

GKV-Bündnis für  
**GESUNDHEIT**



Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention  
und Gesundheitsförderung in Kommunen. Ein Scoping Review.

**ERGEBNISBERICHT**

## Impressum

Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Ein Scoping Review.

Ergebnisbericht

Bearbeitungszeitraum: 18.10.2017 – 08.06.2018

Autoren: Jelena Sörensen, Ina Barthelmes, Jörg Marschall, IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin

Unter Mitarbeit von: Edith Arndt

Auftraggeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V Abs. 3 und 4.

Herausgeber: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Gestaltung: Fink & Fuchs AG  
Fotonachweis: Tobias Vollmer, Köln

Berlin, 2018

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.



## Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Ein Scoping Review.

### Über das **GKV-Bündnis für GESUNDHEIT**:

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert dabei u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung damit beauftragt, die Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit Mitteln der Krankenkassen umzusetzen.

Weitere Informationen: [www.gkv-buendnis.de](http://www.gkv-buendnis.de)

## Inhalt

	<b>Zusammenfassung</b> .....	8
<b>1</b>	<b>Thematischer Hintergrund und Ziele des Vorhabens</b> .....	9
<b>2</b>	<b>Kurzdarstellung: methodisches Vorgehen des Scoping Reviews und Ergebnisse der Recherche</b> .....	13
2.1	Methodisches Vorgehen des Scoping Reviews .....	13
2.2	Ergebnisse der Recherche und eingeschlossene Studien .....	13
<b>3</b>	<b>Narrativer Review</b> .....	16
3.1	Fragestellung 1: Strategien der Erreichbarkeit.....	17
3.1.1	Tailoring.....	17
3.1.2	Community Engagement, Partizipation & Empowerment, Capacity Building.....	18
3.1.3	Zugang über Institutionen, Kooperationen & „Zugeh-Struktur“ .....	20
3.1.4	Einsatz von Multiplikatoren, einschließlich Peers oder Community Health Worker.....	21
3.1.5	Strategien der Rekrutierung .....	22
3.1.6	Verwendung von Theorien, Modellen oder Konzepten zur Planung, Durchführung oder Bewertung von Interventionen.....	24
3.1.7	Technikbasierte bzw. heimbasierte Interventionen .....	25
3.1.8	Sonstige Strategien.....	26
3.1.9	Verhältnispräventive Maßnahmen.....	26
3.2	Fragestellung 2: Förderliche Faktoren der Inanspruchnahme .....	27
3.2.1	Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status .....	28
3.2.2	Ältere .....	29
3.2.3	Migrantinnen und Migranten / ethnische Minderheiten.....	30
3.3	Fragestellung 3: Inhaltlich-methodische Gestaltung der Interventionen.....	30
3.4	Studienexzerpte .....	31
3.4.1	Albright et al. (2015): Health Promotion Text Messaging Preferences and Acceptability Among the Medically Underserved .....	32
3.4.2	Al-Delaimy WK & Webb M (2017): Community Gardens as Environmental Health Interventions: Benefits Versus Potential Risks.....	33
3.4.3	Atkinson et al. (2009): Rural eHealth nutrition education for limited-income families: an iterative and user-centered design approach .....	35
3.4.4	Belza et al. (2004): Older adult perspectives on physical activity and exercise: voices from multiple cultures.....	37
3.4.5	Born & Claßen (2014): Fitness- und Bewegungsparcours im öffentlichen Raum. Ein Beitrag zur Bewegungsförderung in der Zielgruppe 50+ .....	38
3.4.6	Brand et al. (2015): Wie erreichen Präventionsprojekte ihre Zielgruppen? Auswertung einer Befragung der im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung geförderten Projekte .....	39
3.4.7	Brand & Jungmann (2010): Zugang zu sozial benachteiligten Familien – Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojekts „Pro Kind“ .....	41
3.4.8	Brandstetter et al. (2017): Empowerment for healthy nutrition in German communities: a study framework.....	43

3.4.9	Briant et al. (2016): The power of digital storytelling as a culturally relevant health promotion tool.....	44
3.4.10	Bröning et al. (2012): Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review.....	46
3.4.11	Bukman et al. (2014): Perceptions on healthy eating, physical activity and lifestyle advice: opportunities for adapting lifestyle interventions to individuals with low socioeconomic status.....	48
3.4.12	Carrol et al. (2016): What are successful recruitment and retention strategies for underserved populations? Examining physical activity interventions in primary care an community settings .....	49
3.4.13	Chen et al. (2015): Eye care services for the populations of remote districts in eastern Taiwan: a practical framework using a Mobile Vision Van Unit.....	51
3.4.14	Cleland et al. (2012): Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis .....	52
3.4.15	Collie-Akers et al. (2013): Measuring progress of collaborative action in a community health effort .....	53
3.4.16	Crixell et al. (2013): Improving Children’s Menus in Community Restaurants: Best Food for Families, Infants, and Toddlers (Best Food FITS) Intervention.....	54
3.4.17	Drummond et al. (2016): Measuring progress of collaborative action in a community health effort .....	56
3.4.18	Everson-Hock et al. (2013): Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: A mixed methods systematic review.....	58
3.4.19	Farren et al. (2010): Mall Walking Program Environments, Features, and Participants: A Scoping Review .....	60
3.4.20	Ford et al. (2013). A Systematic Review of Peer-Support Programs for Smoking Cessation in Disadvantaged Groups.....	63
3.4.21	Gabrys et al. (2010): Sportmedizinische Bewegungsberatung bei Arbeitslosen .....	64
3.4.22	Große et al. (2012): Community-based health promotion for socially disadvantaged mothers as health managers of their families: Strategies for accessing the target group and their effectiveness .....	65
3.4.23	Hildebrand, M. & Neufeld, P. (2009). Recruiting older adults into a physical activity promotion program: Active living every day offered in a naturally occurring retirement community .....	67
3.4.24	Hurrelmann et al. (2017): Gesundheitsförderung durch Elternbildung in „Settings“: Strategien zur Erreichbarkeit sozial benachteiligter Mütter und Väter.....	69
3.4.25	Kornet-van der Aa et al. (2017): The effectiveness and promising strategies of obesity prevention and treatment programmes among adolescents from disadvantaged backgrounds: a systematic review .....	71
3.4.26	Lakerveld et al. (2014): Environmental interventions in low-SES neighbourhoods to promote healthy behaviour: enhancing and impeding factors.....	72
3.4.27	Laws et al. (2014): The impact of interventions to prevent obesity related behaviors in children (0-5 year) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review .....	74
3.4.28	Linnan et al. (2014): A Literature Synthesis of Health Promotion Research in Salons and Barbershops.....	76

3.4.29	McMahon, S. & Fleury, J. (2012): External validity of physical activity interventions for community-dwelling older adults with fall risk: A quantitative systematic literature review.....	78
3.4.30	Mendoza-Vasconez et al. (2016): Promoting Physical Activity Among Underserved Populations.....	81
3.4.31	Michie et al. (2010): Low-income groups and behaviour change interventions: a review of intervention content, effectiveness and theoretical frameworks .....	82
3.4.32	Moore et al. (2016): Effective Community-Based Physical Activity Interventions for Older Adults Living in Rural and Regional Areas: A Systematic Review .....	84
3.4.33	Mossakowski et al. (2009): Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Stufen der Partizipation und Beispiele aus einem Wissenschaftspraxisprojekt in der Hamburger Lenzsiedlung.....	86
3.4.34	Nelson et al. (2004): Partnerships and Participation of Community Residents in Health Promotion and Prevention: experiences of the Highfield Community Enrichment Project (better beginnings, better futures) .....	88
3.4.35	Netto et al. (2010): How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions .....	89
3.4.36	O'Mara-Eves et al. (2015): The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis .....	91
3.4.37	Plouffe, L. A. & Kalache, A. (2011). Making communities age friendly: state and municipal initiatives in Canada and other countries .....	93
3.4.38	Schwarte et al. (2010): The Central California Regional Obesity Prevention Program: Changing Nutrition and Physical Activity Environments in California's Heartland.....	95
3.4.39	Stolzenberg et al. (2013): Wege zu Familien in sozial benachteiligten Regionen: Ergebnisse der Evaluation des Projekts Stadtteilmütter in Berlin-Kreuzberg.....	96
3.4.40	Ubert et al. (2017): Community Capacity Building for Physical Activity Promotion among Older Adults – A Literature Review.....	98
3.4.41	Withall et al. (2012): The effect of a community-based social marketing campaign on recruitment and retention of low-income groups into physical activity programmes – a controlled before-and-after study.....	100
<b>4</b>	<b>Resümee und Diskussion.....</b>	<b>103</b>
<b>5</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>107</b>

<b>6</b>	<b>Anhang 1: Methodik</b> .....	112
6.1	Recherche, Suchstrategie.....	112
6.1.1	Kriterien für die Literaturrecherche.....	112
6.1.2	Generierung von Suchstrings.....	114
6.1.3	Suche in elektronischen Literaturdatenbanken .....	116
6.2	Testrecherche .....	120
6.3	Finale Suchstrings.....	121
6.4	Literaturselektion.....	126
6.4.1	Ein- und Ausschlusskriterien .....	126
6.5	Handsuche.....	127
6.6	Datenextraktion .....	128
<b>7</b>	<b>Anhang 2: Liste verbliebener nicht exzerpierter Studien</b> .....	129

## Zusammenfassung

**Hintergrund und Ziele des Vorhabens:** Bestimmte Gruppen der Bevölkerung sind besonders von sozialbedingter gesundheitlicher Ungleichheit betroffen, bspw. aufgrund ihrer physischen oder psychischen Konstitution oder infolge enger bzw. armer materieller Verhältnisse. Solche Gruppen, denen eine vollumfängliche Teilhabe des gesellschaftlichen Lebens in der Regel verwehrt ist, gelten als gesundheitlich besonders verletzlich bzw. vulnerabel. Vulnerable Gruppen weisen den mit Abstand größten Präventionsbedarf auf, nehmen ihrerseits aber deutlich seltener Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch als nicht vulnerable oder sozial besser gestellte Personengruppen. Um diesem als „Präventionsdilemma“ bekannten Ungleichgewicht zukünftig wirkungsvoll zu begegnen, bedarf es spezifischen Wissens darüber, wie vulnerable Zielgruppen zukünftig erfolgreicher angesprochen werden können. Der vorliegende Scoping Review möchte hierfür einen Beitrag leisten, indem für das kommunale Setting spezifische Strategien identifiziert werden, die geeignet sind, die Reichweite von sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiven Maßnahmen bei vulnerablen Gruppen zu erhöhen. Des Weiteren werden Barrieren und förderliche Faktoren zusammengetragen, die mit einer erhöhten Inanspruchnahme einhergehen sowie inhaltlich-methodische Gestaltungsmerkmale von besonders wirksamen Interventionen benannt.

**Methodik:** Für die Erstellung des Scoping Reviews erfolgte eine systematische Literaturrecherche in drei elektronischen Datenbanken, welche um eine Handsuche ergänzt wurde. Die Trefferlisten wurden auf Basis von Titel und Abstract gesichtet, bei potentiell relevanten Studien wurde der Volltext geprüft. Die Literaturselektion erfolgte unter Berücksichtigung vorab definierter Ein- und Ausschlusskriterien. Aus den 41 final eingeschlossenen Veröffentlichungen wurden nach einem systematischen Schema die interessierenden Informationen extrahiert und für die Ergebnisdarstellung in übersichtliche Studienexzerpte überführt.

**Ergebnisse:** Es konnte eine Vielzahl an Strategien identifiziert werden, die mit einer erhöhten Erreichbarkeit bei vulnerablen Gruppen assoziiert sind. Hierbei finden einige Strategien in vielen Studien Anwendung und erscheinen aufgrund der Ergebnisse als vielversprechend. Dazu gehören Partizipation und Empowerment einschließlich Community Engagement und Capacity Building, der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bzw. Peers, das so genannte Tailoring (Anpassung), der Zugang über Institutionen mit Hilfe von Kooperationen, die Bezugnahme auf Theorien, Modelle oder Konzepte sowie verschiedenste Strategien der Rekrutierung und verhältnispräventive Maßnahmen. Viele dieser Strategien bringen bei allen vulnerablen Zielgruppen positive Effekte mit sich, manche unterscheiden sich jedoch auch in ihrer Effektivität hinsichtlich einzelner Subgruppen. Als förderlich über alle Zielgruppen hinweg wirken niedrigschwellige Angebote, die Verfügbarkeit oder Bereitstellung von Transportmöglichkeiten, individuell angepasste Interventionen, der Einsatz von Peers, vertrauensvolle und empathische Kursleiterinnen und Kursleiter, soziale Unterstützung sowie der aktive Einbezug in die Planung und/oder Durchführung von Maßnahmen. Erfolgreiche Interventionen sind vielfach gruppenbasiert, auf eine bestimmte Altersgruppe sowie ein bestimmtes gesundheitliches Themenfeld fokussiert und setzen neben einer reinen Wissensvermittlung vor allem auf den Ausbau von eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen. Eine weitere wichtige Erkenntnis des Scoping Reviews ist zudem die bisher zum Thema dünne Evidenzlage und der Bedarf an weiterführender Forschung.

## 1 Thematischer Hintergrund und Ziele des Vorhabens

Deutschland und andere westliche Gesellschaften haben in den letzten Jahrzehnten eine deutliche gesundheitliche Verbesserung – beispielsweise in Form einer gesteigerten Lebenserwartung – erfahren. Doch nicht alle Angehörigen der Gesellschaft profitieren von dieser Entwicklung. Dort, wo unterschiedliche Gesundheitschancen oder Lebenserwartungen in der Bevölkerung aufgrund von einem ungerechten Zugang zu Gesundheitschancen oder einer ungerechten Exposition gegenüber gesundheitsschädigenden Einflüssen bestehen, wird von gesundheitlicher Ungleichheit gesprochen (Lehmann & Weyers, 2007). Aus diesem Grund wird der Entwicklung und Verankerung einer gesundheitlichen Chancengleichheit zunehmend größere Bedeutung beigemessen. Eine solche Chancengleichheit zielt auf die Herstellung gleicher Möglichkeiten ab, gesund zu sein und zu bleiben, und zwar unabhängig von sozialem Status, nationaler Zugehörigkeit, Alter und Geschlecht (Altgelt, 2010).

Um gesundheitliche Chancengleichheit herstellen zu können, bilden Prävention und Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Personen zentrale Bausteine. Hierbei stehen oftmals Menschen im Fokus, die sowohl von vertikaler als auch von horizontaler sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sind. Vertikale Ungleichheit ist bedingt durch einen niedrigen sozio-ökonomischen Status (Bildung, Einkommen, berufliche Stellung); horizontale Ungleichheit hat ihren Ursprung überwiegend im Geschlecht, dem Alter, dem ethnischen Hintergrund oder dem Familienstand (Kaba-Schönstein & Kilian, 2017). Daneben gibt es aber noch weitere, als „vulnerabel“ bezeichnete Bevölkerungsgruppen, die einen besonders großen Interventionsbedarf aufweisen.

Eine solche „Vulnerabilität“ [...] findet sich besonders häufig dort, wo die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren volle Teilhabe an der Gesellschaft prekär oder beschädigt ist [...], mit engen oder armen materiellen Verhältnissen zusammentrifft“, definiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter Verweis auf das Gutachten 2007 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen<sup>1</sup>. Die Frage danach, welche Gruppen der Bevölkerung nach dieser Definition gesundheitlich besonders vulnerabel sind, beantwortet der Sachverständigenrat im Gutachten 2007 wie folgt:<sup>2</sup>

„Vulnerabel zu sein besagt [...] zunächst nicht mehr, als gesundheitlich relevanten Belastungen ausgesetzt zu sein [...] und diese nicht bewältigen zu können [...]. [...] Gruppen [sind] dann als besonders vulnerabel anzusehen, wenn bei Ihnen aufgrund von sozialen (einschl. ökonomischen) Faktoren eine überdurchschnittlich hohe Erkrankungswahrscheinlichkeit, [Behinderungs- oder Sterbewahrscheinlichkeit] vorliegt. [...] [D]as wichtigste Aufgreifkriterium für Primärprävention in vulnerablen Gruppen [ist] das Vorliegen einer sozialen Benachteiligung [...]. [...] Unter [sozialer] Benachteiligung ist zu verstehen, dass die Chancen von Einzelnen, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, aufgrund von Faktoren, die sie selbst nicht oder kaum beeinflussen können, stark gemindert sind. [A]ls Kriterien für die Identifikation von Zielgruppen [...] [kommen] dabei insbesondere in Betracht:

<sup>1</sup> Siehe Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung. Bonn: SVR. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung\\_2007.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf) [Abruf am: 21. März 2018], S. 84.

<sup>2</sup> Siehe Bundestagsdrucksache 16/6339: Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. 7. September 2007. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [Abruf am: 21. März 2018], S. 335.

- sehr niedriges Einkommen (z. B. Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger und ihre Familienangehörigen),
- sehr niedriger sozialer Status (z. B. ungelernete Arbeiterinnen und Arbeiter und Minijobber),
- sehr niedrige Schulbildung (z. B. Personen ohne qualifizierten Hauptschulabschluss) [sowie]
- andere soziale Benachteiligungen (z. B. Arbeitslose, Alleinerziehende, Migrantinnen und Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen, Behinderte).<sup>4</sup>

Die Bekämpfung der sozialen Ungleichheit ist ein wichtiges Ziel der Gesellschaft und der öffentlichen Gesundheit. Dies zeigt sich auch in der Verabschiedung des Präventionsgesetzes vom 01. Juli 2015. Das Gesetz beauftragt die Gesetzlichen Krankenversicherungen als übergeordnetes Ziel mit der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen sowie einer gezielten Stärkung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.<sup>3</sup> Eine nationale Regierungsstrategie zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, wie es sie bspw. in England oder Norwegen gibt, kann Deutschland allerdings nicht vorweisen. Doch auch hierzulande gibt es einige gesundheitspolitische Aktivitäten, die das Ziel der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten verfolgen (Weyers & Richter, 2010). Hierzu zählt neben dem Präventionsgesetz z. B. der bundesweite „Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, der von der BZgA initiiert wurde. Ziel ist die Stärkung und Verbreitung guter Praxis in Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Die Erkenntnisse werden auf der Plattform „Gesundheitliche Chancengleichheit“ bereitgestellt. Der Kooperationsverbund hat zudem zwölf Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten entwickelt. Um die Vernetzung auf der Ebene der Bundesländer zu unterstützen und zu fördern, wurden regionale Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit aufgebaut (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017). Die Nationalen Gesundheitsziele für Deutschland thematisieren bisher nicht explizit die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit<sup>4</sup>. Dennoch wird gesundheitliche Chancengleichheit als Querschnittsanforderung bei der Auswahl, Formulierung, Evaluierung und Aktualisierung der nationalen Gesundheitsziele berücksichtigt (Fehr et al., 2014). Daneben gibt es noch weitere Aktivitäten kleineren Ausmaßes sowie europäische Initiativen mit deutscher Beteiligung.

Dass Gesundheitsrisiken – nicht nur in Deutschland, sondern auch international – innerhalb der Gesellschaft ungleich verteilt sind, ist demnach seit Jahren hinreichend bekannt. Ebenso bekannt ist, dass gerade diejenigen Gruppen in der Bevölkerung, welche gesundheitlich als besonders vulnerabel gelten, Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung seltener wahrnehmen als nicht vulnerable Gruppen und noch deutlich seltener im Vergleich zu Personen mit hohem sozioökonomischen Status. Sie sind mithin in diesen Maßnahmen stark unterrepräsentiert – und das, obwohl sie den größten Präventionsbedarf aufweisen. Dieses als „Präventionsparadox“ bzw. „Präventionsdilemma“ bezeichnete Phänomen stellt die wohl größte Herausforderung bei der praktischen Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung dar. So kommt es (ungewollt) zu einer stetigen Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den Bevölkerungsgruppen.

Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass vulnerable Zielgruppen mit lebensweltbezogenen Interventionen am besten erreicht werden können. Durch Interventionen im Setting lässt sich eine Stig-

<sup>3</sup> Siehe § 20 Abs. 1 SGB V.

<sup>4</sup> Nationale Gesundheitsziele sind Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Mittlerweile gibt es für Deutschland neun nationale Gesundheitsziele. GVG Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und gestaltung- e.V. (o. J.): Was sind Gesundheitsziele? Köln: GVG. [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) [Abruf am: 16. Mai 2018].

omatisierung der sozial Benachteiligten oder besonders verletzlichen Personen vermeiden, da in einem solchen Lebensraum alle erdenklichen Personengruppen angetroffen werden. Im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes wird die Kommune als ein mögliches Setting aufgeführt, mit dem sich sozial benachteiligte Zielgruppen besonders gut erreichen lassen. Dies liegt insbesondere daran, dass sich innerhalb der Kommune auch Zielgruppen ansprechen lassen, die über Institutionen wie Kita, Schule oder Betrieb nicht erreicht werden können (bspw. Erwerbslose oder ältere Menschen). Einen weiteren Vorteil der kommunalen Gesundheitsförderung bildet der Einschluss untergeordneter spezifischerer Lebenswelten, u. a. Bildungseinrichtungen, Betriebe, Sportvereine oder Jugendhäuser. So ermöglicht die Kommune eine Bündelung und Abstimmung von Aktivitäten einzelner kleinerer Settings. Der Gesundheitsförderung in der Kommune kommt demnach häufig eine stark koordinierende Funktion bei (GKV-Spitzenverband, 2017).

In den letzten Jahren wurden in Kommunen immer häufiger Projekte der Gesundheitsförderung mit der Ausrichtung auf einzelne vulnerable Zielgruppen durchgeführt. Einen umfassenden Überblick über diese Maßnahmen gibt es nach aktuellem Kenntnisstand bisher jedoch nicht.

Der vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und vom Gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband (GKV-Spitzenverband) (2017) herausgegebene Präventionsbericht 2017 zeigt auf, dass sich im Jahr 2016 vergleichsweise wenige der durchgeführten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen an diese Personengruppen richteten. Beispielsweise adressierten 21 Prozent aller durchgeführten Maßnahmen Personen mit einem Migrationshintergrund, jeweils nur 5 Prozent richteten sich an mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen und Ältere (bis 80 Jahre), lediglich 4 Prozent an Arbeitslose. Zudem stellt sich insbesondere angesichts des Präventionsdilemmas die Frage, mit welchen Strategien vulnerable Zielgruppen tatsächlich für gesundheitsförderliche Programme gewonnen werden können.

Vor diesem Hintergrund beauftragte die BZgA das IGES Institut im Herbst 2017 mit der Erstellung eines Scoping Reviews. Ziel ist die Identifizierung von geeigneten Strategien, mit denen sich vulnerable Zielgruppen in der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung effektiver erreichen lassen.

Entsprechend der eingangs zitierten Definition versteht der Scoping Review alle Gruppen als vulnerabel, bei denen eines der oben genannten Kriterien für soziale und damit einhergehend gesundheitliche Benachteiligung erfüllt ist. Ausschlaggebend für die Auswahl der eingeschlossenen Studien waren jedoch in erster Linie diejenigen Gruppen, die seitens der BZgA derzeit besonders im Fokus der Aktivitäten stehen und für die daher ein besonderes Interesse an Forschungsergebnissen besteht. Diese umfassen im Einzelnen:

- ältere Menschen
- Menschen mit Behinderung
- Menschen mit Migrationshintergrund
- Alleinerziehende
- Kinder aus suchtbelasteten Familien
- Kinder aus psychisch belasteten Familien
- anerkannte Flüchtlinge
- junge Erwachsene ohne Schulabschluss/ohne Berufsausbildung.

Zur Konkretisierung der Aufgabenstellung und Strukturierung der Arbeit orientiert sich der Scoping Review an den folgenden drei Fragestellungen, wobei erstere die Funktion einer Leitfragestellung übernimmt:

- 1) Welche spezifischen Strategien erhöhen die Reichweite von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Gruppen (im Sinne der Anmeldung zur Teilnahme)?
- 2) Welche Faktoren erhöhen die Inanspruchnahme von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung über längere Interventionszeiträume?
- 3) Wie müssen verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung inhaltlich-methodisch gestaltet werden, um die Wahrscheinlichkeit der dauerhaften Wirksamkeit bei vulnerablen Gruppen zu steigern?

## 2 Kurzdarstellung: methodisches Vorgehen des Scoping Reviews und Ergebnisse der Recherche

### 2.1 Methodisches Vorgehen des Scoping Reviews

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die Methodik des Scoping Reviews gegeben. Eine ausführliche Methodendarstellung einschließlich Beschreibung der angewandten methodischen Schritte, definierten Kriterien und Suchstrings findet sich im Anhang (siehe 6).

Für die Erstellung des Scoping Reviews wurde eine systematische Literaturrecherche in drei elektronischen Datenbanken durchgeführt, welche um eine Handsuche ergänzt wurde. Hierfür wurden vorab die drei Fragestellungen operationalisiert, anschließend Kriterien für die Recherche definiert, Suchstrings generiert sowie eine Testrecherche durchgeführt.

Die erzielten Trefferlisten wurden auf Basis von Titel und Abstract gesichtet und potentiell relevante Arbeiten im Volltext beschafft. Die Literaturselektion erfolgte ebenfalls auf Basis zuvor definierter Ein- und Ausschlusskriterien. Aus den final eingeschlossenen Veröffentlichungen wurden anschließend unter Nutzung eines Datenextraktionsschemas die relevanten Informationen extrahiert, welche dann für die Ergebnisdarstellung in Studienexzerpte überführt wurden.

### 2.2 Ergebnisse der Recherche und eingeschlossene Studien

Die Suche in den elektronischen Literaturdatenbanken erbrachte abzüglich von Duplikaten insgesamt 1.310 Treffer, darunter 708 aus Medline, 383 aus PsycINFO und 219 aus Web of Science. Die nach Screening der Treffer auf Basis von Titel und Abstract<sup>5</sup> verbliebenen 239 Titel wurden im Volltext beschafft und gesichtet. Davon erwiesen sich 149 wider Erwarten als nicht einschlägig und lieferten nicht die relevanten Informationen, die Titel oder Abstract zunächst vermuten ließen. Im Zuge der Handsuche konnten mittels Handsuche in Zeitschriften, Nutzung der Internetsuchmaschinen Google und Google Scholar sowie nachträglicher Sichtung der Literaturverzeichnisse eingeschlossener Studien weitere 46 Titel auffindig gemacht werden. Der (zu diesem Zeitpunkt vorläufige) finale Literaturpool umfasste demnach 90 Titel, die für die Datenextraktion infrage kamen. Da diese Fülle von Veröffentlichungen innerhalb des zur Verfügung stehenden Projektbudgets bedauerlicherweise nicht zu bewältigen war, musste eine Lesestrategie entwickelt werden, deren Methodik dem Ziel eines Scoping Reviews zum einen angemessen erscheint und es ermöglicht, einen umfassenden Überblick über existierende Strategien zu gewinnen, zum anderen aber auch den limitierenden Rahmenbedingungen gerecht wird. Hierfür wurde zusätzlich zu den Ein- und Ausschlusskriterien eine Priorisierung nach Einschlägigkeit der Studien für die Fragestellungen des Reviews definiert (3 Stufen der Einschlägigkeit). Die erste Stufe bildeten Übersichtsarbeiten (verschiedene Arten von Reviews), die mit Blick auf die primäre Frage des Scoping Reviews als klar einschlägig angesehen wurden, in dem Sinne, dass sie Hinweise zu Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen lieferten und zusätzlich als Reviews die Evidenzlage umfassender beurteilen. Diese wurden bevorzugt gelesen und exzerpiert. Die zweite Stufe umfasste Arbeiten, bei denen es sich um klar einschlägige Primärstudien oder einzelne Projektberichte handelte. Die verbleibenden Studien wurden selektiv ausgewählt und dann gezielt exzerpiert, wenn sie zu weiteren Strategien Auskunft gaben, die nach Lesen und Extrahieren der bisherigen Texte noch wenig beleuchtet waren und damit ergän-

<sup>5</sup> Die Liste der definierten Ein- und Ausschlusskriterien findet sich im Anhang.

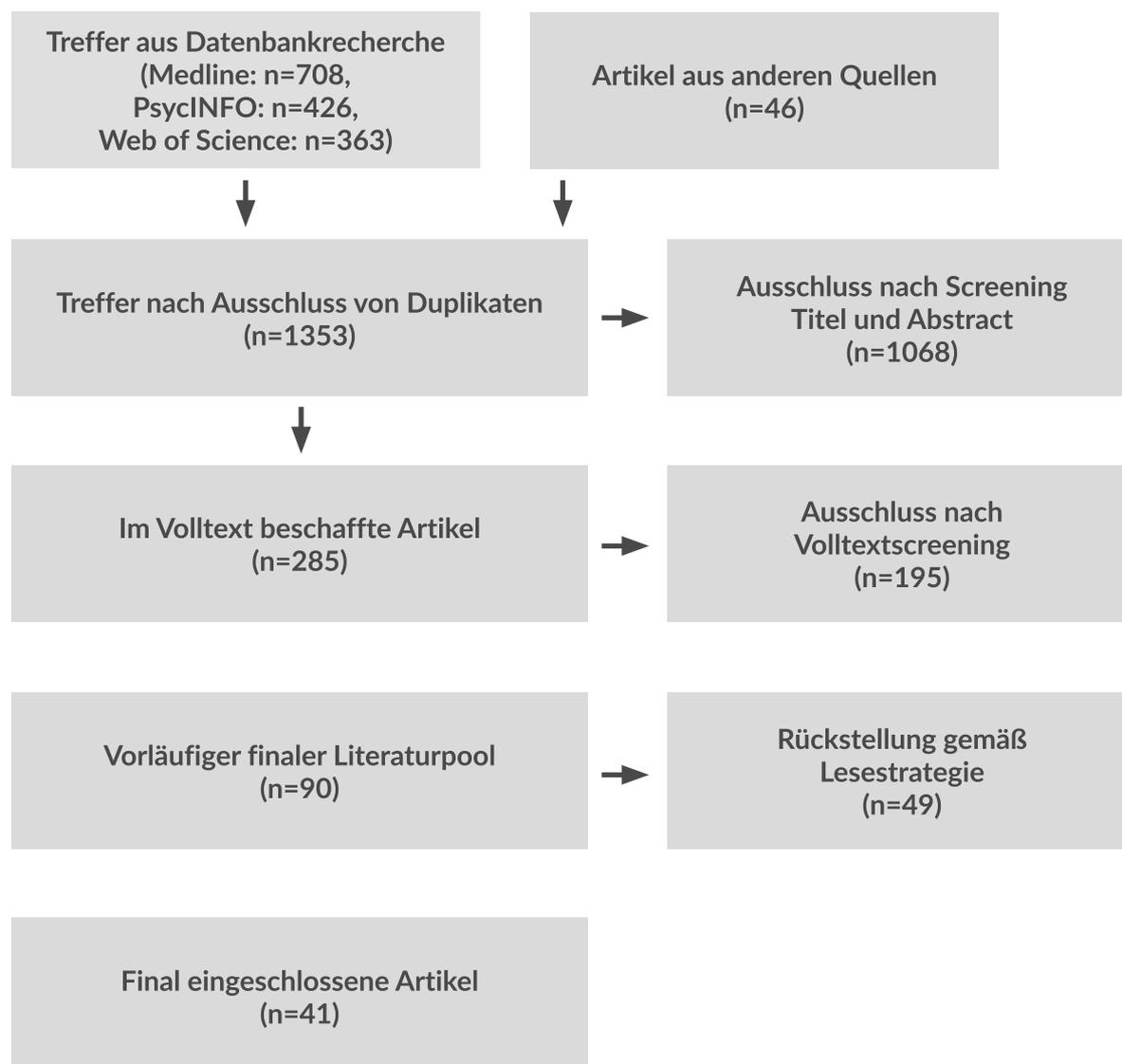
zende Informationen liefern konnten. War dies nach Ermessen der Autorinnen und Autoren nicht der Fall, wurden sie zurückgestellt.

Des Weiteren wurde im Verlauf der Arbeiten am Scoping Review der im Studienprotokoll festgelegte Veröffentlichungszeitraum der einzuschließenden Studien noch weiter eingeschränkt und auf die Jahre ab 2008 begrenzt. Zwei wesentliche Argumente rechtfertigen diese Vorgehensweise: Zum einen konnte bereits im Zuge der vorab durchgeführten Testrecherche mit deutlich mehr als 70 Treffern eine nennenswerte Zahl an Übersichtsarbeiten vorgefunden werden, so dass davon ausgegangen werden konnte, einen Großteil der vor 2008 veröffentlichten Studien im verbleibenden Literaturpool adäquat abzubilden. Zum anderen zeigte sich, dass der deutlich überwiegende Teil der identifizierten Publikationen neueren Datums ist – die Verkürzung des Veröffentlichungszeitraums um fast die Hälfte der Jahre führte mit ca. nur einem Viertel „verlorener“ Treffer zu einem im Verhältnis deutlich geringeren Verlust an Titeln. Für zwei zum Zeitpunkt dieser Entscheidung bereits exzerpierten Texte, beide aus dem Jahr 2004, wurde jedoch entschieden, diese beizubehalten.

