mentorinnen tätig waren.

Alle befragten Trainerinnen und Mentorinnen setzten neben Gesprächen, die sich stark an den individuellen Fragen und Anliegen der Klienten orientierten, auch verschiedene Materialien (insb. die Ernährungspyramide wurde häufig genannt) und Übungen ein (bspw. Vergleich Zuckerkwürfel mit Getränken, gemeinsames Aufmalen der Zusammensetzung der Ernährung). Eine Trainerin gab ihrer Überzeugung Ausdruck, dass es gerade die praktischen Elemente ihrer Beratung waren (z. B. gemeinsam in der Küche der Klienten die Lebensmittel anschauen), die ihren Beratungserfolg gefestigt hatten. Sie führte dies aber auch auf das besondere Vertrauensverhältnis zu den Beratenen zurück, das sie als Hebamme hat.

Eine Besonderheit, betreffend die Gesundheitsmentorinnen türkischer Herkunft, bestand in einigen Fällen darin, dass sie zunächst durch den Lehrgang gezielt Veränderungen bei sich und in der eigenen Familie umsetzten. Dadurch wurden sie zum Vorbild und konnten dadurch gut Impulse bei Personen in ihrem Umfeld setzen.

Trainerinnen und Mentorinnen berieten in vorab terminierten Beratungsgesprächen genauso wie in spontanen Kontakten (auf der Straße, im Wartezimmer beim Arzt, am Telefon etc.) bzw. Tür- und Angel-Gesprächen. Letzteres überwog nach Einschätzung der Projektkoordinatorin offenbar bei den Mentorinnen, was auch zu der Schwierigkeit führte, dass diese viele ihrer Beratungsaktivitäten selbst gar nicht als solche wahrnahmen.

Bei den Trainerinnen bestand die Herausforderung eher darin, die erlernten Inhalte und Beratungsaktivitäten mit ihrer eigentlichen beruflichen Tätigkeit zu verbinden, was jedoch zumindest den interviewten Trainerinnen offenbar recht gut gelang. Eine Trainerin bedauerte es, in ihrer Tätigkeit nicht stärker beraten und auch präventiv tätig werden zu können, und wünschte sich von ihrem Arbeitgeber hierfür günstigere Rahmenbedingungen. In der dokumentierten Supervisionssitzung mit Trainerinnen, die als Hebammen und Erzieherinnen tätig waren, wurden weitere Beispiele gegeben, wie es den Trainerinnen erfolgreich gelang, die Inhalte der Fortbildung jeweils in ihren besonderen Tätigkeitskontext einzubringen. So wurde bspw. in einer Kita durch eine fortgebildete Erzieherin das Frühstücksangebot für die Kinder verbessert, und es wurden in diesem Kontext bewusst Gesprächsanlässe mit den Eltern zur Ernährung ihrer Kinder gesucht. Erreichte Zielgruppen der Beratung und Akzeptanz des Beratungsangebots



#### 5.2.4 Erreichte Zielgruppen

Die Zielgruppe des Projekts „Gesund sind wir stark! Sagliki daha güclüyüz“ bestand vor allem in Familien mit Kindern bis drei Jahre bzw. werdenden Eltern insbesondere türkischer und arabischer Herkunft.

Im Rahmen des Abschlussberichts des Modellprojekts wurden einige Dokumentationsbogen von Trainerinnen und Mentorinnen ausgewertet, die diese zu ihrer Beratungstätigkeit ausfüllten.<sup>7</sup> Die Auswertung gibt Hinweise darauf, welche Zielgruppen erreicht wurden, da die Sprache erfasst wurde, in der die Beratung durchgeführt wurde. So berieten die Mentorinnen entsprechend ihrer Muttersprache in etwa drei Viertel der dokumentierten Fälle in türkischer Sprache und in den restlichen Fällen auf Deutsch. Arabisch wurde bei den erfassten Beratungen selten gesprochen. Die Trainerinnen berieten in mehr als der Hälfte der dokumentierten Fälle auf Deutsch und in einem Viertel der Fälle auf Türkisch. Arabisch sprachen auch sie nur bei einzelnen der erfassten Beratungen. Dieses Ergebnis lässt zunächst feststellen, dass sowohl die Zielgruppe der Personen türkischer als auch arabischer Herkunft erreicht werden konnte, zum anderen lässt es jedoch vermuten, dass die Familien türkischer Herkunft im umfangreicheren Maße erreicht wurden. (vgl. Abschlussbericht des Modellprojekts S. 53f.)

Darüber hinaus hält das Modellprojekt in seinem Abschlussbericht fest, dass durch die aktiven Trainerinnen und Mentorinnen Schätzungen zufolge insgesamt etwa 8.000 Kontakte mit Zielpersonen realisiert werden konnten.<sup>8</sup> Dabei wurden zum einen junge Familien selbst beraten, zum anderen deren Angehörige erreicht (bspw. Großeltern). Ganz überwiegend waren die Gesprächspartnerinnen und -partner der Beraterinnen dabei beide Eltern bzw. Einzelpersonen. Lediglich in einzelnen Fällen wurden direkt die Kinder der betreffenden Familien beraten. (Auswertung der Dokumentationsbogen; Abschlussbericht des Modellprojekts S. 52ff.)

Bei den beratenen Müttern und Familien der durch die externe Evaluation interviewten Trainerinnen und Mentorinnen fällt zunächst auf, dass sowohl Personen ohne Migrationshintergrund, als auch Personen türkischer und arabischer Herkunft vertreten sind. Jeweils eine beratene Familie war zudem griechischer und afrikanischer Herkunft (genaues Herkunftsland unbekannt). Personen mit Migrationshintergrund wurden sowohl durch Trainerinnen und Mentorinnen erreicht, die selbst einen Migrationshintergrund aufwiesen, als auch durch Trainerinnen ohne Migrationshintergrund, wenn sich der Kontakt zu den Zielpersonen in deren beruflichem Kontext ergab (Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes oder freiberufliche Hebamme begleitete bspw. Familien unabhängig von deren Herkunft). Die Mentorinnen berieten in beiden erfassten Fällen ausschließ-

---

<sup>7</sup> Hierzu muss bemerkt werden, dass die Dokumentationsbogen lediglich von einem Teil der aktiven Trainerinnen und Mentorinnen ausgefüllt wurden und die Auswertung lediglich einen Trend der tatsächlichen Beratungsaktivitäten abbildet (vgl. Abschlussbericht des Modellprojekts S. 52).

<sup>8</sup> Diese Schätzung beruht auf Interviews mit etwa drei Vierteln der ausgebildeten Trainerinnen und Mentorinnen des Projekts zum Projektende (vgl. Abschlussbericht des Modellprojekts S. 57).



lich solche Familie bzw. Mütter, die die gleiche Herkunft wie sie selbst aufwiesen (türkisch bzw. deutsch).

Es wurden in den Beratungen überwiegend Personen mit einem niedrigen bzw. mittleren Bildungsniveau erreicht; viele von ihnen nicht oder nicht in Vollzeit berufstätig. Einzelne beratene Personen wiesen ein höheres Bildungsniveau auf. In diesem Fall wurden sie durch eine Mentorin beraten, die selbst ein Studium absolviert hatte.

Eine Gesamtübersicht über die durch die interviewten Mentorinnen und Trainerinnen dokumentierten Fälle findet sich in der Übersichtstabelle im Anhang II dieses Berichts.

Die Mentorinnen bzw. Trainerinnen mit Migrationshintergrund profitierten in ihren Beratungen davon, dass sie diese auch in der Muttersprache ihrer Klienten durchführen konnten, wenn diese keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse hatten. Zudem gibt es offenbar bei den Zielpersonen nicht-deutscher Herkunft kulturelle Besonderheiten, die sich eher den Personen erschließen, die selbst in der jeweiligen Kultur aufgewachsen sind. Zwar waren diese Besonderheiten auch Thema der Fortbildung und dies wurde auch von den Teilnehmerinnen positiv hervorgehoben (vgl. Kap. 5.1), jedoch gab es Aussagen von Interviewten, dass es hierzu weiteren Informationsbedarf gab, und dass es Personen anderer Herkunft schwerer fiel, einen Zugang zu diesen Zielpersonen zu bekommen, und realistische Ansatzpunkte für Veränderungen zu identifizieren.

*„A: ...aber da muss ich schon sagen, dass ich als deutsche Frau, obwohl ich auch (...) 25 Jahre in Kreuzberg gewohnt habe, auch eine türkische Freundin habe, aber das ist trotzdem, dass ich immer wieder so ein bisschen Probleme habe mich herein zu finden, also in die, also gerade was Ernährung betrifft auch und auch so in die ganze Mentalität, also das habe ich schon gemerkt, da war die Ausbildung schon auch sehr hilfreich, weil wir haben ja auch uns speziell mit den Themen auseinandergesetzt, wir hatten auch [in der] Ausbildungsgruppe Migranten, also bei uns, so gab es mal Männer, das fand ich ganz gut, aber trotzdem ist das (...) immer noch mal wieder so ein bisschen schwierig sich wirklich herein zu finden (...)*

*F: Was meinen Sie, wo hat da eine türkische Trainerin dann einen besseren Zugang?*

*A: Ich glaube, dass sie eher so die Blockaden und Widerstände nachvollziehen kann und, und aufgrund, also es ist auch in der Ausbildung manchmal deutlich geworden, es gibt so Werte und Regeln in der türkischen Gesellschaft, die dann auch dieses Ernährungsverhalten prägen und wenn man die ganz gut kennt, dann kann man auch diese Widerstände und Blockaden besser verstehen...“ (Trainerin\_1\_BER, Absatz 50-51)*

Im Falle der dokumentierten Beratungskontakte hatten die beratenen Mütter bzw. Familien lediglich in einem Teil der Fälle tatsächlich Kinder im Alter bis zu drei Jahre. Häufiger waren die Kinder älter. Einen Zugang zu Familien mit kleineren und neugebo-

renen Kindern bzw. zu Schwangeren hatten vor allem die Hebammen, die im Projekt zu Gesundheitstrainerinnen ausgebildet wurden, sowie die Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes, die Familien mit Neugeborenen besuchte. Weitere Kontakte zu Familien mit Kindern bis drei Jahre ergaben sich bei den interviewten Personen offenbar eher zufällig bzw. waren sogar durch den beruflichen Kontext der Trainerinnen tendenziell ausgeschlossen (bspw. Trainerin, die als Einzelfallhelferin im Schulbereich tätig ist).

Bei den dokumentierten Fällen der Trainerinnen und Mentorinnen fällt zudem in einzelnen Fällen auf, dass vor allem die Mütter mit ihren Anliegen beraten wurden – meist ging es in diesen Fällen um den Wunsch der Gewichtsreduktion, zu dem dann eine Ernährungsumstellung und mehr Bewegung im Alltag empfohlen wurden. Manchmal, aber nicht in allen Fällen explizit, wurden dabei die Kinder der Beratenen miteingefasst, indem bspw. auch sie von Ernährungsumstellungen (bspw. mehr Obst zwischendurch) profitierten oder die Mütter sich nachmittags mehr mit den Kindern draußen aufhielten, um selbst mehr Bewegung zu bekommen.

Eine Mentorin berichtete, dass sie über einen Verein Kurse leitete, die vor allem von älteren Frauen türkischer Herkunft besucht wurden, die sich für das Thema Ernährung bei Kindern vor allem wegen ihrer Enkelkinder interessierten.