Aus Zeitgründen verblieb zudem ein Teil an Einzelstudien, deren Volltext nur gesichtet, aber nicht mehr vollumfänglich gelesen werden konnte<sup>6</sup>. Nach diesem Vorgehen umfasste der final eingeschlossene Literaturpool schließlich 41 Studien. Das nachfolgende Fließdiagramm zeigt die Verarbeitung der Treffer entsprechend des beschriebenen Studienauswahlprozesses in übersichtlicher Darstellung.

<sup>6</sup> Da nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass sich unter diesen weitere, auch nach Anwendung der Lesestrategie potentiell relevante Artikel befinden, wird im Anhang unter 7 eine Liste der betreffenden Titel bereitgestellt.

Abbildung 1: Fließdiagramm des Studienauswahlprozesses



### 3 Narrativer Review

Nachfolgend werden die Erkenntnisse aus den ausgewerteten Studien in einem narrativen Review zusammengetragen, gegliedert entsprechend der drei Forschungsfragen des Scoping Reviews. Im Anschluss daran werden die einbezogenen Studien in Form strukturierter Exzerpte („Studiensteckbriefe“) im Einzelnen vorgestellt.

Die Studienlage zu Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen im kommunalen Setting ist sehr umfangreich. Dies liegt an der Breite des Themas, das die unterschiedlichsten vulnerablen Zielgruppen sowie verschiedenste Akteurinnen und Akteure innerhalb des kommunalen Settings einschließt.<sup>7</sup>

Auch die vorgefundenen Strategien fallen vielfältig aus, wenngleich bei genauerer Betrachtung einige der zunächst identifizierten Studien ausgeschlossen werden mussten. Dies liegt meist darin begründet, dass viele Autorinnen und Autoren häufig eher die Strategie der Intervention als die der Erreichbarkeit untersuchen, wobei sich die beiden Aspekte jedoch oft nicht klar voneinander trennen lassen. Zudem bewertet ein Großteil der Studien, wenn eine Strategie zur Ansprache der Zielgruppe beschrieben wird, nicht unbedingt auch deren Wirksamkeit. Damit die Informationen über die Strategien per se jedoch nicht verloren gehen, wurden im Sinne der Zielsetzung eines Scoping Reviews die Ergebnisse auch dann aufgenommen, wenn nicht explizit auf die Effektivität einer Strategie eingegangen wurde (was in diesen Fällen entsprechend vermerkt wurde).

Der Abschnitt zu Fragestellung 2 erörtert generell Faktoren, die laut der vorgefundenen Studien mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Maßnahmen assoziiert sind – sich demzufolge also nicht ausschließlich auf längere Interventionszeiträume und damit das „Dabeibleiben“ der jeweiligen Zielgruppe/n beziehen. Die Entscheidung für dieses Vorgehen liegt darin begründet, dass Erkenntnisse über längere Studienzeiträume nur selten berichtet werden – die identifizierten Faktoren jedoch möglicherweise wertvolle Hinweise liefern, wie zur Aufrechterhaltung des gesunden Verhaltens beigetragen werden könnte. Gleichermaßen wurde mit berichteten Barrieren verfahren, die eine Teilnahme an gesundheitsförderlichen oder präventiven Maßnahmen laut Studienlage unwahrscheinlicher machen bzw. die Aufrechterhaltung nach Ansicht der Autorinnen und Autoren potentiell gefährden können. Anders als bei Operationalisierung der Outcomes zunächst intendiert (vgl. Kapitel 6.1.1), wurden in der Ergebnisdarstellung auch diese Aspekte aus Gründen der Übersichtlichkeit Fragestellung 2 zugeordnet. Falls eine Studie doch gezielte Aussagen treffen kann (z. B. zu Outcomes wie Adhärenz oder Abbrecherquoten), wird gesondert darauf hingewiesen.

In ähnlicher Weise wurde auch mit der dritten Fragestellung verfahren. Informationen zur Wirksamkeit bzw. damit verknüpften inhaltlichen oder methodischen Gestaltungsmerkmalen der Intervention werden, wenn vorhanden, beschrieben. Bei Erkenntnissen zu einer vermuteten dauerhaften Wirksamkeit wird explizit darauf verwiesen.

Der nachfolgende Abschnitt widmet sich mit Fragestellung 1 zunächst der Kernforschungsfrage des Scoping Reviews, nämlich der nach den spezifischen Strategien, welche die Reichweite von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Gruppen (im Sinne der Anmeldung der Teilnahme) erhöhen.

<sup>7</sup> Dass der Scoping Review eine so umfangreiche Studienlage vorfindet, hat darüber hinaus auch methodische Gründe, insofern keine Einschränkung auf einen bestimmten Studientypus vorgenommen wurde.

Tabelle 1 stellt eine Übersicht über die identifizierten Strategien dar und zeigt auf, wie häufig diese in den Studien Verwendung finden.

**Tabelle 1:** Überblick über die identifizierten Strategien und der Anzahl der Studien, innerhalb derer die Strategie untersucht wurde<sup>8</sup>

<b>STRATEGIE</b>	<b>ANZAHL STUDIEN</b>
Tailoring	9
Community Engagement, Partizipation & Empowerment, Capacity Building	12
Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Peers oder Community Health Workers	10
Strategien der Rekrutierung	7
Modell- oder Theorie geleitete Planung von Programmen	10
Technische Interventionen	3
Zugang über Institutionen, Kooperationen, „Zugeh-Struktur“	9
Mobiler Van	1
Soziale Medienkampagne	1
Gesunde Kindermenüs	1
Urban Gardening	1
Fitness- und Bewegungsparcours	1
Mall Walking	1
Politisch-strategische Maßnahmen zu altersfreundlichen Gemeinden	1

### 3.1 Fragestellung 1: Strategien der Erreichbarkeit

*Welche spezifischen Strategien erhöhen die Reichweite von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Gruppen (im Sinne der Anmeldung zur Teilnahme)?*

#### 3.1.1 Tailoring

Eine besonders häufig angewandte Strategie ist das sogenannte Tailoring, verstanden als das Anpassen von Botschaften, Maßnahmen, Aktivitäten, etc. an die Besonderheiten und Bedürfnisse der Zielgruppe. Damit handelt es sich um eine übergeordnete Strategie, die je nach Zielgruppe und Intervention unterschiedliche Formen annehmen kann. Bei Studien, die ethnische Minderheiten bzw. Menschen mit Migrationshintergrund zur Zielgruppe haben, wird sich oft des Cultural Tailoring bedient – wobei eine kulturelle Anpassung der Intervention vorgenommen wird. Carroll et al. (2011) empfehlen auf Basis einer systematischen Übersichtsarbeit, dass Forschungsmitglieder, die in der direkten Kommunikation mit der Zielgruppe stehen, denselben ethnischen Hintergrund aufweisen sollten. Insbesondere der Gebrauch der gleichen Sprache stellt sich als wichtiger Faktor bei der Ansprache von Menschen mit Migrationshintergrund dar. Außerdem sind eine kulturelle Sensibilität

<sup>8</sup> Innerhalb einer Studie können mehrere Strategien untersucht worden sein. Aus diesem Grund entspricht die Anzahl der Studien in der Tabelle nicht der der tatsächlich eingeschlossenen Studien.

und die Berücksichtigung besonderer kultureller Traditionen und Werte entscheidend für die Akzeptanz der Programme. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Mendoza-Vasconez et al. (2016) und Laws et al. (2014) bei der Analyse ihrer durchgeführten Reviews.

Auch Netto, Bhopal, Lederle, Khatoon and Jackson (2010) beschäftigen sich im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit mit kulturell angepassten Interventionen für ethnische Minderheiten. Dabei ermitteln sie fünf Prinzipien, die bei der Planung und Umsetzung von Interventionen Berücksichtigung finden sollten. Kommunale Ressourcen, bspw. in Form von ethnospezifischen Medien, Netzwerken und Organisationen sollten gezielt für die Bekanntmachung genutzt werden. Außerdem ist es förderlich, bei den Kommunikationsstrategien unterschiedliche Sprachen, Bildungsgrade und Informationszugänge zu beachten, z. B. mit Hilfe zweisprachiger Moderatoren. Weiterhin empfehlen die Autorinnen und Autoren auf der Grundlage ihrer Erkenntnisse die Berücksichtigung religiöser Überzeugungen, bspw. durch Angebote kulturspezifischer Sportarten.

Mendoza-Vasconez et al. (2016) untersuchen den Zugang zu körperlich beeinträchtigten Menschen. Sie kommen dabei zu dem Schluss, dass für diese Personengruppe eine Anpassung von Maßnahmen, insbesondere bei Bewegungsangeboten, notwendig ist. Sie weisen nach, dass die Teilnahmezahlen höher sind, wenn die Interventionen auf die körperlichen Funktionsfähigkeiten der Teilnehmenden abgestimmt werden. Integrierte Elemente sollten hier vor allem Kraft-, Balance- und Gangtrainings sowie Sturzprävention sein.

Bukman et al. (2014) betonen ebenfalls die Relevanz von zugeschnittenen Angeboten hinsichtlich der körperlichen Verfassung, des Alters und der Lebenssituation insbesondere bei Älteren. Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wünschen sich eine persönlich zugeschnittene Beratung, die ihren vorhandenen Wissensstand berücksichtigt. Große, Daufraatshofer, Igel and Grande (2012) beschreiben in ihrer Studie eine auf die Interessen der Zielgruppe zugeschnittene Intervention durch die Gründung eines Runden Tisches, an dem alle Stakeholder (u. a. Projektverantwortliche, Engagierte aus der Zielgruppe, Kooperationspartner) gemeinsam Entscheidungen treffen und Maßnahmen planen. Die Autorinnen und Autoren machen mit diesem Vorgehen gute Erfahrungen, da die Mehrheit der Teilnehmenden mit den angebotenen Maßnahmen sehr zufrieden ist und weiterhin daran partizipieren möchte.

### **3.1.2 Community Engagement, Partizipation & Empowerment, Capacity Building**

Als weitere wichtige Strategien können Partizipation und Empowerment identifiziert werden – sowohl in Hinblick auf die Zielgruppe als auch auf die gesamte Kommune. Wenn kommunale Akteurinnen und Akteure und/oder engagierte Personen aus der Zielgruppe aktiv an der Planung, dem Design, der Steuerung oder der Ausführung von Angeboten mitwirken, lässt sich dies als Community Engagement bezeichnen. Community Engagement kann dabei auf ganz unterschiedliche Arten erfolgen – von einem geringem bis hohem Einbindungsgrad.

Ein Review von Carroll et al. (2011) zufolge gehen hohe Teilnehmerzahlen mit dem Einbezug der Kommune in die Planung und Durchführung von Maßnahmen in Verbindung einher. Insbesondere in der Gemeinde bekannte Persönlichkeiten können durch ihr Mitwirken an der Rekrutierung oder der Durchführung von Angeboten für eine große Zahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern sorgen. Bei dem bereits im Abschnitt zu Tailoring erläuterten Runden Tisch handelt es sich um eine häufiger praktizierte Möglichkeit, die Gemeindemitglieder aktiv einzubeziehen (Große et al., 2012).

Auch in der Studie von Nelson, Pancer, Hayward and Kelly (2004) bilden die Partizipation und das Empowerment von Bürgerinnen und Bürgern der Gemeinde den Grundbaustein. Interessierte aus der Zielgruppe können sich sowohl bei der Umsetzung einzelner Programmaktivitäten engagieren, als auch als Mitglied im Steuerungskomitee aktiv an Planungen und Entscheidungen mitwirken. Hierbei gestaltet es sich als besonders schwierig Personen aus der Zielgruppe zu finden (in diesem Fall sozial benachteiligte Familien), die sich innerhalb des Steuerungsgremiums engagieren. Hingegen konnten für die Unterstützung bei einzelnen Maßnahmen sehr viel leichter entsprechende Personen gewonnen werden.

Collie-Akers, Fawcett and Schultz (2013) erachten Community Engagement ebenfalls als relevant, um möglichst effektive Interventionen mit großer Reichweite gestalten zu können. Sie entwickeln und testen aus diesem Grund ein Evaluationskonzept, in dem alle gemeinschaftlich durchgeführten Aktivitäten innerhalb eines Quartiers systematisch bewertet werden. U. a. ermitteln sie die Reichweite unterschiedlichster partizipativ entwickelter Aktivitäten, wobei verhältnispräventive Maßnahmen (z. B. der Bau eines Fußballfeldes) die größten Reichweiten, reine Informationsvermittlungen dagegen die niedrigsten Reichweiten aufweisen.

Capacity Building (Kapazitätsentwicklung oder auch Struktur- und Kompetenzentwicklung) meint den Aufbau kommunaler Ressourcen sowie die Weiterentwicklung von Fähigkeiten der Bürgerinnen und Bürger zur gemeinschaftlichen Durchführung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten. Der abstrakte Begriff des Capacity Building ähnelt inhaltlich dem des Empowerment und unterscheidet sich hiervon nicht wesentlich (Nickel & Trojan, 2015).

Ubert, Forberger and Gansefort (2017) haben auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche fünf Teilstrategien eines effektiven Community Capacity Buildings identifiziert. Diese beinhalten den Aufbau von Kooperationen und Partnerschaften in der Gemeinde, die Schulung von Expertinnen und Experten bzw. von Nichtexpertinnen und -experten, die Erhöhung des Problembewusstseins und die Kompetenzentwicklung bei der Zielgruppe sowie die Bereitstellung finanzieller Mittel. Allerdings untersuchen nur wenige der eingeschlossenen Studien die Effektivität von Capacity Building und selten beziehen sich ermittelte Outcomes explizit auf das Capacity Building. Einige Untersuchungen berichten zwar von einer hohen Reichweite bei der Zielpopulation oder dem Erfolg durch Schulungen für Fachpersonal oder Freiwillige, generell sind die Ergebnisse jedoch eher inkonsistent.

Auch Mossakowski, Süß and Trojan (2009) bewerten in einer Studie das Capacity Building innerhalb eines Hamburger Quartiers. Zentrale Elemente der Beteiligung sind ein Runder Tisch sowie Befragungen und weitere Einbeziehungen der Bürgerschaft und relevanter Akteure im Setting. Durch die Aktivitäten konnten einzelne Dimensionen des Capacity Building deutlich verbessert werden, insbesondere die Vernetzung und Kooperation, lokale Führung und die Bürgerbeteiligung. Ebenfalls erfolgt in der Studie eine Bewertung der Arbeit des Runden Tisches durch die Teilnehmenden. Diese beurteilen die Aufgabenerfüllung für den Informationsaustausch, das Erkennen von Problemfeldern, der Zielentwicklung und der allgemeinen Steuerung des Projekts als besonders gut.

Die Metaanalyse von O'Mara-Eves et al. (2015) zeigt auf, dass in Interventionen, in denen Community Engagement zum Einsatz gekommen ist, in fast allen Outcomes (hier Gesundheitsverhalten, Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung) bessere Ergebnisse erzielt wurden, als in Interventionen, in denen sich keine ortsansässigen Bürgerinnen und Bürger eingebracht haben. Weiterhin

kommen die Autorinnen und Autoren zu dem Ergebnis, dass Interventionen, bei denen die Mitglieder der Kommune an der Ausführung von Maßnahmen mitwirken, wirksamer sind als Interventionen, bei denen die Kommune am Design des Programms mitwirkt.

### 3.1.3 Zugang über Institutionen, Kooperationen & „Zugeh-Struktur“

Neben dem aktiven Einbezug in die Planung können Einrichtungen aus der Gemeinde auch in Hinblick auf die Rekrutierung von Teilnehmenden ein nützlicher Partner sein. Kooperationen mit Kirchen oder kulturellen Organisationen sind für religiöse Zielgruppen ein vielversprechender Ansatz. Bei der Zielgruppe körperlich beeinträchtigte Menschen gehen Partnerschaften mit Gesundheitsdienstleistern mit hohen Teilnehmeraten einher (Mendoza-Vasconez et al., 2016). Dass eine Ansprache über medizinisches Personal auch bei älteren Menschen eine vielversprechende Methode ist, können Moore, Warburton, O'Halloran, Shields and Kingsley (2016) durch einen Review ermitteln.

Brand, Böttcher and Jahn (2015) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis. Die Autorinnen und Autoren haben Projektverantwortliche, von in Deutschland durchgeführten Studien, nach erfolgreichen Zugangswegen befragt. Besonders viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten dort erreicht werden, wo der Zugang über eine Institution erfolgte. Hierzu zählen zwar auch Betriebe und Schulen, aber auch kommunale Institution wie bspw. Jugendhilfeeinrichtungen oder Seniorenheime. Laws et al. (2014) kommen ebenfalls zu dem Schluss, dass die aktive Nutzung von sozialen Netzwerken und Verbindungen zu den unterschiedlichsten kommunalen Einrichtungen wirksam ist, um hohe Beteiligungsraten bei Älteren zu erreichen.

Insbesondere im Kontext der Eltern- oder Familienbildung fallen im deutschen Sprachgebrauch öfter die Begriffe der „Komm-Struktur“ oder „Zugeh-Struktur“. Angebote mit einer „Komm-Struktur“ sind frei wählbare, aufsuchende Angebote, die auf der Eigeninitiative der Zielgruppe beruhen. Solche Angebote werden selten von sozial benachteiligten Familien wahrgenommen. Im Gegensatz dazu werden der Zielgruppe bei der „Zugeh-Struktur“ solche Maßnahmen in Lebenswelten angeboten, in denen sie sich regelmäßig aufhalten (bspw. Familienhilfe, Kita). Sie sind demnach in ein bestimmtes Setting eingebunden. Hurrelmann, Hartung, Kluwe and Sahrai (2013) haben in einer Evaluationsstudie die Reichweite von Angeboten der Elternbildung mit „Komm-Struktur“ sowie mit „Zugeh-Struktur“ miteinander verglichen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass sich durch in Settings eingebundene Angebote sehr viel mehr Personen aus der Zielgruppe erreichen lassen im Vergleich zur klassischen, aufsuchenden Variante. Weiterhin können die Autorinnen und Autoren einige Empfehlungen ableiten, wie solche Angebote gestaltet sein sollen, damit sie für die Zielgruppe interessant werden. Hierzu zählen u. a. eine große Praxisbezogenheit mit alltagsnahen Beispielen, die Bereitstellung von leicht verständlich formulierten, mehrsprachigen Informationsmaterialien sowie universell ausgelegte Programme, die sich an Personen aller sozialer Schichten richten (damit keine Gefühle der Diskriminierung hervorgerufen werden).

Auch Brand et al. (2015) identifizieren Angebote mit einer reinen „Komm-Struktur“ als hinderlichen Faktor beim Zugang zu Personen mit einem niedrigen sozialen Status. Laws et al. (2014) stellen im Kontext eines systematischen Reviews fest, dass Hausbesuche in Form einer „Zugeh-Struktur“ vor der Geburt bzw. in der frühen Kindheit in sozial benachteiligten Familien zur Vermeidung von kindlichen Übergewicht beitragen können.

Für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen ist der Studienlage zufolge ebenfalls die Zugeh-Struktur ein geeigneter Anspruchsweg, den beispielsweise das Jobcenter leisten kann. Dies zeigen Gabrys et al. (2012) im Kontext eines Angebots einer sportmedizinischen Bewegungsberatung.

Bröning et al. (2012) untersuchen Präventionsprogramme für Heranwachsende aus suchtblasteten Familien, bei denen der Zugang u. a. über kommunale Beratungsstellen oder Jugendzentren erfolgt. Sie zeigen auf, dass solche Interventionen zumeist wirksamer sind als schulbasierte Angebote, da sich die Eltern einfacher in die Intervention einbinden lassen.

Linnan, D'Angelo and Harrington (2014) untersuchen in einem Review einen eher unkonventionellen Weg, um Migrantinnen und Migranten zu erreichen, indem sie die Rekrutierung über Friseure (Barbiere, Barbershops) und Kosmetiksalons näher betrachten. Hierbei kann die Ansprache sowohl durch vorab geschulte Mitarbeitende aus den Friseur- oder Kosmetiksalons als auch durch Projektverantwortliche vor Ort erfolgen. Die Rolle der Friseure und Kosmetikerinnen variiert von der reinen Rekrutierung, über die Vermittlung von Wissen oder die Weiterempfehlung zu bspw. Sportangeboten oder Ärztinnen und Ärzten. Der Studie zufolge ist dies eine effektive Strategie, um Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen und bei ihnen eine Verhaltensänderung hervorzurufen. Hinsichtlich der Rekrutierung der Friseur- und Kosmetiksalons stellt die Einladung in ein „Community Advisory Board“ (vergleichbar mit einem Runden Tisch) die erfolgreichste Strategie dar, im Vergleich zu einem Besuch oder Telefonat.

Der Service-Integration-Ansatz ist eine Strategie, die der Zugeh-Struktur zugerechnet wird. Familienhelferinnen und Familienhelfer informieren die teilnehmenden sozial benachteiligten Familien über verfügbare Angebote von Gesundheits- oder Sozialdienstleistern in der Umgebung und befähigen diese zu einer besseren Selbstfürsorge. In der Studie von Drummond et al. (2016) hat sich dieser Ansatz als wirksam gezeigt.

### **3.1.4 Einsatz von Multiplikatoren, einschließlich Peers oder Community Health Worker**

Oft werden zum Erreichen von vulnerablen Zielgruppen Multiplikatoren, sogenannte Community Health Worker oder Peers eingesetzt. Diese Strategie lässt sich nicht direkt von den zuvor vorgestellten Konzepten des Community Engagement, der Partizipation und des Empowerment sowie des Capacity Building trennen. Es handelt sich vielmehr um eine spezielle Art des Einbezugs von kommunalen Akteurinnen und Akteuren oder engagierten Personen aus der Mitte der Zielgruppe.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können Personen aus verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens, der Sozialarbeit, der Pädagogik sowie Angehörige aus der Zielgruppe selbst sein. Sie vermitteln bspw. Informationen, Kenntnisse oder Einstellungen. Wenn es sich um Personen handelt, die zuvor ein Training zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen erhalten haben, als Vorbild für die Zielgruppe auftreten und auf diesem Weg das gewünschte Gesundheitsverhalten an die Zielgruppe herantragen, werden diese als Peers bezeichnet (Blümel & Lehmann, 2015). In englischsprachigen Studien findet man hierfür gelegentlich auch den Begriff der Community Health Worker. Die unterschiedlichen Begriffe werden in den Studien oft nicht trennscharf verwendet.

Bei einer Befragung von Projektverantwortlichen identifizieren diese den Einbezug von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren als einen zentralen Faktor für eine erfolgreiche Rekrutierung von Teilnehmenden. Einige der Studien setzen vollständig auf den Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, z. B. in dem Projekt Stadtteilmütter in Berlin-Kreuzberg. Dieses basiert auf der Ansprache der Zielgruppe durch Mütter unterschiedlicher Nationalitäten, die Schulungen zu gesundheitlichen und sozialen Themen erhalten und dieses Wissen an andere Mütter des Stadtteils weitergeben. Auf diese Weise konnten innerhalb von zwei Jahren etwa 1.150 Familien erreicht werden (Stolzenberg, Berg & Maschwsky-Schneider, 2012).

Eine weitere deutsche Studie zum Modellprojekt „Pro Kind“ evaluiert ebenfalls den Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Hierbei werden Kooperationen mit Gynäkologinnen und Gynäkologen, Medizinerinnen und Medizinern, Hebammen, Jugendämtern, Jobcentern, Schulen und sonstigen Beratungseinrichtungen eingegangen – mit dem Ziel werdende Mütter für eine Teilnahme an der Intervention zu gewinnen. Ergebnis ist, dass die Weiterempfehlungsraten zwischen den Einrichtungen stark variieren. Während Jobcenter und Jugendämter sehr viele Mütter vermitteln konnten, sind es bei den Hebammen, Beratungsstellen und Medizinerinnen bzw. Medizinern nur wenige (Brand & Jungmann, 2010).

Nicht alle Personengruppen sind in gleichem Maße als Multiplikatoren geeignet. Die Metaanalyse von O'Mara-Eves et al. (2015) zeigt, dass Interventionen für sozial Benachteiligte, in denen Angehörige der Kommune oder pädagogische Fachkräfte die Ansprache der Zielgruppe übernehmen, wirksamer sind als Interventionen, bei denen Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitswesen, im Besonderen Ärztinnen und Ärzte, diese Aufgabe übernehmen. Auch Brand et al. (2015) sehen die Rekrutierung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als wenig förderlich an, insbesondere da diese oftmals hohe Honorierungen verlangen.

Große et al. (2012) setzen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines vor Ort aktiven und von der Zielgruppe akzeptierten Gesundheitsladens als Multiplikatoren ein. Sie finden heraus, dass sich 80 Prozent aller Teilnehmenden durch persönliche Gespräche rekrutieren ließen. Der Großteil dieser Gespräche fand mit den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren statt. Ergänzend ermitteln die Autorinnen und Autoren, dass solche Interventionen, die vom Gesundheitsladen angeboten wurden, höhere Teilnehmerzahlen aufweisen als solche, die unabhängig von der Einrichtung organisiert wurden.

Höhere Partizipations- und Retention-Rates<sup>9</sup> bei Maßnahmen, bei denen Peers herangezogen wurden, können auch Kornet-van der Aa, Altenburg, van Randeraad-van der Zee and Chinapaw (2017) für die Zielgruppe der jungen Erwachsenen mit niedrigem sozioökonomischen Status nachweisen. Auch für Personen mit Migrationshintergrund eignen sich Angehörige der Zielgruppe, die als Community Health Worker auftreten, besonders gut, um die Adressaten für eine Teilnahme zu begeistern (Mendoza-Vasconez et al., 2016).

In einem weiteren Review wird der Einsatz von Peers bei der Raucherentwöhnung untersucht. Mögliche Unterstützungen durch die Peers sind bspw. das Vergeben von Ratschlägen, das Aussprechen von Ermutigungen oder eine enge Begleitung bei der Entwöhnung. Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass Studien, die zuvor geschulte ehemalige Raucherinnen oder Raucher als Peers einsetzen, die besten Erfolge vorweisen können (Ford, Clifford, Gussy & Gartner, 2013).

### 3.1.5 Strategien der Rekrutierung

Selbstverständlich spielt die Art der Rekrutierung eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht bestimmte Zielgruppen für gesundheitsförderliche oder präventive Programme zu gewinnen. Der bereits zuvor beschriebene Zugang über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren oder Peers stellt auch eine Form der Rekrutierung dar, die allerdings losgelöst ist von den nachfolgend aufgeführten Möglichkeiten, für ein Projekt zu werben.

Die von Brand et al. (2015) befragten Projektleitungen nutzten bspw. persönliche, telefonische sowie schriftliche Ansprachen und kommen zu dem Schluss, dass ein aktives, persönliches Zugehen –

<sup>9</sup> Anteil derjenigen Personen, die bis zum Ende an der Intervention teilnehmen.

sowohl durch die Projektverantwortlichen selbst als auch über Multiplikatoren – für Personen mit sozialer Benachteiligung oder Migrationshintergrund sowie Alleinerziehenden die erfolgversprechendste Variante ist.

Carroll et al. (2011) identifizieren in ihrem Review erfolgreiche Rekrutierungsstrategien für Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und ethnische Minderheiten. Hierzu zählen: auf die Zielgruppe zugeschnittene, sprachlich angepasste Werbung über Zeitungen, Social Media oder lokale Radiosendern (bspw. durch Interviews mit den Projektverantwortlichen), personalisierte E-Mails oder Anrufe mithilfe von Telefonlisten kommunaler Organisationen, persönliche Ansprachen in der Nachbarschaft durch Tür-zu-Tür-Rekrutierung oder Informationsstände (bspw. in Wartezimmern oder Einkaufszentren), Mund-zu-Mund-Propaganda, DVD's oder andere Audiomaterialien (insbesondere für Analphabeten), kulturell angepasste Informationsveranstaltungen, „Storytelling“ sowie die Verknüpfung der Rekrutierung mit kulturellen Traditionen (z. B. Märchen).

Bei Personen mit ausländischen Hintergrund wirken besonders gut Werbeaktionen in der Zusammenarbeit mit Kirchen, bspw. in Form von bunten, ansprechend gestalteten Flyern, die in der Kirche verteilt werden. Weiterhin scheinen der Einsatz von Social Media und Werbung über Radio und Zeitung effektiv zu sein. Für Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status scheint die Kommunikation über Massenmedien, Plakate, Banner, Flyer, Social Media oder Mund-zu-Mund-Propaganda eine wirksame Methode zu sein. Für körperlich beeinträchtigte Personen ist die Auslegung von Flyern und Informationsmaterialien bei Gesundheitsdienstleistern in Studien mit hohen Teilnehmerzahlen assoziiert (Mendoza-Vasconez et al., 2016).

Innerhalb eines weiteren Reviews mit der Zielgruppe sozial benachteiligter Frauen kommen die Autorinnen und Autoren im Rahmen einer Meta-Regression zu einem anderen Ergebnis. Hinsichtlich der Rekrutierungsstrategien – telefonisch, per E-Mail, face-to-face oder über Massenmedien – konnten sie keine signifikanten Unterschiede nachweisen (Cleland, Granados, Crawford, Winzenberg & Ball, 2013). Dieses Ergebnis bedeutet jedoch nicht, dass diese Strategien unwirksam sind, sie können lediglich keine Tendenz ausmachen.

Auch Hildebrand and Neufeld (2009) untersuchen Rekrutierungsstrategien für die Zielgruppe der Älteren. Hierbei unterscheiden sie, basierend auf dem Transtheoretischen Modell, proaktive und reaktive Strategien. Erstere richten sich an Personen in Phasen der Absichtslosigkeit oder der Absichtsbildung, während sich reaktive Methoden für Personen in der so genannten Vorbereitungsphase eignen. Angewandte proaktive Strategien waren u. a. Informationsveranstaltungen, Kurzvorträge (fünf Minuten) zu verschiedenen Gesundheitsthemen oder organisierte Treffen mit Vorbildern. Als reaktive Strategien wurden Werbemaßnahmen durch Zeitungen und Flyer sowie das Versenden von E-Mails genutzt. 88 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dem Bewegungsprogramm konnten über proaktive Strategien, lediglich 12 Prozent über reaktive rekrutiert werden. Die Kurzvorträge und Informationsveranstaltungen konnten den größten Erfolg vorweisen.

Eine weitere einbezogene Studie untersucht den Effekt einer groß angelegten Social-Media-Kampagne zur Förderung der körperlichen Aktivität in einer sozial benachteiligten Region. Elemente waren große Outdoor-Banner, das Verteilen von Flyern, das Aushängen von Plakaten, Werbung in lokalen Zeitungen, ein Blog, Tür-zu-Tür-Rekrutierungen, Mund-zu-Mund-Propaganda sowie ein Schnuppertag im Freizeitzentrum, welches die Bewegungskurse anbietet. Die Rekrutierungs- und Teilnehmeraten sowie die Adhärenz für die angebotenen Kurse liegen im Vergleich zur Kontrollgruppe (strukturell ähnliche Region ohne Social-Media-Kampagne) deutlich (und überwiegend signifikant) höher (Withall, Jago & Fox, 2012).

Generell fällt hinsichtlich der Rekrutierungsstrategien bei der Sichtung der Volltexte auf, dass diese zwar oft beschrieben sind und sich zumeist aus mehreren Komponenten zusammensetzen, eine konkrete Überprüfung deren Wirksamkeit jedoch selten erfolgt.

### **3.1.6 Verwendung von Theorien, Modellen oder Konzepten zur Planung, Durchführung oder Bewertung von Interventionen**

Auch die Verwendung von etablierten Theorien, Modellen oder Konzepten bei der Planung, Durchführung oder Bewertung von Interventionen lässt sich als eine Strategie verstehen, mit der sich die Anzahl teilnehmender Personen aus der jeweiligen Zielgruppe erhöhen lässt. Carroll et al. (2011) können beispielsweise anhand eines Reviews nachweisen, dass sich besonders hohe Partizipations- und Retention-Rates dort finden lassen, wo vorab eine umfangreiche Forschung vorhandener Theorie stattfand. In einer anderen Übersichtsarbeit können jedoch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit zwischen Studien ausgemacht werden, in denen Theorien verwendet wurden und solchen ohne theoretischer Grundlage (Michie, Jochelson, Markham & Bridle, 2009).

Ubert et al. (2017) berichten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zum Community Engagement, dass einige der Studien mit hoher Reichweite bspw. den Prozess der Netzwerkbildung strukturiert mit Hilfe des Cooperative Planning Process Modells vollzogen haben, während andere z. B. den Intervention Mapping Ansatz verwendet haben. Eine klare Aussage, inwiefern diese Bezugnahme auf Theorien gewirkt hat, können die Autorinnen und Autoren jedoch nicht leisten.

Einige der exzerpierten Studien beschäftigen sich explizit mit der modell- oder theoriegeleiteten Gestaltung von Interventionen. So bspw. Brandstetter et al. (2017), die auf der Grundlage eines eigenen Reviews ein umfassendes Studienkonzept zum Ernährungsverhalten für Ältere innerhalb einer Kommune planen. Durch den Rückgriff auf ein solches Konzept versprechen sich die Autorinnen und Autoren eine große Reichweite und Wirksamkeit ihrer Intervention.