Es fällt auf, dass unter den Fällen, die durch die Interviewten dokumentiert wurden, offenbar lediglich in einem Fall ein Vater aktiv in die Beratung einbezogen war und an den Gesprächen teilnahm. Die Väter/Männer standen – wenn vorhanden – fast immer im Hintergrund, entweder teilnehmend und unterstützend oder eher passiv bis ablehnend. Es liegen jedoch keine Ergebnisse dazu vor, ob dies bei allen Beratungsaktivitäten die Regel war und tatsächlich ausschließlich Frauen die Beratung aktiv wahrnahmen.

### **5.2.5 Zugangswege zu den Zielpersonen**

Die interviewten Trainerinnen berieten vor allem Personen, mit denen sie im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit in Kontakt kamen. Das waren bei der Hebamme bspw. Frauen, die sie bereits vor, bei und nach der Geburt betreute. Eine Mitarbeiterin einer interkulturellen Begegnungsstätte beriet sowohl Gäste als auch Mitarbeiterinnen der Einrichtung. Zumeist ging die Initiative zur Beratung dabei von den Trainerinnen aus, die entweder eine Beratung vorschlugen, wenn sie Anlass dazu wahrnahmen, oder die Inhalte einfach in ihre Arbeit und Gespräche mit den Klienten einfließen ließen, ohne dies explizit als Beratung anzukündigen. Teils berichteten die Trainerinnen davon, dass sie auch im Freundes- und Bekanntenkreis beraten hatten, ohne dies weiter auszuführen.

Die Mentorinnen `rekrutierten` ihre Klienten in den dokumentierten Fällen aus dem Bekanntenkreis. Es handelte sich dabei in zwei Fällen um Nachbarinnen und in drei Fällen um Bekannte, die die Mentorin über die Kita bzw. Schule ihrer eigenen Kinder kannte. Nicht immer ging hier die Initiative von den Mentorinnen aus. Teils hatten die

beratenen Frauen von der Fortbildung der Mentorin und weiteren beratenen Personen gehört und kamen mit ihren Anliegen auf die Mentorin zu. Eine Mentorin betreute ergänzend Kurse über einen Verein, mit denen vor allem ältere Frauen türkischer Herkunft erreicht wurden.

### 5.2.6 Akzeptanz und Bewertung der Aktivitäten durch die Zielpersonen

In den durch die Befragten dokumentierten Fällen, erwies sich die Akzeptanz der Beratungsangebote als hoch. In einigen Fällen sprachen die Klienten den Trainerinnen oder Mentorinnen explizit ihre Dankbarkeit aus (bspw. im Abschlussinterview) und bestätigten, dass sie sich sehr gut informiert und begleitet gefühlt hatten.

Einzelne beratene Frauen hatten ihre Trainerin bzw. Mentorin im privaten Kreis weiterempfohlen, was ebenfalls ein Hinweis auf hohe Zufriedenheit ist.

In einem Fall nahm eine Mutter die Beratung durch die Trainerin sogar zunächst ohne Kenntnis ihres Mannes in Anspruch, der sie bei den angezielten Veränderungen nicht unterstützte bzw. keine Erfolgswahrscheinlichkeit sah, und die Frau eher demotivierte. Erst nachdem in der Familie tatsächliche Änderungen auftraten (bspw. veränderte Essgewohnheiten der Kinder), unterstützte auch der Vater die Veränderungen.

Eine Mentorin berichtete, dass ihre Beratungsangebote bei einer Klientin gut ankamen, weil sie im privaten Kreis und in der Muttersprache der Frau (Türkisch) durchgeführt wurden. Diese Frau hatte bereits eine Ernährungsberatung der Krankenkasse wahrgenommen, die aber auf Deutsch durchgeführt wurde, so dass der Ehemann der Klientin bei den Terminen dolmetschen musste.

*„...also ich hab sie [Mutter 6.1] noch mal gefragt, wie sie das überhaupt empfunden hat, also wie ich ihr rangegangen bin und – ja, was sie darüber denkt. Sie meinte, das war schon sehr angenehm – und ihre türkische Sprache, also dass ich mit ihr auf Türkisch sprechen konnte, das war für sie sehr, sehr toll, weil die Ernährungsberatung wohl von der AOK nur Deutsch spricht. Da hat sie nicht so einen guten Draht.“ (Mentorin\_6\_BER, Absatz 35)*

### 5.2.7 Beantwortung der Evaluationsfrage 3

*„Inwiefern wurde die gewünschte Zielgruppe der Schwangeren und Familien mit unter dreijährigen Kindern mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund durch die Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen erreicht? Über welche Zugangswege? Wie wurden die Beratungsangebote durch die Zielpersonen akzeptiert und bewertet?“*

Es zeigte sich, dass die Zielgruppe des Projekts teils erreicht wurde, teils wurden jedoch auch Zielpersonen darüber hinaus durch die Interviewten beraten. So wiesen sie teils einen anderen Migrationshintergrund auf, und es gab in den beratenen Familien nur in einem Teil der Fälle Kinder bis drei Jahre. In manchen Fällen wurden vor allem

die Mütter beraten und die Kindern profitierten von der Beratung eher indirekt mit. Die Trainerinnen und Mentorinnen achteten bei der Beratung demnach nicht darauf, ob ihre Klienten die `Kriterien´ für das Projekt erfüllten, sondern berieten die Personen, zu denen sie in Kontakt standen und die mit ihren Anliegen an sie herantraten.

Den besten Zugang zur Zielgruppe Familien mit Kindern bis drei Jahre hatten die Trainerinnen, die als Hebamme bzw. als Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes tätig waren, und die Erstbesuche bei Familien mit neugeborenen Kindern durchführten.

Es bestätigt sich, dass es insbesondere Trainerinnen und Mentorinnen mit eigenem Migrationshintergrund sind, die einen guten Zugang zu Zielpersonen türkischer bzw. arabischer Herkunft fanden, u. a. weil die Beratung hier in der Muttersprache der Klienten durchgeführt werden konnte. Zwar berieten auch Trainerinnen ohne Migrationshintergrund diese Personen (der Kontakt ergab sich hier sozusagen auf `offiziellem Weg´ über die berufliche Tätigkeit der Trainerin), aber sie bemerkten teils, dass ihnen Kenntnisse der Kultur fehlten, die den Beratungserfolg noch hätten unterstützen können.

Der Zugang zu den beratenen Personen ergab sich in den dokumentierten Fällen über den beruflichen Kontext der Trainerinnen bzw. im Falle der Mentorinnen über private Kontakte. Teils kamen die Beratenen dabei auf die Trainerinnen und Mentorinnen zu, weil sie von der absolvierten Fortbildung und dem Beratungsangebot gehört hatten.

Die Akzeptanz der Beratungen war in den dokumentierten Fällen hoch. Teils nahmen die Klienten die Beratung sogar gegen äußere Widerstände wahr. Teils empfahlen sie die Trainerin bzw. Mentorin weiter.

### **5.3 Resultate der Beratungsaktivitäten bei den erreichten Zielpersonen**

Im Folgenden sollen im Überblick die Resultate geschildert werden, die die interviewten Trainerinnen und Mentorinnen in den von ihnen dokumentierten Fällen erzielen konnten. Dabei wird jeweils, wo möglich aufgezeigt, welches die in diesem Fall hilfreichen Interventionen der Trainerinnen und Mentorinnen waren. In anderen Fällen wird dargelegt, welche Hindernisse den Verhaltensänderungen letztlich entgegenstanden. Es wurde auch versucht, zwischen kurzfristigen, bereits während der Beratungsdauer aufgetretenen und eher mittelfristig bis längerfristig auftretenden Resultaten zu unterscheiden, die auch einige Zeit nach Ende der Beratung noch festzustellen sind (und durch die Beraterinnen in Nachinterviews erfasst wurden). Da jedoch in den meisten Fällen entweder keine Nachinterviews geführt oder diese nicht ausführlich dokumentiert wurden (vgl. Überblickstabelle im Kap. 4.3), konnte dies in den allermeisten Fällen nicht klar ausdifferenziert werden. In den Interviews mit den Mentorinnen und Trainerinnen machten diese ganz überwiegend keine klaren Aussagen zur zeitlichen Dimension der festgestellten Resultate. Soweit im folgenden Kapitel nicht ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass es sich um mittelfristige Resultate nach Beendigung der Bera-

tung handelt, verweisen die berichteten Ergebnisse auf solche Resultate, die von den Beraterinnen während der Beratungsdauer wahrgenommen wurden.

Vorausgeschickt werden soll diesem Unterkapitel eine Aussage der Projektkoordinatorin aus dem Interview: Sie war davon überzeugt, dass durch die Beratungsaktivitäten der Mentorinnen und Trainerinnen eine Vielzahl an Resultaten erreicht werden konnten. Sie war sich jedoch auch sicher, dass sich diese Resultate kaum im Überblick erfassen oder sogar quantifizieren lassen, da es den Trainerinnen und Mentorinnen selbst kaum gelang, sich Einblick in die von ihnen verursachten Veränderungen zu verschaffen. Es kommt hinzu, dass – wie bereits oben geschildert – viele der Beraterinnen (insbesondere Mentorinnen) ihre Interventionen gar nicht als solche wahrnahmen.

### **5.3.1 Veränderungen im Kenntnisstand der Zielpersonen**

Fast alle interviewten Trainerinnen und Mentorinnen belegen in ihren Dokumentationen, dass es ihnen gelang, den beratenen Personen neue Kenntnisse – vor allem zur Ernährung, seltener zur Bewegung – zu vermitteln. Vor allem sind hier grundlegende Kenntnisse über die Zusammensetzung einer ausgewogenen Ernährung und Erkenntnisse zur Zusammensetzung der eigenen Ernährung (als Ausgangspunkt für gezielte Veränderungen) zu nennen. Der Ansatzpunkt für diese Überlegungen war in mehreren Fällen der Wunsch der beratenen Mütter, ihr Gewicht zu reduzieren (vgl. Überblickstabelle über beratene Fälle im Anhang II), wobei es den Beraterinnen im Verlauf der Gespräche meist gelang, die Ernährung der gesamten Familie in den Fokus zu nehmen. Die Beraterinnen setzten zur Vermittlung dieser Kenntnisse sehr häufig erfolgreich die Ernährungspyramide ein, die sie den Beratenen auch in irgendeiner Form übergaben (in einem Fall bspw. als Magnet für den Kühlschrank). Einige Interviewte berichteten davon, wie sie die Einsicht bei den Klienten über die Zusammensetzung der eigenen Ernährung und Veränderungspotenziale unterstützten: Sie gingen mit den Klienten die Ernährung eines konkreten Tages durch und analysierten gemeinsam mit ihnen, wie sich diese zusammensetzte (Anteile von Eiweiß, Kohlenhydraten etc.). Teils wurde dies grafisch aufbereitet (Säulen malen), und die Klienten wurden angeleitet, die Analyse in einem zweiten Schritt eigenständig vorzunehmen. In einzelnen Fällen wurden die Klienten angeregt, als Grundlage für die Analyse ein Ernährungstagebuch zu führen. Eine Trainerin nutzte zudem Hilfsmittel wie den Kassensbon vom letzten Einkauf oder ging mit den Klienten die Nahrungsmittel in ihrem Vorrat bzgl. ihrer Inhaltsstoffe durch.

Im Zusammenhang mit dem genannten Punkt steht die Aufklärung der Klienten über die Zusammensetzung bzw. Inhaltsstoffe konkreter Lebensmittel, bei denen die Beraterinnen insbesondere zu einer Reduktion in der täglichen Ernährung rieten. Es handelte sich hierbei vor allem um stark zucker- oder fetthaltige Lebensmittel (gesüßte Getränke, Gebäck, Schokolade und andere Süßigkeiten, Nüsse etc.). Eine Mentorin berichtete, dass sie mit einer Klientin den Würfelzuckervergleich mit einem Glas Cola durch-

führte, um ihr den hohen Zuckergehalt zu verdeutlichen, was in diesem Falle offenbar sehr nachdrücklich gelang.

*„Und zwar hat sie [die Tochter der Mutter 6.2] sehr viel Cola getrunken, also ich hab sie mal gefragt, (...) wie viel in so einem halben Liter Cola Zucker wäre, hat sie gesagt, ja – nicht so viele. Und dann hab ich halt mit ihr dieses Würfelzuckerspiel gemacht, (...) als sie gesehen hat, 18 Stück, das hat sie total irritiert. Also das hat sie auch irgendwie abgeschreckt. (...) und seitdem trinkt sie zum Beispiel kein Cola mehr.“ (Mentorin\_6\_BER, Absatz 129)*

Teils berichteten die Trainerinnen und Mentorinnen davon, dass sie den Beratenen tiefer gehende ernährungsphysiologische Kenntnisse vermittelten. In einem Fall wurde bspw. die Blutzuckerkurve nach der Nahrungsaufnahme erläutert, um deutlich zu machen, dass es zwischen den Mahlzeiten bestimmte Zeitabstände geben sollte.

Dass diese Kenntnisse von den Beratenen in der Regel angenommen wurden, belegen die tatsächlichen Veränderungen, die sich im Verlaufe der Beratung ergaben und bspw. eine veränderte Zusammensetzung der Ernährung betrafen (s. u.).

Zur Bewegung wurden den Klienten durch die Trainerinnen und Mentorinnen weniger neue Kenntnisse vermittelt als Impulse gegeben. So machten die Beraterinnen vor allem Vorschläge, welche Bewegung ohne hohen Aufwand in den Alltag der Familien integriert werden konnte, ohne dass gleich ein Sportverein besucht werden musste. Die Anregungen bestanden dabei vor allem darin, die Klienten zu ermutigen, mehr zu Fuß bzw. spazieren zu gehen, Erledigungen mit dem Fahrrad zu machen sowie mit den Kindern nachmittags mehr nach draußen, bspw. in den Park oder auf den Spielplatz zu gehen. Auch diese Anregungen führten teils zum Erfolg (s. u.). Teils gaben die Trainerinnen auch Adressen von Sportvereinen bzw. anderen Bewegungsangeboten weiter und konnten die Klienten in einigen Fällen so erfolgreich vermitteln.

In einigen dokumentierten Fällen ging es zudem um die Vermittlung von Kenntnissen und Informationen, die die besondere Lebenssituation und speziellere Anliegen der Beratenen betrafen: So informierten bspw. die Trainerinnen und Mentorinnen über das Stillen (und verwiesen hierzu weiter an eine Stillberaterin), gaben Informationen zu Trennkost-Diäten oder möglichen Maßnahmen bei Verstopfung. In zwei Fällen haben die Beraterinnen Frauen davon abgebracht, zum Abnehmen Medikamente aus dem Internet einzusetzen, indem sie ihnen das damit verbundene hohe Risiko gesundheitlicher Schäden erläuterten.

### **5.3.2 Veränderungen im Verhalten der Zielpersonen**

In der überwiegenden Anzahl der Fälle berichteten die Trainerinnen und Mentorinnen neben dem Kenntniszuwachs auch von tatsächlichen Verhaltensänderungen bei den Beratenen und ihren Familien. Hier sind vor allem Veränderungen in der Zusammensetzung der Ernährung basierend auf den vermittelten Kenntnissen zu einer ausgewogenen Ernährung (s. o.) zu nennen: Es wurden mehr Obst und Gemüse konsumiert,



dafür weniger Süßigkeiten, Fast Food und ähnliche Lebensmittel. Teils wurde Vollkornbrot in die Ernährung eingeführt oder ein anderes Öl verwendet (Olivenöl statt einfachem Pflanzenöl). Auch Veränderungen in der Zubereitung der Speisen wurden dokumentiert: So wurde u. a. Öl mit Messlöffeln abgemessen um die Fettmenge so zu reduzieren, es wurden insgesamt geringere Mengen gekocht (hierzu wurden extra kleinere Töpfe angeschafft) und die Beratenen setzten Rezeptanregungen der Beraterinnen um.

Auch hinsichtlich der Getränke konnten teils Änderungen dokumentiert werden. So wurden insbesondere weniger gesüßte Getränke (Cola, Eistee, Fruchtsaftgetränke, auch Kakao) konsumiert, dafür mehr Saftschorlen, ungesüßte Tees, Sprudel- oder auch Leitungswasser getrunken.

In einem Fall konnte eine Beraterin erreichen, dass eine Mutter ihre Tochter weniger zum Essen drängte, und dass beide regelmäßiger Mahlzeiten einnahmen, wobei insgesamt weniger gegessen wurde. Die Mutter konnte in diesem Fall besonders dadurch überzeugt werden, dass die Mentorin ihr erklärte, dass die Tochter zu bestimmten Zeiten essen (bspw. Frühstück mit Vollkornprodukten) bzw. nicht mehr essen sollte als sie selbst mochte, um so ihre Leistungsfähigkeit auch für die Schule zu unterstützen. Offenbar gelang es den Beraterinnen auch in anderen Fällen Veränderungen zu unterstützen, indem sie an das Verantwortungsgefühl der Mütter für ihre Kinder appellierten und ihren Wunsch, für die Kinder ein gutes Vorbild zu sein.

*„Ich denke, der Ansatz war, dass sie [Mutter 4.2] (...) auch ein Vorbild für ihre Kinder sein wollte. Also sie hat ja eine 18-jährige Tochter, die hat auch so ein bisschen Übergewicht gehabt, und wenn sie ihr sagt, also sie soll abnehmen, dann muss sie ja erst mal in Vorbildfunktion sein, dass sie das vorlebt, wie man halt abnimmt...“ (Trainerin\_4\_BER, Absatz 51)*

Mehrmals wurde es durch Trainerinnen angesprochen, dass gerade die Phase vor bzw. nach der Geburt eines Kindes eine sensible Phase für Veränderungen ist. Hier bestand ein besonderes Potenzial für Beratungsimpulse, das durch die Trainerinnen in mehreren Fällen erfolgreich ausgenutzt werden konnte.

Von den angesprochenen Veränderungen mussten die Kinder in den beratenen Haushalten teils erst Schritt für Schritt überzeugt werden; die Veränderungen wurden nicht immer klaglos akzeptiert. Die Trainerinnen und Mentorinnen berichteten davon, dass sie teils selbst mit den Kindern sprachen und ihnen etwas erklärten, wenn diese schon alt genug waren. Teils versuchten die Mütter den Kindern die neuen Lebensmittel durch schmackhafte Zubereitungsweisen nahe zu bringen.

*„[Bei] Obst und Gemüse gibt es einige Probleme, bei der Kollegin mit zwei Kindern [Mutter 4.3], die meinte, die ist sehr wählerisch, die isst nicht so viel, aber sie versucht das halt denen geschmackvoll noch mal zuzubereiten und wenigstens da mal kosten zu lassen und nicht von vornherein gleich zu sa-*



*gen, ieh, das ess' ich nicht, sondern probier das erst mal und wenn es dir nicht schmeckt, dann können wir ja mal ein anderes Rezept mal ausprobieren. Also dass sie auch mal mit den Kindern ins Gespräch kommen, warum isst du das nicht, wieso ist das eklig oder was schmeckt dir daran nicht.“*  
(Trainerin\_4\_BER, Absatz 89)

In einem Fall stellte sich auch der Vater hinter die Entscheidung, keinen Eistee mehr einzukaufen, und unterstützte damit seine Frau, dies bei den Kindern durchzusetzen. Eine beratene Mutter berichtete auch, dass es während eines Aufenthalts im Herkunftsland der Familie gelang, die Kinder an Obst und Gemüse zu gewöhnen, da sie dort im Garten der Großeltern bspw. Tomaten direkt ernten konnten und daran großen Spaß hatten. (Hierbei handelte es sich um Resultate, die nach Beendigung der Beratung auftreten, vgl. Aufzählung unten.)

In Hinblick auf die Bewegung bei den Beratenen und ihren Familien konnten ebenfalls bestimmte Veränderungen verbucht werden. Insbesondere gelang es in verschiedenen Fällen, die Mütter zu motivieren, sich nachmittags mehr gemeinsam mit den Kindern draußen aufzuhalten und bspw. auf den Spielplatz zu gehen, mehr zu Fuß zu gehen oder mit dem Rad zu fahren. In einigen Fällen konnten die Beratenen auch dazu motiviert werden, ein sportliches Training aufzunehmen, bspw. zu schwimmen oder zu joggen, Volley- oder Basketball zu spielen oder einem Fitnessclub beizutreten. Dies gelang vor allem, wenn sich diese Angebote mit dem alltäglichen Tagesablauf der Familien vereinbaren ließen (manchmal scheiterte es auch, wenn den Müttern keine Zeit dazu blieb), und wenn die Beratenen nicht durch körperliche Beschwerden und Schmerzen an den angeratenen Bewegungsaktivitäten gehindert wurden.

Teils äußerten sich die genannten Veränderungen in der Ernährungsweise bzw. der Bewegung der Beratenen darin, dass diese wunschgemäß (zeitweise) ihr Gewicht reduzieren bzw. halten konnten.

Weitere Resultate der Beratungen bestanden in besonderen Fällen bspw. darin, dass für ein Kleinkind eine Physiotherapie in Anspruch genommen wurde, weil dieses sich zeitweise zu einseitig bewegte, oder dass eine Trennkost-Diät aufgenommen und durchgehalten wurde.

Mehrere Trainerinnen konnten davon berichten, dass sich ihre Klienten aufgrund ihrer veränderten Verhaltensweise körperlich besser fühlten, und dass Beschwerden (bspw. Verstopfungen bei einem Kind; Blähungen) verschwanden. In einem Fall berichtete eine beratene Mutter, dass sie nun auch mehr Spaß am Essen hatte und es mehr genießen konnte.

*„...die [Mutter 3.2] hat sich sehr gefreut, weil, sie auch nicht nur selber bemerkt hat, dass sich ihr Gesundheit zu Gute kam, wo sie da immer über Blähungen geklagt hat und so Unwohlsein im Bauch und dann plötzlich stellte sie fest (...), das fühlt sich jetzt ganz anders.“* (Trainerin\_3\_BER, Absatz 63)

*„Und was schön war, wo sie [Mutter 3.2] mir gesagt hat, das, ihr Essen macht sie jetzt Spaß. Es ist anders als früher...“ (Trainerin\_3\_BER, Absatz 69)*

Explizit als mittel- bzw. längerfristige Resultate im Bereich Ernährung, Bewegung und Wohlbefinden, die erst nach Abschluss der Beratung auftraten, konnten im Rahmen von Nachinterviews durch zwei Trainerinnen die folgenden festgestellt werden:

- Mutter und Vater einer betreuten Familie haben einen Sport aufgenommen bzw. besuchen ein Fitnesscenter.
- Eine beratene Mutter konnte trotz großer Bedenken beim Urlaub im Herkunftsland ihr Gewicht halten und sie kommunizierte den Willen, die Ernährung umzustellen, offensiv im Familienkreis. Die Kinder der Familie konnten zu mehr Obst- und Gemüsekonsum gebracht werden. Der Vater unterstützte nach anfänglich großer Skepsis die Ernährungsumstellung der Familie. Es gibt keinen Eistee mehr, dafür Wasser, zudem weniger Pizza und Nudeln, mehr Kartoffeln, Obst und Gemüse.
- Eine beratene Mutter führte regelmäßig ein Ernährungstagebuch und plante die Ernährung (inkl. Getränken) der Familie systematisch nach einer ausgewogenen Zusammensetzung. Sie aß bewusster und weniger impulsiv und genoß es mehr. Sie bereitete die Speisen nun eher frisch zu mit gesunden Zutaten und kaufte weniger Fertigprodukte. Über die Veränderung in ihrer Ernährung sprach sie auch mit Kollegen und Freunden. Sie arbeitete aktiv daran, ihren älteren Sohn an die neuen Lebensmittel heranzuführen.