Collie-Akers et al. (2013) legen den Fokus ihrer Studie auf die Beschreibung eines Evaluationskonzeptes, mit dem sich die Intensität aller gemeinschaftlich initiierten Aktivitäten innerhalb einer Kommune bewerten lässt. Sie bilden Scores, wofür die Interventionsdauer, die Reichweite sowie die angewandte Interventionsstrategie operationalisiert werden. Es kann sich um ein interessantes Tool für Kommunen handeln, da sich systematisch effektive von weniger effektiven Maßnahmen unterscheiden lassen und somit ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess eingeleitet werden kann.

In einigen der einbezogenen Studien kommt das so genannte RE-AIM Modell zum Einsatz, u. a. bei Lakerveld et al. (2014), Farren et al. (2015), McMahon and Fleury (2012) und Moore et al. (2016). Dieses 1999 von Glasgow, Vogt & Boles vorgestellte Modell bietet ein universell einsetzbares theoretisches Rahmenkonzept für die Planung, Bewertung und Berichterstattung von Programmen bzw. Studien mit dem Ziel, den Transfer von Studienwissen in die Praxis zu erleichtern. Das Modell richtet den Blick neben der internen Validität stärker auf Rahmenbedingungen und wesentliche Programmelemente, die Aussagen zur externen Validität von Studien sowohl auf individueller als auch institutioneller Ebene ermöglichen. Das Akronym RE-AIM beschreibt dabei die Dimensionen „Reach“, „Effectiveness“, „Adoption“, „Implementation“ und „Maintenance“. Dahinter steht die Annahme, dass eine Intervention, damit sie ihre Wirkung entfalten kann,

- die beabsichtigten Zielgruppen erreicht (Reach),
- wirksam ist (Effectiveness),

- von anderen relevanten Organisationen angenommen bzw. auf andere übertragen wird (Adoption),
- wie vorgesehen implementiert wird (Implementation) sowie
- über einen längeren Zeitraum beibehalten wird (Maintenance).

Gezielt eingesetzt hilft das Konzept dabei, die Planung von Interventionen ganzheitlich zu denken und den Fokus auf entscheidende Aspekte u. a. mit Blick auf die Erreichbarkeit von Zielgruppen zu setzen. So identifizieren bspw. Lakerveld et al. (2014) Faktoren, mit denen sich die im Modell benannten Dimensionen nachweisbar beeinflussen lassen. Farren et al. (2010) nutzen das Konzept, um Bewegungsprogramme zu untersuchen, die in einem besonderen Setting (Einkaufszentren) durchgeführt werden und benennen ebenfalls eine Fülle von Faktoren, die wiederum die systematische Planung ähnlicher Maßnahmen erleichtern können.

### **3.1.7 Technikbasierte bzw. heimbasierte Interventionen**

Wenn vulnerable Personen im ländlichen Raum die Zielgruppe für eine Intervention darstellen, ist deren Erreichbarkeit aufgrund der strukturellen Gegebenheiten noch eingeschränkter (bspw. fehlende Angebote vor Ort oder mangelhafte Transportmöglichkeiten). Technik- bzw. internetbasierte Interventionen, die die Zielgruppe im eigenen Umfeld durchführen kann, erscheinen deshalb als sinnvolle Lösung.

Hierzu zählt z. B. die Studie von Albright et al. (2015), in der SMS-Nachrichten an die Zielgruppe versendet werden. Einmal täglich schicken die Projektverantwortlichen eine SMS mit Ernährungs- oder Bewegungsempfehlungen an die Teilnehmenden, mit dem Ziel langfristige Lebensstilveränderungen zu bewirken. In Fokusgruppen berichten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von positiven Veränderungen in ihrem Essverhalten sowie der körperlichen Aktivität. Diese Strategie eignet sich laut der Autorinnen und Autoren gut für Zielgruppen im ländlichen Raum, für die weite Wege oft eine Hürde in Hinblick auf die Teilnahme an gesundheitsförderlichen Maßnahmen darstellen.

Weiterhin beschäftigt sich eine Studie mit dem sogenannten „Digital Storytelling“, wobei es sich um kurze Videos handelt, in denen die „Storyteller“ von eigenen Erfahrungen berichten (z. B. über eine Lebensstilveränderung oder den Umgang mit einer Erkrankung) und diese daraufhin veröffentlichen. Aussagen zur Wirksamkeit können anhand der Studie nur durch Einschätzungen der „Storyteller“ erfolgen. Diese bewerten das Instrument jedoch als äußerst positiv. Die Autorinnen und Autoren betrachten das Konzept insbesondere für Personen mit Migrationshintergrund als geeigneten Zugangsweg, da sich kulturelle, soziale und geographische Barrieren überwinden lassen (Briant, Halter, Marchello, Escareño & Thompson, 2016).

Auch Atkinson et al. (2009) führen eine technikorientierte Studie durch, in der sie in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe eine Internetseite zu gesunder Ernährung und Bewegung entwickeln. Hierfür werden Fokusgruppen mit Müttern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status geführt, um die Webseite auf die Bedürfnisse und Lebensumstände der Zielgruppe auszurichten. Das Endprodukt enthält viele zugeschnittene Funktionen, wird von den Teilnehmerinnen gut bewertet und von diesen im Alltag genutzt.

In einigen weiteren Studien beinhalten die Interventionen ebenfalls internetbasierte Elemente. Da diese jedoch oft nicht ausführlich beschrieben und gesondert untersucht werden, wird auf eine Darstellung an dieser Stelle verzichtet.

### 3.1.8 Sonstige Strategien

Neben den zuvor vorgestellten Strategien, die sich alle in mehreren Studien finden lassen, gibt es noch weitere Zugangswege. Hierzu gehört u. a. der Einsatz einer mobilen Augenklinik, die sich laut der Autorinnen und Autoren ebenfalls für den ländlichen Raum eignet. Hierbei handelt es sich um einen umfunktionierten Van, der in ländliche Gemeinden fährt und dort Sehtests, im Besonderen für ältere Menschen, anbietet. Dadurch sollen Augenkrankheiten früh erkannt und entsprechend behandelt werden. Chen, Hsieh, Tsai and Sheu (2015) können auf diese Weise zwar eine große Anzahl an Älteren erreichen, jedoch fehlen valide Wirksamkeitsnachweise zu diesem Konzept.

Farren et al. (2015) untersuchen mittels eines Scoping Reviews den Nutzen von Walkingangeboten für ältere Menschen, die in Einkaufszentren durchgeführt werden („Mall Walking“). Einkaufszentren als Setting bieten großes Potenzial, da eine Reihe von Barrieren umgangen werden kann, die von der Zielgruppe oft als hinderlich genannt werden (z. B. sicher, unabhängig von Wetterverhältnissen, ebene Laufwege, Vorhandensein von Toilettenräumen und weitere). Mehrere Studien berichten von einem deutlichen sozialen Nutzen für die Teilnehmenden, drei Studien zeigen zudem positive Effekte der psychischen Gesundheit auf, zwei können Verbesserungen bei klassischen gesundheitlichen Outcomes nachweisen.

### 3.1.9 Verhältnispräventive Maßnahmen

Verhältnispräventive Maßnahmen lassen sich per se als eine Strategie der Erreichbarkeit beschreiben, da hierbei die Umwelt der Individuen dahingehend verändert wird, positive Gesundheitseffekte zu erreichen. Hierbei kann Verhältnisprävention auch indirekt wirken, indem ein gesundheitsförderliches Verhalten erleichtert wird (Leppin, 2010). In diesem Fall steht es den Personen immer noch frei, das entstandene Angebot zu nutzen. Doch auch dann lassen sich solche verhältnispräventiven Maßnahmen als eine Strategie ansehen, Menschen zu erreichen.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass es sich auch bei den bereits zuvor vorgestellten Strategien des Community Engagement, des Empowerment und des Capacity Building um Verhältnisprävention handelt. Diese Ansätze haben es zum Ziel, eine dauerhafte Befähigung von Bürgerinnen und Bürgern oder Gemeinden zu erreichen, die Gesundheit wahrzunehmen und aktiv zu fördern. Somit soll die Fähigkeit gestärkt werden, die Umwelt protektiv zu verändern. Nachfolgend werden nun weitere verhältnispräventive Ansätze vorgestellt, die sich außerhalb dieser Konzepte bewegen.

Zum Beispiel wurden innerhalb eines Projektes alle Restaurants einer Gemeinde mit dem Ziel kontaktiert, die angebotenen Kindermenüs gesünder zu gestalten. Mit den teilnehmenden Restaurants wurden die Menüs gemeinsam verbessert und mithilfe von kindergerechten Logos und Give-aways bekannt gemacht. Die Autorinnen und Autoren können zwar nachweisen, dass die Menüs bei den 17 teilnehmenden Restaurants gesünder sind, die Reichweite untersuchen sie jedoch nicht systematisch. Die Autorinnen und Autoren betonen jedoch die Bedeutung der für Kinder ansprechenden Bewerbung der Menüs (Crixell, Friedman, Fisher & Biediger-Friedman, 2014).

Born and Claßen (2014) analysieren das Nutzungsinteresse und -verhalten von älteren Menschen von Fitness- und Bewegungsparcours im öffentlichen Raum. Das Nutzungsinteresse in der befragten Allgemeinbevölkerung lag bei 61 Prozent, 26 Prozent machten auch tatsächlich von dem Parcours Gebrauch. Die Autoren ermitteln eine Diskrepanz zwischen dem Nutzungsinteresse und dem Anteil

derjenigen Personen, die bereits tatsächlich auf einem solchen Parcours trainieren. Dies lässt sich auf eine mangelnde Kenntnis über das Angebot in der Öffentlichkeit zurückführen.

Der narrative Review von Al-Delaimy and Webb (2017) thematisiert den gesundheitlichen Nutzen von gemeinschaftlich genutzten Gärten in sozial benachteiligten Quartieren. Dahinter verbergen sich gemeinschaftlich und durch freiwilliges Engagement geschaffene und bewirtschaftete Gärten oder Parks, die öffentlich zugänglich und nutzbar sind. Die Nutzer solcher Gärten erleben mehrfach positive gesundheitliche Effekte, bspw. durch ein erhöhtes Selbstbewusstsein, den Aufbau neuer sozialer Kontakte, einer gesteigerten Fitness und verringerten BMI-Werten. Weiterhin verbessern die Gemeinschaftsgärten den Zugang zu frischen und gesunden Lebensmitteln für Personen mit einem niedrigen Einkommen. Potenzielle Nachteile solcher Gärten können sich durch Schadstoffbelastungen im Boden oder kulturelle Überzeugungen (z. B. Gartenarbeit als klassische Frauenarbeit) ergeben.

In einer weiteren Studie wird die Entwicklung und Umsetzung der „Initiative altersfreundliche Gemeinde“ in Kanada beschrieben. Im ersten Schritt wurden auf Bundesebene alle relevanten Agierenden an einen Tisch gebracht. Diese unterstützen kanadische Gemeinden bei der Umsetzung der Initiative. Ein wichtiger Bestandteil der Initiative ist das aktiv betriebene Marketing, bspw. mit Hilfe eines entsprechenden Logos. Es wurde ein Kriterienkatalog entwickelt, der festlegt, wann eine Gemeinde als altersfreundlich gilt. Um den Austausch über Best Practice zu fördern, wurde eine Online-Datenbank ins Leben gerufen. Die Einbeziehung von Seniorinnen und Senioren in die Planung und Gestaltung der altersfreundlichen Umwelten ist ein wichtiges Prinzip. Innerhalb von vier Jahren konnten 560 Gemeinden in Kanada durch die Initiative erreicht werden (Plouffe & Kalache, 2011).

Bei dem „Central California Regional Obesity Prevention Program“ (CCROPP) handelt es sich um einen ähnlichen Ansatz, der allerdings auf der regionalen Ebene angesiedelt ist. Ziel des Programmes ist ein verbesserter Zugang zu Obst und Gemüse sowie eine Einbindung von Jugendlichen und weiteren Bürgerinnen und Bürgern bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. Kernelemente des Programmes bilden Community Engagement und Capacity Building. Beispielsweise konnten auf diesem Wege Wochenmärkte etabliert, ein neuer Laufweg geschaffen und die Umgebung der Fußgängerinnen und Fußgänger sicherer gemacht werden (Schwarte et al., 2010).

### **3.2 Fragestellung 2: Förderliche Faktoren der Inanspruchnahme**

Welche Faktoren erhöhen die Inanspruchnahme von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung über längere Interventionszeiträume?

Die aus den Studien gewonnen Erkenntnisse werden nach Zielgruppen untergliedert dargestellt, wobei sich die meisten Hinweise auf Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status oder ältere Menschen beziehen. Es ist aber davon auszugehen, dass sich viele der Faktoren (vorwiegend diejenigen, die für die Zielgruppe der sozial Benachteiligten gelten) auf die anderen vulnerablen Zielgruppen übertragen lassen. Es muss erwähnt werden, dass es sich insbesondere bei den Barrieren und förderlichen Faktoren oft um Schlussfolgerungen der Autoren handelt, die sie aus ihren Erkenntnissen ableiten. Demnach sind diese selbst oft nicht explizit Teil der Untersuchung gewesen. Weiterhin werden in einigen Studien Barrieren und förderliche Faktoren erwähnt, die sich sehr spezifisch auf eine bestimmte Intervention beziehen. Diese werden an dieser Stelle nicht gesondert aufgeführt, können aber innerhalb der jeweiligen Exzerpte nachvollzogen werden.

### 3.2.1 Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status

Everson-Hock et al. (2013) schlussfolgern aus Erkenntnissen eines systematischen Reviews zu Ernährungs- und Bewegungsangeboten Barrieren und förderliche Faktoren für die Teilnahme an gesundheitsorientierten Angeboten bei sozial Benachteiligten. Als Barriere nennen sie das bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status öfter vorherrschende schlechte Image von gesundheitsförderlichen Aktivitäten, bspw. durch eine negative Assoziation mit dem Begriff „gesundes Essen“. Weiterhin wirkt ein hohes Maß an Verbindlichkeit der Teilnahme für die Zielgruppe eher abschreckend (Brand et al., 2015). Förderlich wirken bestimmte Eigenschaften der Kursleiterin bzw. des Kursleiters, z. B. eine Kenntnis über die Gemeinde, die Fähigkeit Teilnehmende zu begeistern, Empathie sowie die Herstellung eines Vertrauensverhältnisses. Weiterhin scheinen geschlechtergetrennte Kurse von der Zielgruppe besser angenommen zu werden. Auch das Setzen von Anreizen, bspw. durch kostenlose Mahlzeiten, die Arbeit mit bekannten und bezahlbaren Nahrungsmitteln, die Organisation von Wochenendaktivitäten oder kostenlosen Veranstaltungen, Kinderbetreuungsangebote, maßgeschneiderte Rezepte sowie Angebote, die die gesellschaftliche Teilhabe erhöhen, kann zu einer Erhöhung der Teilnahmezahl beitragen. Ein persönliches, aktives Zugehen durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren kann ebenfalls ein Erfolgsfaktor bei der Rekrutierung darstellen. Die Nutzung einer ausschließlichen Komm-Struktur wird dagegen nicht empfohlen (Brand et al., 2015). Auch Kornet-van der Aa et al. (2017) betrachten den Einsatz von Peers als wirksame Strategie, da Studien, in denen Peers integriert wurden, in der Tendenz höhere Partizipationsraten und Retention-Rates aufweisen. Damit die Peers die Zielgruppe für eine Teilnahme an einem Programm begeistern können, sind der Aufbau eines freundschaftlichen Verhältnisses, die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen, das Herstellen eines Vertrauensverhältnisses und klare sowie leicht verständliche Botschaften zielführend (Stolzenberg et al., 2012).

Hinsichtlich eines Ernährungsangebotes können Bukman et al. (2014) als Gründe für eine Nicht-Teilnahme fehlende zeitliche Kapazitäten, mangelnde Energie, (z. B. nach einem langen Arbeitstag), bestehende Gewohnheiten, zu hohe Kosten für gesunde Ernährung oder Hindernisse aus dem sozialen Umfeld (z. B. familiäre Verpflichtungen, ungesundes Essverhalten der Familie) ausmachen. Soziale Unterstützung durch Freunde oder Familienmitglieder stellt im Gegenzug einen förderlichen Einflussfaktor auf die Teilnahmebereitschaft dar, wobei dies im Besonderen auf Frauen zutrifft (Bukman et al., 2014).

In einem sozial benachteiligten Quartier, in dem vielfältige gesundheitsförderliche Angebote in Form eines Projekts durchgeführt wurden, erfolgte eine Befragung der Bewohnerschaft zu Nutzungsbarrieren. Das größte Hindernis stellt hier Informationsmangel dar (63 Prozent), gefolgt von Motivationslosigkeit (49 Prozent), Zeitmangel (29 Prozent), unsichere Umgebung und mangelndes Zugehörigkeitsgefühl (jeweils 19 Prozent), sprachliche Hürden (9 Prozent) und sonstige Barrieren wie bspw. Geldmangel oder schlechte Erreichbarkeit (insgesamt 16 Prozent) (Mossakowski et al., 2009).

Durch Interviews lassen sich innerhalb einer weiteren Studie noch andere Hinweise herausarbeiten. Umfassende, wissenschaftlich basierte Ausarbeitungen werden von Personen mit einem niedrigen Einkommen tendenziell eher abgelehnt; kurze, klar und einfach formulierte Unterlagen mit praxisnahen Beispielen und Bildern werden dagegen gut angenommen. Um eine Stigmatisierung zu vermeiden, sollte ein universelles Programm entwickelt werden, das sich zunächst an alle Zielgruppen richtet. Erst im Kurs sollte eine spezifische Anpassung der Inhalte und Methodik an die Zielgruppe vorgenommen werden. Gut erreichen lassen sich sozial Benachteiligte auch durch finanzielle Unterstützungen bei den Fahrtkosten oder der Ausgabe von Gutscheinen oder Coupons (Hurrelmann et al., 2013)

Lakerveld et al. (2014) beziehen sich in ihrer Studie auf das bereits zuvor vorgestellte RE-AIM Modell. Sie versuchen Faktoren zu ermitteln, die die fünf Dimensionen des Modells bei Interventionen in sozial benachteiligten Gegenden beeinflussen. Hierfür lassen sie Experten sowie Personen aus der Zielgruppe beispielhafte Interventionen in allen RE-AIM-Dimensionen bewerten. Für einige Faktoren können sie signifikante Zusammenhänge feststellen. Die Partizipation der Zielgruppe geht einher mit einer besseren Umsetzung, einer erhöhten Wirksamkeit und einer größeren Reichweite. Die Durchführung einer Bestandsaufnahme ist assoziiert mit einer höheren Effektivität, einer verbesserten Adoption/Übertragbarkeit und einer effektiveren Umsetzung der Intervention. Die regelmäßige Kommunikation mit der Zielgruppe während der Umsetzung steht in einem positiven Zusammenhang mit der Wirksamkeit, der Übertragbarkeit und der Umsetzung. Das Fehlen von vergleichbaren Angeboten in der Region wirkt sich positiv auf die Aufrechterhaltung aus. Weiterhin kommen sie zu dem Ergebnis, dass der Einsatz von ausreichendem, qualifiziertem Personal mit einer höheren Reichweite korreliert.

### 3.2.2 Ältere

Welche Faktoren die Teilnahmebereitschaft älterer Menschen zu bewegungsförderlichen Maßnahmen erhöhen, leiten McMahon and Fleury (2012) aus den Erkenntnissen ihres systematischen Reviews ab. Demnach wirken leicht zugängliche Kurse mit geringer Teilnehmerszahl und Teilnehmenden derselben Altersgruppe, in denen der Fokus auf Beweglichkeit und Gleichgewicht gelegt wird und die von Übungsleiterinnen und Übungsleitern angeleitet werden, die die Teilnehmenden und ihren individuellen Fortschritt begleiten können, als förderlich. Weiterhin bevorzugen diese Programme, in denen ihre individuellen Ziele berücksichtigt werden, soziale Interaktion fördern und positive Botschaften vermitteln. Eine Abstimmung des Bewegungsangebotes auf die individuellen Bedarfe und Vorlieben sowie die mentale Unterstützung durch den Kursleiterinnen und Kursleiter können ebenfalls positiv auf die Teilnahme wirken (Moore et al., 2016).

In Hinblick auf die Nutzung eines Bewegungsangebotes konnten die Autorinnen und Autoren als Hemmnisse einen subjektiv schlechter eingeschätzten Gesundheitszustand sowie ein höheres Alter ausmachen. Insbesondere ab 75 Jahre sinkt die Bereitschaft ein solches Bewegungsangebot zu nutzen (Born & Claßen, 2014). In einer anderen Studie konnten fehlende Transportmittel, bestehende Verletzungen oder Erkrankungen, der Umstand, keine Begleitperson zu haben, bestehende Terminkonflikte und erforderliche Teilnahmegebühren als Barrieren für die Teilnahme an einem Bewegungsangebot für die Zielgruppe der Älteren identifiziert werden. Förderlich hingegen werden in der Untersuchung genannt: eine Teilnahme aufgrund ärztlicher Empfehlung, der Versand von Einladungskarten, ein kostenfreies bzw. kostengünstiges Angebot, die Betonung auf den Gemeinschaftsaspekt, eine angenehme Atmosphäre sowie Transportmöglichkeiten. Während Frauen oft aus sozialen Gründen teilnehmen, sind es bei den Männern eher ärztliche Empfehlungen oder das Drängen der Partnerin (Farren et al., 2015). Weitere motivierende Faktoren scheinen laut Hildebrand and Neufeld (2009) eine Empfehlung durch Peers und das Vertrauen in die Anbieter des Bewegungsangebotes zu sein. Bei der Frage nach den Gründen zur Nicht-Teilnahme spielen auch hier zeitliche Konflikte (46 Prozent) und zu hohe Kosten (23 Prozent) eine wichtige Rolle.

Durch Fokusgruppen können Belza et al. (2004) Barrieren und Wünsche für bewegungsorientierte Interventionen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund identifizieren. Als größtes Hindernis nennt die Zielgruppe schlechtes Wetter, im Besonderen Schnee aufgrund der Angst vor Stürzen. Bevorzugt werden deshalb Indoor-Aktivitäten. Auch Sicherheitsbedenken, Schmerzen oder Unwohlsein, ein hoher finanzieller Aufwand, unangemessene Transportzeiten oder weite Entfernungen wirken sich negativ auf die Teilnahmebereitschaft aus. Im Umkehrschluss können z. B. kostengünstige

Angebote, Transfermöglichkeiten, Indoor-Aktivitäten oder begleitete Spaziergänge im Quartier wirksame Strategien sein.

### 3.2.3 Migrantinnen und Migranten/ethnische Minderheiten

Mendoza-Vasconez et al. (2016) kommen in ihrem narrativen Review zu dem Ergebnis, dass ethnische Minderheiten besonders häufig Sicherheitsbedenken als größte Barriere nennen. Das Beheben dieser Ängste kann demzufolge als förderlich hinsichtlich der Teilnahme an gesundheitsförderlichen Aktivitäten wirken. Weiterhin fürchtet sich die Zielgruppe vor sozialer Isolation und Ausgrenzung aufgrund ihrer Nationalität in den Kursen (Belza et al., 2004).

### 3.3 Fragestellung 3: Inhaltlich-methodische Gestaltung der Interventionen

*Wie müssen verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung inhaltlich-methodisch gestaltet werden, um die Wahrscheinlichkeit der dauerhaften Wirksamkeit bei vulnerablen Gruppen zu steigern?*

Insbesondere in den systematischen Reviews machen die Verfasserinnen und Verfasser häufiger Aussagen zu wirksamen Gestaltungsmerkmalen von Interventionen. Da der Fokus dieses Scoping Reviews jedoch auf den Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen liegt, beschränken sich die Erkenntnisse auf einige wenige Aspekte.

In mehreren Studien kommen die jeweiligen Autorinnen und Autoren zu dem Schluss, dass eine individuelle Anpassung der Angebote an die Zielgruppe, bspw. durch eine Berücksichtigung des individuellen Fitnesslevels oder der von der Zielpopulation vorab genannten Erwartungen an das Angebot, die Wirksamkeit positiv beeinflussen kann. Farren et al. (2015) nennen für die Zielgruppe der Älteren eine Unterstützung der Teilnehmenden bei der Erreichung ihrer gesundheitlichen Ziele, z. B. durch Fitnesstracking, Blutdruckmessungen, Cholesterinscreenings, Gewichtskontrollen oder regelmäßige medizinischen Beratungen, als förderlich.

Bei Interventionen, deren Zielgruppe Kinder oder Jugendliche darstellen, wird ein Einbezug der Eltern mit einer erhöhten Wirksamkeit der Angebote in Verbindung gebracht (Bröning et al., 2012; Kornet-van der Aa et al., 2017; Laws et al., 2014). Bei Jugendlichen scheinen aktive Maßnahmen (z. B. Klettern oder Schlittschuhlaufen) effektiver zu sein als Wissensvermittlungen in Form von Schulungen (Kornet-van der Aa et al., 2017).

Inhaltlich sollte neben einer reinen Wissensvermittlung der Fokus außerdem auf den Ausbau von Fähigkeiten (Skills) sowie auf die Vermittlung von Strategien zur Verhaltensänderung gelegt werden (Laws et al., 2014). Michie et al. (2009) finden außerdem heraus, dass positive Effekte am häufigsten bei Interventionen mit den folgenden Ansätzen aufgetreten sind: Bereitstellung von Informationen zu den Folgen bestimmter gesundheitlicher Verhaltensweisen, Methoden mit der konkreten Absicht einer Verhaltensänderung, Zielsetzung (auch bezeichnet als „Goal-Setting“), Erkennen und Überwinden von Hindernissen bei der Verhaltensänderung, Planung sozialer Unterstützung sowie der gezielte Einsatz von individuellen Belohnungen. Weiterhin schneidet das Verteilen von Flyern oder Faktenblättern im Vergleich zu persönlichen Treffen mit der Zielgruppe sehr viel schlechter ab (Kornet-van der Aa et al., 2017). Laws et al. (2014) schließen aus ihrer Zusammenschau von Studien außerdem, dass Kooperationen zu kommunalen Partnern und die aktive Nutzung von Netzwerken förderlich in Hinblick auf die Effektivität von Angeboten sind (Laws et al., 2014).

Auch über strukturelle bzw. organisatorische Aspekte der Interventionen werden in manchen Studien Aussagen gemacht. Bröning et al. (2012) finden z. B. heraus, dass Interventionen für Kinder aus suchtbelasteten Familien mindestens mit einer Laufzeit von einem halben Jahr angelegt sein sollten, besser länger. Im Gegenzug dazu kommen O'Mara-Eves et al. (2015) zu dem Ergebnis, dass kürzer angelegte Interventionen bei sozial Benachteiligten wirksamer zu sein scheinen als lang angelegte Programme. In einer anderen Studie wird ermittelt, dass gruppenbasierte Interventionen bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wirksamer sind als individuelle Einzelprogramme (Cleland et al., 2013). Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass Einzelkomponenten-Interventionen stärkere Effekte aufweisen als Mehrfachkomponenten-Interventionen. Auch sollten die Teilnehmenden ein ähnliches Alter aufweisen, wenn Angebote ihre volle Wirksamkeit entfalten sollen (O'Mara-Eves et al., 2015). Außerdem gibt es einen schwachen Hinweis dafür, dass universell angelegte Programme effektiver sind im Vergleich zu zielgruppenspezifischen (Hurrelmann et al., 2013; O'Mara-Eves et al., 2015), was sich ggf. auf eine mögliche Stigmatisierung zurückführen lässt.

In wenigen Studien erfolgen überhaupt Messungen zu Langzeiteffekten, wobei die Qualität der Studien zudem häufig von den Reviewautorinnen und -autoren nicht sehr gut bewertet wird und Effekte oftmals nicht signifikant sind. Die wohl noch am aussagekräftigste Aussage kommt von O'Mara-Eves et al. (2015) die auf der Grundlage ihres Reviews behaupten, dass die Effekte nach einem längeren Zeitraum generell eher kleiner ausfallen als direkt nach der Intervention. Als sicher können sie dieses Ergebnis jedoch nicht ausweisen.

### 3.4 Studienexzerpte

Im Folgenden werden die eingeschlossenen Studien in Form standardisierter Exzerpte dargestellt. Der Review soll eine Hauptfragestellung beantworten sowie zwei „Nebenfragestellungen“ – so ist jedes Studienexzerpt eine Antwort auf Frage 1; nur ein Teil der Studienexzerpte beantworten Frage 2, Frage 3 oder beide „Nebenfragestellungen“. Inwiefern die Beantwortung der zweiten und dritten Fragestellung erfolgt, wurde bereits in Kapitel 0 erläutert.

Die Exzerpte folgen alle dem gleichen Aufbau. Jeder Studie wird ein Tabellenkopf vorangestellt, der Angaben zu der Strategie, der Zielgruppe, dem Handlungsfeld<sup>10</sup> und der Handlungsebene<sup>11</sup>, den untersuchten Outcomes<sup>12</sup> sowie dem Studientyp enthält. Die schriftlichen Ausführungen der Exzerpte beginnen stets mit einer Einführung, in der das Ziel sowie das zentrale Ergebnis der Studie aufgeführt wird. Daran anschließend erfolgt die Darstellung der eigentlich interessierenden Erkenntnisse in Hinblick auf die Fragestellungen. Dafür werden zunächst die im Rahmen der Studie angewandten Strategien beschrieben und deren Wirksamkeit dargelegt. Sofern sich in der Studie weiterhin Antworten auf die beiden anderen Fragestellungen finden lassen, werden auch diese Erkenntnisse aufgeführt. Bei eventuellen Bemerkungen oder Auffälligkeiten zur Studie erfolgt dessen Darstellung am Ende eines Exzerpts.

<sup>10</sup> Unter dem Begriff Handlungsfeld wird erläutert, mit welchem gesundheitsbezogenen Thema sich die Studie beschäftigt, bspw. Bewegung, Ernährung etc. Hierbei wurde sich an den im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands (2017) definierten Handlungsfeldern orientiert.

<sup>11</sup> Unter dem Begriff Handlungsebene wird dargelegt, ob die Studie sich mit verhaltens- oder verhältnispräventiven Interventionen auseinandersetzt.

<sup>12</sup> Innerhalb der Exzerpte wird nicht auf alle in den Studien untersuchten Outcomes eingegangen, sondern vorrangig auf diejenigen, die hinsichtlich der drei Fragestellungen Antworten liefern. Weiterhin erfolgt eine Unterteilung der Outcomes mit einem Bezug zur Erreichbarkeit (vorrangig zur Beantwortung der Fragestellungen 1 und 2) sowie Outcomes mit einem Bezug zur Wirksamkeit (vorrangig zur Beantwortung der Fragestellung 3).

### 3.4.1 Albright et al. (2015): Health Promotion Text Messaging Preferences and Acceptability Among the Medically Underserved

<b>Strategie(n)</b>	SMS-Nachrichten
<b>Zielgruppe</b>	Personen aus dem ländlichen Raum, die gefährdet sind an einer kardiovaskulären Krankheit zu erkranken
<b>Handlungsfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährung</li> <li>• Bewegung</li> </ul>
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Präferenzen hinsichtlich Art, Inhalt und Anzahl der verschickten Nachrichten</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschätzung der Effektivität</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Qualitative Studie

Albright et al. (2015) testen in einem Pilotprojekt die Versendung von SMS-Nachrichten als eine Möglichkeit der Erreichbarkeit. Der Schwerpunkt ihrer Studie liegt darauf, durch Fokusgruppen herauszufinden, wie solche Nachrichten am besten gestaltet sein sollten, damit sie bei der Zielgruppe zu Veränderungen führen. Die Mehrheit der Teilnehmenden berichtet von Veränderungen im Ess- und/oder Bewegungsverhalten aufgrund der durch die SMS vermittelten Tipps.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Einmal täglich versenden die Autorinnen und Autoren eine SMS an die Zielgruppe mit dem Ziel, bei den Teilhabenden eine Lebensstilveränderung herbeizuführen. Inhalte der Nachrichten sind dabei Themen der gesunden Ernährung, des aktiven Lebensstils und der erfolgreichen Zielsetzung. Als Ansprechpartner vor Ort stehen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Community Health Worker zur Verfügung.

#### Effekt der Strategie(n)

Die Nachrichten werden von den Teilnehmenden als sehr hilfreich empfunden. Die Formulierungen sollten motivierend, inspirierend und unterstützend sein. Am beliebtesten waren bei den Probanden Ernährungs- und Bewegungstipps sowie Ermutigungen zum Setzen eigener Ziele. Die SMS sollten am Morgen verschickt werden, damit der Tipp im Laufe des Tages umgesetzt werden kann. Allerdings gibt es auch SMS, bei denen ein Versand am Abend mehr Sinn macht (bspw. bei einer Erinnerung, ob genug Schritte am Tag gemacht wurden). Am Wochenende wünschen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine spätere Versendung der Nachricht. Die Präferenz lag auf solchen Inhalten, die sich leicht in den Alltag einbauen lassen und nicht mehr als 20 Minuten Zeit in Anspruch nehmen. Bei Nachrichten, bei denen eine Antwort erwünscht wurde, sollten konkrete Zeitspannen angegeben werden, in denen diese zu versenden ist. Kontrollfragen empfanden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer als unangenehm. In manchen SMS fügten die Autorinnen und Autoren weiterführende Links an, diese wurden allerdings weniger gut angenommen. Als weitere Faktoren machten die Teilnehmenden darauf aufmerksam, dass die Nachrichten „kurz und bündig“ sowie korrekt übersetzt sein, der Absender immer der gleiche und keine persönlichen Diagnosen thematisiert werden sollen.

Eine Mehrzahl der Programmteilhabenden bestätigt, dass die SMS-Nachrichten zu einer Veränderung ihres Essverhaltens und/oder ihrer körperlichen Aktivität beigetragen haben.

### 3.4.2 Al-Delaimy WK & Webb M (2017): Community Gardens as Environmental Health Interventions: Benefits Versus Potential Risks

<b>Strategie(n)</b>	Schaffung urbaner Gemeinschaftsgärten zur Adressierung gesundheitlicher Risiken in sozial benachteiligten Quartieren
<b>Zielgruppe</b>	Urbane Bevölkerung, u. a. sozial Benachteiligte, Menschen mit Migrationshintergrund, verschiedene ethnische Gruppen
<b>Handlungsfeld</b>	Ernährung, Bewegung, gesundheitliches Wohlbefinden
<b>Handlungsebene</b>	Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung strategischer Maßnahmen</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• gesundheitlicher Nutzen (physisch, psychisch, sozial)</li> <li>• Risikofaktoren</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Narrativer Review

Al-Delaimy & Webb (2017) fassen in ihrem narrativen Review den bisherigen Erkenntnisstand der Forschung zu urbanen Gemeinschaftsgärten zusammen. Sie konzentrieren sich dabei auf zwei Bereiche: Den gesundheitlichen Nutzen und die mit Gemeinschaftsgärten verbundenen potentiellen Risiken. Resümierend besitzen gemeinsam bewirtschaftete urbane Gärten als verhältnispräventive Intervention ein nicht zu unterschätzendes Potential im Hinblick auf die Eindämmung chronischer Krankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dabei sollten jedoch mögliche Gefahren, insbesondere solche durch Altlasten in Form von Schad- oder Giftstoffen im Boden im Auge behalten werden.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Urbane Gemeinschaftsgärten stellen ein besonderes Beispiel für die gesundheitsförderliche Gestaltung des städtischen Umfelds – insbesondere auch in sozial benachteiligten Quartieren dar. Dahinter verbergen sich gemeinschaftlich und durch freiwilliges Engagement geschaffene und bewirtschaftete Gärten, Grünanlagen oder Parks, die in der Regel allgemein öffentlich zugänglich sind. Viele Gärten kennzeichnet ihr interkultureller und inklusiver Charakter, da sie das Potential haben, Akteurinnen und Akteure verschiedener Milieus, Herkunftsländer und Altersgruppen miteinander in Kontakt zu bringen. Laut Al-Delaimy & Webb (2017) wurde der potentielle gesundheitliche Nutzen solcher Gärten und ihr Einsatz als gezielte Strategie zur Förderung der Gesundheit bislang häufig vernachlässigt, dabei umfasst er gleichermaßen gesunde Ernährung, Bewegung wie auch Aspekte des psychosozialen Wohlbefindens.

#### Effekt der Strategie(n)

Al-Delaimy & Webb (2017) berichten über das Potential der Gemeinschaftsgärten zur Steigerung von Empowerment im Sinne von Motivation zur aktiven Mitwirkung, Teamarbeit und Verantwortungsübernahme für sich selbst und die Gemeinschaft. Dies wiederum befördert zusammen mit der Motivation, gemeinsam ein kollektives Ziel zu erreichen sowohl soziale als auch umgebungsbezogene Veränderungen und zieht den Autorinnen und Autoren zufolge indirekt positive gesundheitliche Effekte auf körperlicher und psychischer Ebene nach sich.

Studien zufolge vermögen Gemeinschaftsgärten insbesondere in der westlichen Welt bürgerliches Engagement zu fördern und Kommunen zu mobilisieren. Die Projekte zielen in der Regel darauf ab, gemeinsam produktiv tätig zu werden, einen Freiraum in der Stadt nach eigenen Vorstellungen zu gestalten und damit nachbarschaftliche Begegnungen und den Austausch untereinander zu fördern. Die Gärten tragen dadurch aktiv zur Erhöhung des gemeinschaftlichen Zusammenhalts bei. Dieser positive Effekt auf die soziale Kohäsion zeigt sich beispielsweise darin, dass sie Menschen jeder Altersstufe gleichermaßen ansprechen oder auch in Form erhöhten Selbstbewusstseins oder gesteigerter Zufriedenheit bei den „Gemeinschaftsgärtnern“, durch Spaß an der Sache, mehr Vertrauen, Übernahme von Führungsaufgaben oder den Aufbau neuer sozialer Kontakte. Aufgrund dieser Eigenschaft können Gemeinschaftsgärten darüber hinaus auch bei der Integration von Migrantinnen und Migranten helfen, wie Ergebnisse aus der Integrationsforschung zeigen. In Gegenden mit niedrigem Einkommen bieten Gemeinschaftsgärten zudem eine mögliche Strategie zur Verbesserung der Zugänglichkeit.

Der gesundheitsförderliche Charakter urbaner Gemeinschaftsgärten erstreckt sich gleichermaßen auf Individuen wie auch die Umgebung selbst. Auf Ebene der Verhältnisse tragen die Gärten positiv zur Stadtentwicklung bei, beispielsweise durch Verbesserung des Grünflächenangebots vor Ort. Auf individueller Ebene regen die Gärten bzw. ihre Bewirtschaftung z. B. zu mehr Bewegung an, vermitteln Wissen über gesunde Ernährung und können damit einhergehend die Ernährungsgewohnheiten beeinflussen. Studien fanden in diesem Zusammenhang u. a. einen höheren Obst- und Gemüsekonsum in „gemeinschaftsgärtnernden Haushalten“, wenn sie auch keine Aussage darüber erlauben, ob dies ursächlich auf die Gärten zurückgeführt werden kann. Quantitative Studien zur Wirksamkeit der Studien im Hinblick auf körperliche Aktivität liegen Al-Delaimy & Webb bislang nicht vor, sie berichten aber Ergebnisse, wonach über 50-jährige Gemeinschaftsgärtner ihre Fitness subjektiv höher bewerten bzw. sich selbst als aktiver und ihre Gesundheit als besser einschätzen als „Nicht-Gärtner“ (wobei jedoch auch hier nicht auf einen kausalen Zusammenhang geschlossen werden kann). Andere Studien untersuchten den Einfluss auf physiologische Parameter und fanden u. a. einen geringeren BMI bei Personen, die sich in Gemeinschaftsgärten engagierten sowie eine Verbesserung des HbA1c-Werts bei „gärtnernden“ Diabetikern. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass sich der Wert in der nicht am Gartenprojekt teilnehmenden Kontrollgruppe im Mittel verschlechterte. Auch in Studien mit Kindern und Jugendlichen zeigten sich vergleichbare Resultate, z. B. in Form eines reduzierten BMI oder der gestiegenen Bereitschaft, bisher unbekanntes Obst und Gemüse zu probieren. Darüber hinaus liefern diverse Studien Hinweise für positive Effekte auf verschiedene Maße psychischer Gesundheit.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Eine mögliche Barriere, insbesondere wenn der Integrationsgedanke der Gärten im Vordergrund steht, bilden ggf. existierende kulturelle Überzeugungen. So verweigerten sich männliche Migranten in mehreren Studien der Gartenarbeit, da dies in ihren Augen eine klassische Frauenarbeit ist bzw. eine sozial inakzeptable Tätigkeit für einen Mann darstellt.

Schadstoffbelastungen im Boden stellen ein weiteres Hindernis bzw. ernstzunehmendes Risiko im Zusammenhang mit urbanen Gemeinschaftsgärten dar. Studien weisen darauf hin, dass die Böden bzw. in der Folge dann auch die Nutzpflanzen häufig mit Schwermetallen wie Blei, Arsen oder Cadmium belastet sind. Welche Auswirkungen dies im Einzelnen auf die Gesundheit der Gemeinschaftsgärtner hat, ist bislang allerdings nur spärlich untersucht.

Ein weiterer Punkt betrifft die Wahrnehmung und Bedenken der Gärtner selbst in Bezug auf ihre Gesundheit, wobei insbesondere die Qualität des Bodens und die des zur Bewässerung der Pflanzen genutzten Wassers im Vordergrund stehen. Die Studienbefunde sind diesbezüglich uneinheitlich und reichen von großem Bewusstsein für die Thematik bis hin zu völligem Unwissen und Mangel an Information hinsichtlich möglicher Kontaminationen.

Al-Delaimy & Webb (2017) identifizieren als mögliche Schutzmaßnahmen hierfür die Nutzung von Hochbeeten und unbehandeltem Holz sowie die Aufschüttung von Boden, was jedoch mit zusätzlichen Kosten verbunden ist. Die Literatur ist jedoch auch in diesem Bereich dünn gesät.

#### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

Al-Delaimy & Webb (2017) weisen an vielen Stellen darauf hin, dass es weiterer Forschung bedarf, um die konkreten Wirkmechanismen, die hinter den berichteten Studienergebnissen stehen, genauer zu untersuchen und zu belastbareren Aussagen zu kommen.

#### **3.4.3 Atkinson et al. (2009): Rural eHealth nutrition education for limited-income families: an iterative and user-centered design approach**

<b>Strategie(n)</b>	Auf die Zielgruppe zugeschnittene Internetseite
<b>Zielgruppe</b>	Mütter mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährung</li> <li>• Bewegung</li> </ul>
<b>Handlungsebene</b>	Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Benutzerfreundlichkeit</li> <li>• Akzeptanz</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Qualitative Studie

Atkinson et al. (2009) erachten internetbasierte Interventionen als eine gute Möglichkeit, sozial benachteiligte Menschen in ländlichen Regionen zu erreichen. Dafür entwickeln sie gemeinsam mit der Zielgruppe eine Internetseite zu gesunder Ernährung und Bewegung, die die Bedürfnisse und Lebensumstände der Zielgruppe berücksichtigt. Die in drei Schritten von den Autorinnen und Autoren erarbeitete Webseite wird von allen Teilnehmerinnen positiv bewertet und würde von diesen im Alltag genutzt werden.

#### **Strategien der Erreichbarkeit**

Innerhalb der Studie erarbeiten die Autorinnen und Autoren unter aktivem Einbezug der Zielgruppe eine Internetseite mit Gesundheitsinformationen (nutzerzentriertes Design). Hierfür wählen sie ein Vorgehen mit drei Phasen:

- In Fokusgruppen mit teilnehmenden Müttern wird ermittelt, ob diese überhaupt eine solche Webseite akzeptieren würden, welcher Name ansprechend ist und ob eine Registrierung akzeptiert wird. Den Namen der Webseite dürfen die Teilnehmerinnen dabei selbst bestimmen.
- Auf der Basis dieser ersten Diskussion werden drei Entwürfe von Internetseiten konzipiert, über die wieder im Rahmen von Fokusgruppen diskutiert wird. Hierbei erfolgt eine Bewertung der drei Internetauftritte nach Inhalten und Design.

- Auf Grundlage der Bewertungen durch die Teilnehmerinnen wird ein Prototyp der Webseite erstellt. Während die Mütter sich die Internetseite anschauen, werden Interviews mit ihnen bezüglich der Inhalte, der Gestaltung, der Navigation und den angebotenen Features (bspw. Newsletter, „Tipp des Tages“, „Frag den Coach“, Vorschlagsbox) durchgeführt.

Die Rekrutierung der Mütter erfolgt über Flyer, die innerhalb der Gemeinde ausgelegt werden sowie in Kirchen und Gemeindezentren verteilt werden. Weiterhin werden Empfänger von „Essensmarken“ telefonisch kontaktiert und für eine Teilnahme an der Intervention motiviert.

### **Effekt der Strategie(n)**

Die Teilnehmerinnen wünschen sich insbesondere Informationen darüber, wie sie mit wenig Budget gesund für die ganze Familie einkaufen und kochen können. Hierfür fordern sie auch die regelmäßige Bereitstellung von dafür geeigneten Rezepten. Weiterhin finden die Mütter einen Bereich mit Inhalten speziell für ihre Kinder interessant, bspw. mit Tipps zu gesunden Snacks, gemeinsamen Kochen oder Ratschlägen, wie sich diese zu mehr Bewegung motivieren lassen. Außerdem bewerten sie den „community space“ als sehr positiv, wo über Veranstaltungen oder Angebote in der Gegend berichtet wird und sich Tipps dazu finden lassen, wo sie in der Umgebung günstig einkaufen können.

Einen persönlichen Log-in für die Seite begrüßen viele Mütter, möchten sich jedoch nicht jedes Mal anmelden müssen, wenn sie die Webseite besuchen. Sie sind auch bereit bei der Anmeldung bestimmte persönliche Angaben zu machen. Einige der Teilnehmerinnen berichten über Bedenken bei Angaben zur Adresse, der Haushaltsgröße oder zum Gesundheitszustand. Auf der anderen Seite ermöglichen solche Angaben das Bereitstellen von personalisierten Informationen, was wiederum von vielen begrüßt wird.

Weiterhin bevorzugen die Mütter viele Fotos und leicht verständliche, kurz gefasste Informationen, die sich direkt in den Alltag einbauen lassen. Hierfür wurden die Texte bereits bei der Erstellung vom Projektteam so verfasst, dass sie auch von Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand verstanden werden können. Generell bevorzugen die Teilnehmerinnen die interaktiven Tools auf der Seite (bspw. „Frag den Coach“, das Bewegungs- und Ernährungstagebuch, Spiele und Quizze). Im Allgemeinen wird die Webseite ausschließlich positiv bewertet, würde von den Teilnehmerinnen im Alltag verwendet und an andere Mütter weiterempfohlen werden.

Die Autorinnen und Autoren berichten außerdem von positiven Erfahrungen über die Rekrutierung der Mütter über die kommunalen Einrichtungen.

### 3.4.4 Belza et al. (2004): Older adult perspectives on physical activity and exercise: voices from multiple cultures

<b>Strategie(n)</b>	Ableitung von Strategien für zukünftige Maßnahmen
<b>Zielgruppe</b>	Ältere mit Migrationshintergrund
<b>Handlungsfeld</b>	Bewegung
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrieren und förderliche Faktoren</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Qualitative Studie

Belza et al. (2004) führen Fokusgruppen mit älteren Menschen unterschiedlicher Nationalitäten durch, um Barrieren sowie förderliche Faktoren für deren körperliche Aktivität zu identifizieren. Diese Erkenntnisse sollen dazu dienen, ein erweitertes Verständnis für kulturell angepasste Bewegungsangebote zu erhalten (Cultural Tailoring). Schlechtes Wetter, Angst vor Kriminalität sowie die Angst, von der Gruppe ausgeschlossen zu werden stellen wichtige Barrieren dar. Eine Betonung des Erhalts der körperlichen und mentalen Fitness oder der Bewältigung chronischer Krankheiten kann ein Ansatzpunkt sein, diese Zielgruppe zu körperlicher Aktivität zu motivieren.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Allgemein sehen die Älteren in körperlicher Aktivität die Chance, sich gesundheitlich und mental fit zu halten und chronische Erkrankungen zu bewältigen. Insbesondere von Chinesen und Vietnamesen wird Bewegung als Möglichkeit gesehen, die Einnahme von Medikamenten zu verhindern oder zu verzögern.

Generell besteht der Wunsch nach gemeinsamen Aktivitäten mit Freunden, Bekannten oder anderen Personen der gleichen Nationalität, um sich gegenseitig motivieren zu können. Als eine der größten Barrieren nennt die Zielgruppe schlechtes Wetter, im Besonderen Schnee (wegen Angst vor Stürzen), was den Wunsch nach Indoor-Aktivitäten begründet. Bei gutem Wetter ist Spazierengehen in der Natur die Bewegungsart der Wahl aller Befragten. Dies sehen sie auch als Möglichkeit Depressionen zu vermeiden.

Manche der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen selber auf die Idee als Peers aufzutreten, um andere Ältere anzusprechen und für körperlich aktive Maßnahmen zu motivieren.

Neben schlechtem Wetter nennen die älteren Personen vor allem Sicherheitsbedenken, Schmerzen oder ein ungutes Gefühl, zu hohe Kosten für Bewegungsangebote und unangemessene Transportzeiten (z. B. Busfahrzeiten) oder weite Entfernungen zu Bewegungsangeboten oder Parks als Hinderungsgründe. Manche der Älteren fühlen sich aufgrund ihrer Nationalität ausgeschlossen und vermeiden aus diesem Grund eine Teilnahme.

Die Autorinnen und Autoren erachten die Erkenntnisse als wichtig, um kulturell zugeschnittene Interventionen für diese Zielgruppe entwickeln. Kostengünstige Angebote, Transferangebote, Indoor-Aktivitäten oder begleitete Spaziergänge im Quartier können wirksame Strategien sein.

Weiterhin empfehlen die Autorinnen und Autoren die Bildung einer Einrichtung bzw. eines Netzwerkes, das Bewegungsangebote für verschiedene ethnische Gruppen anbietet und diese für kleinere ethnische Gruppen bündelt.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Die Studie untersucht zwar keine konkrete Strategie, liefert aber wichtige Hinweise für die Gestaltung von Interventionen, damit diese von älteren Personen anderer Kulturen angenommen werden.

### 3.4.5 Born & Claßen (2014): Fitness- und Bewegungsparcours im öffentlichen Raum. Ein Beitrag zur Bewegungsförderung in der Zielgruppe 50+

<b>Strategie(n)</b>	Fitness- und Bewegungsparcours im öffentlichen Raum
<b>Zielgruppe</b>	Ältere (50 +)
<b>Handlungsfeld</b>	Bewegung
<b>Handlungsebene</b>	Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kenntnis über Bewegungs- und Fitnessparcours</li> <li>• Nutzungsinteresse</li> <li>• Nutzungsverhalten</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Querschnittsstudie

Born and Claßen (2014) untersuchen innerhalb ihrer Studie das Nutzungsinteresse und -verhalten von älteren Menschen hinsichtlich errichteter Fitness- und Bewegungsparcours im öffentlichen Raum. Hierfür wurden sowohl die Allgemeinbevölkerung als auch Nutzerinnen und Nutzer der vier ausgewählten Bewegungsparcours befragt. Die Autoren ermitteln u. a. eine Diskrepanz zwischen dem Nutzungsinteresse und dem Anteil derjenigen Personen, die bereits tatsächlich auf einem solchen Parcours trainieren. Zurückführen lässt sich dies darauf, dass die interessierten Personen keine Kenntnis über das öffentliche Bewegungsangebot haben, was insbesondere in Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit als problematisch zu bewerten ist.

### Strategien der Erreichbarkeit

Die Strategie liegt in der Bereitstellung eines Bewegungsangebots durch öffentlich zugängliche Bewegungs- und Fitnessparcours. Demnach handelt es sich um eine verhältnispräventive Maßnahme, die zu einem erhöhten Aktivitätslevel bei Älteren führen soll.

### Effekt der Strategie(n)

Innerhalb der Allgemeinbevölkerung haben 50 Prozent der Befragten Kenntnis über die Existenz der öffentlichen Bewegungsparcours. Hierbei zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Kenntnisstand und der sportlichen Aktivität der befragten Personen ( $p = 0.001$ ).

61 Prozent dieser Befragten können sich vorstellen ein solches Bewegungsangebot zu nutzen (davon ca. 44 Prozent derjenigen Personen, denen das Angebot zuvor nicht bekannt war). 26 Prozent der Teilnehmenden trainierten bereits auf einem solchen Parcours, allerdings oft nicht im Alltag, sondern im Urlaub.

Von den 55 befragten aktiven Nutzerinnen und Nutzern der vier Bewegungsparcours trainierten 35 Personen bereits mehrfach auf dem Parcours, 23 nutzen diesen regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Woche, und fünf Befragte sogar täglich. Die durchschnittliche Trainingsdauer liegt bei 16,8 min pro Trainingseinheit (Standardabweichung = 11,6). Die Autoren können nachweisen, dass eine größere Anzahl von Trainingsstationen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Trainingsdauer steht ( $p = 0.045$ ). 23 der 35 mehrfachen Nutzer bestätigen eine jahreszeitenunabhängige Verwendung der Trainingsutensilien. Fast alle der Befragten verbinden den Fitnessparcours mit weiteren sportlichen Aktivitäten wie bspw. Radfahren, Joggen oder Spaziergehen. Lediglich zwei der Befragten nutzen das öffentliche Bewegungsangebot anstelle anderer körperlicher Aktivitäten. Und nicht, wie von den Verantwortlichen intendiert, als Ergänzung. 12 von 33 Personen geben jedoch an, dass sich mit der Nutzung des Fitnessparcours ihre allgemeine körperliche Aktivität nicht gesteigert hat.

### Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren

Als Hemmnisse einer Nutzung ermitteln die Autoren einen subjektiv schlechter eingeschätzten Gesundheitszustand ( $p = 0.001$ ) sowie ein höheres Alter (unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes als potentieller Confounder) ( $p = 0.001$ ). Insbesondere mit 75 Jahren und älter sinkt die Anzahl derjenigen, die einen solchen Bewegungsparcours nutzen würden.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Die Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung wurde über vier Arztpraxen rekrutiert, was zu einer Verzerrung hinsichtlich der gesundheitlichen Situation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geführt haben kann. Allerdings wurde dem durch die Begrenzung auf Augen- und Zahnarztpraxen versucht entgegenzuwirken, um somit eine Überrepräsentation von chronisch Erkrankten zu verhindern.

### 3.4.6 Brand et al. (2015): Wie erreichen Präventionsprojekte ihre Zielgruppen? Auswertung einer Befragung der im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung geförderten Projekte

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang über Institutionen</li> <li>• Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren</li> <li>• Strategien der Rekrutierung</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status</li> <li>• Personen mit Migrationshintergrund</li> <li>• Alleinerziehende</li> <li>• Wenige weitere, nicht vulnerable, Zielgruppen</li> </ul>
<b>Handlungsfeld</b>	Verschiedene
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfahrungen mit den Zugangswegen</li> <li>• Genutzte Kommunikationskanäle</li> <li>• Teilnahmeanreize</li> <li>• Response-Raten</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Evaluationsstudie

Brand et al. (2015) befragen innerhalb ihrer Studie Verantwortliche von Projekten, die im Rahmen der „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP)“ – gefördert durch das Bundesminis-

terium für Bildung und Forschung – durchgeführt wurden, zu ihren Erfahrungen in Hinblick auf die erprobten Zugangswege und Erreichbarkeitsstrategien. Von den insgesamt 60 angeschriebenen Projektverantwortlichen füllten 38 den Fragebogen aus. In den wenigen Studien, in denen hohe Response-Raten erreicht wurden, erfolgte der Zugang über eine Institution. Förderlich wirkt u. a. auch der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren oder ein persönliches Zugehen, wohingegen bspw. schriftliche Ansprachen oder Angebote mit „Komm-Strukturen“ hinderlich zu sein scheinen.

### **Strategien der Erreichbarkeit**

Als Zugang wurde in den meisten Projekten der Weg über eine Institution (n = 35), bspw. Kita, Schule, Betrieb oder Seniorenheim, gewählt. Auch erfolgten Zugänge über Vereine, Kirchen oder weitere kommunale Institutionen. Weiterhin wurden oft Multiplikatorinnen und Multiplikatoren – z. B. in Form von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder Erzieherinnen und Erziehern in Jugendhilfeeinrichtungen – eingesetzt (n = 24).

In der Mehrzahl der Projekte wurden mehrere Kommunikationskanäle genutzt (n = 34). Am häufigsten erfolgte eine schriftliche Kontaktaufnahme, gefolgt von persönlicher oder telefonischer Ansprache sowie der Kontaktierung über Praktikerinnen und Praktiker im Feld. Eine Ansprache durch Laien oder Hausbesuche erfolgte selten.

In fast allen Projekten (n = 31) kam eine Form von Teilnahmeanreizen zum Einsatz: Bei Evaluationsstudien wurden am häufigsten finanzielle Anreize gesetzt (zwischen 5 € und 90 €, Median 15 €). Diese Beträge wurden entweder an die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren oder an die Teilnehmenden selbst gezahlt. Bei Letzterem meistens als Aufwandsentschädigung für eine Befragung oder Untersuchung. In seltenen Fällen wurden auch bei Interventionsstudien Geldbeträge gezahlt, hier wurden jedoch überwiegend Anreize durch Partizipationsmöglichkeiten – bspw. in Form von Ideenwerkstätten, Fokusgruppen oder Zielgruppenbefragungen – gesetzt. Bei Evaluationen kamen neben den Geldbeträgen auch Sachprämien (z. B. Bücher, Gutscheine, Spielsachen) oder Verlosungen (z. B. Handys, Wellnesswochenende) zum Einsatz. In Projekten, die explizit eine Erprobung der Zugangswege zum Ziel hatten, wurden seltener Anreize (insbesondere finanzielle) gesetzt.

### **Effekt der Strategie(n)**

In nur wenigen Studien wurden Response-Raten erhoben, falls doch schwankten diese zwischen 2 Prozent und 100 Prozent. Besonders hoch war die Erreichbarkeit bei Zugängen über Institutionen. Schwieriger gestaltete sich der Zugang bei Individualangeboten oder Setting-Ansätzen, bei denen keine zentrale Institution beteiligt war.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Aus den Erfahrungen, die innerhalb der Projekte gemacht werden konnten, konnten die Autorinnen und Autoren einige förderliche Faktoren sowie mögliche Hürden identifizieren. Als Erfolgsfaktoren gelten insbesondere ein aktives, persönliches Zugehen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im entsprechenden Setting und der Einbezug von Multiplikatoren. Diese müssen allerdings zuvor hinreichend über Ziele und Sinn des Projekts informiert werden und es sollte eine regelmäßige Kommunikation, bspw. in Form von individuellen Rückmeldungen oder Zwischenberichten, erfolgen. Bei einem Zugang über eine Institution ist die Unterstützung durch höhere Funktionsebenen entscheidend für den Effekt der Intervention. Weiterhin empfehlen die Projektverantwortlichen eine breite Öffentlichkeitsarbeit im Setting sowie über lokale Medien. Das Internet stellte sich nur bei auf ein bestimmtes Krankheitsbild bezogenen Intervention als nützlich heraus, nicht jedoch bei anderen

Projekten bspw. zur Adipositas-Prävention. Außerdem scheinen Inhalt und Konzeption der Intervention ebenfalls entscheidend zu sein für die Anmeldung – Ernährung ist hierbei ein besonders gut akzeptiertes Handlungsfeld.

Als Hinderungsgründe für eine Teilnahme identifizieren die Autorinnen und Autoren u. a. eine ausschließlich schriftliche Ansprache oder die Nutzung einer reinen „Komm-Struktur“. Auch die Rekrutierung über niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hat sich als wenig förderlich herausgestellt, insbesondere da diese oftmals hohe Honorierungen verlangen. Als weitere Barrieren werden ein hohes Maß an Verbindlichkeit zur Teilnahme, Sprachbarrieren oder keine Erfahrungen der Kooperationspartner in der Gesundheitsförderung genannt. Bei Projekten im ländlichen Raum verweisen die Verantwortlichen auf ausreichend hohe personelle und finanzielle Ressourcen aufgrund des durch die räumliche Entfernung bedingten Mehraufwandes.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Die untersuchten Projekte waren hinsichtlich Zielgruppe und Handlungsfeld heterogen, weshalb generalisierte Schlussfolgerungen nur erschwert möglich sind. Außerdem wurden nicht ausschließlich Projekte innerhalb der Kommune berücksichtigt. Trotzdem erscheinen die Ergebnisse insbesondere in Hinblick auf das Setting in einem bestimmten Grad übertragbar.

### 3.4.7 Brand & Jungmann (2010): Zugang zu sozial benachteiligten Familien – Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojekts „Pro Kind“

<b>Strategie(n)</b>	Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
<b>Zielgruppe</b>	werdende Mütter mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	Schwangerschaft
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil von Müttern, die an „Pro Kind“ weiterempfohlen wurden</li> <li>• effektive Informationswege</li> <li>• Gründe gegen eine Teilnahme</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Querschnittsstudie

Brand and Jungmann (2010) untersuchen in Ihrer Studie, ob und warum teilnehmende Multiplikatoren das Programm „Pro Kind“ an werdende Mütter weiterempfehlen, welche Informationswege sich auf das Empfehlungsverhalten der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auswirken und welche Gründe eine Empfehlung verhindern. Die Studie ist damit Teil einer größeren Studie mit Kontrollgruppensdesign, bei dem die teilnehmenden Mütter strukturierte Hausbesuche durch Familienbegleiterinnen erhalten. Die Weiterempfehlungsrate liegt bei 17 Prozent, wobei diese zwischen den einzelnen Institutionen stark variiert.

### Strategien der Erreichbarkeit

Das Modellprojekt „Pro Kind“ basiert auf dem Multiplikatoren-Konzept. Die Projektleitung geht hierbei Kooperationen mit Gynäkologen, Medizinerinnen, Hebammen, Jugendämtern, sonstigen Beratungsstellen, Agenturen für Arbeit, Jobcentern, Schulen und weiteren Einrichtungen ein, die in Kontakt mit den potenziellen Teilnehmerinnen stehen. Diese Multiplikatoren werden von der Projektleitung

über das Modellprojekt informiert und erhalten neben Informationsmaterialien auch Checklisten mit den Aufnahmekriterien der Studie sowie Einverständniserklärungen für die teilnehmenden Mütter. Die Ansprache der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erfolgt über verschiedene Informationswege: Informationsveranstaltungen, Flyer und Plakate, persönliche Anschreiben, persönliches Gespräch, Medien, Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte bzw. einer Kombination aus mehreren. Die Teilnehmerinnen erhalten vom Projektteam einen finanziellen Anreiz als Aufwandsentschädigung für die mit ihnen geführten Interviews.

### **Effekt der Strategie(n)**

Die Weiterempfehlungsrate des Programms durch die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren liegt bei 17 Prozent. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Frauen jedoch nicht zwangsläufig an dem Programm teilgenommen haben. Die Empfehlungsraten unterscheiden sich stark zwischen den einzelnen Einrichtungen. Während in den Agenturen für Arbeit und Jobcentern (52 Prozent) sowie in Jugendämtern (40 Prozent) sehr vielen werdenden Mütter eine Teilnahme am Programm empfohlen wurde, waren es beispielsweise bei Schwangerenberatungsstellen, Hebammen (jeweils 7 Prozent) und Medizinerinnen (10 Prozent) sehr wenige.

Mittels einer binären logistischen Regression kommen die Autorinnen und Autoren zu dem Ergebnis, dass zwischen der Empfehlung und dem gewählten Informationsweg oder der Anzahl der verschiedenen Informationswege keine signifikanten Zusammenhänge bestehen. In der Tendenz zeigt sich jedoch ein negativer Einfluss des persönlichen Gesprächs. Zwischen der Empfehlung und dem Informationszeitraum lässt sich eine signifikante Beziehung nachweisen: Je länger die Information über das Projekt zurückliegt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Weiterempfehlung (OR = 2.05;  $p < 0.01$ ). Die Autorinnen und Autoren vermuten, dass die Kooperationspartner sich erst an das Programm gewöhnen und erste Vorbehalte abbauen müssen.

Als wichtigste Hindernisgründe einer Weiterempfehlung nennen die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mangelndes Interesse seitens der Frauen, die Unangemessenheit des Angebots oder die Vermittlung an ein anderes Angebot.

Weiterhin erfragten die Autorinnen und Autoren Gründe, wenn sich die angesprochenen Institutionen gegen eine Kooperation entschieden. Einrichtungen, die generell eher wenige Verbindungen zur Zielgruppe haben, nannten folgende Argumente: zu wenig Kontakt zur Zielgruppe, zu enge Einschlusskriterien und zu wenig Informationen. Einrichtungen die im engen Kontakt mit werdenden Müttern stehen nannten Vorbehalte gegen das Kontrollgruppendesign (lieber Vermittlung eines Angebots ohne Kontrollgruppe), zu enge Einschlusskriterien oder bestehende Kooperationen mit anderen Projekten als Hindernisgründe.