Die Beratungen erstreckten sich zumeist über einen längeren Zeitraum. Es kam dabei in vielen Fällen zu zwischenzeitlichen Rückschlägen, die die Klienten verkraften und überwinden mussten (bspw. zeitweilige Gewichtszunahme nach erstem Abnehmen). Gerade in diesen Situationen versuchten die Trainerinnen und Mentorinnen am Ball zu bleiben, und die Motivation aufrechtzuerhalten. Mehrere der Trainerinnen und Mentorinnen waren sich sicher, dass es neben den Informationen, die sie an die Beratenen weitergaben, um die Veränderungen tatsächlich zu erzielen, besonders wichtig war, dass sie als Externe eine Kontroll- und Motivationsfunktion übernahmen. Ein schönes Beispiel hierfür schilderte eine Beraterin, die ihre Klientin kurz vor Weihnachten, zu dem diese Besuch der Familie erwartete, noch einen Motivationsbesuch abstatten sollte. Die Mutter war sehr besorgt, dass sie zu viel essen und zunehmen würde, wenn mit der Familie über die Feiertage sehr viel gekocht würde. Die Trainerin machte ihr daraufhin Mut, riet ihr, welche Speisen sie unbesorgt essen könnte, und bot ihr eine telefonische Beratung an, wenn es ganz kritisch werden sollte.

Im Falle der Gesundheitsmentorinnen (insbesondere türkischer Herkunft) gab es eine weitere Strategie, die bereits oben angesprochen wurde: Sie veränderten zunächst etwas in der eigenen Familie, bevor sie den Klienten als gutes Vorbild begegnen konnten.

Auch wenn dies durch die befragten Trainerinnen und Mentorinnen nicht ausgesprochen wurde, so ist doch zu vermuten, dass die Art, wie sie ihre Klienten beraten haben, durch die systemischen Anteile ihrer Fortbildung beeinflusst wurden. Deutlich wird dies in den einzelnen Fällen, in dem die systemische Methode des `Ökocheck´ eingesetzt wurde. In anderen Fällen lässt die Tatsache, dass die Beraterinnen stark auf die Umgebungs- und Lebensbedingungen der beratenen Familien eingingen und ihre Impulse darauf abstimmten, darauf schließen, dass ihrer Beratung ein systemisches Verständnis zu Grunde lag. In Hinblick auf die Bewertung der Fortbildung hatten mehrere der befragten Frauen zudem darauf hingewiesen, dass sie insbesondere die systemischen Inputs als weiterführend schätzten (vgl. Kap. 5.1.1).

Es wurde insgesamt bei den dokumentierten Fällen sehr deutlich, dass bestimmte Faktoren zusammenkommen müssen bzw. nicht vorliegen dürfen, damit die Beraterinnen einen Erfolg in Hinblick auf Verhaltensänderungen verzeichnen konnten. Positiv sind eine Offenheit und Motivation der Klienten, Unterstützung für ihre Vorhaben aus dem Umfeld und in der Familie bzw. ein bestimmter Leidensdruck, der wiederum zu Verhaltensänderungen motiviert. Dennoch müssen die Beraterinnen ihre Impulse gut dosieren und auf die Situation der Beratenen zuschneiden, um diese nicht zu überfordern und zu demotivieren.

*„Es fiel den Eltern [Familie 1.2] relativ leicht, die besprochenen Anregungen umzusetzen, da es sich um `kleine Schritte´ handelte und sie motiviert waren. Außerdem hat diese Familie relativ entspannte Lebensbedingungen und Unterstützung im Alltag durch Freunde und Familie.“ (Protokoll Abschlussinterview mit Mutter 1.2; Trainerin\_1\_BER)*

Im Gegensatz scheiterte die Beratung in einigen dokumentierten Fällen daran, dass in den beratenen Familien bzw. bei den beratenen Müttern massive andere Probleme (gesundheitlich, psychisch oder familiär) vorlagen. Diese verhinderten, dass Energie für Verhaltensänderungen im Bereich Ernährung und Bewegung aufgebracht werden konnte. So musste bspw. im Falle einer beratenen Mutter eine Einzelfallhilfe eingesetzt werden, weil diese an Depressionen litt und mit der Versorgung ihrer Familie insgesamt überfordert war. In anderen Fällen befanden sich die beratenen Mütter gerade mitten in einer Scheidung und waren zeitweise nicht in der Lage, sich auf die Ernährung ihrer Familie zu konzentrieren. In einem weiteren Fall hätte zunächst eine Familienberatung aufgesucht werden müssen, da die Mutter ihre Zuneigung zu ihren Kindern offenbar lediglich über die Nahrung ausdrücken konnte, und die Töchter damit ihrerseits Essen als Mittel zur Erlangung der Zuneigung der Mutter verstanden. Die Beraterinnen kamen in diesen Fällen deutlich an ihre Grenzen und mussten einsehen, dass sie hier keine weiteren sinnvollen Interventionen setzen konnten. Teils nutzten sie die Supervision im Rahmen des Projektes, um sich hier ihres Vorgehens zu versichern.

Eine notwendige Bedingung ist zudem ein Vertrauensverhältnis zur Beraterin. In einem dokumentierten Fall entstand das Missverständnis, dass die Mentorin vom Jugendamt

komme, woraufhin sich die beratene Mutter kontrolliert fühlte und danach trachtete, die Lebens- und Familienverhältnisse im möglichst positiven Lichte darzustellen. Die Mentorin musste hier intensive Arbeit leisten, um das Missverständnis aus dem Weg zu schaffen, und wieder eine konstruktive Arbeitsbeziehung herzustellen.

### 5.3.3 Beantwortung der Evaluationsfrage 4

*“Inwiefern gab es durch die Beratungen und Angebote der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen Veränderungen/Stabilisierungen im Gesundheits-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Familien und speziell der Kinder? Wodurch wurden die Veränderungen bewirkt?“*

Zu Veränderungen/Stabilisierungen im Gesundheits-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Familien und speziell der Kinder konnten eine ganze Reihe von Erfolgen bei den durch die Trainerinnen und Mentorinnen dokumentierten Fällen verbucht werden. Die Beratenen erlangten neue Kenntnisse insbesondere zur Zusammensetzung einer ausgewogenen Ernährung und erkannten, an welchen Punkten ihre eigene Ernährung verbesserungsfähig war. Den Beraterinnen gelang es hierbei oft, den Abnehmwunsch der Mutter während der Beratung als Aufhänger zu nehmen, um die Ernährung der gesamten Familie zu fokussieren. Zudem konnten die Beraterinnen Impulse bezüglich einer verstärkten Bewegung setzen, die sich mit dem Alltag ihrer Klienten vereinbaren ließ. Hieraus resultierten in vielen Fällen tatsächliche Verhaltensänderungen: Die Ernährung wurde in vielen Fällen zum Besseren umgestellt, der Konsum kritischer Lebensmittel wurden eher verringert. In einigen Fällen nahmen die Beratenen einen Sport auf bzw. bewegten sich mehr in ihrem Alltag. Dies führte teils zum Verschwinden körperlicher Beschwerden bzw. zur Stabilisierung oder Verringerung des Gewichts der Beratenen.

Kinder profitierten oft von den Beratungen, auch wenn sie nicht immer Hauptperson waren bzw. im Zentrum der Beratung standen. Durch die Ernährungsumstellungen in den Familien gestaltete sich auch ihre Ernährung ausgewogener. Es wurden weniger Süßigkeiten, gesüßte Getränke und Fast Food, dafür mehr Obst und Gemüse konsumiert. Die Mütter bemühten sich in einigen Fällen aktiv darum, den Kindern diese Veränderungen schmackhaft zu machen, wenn sie nicht gleich akzeptiert wurden. Auch von mehr Bewegung im Alltag profitierten die Kinder der Beratenen, wenn die Mütter bspw. häufiger mit ihnen aktiv waren, Rad fahren oder auf den Spielplatz gingen.

Darüber hinaus wurden in den beratenen Familien verschiedene andere Resultate erzielt. Teils scheiterten die Beraterinnen jedoch auch mit ihren Anliegen.

Die Fragestellung, mit welchen Strategien und Interventionen diese Resultate erzielt wurden, weist auf verschiedene erfolgreiche Ansätze, v. a.:

- Die Trainerinnen und Mentorinnen setzen gezielt Materialien wie bspw. die Ernährungspyramide ein, um den Klienten neue Kenntnisse zu vermitteln.

- Sie setzten möglichst Praxis ein, indem z. B. gemeinsam Zutatenlisten von Lebensmitteln studiert oder Zuckerwürfelvergleiche durchgeführt wurden.
- Sie leiteten die Klienten durch gemeinsame Analyse ihres täglichen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens an, Verbesserungspotenziale zu erkennen.
- Sie appellierten an das Verantwortungsbewusstsein der Mütter für ihre Kinder, um Veränderungen tatsächlich zu initiieren.
- Sie setzen Impulse zur Veränderungen und begleiteten diese, damit die Motivation auch in kritischen Situationen erhalten blieb.
- Sie setzten Impulse, die zu den Klienten passten, initiierten Veränderungen, die durch diese realisierbar waren, und gingen Schritt für Schritt vor.
- Sie gingen (im Falle der Mentorinnen) mit gutem Beispiel voran und veränderten die Ernährung der eigenen Familie.

Es ist zu vermuten, dass die Trainerinnen und Mentorinnen ihre Beratung mit einem systemischen Ansatz durchführten, da sie intensiv die Umgebungs- und Lebensbedingungen der beratenen Familien einbezogen.

Darüber hinaus ließen sich verschiedene notwendige Voraussetzungen für die erfolgreiche Beratung (Offenheit, Unterstützung von außen etc.) bzw. Bedingungen identifizieren, die einen Beratungserfolg behindern (insb. deutliche Probleme in anderen Lebensbereichen).

## **5.4 Gelingensbedingungen der Tätigkeit der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen**

Im Folgenden wird die Evaluationsfrage 5 „*Welche Gelingensbedingungen (förderliche und hinderliche Bedingungen) der Arbeit der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen lassen sich feststellen?*“ beantwortet. Dazu werden die wichtigsten Gelingensbedingungen der Tätigkeit der Trainerinnen und Mentorinnen zusammenfassend wiedergegeben, die sich aus den Interviewdaten ergeben, wobei zunächst förderliche, dann hinderliche Bedingungen aufgezeigt werden. Teils wurden diese im Vorausgehenden bereits angesprochen, teils werden sie hier erstmals erwähnt.