### 3.4.8 Brandstetter et al. (2017): Empowerment for healthy nutrition in German communities: a study framework

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empowerment (Community Engagement)</li> <li>• Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren</li> <li>• Bezugnahme auf Theorien, Modelle oder Konzepte</li> <li>• Strategien der Rekrutierung</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Ältere Menschen
<b>Handlungsfeld</b>	Ernährung
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung eines Studienkonzeptes</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Mixed-methods-Studie

Brandstetter et al. (2017) entwickeln auf der Basis von Erkenntnissen eines Reviews, aus Workshops mit Expertinnen und Experten und einem Runden Tisch mit Sozialarbeitern und Multiplikatoren aus der Zielgruppe der Gemeinde ein umfassendes Studienkonzept. Dieses beschreibt einen Implementierungsprozess, der übertragbar ist auf andere Kommunen sowie anpassbar an spezifische Bedarfe. Es berücksichtigt ebenfalls die Evaluation von ernährungsbezogenen sowie auch Empowerment-Outcomes.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Die vorrangige Strategie der geplanten Studie basiert auf dem Empowerment der Zielgruppe, d. h. diese soll sich aktiv an der Planung, Entscheidung und Durchführung von Maßnahmen zur gesunden Ernährung beteiligen. Die Ansprache nach außen soll vorrangig durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erfolgen, wobei es sich um Personen aus der Zielgruppe, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern oder anderen kommunalen Akteurinnen und Akteuren handeln kann. Neben der persönlichen Kontaktierung der Zielgruppe, bspw. in Sportgruppen oder der Kirche, werden auch Mund-zu-Mund-Propaganda, Flyer und Pressemitteilungen zur Verbreitung des Programms eingesetzt. Das Konzept sieht folgende Schritte vor:

- *Phase 1:* Kennenlernen des Settings und der lokalen Gegebenheiten, Suchen von Unterstützungsmöglichkeiten, Identifizieren und Gewinnen von Multiplikatoren, Entwicklung von Rekrutierungsstrategien
- *Phase 2:* Implementierung verschiedener Rekrutierungsstrategien in der Gemeinde
- *Phase 3:* Regelmäßige Gruppenmeetings: Erschließen von Bedarfen der Zielgruppe mittels unterschiedlicher Methoden (Gruppendiskussionen, Quiz, Exkursionen, z. B. in Supermarkt, etc.), inhaltliche Inputs, Vertrauensbildung, Ideensammlung für Gruppenaktivitäten
- *Phase 4:* weitere regelmäßige Gruppenmeetings und Implementierung von Aktivitäten: Gewährleistung von Ernährungsstandards bei den Aktivitäten, Unterstützung bei der Implementierung der Aktivitäten, Zuweisung von Verantwortlichkeiten auf die Teilnehmenden
- *Phase 5:* Optionen für langfristiges Engagement: Unterstützung bei der Bildung von Kooperationen, Gewährleistung der weiteren Unterstützung der Multiplikatoren, Zuweisen von Verantwortlichkeiten für zukünftige Aktivitäten (Gruppenführer)

- Evaluation (über alle Phasen hinweg): Es findet sowohl eine Prozess- als auch eine Outcome-Evaluation durch Feldnotizen und Beobachtungen der Gruppentreffen statt. Weiterhin erfolgen Dokumentenanalysen, Fokusgruppen mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, semi-strukturierte Interviews mit Teilnehmenden zu Beginn und nach den Gruppentreffen sowie Fokusgruppen mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern nach durchgeführten Maßnahmen. Der thematische Fokus der Evaluation liegt auf Empowerment, gesunder Ernährung und Gruppenformation. Es findet keine vorherige Festlegung von Indikatoren statt, da die Ziele erst im Projektverlauf von der Zielgruppe erarbeitet werden. Aber es erfolgt im Vorhinein eine großzügige Sammlung möglicher Indikatoren, aus deren Pool sich bedient werden kann.

### Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren

Die Autorinnen und Autoren ermitteln bereits im Vorfeld mögliche Hindernisse, die im Projektverlauf auftreten können. Als größte Hürde betrachten sie die Gewinnung von Personen aus der Zielgruppe, die sich an den Planungen und Entscheidungen beteiligen. Weiterhin ist es die Aufgabe der Projektleitung die Ernährungspräferenzen der Zielgruppe mit den Standards einer gesunden Ernährung in Einklang zu bringen. Um mit diesen Problemen umzugehen, erachten sie es als wichtig die Forscherinnen und Forscher dahingehend auszubilden, dass diese als Moderatorinnen und Moderatoren und „Unterstützer“ auftreten.

Barrieren bei der Evaluation liegen in den Instrumenten zur Messung des Ernährungsverhaltens, da diese primär auf Expertinnen- und Experten-basierten Schulungskonzepte anstatt auf partizipativen Maßnahmen ausgerichtet sind. Als förderliche Faktoren erachten die Autorinnen und Autoren die geplante Methodenvielfalt innerhalb der Gruppentreffen sowie eine vorgesehene Anpassung der Treffen an die Bedürfnisse der Zielgruppe hinsichtlich Dauer, Zeitpunkt und Ort.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Es handelt sich bei der vorgestellten Studie zwar lediglich um ein Studienkonzept, dies wurde allerdings auf der Basis vorhandener Literatur (in Form eines Reviews) sowie unter der Einbeziehung der Zielgruppe und Expertinnen und Experten entwickelt. Demnach bietet sie wichtige Hinweise für die Konzeption eines Interventionsprogrammes, indem die Zielgruppe aktiv in alle Phasen einbezogen werden soll.

### 3.4.9 Briant et al. (2016): The power of digital storytelling as a culturally relevant health promotion tool

Strategie(n)	„Digital Storytelling“
Zielgruppe	Ethnische Minderheiten
Handlungsfeld	Verschiedene
Handlungsebene	Verhaltensprävention
Outcomes	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfahrungen mit „Storytelling“</li> </ul>
Studientyp	Qualitative Studie

Briant et al. (2016) haben sich in ihrer Studie zum Ziel gesetzt, Informationen darüber zu gewinnen, ob sich „digital Storytelling“ insbesondere für Migrantinnen und Migranten eignet, die Bedeutung von vermeidbaren Krankheiten auf der kommunalen Ebene zu verbreiten. Allerdings fokussieren sie sich hierbei eher auf die Effekte der „Storyteller“ und noch nicht auf diejenigen Personen, die diese Videos erreichen sollen. Die „Storyteller“ schätzen das Tool als eine wirksame Strategie ein.

### **Strategien der Erreichbarkeit**

Die Studie untersucht das Konzept des „digital Storytelling“. Hierbei handelt es sich um drei bis fünf Minuten lange Videos mit Bildern, Videosegmenten, Audioaufnahmen, Musikelementen und Texten. Sogenannte „Storyteller“ berichten dabei von ihren eigenen Erfahrungen, bspw. den Umgang mit einer chronischen Erkrankung oder einer Lebensstiländerung. Ziel ist es, mithilfe der Videos andere Personen zu erreichen und zu Verhaltensänderungen oder einem besseren Umgang mit Erkrankungen zu motivieren.

Zur Rekrutierung der „Storyteller“ wurden zweisprachige Flyer durch Community Health Worker auf verschiedenen kommunalen Veranstaltungen verteilt. Die Community Health Worker haben zuvor einen Workshop erhalten, indem sie ihre eigene „digital story“ entwickelt haben. Die rekrutierten Gemeindemitglieder mit Migrationshintergrund nehmen an einem Workshop teil (fünfmal zwei Stunden) und entwickeln dort ihre eigene „digital story“, die danach im Internet und in der Kommune veröffentlicht wird. Die teilnehmenden „Storyteller“ erhalten als Aufwandsentschädigung einen Gutschein im Wert von 50 Euro.

### **Effekt der Strategie(n)**

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewerten die Erstellung einer „digital story“ durchgehend positiv. Einige sehen es als eine Möglichkeit, ihre Erkrankung (z. B. Diabetes) emotional zu verarbeiten und berichten sogar von therapeutischen Effekten. Weiterhin empfinden die „Storyteller“ ein Gefühl der Zugehörigkeit innerhalb des Workshops.

Welchen Einfluss die „digital stories“ auf kommunaler Ebene nehmen, wird nur aus Sicht der Teilnehmenden eruiert. Nach den Einschätzungen der „Storyteller“ handelt es sich um ein wirksames Instrument, um andere Betroffene zu erreichen – sowohl hinsichtlich des Umgangs mit einer (chronischen) Erkrankung als auch bezüglich der Vermeidung von Krankheiten durch Veränderungen des Lebensstils.

### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

Die Ergebnisse der Studie beziehen sich auf eine kleine Fallzahl ( $n = 11$ ) und nur auf die teilnehmenden „Storyteller“. Mitglieder der Gemeinde wurden nicht befragt. Trotzdem kann diese Strategie, insbesondere vor der zunehmenden Bedeutsamkeit von Social Media, interessant sein, um vulnerable Zielgruppen besser zu erreichen. Sie bietet das Potenzial, kulturelle, soziale und geografische Barrieren zu überwinden.

### 3.4.10 Bröning et al. (2012): Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review

<b>Strategie(n)</b>	Ansprache über kommunale Anlaufstellen für betroffene Familien, Jugendzentrum und Schule
<b>Zielgruppe</b>	Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien
<b>Handlungsfeld</b>	Suchtmittelkonsum
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• „child functioning“, familienbezogene Outcomes</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review

Bröning et al. (2012) untersuchen in ihrem systematischen Review die Erkenntnislage zu ausgewählten Präventionsprogrammen für Heranwachsende aus suchtblasteten Familien. Sie identifizieren insgesamt 13 Studien, in denen neun Programme evaluiert werden, darunter vier im Setting Familie und eine gemeindebasierte Intervention. Der Review berichtet nur indirekt über mögliche Zugangswege zu dieser Zielgruppe und fokussiert in erster Linie auf Wirksamkeitsnachweise. Die Autorinnen und Autoren sprechen von vorläufigen Evidenzbelegen für die Effektivität der Programme, insbesondere, wenn diese länger als zehn Wochen andauern und Schulungskomponenten für die Kinder sowie Eltern- und Familientrainings beinhalten. Eine wesentliche Erkenntnis im Hinblick auf die Forschungsfragen des Scoping Reviews ist, dass dieses Forschungsfeld in der kommunalen Prävention im Vergleich zu anderen recht spärlich besetzt ist.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Der Review berichtet über 13 Studien, die in den USA, Spanien und Kanada durchgeführt wurden. Sie adressierten Kinder und Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren. Der Großteil der Programme wurde dabei in Schulen durchgeführt, zwei fanden im familiären Setting statt, eine Studie war gemeindebasiert. Die Rekrutierung erfolgte gezielt über Anlaufstellen für betroffene Familien, wie Beratungsstellen oder Alkohol- und Drogenbehandlungszentren. In der gemeindebasierten Studie erfolgte die Ansprache durch ein Jugendzentrum, welches das Präventionsprogramm anbot. Alle Programme, die nicht-schulbasiert waren, zeichneten sich dadurch aus, dass hier im Gegensatz zu den schulbasierten Maßnahmen die Eltern der Heranwachsenden aktiv in die Intervention mit eingebunden wurden.

#### Effekt der Strategie(n)

Konkrete Hinweise auf die Wirksamkeit der Ansprachestrategie finden sich bei Bröning et al. (2012) nicht. Tendenziell scheinen familienbasierte Programme den schulbasierten aber offenbar überlegen, aufgrund der Tatsache, dass die Eltern leichter eingebunden werden können.

Hinsichtlich der Wirksamkeit der Programme werden in der Regel kindbezogene Outcomes wie z. B. Substanzmissbrauch durch das Kind oder sogenannte „child functioning“ Outcomes erhoben (kindliche Entwicklungsmaße und Kompetenzen). Gleichermaßen werden oft familienbezogene Outcomes berichtet, die auf die kindbezogenen Endpunkte Einfluss nehmen können (wie z. B. Familienzusammenhalt). Die häufigsten Outcomes waren vor allem Wissen, Selbstwertgefühl, Bewältigungsstrategien (Coping) oder auch Indikatoren des Sozialverhaltens.

Ein relativ einheitlicher Befund ist die Verbesserung des Wissens über Programminhalte bei den Kindern. Die Autorinnen und Autoren berichten hierfür eine gewichtete Effektstärke von  $r(+) = 0.55$ . Coping-Strategien konnten ebenfalls häufig verbessert werden, die berechnete gewichtete Effektstärke beträgt  $r(+) = 0.34$ . Auch das Sozialverhalten besserte sich in vielen Studien und wurde häufig auch von Eltern und Lehrerinnen und Lehrern berichtet, allerdings ist die gewichtete Effektstärke sehr gering  $r(+) = 0.17$ . Die Effektstärke für sogenannte „family functioning“ Outcomes lag bei  $r(+) = 0.27$ . Selbstwertgefühl konnte als Outcome nur selten verbessert werden, was nach Ansicht der Autorinnen und Autoren vermutlich darin begründet liegt, dass es sich dabei eher um einen Persönlichkeitstrait handelt, der in kurzer Zeit nur schwer beeinflussbar ist.

Würde man alle Studien zusammen nehmen, die adäquate Daten liefern und könnte darüber hinaus Homogenität der Gesamtergebnisse annehmen, läge die Effektstärke bei  $r(+) = 0.33$  bzw.  $d(+) = 0.70$ , wonach ein zufällig ausgewähltes Kind eine 70 prozentige Chance hätte, von den Präventionsprogrammen zu profitieren. Zusammenfassend sind die Wirksamkeitsnachweise allerdings noch zu gemischt, um Aussagen darüber zu treffen, welche Komponenten am effektivsten sind.

### **Fragestellung 3: Inhaltlich-methodische Gestaltungsmerkmale**

Die Reviewautorinnen und Reviewautoren verweisen darauf, dass Maßnahmen insbesondere dann effektiv zu sein scheinen, wenn sie sich auf Konzepte sozialer Einflussnahme beziehen, Hochrisikogruppen frühzeitig adressieren (bspw. in benachteiligten Gegenden) und auf Familien fokussieren. Die Interventionen sollten zudem mit einer empfohlenen Dauer von mindestens einem halben Jahr, besser aber noch mehr eher langfristig angelegt sein.

Das gemeindebasierte Programm zeigte darüber hinaus positive Langzeiteffekte, allerdings war es laut der Autorinnen und Autoren studienmethodisch nicht überzeugend angelegt. Zumeist wurden Langzeiteffekte nicht untersucht, die wenigen Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass Effekte mit der Zeit schwächer werden.

Generell empfehlen sich nach Resümee der Autorinnen und Autoren für die Zielgruppe der Heranwachsenden aus suchtbelasteten Familien niedrigschwellige Angebote, deren Fokus auf der gesamten Familie und nicht nur auf dem einzelnen Heranwachsenden liegt. Die Programme sollten ebenso einen breiten Ansatz hinsichtlich problematischer Verhaltensweisen verfolgen.

### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

Auffällig ist die trotz des mit 15 Jahren breit angelegten Suchzeitraums vorgefundene schwache Studienlage in diesem Forschungszweig. Positiv anzumerken ist allerdings, dass ein Großteil der Studien von guter bis sehr guter Qualität ist. Die Stichprobengrößen variierten erheblich und die Adhärenz als eines der wichtigsten Aspekte wird häufig nicht berichtet, ebenso wie der persönliche Substanzkonsum als der wichtigste Endpunkt für die Wirksamkeit nur selten streng validiert wird. Verzerrungen ergeben sich ebenso daraus, dass Eltern und Lehrerinnen und Lehrer in den Studien häufig nicht verblindet wurden oder unerwünschte Effekte nicht einheitlich dokumentiert wurden.

### 3.4.11 Bukman et al. (2014): Perceptions on healthy eating, physical activity and lifestyle advice: opportunities for adapting lifestyle interventions to individuals with low socioeconomic status

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tailoring</li> <li>• Einsatz von Peers</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährung</li> <li>• Bewegung</li> </ul>
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Wünsche“, wie die Intervention aussehen sollte</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auslöser für Verhaltensänderungen</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Qualitative Studie

Bukman et al. (2014) haben in Fokusgruppen Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sowie Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status getrennt voneinander dazu befragt, wie Interventionen gestaltet sein sollten, damit diese an einem solchen Angebot teilnehmen. Sozial Benachteiligte wünschen sich insbesondere auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene sowie in Gruppen stattfindende Maßnahmen.

#### Strategien der Erreichbarkeit

##### *Präferenzen zu Ernährungsinterventionen:*

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppe mit niedrigem sozialen Status wünschen sich eine auf sie persönlich (oder auf die Gruppe) zugeschnittene Beratung, insbesondere unter Berücksichtigung des vorhandenen Wissensstandes (Tailoring). Weiterhin besteht einstimmig die Tendenz zu gruppenbasierten Angeboten. Im Vergleich dazu würden die Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status lieber allgemeine Ernährungsempfehlungen erhalten sowie Einzelcoachings bevorzugen.

##### *Präferenzen zu Bewegungsinterventionen:*

Auch zu diesem Handlungsfeld wünschen sich die gesellschaftlich schlechter gestellten Personen zugeschnittene Angebote und zwar hinsichtlich der persönlichen Lebenssituation, der körperlichen Verfassung und des Alters. Ebenso besteht die Präferenz zu gruppenorientierten Maßnahmen, allerdings mit Personen in derselben Altersklasse, desselben Geschlechts, dem gleichen Fitnesslevel oder den gleichen gesundheitlichen Einschränkungen.

Die Autorinnen und Autoren empfehlen auf der Grundlage ihrer Erkenntnisse kostenlose oder kostengünstige Angebote, den Einsatz von Peers und die Visualisierung der körperlichen Verfassung, da die Befragten körperliche Signale als größten Motivator ansehen, ihre Verhaltensweisen zu verändern.

#### Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren

Als Barrieren für die Teilnahme an gesundheitsförderlichen Programmen nennen die Befragten fehlende zeitliche Kapazitäten oder mangelnde Energie (z. B. nach einem langen Arbeitstag), Ge-

wohnheiten (ggf. bereits aus der Kindheit), zu hohe Kosten für gesunde Ernährung, Hindernisse aus dem sozialen Umfeld (z. B. eine Familie, die weiterhin „ungesund“ essen möchte oder eine schlechte körperliche Verfassung (u. a. durch bereits bestehende Erkrankungen).

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer erfolgte über bereits bestehende Gruppen innerhalb der Gemeinde. Es ist möglich, dass diese eher zu gruppenbasierten Interventionen tendieren als andere Quartiersbewohner.

### 3.4.12 Carrol et al. (2016): What are successful recruitment and retention strategies for underserved populations? Examining physical activity interventions in primary care an community settings

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultural Tailoring</li> <li>• Kooperationen (Community Engagement)</li> <li>• Bezugnahme auf Theorien, Modelle oder Konzepte</li> <li>• Strategien der Rekrutierung</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethnische Minderheiten</li> <li>• Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status</li> </ul>
<b>Handlungsfeld</b>	Bewegung
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltens- und Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erreichungsgrad der Zielteilnehmerzahl</li> <li>• Anzahl der verbleibenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Retention-Rate)</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review

Carroll et al. (2011) identifizieren in ihrem Review Strategien, die mit höheren Teilnehmerzahlen und Retention-Rates einhergehen. Eine hohe Erreichbarkeit finden die Autorinnen und Autoren u. a. bei Interventionen, die auf theoretischen Konzepten beruhen, eine kulturelle Anpassung vornehmen oder die Kommune in die Planung und Durchführung von Maßnahmen einbeziehen.

### Effekt der Strategie(n)

Die Autorinnen und Autoren identifizieren die kulturelle Anpassung der Forschungsmitglieder an die Zielgruppe als wirksame Strategie. Weiterhin tragen Partnerschaften mit kommunalen Organisationen zu höheren Teilnehmerzahlen bei.

Strategien, um die Aufrechterhaltung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu fördern untergliedern die Autorinnen und Autoren in administrative und interpersonale Aktivitäten. Zu ersterem zählen das Verwalten und Pflegen der Teilnehmerdaten in Datenbanken, das Zusammenstellen alternativer Kontaktnummern, den regelmäßigen Kontakt mit den Teilnehmenden, die Bereitstellung von finanziellen Anreizen, Transporten und Kinderbetreuungen. Zu den interpersonalen Strategien werden ein beharrliches, positives und fürsorgliches Studienteam, kulturelle Sensibilität und Respekt vor der Lebenssituation, regelmäßige Treffen unter den Forscherinnen und Forschern (zum Diskutieren und Lösen von Problemen), Flexibilität bei Ort und Zeit der Interventionsmaßnahmen, zweisprachige oder ethnisch angepasste sowie qualifizierte Studienmitglieder und der Einbezug der Zielgruppe bei Problemen (Erfragen von Missständen) zugeordnet.

Als erfolgreiche Zugangswege können die Autorinnen und Autoren folgende Aspekte charakterisieren: zugeschnittene Werbung per Zeitung, Telefon, Radio oder Poster, zugeschnittene E-Mails oder Anrufe mit Hilfe von Telefonlisten aus kommunalen Organisationen, persönliche Ansprachen in der Nachbarschaft (Informationsstände in der Nachbarschaft oder bei Organisationen, Tür-zu-Tür-Rekrutierung), Mund-zu-Mund-Propaganda, soziale Vernetzung, Social Marketing über Mailinglisten oder Zeitschriften-Abo-Listen, DVD's oder andere Audiomaterialien (insbesondere bei Analphabeten), charismatische Gemeindeleiter, die selber rekrutieren, interaktive, kulturell angepasste Informationsveranstaltungen in der Gemeinde, Werbung auf Lohnabrechnungen, „Storytelling“ und Verknüpfung der Rekrutierung mit kulturellen Traditionen (z. B. Märchen). Bei Kooperationen mit Hausärztinnen und Hausärzten und Ärztinnen und Ärzten ist auch die Nutzung von Patientenlisten wirksam.

### **Effekt der Strategie(n)**

Als Retention-Rate definieren die Autorinnen und Autoren den prozentualen Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bis zum Ende der Intervention dabeigeblichen sind. Bei den betrachteten Studien liegen die Spannen zwischen 30 und 100 Prozent bei Studienzeiträumen zwischen acht Wochen und fünf Jahren. Besonders hohe Raten lassen sich dort verzeichnen, wo vorab eine umfangreiche Forschung vorhandener Theorie stattfand, eine Zusammenarbeit mit der Gemeinde bzw. kommunalen Partnern initiiert wurde, das Studienteam kulturell an die Zielgruppe angepasst wurde und, wenn eine regelmäßige sowie respektvolle Kommunikation mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erfolgte.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Als Barrieren machen die Autorinnen und Autoren einen schlechten Gesundheitszustand, Transport-schwierigkeiten, fehlende Kinderbetreuungen oder andere familiäre Verpflichtungen aus.

### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

Es handelt sich um einen systematischen Review mit hohem methodischen Standard. Trotzdem können ein Reviewer Bias oder Publication Bias zu Verzerrungen geführt haben. Weiterhin wurden lediglich US-Studien untersucht und bei den Zielgruppen handelt es sich überwiegend um Kulturen, die in Deutschland unterrepräsentiert sind, was bei einer Übertragung auf andere Kulturen (zum Beispiel türkische Migrantinnen und Migranten) berücksichtigt werden muss.

### 3.4.13 Chen et al. (2015): Eye care services for the populations of remote districts in eastern Taiwan: a practical framework using a Mobile Vision Van Unit

<b>Strategie(n)</b>	Mobile Augenklinik
<b>Zielgruppe</b>	Ältere Menschen im ländlichen Raum
<b>Handlungsfeld</b>	Augengesundheit
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktikabilität einer mobilen Augenklinik</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Interventionsstudie

Chen et al. (2015) untersuchen in ihrer Studie die Praktikabilität von mobilen Vans bzw. in diesem speziellen Fall einer mobilen Augenklinik. Für Personen im ländlichen Raum stellt die Entfernung zur nächsten Augenpraxis oft eine große Barriere dar, die mit Hilfe der mobilen Augenklinik überwunden werden soll. Die Autorinnen und Autoren kommen zu der Erkenntnis, dass es sich um eine sinnvolle Strategie handelt, ältere Menschen zu erreichen und bei Bedarf weiter zu vermitteln.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Ein mobiler Van, ausgestattet als minimalistische Augenklinik fährt in ländliche Regionen und stationiert sich dort an gut besuchten Orten, bspw. einem Gemeindezentrum. Das Team umfasst eine Augenärztin bzw. einen Augenarzt, eine Fahrerin oder Fahrer und zwei Optikerinnen oder Optiker. Mit den ortsansässigen Ärztinnen und Ärzten, Gemeindezentren oder Ehrenamtlichen werden Kooperationen abgeschlossen, z. B. für Übersetzungsleistungen oder der Bereitstellung von Wartebäumen.

Zunächst erfolgt eine erste Untersuchung der Patientinnen und Patienten. Kostengünstige Brillen werden mitgeführt und können sofort erworben werden, ebenfalls können Verschreibungen erteilt werden. Wenn nötig werden die Älteren an eine nächstgelegene Augenpraxis überwiesen. Dadurch entstandene Transportkosten werden bei Bedarf bezuschusst.

#### Effekt der Strategie(n)

Insgesamt konnten innerhalb der Projektlaufzeit 12.504 ältere Menschen erreicht werden (das Programm wurde anderen Altersklassen nicht vorenthalten, die Anzahl aller Behandelten lag insgesamt bei 35.275). Bei knapp vier Prozent der älteren Patientinnen und Patienten konnten zuvor unentdeckte (mehr als leichte, mäßige) Sehbeeinträchtigungen festgestellt werden. Die Überweisungsrate lag bei 16,5 Prozent. Die Kosteneffektivität wird von den Programmverantwortlichen als äußerst gut bewertet. Die Kosten pro Patientin bzw. Patient belaufen sich auf 4,09 \$, wobei die Personalkosten dabei jedoch nur teilweise berücksichtigt sind.

#### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Die Studie verfügt über kein aussagekräftiges Studiendesign und es wird nicht ersichtlich, inwiefern das Projekt wirklich von der Zielgruppe angenommen wurde. Weiterhin sollte berücksichtigt werden, dass eine Anpassung der Kosten auf deutsche Verhältnisse vorgenommen werden muss. Trotzdem erscheint es als eine niedrigschwellige Strategie, da sich Transportkosten und -wege vermeiden lassen. Zudem kann das Konzept leicht auf andere Handlungsfelder übertragen werden.

### 3.4.14 Cleland et al. (2012): Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz von Peers</li> <li>• Tailoring</li> <li>• Strategien der Rekrutierung</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	Bewegung
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliche Aktivität</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Metaanalyse

Cleland et al. (2013) überprüfen in ihrem Review die Effektivität von Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität bei Frauen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status. Weiterhin machen sie Faktoren aus, die die Wirksamkeit der Maßnahmen begünstigen. Auf die Frage, welche Rekrutierungsstrategie am effektivsten ist, erhalten die Autorinnen und Autoren kein signifikantes Ergebnis. Sie finden aber u. a. heraus, dass gruppenbasierte Angebote von der Zielgruppe favorisiert werden.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Nicht für alle der 19 einbezogenen Studien werden konkrete Zugangswege beschrieben. Einige der Studien verwendeten Peers, um die Zielgruppe zu erreichen, andere setzten auf Tailoring – z. B. in Form von personalisierten und angepassten SMS-Nachrichten – oder auf beides. Die Rekrutierung erfolgte unterschiedlich, entweder telefonisch, face-to-face, per E-Mail oder unter Einbezug der Massenmedien.

#### Effekt der Strategie(n)

Mithilfe einer Meta-Regression konnten die Autorinnen und Autoren signifikante Unterschiede in der körperlichen Aktivität für die Art des Angebots nachweisen, wobei gruppenbasierte Angebote wirksamer waren als individuelle Interventionen ( $p = 0.029$ ). Keine signifikanten Abweichungen konnten sie hingegen hinsichtlich der Rekrutierungsstrategie – telefonisch, E-Mail, face-to-face oder Massenmedien – ausmachen. Auch bei der genaueren Betrachtung des Settings – Kommune, Zuhause oder im Unternehmen – ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

#### Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren

Als Barriere konnten die Autorinnen und Autoren Zeitmangel, sowohl beruflich oder familiär bedingt, feststellen. Nicht konkret untersucht, aber von Cleland et al. aus den Ergebnissen abgeleitet, wird soziale Unterstützung, insbesondere durch Freunde oder Familie, als förderlicher Einflussfaktor auf die Wirksamkeit der Bewegungsprogramme genannt.

#### Fragestellung 3: Inhaltlich-methodische Gestaltungsmerkmale

Gruppenbasierte Interventionen sind nach den Erkenntnissen der Autorinnen und Autoren wirksamer als individuelle Einzelprogramme.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Die Autorinnen und Autoren weisen den meisten Studien ein mittleres oder hohes Bias-Risiko zu. Weiterhin herrscht unter den einbezogenen Studien eine hohe Heterogenität, weshalb kein gepoolter Effektschätzer errechnet werden konnte.

### 3.4.15 Collie-Akers et al. (2013): Measuring progress of collaborative action in a community health effort

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Community Engagement</li> <li>• Bezugnahme auf Theorien, Modelle oder Konzepte</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	Verschiedene
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltens- und Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventionsdauer</li> <li>• Reichweite</li> <li>• Bewertung der der Strategie</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Evaluationsstudie

Collie-Akers et al. (2013) erfassen in ihrer Studie systematisch alle Systemveränderungen innerhalb einer Kommune. Sie überprüfen, inwieweit gemeinschaftliches Handeln stattgefunden hat, welche Intensität die Systemveränderungen haben und wie sich Fortschritte visuell gestalten lassen. Die Autorinnen und Autoren erläutern nur beispielhaft einige Ergebnisse, da der Fokus auf der Erklärung des Evaluationskonzeptes liegt.

### Strategien der Erreichbarkeit

Innerhalb der Jahre 2009 bis 2012 wurden in einem Stadtteil mit hoher Armutsdichte eine Vielzahl von gesundheitsförderlichen Aktivitäten und Maßnahmen durchgeführt. Alle Planungen und Entscheidungen werden getroffen vom „Community Advisory Board“, bestehend aus Projektverantwortlichen und Mitgliedern aus der Kommune (z. B. Bürgerinnen und Bürgern, Mitgliedern kommunaler Organisationen). Alle durchgeführten Interventionen werden nach einem einheitlichen Vorgehen bewertet. Hierfür werden Scores (von 0.3 bis 3.0) gebildet, zusammengesetzt aus der Interventionsdauer, der Reichweite und der Strategie (z. B. Vermittlung von Gesundheitsinformationen, Erweiterung von Services oder kommunalpolitische Veränderungen). Anhand der gebildeten Scores lassen sich effektive von nicht effektiven Maßnahmen unterscheiden, wodurch ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess eingeleitet werden kann. Ziel der Evaluation ist es weiterhin, die gemeinschaftlichen Bemühungen für die Gemeinde sichtbar zu machen.

### Effekt der Strategie(n)

Die Autorinnen und Autoren berichten beispielhaft von einigen Ergebnissen. In Bezug auf die Reichweite kommen sie zu der Erkenntnis, dass einmalige Events (z. B. Informationsveranstaltung zu Gesundheitsthemen für Ältere) in der Tendenz eine geringe Reichweite aufweisen. Verhältnispräventive Maßnahmen (z. B. der Bau eines Fußballplatzes in einem Park) haben eine hohe Reichweite. Übersetzungsdienste (z. B. bei Praxisbesuchen) weisen eine mittlere Reichweite auf. Für die Bildung der Scores erfolgen, neben der Reichweite, Bewertungen für die Dauer der Intervention (kürzere Inter-

ventionen werden schlechter bewertet) und für die angewandte Strategie (Bewertungen basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, bspw. werden Informationsvermittlungen schlecht bewertet, systemische Veränderungen gut).

Innerhalb der vier Jahre wurden im Stadtteil 64 Maßnahmen mit einem durchschnittlichen Score von 0.975 durchgeführt. Die Scores variieren dabei zwischen 0.3 und 3.0. Für ein Jahr werden die Scores der implementierten Maßnahmen jeweils aufsummiert, um zeitliche Entwicklungen darstellen zu können. In den vier betrachteten Jahren stieg der Score stetig an, es wurden demnach vermehrt effektive Maßnahmen umgesetzt.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

In der Studie werden nur beispielhaft einige Ergebnisse der Evaluation aufgeführt. Es handelt sich jedoch um einen interessanten Evaluationsansatz, der sich für die sonst sehr schwierige Bewertung komplexer Interventionen, eignen kann.

### 3.4.16 Crixell et al. (2013): Improving Children's Menus in Community Restaurants: Best Food for Families, Infants, and Toddlers (Best Food FITS) Intervention

<b>Strategie(n)</b>	Kooperationen mit örtlichen Restaurants, um Kindermenüs gesünder zu gestalten
<b>Zielgruppe</b>	Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	Ernährung
<b>Handlungsebene</b>	Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der teilnehmenden Restaurants</li> <li>• Erfahrungen der Gäste</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Menüs</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Fallstudie

Crixell et al. (2014) haben sich in ihrer Studie das Ziel gesetzt, den Zugang zu gesünderen Lebensmitteln für die Kinder einer ärmlichen Gemeinde zu verbessern, indem sie Kooperationen mit den dortigen Restaurants eingehen und die Kindermenüs gesünder gestalten („Best Food FITS“). Die neuen Mahlzeiten sind nachweislich gesünder, wie viele Kinder aber tatsächlich erreicht wurden, können die Autorinnen und Autoren nicht bestimmen.

### Strategien der Erreichbarkeit

Die Autorinnen und Autoren planten ihre Intervention in sechs Schritten:

- Entwicklung eines Markenzeichens mit einprägsamen Logo: Dieses ist ausgerichtet auf die Zielgruppe und zeigt Cartoons mit Gemüse. Die Autorinnen und Autoren verwenden es auf T-Shirts, für Sticker und Poster, in den Speisekarten und an den Türen der teilnehmenden Restaurants. Die Bewerbung des Projekts erfolgt über die lokale Zeitung, Fernsehspots, Social media und Partner innerhalb der Kommune.
- Einführung des Programms als „Partner“ in der Gesundheitsgemeinschaft der Kommune: Es finden zwei Treffen mit Mitgliedern verschiedener kommunaler Organisationen und Unternehmen statt, um gemeinsam zu überlegen, wie „Best Food FITS“ am besten umgesetzt werden kann.

- Sammlung und Bewertung der Kindermenüs in den Restaurants der Stadt: Diese Bewertung erfolgt hinsichtlich dem Anteil energiereicher Speisen, zuckerhaltiger Getränke und dem Anteil von Obst und Gemüse.
- Befragung der Restaurantbesitzerinnen und Restaurantbesitzer über ausgeübte Praktiken und Fähigkeiten
- Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Restaurants, um die Kindermenüs zu verbessern: Es werden Treffen mit den Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern der Restaurants vereinbart, bei denen für eine Teilnahme geworben wird. Bei einer Teilnahme werden gemeinsam neue, gesündere Menüs entwickelt. Die Autorinnen und Autoren nehmen hierbei eine Klassifizierung in gold, silber oder bronze vor. Weiterhin werden die Speisekarten neu gestaltet und die Restaurants erhalten Sticker, T-Shirts, Tassen, Einkaufstüten und weitere „Give aways“, die sie an die Kinder verteilen können. Das Projektteam bleibt im regelmäßigen Kontakt zu den Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern und leistet bei Bedarf Unterstützung.
- Bewertung des Prozesses und der Ergebnisse der Intervention

### **Effekt der Strategie(n)**

Von 70 in Frage kommenden Restaurants (Ausschluss von Ketten und Restaurants ohne Kindermenüs) nahmen 17 am Programm teil (Anteil von 24 Prozent). Zwei Jahre später waren es noch zwölf Restaurants. Als Gründe für den Ausstieg nannten die Befragten Restaurantschließungen oder Desinteresse.

Die neuen „Best Food FITS“-Menüs waren signifikant gesünder als die vorherigen Menüs. Die Autorinnen und Autoren bewerteten dies mithilfe des Children’s Menu Assessment Score. Die Kosten für ein solches Menü waren nicht signifikant höher im Vergleich zu den ungesünderen Menüs. Eine Gästefrage ergab, dass 25 Prozent der Gäste aufgrund der Aufkleber an der Restauranttür und weitere 50 Prozent aufgrund der Hinweise auf der Speisekarte auf die Menüs aufmerksam geworden sind.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Das entwickelte Logo und die zur Verfügung gestellten „Give aways“ wurden von den Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern der Restaurants und den befragten Gästen als sehr positiv bewertet. Die Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass dies ein wichtiges Element ist, um sowohl die Restaurants für das Projekt, als auch die Kinder für die gesunden Menüs zu erreichen. Außerdem wurden die Kindermenüs besser akzeptiert (von Kindern und Restaurantinhabern), wenn diese weiterhin einzelne Bestandteile der alten Menüs beinhalten.

### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

Bedauerlicherweise überprüfen die Autorinnen und Autoren nicht, inwieweit die Kindermenüs tatsächlich von den Kindern angenommen wurden. Die durchgeführte Gästebefragung umfasste lediglich 35 auswertbare Fragebögen und hat demnach quasi keine Aussagekraft.

### 3.4.17 Drummond et al. (2016): Measuring progress of collaborative action in a community health effort

<b>Strategie(n)</b>	„Service-integration“-Ansatz
<b>Zielgruppe</b>	Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	verschiedene
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der Besuche bei Gesundheits- oder Sozialdienstleistern</li> <li>• “Lost to follow-up”</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Randomisiert-kontrollierte Studie

Drummond et al. (2016) ermitteln innerhalb ihrer Studie die Effekte von zwei kommunal angelegten „Service-integration“-Ansätzen hinsichtlich der Anzahl der Besuche bei bestehenden Gesundheits- und Sozialdiensten in der Umgebung von Familien mit einem geringen Einkommen, die von den Anbietern initiiert wurden. Über eine Laufzeit von drei Jahren können die Autorinnen und Autoren lediglich einen schwachen Anstieg an Kontakten verzeichnen.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Innerhalb des von den Autorinnen und Autoren untersuchten Projekts wird sich auf einen sogenannten „Service-integration“-Ansatz gestützt. Eingesetzt werden zwei verschiedene Interventionen – „Family Healthy Lifestyle“ und „Family Recreation“. Beide zielen auf die Entwicklung eines größeren Bewusstseins, den Ausbau von Wissen und Fähigkeiten sowie Veränderungen in den Einstellungen für das Aufsuchen von Gesundheits- und Sozialdienstleistern bei Familien mit einem geringen Einkommen ab. Basis der Intervention bilden Familienhelferinnen und Familienhelfer (z. B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter), die die Familien über vorhandene Angebote in der unmittelbaren Nähe informieren, dazu beraten und entsprechende Kontakte vermitteln. Die erste Ansprache sowie die weiteren regelmäßigen Gespräche durch die Familienhelferinnen und Familienhelfer erfolgen durch persönliche Treffen, per Telefon oder E-Mail. Gelegentlich begleiten die Familienhelfer die Familien auch zu den Besuchen bei den verschiedenen Dienstleistern. Die Familienhelferin oder der Familienhelfer hat die Aufgabe, die Besuche bei den einzelnen Dienstleistern aufeinander abzustimmen sowie die Fähigkeiten der Familien in Bezug auf Gesundheits- und Selbstfürsorge zu verbessern (im Sinne des Capacity Building). Dieser Integrationsansatz bietet die Möglichkeit Zugangshürden abzubauen, wie bspw. Sprachbarrieren, Unwissenheit über vorhandene Möglichkeiten oder Schwierigkeiten bei der Suche nach passgenauen Angeboten.

Die Rekrutierung, der an der Studie teilnehmenden Familien, erfolgte per E-Mail, durch Empfehlungen (Mund-zu-Mund-Propaganda) und durch ein „research office“ vor Ort. Bei allen interessierten Familien fand ein Hausbesuch statt, bei dem detailliert über die Studie informiert wurde. Für jede Datenerhebung erhielten die Familien eine Aufwandsentschädigung zwischen 25 \$ und 30 \$. Familien, in denen kein Englisch gesprochen wurde, bekamen eine Übersetzerin bzw. einen Übersetzer vermittelt.

### Effekt der Strategie(n)

Im Rahmen der Studien wurden vier Gruppen gebildet, von denen drei eine der beiden Interventionen („Family Healthy Lifestyle“ (FHR), „Family Recreation“ (FR) oder eine Kombination aus beiden Interventionen erhielten und eine als Kontrollgruppe diente. Die Autorinnen und Autoren berechneten „Rate Ratios“, indem sie die Anzahl der Verbindungen zwischen der Familie und den aufgesuchten Gesundheits- und Sozialdienstleistern in das Verhältnis zu 28 Tagen setzten. Die drei Interventionsgruppen unterschieden sich in der Anzahl ihrer aufgesuchten Kontakte nicht signifikant von denen der Kontrollgruppe, wobei sich jedoch eine positive Tendenz für die Interventionsgruppen ausmachen lässt. Werden die verschiedenen Arten von aufgesuchten Services verglichen, unterscheiden sich diese an zwei Stellen signifikant voneinander. In der Gruppe, die eine kombinierte Art aus FHR und FR erhalten hat, kommt es zu einem Anstieg von 27 Prozent in den Kontakten mit Dienstleistern des Gesundheitswesens (RR = 1.27; KI 1.06 - 1.51). Eine starke Verbesserung lässt sich außerdem in der FHR-Gruppe in dem Aufsuchen von Anbietern der kindlichen Entwicklung beobachten (RR = 3.27; KI 1.59 - 6.74). Über die Projektlaufzeit hinweg hat sich die Gesamtanzahl der Verbindungen zu Gesundheits- und Sozialdiensten für alle drei Interventionsgruppen nicht signifikant erhöht. Im Vergleich zur Kontrollgruppe weisen die drei Interventionsgruppen jedoch mehr Besuche bei entsprechenden Dienstleistern auf, wobei die tatsächliche Zunahme aber gering blieb (15 Prozent für die Gruppe der kombinierten Intervention aus FHR und FR, 17 Prozent für die FHR-Gruppe und 12 Prozent für die FR-Gruppe). Die „Rate Ratio“ der Kontrollgruppe betrug im dritten Jahr 0.09, was ca. 12 Aufsuchen im Jahr entspricht. Eine Zunahme um bspw. 15 Prozent würde 14 Aufsuchen entsprechen und damit nur eine geringe Verbesserung bedeuten.

Weiterhin untersuchten die Autorinnen und Autoren die „Lost to follow-up“. Insgesamt nahmen 1.168 Familien an der Studie teil. Tabelle 2 zeigt die Anzahl der Familien zu Beginn und zum Ende der Projektlaufzeit.

**Tabelle 2:** Anzahl der teilnehmenden Familien nach Gruppen zu Beginn und zum Ende der Studienlaufzeit

Gruppe	Baseline	Jahr 3
Kombination aus FHR und FR	293	202
FHR	293	179
FR	291	204
Kontrollgruppe	291	165

Die Autorinnen und Autoren überprüften mittels einer Regression, welche Faktoren mit einem Ausstieg in Verbindung stehen. Dabei kommen sie zu dem Ergebnis, dass es bei jüngeren Eltern, einem Vater als Ansprechpartner, einer größeren Anzahl an Kindern, einem geringeren Bildungsstand der Eltern sowie bei Elternteilen mit schlechter eingeschätztem subjektiven Gesundheitszustand häufiger zu einem Ausstieg kommt. Nach persönlichen Angaben lagen die Gründe für einen Rückzug in fehlenden zeitlichen Kapazitäten, Umzügen, familiären Umständen, Problemen mit der Studie (z.B. regelmäßige Befragungen) oder Problemen/Unzufriedenheit mit den zugewiesenen Diensten.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Es handelt sich um eine randomisierte, jedoch nicht verblindete Studie. Die Studie hatte eine Gesamtlaufzeit von drei Jahren, wobei die Familien die Intervention über 24 Monate erhielten. Die Familien durften nur teilnehmen, wenn sie einen entsprechenden Wert auf der Skala „depth of poverty“ aufwiesen.

#### 3.4.18 Everson-Hock et al. (2013): Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: A mixed methods systematic review

<b>Strategie(n)</b>	Identifizierung von hinderlichen und förderlichen Faktoren für Implementierung und Teilnahme
<b>Zielgruppe</b>	Menschen mit geringem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährung</li> <li>• Bewegung</li> </ul>
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrieren und förderliche Faktoren</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzehr- und Bewegungsgewohnheiten</li> <li>• physiologische Parameter</li> <li>• Einstellungen</li> <li>• Überzeugungen</li> <li>• Gewohnheiten im Hinblick auf Ernährung und Bewegung</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review

Everson-Hock et al. (2013) untersuchen in ihrer Übersichtsarbeit die Wirksamkeit, Akzeptanz und Eignung von Maßnahmen zur Bewegungsförderung und Verbesserung der Ernährung bei Gruppen mit geringem sozioökonomischen Status. Sie betrachten ausschließlich Studien, die im Vereinigten Königreich durchgeführt wurden. Sie werten insgesamt 35 Studien aus, in denen sowohl Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten als auch Mehrkomponentenprogramme umgesetzt wurden. Neben widersprüchlicher Evidenz für die Wirksamkeit der Programme hinsichtlich der interessierenden Gesundheitsverhaltensweisen oder physiologischer Parameter dokumentieren Everson-Hock et al. (2013) eine Reihe von Barrieren und förderlichen Faktoren für die Teilnahme an Maßnahmen oder deren Akzeptanz, die gleichermaßen pragmatische wie auch soziale und psychologische Aspekte umfassen.

### Strategien der Erreichbarkeit

Der Review benennt verschiedene Strategien, Zugangswege wie auch Gestaltungsempfehlungen, die von den Autorinnen und Autoren in einer qualitativen Datensynthese als hinderliche und förderliche Faktoren für die Implementierung von Maßnahmen und die Teilnahme zusammengefasst werden. Everson-Hock et al. (2013) nehmen demnach keine konkrete Trennung der verschiedenen Aspekte vor.

Unter den Faktoren finden sich beispielsweise die Erhöhung der Bekanntheit von Angeboten, die Verfügbarkeit von Ressourcen oder spezielle Aspekte, die zur Sicherstellung der Akzeptanz von

Maßnahmen beitragen, wie z. B. bestimmte Eigenschaften von Kursleiterinnen und Kursleitern oder konkrete Programminhalte.

### **Effekt der Strategie(n)**

Everson-Hock et al. (2013) berichten, dass in den Studien typischerweise mehrere Strategien zum Einsatz kamen, um die Bekanntheit von Interventionen in der Zielgruppe zu erhöhen. Als effektivste Methoden erwiesen sich den Autorinnen und Autoren zufolge dabei Mund-zu-Mund-Propaganda bzw. persönliche Empfehlungen.

Für die Interventionen selbst finden die Autorinnen und Autoren lediglich gemischte Wirksamkeitsbelege. Einige der Maßnahmen erwiesen sich als effektiv, andere zeigten keine oder nur geringe Wirkung. Keine der Interventionen hatte einen klaren positiven Effekt auf alle der betrachteten Outcomes. Wirksamere Interventionen nutzten in der Regel mehrere Methoden, um verschiedene psychologische und augenscheinlich naheliegende Aspekte zu adressieren, wobei tieferegehende Techniken allerdings nicht zum Einsatz kamen.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Der Studienlage zufolge kann bei Personen mit geringem sozioökonomischen Status das mit bestimmten gesundheitsförderlichen Aktivitäten verbundene Image eine Hürde für die Teilnahme darstellen. Als Beispiele werden eine negative Konnotation des Begriffs „gesundes Essen“ oder auch die Abneigung gegen Sport- und Trainingskleidung genannt.

Förderlich sind den Aussagen des Reviews zufolge die Verfügbarkeit ausreichender Ressourcen und Kontinuität im Hinblick auf Programmfinanzierung, Zeit und Personal wie auch auf räumliche Ressourcen, beispielsweise zur Zubereitung, Lagerung und für den Transport von Lebensmitteln.

Daneben wurden eine Reihe von Eigenschaften der Kursleiterinnen und Kursleiter bzw. durchführenden Personen (im Review bezeichnet als „Health Worker“) benannt, die zur Steigerung der Akzeptanz von Maßnahmen beitragen, darunter die Kenntnis der Gemeinde, die Befähigung, Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu begeistern und Informationen sinnstiftend zu vermitteln sowie auch Empathie und Vertrauenswürdigkeit.

Als förderlich hinsichtlich der Art der Ausführung bzw. konkreten Ausgestaltung der Intervention erwiesen sich praktische Demonstrationen des Zielverhaltens, eine schrittweise Verhaltensänderung, explizite Kurse nur für Männer bzw. nur für Frauen, ein inhaltlicher Fokus auf Gewichtskontrolle, die Abstimmung der Inhalte auf die Bedarfe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, das Setzen von Anreizen (z. B. kostenloses Essen), die Arbeit mit bekannten und bezahlbaren Nahrungsmitteln in den Kursen, die Realisierung der Intervention durch Mitglieder aus der Gemeinde, die Organisation von Wochenendaktivitäten oder kostenlosen Veranstaltungen, bestehende Kinderbetreuung und Verpflegung und die Zubereitung maßgeschneiderter Rezepte in Ernährungsprogrammen. Als hilfreich für die Erhöhung der Teilnehmerzahl erwiesen sich ebenso Angebote, die allen die Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe eröffneten und für alle zugänglich waren („social inclusion“).

Neben den Barrieren für die Teilnahme stellen Everson-Hock et al. (2013) noch mögliche förderliche und hinderliche Faktoren für eine Verhaltensänderung bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zusammen, die u. a. Einstellungen, Verständnisprobleme, soziale Faktoren oder Umgebungsmerkmale betreffen.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Everson-Hock et al. (2013) weisen ausdrücklich darauf hin, dass ihre Befunde nicht zwingend aussagekräftig sind für die am schwersten erreichbare Teilgruppe innerhalb der Personen mit geringem sozioökonomischen Status. Begründet liegt dies in beobachteten systematischen Unterschieden zwischen Studienpopulation und TeilnehmerInnen bzw. Teilnehmern: Anders als NichtteilnehmerInnen und -teilnehmer oder verschuldete Personen sind die StudienteilnehmerInnen und -teilnehmer seltener männlich, rauchen seltener und zählen seltener zu den unteren 25 Prozent hinsichtlich des sozioökonomischen Status. Die Autorinnen und Autoren sehen ebenfalls Herausforderungen hinsichtlich konfligierender Daten, resultierend aus unterschiedlichen Erhebungsmethoden, wie auch kontextuelle und kulturelle Unterschiede zwischen den verschiedenen Datenquellen. Die Qualität der ausgewerteten Studien bewerten sie als überwiegend mittelmäßig.

### 3.4.19 Farren et al. (2010): Mall Walking Program Environments, Features, and Participants: A Scoping Review

<b>Strategie(n)</b>	Nutzung von Einkaufszentren als Setting zur Durchführung von Walkingprogrammen für Ältere
<b>Zielgruppe</b>	Ältere
<b>Handlungsfeld</b>	Bewegung
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reach (Reichweite)</li> <li>• Adoption (Annahme/Übertragbarkeit)</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectiveness (Wirksamkeit)</li> <li>• Implementation (Implementierung/Umsetzung)</li> <li>• Maintenance (Aufrechterhaltung/Nachhaltigkeit)</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Scoping Review

Die Arbeit von Farren et al. (2015) liefert eine Zusammenstellung des Erkenntnisstands zum Nutzen von Walkingprogrammen für ältere Menschen, die in Einkaufszentren (Malls) durchgeführt werden. Der Scoping Review bedient sich dabei der Systematik des theoretischen Rahmenkonzepts RE-AIM und berichtet die Ergebnisse der eingeschlossenen 32 Studien mit Blick auf Reichweite, Wirksamkeit, Übertragbarkeit, Implementierung und Dauerhaftigkeit der Interventionen. Zusammengefasst bieten Einkaufszentren als Setting für Walkingaktivitäten durchaus großes Potential und ermöglichen es, eine Reihe von Barrieren zu umgehen, die von der Zielgruppe häufig als hinderlich genannt werden.

### Strategien der Erreichbarkeit

Der strategische Ansatz zur Erhöhung der Erreichbarkeit und Ansprache älterer Menschen ist die gezielte Nutzung von Einkaufszentren als Setting zur Durchführung von Walkingprogrammen. Damit verbunden ist eine Reihe von Vorteilen, mit denen gleichzeitig von Älteren häufig genannte Barrieren umgangen werden können: Einkaufszentren bieten eine klimatisierte und angenehme Umgebung, die zudem sicher ist (z. B. im Hinblick auf Hunde oder Gewalt), Interventionen können wetterunabhängig stattfinden, es gibt ebene Laufwege, die Nutzung ist kostengünstig, es herrschen gute

Beleuchtungsverhältnisse, es bestehen Möglichkeiten für Pausen, WCs sind vorhanden, es gibt Erfrischungsmöglichkeiten und die Zentren sind in der Regel gut erreichbar. Ebenso eröffnen sich für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehrere individuelle Vorteile – so besteht keine Wettbewerbssituation wie im Fitnessstudio und es werden keine Erwartungen bzgl. der Geschwindigkeit, der Kleidung oder hinsichtlich des Körperbaus gestellt.

In vielen der von den Autorinnen und Autoren gesichteten Studien wurden Anreize für die Teilnahme gesetzt, beispielsweise durch Anfertigung von T-Shirts, dem Angebot zur Erstellung individueller Aktivitätsprotokolle (activity logs), aber auch in Form von Zeitschriftenabonnements, Vergabe von Zertifikaten oder Preisnachlässen in den ansässigen Geschäften. Ebenso nutzen die Programme Newsletter, Veranstaltungen oder richteten Geburtstagsfeiern für die Teilnehmenden aus.

Neben Bewegung betonten viele Programme besonders den sozialen Aspekt, beispielsweise durch entsprechende Programmnamen. Um die Kosten für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gering zu halten, wurden oftmals Partnerschaften mit den Einkaufszentren, einzelnen Geschäften, aber auch mit Krankenhäusern, Gemeindeeinrichtungen oder einzelnen Personen eingegangen.

### **Effekt der Strategie(n)**

Lediglich eine Studie berichtete über die Höhe der Dropout-Rate, die bei 31 Prozent lag. Der am häufigsten genannte Grund für den Programmabbruch war, zu sehr beschäftigt zu sein.

Aspekte der Nachhaltigkeit der Programme wurden ebenfalls nur spärlich erhoben. In drei Studien berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Aktivität weiterzuführen, da sie zur Routine geworden sei. Häufig wurden die gebildeten Partnerschaften (z. B. die Zusammenarbeit mit den Einkaufszentren) als essentiell für die Aufrechterhaltung bzw. das „Überleben“ des Programms angesehen. Zwei Studien beschrieben dahingehend beidseitigen Nutzen, z. B. im Hinblick auf die Reputation der Malls als sozial verantwortlich.

Mehrere Studien berichteten einen deutlichen sozialen Nutzen für die Teilnehmenden in Form von gewachsenem Gemeinschaftssinn, dem Knüpfen sozialer Kontakte sowie einer Erhöhung des Wohlbefindens.

Drei Studien beschrieben psychische Effekte, darunter verbesserte Stimmung, Stressreduktion und Entspannung seitens der Teilnehmenden.

Zwei Studien berichteten darüber hinaus gesundheitliche Outcomes. In einer Studie reduzierte sich der BMI, die Herzfrequenzrate sowie das Taille-Hüft-Verhältnis nach Absolvieren eines 8-wöchigen Walkingprogramms und es wurde geringere Anstrengung berichtet. Ebenso wurde Lebensqualität als Outcome erhoben, welche unverändert hoch blieb. Eine zweite Studie mit quasi-experimentellem Design berichtete ebenfalls verbesserte Werte für BMI, Taille-Hüft-Verhältnis, empfundene Anstrengung und Herzfrequenzrate.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Als generelle Barrieren für eine Programmteilnahme wurden in den Studien genannt: fehlende Transportmittel, bestehende Verletzungen oder Erkrankungen, der Umstand, keine Begleitperson zu haben, bestehende Terminkonflikte, erforderliche Teilnahmegebühren (v. a. bei geringem Einkommen), auf Dauer als monoton empfundene Umgebung, kulinarische Verlockungen oder kein geeignetes Schuhwerk für harten Untergrund zu haben.

Als förderliche Faktoren identifizieren Farren et al. (2015): die Teilnahme aufgrund ärztlicher Empfehlung, den Versand von Einladungskarten („social invitation“), ein generelles Interesse an der Erreichung gesundheitlicher Ziele, ein kostenfreies bzw. kostengünstiges Angebot, Betonung des Gemeinschaftsaspekts und der angenehmen Umgebung wie auch organisierte Transportmöglichkeiten. Bei Männern erwiesen sich insbesondere ärztliche Empfehlungen als förderlich für eine Teilnahme, ebenso erhöhte das Drängen der Partnerin die Teilnahmewahrscheinlichkeit. Frauen nahmen dagegen eher aus sozialen Gründen teil. Eine Studie setzte gezielt einen Fragebogen ein, um positive Überzeugungen in Bezug auf Bewegung zu stärken und die Adhärenz der Teilnehmenden zu fördern.

Die Reviewautorinnen und Reviewautoren regen darüber hinaus an, zur Erhöhung der Reichweite der Programme soziale Medien verstärkt einzubinden.

### **Fragestellung 3: Inhaltlich-methodische Gestaltungsmerkmale**

Viele der Walkingprogramme wurden durch Freiwillige oder durch Personal der Partnerorganisationen koordiniert und gemanagt, beispielsweise durch Fitnesstrainerinnen und Fitnesstrainer oder Pflegepersonal. Die Programme wurden bei der Umsetzung häufig individuell angepasst, z. B. hinsichtlich unterschiedlicher Fitnessgrade, unterschiedlicher Erwartungen, die mit dem Gehen als solches verbunden sind (z. B. spazieren gehen versus ein Ziel erreichen wollen), oder durch Schaffung von Möglichkeiten zur Nutzung der Malls trotz durchgeführter Umbauten.

Als hilfreich erwies sich den Studienbefunden zufolge die Unterstützung der Teilnehmenden bei der Erreichung ihrer gesundheitlichen Ziele, bspw. durch Fitnesstracking, Blutdruckmessungen, Cholesterolscreenings, mittels Gewichtskontrolle oder durch Beratungen durch Krankenschwestern u. ä. Angebote. Ebenso von Vorteil war die Leitung durch einen Fitnesstrainer mit Einsatz gezielter Übungen wie Stretching, Übungen mit Fitnessbändern o. ä.

Seitens der Malls kam häufig Unterstützung durch die Bereitstellung von Aufenthaltsräumen, Garderoben, Schließfächern oder auch durch Sicherheitspersonal.

### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

Trotz der Fülle an Informationen, die für das Potential von Mall-Walkingprogrammen sprechen, sind die eingeschlossenen Studien allesamt von geringer methodischer Qualität. Konkrete Aussagen zum tatsächlichen Nutzen sowie einzelnen Einflussfaktoren können Farren et al. (2015) daher nicht treffen. Zur Ableitung von Best-Practice-Empfehlungen bedarf es deutlich belastbarer Studiendesigns.

### 3.4.20 Ford et al. (2013). A Systematic Review of Peer-Support Programs for Smoking Cessation in Disadvantaged Groups

<b>Strategie(n)</b>	Einsatz von Peers
<b>Zielgruppe</b>	Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	Suchtmittelkonsum
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Lost to follow-up"</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstinenz</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review

Ford et al. (2013) ermitteln mithilfe eines Reviews die Wirksamkeit von Interventionen mit dem Einsatz von Peers für sozial benachteiligte Personengruppen. Die Studien, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am häufigsten das Rauchen aufgegeben oder zumindest reduziert haben, setzen ehemalige Raucherinnen oder Raucher als Peers ein und schulen diese hinsichtlich ihrer Aufgabe.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Die Autorinnen und Autoren beziehen nur Studien ein, bei denen es sich bei den Peers um Laien handelt, bspw. Familienmitglieder, Freunde oder Personen aus der Zielgruppe. Mögliche Unterstützungen durch die Peers können Ratschläge, allgemeine Ermutigungen oder eine nahe Begleitung bei der Entwöhnung sein.

#### Effekt der Strategien

Für die Bewertung der Wirksamkeit (in diesem Fall Abstinenz oder verringerter Zigarettenkonsum) der Studien wurde für jede Intervention ein Score erstellt: 0 = kein Effekt, 1 = Kurzeiteffekt (unter drei Monate), 2 = mittelfristiger Effekt (drei bis sechs Monate) und 3 = Langzeiteffekt (über sechs Monate).

In drei von sieben eingeschlossenen Studien zeigt sich kein signifikanter Effekt in Bezug auf die Abstinenz, zwei Studien weisen einen Kurzeiteffekt nach und drei Studien zeigen einen mittelfristigen Effekt auf. Einen Langzeiteffekt können Ford et al. (2013) in keiner der Studien ermitteln. Bei einem Großteil der Studien waren die Interventionen der Kontrollgruppen meist sehr umfangreich, sodass sich ggf. auch dadurch die geringen Effekte des Peer-Supports erklären lassen.

Die überwiegend kurzzeitigen und mittelfristigen Effekte lassen laut den Autorinnen und Autoren darauf schließen, dass die Motivation des Nichtrauchens nach Ende der Unterstützung durch die Peers wieder deutlich geringer wird.

In den drei Studien, die einen mittelfristigen Effekt aufzeigen können, handelt es sich bei den Peers um ehemalige Raucherinnen oder Raucher, die eine Schulung erhalten haben. In zwei der Studien kam zudem eine kostenlos bereitgestellte Nikotinersatztherapie zum Einsatz. Demnach ist es möglich, dass die Peers besonders dahingehend wirksam waren, die Raucherinnen und Raucher bei dem korrekten Einsatz der Therapie zu unterstützen. Ob nun der Einsatz von geschulten Peers oder von

Peers mit einer Rauchervergangenheit oder einer Kombination aus beiden wirksamer ist, kann der Review nicht beantworten. Manche Studien setzen auch Personen aus dem sozialen Umfeld der Person als Peer ein, ein direkter positiver Nachweis kann hierfür jedoch nicht aufgezeigt werden. Ein Argument für den Einsatz von einer solchen Art von Peers liegt allerdings darin, dass die Unterstützung auch nach Ende der Intervention weiterhin erfolgen kann. In allen drei Studien, die einen mittelfristigen Effekt belegen, kommen zudem regelmäßige Telefonate mit den Peers zum Einsatz. Ob die Studien genau aus diesem Grund wirksamer sind, kann jedoch nicht abschließend geklärt werden.

Die Follow-up-Raten der Studien bewegen sich zwischen 53 Prozent und 90 Prozent. Solche Studien, die eine bessere Wirksamkeit nachweisen, haben zumeist auch niedrigere Drop-outs.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Die Autorinnen und Autoren nehmen eine methodische Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien vor, indem sie verschiedene Arten von Bias als schwach, moderat oder stark bewerten. Gute Bewertungen erhielten die Studien hinsichtlich dem Allocation-Bias, dem Publication-Bias und der Confounder-Kontrolle. Der Selection-Bias wurde dahingegen durchgehend eher schlecht bewertet.

#### 3.4.21 Gabrys et al. (2010): Sportmedizinische Bewegungsberatung bei Arbeitslosen

<b>Strategie(n)</b>	Angebote der Bewegungsberatung durch „Zugeh-Struktur“
<b>Zielgruppe</b>	Langzeitarbeitslose
<b>Handlungsfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegung</li> <li>• Ernährung</li> </ul>
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmerzahlen</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI</li> <li>• Bewegungsverhalten</li> <li>• Subjektiver Gesundheitszustand</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Evaluationsstudie

Gabrys et al. (2012) evaluieren innerhalb ihrer Studie den Grad der Erreichbarkeit der Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen eines sportmedizinischen Beratungs- und Vermittlungsangebots. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass es sich um einen vielversprechenden Ansatz handelt, da insbesondere die Vermittlung in ein Bewegungsangebot im Rahmen einer individuellen Beratung bei ca. der Hälfte aller Teilnehmenden erfolgreich ist.

### Strategien der Erreichbarkeit

Die Strategie, mit der die arbeitslosen Menschen erreicht werden sollen, liegt in dem Angebot einer Bewegungsberatung innerhalb eines Settings, in dem sich die Zielgruppe natürlicherweise aufhält, nämlich dem Jobcenter.

In zwei- bis dreistündigen Gruppenveranstaltungen erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zunächst grundlegende Informationen zum Thema „Bewegung und Ernährung“ durch Sportwissen-

schaftler. Dies erfolgt im Rahmen der „Maßnahmen zur Arbeitsmarktintegration“ und ist demnach für die Erwerbslosen verpflichtend. Daran anschließend haben alle Teilnehmenden die Möglichkeit an weiteren freiwilligen, individuelle Beratungsgesprächen teilzuhaben. Diese fanden ebenfalls im Jobcenter statt. Ziel der weiteren Beratung war insbesondere eine Vermittlung der Arbeitslosen in ausgewählte Angebote des Gesundheitssports. Ein Nicht-Besuch oder ein Abbruch dieser Beratung blieben ohne Sanktionen.

### Effekt der Strategie(n)

Die Gruppeninformationsveranstaltungen besuchten insgesamt 741 Teilnehmerinnen und Teilnehmer teil (verpflichtend für die eingeladenen Personen). Von diesen konnten 161 Männer und 127 Frauen für eine weitergehende Individualberatung gewonnen werden. 97 Männer (ca. 60 Prozent der Teilnehmenden mit Individualberatung) und 83 Frauen (ca. 65 Prozent der Teilnehmenden mit Individualberatung) begannen in der Folge einen Gesundheitskurs. Die Teilnehmerate an Angeboten des Gesundheitssports ist unter den Frauen damit signifikant höher als in der Gruppe der Männer ( $p = 0.038$ ). Frauen, die an der Gruppenveranstaltung teilnahmen und kein weiteres Beratungsangebot wahrnahmen unterscheiden sich in den bewegungs- und gesundheitsbezogenen Kennwerten nicht signifikant von denjenigen, die eine individuelle Beratung in Anspruch nahmen oder denen, die ein Bewegungsangebot begannen. Bei den Männern ergeben sich für diejenigen, die an einem Bewegungsangebot teilgenommen haben, signifikant schlechtere Werte im Vergleich zu denjenigen, die nur die Gruppenveranstaltung besuchten ( $p < 0.05$ ). Mögliche Ursachen für dieses Ergebnis nennen die Autorinnen und Autoren nicht.

Männer mit einem besonders hohen gesundheitlichen Risiko<sup>13</sup> entschieden sich signifikant häufiger für eine Bewegungsaktivität als die anderen Teilnehmer ihres Geschlechts ( $p < 0.001$ ). Die Chance, dass die besonders risikobehafteten Männer zu der Inanspruchnahme eines Bewegungsangebotes bewegt werden, ist gegenüber den übrigen Männern um das 2,8-Fache erhöht. Bei den Frauen kann dies nicht beobachtet werden ( $p = 0.360$ ).