### **5.4.1 Förderliche Bedingungen**

#### **Gute Vorbereitung der Trainerinnen und Mentorinnen durch die Fortbildungen und gute Begleitung und Unterstützung darüber hinaus**

Dem Projekt lag ein gut ausgearbeitetes Fortbildungscurriculum zu Grunde mit den Säulen Ernährung, Bewegung und systemische Beratung, die für die Zielgruppe der Trainerinnen und Mentorinnen und ihre Beratungsaufgaben zugeschnitten war. Die Fortbildungsmodule wurden jeweils von qualifizierten Dozenten durchgeführt. Die Interviewten belegten in ihren Aussagen, dass sie mit den besuchten Fortbildungen im

Rahmen des Projekts zufrieden waren, und sich hierdurch gut auf ihre Tätigkeit als Trainerin oder Mentorin vorbereitet fühlten. Vor allem der systemische Anteil wurde in den Interviews thematisiert, wodurch sie Beratungskompetenzen erwerben oder erweitern konnten. Dies traf im Besonderen für die Mentorinnen zu, die anders als die Trainerinnen nicht durch ihre Ausbildung bereits zur Beratung befähigt waren. Aber auch die Trainerinnen profitierten davon. Außerdem wurden die Inhalte der Fortbildungen, die sich mit dem Umgang mit Zielpersonen unterschiedlicher Herkunft beschäftigten, als hilfreich hervorgehoben. Diese wurde zudem durch den Umstand unterstützt, dass sich unter den Teilnehmenden Vertretende der verschiedenen Zielgruppen und auch Männer fanden. Als Bereicherung wurde zudem die heterogene Gruppenzusammensetzung in Hinblick auf den beruflichen Hintergrund der Teilnehmenden empfunden. Die Trainerinnen und Mentorinnen konnten darüber hinaus die Materialien, die ihnen durch das Projekt an die Hand gegeben wurde, in ihren Beratungen zielführend einsetzen. Schließlich profitierten die meisten befragten Beraterinnen von den weiteren Unterstützungsangeboten des Projekts, wie Fallsupervision und Coaching und fühlten sich hierdurch in ihren Beratungsaktivitäten gestützt.

### **Erleichterter Zugang zu Zielpersonen über beruflichen Kontext der Trainerinnen bzw. soziale Kontakte der Mentorinnen**

Obwohl im Grundsatz verschieden, konnten beide fortgebildeten Gruppen besondere Vorteile im Zugang zu den Zielpersonen für sich verbuchen: Bei den Trainerinnen ergab sich ein Zugang bzw. ein teils sehr intensiver Kontakt über ihren beruflichen Kontext. So arbeiteten bspw. Erzieherinnen tagtäglich mit Kindern und ihren Eltern; Hebammen kamen über ihre Tätigkeit täglich in Kontakt mit werdenden bzw. jungen Familien. Die Mentorinnen hatten den besonderen Vorteil, dass sie ihre bereits bestehenden Kontakte nutzen konnten, um Klienten für ihre Beratung zu gewinnen. Die Evaluationsergebnisse belegen, dass sie dies erfolgreich umsetzen konnten. Insbesondere die Mentorinnen (aber auch Trainerinnen) mit eigenem Migrationshintergrund fanden zudem besonders leicht Zugang zu Zielpersonen der gleichen Herkunftsgruppe. Sie profitierten zudem davon, dass die Beratung in der Muttersprache der Klienten durchgeführt werden konnte.

### **Einsatz erfolgreicher Beratungsstrategien durch die Trainerinnen und Mentorinnen**

Es gelang den Trainerinnen und Mentorinnen, wie in den dokumentierten Fällen belegt, durch den Einsatz ihrer Strategien, Resultate bei den Zielpersonen auszulösen. Sie setzten gezielt Materialien wie bspw. die Ernährungspyramide ein, um den Klienten neue Kenntnisse zu vermitteln. Sie leiteten die Klienten durch gemeinsame Analyse ihres täglichen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens an, um Verbesserungspotenziale zu erkennen. Sie appellierten an das Verantwortungsbewusstsein der Mütter für ihre Kinder, um Veränderungen tatsächlich zu initiieren. Sie setzten Impulse für Veränderungen und begleiteten diese, damit die Motivation auch in kritischen Situationen



erhalten blieb. Sie passten ihre Impulse gut auf die Lebenssituation der Klienten an, so dass die Veränderungen durch diese realisierbar waren und gingen Schritt für Schritt vor. Sie gingen (im Falle der Mentorinnen) mit gutem Beispiel voran und veränderten die Ernährung der eigenen Familie, bevor sie als Vorbild an ihre Klienten herantraten. Bei angezielten Veränderungen auf institutioneller Ebene gingen die Beraterinnen nach Empfinden der Projektkoordinatorin besonders diplomatisch und schrittweise vor und loteten sensibel ihre Spielräume aus, wozu sie wiederum insbesondere durch die systemischen Bestandteile der Fortbildungen befähigt wurden.

### **Notwendige bzw. unterstützende Voraussetzungen für den Beratungserfolg**

Es zeigte sich eine Reihe von Voraussetzungen, die für einen Beratungserfolg vorliegen müssen bzw. diesen unterstützen. Unterstützend sind Offenheit und Motivation der Klienten, die Unterstützung für ihre Vorhaben aus dem Umfeld und in der Familie bzw. ein bestimmter Leidensdruck, der wiederum zu Verhaltensänderungen motiviert. Notwendig ist die Abwesenheit massiver Probleme der Beratenen in anderen Lebensbereichen (familiär, körperlich/psychisch etc.), die es verhindern, dass Energien für Verhaltensänderungen im Bereich Ernährung und Bewegung eingesetzt werden können. Erforderlich ist zudem ein Vertrauensverhältnis zur Beraterin.

### **Gute Vernetzung im Bezirk als Erfolgsfaktor des Gesamtprojekts**

Das Projekt stand durch die Tätigkeit der Projektkoordinatorin sowie der fortgebildeten Trainerinnen und teils Mentorinnen, in Kontakt und regem Austausch mit weiteren Projekten, Initiativen, Arbeitskreisen und Institutionen im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg. Diese begriffen sich gegenseitig eher als Bereicherung denn als Konkurrenz, was aus Sicht der Projektkoordinatorin wesentlich dazu beitrug, dass die Projektaktivitäten gut umgesetzt werden konnten.

## **5.4.2 Hinderliche Bedingungen**

### **Fehlendes Bewusstsein der eigenen Beratungsaktivitäten**

Ein hinderlicher Umstand bei der Projektumsetzung bestand darin, dass insbesondere die Mentorinnen kaum ein Bewusstsein der eigenen Beratungsaktivitäten hatten, besonders wenn es sich nicht um Beratungsgespräche im engeren Sinne, sondern um spontane Kontakte handelte. So gelang es dem Projekt kaum, die Beratungsaktivitäten der Mentorinnen systematisch zu erfassen und zu dokumentieren. Im Rahmen der Evaluation wurden eher langfristige Beratungen evaluiert, die von den Trainerinnen und Mentorinnen auch als solche wahrgenommen wurden.

### **Ungünstige Rahmenbedingungen zur Ausübung der Beratungstätigkeit**

In einzelnen Fällen sahen die Trainerinnen in ihrer beruflichen Tätigkeit nur wenig Spielraum, um das in den Fortbildungen Erlernte aus ihrer Sicht angemessen umzusetzen. Sie wünschten sich hier von Seiten der Politik und Arbeitgeber günstigere



Rahmenbedingungen, damit sich die Investition in die Fortbildung entsprechend auszahlen kann.

### **Zeitmangel durch berufliche und private Pflichten**

Insbesondere die Gesundheitstrainerinnen konnten die Angebote des Projektes nicht immer im vollen Umfang wahrnehmen, da sie durch ihre berufliche Tätigkeit und private Verpflichtungen stark zeitlich eingeschränkt waren.

## **6 Fazit und Handlungsempfehlungen**

Im Folgenden werden aus den Ergebnissen dieses Evaluationsberichts ein Fazit gezogen und Handlungsempfehlungen formuliert. Dabei werden bei der Diskussion auch Aspekte aus dem Abschlußbericht<sup>9</sup> des Projektes herangezogen, um die exemplarischen Ergebnisse der dokumentierten Beratungsfälle in den größeren Kontext des Gesamtprojektes zu stellen.

### **Ziel erreicht: Beratung durch Trainerinnen und Mentorinnen löst Veränderungen bei den Zielpersonen aus**

Die Trainerinnen und Mentorinnen erreichten das Ziel, dass sich die gesundheitsrelevanten Verhaltensgewohnheiten der beteiligten bzw. beratenen Familien änderten. Dabei orientierte sich ihre Arbeit, wie als Ziel formuliert, an den aktuell geäußerten Bedürfnissen der Zielgruppe. Die Beratungsziele wurden individuell festgelegt.

Die Trainerinnen und Mentorinnen vermittelten vor allem Kenntnisse zur Zusammensetzung einer ausgewogenen Ernährung, identifizierten Verbesserungspotenziale in der Ernährung ihrer Klienten, gaben Impulse zur Veränderung der Ernährung und zur Etablierung (sportlicher) Bewegung im Alltag. Die Beratenen setzten Verhaltensänderungen um, indem sie ihre Ernährung hin zu einer ausgewogeneren Zusammenstellung umstellten, den Konsum kritischer Lebensmittel reduzierten oder diese wegließen. In einigen Fällen nahmen die Beratenen einen Sport auf bzw. bewegten sich mehr in ihrem Alltag. Dies führte teils zum Verschwinden körperlicher Beschwerden bzw. zur Stabilisierung oder Verringerung des Gewichts der Beratenen.

### **Ziel nur teilweise erreicht: Kinder bis drei Jahre als End-Zielgruppe nicht immer im Fokus der Beraterinnen**

Durch die Beratungsaktivitäten der Trainerinnen und Mentorinnen wurden in den dokumentierten Fällen nicht nur Personen erreicht, die zum engeren Kreis der Zielgruppe des Projekts, nämlich (werdende) Familien türkischer oder arabischer Herkunft mit Kindern bis drei Jahre, gehören. Überwiegend waren die Kinder der erreichten Familien älter als drei Jahre. Zudem fiel es in mehreren Fällen auf, dass nicht die Kinder

---

<sup>9</sup> Abschlussbericht des Projekts „Gesund sind wir stark!“ – „saglikli daha güclüyüz!“, Berlin 15.11.2009

sondern die Mütter mit ihren Fragen und Anliegen im Zentrum der Beratungsaktivitäten standen. Indirekt profitierten jedoch die Kinder der Familien in der Regel mit, wenn es vordergründig um eine Gewichtsreduzierung der Mutter ging: Sie wurden ausgewogener ernährt mit höheren Anteilen von Obst und Gemüse und bewegten sich im Alltag gelegentlich häufiger mit ihren Müttern, indem sie bspw. gemeinsam einen Spielplatz besuchten. Auch wurden u. a. Jugendliche beraten oder Großmütter in einer Gruppe. Auch wenn das Projekt versucht hat, als Trainerinnen und Mentorinnen Personen zu gewinnen, die mit der angestrebten Zielgruppe arbeiten, ergab sich aus der Vielfalt der unterschiedlichen beruflichen, privaten und kulturellen Hintergründe der ausgebildeten Trainerinnen und Mentorinnen eine Ansprache verschiedener Zielgruppen. Hier macht es auch im Sinne des Projektziel Sinn, die Zielgruppe der Trainerinnen und Mentorinnen nicht zu eng zu definieren, da in einigen Fällen die reine Ansprache von Eltern mit 0-3-jährigen Kindern im Sinne eines Schneeballeffektes ergänzen werden kann, indem z.B. auch Großmütter Beratungsinhalte an ihre Kinder und Enkelkinder weitertragen können.

Im Folgenden werden die Kernpunkte der Maßnahme, die zu der Zielerreichung geführt haben, als Fazit und Handlungsempfehlungen dargestellt.