### 3.4.22 Große et al. (2012): Community-based health promotion for socially disadvantaged mothers as health managers of their families: Strategies for accessing the target group and their effectiveness

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren</li> <li>• Partizipation durch Runden Tisch</li> <li>• Tailoring</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Mütter mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährung</li> <li>• Bewegung</li> </ul>
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltens- und Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partizipationsraten</li> <li>• Anteil der Teilnehmenden nach Rekrutierungsart</li> <li>• Zufriedenheit mit den Programmen</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Querschnittsstudie

<sup>13</sup> Definiert als Personen mit einer körperlichen Aktivität unter 150 min moderater Intensität pro Woche, einem BMI über 30 kg/m<sup>2</sup> und einem unterdurchschnittlich eingeschätzten Gesundheitszustand (VAS  $\leq 50$ ).

Große et al. (2012) wollen mithilfe ihrer Studie Faktoren ermitteln, mit der sich die Partizipation der Zielgruppe an den Angeboten erhöhen lässt. Als Strategien der Erreichbarkeit setzen die Autorinnen und Autoren auf eine zielgruppenspezifische Anpassung der Programme und den Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Personen mit einem geringen Einkommen ließen sich besser erreichen als Personen mit niedriger Bildung. Generell bewerten die Autorinnen und Autoren die Beteiligung als noch verbesserungswürdig.

### **Strategien der Erreichbarkeit**

Der sogenannte GO-Gesundheitsladen dient als Anlaufstelle für die Zielgruppe im Stadtteil. Hierbei handelt es sich um eine von der Zielgruppe akzeptierte und genutzte Einrichtung. Die dortigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dienen als Multiplikatoren für das Projekt, indem sie die Zielgruppe über die Programme informieren und Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutieren. Neben den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren verfolgen die Autorinnen und Autoren noch weitere Rekrutierungsstrategien. Der Einsatz von Flyern und Plakaten im Stadtteil, das Versenden von E-Mails, persönliche Ansprachen bei Veranstaltungen sowie Mund-zu-Mund-Propaganda sollen helfen Projektinformation zu verbreiten und Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu gewinnen.

Unter Einbezug der Zielgruppe werden Interventionen entwickelt, die auf die Bedürfnisse und Interessen zugeschnitten sind (Tailoring). Dafür wird ein Runder Tisch gegründet, an dem alle Stakeholder des Projekts – also das Projektteam, Engagierte aus der Zielgruppe sowie Kooperationspartner – gemeinsam Entscheidungen treffen und Interventionen planen.

Folgende Arten von Interventionen kamen im Projekt zum Einsatz:

- Eltern-Kind-Aktivitäten: körperliche Aktivitäten für die ganze Familie
- Teilnehmerinnenbeirat/Runder Tisch: Elf Frauen aus dem Stadtteil, die an der Planung von Aktionen mitwirken
- alle zwei Monate Verteilung eines Newsletters (Geschäfte, Vereine, etc.) zu gesundheitlichen Themen
- Aktivitäten des Gesundheitsladens: z. B. Tanzkurse, Schulung zu Gesundheitsthemen mit Trainerinnen und Trainern gleicher Nationalität
- Events: basierend auf den Wünschen der Bürgerinnen und Bürgern, z. B. Fahrradtouren, gemeinsames gesundes Picknick
- Handlungsorientierte Aktivitäten: z. B. internationales Kochen, Gesunde-Kinderessen-Party, gesundes Backen
- Schulungen: einmal im Monat zu verschiedenen gesundheitlichen Themen, interaktiv gestaltet

### **Effekt der Strategie(n)**

Die Beteiligung an den einzelnen Programmbestandteilen nimmt nach dem ersten halben Jahr zu und ab etwa einem Jahr nach Projektstart wieder ab. Allerdings legt das Projektteam ab dem ersten Jahr den Fokus nicht mehr auf die Entwicklung von Maßnahmen, sondern auf Netzbildung und der Schaffung von nachhaltigen Strukturen. Die höchsten Teilnehmerzahlen lassen sich bei Events und Aktivitäten, die direkt vom GO-Gesundheitsladen angeboten werden verzeichnen. Weiterhin ist die Beteiligung an sogenannten handlungsorientierten Aktivitäten hoch, wozu bspw. internationale Kochveranstaltungen gehören. Personen mit einem geringen Einkommen ließen sich besser erreichen als Personen mit niedriger Bildung. Die Autorinnen und Autoren vermuten, dass Angst vor Bürokratie, Scham und Sprachbarrieren Gründe hierfür sind.

80 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten durch persönliche Gespräche (mit Freunden oder Familie, durch Vereine oder den Gesundheitsladen) erreicht werden. Zwölf Prozent durch die im Stadtteil verteilten und ausgelegten Flyer, elf Prozent durch Internetauftritte und E-Mails und lediglich zwei Prozent durch Plakate oder Werbeanzeigen in Zeitungen.

Die erst im Projektverlauf gemeinsam mit der Zielgruppe entwickelten Maßnahmen erhielten große Akzeptanz. 90 Prozent der Teilnehmenden bewerten diese als gut oder sehr gut; fast alle wollen an weiteren Aktivitäten teilnehmen (98 Prozent) und das Programm an Bekannte weiterempfehlen (96 Prozent). 70 Prozent der Beteiligten erachten die Konditionen als angemessen. Zusätzlich wurden mit den Teilnehmenden des Kurses „internationales Kochen“ Interviews geführt. Hierbei konnten die Autorinnen und Autoren ermitteln, dass die Gründe für eine Teilnahme vielmehr in der Suche nach Kontakt mit anderen Frauen und dem Interesse an anderen Kulturen liegen als am gesunden Kochen.

### 3.4.23 Hildebrand, M. & Neufeld, P. (2009). Recruiting older adults into a physical activity promotion program: Active living every day offered in a naturally occurring retirement community

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategien der Rekrutierung (proaktiv und reaktiv)</li> <li>• Bezugnahme auf Theorien, Modelle oder Konzepte</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Ältere
<b>Handlungsfeld</b>	Bewegung
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der Teilnehmer/Teilnehmerinnen nach Rekrutierungsart</li> <li>• Barrieren und förderliche Faktoren</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Interventionsstudie

Hildebrand and Neufeld (2009) untersuchen Rekrutierungsstrategien für ein Interventionsprogramm zur Steigerung der körperlichen Aktivität in einer Gemeinde mit einem überproportional hohen Anteil an älteren Menschen. Dabei identifizieren sie effektive Strategien für eine Anmeldung am Programm sowie weitere Gründe für eine Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme. Der überwiegende Anteil der Teilnehmenden lässt sich durch so genannte proaktive Strategien gewinnen, während reaktive Strategien in dieser Studie wenig erfolgreich waren.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Die Autorinnen beziehen sich bei der Entwicklung der Rekrutierungsstrategien auf das Transtheoretische Modell. Dieses basiert auf der Annahme, dass Verhaltensänderungsprozesse mehrere sukzessive aufeinander aufbauende Stadien durchlaufen. Das Modell unterscheidet dabei proaktive und reaktive Rekrutierungsstrategien. Proaktive Strategien können angepasst werden für Personen in den beiden ersten Phasen der Verhaltensänderung (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung), aktive Strategien eignen sich für Personen, die sich in der Vorbereitungsphase befinden. Die Autorinnen gehen davon aus, dass Personen nur erreicht werden, wenn die für ihr Stadium passenden Rekrutierungsstrategien angewandt werden.

Proaktive Strategien waren auf Personen im Stadium der Absichtslosigkeit oder der Absichtsbildung ausgerichtet. Hierfür wurden Poster mit „Idolen“ aufgehängt (Ältere, die sich an Empfehlungen zur körperlichen Aktivität halten) mit drei öffentlichen Treffen der „Idole“. Weiterhin fanden regelmäßig so genannte „Mary’s Medical Minute“-Treffen statt, bei denen in fünf minütigen Vorträgen verschiedene Gesundheitsthemen angesprochen wurden, jeweils mit Verweis auf das Programm. Ebenso gab es eine einstündige Informationsveranstaltung zum Zusammenhang von körperlicher Aktivität und der Sturzprävention. Außerdem fand eine öffentliche Ankündigung statt, bei der 200 Ältere von den Verantwortlichen des Programmes informiert wurden und Fragen stellen konnten. Eine zuvor nicht geplante proaktive Methode ergab sich aus der Einladung von Freunden oder Bekannten durch bereits angemeldete Personen sowie durch Mitarbeitende des Programmanbieters.

Reaktive Methoden umfassten eine frühzeitige und regelmäßige Ankündigung mit entsprechend weiterführenden Informationen über verschiedene Kanäle. Es wurden Flyer per E-Mail an die Zielgruppe versendet (registrierte Personen eines Newsletters der regionalen Zeitung). Weiterhin wurden Flyer dort ausgelegt, wo Angehörige der Zielgruppe häufig anzutreffen sind. Außerdem wurde ein Artikel über das Programm in der Zeitung publiziert.

### **Effekt der Strategie(n)**

Personen, die durch irgendeine Art der Rekrutierung auf das Programm aufmerksam gemacht wurden, sich aber gegen eine Teilnahme entschieden, wurden gebeten, sich für die Kontrollgruppe zur Verfügung zu stellen. So ließen sich eine Interventions- und eine Kontrollgruppe (jeweils á 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmern) zusammenstellen. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant in demographischen Merkmalen sowie den Skalen zur Beurteilung der Depression und der vorhandenen sozialen Ressourcen. Ältere der Interventionsgruppe befanden sich überwiegend in den Stadien der Absichtsbildung oder der Vorbereitung. Personen aus der Kontrollgruppe ordneten sich vermehrt der Phase der Absichtslosigkeit oder der Aufrechterhaltung zu. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe schätzten ihr Aktivitätsniveau realistisch ein, diejenigen der Kontrollgruppe überschätzten es.

88 Prozent der Teilhabenden des Programms wurden über proaktive Rekrutierungsstrategien, 12 Prozent über reaktive Strategien rekrutiert. Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden mittels der „Mary’s Medical Minute“ rekrutiert (32 Prozent), gefolgt von der öffentlichen Ankündigung durch die Programmverantwortlichen (16 Prozent) und der Informationsveranstaltung zur Sturzprävention (12 Prozent). Jeweils 8 Prozent der Älteren konnten durch die persönliche Einladung durch eine teilnehmende Freundin/einen teilnehmenden Freund sowie durch einen Angestellten des Programms. Kein Erfolg brachten die öffentlich aufgehängten Poster mit den „Idolen“. Aus den Interviews, die mit den Teilnehmenden geführt wurden, geht hervor, dass diese teilweise sogar negativ aufgefasst wurden. Eine Befragte äußerte sich bspw. eingeschüchtert, da sie sich nicht vorstellen könne, genauso sportlich zu werden.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Die Älteren wurden auch nach weiteren Faktoren gefragt, die sie zu einer Teilnahme motivierten. Hier wurde u. a. die Motivation innerhalb einer Gruppe körperlich aktiv zu werden genannt. Weiterhin waren Empfehlungen für mehr Bewegung von Gleichaltrigen (Peers) für einige ausschlaggebend. Andere sehen die Teilnahme am Programm als eine Chance neue Bekanntschaften zu schließen. Ebenfalls angesprochen wurde das Vertrauen in das Programm und die ausführende Institution.

Mitglieder der Kontrollgruppe, die an einer der proaktiven Rekrutierungsstrategien teilnahmen, wurden nach den Gründen der Nicht-Teilnahme gefragt. Knapp die Hälfte der Interviewten gab zeitliche Konflikte als größte Barriere an (46 Prozent). Weitere 23 Prozent empfanden die Kosten für die Teilnahme als zu hoch. Weniger relevant war der notwendige Kauf eines Übungsbuches, mangelndes Interesse oder ausreichend selbstständig durchgeführte Bewegung (jeweils 8 Prozent).

### 3.4.24 Hurrelmann et al. (2017): Gesundheitsförderung durch Elternbildung in „Settings“: Strategien zur Erreichbarkeit sozial benachteiligter Mütter und Väter

<b>Strategie(n)</b>	Angebote der Elternbildung mit „Zugeh-Struktur“
<b>Zielgruppe</b>	Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	Gesund Aufwachsen
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil erreichter Eltern aus der Zielgruppe</li> <li>• förderliche und hinderliche Gestaltungsmerkmale der Elternbildungsprogramme</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Evaluationsstudie

Hurrelmann et al. (2013) analysieren in ihrer Studie, wie Programme der Elternbildung gestaltet sein müssen, damit sozial benachteiligte Familien daran teilnehmen. Weiterhin untersuchen sie, ob eine Einbindung der Angebote in Settings (Organisationen, Kinder- und Jugendhilfe oder Schule) zu einer besseren Erreichbarkeit beitragen als sogenannte aufsuchende Angebote. Evaluiert wurden folgende drei Elternbildungsprogramme: „Lions-Quest-Elternarbeit“ vom Lions-Quest-Hilfswerk, „STEP-Elterntraining“ des InSTEP-Weiterbildungsinstituts und „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ der AOK Rheinland/Hamburg. Die Autorinnen und Autoren können nachweisen, dass sich durch in Settings eingebundene Angebote sehr viel mehr Eltern mit einem niedrigen sozialen Status erreichen lassen.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Bei der Strategie handelt es sich um eine Implementierung von Angeboten mit einer sogenannten „Zugeh-Struktur“. Dies bedeutet, dass die Eltern diese Angebote nicht aktiv aufsuchen müssen, sondern sie werden ihnen in Lebenswelten unterbreitet, in denen sie sich im Laufe eines normalen Tages aufhalten.

#### Effekt der Strategie(n)

Die Autorinnen und Autoren vergleichen die Teilnahmeraten von sozial benachteiligten Familien bei den klassischen aufsuchenden Angeboten („Komm-Struktur“) und den Angeboten in den Settings mit „Zugeh-Struktur“. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass sich über den Zugang der „Zugeh-Struktur“ sehr viel mehr Eltern aus sozial benachteiligten Verhältnissen ansprechen lassen:

**Tabelle 3:** Inanspruchnahme eines Elternbildungsprogrammes durch spezifische Elterngruppen in Angeboten mit „Komm-Struktur“ und in Angeboten mit „Zugeh-Struktur“

Sozial benachteiligte Elterngruppe	Angebote mit „Komm-Struktur“ in Prozent	Angebote mit „Zugeh-Struktur“ in Prozent
Hartz IV-Empfängerinnen und -Empfänger	0	30
Prozent alleinerziehende Mütter	9	50
Prozent bildungsferne Menschen	0	40
Prozent Eltern mit Zuwanderungshintergrund	5	15

Je nach Form der Einbindung in das jeweilige Setting unterscheiden sich die Teilnahmequoten nochmals voneinander. Durch die Einbindung in Kitas und kommunale Dienste in Form der Jugend- und Familienhilfe (praktiziert im sogenannten „Celler Modell“ und „Göttinger Modell“) lässt sich die Zielgruppe noch besser erreichen, als durch die Einbindung in Hauptschulen („Berliner Modell“). Erklären lässt sich dies durch einen intensiveren Kontakt zum Multiplikator (z. B. durch Hausbesuche der Familienhelfer oder den Kontakt mit der Erzieherin), wodurch die Angebote besser beworben werden können. Im „Göttinger Modell“ begleiten die Erzieherinnen und Erzieher die Eltern sogar bei dem Bildungsangebot, was eine besondere Bindungswirkung hat.

#### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Durch Interviews mit teilnehmenden Eltern und programmverantwortlichen Fachkräften konnten Hinweise für eine zielführende Gestaltung gewonnen werden. Zeitlich fest getaktete Angebote, die wie Schulungen organisiert sind, werden oftmals eher skeptisch betrachtet. Die Autorinnen und Autoren führen dies auf die häufig selbst gescheiterte Schulkarriere zurück. Offene Elternstammtische mit verbindlichen Zeiten waren dagegen besser besucht.

Umfassende, wissenschaftlich basierte Ausarbeitungen werden von Eltern mit einem niedrigen sozialen Status weniger gut angenommen, während Eltern mit höheren Bildungsabschlüssen diese bevorzugen. Die Zielgruppe wünscht sich hingegen kurze, klar und einfach gefasste schriftliche Unterlagen mit inhaltlichen Beispielen und spielerischen Elementen. Weiterhin sollten die Materialien in verschiedenen Sprachen vorgehalten werden.

Die Teilnehmenden wünschen sich keine extra angepasste Konzeption der Inhalte, da sie so den Eindruck gewinnen, dass ihnen das eigentliche Programm vorenthalten wird. Deswegen sollte ein „universelles“ Programm eingesetzt werden, das sich an Personen aller sozialen Schichten richtet und somit keine Gefühle der Diskriminierung hervorruft. Erreichen lassen sich sozial benachteiligte Eltern durch Angebote mit einer großen Praxisbezogenheit und konkreten, alltagsnahen Erziehungsthemen und Beispielen (bspw. zum Medienkonsum). Weiterhin sollte genügend Zeit für informelle Gespräche und den Erfahrungsaustausch mit anderen Eltern eingeplant werden. Die Zielgruppe bewertet eine respektvolle, wertschätzende, ermutigende und einfühlsame Ansprache durch die Programmverantwortlichen als besonders positiv.

Eine Begleitung zu dem Programm durch die Erzieherinnen und Erzieher, wie es das „Göttinger Modell“ vorsieht, geht mit den höchsten Teilnehmerzahlen in der Zielgruppe einher. In einem der Programme werden finanzielle Unterstützungen bei den Fahrtkosten geleistet oder Gutscheine für Freizeiteinrichtungen zur Verfügung gestellt, was besonders positiv angenommen wurde.

### 3.4.25 Kornet-van der Aa et al. (2017): The effectiveness and promising strategies of obesity prevention and treatment programmes among adolescents from disadvantaged backgrounds: a systematic review

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz von Peers</li> <li>• Weitere, nicht näher beschriebene Strategien</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Junge Erwachsene mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährung</li> <li>• Bewegung</li> </ul>
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partizipationsraten</li> <li>• Retention-Rates</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI oder körperliche Aktivität</li> <li>• Ernährungsverhalten</li> <li>• Zeit am Bildschirm</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review

Kornet-van der Aa et al. (2017) ermitteln innerhalb ihres Reviews die Effektivität von Programmen zur Reduzierung von Übergewicht bei jungen Erwachsenen, um somit erfolgversprechende Strategien für zukünftige Interventionen herauszuarbeiten. Diese fokussieren sich nicht nur auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe, sondern eher auf die generelle Gestaltung von Maßnahmen. Zu signifikanten Zusammenhängen zwischen einzelnen Strategien und der Wirksamkeit (bspw. BMI) können die Autorinnen und Autoren keine validen Aussagen treffen. Sie leiten jedoch einige Schlussfolgerungen ab und bewerten u. a. den Einsatz von Peers, körperlich aktive Outdoor-Maßnahmen oder kostengünstige Angebote als vielversprechend für eine bessere Erreichbarkeit sowie Wirksamkeit.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Die Autorinnen und Autoren gehen in ihrem Review zunächst nicht näher auf die verschiedenen Zugangswege in den einbezogenen Studien ein. Es lässt sich lediglich festhalten, dass in vielen Studien Peers zum Einsatz gekommen sind.

#### Effekt der Strategie(n)

Einen signifikanten Zusammenhang zwischen Teilnahmezahlen und den Einsatz von Peers können die Autorinnen und Autoren nicht feststellen. Jedoch halten sie es für einen vielversprechenden Ansatz, da Studien mit dem Einsatz von Peers in der Tendenz höhere Partizipations- und Aufrechterhaltungsraten (Retention-Rates) aufweisen.

### Fragestellung 3: Inhaltlich-methodische Gestaltungsmerkmale

Die Autorinnen und Autoren können aus ihren Ergebnissen einige Erkenntnisse ableiten, die mit einer größeren Wirksamkeit der Maßnahmen einhergehen. Beispielsweise scheint die Einbindung der Zielgruppe in die Planung und Durchführung der Aktivitäten die Teilnahme zu erhöhen. Besonders beliebt sind bei der Zielgruppe Outdoor-Aktivitäten, wie z. B. Kajak fahren, Klettern, Schlittschuhlaufen oder Wandern. Generell lassen sich mit aktiven Maßnahmen sehr viel mehr Heranwachsende erreichen als mit Schulungen (bspw. zur gesunden Ernährung). Kostenlose oder kostengünstige Angebote wirken sich ebenfalls förderlich aus, ähnlich wie ein Einbezug der Eltern. In Studien, in denen die Eltern in keiner Weise in die Programme eingebunden wurden, konnten die Autorinnen und Autoren keine Verbesserungen im BMI der Teilnehmenden feststellen. Weiterhin wirken gemeinsame Treffen mit konkreten Tipps zu Ernährung und Bewegung besser, als das Verteilen von Flyern oder Faktenblättern.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Die Autorinnen und Autoren nehmen auch einen Vergleich von Studien zur Behandlung von Übergewicht sowie zur Prävention von Übergewicht vor. Hierbei kommen sie zu dem Schluss, dass Behandlungsstudien wirksamer sind als Präventionsstudien. Dies erscheint allerdings auch logisch, da diese Personen den BMI reduzieren möchten, während es für Personen aus Präventionsstudien ausreicht, das Gewicht zu halten.

Hinsichtlich der Qualität, der Dauer und dem Design variieren die Studien, weshalb die Autorinnen und Autoren keine validen Aussagen über wirksame Interventionsstrategien treffen können. Es handelt sich lediglich um Schlussfolgerungen anhand der gewonnenen Erkenntnisse.

#### 3.4.26 Lakerveld et al. (2014): Environmental interventions in low-SES neighbourhoods to promote healthy behaviour: enhancing and impeding factors.

<b>Strategie(n)</b>	Modellgeleitete Berücksichtigung multidimensionaler Einflussfaktoren auf individueller wie organisatorischer Ebene bei der Entwicklung, Planung und Umsetzung von Interventionen
<b>Zielgruppe</b>	Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	Verschiedene
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltens- und Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	<p>Mit Bezug zur Erreichbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reach (Reichweite)</li> <li>• Adoption (Annahme/Übertragbarkeit)</li> </ul> <p>Mit Bezug zur Wirksamkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectiveness (Wirksamkeit)</li> <li>• Implementation (Implementierung/Umsetzung)</li> <li>• Maintenance (Aufrechterhaltung/Nachhaltigkeit)</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Mixed-methods-Studie

Lakerveld et al. (2014) haben das Ziel, zu ermitteln, durch welche Faktoren die Reichweite, Wirksamkeit, Annahme bzw. Übernahme, Implementierung sowie Aufrechterhaltung (RE-AIM Konzept) von Interventionen in sozial benachteiligten Gegenden besonders beeinflusst wird. Hierfür wenden

sie eine komplexe Methodik an, bei der sie sowohl Personen aus der Zielgruppe als auch Expertinnen und Experten einbeziehen. Sie ermitteln sechs Faktoren, die mit mindestens einer der RE-AIM Dimensionen signifikant assoziiert sind.

### **Strategien der Erreichbarkeit**

Die Studie berichtet nicht von einer direkt angewandten Strategie, sondern ermittelt auf multi-dimensionaler Ebene, welche Faktoren die Erreichbarkeit sowie Wirksamkeit der untersuchten Interventionen fördern oder eher behindern. Beispielsweise wird untersucht, wie sich die Partizipation der Zielgruppe an verschiedenen Prozessphasen der Intervention auswirkt.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Die Autorinnen und Autoren wählten zunächst 18 Interventionen aus, die in drei der am stärksten benachteiligten Wohngebieten in den Niederlanden durchgeführt wurden. Anhand der Dimensionen des RE-AIM Modells untersuchten sie diese auf relevante Einflussfaktoren. Im ersten Schritt führten sie theoriegeleitete Interviews durch, um potentiell relevante Faktoren zu identifizieren (n=40). Danach wurde für jede der 18 Interventionen geprüft, ob jeder dieser Faktoren berücksichtigt wurde oder nicht. Im Anschluss wurde eine Expertengruppe gebildet, die die Interventionen hinsichtlich ihres Erfolgs bezogen auf die RE-AIM Dimensionen anhand einer Likertskala bewertete. Die Experten waren verblindet hinsichtlich der Priorisierung der Faktoren, indem keinerlei Informationen gegeben wurden, ob die Interventionen die theoriegeleiteten Aspekte berücksichtigten oder nicht. Als nächstes wurden Interviews mit Personen aus der Zielpopulation durchgeführt, bei denen die Befragten einschätzen sollten, zu welchem Grad die Interventionen aus Ihrer Sicht bzgl. der Dimensionen erfolgreich waren, was in Form eines zuvor getesteten verständlichen Fragebogens abgefragt wurde. Abschließend wurden die Einschätzungen der Expertinnen und Experten und die der Zielgruppe mit den theoriegeleiteten Faktoren aus dem ersten Schritt in Beziehung gesetzt und der statistische Zusammenhang geprüft.

Die Personen aus der Zielgruppe bewerten die Interventionen in allen RE-AIM Dimensionen tendenziell besser als die Expertinnen und Experten. Von den 40 identifizierten Faktoren waren sechs statistisch signifikant mit mindestens einer der fünf RE-AIM Dimensionen assoziiert:

- Die Einbeziehung der Zielgruppe während des Planungsprozesses erwies sich als entscheidend. Bei Interventionen, die dies erfüllten, war die Wirksamkeit laut Expertenrating höher und die Umsetzung erfolgreicher.
- Die Einbeziehung der Zielgruppe während der Implementierung bewirkte eine höhere Reichweite, Wirksamkeit und Annahme bzw. Übertragbarkeit laut Zielgruppe und Expertinnen bzw. Experten.
- Die Durchführung einer Bestandsaufnahme in der Entwicklungsphase hinsichtlich Zielsetting, Kontext, Probleme und Merkmale der Zielgruppe war aus Sicht der Expertinnen und Experten mit besserer Wirksamkeit, Annahme bzw. Übertragbarkeit und Implementierung verbunden.
- Die sorgfältige Information der Zielgruppe und Kommunikation des Vorhabens vor Implementierung der Intervention verbesserte die Wirksamkeit, Annahme und Implementierung.
- Eine bestehende „Rivalität“ mit anderen, ähnlichen Angeboten hatte Auswirkung auf die Nachhaltigkeit. Die Expertenrunde schätzte die Nachhaltigkeit als besser ein, wenn die Intervention nicht in Konkurrenz zu anderen Initiativen vor Ort stand.
- Auch die Personalausstattung für die Intervention erwies sich als statistisch signifikanter Einflussfaktor. Programme erzielten den Einschätzungen zufolge eine höhere Reichweite, wenn ausreichend Personal zur Verfügung stand.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Es wurde in dem Artikel nur von Ergebnissen berichtet, bei denen eine statistische Signifikanz vorzuweisen war. Dies heißt jedoch nicht, dass nicht auch andere von der Zielgruppe und den Expertinnen und Experten genannten Faktoren die Dimensionen des RE-AIM beeinflussen.

#### 3.4.27 Laws et al. (2014): The impact of interventions to prevent obesity related behaviors in children (0-5 year) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partizipation und Empowerment</li> <li>• Angebote mit „Zugeh-Struktur“</li> <li>• Tailoring</li> <li>• Durchführung sozialer Medienkampagnen</li> <li>• Politisch-strategische Maßnahmen</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Kinder aus sozial benachteiligten Familien
<b>Handlungsfeld</b>	Vermeidung kindlichen Übergewichts
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltens- und Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	<p>Mit Bezug zur Erreichbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akzeptanz in der Zielpopulation</li> </ul> <p>Mit Bezug zur Wirksamkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anthropometrische Merkmale</li> <li>• Ernährung und elterliche Ernährungsgewohnheiten im Zusammenhang mit Übergewicht</li> <li>• physische Aktivität</li> <li>• sitzendes Verhalten</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review

Primäres Anliegen der Übersichtsarbeit von Laws et al. (2014) ist es, die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien im Alter von null bis fünf Jahren zu untersuchen bzw. zu prüfen, ob diese zur Verbesserung von Verhaltensweisen beitragen, die mit Übergewicht assoziiert sind. Aus den Beschreibungen der eingeschlossenen 32 Studien und ihrer Ergebnisse lassen sich jedoch eine Reihe möglicher Zugangswege und Gestaltungsmerkmale für Interventionen ableiten, mit denen sozial benachteiligte Familien angesprochen werden können. Laws et al. (2014) bewerten die vorgefundenen Interventionseffekte als mäßig ausgeprägt, aber vielversprechend.

### Strategien der Erreichbarkeit

Zwölf der identifizierten Studien fanden im häuslichen Umfeld statt und adressierten den Zeitraum sowohl vor als auch nach der Geburt bzw. in der frühen Kindheit. Meist handelte es sich hierbei um Maßnahmen mit ausgedehnten Hausbesuchen, die von geschultem Personal und/oder Freiwilligen ausgeführt wurden. Sechs Studien wurden im Kontext der medizinischen Grundversorgung durchgeführt, davon ein Großteil im Rahmen eines staatlich geförderten Programms in den USA (Womans, Infants, and Children WIC), das bereits vorab viele Familien mit geringem Einkommen erreichte. Sieben Studien beschrieben ein gemeindebasiertes Setting, vier davon rekrutierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer über ein staatlich gefördertes Programm, in zwei Studien bestand das Programm aus mehreren Komponenten, bei denen die Zielgruppe u. a. durch Elternbriefe, mediale Gesund-

heitskampagnen, informelle Ernährungsberatungen im Rahmen von Veranstaltungen oder Elternschulungen und Entspannungsmaßnahmen für die Kinder angesprochen wurde. Als entscheidenden Faktor um spezifisch Eltern aus ethnischen Minderheiten anzusprechen, benennen die Autorinnen und Autoren kulturell angepasste Programme (Cultural Tailoring).

Ausführende Personen (Delivery agents) der Interventionen waren sogenannte „Paraprofessionals“ („Quasi- Expertinnen und Experten“, z. B. Community Health Worker, Gesundheitserzieherinnen und -Erzieher), geschulte Freiwillige, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, medizinisches Fachpersonal, Krankenschwestern, multidisziplinäre Teams, Vorschullehrerinnen und Vorschullehrer, geschulte Erzieherinnen und Erzieher, Forscherinnen und Forscher oder anderes Fachpersonal. Auch per Video wurde die Intervention vermittelt.

Veränderungen auf Ebene der öffentlichen Gesundheit bzw. auf politischer Ebene umfassten z. B. stillfreundliche Krankenhäuser, den Verzicht auf die Verteilung kostenloser Muster von künstlicher Säuglingsnahrung oder das Angebot von Wasser anstelle gesüßter Getränke auf Veranstaltungen, an denen Kinder anwesend sind.

Das gewählte Setting der Interventionen bzw. der Zugangsweg spiegelte häufig das Alter der Kinder wieder, die die Zielgruppe der Intervention bildeten, beispielsweise das häusliche Umfeld für Kinder unter zwei Jahren.

### **Effekt der Strategie(n)**

Konkrete Aussagen zur Wirksamkeit der Erreichbarkeitsstrategien finden sich im Review nur am Rande. Sie weisen darauf hin, dass ein hoher Beteiligungsgrad der Eltern offenbar einen wesentlichen Wirksamkeitsfaktor für die Intervention bildet. Während nahezu alle Studien (29 von 32) einen positiven Effekt auf mindestens ein Outcome mit Bezug zu Übergewicht berichten, mangelt es den Autorinnen und Autoren zufolge deutlich an Analysen zu Langzeitwirksamkeit, Umsetzungskosten sowie an Informationen zur Rekrutierung der durchführenden Personen und zur Akzeptanz der Interventionen auf Seiten der Zielgruppe.

### **Fragestellung 3: Inhaltlich-methodische Gestaltungsmerkmale**

Die Empfehlungen der Übersichtsarbeit für die Praxis zielen im Wesentlichen auf mögliche Komponenten wirksamer Interventionen ab, die zum Teil auch Zugangswege beschreiben. So scheint z. B. das Angebot vorgelagerter bzw. vorwegnehmender Interventionen, beispielsweise solcher, bei denen Familien bereits während der Schwangerschaft angesprochen werden, erfolgsversprechender. Einen starken Fokus sollten Interventionen auf den Ausbau von Fähigkeiten und die Vermittlung von Strategien zur Verhaltensänderung legen. Mehrere Studien fokussierten neben reiner Wissensvermittlung besonders auf den Auf- und Ausbau sozialer Skills wie z. B. Networking oder die Inanspruchnahme lokaler Angebote oder die Stärkung elterlicher Fähigkeiten wie z. B. Kochen oder Erziehung. Empfehlenswert scheint darüber hinaus die Einbindung von Kindern in Schulungsmaßnahmen sowie die aktive Nutzung sozialer Netzwerke und Verbindungen zu kommunalen Ressourcen.

Das Setting der medizinischen Grundversorgung erhöhte den Autorinnen und Autoren zufolge darüber hinaus die Chance für die Aufrechterhaltung und Automatisierung des durch die Intervention vermittelten Verhaltens.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Wie Laws et al. (2014) abschließend feststellen, bildet die Übergewichtsprävention bei sozial benachteiligten Kindern ein eher junges Forschungsfeld. 29 der 32 vorgefundenen Studien wurden in den letzten zehn Jahren vor Publikation des Reviews publiziert. Weniger als zehn Prozent der Studien waren von hoher methodischer Qualität, auch wenn es sich bei fast zwei Drittel der Fälle um RCTs handelte. Aufgrund der großen Heterogenität in den vorgefundenen Studien war es den Autorinnen und Autoren nicht möglich, eine Metaanalyse durchzuführen. Laws et al. (2014) können darüber hinaus einen möglichen Publication Bias nicht ausschließen.