### **Fortbildung mit Kombination aus Ernährung, Bewegung und systemischer Beratung befähigten gut zur Beratungstätigkeit**

Die interviewten Trainerinnen und Mentorinnen bestätigten, dass sie sich durch die Fortbildungen gut auf ihre Tätigkeit als Beraterinnen vorbereitet fühlten. Sie hoben vor allem die systemischen Bestandteile der Fortbildungen hervor; diese trugen im besonderen Maße dazu bei, Beratungskompetenzen aufzubauen bzw. angepasst an die konkreten Beratungsaufgaben zu erweitern. Auch die heterogene Zusammensetzung in Hinblick auf den beruflichen Hintergrund sowie die Herkunft der Teilnehmenden wird positiv bewertet. Den Fortbildungen im Rahmen des Modellprojekts lag ein detailliert ausgearbeitetes und schriftliches fixiertes umfangreiches Curriculum zu Grunde, was eine Transparenz der Fortbildungsinhalte und deren Umsetzung bewirkte. Außerdem wird damit eine Übertragung des Ansatzes auf andere Standorte und Kontexte ermöglicht.

#### Handlungsempfehlung:

Die umfangreiche Fortbildung mit der Kombination aus Ernährung, Bewegung und systemischer Beratung befähigte gut zur Beratungstätigkeit der Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen im vorliegenden Kontext. Für analoge Kontexte ist die Umsetzung des detailliert ausgearbeiteten und schriftlichen Curriculums für andere Standorte empfehlenswert.

### **Ausbildung von Professionellen zu Gesundheitstrainern ein erfolgreicher Ansatz**

Die Ausbildung von Professionellen und deren Einsatz als Gesundheitstrainerinnen hatte sich in diesem Projekt bewährt. Insgesamt wurden 44 Gesundheitstrainerinnen in drei Lehrgängen fortgebildet, was ein hohes Interesse an der Fortbildung bei den Professionellen widerspiegelt. Gemäß dem Projektkonzept erwies sich der berufliche Kontext der Gesundheitstrainerinnen als unterstützend für den Zugang zu den Zielpersonen, da sie keine aktive Akquise betreiben mussten. Als vorteilhaft erwies es sich, wenn die Trainerinnen der gleichen kulturellen bzw. sprachlichen Herkunftsgruppe angehörten wie die Zielpersonen. Ihnen gelang es im besonderen Maße, eine Beratungsbeziehung aufzubauen und auf die Anliegen der Zielpersonen einzugehen, u. a. deshalb weil die Beratung in der Muttersprache der Zielpersonen umgesetzt werden konnte.

#### Handlungsempfehlung:

Um die Zielgruppen mit Migrationshintergrund mit geringen Deutschkenntnissen oder sozial-benachteiligten Lebenslagen mit Botschaften der Übergewichtsprävention zu erreichen, ist es empfehlenswert, Fachpersonen zu Gesundheitstrainern fortzubilden, die bereits in ihrem beruflichen Kontext im Kontakt mit diesen Zielgruppen stehen (bspw. Sozialarbeiter, Hebammen). Zur Erreichung der Migranten ist es zusätzlich empfehlenswert, wenn Trainerinnen der gleichen Herkunftsgruppe angehören bzw. die Sprache der Zielgruppe beherrschen.

### **Ausbildung von Laien zu Gesundheitsmentoren ein guter Ansatz – aber Ehrenamt problematisch**

Die Ausbildung und der Einsatz von muttersprachlichen Laien bzw. von Laien, die im kulturellen und sozialen Kontext der angestrebten Zielgruppen leben bzw. sich aktiv einbringen, hat sich nur teilweise bewährt. Bewährt hat sich zwar die Beratungsarbeit der 12 ausgebildeten und aktiven Gesundheitsmentorinnen als solche. Nicht bewährt hat sich der Ansatz, diese muttersprachlichen Laien mit einem umfangreichen Lehrgang grundständig fortzubilden, ohne ihnen eine definierte Arbeit und Einkommensquelle zu ermöglichen.

Es konnten mit insgesamt 12 Mentorinnen deutlich weniger Mentorinnen ausgebildet werden, als ursprünglich geplant war. Eine Hauptursache dafür lag in der oft prekären Lebenslage der Laienmultiplikatoren, die langfristige Planungen erschwerten, da sie z.B. kurzfristig Arbeit bzw. Arbeitsmaßnahmen annehmen mussten. Dies hinderte einige daran, an der langfristig angelegten Fortbildung und dem Projekt kontinuierlich bzw. bis zum Ende teilzunehmen. Außerdem stellte es eine Hürde da, dass sich über die Tätigkeit als Mentorin keine zusätzliche Einkommensquelle eröffnen ließ und es dem Projekt auch kaum gelang, Beratungsfälle an die Mentorinnen zu vermitteln, obwohl ursprünglich angedacht war, den Gesundheitsmentorinnen vergütete Aktivitäten zu

vermitteln. Auf diesen Umstand haben die Projektmitarbeiter schon während der Projektlaufzeit adäquat reagiert, und den ursprünglich geplanten Mentorinnenfortbildung in eine Fortbildung für Trainerinnen und Mentorinnen umgewandelt, in der von insgesamt 15 Teilnehmerinnen dann nur noch vier weitere Mentorinnen fortgebildet wurden.

Die ausgebildeten und aktiven Mentorinnen waren sehr engagiert, setzten teilweise die gelernten Fortbildungsinhalte in der eigenen Familie um, berieten in ihrem privaten Kontext und sozialem Umfeld zu den Themen Ernährung und Bewegung und erreichten auf diese Weise viele Personen. Vor allem die Mentorinnen mit türkischem Migrationshintergrund erreichte viele Landsleute und erreichten so die angestrebte Zielgruppe.

#### Handlungsempfehlung:

Die Ausbildung von muttersprachlichen Laien zu Gesundheitsmentorinnen ist prinzipiell ein guter Ansatz, um die Zielgruppe der Migranten mit türkischer und arabischer Herkunft für Adipositasprävention zu erreichen. Den fortgebildeten und aktiven Mentorinnen gelang es, die Zielgruppe zu erreichen. Jedoch erwies es sich als schwierig, muttersprachliche Laien für diese umfangreiche Fortbildung und ehrenamtliche, nicht vergütete Tätigkeit zu gewinnen. Für die Weiterentwicklung dieses Ansatzes wird empfohlen, den Einsatz der Mentorinnen weiter zu konkretisieren und diesen um ein Konzept zur Vergütung für die Tätigkeit der Mentorinnen zu ergänzen.

#### **Supervision, Coaching und Qualitätszirkel zur Unterstützung empfehlenswert, aber Teilnahmebereitschaft an regelmäßigen Terminen begrenzt**

Das Projekt hielt für die Trainerinnen und Mentorinnen begleitende Unterstützungsangebote in Form von Supervisionen, Qualitätszirkeln sowie individuellem Coaching bereit.

Das Angebot von Supervision und Qualitätszirkel hatte für einen Teil der Trainerinnen und Mentorinnen einen stark unterstützenden Charakter, für andere hatte es aus verschiedenen Gründen keine große Bedeutung. Von den interviewten Trainerinnen und Mentorinnen wurden die Supervisionen und Qualitätszirkel in der Regel gerne und stetig wahrgenommen und als informativ und unterstützend bewertet. Sie waren überzeugt, dass die gemeinsamen Sitzungen eine besondere Bedeutung für die Identifikation mit dem Projekt hatten und dass sie ein wichtiger Motivationsfaktor zur Ausführung der Beratungsaktivitäten waren. Im Gegensatz dazu geht aus dem Abschlussbericht hervor, dass ein großer Teil der fortgebildeten Trainerinnen das Angebot nicht bzw. nur teilweise wahrgenommen hatten, entweder aus zeitlichen Gründen (Auslastung im Beruf) und / oder wegen einer gewissen Sättigung mit Supervision und Weiterbildungen aus dem beruflichen Kontext.

Die Projektmitarbeiter verfolgten mit Supervisionen und Qualitätszirkeln neben der Qualitätssicherung der Arbeit der Trainerinnen und Mentorinnen auch das Ziel, diese

(stärker) an das Projekt zu binden. Unter dem Aspekt galt es zu überlegen, wie für die verschiedenen Bedürfnisse und Rahmenbedingungen der Trainerinnen und Mentorinnen diese Angebote konzipiert werden konnten. Ein gewählter Weg seitens des Projektes war individuelles, aufsuchendes Coaching, indem die Trainerinnen und Mentorinnen speziell für ihre Arbeits- bzw. Lebenssituation in der Umsetzung von Beratungszielen an ihren Arbeitsplätzen bzw. zuhause unterstützt wurden. Dieses Coaching wurde von den Projektmitarbeitern gleichzeitig zur Dokumentation von Beratungsaktivitäten genutzt.

#### Handlungsempfehlung:

Supervision und Qualitätszirkel sind sinnvolle Instrumente, um Trainerinnen und Mentorinnen in der Praxisphase zu begleiten sowie sie in ihrer Tätigkeit zu unterstützen und sie an das Projekt anzubinden. Jedoch wird damit nur ein Teil der Trainerinnen und Mentorinnen erreicht. Um alle Trainerinnen und Mentorinnen zu erreichen, wurden einerseits Supervisionssitzungen verpflichtend gemacht und andererseits alle Trainerinnen und Mentorinnen in einem ressourcenaufwändigen, aufsuchenden, individuellen Coaching betreut.

Jedoch konnten in dieser Maßnahme außer diesen eher aufwändigen Lösungen keine weiteren Konzepte oder Strategien zur Qualitätssicherung und Bindung der Trainer- und Mentorinnen erprobt werden. Hier liegt für die Zukunft noch weiterer Entwicklungs- und Erprobungsbedarf.

#### **Praxisnahe, an Lebenssituation angepasste Beratung erfolgreich**

Sowohl den Trainerinnen als auch den Mentorinnen gelang es, praxisnahe und an die Lebenssituation ihrer Klienten angepasste Beratungen durchzuführen, womit ein großer Teil ihres Beratungserfolges erklärt werden kann.

Den befragten Gesundheitstrainerinnen konnten in der Regel die Beratungsaktivitäten mit ihren beruflichen Tätigkeiten gut verbinden und die Themen Ernährung und Bewegung aufgreifen. Die Mentorinnen konnten in ihrem Alltag vielfältige Kontakte herstellen, die teils sehr spontan mit einem Beratungsimpuls verbunden wurden (bspw. bei einer Begegnung im Bus oder im Wartezimmer eines Arztes). Alle Trainerinnen und Mentorinnen griffen in ihrer Beratung gemäß dem Projektkonzept individuell die Anliegen und Fragen der Klienten auf, und richteten ihre Beratungsaktivitäten daran aus. Dabei bezogen sie das Umfeld der Klienten mit ein, was auf einen Einfluss der systemischen Fortbildungsinhalte auf die Beratungstätigkeit der Trainerinnen und Mentorinnen schließen lässt. Dabei setzten diese verschiedene Strategien ein, die sich als zielführend bei der Verfolgung der angestrebten Resultate erwiesen. Sie verwendeten bspw. gezielt Materialien wie bspw. die Ernährungspyramide, um den Klienten neue Kenntnisse zu vermitteln. Daneben leiteten sie die Klienten durch gemeinsame Analyse ihres täglichen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens an, Verbesserungspotenzia-

le zu erkennen. Sie setzten gezielt auch praktische Elemente in ihrer Beratung ein (bspw. gemeinsames Anschauen der Vorräte der Klienten). Auch gelang es ihnen erfolgreich insbesondere bei der Beratung von Müttern, diese über ihr Verantwortungsgefühl für ihre Kinder, zu Ernährungsumstellungen in der gesamten Familie zu motivieren. Viele Trainerinnen und Mentorinnen sahen es während der Beratungsprozesse als wichtig an, `am Ball zu bleiben´ und ihre Klienten insbesondere bei Motivationstiefs während einer längeren Beratungsdauer zu unterstützen.

Bei einigen Mentorinnen ist zusätzlich ihr Vorbildverhalten positiv hervorzuheben, indem sie zunächst Fortbildungsinhalte in der eigenen Familie umsetzten und mit gutem Beispiel vorangingen. Damit setzten sie im privaten Umfeld Impulse zum Nachfragen und Nachahmen.

#### Handlungsempfehlung:

Die Trainerinnen und Mentorinnen verfügten über einen reichen Schatz verschiedener Vorgehensweisen und Strategien, der es ihnen ermöglichte, praxisnahe, an die Lebenssituation angepasste Beratungen umzusetzen. Gerade die Praxis- und Alltagsnähe der Beratungen sind als Erfolgsstrategie empfehlenswert. Darüber hinaus sollte das Vorbildverhalten der Mentorinnen in ihrem privaten Umfeld gefördert werden, da dadurch andere Eltern und Familien im sozialen Umfeld zum Nachdenken und Nachahmen angeregt werden.

#### **Vernetzung unter Trainerinnen und Mentorinnen fördert Verstetigung des Projektes**

Alle befragten Trainerinnen und Mentorinnen sagten in den Interviews, dass sie auch nach Abschluss des Projekts weiter aktiv beraten wollen. Eine weitere Basis für die Nachhaltigkeit des Projekts, insbesondere im Falle der Gesundheitstrainerinnen, ergibt sich durch den offenbar steigenden Grad der Vernetzung in Eigeninitiative zwischen den Trainerinnen. Sie planten gemeinsame Aktivitäten und unterstützten sich gegenseitig bei der Umsetzung. Durch das Projekt wurden diese Kontakte durch die gemeinsame Fortbildung sowie die regelmäßigen Unterstützungsangebote (Supervision etc.) unterstützt, bei denen die Fortgebildeten regelmäßigen Kontakt und Austausch hatten. Darüber hinaus bestand bereits eine gute Vernetzung zwischen verschiedenen Arbeitskreisen, Initiativen, Projekten und Institutionen im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg, so dass die Trainerinnen auch in diesem Zusammenhang im regelmäßigen Kontakt standen. Für die Nachhaltigkeit des Projekts ist dies als sehr wünschenswert zu betrachten.

#### Handlungsempfehlung:

Die zunehmende Vernetzung zwischen den Trainerinnen, die aus Eigeninitiative erfolgt, bietet eine gute Grundlage für die Verstetigung der Beratungsaktivitäten. Sie könnte ggf. durch weitere, durch das Projekt arrangierte Vernetzungstreffen unterstützt werden, bei denen auch die Mentorinnen aktiv einbezogen werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Beratungstätigkeiten sowohl der Gesundheitstrainerinnen als auch der –mentorinnen als erfolgreich erwiesen hat und sie die angestrebte Zielgruppe erreicht haben. Wird jedoch zusätzlich die Durchführung der Schulung und Rekrutierung von Teilnehmenden ins Blickfeld genommen, ergibt sich, dass sich die Fortbildung von Professionellen zu Gesundheitstrainern sehr gut bewährt hat und eine Weiterführung und Übertragung auf andere Kontexte und Standorte empfehlenswert ist. Durch das ausführliche schriftliche Fortbildungscurriculum und eine detaillierte Projektdokumentation im Abschlussbericht ist eine Grundlage für die Übertragung an andere Standorte und Kontexte gelegt.

Dagegen hat sich die Fortbildung von muttersprachlichen Laien zu Gesundheitsmentorinnen, die überwiegend ehrenamtlich tätig sein sollten, in dem Sinne nicht bewährt, dass sich kaum Personen finden ließen, die bereit waren an der umfangreichen Fortbildung teilzunehmen und ehrenamtlich aktiv zu werden. Dieses Konzept ist in dieser Form zur Weiterführung oder Übertragung nicht empfehlenswert.

An dieser Stelle soll nicht unerwähnt bleiben, dass ein Teil des Projekterfolgs, vor allem die Entwicklung des zielgruppengerechten Curriculums und die Rekrutierung von Trainerinnen und Mentorinnen mit der schon im Vorfeld des Projektes guten Vernetzung und Anbindung an das bereits bestehende, große Netzwerk „Arbeitskreis rund um die Geburt“ zusammenhängt.

## **7 Aussagekraft und Grenzen der Evaluation**

Im Falle des Projekts „Gesund sind wir stark! Sagliki daha güclüyüz“ in Berlin sah sich die Evaluation mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Eine Befragung der durch die Trainerinnen und Mentorinnen beratenen Klienten durch die Evaluation war ausgeschlossen, da sonst das Vertrauensverhältnis der beiden Parteien gefährdet worden wäre. Somit musste die Evaluation auf Dokumentationen von begleiteten Fällen zurückgreifen, die durch die Trainerinnen und Mentorinnen selbst geführt wurden. (vgl. Arbeitspapier 1 „Hintergrund und Methoden der vertieften Maßnahmenevaluationen“, Kap. B 3.4.2 „Besonderheiten bei der Evaluation mit `schwer erreichbaren Zielgruppen“)

Die an der Evaluation beteiligten Trainerinnen und Mentorinnen erhielten Fragebogen zu ihren Klienten, Dokumentationsbogen für den Beratungsprozess sowie einen Leitfa-



den für eine Nachbefragung 3-6 Monate nach Ende der Beratungen. Sie wurden hinsichtlich der Durchführung von Dokumentation und Nachbefragung intensiv vom MRI geschult und betreut. In einem Interview mit einer Evaluatorin des MRI gaben die Trainerinnen und Mentorinnen nach der Nachbefragung ihrer Klienten ergänzende Informationen zu den dokumentierten Fällen und beantworteten Fragen zur Wahrnehmung und Bewertung der Angebote des Projekts und zu ihrer Rolle als Trainerin bzw. Mentorin.

Trotz der angebotenen Unterstützung bei der Falldokumentation und Nachbefragung, sowie eines finanziellen Anreizes für die Dokumentation und die abschließende Befragung der Klienten, übergaben die Trainerinnen und Mentorinnen nicht in allen Fällen vollständige und aussagekräftige Unterlagen, die durch die externe Evaluation hätten ausgewertet werden können. Teils wurden keine abschließenden Interviews mit den Klienten geführt bzw. konnten nicht geführt werden. (vgl. in Kap. 4.3, Tab. 2, die eine Übersicht der vorgelegten Dokumente und Informationen zu den begleiteten Fällen gibt). Die Interviews mit den Trainerinnen und Mentorinnen erwiesen sich entsprechend als außerordentlich wichtig, um relevante Informationen und Einschätzungen zu den dokumentierten Fällen zu erhalten.

Diese Erfahrung korrespondiert mit der, durch die Projektkoordinatorin geschilderten Feststellung, dass die Trainerinnen und Mentorinnen nicht bzw. nur unter intensivster Begleitung in der Lage und willens waren, ihre Tätigkeit zu dokumentieren, auch weil sie viele ihrer Aktivitäten gar nicht als `Beratung` wahrnahmen.

Die vorgestellten Ergebnisse der Maßnahmenevaluation beruhen ausschließlich auf den schriftlichen Dokumentationen und Aussagen der vier interviewten Trainerinnen und zwei interviewten Mentorinnen. Diese wurden stellvertretend für die insgesamt 44 Trainerinnen und 12 Mentorinnen in die Evaluation einbezogen. Insgesamt wurden 14 Beratungsfälle dokumentiert und der Evaluation zur Analyse zur Verfügung gestellt. Die Einschätzungen der Trainerinnen und Mentorinnen wurden ergänzt durch Aussagen der Projektkoordinatorin in einem ebenfalls qualitativen Interview, die den aus den übrigen Interviews gewonnenen Eindruck aus einer Metaperspektive heraus stützte.

Die interviewten Trainerinnen und Mentorinnen wurden mit Unterstützung des Projekts ausgewählt und sollten die verschiedenen Beteiligtegruppen abbilden. Es muss an dieser Stelle davon ausgegangen werden, dass die durch die Projektkoordination vorgeschlagenen Trainerinnen und Mentorinnen die Gesamtgruppe der Fortgebildeten in ihrer Verschiedenheit gut repräsentierten. Es handelte sich jedoch um Trainerinnen und Mentorinnen, die in einem guten Kontakt zum Projekt standen indem sie z. B. regelmäßig an den Supervisionen und Qualitätszirkeln teilnahmen. Unter diesen Bedingungen sind die vorliegenden Evaluationsergebnisse lediglich als Hinweise auf Bewertungen und Resultate zu verstehen, die möglicherweise auch bei den übrigen Trainerinnen und Mentorinnen aufgetreten sind, und sind keinesfalls verallgemeinerbar. Dass

sich in den Aussagen der befragten Frauen keine grundsätzlichen Widersprüche ergeben, stützt die Annahme der Gültigkeit dieser Ergebnisse.

Im Fall der vorliegenden Maßnahmeevaluation konnte nicht - wie bei anderen Maßnahmeevaluationen - neben den Interviews und den Dokumentationen der Trainerinnen und Mentorinnen auf weitere Datenquellen zurückgegriffen werden. Ergänzende Datenquellen, wie z.B. Fortbildungsevaluation oder Interviews der beratenen Personen hätten es erlaubt, den Grundsatz der Triangulation in Hinblick auf die Betrachtung des Gegenstands einzulösen und die Gültigkeit der Ergebnisse weiter zu unterstützen.

## **8 Zusammenfassung**

Als ein Beispiel für den Maßnahmentyp „Ausbildung von Multiplikatoren, die Maßnahmen für Eltern anbieten“ wurde die Maßnahme „Beratungen der Gesundheitstrainerinnen und –mentorinnen“ des Modellprojektes „Gesund sind wir stark! Sagliki daha güc-lüyüz!“ in Berlin vertieft evaluiert. Im Rahmen der Maßnahme wurden die Professionellen zu Gesundheitstrainerinnen und Laien zu Gesundheitsmentorinnen intensiv fortgebildet zu den Themen Ernährung, Bewegung und systemische Beratung. Die Gesundheitstrainer berieten im Anschluss überwiegend im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit und die Gesundheitsmentoren im privaten Kontext zu den Themen Ernährung und Bewegung. Hierbei wurden sie durch das Projekt mit verschiedenen Angeboten wie Supervision, Coaching, Qualitätszirkel weiter unterstützt und begleitet. Ziel der Beratungen war, die Zielgruppe der (werdenden) Familien türkischer oder arabischer Herkunft mit Kindern bis zu drei Jahren zu erreichen und bei diesen gesundheitsrelevante Verhaltensgewohnheiten zu verbessern.

Evaluationsgegenstand war die Beratungstätigkeit der Trainerinnen und Mentorinnen mit der Fragestellung, ob sich durch die Beratungen bei der Zielgruppe der Familien Resultate hinsichtlich eines gesundheitsförderlichen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens ergeben hatten.

Es wurde ein qualitatives Evaluationsdesign entwickelt. Zur Datengewinnung wurden exemplarisch vier Gesundheitstrainerinnen, zwei Gesundheitsmentorinnen sowie die Projektkoordinatorin interviewt und es wurde auf Falldokumentationen der befragten Beraterinnen zurückgegriffen, die diese zu ausgewählten Fällen anfertigten. Sie befragten die Klienten einige Monate nach Abschluss der Beratung in Form eines Interviews zum aktuellen Stand der Verhaltensänderungen. Dieses Design griff auf die Trainerinnen und Mentorinnen als Interviewerinnen der Zielgruppe der Familien zurück, da den externen Evaluatoren bei den aufsuchenden, niedrighwelligen Angeboten ein direkter Zugang zu den Familien nicht möglich gewesen ist.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Trainerinnen und Mentorinnen sich durch die Fortbildungen gut auf ihre Tätigkeit vorbereitet fühlten. Insbesondere die systemische Beratung als Bestandteile der Fortbildung wurde positiv hervorgehoben. Sie

fühlten sich zudem gut durch das Projekt betreut und nahmen teilweise weitere Unterstützungsangebote wie bspw. Supervision gerne an.

Die Trainerinnen und Mentorinnen setzten vielfältige Beratungsaktivitäten um; im Falle der Trainerinnen jeweils angepasst an den Kontext ihrer beruflichen Tätigkeit. Dabei griffen sie erfolgreich auf Materialien des Projekts zurück und bedienten sich verschiedener Strategien in der Beratung.

Neben der genannten Hauptzielgruppe des Projekts wurden auch Personen weiterer Herkunftsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund sowie Familien mit Kindern erreicht, die älter als drei Jahre waren. Durch die Beratungsaktivitäten der Trainerinnen und Mentorinnen konnten im überwiegenden Teil der dokumentierten Fälle ein Kenntniszuwachs festgestellt sowie kleine und größere Verhaltensänderungen erzielt werden. Vor allem ist hier die Umstellung der Ernährung hin zu einer ausgewogeneren Zusammenstellung zu nennen, wobei bestimmte kritische Lebensmittel reduziert oder ausgeschlossen wurden. In Hinblick auf die Bewegung gelang es in einigen Fällen, diese stärker im Alltag der Klienten zu etablieren bzw. eine sportliche Betätigung anzuregen. Teils resultierten die genannten Veränderungen in einem erhöhten körperlichen Wohlbefinden bzw. dem Rückgang körperlicher Beschwerden.

Wichtige Gelingensbedingungen der Tätigkeit der Trainerinnen und Mentorinnen fanden sich neben der guten Vorbereitung durch die Fortbildungen, der Auswahl geeigneter Beratungsstrategien sowie einem guten Vertrauensverhältnis zwischen Beraterin und Klienten vor allem bei den Klienten selbst. Die Beratung führte vor allem dann nicht zum Ziel (hinderliche Bedingungen), wenn es in den Familien bzw. bei den beratenen Personen massive Probleme im gesundheitlichen, psychischen oder familiären Bereich gab.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Beratungstätigkeit sowohl der Gesundheitstrainerinnen als auch der –mentorinnen als erfolgreich erwiesen hat. Wird zusätzlich die Durchführung der Schulung und Rekrutierung von Teilnehmenden ins Blickfeld genommen, ergibt sich, dass sich die Fortbildung von Professionellen zu Gesundheitstrainern sehr gut bewährt hat und eine Weiterführung und Übertragung auf andere Kontexte und Standorte empfehlenswert ist. Dagegen hat sich die Fortbildung von muttersprachlichen Laien zu Gesundheitsmentorinnen, die überwiegend ehrenamtlich tätig sein sollten, in dem Sinne nicht bewährt., dass sich kaum Personen finden ließen, die bereit waren an der umfangreichen Fortbildung teilzunehmen und ehrenamtlich aktiv zu werden. Dieses Konzept ist in dieser Form zur Weiterführung oder Übertragung nicht empfehlenswert.

## **Anhang**

- (1) Übersicht über die umgesetzten Fortbildungskurse für Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen
- (2) Übersicht über die dokumentierten Fälle

**Anhang 1: Übersicht über die umgesetzten Fortbildungskurse für Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen**

<b>Lehrgang</b>	<b>Dauer</b>	<b>Beginn</b>	<b>TN-Zahl zu Beginn</b>	<b>TN mit Zertifikat</b>	<b>Geschlecht der TN</b>	<b>Herkunft der TN</b>
<b>Gesundheitsmentorinnen</b>	34 Halbtagesmodule (9-13 Uhr)	24.4.2007	18	10	18 Frauen	2 deutsche Frauen mit türkischen Sprachkenntnissen hauptsächlich Frauen türkischer Herkunft, wenige arabischer Herkunft
<b>Gesundheitstrainerinnen 1</b>	11 eintägige Seminareinheiten (9-15.30 Uhr) 14-tägig	25.4.2007	20	20	2 Männer 18 Frauen	5 mit türkischem Migrationshintergrund (incl. 2 Männer)
<b>Gesundheitstrainerinnen 2</b>	11 eintägige Seminareinheiten (9-15.30 Uhr) 14-tägig	28.11.2007	17	14	1 Mann 16 Frauen	4 mit türkischem Migrationshintergrund (incl. 1 Mann)
<b>Gesundheitstrainerinnen und Gesundheitsmentorinnen</b>	11 eintägige Seminareinheiten (9-15.30 Uhr) 14-tägig	23.01.2008	15 (4 Mentorinnen, 11 Trainerinnen)	13	2 Männer 13 Frauen	8 mit türkischem Migrationshintergrund (incl. 2 Männer)

Quelle: Abschlussbericht des Modellprojekts vom November 2009 (S. 29-34)

**Anhang 2: Übersicht über die dokumentierten Fälle**

<b>Fall</b>	<b>Mitglieder des Haushalts (Alter)</b>	<b>Herkunft</b>	<b>Beruf/Ausbildung</b>	<b>Hauptklientin</b>	<b>Beratungsanlass/inhaltliche Schwerpunkte der Beratung</b>
<b>Familie 1.1</b>	Mutter (29), Vater (32), drei Kinder zum Zeitpunkt des Nachinterviews (neugeboren, 1, 7)	Türkischer Herkunft	Mutter keine Ausbildung/ Hausfrau; Vater Handwerker/zum Beratungszeitpunkt im Gastronomiebereich tätig	Mutter	Mutter ist stark übergewichtig und möchte abnehmen; Ernährungsumstellung der Mutter/gesamten Familie
<b>Familie 1.2</b>	Mutter (26); Vater (29), ein Kind (beim ersten Termin drei Monate alt, bis Abschlussinterview ist Kind gut 1,5 Jahre)	Deutsch	Mutter keine Ausbildung, zum ersten Termin in Elternzeit, später Abiturvorbereitung; Vater keine Ausbildung, später Elternzeit	Beide Eltern	Stillen, Bewegungsförderung des Kindes, Sport der Eltern u. a.
<b>Klientin 2.1</b>	Vater, allein erziehend mit fünf Kindern	Griechischer Herkunft	Vater ist als Hilfskoch tätig	15-jährige Tochter der Familie	u. a. die Notwendigkeit eines Frühstücks, regelmäßiges Trinken und Auswahl von Getränken, Nahrungsauswahl zum Abnehmen, Initiierung regelmäßigen Sports (Schwimmen)
<b>Familie 3.1</b>	Mutter (31), Vater, drei Kinder (von neugeboren bis fünf Jahre)	Libanesischer Herkunft	Mutter gelernte Fotografin, in Deutschland Hausfrau; Vater gelernter Ingenieur, in Deutschland Chefkoch im italienischen Restaurant	Mutter	Mutter möchte abnehmen, versucht dies zunächst mit Pillen aus dem Internet; Ernährungsumstellung der Mutter/gesamten Familie
<b>Familie 3.2</b>	Mutter (29) mit zwei Kindern (Neugeborenes und zweijähriger Sohn), Vater des zweiten Kindes, lebt nicht dauernd bei der Partnerin	Afrikanischer Herkunft	Mutter und Vater Studierende Ingenieursstudiengänge; Nebenjobs	Mutter	Mutter möchte nach der Schwangerschaft abnehmen; Ernährungsumstellung der Mutter/gesamten Familie, Bewegung im Alltag
<b>Familie 4.1</b>	Mutter (46), fünf Kinder zwischen sieben und 26, Vater	Türkischer Herkunft	Mutter keine Ausbildung/ arbeitet Teilzeit; Vater arbeitslos	Mutter	Mutter möchte abnehmen, Ernährungsumstellung der Mutter/gesamten Familie, Bewegung im Alltag
<b>Familie 4.2</b>	Mutter (40), vier Kinder zwischen fünf und 20; Scheidung vom Vater läuft zum Beratungszeitpunkt	Arabischer Herkunft	Mutter arbeitet stundenweise	Mutter	Mutter möchte abnehmen, versucht dies zunächst mit Pillen aus dem Internet; Ernährungsumstellung der Mutter/gesamten Familie, Bewegung im Alltag

## Anhang 2: Übersicht über die dokumentierten Fälle

<b>Mutter 4.3</b>	Mutter (33), zwei Kinder (4 und 8); Scheidung vom Vater läuft zum Beratungszeitpunkt	Kurdischer Herkunft	Mutter arbeitet stundenweise als Raumpflegerin	Mutter	Mutter möchte abnehmen; Ernährungsumstellung der Mutter/gesamten Familie, Bewegung im Alltag
<b>Familie 4.4</b>	Mutter (44), zwei Töchter (11 und 16), Vater	Arabischer Herkunft	Mutter und Vater arbeitslos/keine Ausbildung	Mutter und jüngere Tochter	Übergewicht der jüngeren Tochter und Möglichkeiten, dieses zu reduzieren; Stellung von Essen in der Familie
<b>Mutter 5.1</b>	Mutter (39) mit einer Tochter (8)	Deutsch	Mutter arbeitet als Sozialpädagogin	Mutter	Mutter möchte abnehmen, isst zuviel in Stresssituationen; Ernährungsumstellung und Bewegung
<b>Familie 5.2</b>	Mutter (40), zwei Kinder (5 und 9), Vater	Deutsch	Mutter Krankenschwester/zum Beratungszeitpunkt Hausfrau; Vater Ingenieur	Mutter	Mutter möchte abnehmen; Trennkost-Diät, Sport; Allergien (Neurodermitis) des jüngeren Kindes und deren Zusammenhang mit Ernährung
<b>Mutter 5.3</b>	Mutter (37) mit einem Sohn (4)	Deutsch	Mutter in Umschulung zur Schneiderin	Mutter	Verstopfung des Kindes und mögliche Gegenmaßnahmen/Vorbeugung; Mutter möchte abnehmen; Ernährungsumstellung
<b>Familie 6.1</b>	Mutter (etwa Ende 30), drei Kinder (zwischen 3 und 16), verheiratet, Vater	Türkischer Herkunft	Mutter keine Ausbildung/ Hausfrau; Vater Kraftfahrer	Mutter	Mutter ist stark übergewichtig und möchte abnehmen; Ernährungsumstellung der Mutter/gesamten Familie
<b>Mutter 6.2</b>	Mutter (etwa Mitte 30) mit einer Tochter (11)	Türkischer Herkunft	Mutter keine Ausbildung/ Hausfrau	Mutter und Tochter	Mutter und Tochter sind übergewichtig und möchten abnehmen; Ernährungsumstellung der Mutter/Tochter; Menge der zubereiteten Speisen u. a.



**Max Rubner-Institut**  
**Bundforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel**  
Institut für Ernährungsverhalten

Adresse Haid-und-Neu-Straße 9, 76131 Karlsruhe

Telefon +49 (0)721 6625 562

Fax +49 (0)721 6625 552

E-Mail [corinna.willhoeft@mri.bund.de](mailto:corinna.willhoeft@mri.bund.de)

Internet [www.mri.bund.de](http://www.mri.bund.de)