Im Rahmen des Reviews wird auch eine Beurteilung der externen Validität der Studien vorgenommen. Dieser zufolge legen viele Studien zu wenig Wert darauf, über praxisrelevante Informationen wie z. B. Teilnahmeraten, Rekrutierung der Personen, welche die Intervention ausführen (Delivery agents) oder die Akzeptanz seitens der Zielgruppe zu berichten.

### 3.4.28 Linnan et al. (2014): A Literature Synthesis of Health Promotion Research in Salons and Barbershops

<b>Strategie(n)</b>	Ansprache der Zielgruppe über Friseur- und Kosmetiksalons
<b>Zielgruppe</b>	Überwiegend Migrantinnen und Migranten
<b>Handlungsfeld</b>	Verschiedene
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzung des Mammographie Screenings</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsum von Obst und Gemüse</li> <li>• Wissenszuwachs und weitere</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review

Linnan et al. (2014) untersuchen innerhalb ihres systematischen Reviews die bestehenden Erkenntnisse zur Rekrutierung von Migrantinnen und Migranten über Kosmetiksalons und Friseurinnen und Friseure (Barbiere/Barbershops) und stellen die Ergebnisse bisher in diesem Setting durchgeführter Interventionsstudien zusammen. Die Autorinnen und Autoren finden heraus, dass diejenigen Interventionen am effektivsten sind, bei denen die forschungsbasierten Gesundheitsinformationen durch die Dienstleisterinnen und Dienstleister an die Kundinnen und Kunden übermittelt werden. Weiterhin können sie in einigen Studien signifikante Veränderungen im Verhalten der Kundinnen und Kunden ausmachen.

### Strategien der Erreichbarkeit

Als Strategie, insbesondere Personen mit einem ausländischen Hintergrund zu erreichen, kann der Zugang zur Zielgruppe über Salons und Barbershops identifiziert werden. Hierbei erfolgt die Ansprache entweder direkt durch die dort arbeitenden Personen oder durch Projektverantwortliche. Ergänzend werden in vielen der einbezogenen Studien kulturell angepasste Informationsmaterialien eingesetzt.

Die Rolle der Friseurinnen und Friseure und Kosmetikerinnen und Kosmetiker variiert innerhalb der Studien und reicht von der reinen Rekrutierung von Kundinnen und Kunden, über die Vermittlung von Wissen bis hin zu Weiterempfehlungen von bspw. Ärztinnen und Ärzten oder Sportkursen.

### **Effekt der Strategie(n)**

In sieben der einbezogenen Studien wurde explizit die Rekrutierung entweder der Salons bzw. Friseurinnen und Friseure oder der eigentlichen Zielgruppe untersucht. Die Rekrutierung der Salons erfolgte über Kirchen, Telefonverzeichnisse, dem „Community Advisory Board“ (CAB), Internetrecherchen, Zeitungsanzeigen, Nachbarschaftsbesuchen, Empfehlungen von Bürgerinnen und Bürgern und dem „Schneeballsystem“. In einer Studie wurde die Effektivität und Kosteneffektivität dreier Rekrutierungsstrategien – Einladung ins CAB, Anruf oder Besuch – untersucht. Hierbei konnte die Einladung zum CAB (und damit verbunden die Partizipation) der Salonmitarbeiterinnen und -mitarbeiter als effizientester Weg für die Gewinnung von teilnehmenden Geschäften identifiziert werden.

Die Anzahl der rekrutierten Kundinnen und Kunden in den berichteten Studien reicht von 17 bis zu 1.552 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Die Interventionsstudien waren oft geschlechterspezifisch ausgerichtet: 38 Prozent der Interventionen richteten sich an Frauen, 43 Prozent an Männer und 14 Prozent an beide Geschlechter. Die behandelten Themenfelder waren vielfältig und umfassten u. a. Krebsprävention (47 Prozent), Hypertonie, kardiovaskuläre Erkrankungen, Ernährung, Bewegung, Tabakkonsum, Schwangerschaft oder Kindergesundheit. Als besonders effektive Art der Intervention, mit dem Ziel eine Verhaltensänderung beim Kundinnen und Kunden zu bewirken, charakterisieren die Autorinnen und Autoren die Überbringung von Gesundheitsbotschaften durch den zuvor geschulten Friseur selbst, wobei die Entwicklung dieser Interventionen durch die Projektverantwortlichen selbst erfolgte.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Bei der Hälfte der eingeschlossenen Studien kommen unterschiedliche Arten von Anreizen zum Einsatz – sowohl für die Friseurinnen und Friseure, z. B. in Form eines finanziellen Bonus für jede bzw. jeden an einen Präventionskurs Weitervermittelten, als auch für die Kundinnen und Kunden bspw. in Form eines kostenlosen Haarschnitts. Über die Wirksamkeit solcher Anreize trifft der Review keine Aussage.

### **Fragestellung 3: Inhaltlich-methodische Gestaltungsmerkmale**

Die Autorinnen und Autoren berichten über einige Interventionsstudien detaillierter. Bspw. konnten in einer Studie, in der zuvor geschulte Friseure Gesundheitsinformationen (mit dem Hinweis auf Blutdruckmessungen) an ihre Kundinnen und Kunden vermittelten und Peers sowie „Storyteller“ im Salon über gesundheitliche Themen berichteten, signifikant mehr Blutdruckchecks bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern festgestellt werden ( $p = 0.04$ ). Die Kontrollgruppe erhielt lediglich eine Informationsbroschüre, was keine signifikanten Ergebnisse brachte. Eine weitere Studie, die ebenfalls zum Ziel hatte, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Relevanz des Bluthochdrucks näher zu bringen, kommt zu ähnlichen signifikanten Ergebnissen.

In einem Quasi-Experiment erhielten Kosmetikerinnen Schulungen und motivierten daran anschließend Kundinnen und Kunden durch Gesundheitsbotschaften zu Verhaltensänderungen. Ziel waren Verbesserungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Zielgruppe. Die Kundinnen und Kunden erhielten zusätzlich ein „Starter Kit“ mit Informationsmaterialien, Obst, Gemüse und einer

Flasche Wasser. Die Autorinnen und Autoren machen einen signifikanten Anstieg im Konsum von Obst und Gemüse aus ( $p < 0.01$ ); keine Veränderungen zeigen sich in der körperlichen Aktivität und im Wasserkonsum.

In einer weiteren qualitativen Studie gaben die Friseurinnen und Friseure ebenfalls Gesundheitsbotschaften an ihre Kundinnen und Kunden weiter. Zusätzlich wurden im Salon ansprechend gestaltete Informationen ausgehängt. Die befragten Friseurinnen und Friseure berichten von einer gestiegenen körperlichen Aktivität, einem gesünderen Ernährungsverhalten sowie Gewichtsverlusten bei den beratenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern 12 Monate nach der Intervention.

Im Review wird ebenfalls über Interventionen berichtet, in denen die Projektverantwortlichen selbst die Übermittlung der Gesundheitsbotschaften im Salon durchführten. Linnan et al. (2014) identifizieren allerdings solche Studien als besonders effektiv, in denen Friseurinnen und Friseure geschult wurden und diese Informationen dann an die Kundinnen und Kunden in Form von „motivational messages“ weitergaben. Weiterhin scheinen Ansätze, in denen die Friseurinnen und Friseure aktiv in die Planung einbezogen und die in die Kommune eingebettet werden (bspw. durch ein „Community Advisory Board“) wirksamer zu sein.

#### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

In 15 der eingeschlossenen 21 Interventionsstudien wird über gesundheitliche Outcomes berichtet, wobei 73 Prozent der Ergebnisse signifikant sind. Insgesamt handelt es sich jedoch lediglich um sieben randomisiert-kontrollierte Studien, in zehn der Studien kam keine Kontrollgruppe zum Einsatz. Zusätzlich erschwerten die häufig kleinen Fallzahlen und das eng begrenzte Forschungsfeld die Auswahl der Studien für den Review.

#### **3.4.29 McMahon, S. & Fleury, J. (2012): External validity of physical activity interventions for community-dwelling older adults with fall risk: A quantitative systematic literature review.**

<b>Strategie(n)</b>	Ansatzpunkte für einen verbesserten Praxistransfer von Erkenntnissen zu Bewegungstrainings für die Sturzprävention
<b>Zielgruppe</b>	Ältere ab 60 Jahre
<b>Handlungsfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegung</li> <li>• Sturzprävention</li> </ul>
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reach (Reichweite)</li> <li>• Adoption (Annahme/Übertragbarkeit)</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectiveness (Wirksamkeit)</li> <li>• Implementation (Implementierung/Umsetzung)</li> <li>• Maintenance (Aufrechterhaltung/Nachhaltigkeit)</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review

McMahon and Fleury (2012) untersuchen in ihrem systematischen Review die externe Validität von Interventionen zur Bewegungsförderung für die Sturzprävention bei älteren Menschen. Anders ausgedrückt gehen sie der Frage nach, wie es gelingen kann, dass Wissen um das Potential dieser Form

von Interventionen stärker in die Praxis zu transferieren. Als theoretischen Rahmen hierfür nutzen sie die Systematik des RE-AIM Modells und bewerten die Interventionen hinsichtlich der Dimensionen Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation und Maintenance.

### **Strategien der Erreichbarkeit**

46 Publikationen erfüllten die Einschlusskriterien des Reviews, darunter auch eine deutsche Studie. Die Autorinnen identifizieren keine konkrete und als solche benannte Erreichbarkeitsstrategie, beschreiben jedoch Faktoren (beispielsweise durch genauere Charakterisierung der Zielgruppe), mit deren Hilfe das Potential von Bewegungsmaßnahmen zukünftig besser ausgeschöpft und damit ein größerer Nutzen generiert werden kann.

### **Effekt der Strategie**

#### *Reach (Reichweite)*

Die Teilnehmerzahl in den Studien schwankte zwischen 15 und 1.200, der Median lag bei 198 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, das Alter betrug im Mittel 68 bis 88 Jahre und im Median 76 Jahre, 51 bis 95 Prozent waren Frauen, der Anteil an Afroamerikanerinnen und Afroamerikanern oder amerikanischen Ureinwohnerinnen und Ureinwohnern lag in den Studien, die darüber berichteten, bei unter 20 Prozent. Ein Großteil der Teilnehmenden verfügte über einen High School – oder Collegeabschluss. 42 Prozent der Studien rekrutierten Personen mit erhöhtem Sturzrisiko. Die Teilnahme-rate, definiert als Anteil geeigneter Personen, die der Intervention zustimmten, wurde in 43 Prozent der Studien beschrieben und betrug durchschnittlich 57 Prozent.

#### *Effectiveness (Wirksamkeit)*

Alle Studien berichteten Gesundheitsoutcomes in Form von Sturzhäufigkeiten und/oder Sturzrisiko. Sturzhäufigkeiten waren in 70 Prozent der Studien primäres oder sekundäres Outcome, 59 Prozent davon berichteten einen signifikanten Interventionseffekt. Das Sturzrisiko wurde in 87 Prozent der Studien unter Einsatz 30 verschiedener Maße gemessen, dreiviertel davon fanden Verbesserungen in mindestens einem Outcome. 24 Prozent der Studien erhoben darüber hinaus weitere Maße zum Gesundheitsverhalten, beispielsweise körperliche Aktivität, wobei die Ergebnisse sowohl innerhalb als auch studienübergreifend inkonsistent ausfielen. Darüber hinaus wurden in einigen Studien auch psychosoziale Endpunkte berichtet, beispielsweise Depression, soziale Unterstützung oder Angst vor Stürzen, die Ergebnisse waren auch hier gemischt. Globale Outcomes wie Lebensqualität oder Kosteneffektivität wurden nur vereinzelt berichtet. Lediglich sechs der Studien identifizierten potentielle Störvariablen, die meisten führten keine Tests auf mögliche Moderatoreffekte durch. In vier Studien beruhte die Intervention auf einem theoretischen Konzept, die Ergebnisse fielen jedoch auch hier inkonsistent aus.

#### *Adoption (Annahme/Übertragbarkeit)*

Viele der Studien beschrieben das Interventionssetting und die Expertise der durchführenden Personen. Durchgeführt wurden die Studien in Australien, Kanada, China, Deutschland, Japan, Neuseeland, den Niederlanden, Taiwan, dem Vereinigten Königreich und den USA. Zwei der Studien wurden in ländlichen Gebieten durchgeführt. Gruppenbasierte Maßnahmen wurden initiiert in Gemeindezentren, Seniorenwohnanlagen („retirement communities“), Gesundheitseinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen und Kliniken, in einigen Studien fanden die Interventionen an mehreren Orten statt. Durchgeführt wurden die Interventionen sowohl von sich freiwillig engagierenden Personen, Pflegekräften, Ergotherapeutinnen und -therapeuten als auch von Ärztinnen und Ärzten, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, physiotherapeutischen Hilfskräften, Fitnesstrainerinnen und -trainern und (Tai Chi-) Übungsleiterinnen und -leitern. Laut McMahon und Fleury sind dies ebenso Indi-

zien für das bestehende Potential interdisziplinärer Zusammenarbeit in diesem Feld wie auch die hohe Übertragbarkeit der Interventionen auf weitere Settings im kommunalen Umfeld.

#### *Implementation (Implementierung)*

Die Interventionen umfassten Zeiträume von einem bis hin zu 45 Tagen, wobei die einzelnen Sitzungen je 15 bis 120 Minuten dauerten. Die Anzahl der Kontakte („Interventionsdosis“) schwankte zwischen einem und 315, im Median gab es 15,5 Kontakte zwischen teilnehmenden und durchführenden Personen. Länger dauernde Interventionen waren mit höheren Implementierungskosten verbunden. Ergänzend zu den RE-AIM Reviewkriterien untersuchen McMahon & Fleury die Interventionen auf Inhalte, die für den Erfolg der Interventionen entscheidend sein können. Diese Inhalte betreffen im Einzelnen: Vermittlung von Wissen über Stürze, Förderung sozialer Unterstützung, Förderung der Motivation, physisch aktiv zu sein, Bewegung individuell anzupassen, Angstreduktion, Förderung von Prozessen der Selbstregulation und das Aufzeigen von Möglichkeiten für Bewegung zuhause. Viele der Studien identifizierten mehr als einen dieser Faktoren als wesentlich für den Effekt, machen jedoch keine genaueren Angaben zu den jeweiligen dahinterstehenden Wirkmechanismen.

Übungsinhalte, die mit einer Reduzierung des Sturzrisikos oder einer geringeren Sturzhäufigkeit einhergingen, umfassten schrittweise intensivierete Übungen zur Stärkung der Beine und des Gleichgewichts, Tai Chi, Laufen oder auch ungewöhnlichere Methoden wie „Square Stepping“ oder „Jazz Dancing“. 24 Prozent der Studien nutzten zudem Hilfsmittel wie z. B. Gewichtsmanschetten oder Trainingsbänder. Lediglich 11 Prozent der Studien machten Angaben zu Aspekten der Implementierungstreue, beispielsweise dem Training der Übungsleiterinnen und Übungsleiter.

21 Studien berichteten Anwesenheitsraten, welche bei 18 Prozent bis 100 Prozent lagen. Die Ausfallraten variierten stark und umfassten Anteile von ein Prozent bis 60 Prozent. Als Gründe wurden Faktoren wie Krankheit, Mangel an Transportmöglichkeiten, Interessen- oder Motivationsverlust, anderweitige Termine, Tod oder auch Nicht-Adhärenz berichtet. Abbrecher waren häufiger männlichen Geschlechts, verwitwet, geschieden oder alleinstehend, älter, weniger aktiv oder nahmen mehr Medikamente ein als Personen, die die Intervention beendeten.

#### *Maintenance (Aufrechterhaltung/Nachhaltigkeit)*

Nur wenige Studien berichteten Nachhaltigkeit auf individueller Ebene. Die Nacherhebungszeiträume umfassten Zeiten von direkt nach Abschluss der Intervention bis hin zu 24 Monaten, der Median lag bei sechs Monaten. Fünf Studien mit mindestens einem halben Jahr Nacherhebungszeitraum berichteten, dass 31 Prozent bis 72 Prozent der Teilnehmenden die Übungen wie empfohlen weiterführten. Mindestens zwölf Prozent der Interventionen wurden fortgeführt und/oder verbreitet.

#### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

McMahon & Fleury zufolge kann die Teilnahmebereitschaft älterer Menschen erhöht werden durch leicht zugängliche Kurse mit geringer Teilnehmerzahl und Teilnehmenden im selben Alter, in denen Wert auf Beweglichkeit und Gleichgewicht gelegt wird und die von Trainerinnen und Trainern angeleitet werden, die die Teilnehmenden und ihren Fortschritt individuell begleiten können. Ältere bevorzugen Programme, die ihre individuellen Ziele berücksichtigen, soziale Interaktionen fördern und positive Botschaften bezogen auf Sturzrisiken vermitteln.

### 3.4.30 Mendoza-Vasconez et al. (2016): Promoting Physical Activity Among Underserved Populations

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultural Tailoring</li> <li>• Kooperationen (Community Engagement)</li> <li>• Strategien der Rekrutierung</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethnische Minderheiten</li> <li>• Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status</li> <li>• Körperlich Beeinträchtigte</li> </ul>
<b>Handlungsfeld</b>	Bewegung
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltens- und Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategien</li> </ul> Mit Bezug zur Wirksamkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegungslevel</li> <li>• aktiver Lebensstil</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Narrativer Review

Mendoza-Vasconez et al. (2016) beschreiben innerhalb ihrer Studie verschiedene Strategien der Erreichbarkeit, untergliedert für drei Zielgruppen: ethnische Minderheiten, Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und körperlich Beeinträchtigte. Als potentiell erfolgreiche Strategien definieren die Autorinnen und Autoren verschiedene Formen des Tailoring, verschiedene Arten der Rekrutierung sowie E-Health-Lösungen.

#### Strategien der Erreichbarkeit

##### *Ethnische Minderheiten:*

Die Autorinnen und Autoren identifizieren mehrere Studien, die Cultural Tailoring als Strategie verwenden. Hierbei werden die Angebote kulturell auf die Zielgruppe angepasst, beispielsweise durch den Einsatz eines Trainers mit gleicher Herkunft oder der Berücksichtigung kultureller Werte im Rahmen der Schulungen. Sogenannte Community Health Worker eignen sich sehr wahrscheinlich besonders gut, um die Zielgruppe zu erreichen. Hierbei fungiert eine Person aus der Zielgruppe als Bindeglied zwischen den zu Erreichenden und den Anbietern der Intervention, indem diese die Zielgruppe anspricht und für eine Teilnahme begeistert. Weiterhin berichten einige Studien von Erfolgen bei Kooperationen mit Kirchen oder Gemeindezentren. Dies kann insbesondere für gläubige Kulturen eine gute Möglichkeit darstellen. Außerdem werden in einigen Studien technologische Lösungen, z. B. Interactive Voice Response (Systeme mit regelmäßigen Feedbacks), angewandt. Auf diese Weise lassen sich laut Review strukturelle Barrieren (bspw. Kinderbetreuungen) vermeiden und die Adhärenz erhöhen. Beschriebene Rekrutierungsarten umfassen für diese Zielgruppe Social-Marketing-Kampagnen, Werbung im Radio oder in Zeitungen und bunte, ansprechend gestaltete Flyer, die in Kirchen oder gesundheitlichen Institutionen verteilt wurden.

##### *Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status:*

Als erfolgreiche Art der Ansprache konnten die Autorinnen und Autoren für diese Zielgruppe die Kommunikation über Massenmedien, Plakate, Banner, Flyer, Social Marketing und Mund-zu-Mund-Propaganda identifizieren. Beispielsweise konnte in einer Studie die Bewegung durch Plakate an Bahnhöfen erhöht werden, die zum Treppensteigen auffordern. Weiterhin war das Verschicken von

Informationen und Tipps in Form von SMS-Nachrichten in erfolgreichen Interventionen häufiger Bestandteil, wodurch sich Barrieren wie Kinderbetreuung oder ungünstige Arbeitszeiten umgehen ließen.

#### *Körperlich beeinträchtigte Menschen:*

Für diese Personengruppe waren insbesondere solche Programme erfolgreich, in denen Kooperationen mit Gesundheitsdienstleistern eingegangen wurden, die im direkten Kontakt zur Zielgruppe stehen. Auch die Kontaktaufnahme auf zielgruppenspezifischen Veranstaltungen scheint ein erfolgreicher Zugangsweg zu sein. Weiterhin wurde auch die Strategie des Tailoring angewandt, indem die Bewegungsangebote auf die körperliche Funktionsfähigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angepasst wurden. Entscheidende Elemente stellen Kraft-, Balance- und Gangtrainings sowie Sturzprävention dar. Telefon- oder webbasierte Coachings, Übungs-DVD's, PC-Spiele und Video-Feedbacks zur richtigen Ausführung von Übungen können laut der Autorinnen und Autoren zur Überwindung von Partizipationsbarrieren beitragen.

#### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

##### *Ethnische Minderheiten:*

Als Barrieren werden mehrheitlich Sicherheitsbedenken genannt. Das Beheben dieser Ängste kann demnach förderlich wirken. Ähnliches gilt für niedrigschwellig gestaltete Angebote, u. a. durch kostenfreie Programme oder die Organisation und finanzielle Übernahme des Transfers.

##### *Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status:*

Als förderliche Faktoren konnten auch für diese Zielgruppe das Anbieten von Transferdiensten und finanzielle Rückerstattungen, bspw. durch Coupons, ausgemacht werden.

#### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

Die Autorinnen und Autoren untersuchen in ihrem narrativen Review nicht die Wirksamkeit der angewandten Strategien, vielmehr tragen sie verschiedene Strategien zusammen, die in wirksamen Interventionen zum Einsatz gekommen sind.

#### **3.4.31 Michie et al. (2010): Low-income groups and behaviour change interventions: a review of intervention content, effectiveness and theoretical frameworks**

<b>Strategie(n)</b>	Keine direkte Strategie, aber oft Einsatz von Peers/Community Health Worker, Tailoring oder die Bezugnahme auf Theorien
<b>Zielgruppe</b>	Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtmittelkonsum</li> <li>• Ernährung</li> <li>• Bewegung</li> </ul>
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzehr von Obst und Gemüse</li> <li>• Selbstberichtete Tabakabstinenz</li> <li>• Körperliche Aktivität</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Scoping Review

Michie et al. (2009) überprüfen innerhalb des Reviews die Wirksamkeit von verschiedenen Interventionsansätzen für sozial Benachteiligte. Weiterhin wollen sie herausfinden, ob die Verwendung einer Theorie im Zusammenhang mit der Wirksamkeit der Intervention steht.

### **Strategien der Erreichbarkeit**

Die Autorinnen und Autoren berichten nicht direkt von Strategien, mit denen die Zielgruppe erreicht werden kann. Sie gehen aber bspw. von der Annahme aus, dass sich durch die Anwendung einer konkreten Theorie der Erfolg einer Intervention steigern lässt. Bei Betrachtung der einzelnen Studie kommen besonders häufig Peers bzw. Community Health Worker unterschiedliche Technologien (z. B. Videomaterialien) und individuell angepasste Informationen (oft in Hinblick auf persönliche Risikofaktoren) zum Einsatz.

### **Fragestellung 3: Inhaltlich-methodische Gestaltungsmerkmale**

Insgesamt wurden 17 Interventionen mit den unterschiedlichsten Ansätzen betrachtet, von denen neun signifikant positive Effekte in der Zielgruppe bewirken konnten. Die Autorinnen und Autoren können keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit zwischen Studien mit theoriebasierten Interventionen ausmachen und solchen, in denen keine theoretische Grundlage verwendet wurde. Weiterhin findet sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Gruppengröße und Wirksamkeit ( $t = 0.12$ ). In der Tendenz kamen in effektiven Interventionen nur eine überschaubare Anzahl an verschiedenen Interventionstechniken zur Anwendung, wobei es sich jedoch nicht um eine auf Signifikanz gestützte Aussage handelt. Weiterhin untersuchen die Autorinnen und Autoren, ob eine bzw. mehrere bestimmte Interventionstechniken Einfluss auf die Wirksamkeit nehmen, allerdings finden sie hierfür keine signifikanten Befunde. In Studien mit positiven Ergebnissen kommen jedoch am häufigsten die folgenden Ansätze zum Einsatz: Bereitstellung von Informationen zu den Folgen bestimmter gesundheitlicher Verhaltensweisen, Methoden mit der konkreten Absicht einer Verhaltensänderung, Zielsetzung („Goal-Setting“), Erkennen und Überwinden von Hindernissen für eine Verhaltensänderung, die Planung von sozialer Unterstützung sowie der gezielte Einsatz von individuellen Belohnungen.

Hinsichtlich der Langzeitwirksamkeit berichten fünf Studien über positive Ergebnisse bei einem Follow-up nach über zwölf Monaten. Eine Signifikanz können die Autorinnen und Autoren aber auch hier nicht feststellen.

### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

Die Autorinnen und Autoren konnten nur einen kleinen Datensatz generieren, weshalb die Errechnung eines gepoolten Effektschätzers nicht möglich war. Weiterhin handelt es sich nicht ausschließlich um randomisiert-kontrollierte Studien (alle mit Kontrollgruppendesign, jedoch manche ohne Randomisierung).

### 3.4.32 Moore et al. (2016): Effective Community-Based Physical Activity Interventions for Older Adults Living in Rural and Regional Areas: A Systematic Review

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönliche Ansprache</li> <li>• Ansprache durch medizinisches Personal bzw. Expertinnen und Experten</li> <li>• Tailoring</li> <li>• Übungsmethoden von geringer bis mittlerer Intensität</li> <li>• Vielfalt in den Bewegungsangeboten</li> <li>• Heimbasierte/internetbasierte Interventionen</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Ältere über 65 Jahre mit und ohne körperliche Beeinträchtigungen
<b>Handlungsfeld</b>	Bewegung
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekrutierungswege</li> <li>• Adhärenz, Compliance</li> </ul> Mit Bezug zur Wirkung der Intervention <ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliche Aktivität</li> <li>• Beeinträchtigung</li> <li>• Lebensqualität, Vitalität, psychisches Wohlbefinden</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review

Im Fokus des Reviews von Moore et al. (2016) steht in erster Linie die Wirksamkeit gemeindebasierter Interventionen für ältere Menschen ab 65 Jahren in ländlichen Regionen. Sie berichten darüber hinaus jedoch auch über Zugangswege, mit denen die Zielgruppe in den Studien angesprochen wurden, und leiten aus den Ergebnissen Implikationen für die Planung zukünftiger Interventionen ab. Eine Schlüsselfunktion für die Ansprache und Motivation älterer Menschen scheinen (Gesundheits-) Expertinnen und Experten im Hinblick auf die Vermittlung der Interventionen einzunehmen.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Insgesamt wurden sieben Studien in den Review von Moore et al. (2016) aufgenommen. In vier davon beinhaltete die Intervention „Bewegung auf Rezept“, in einer Untersuchung waren es wasserbasierte Aktivitäten ergänzt durch ein Selbstmanagementprogramm, in sechs Studien bestand die Intervention aus mehreren Komponenten und eine Studie setzte Freiwillige ein, um die Motivation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erhöhen. In allen Studien wurden die Teilnehmenden mittels persönlicher Kontaktaufnahme rekrutiert. Angesprochen wurden sie dabei entweder durch medizinisches Personal oder ausgebildete Motivationsexpertinnen und -experten.

Alle Studien gemeinsam war der Einsatz von Bewegungsübungen von geringer bis mittlerer Intensität wie beispielsweise Tai Chi oder Wassergymnastik, wenngleich der zeitliche Umfang bzw. der mit den Interventionen verbundene Aufwand variierte. Individuell zugeschnittene Angebote sowie Vielfalt in den Bewegungsaktivitäten nennen Moore et al. (2016) als weitere Strategien, die zur Erhöhung der Teilnahmemotivation beitragen können.

Heimbasierte bzw. internetbasierte Interventionen werden in keiner der Studien als gezielte Erreichbarkeitsstrategie eingesetzt. Den Reviewern zufolge besitzen aber gerade diese erhebliches

Potenzial für die Ansprache von Seniorinnen und Senioren gerade in ländlichen Gebieten, da damit bestehende Zugangshürden überwunden werden können.

### **Effekt der Strategie(n)**

Laut Moore et al. (2016) ist die Ansprache bzw. Thematisierung durch fachliche Expertinnen und Experten ausschlaggebend für die Initiierung und Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität bei älteren Menschen. Ebenfalls bedeutsam ist den Reviewerinnen und Reviewern zufolge das Angebot von für die Zielgruppe maßgeschneiderten sowie abwechslungsreich gestalteten Bewegungsangeboten.

Für Interventionen von kürzerer Dauer wurde eine höhere Adhärenz berichtet (80 Prozent bei zehnwöchiger Intervention). In Studien mit Langzeitinterventionen sank die Adhärenz in der Regel mit der Zeit (wenngleich unterschiedlich stark), in einer Beispielstudie von 87 Prozent nach zwei Monaten auf nur noch 49 Prozent nach einem Jahr, in einer anderen von 76 Prozent nach sechs Monaten auf 71 Prozent nach einem Jahr.

Hinsichtlich der Wirksamkeit der Interventionen auf Endpunkte körperlicher Aktivität, Beeinträchtigung oder psychischem Wohlbefinden sprechen Moore et al. (2016) von vorläufiger Evidenz, da jede der Studien Verbesserungen in zumindest einem Outcome berichtet.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Als hilfreiche Faktoren für den Beginn und die Aufrechterhaltung körperlicher Betätigung wurden genannt, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mental zu unterstützen und zu ermutigen sowie Ratschläge und Bewegungsstrategien auf die individuellen Bedarfe und Vorlieben abzustimmen. Auch ein Instrument zur Erfassung der Selbstwirksamkeit hinsichtlich der körperlichen Aktivität erwies sich als förderlich für die Motivation.

### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

Alle Studien wurden von Moore et al. (2016) mit einem hohen Risiko für Verzerrungen bewertet, so dass die Schlussfolgerungen nur eingeschränkte Gültigkeit besitzen. Generell mangelt es den Autorinnen und Autoren zufolge an Studien zur Bewegungsförderung für Ältere speziell in ländlichen Gebieten.

### 3.4.33 Mossakowski et al. (2009): Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Stufen der Partizipation und Beispiele aus einem Wissenschaftspraxisprojekt in der Hamburger Lenzsiedlung

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partizipation, u. a. Runder Tisch</li> <li>• Capacity Building</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	verschiedene
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltens- und Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	<p>Mit Bezug zur Erreichbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensionen des Capacity Building</li> <li>• Nutzungsbarrieren</li> <li>• Bewertung des Runden Tisches</li> </ul> <p>Mit Bezug zur Wirkung der Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebensqualität, Vitalität</li> <li>• psychisches Wohlbefinden</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Querschnittsstudie

Mossakowski et al. (2009) stellen Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleitforschung des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ für das sozial benachteiligte Quartier „Lenzsiedlung“ in Hamburg-Eimsbüttel vor. Dabei berichten sie über Erfolge der Kapazitätsentwicklung sowie über erprobte Methoden und Ansätze zur Aktivierung und Beteiligung von Akteurinnen und Akteuren und Bewohnerschaft. Sowohl die Entwicklung relevanter Strukturen als auch die Angebote selbst werden vorwiegend positiv bewertet.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Das Projekt in der Hamburger Lenzsiedlung verfolgt das Ziel, Strukturen zu entwickeln (Capacity Building), die zur Verbesserung der Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Eltern in einem sozial benachteiligten Quartier beitragen. Bei der Kapazitätsentwicklung berücksichtigen die involvierten Akteurinnen und Akteure fünf Dimensionen: Bürgerbeteiligung, verantwortliche lokale Führung, vorhandene Ressourcen, Vernetzung und Kooperation sowie Unterstützung der Bewohner. Zentrales Element des Projekts ist der Runde Tisch, woran Vertreterinnen und Vertreter von regionalen Einrichtungen teilnehmen. Als weitere Methode der Beteiligung kommen Befragungen zum Einsatz, sowohl der Bewohnerschaft als auch von relevanten Akteuren.

#### Effekt der Strategien

Die Autorinnen und Autoren berichten von drei Beispielen, mit denen sie die Partizipation im Quartier stärken. Zunächst wurden Akteure des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereichs zur Struktur- und Kapazitätsentwicklung befragt. Hierfür wurde für die fünf Dimensionen (siehe oben) eine Einschätzung der aktuellen Situation (2006) sowie eine retrospektive Einschätzung der Situation vor der Einführung der Gesundheitsangebote (2001) vorgenommen. Alle fünf Dimensionen wurden von den Expertinnen und Experten für das Jahr 2006 deutlich besser bewertet ( $p < 0.001$ ). Die Werte für das Jahr 2001 schwanken zwischen 2,0 und 2,2; die Werte für das Jahr 2006 zwischen 3,2 und 3,8 (Bewertung von 1-5; 5 = Bestwert). Am besten bewertet wurden 2006 die lokale Führung sowie die Vernetzung und Kooperation. Diese beiden positiven Beurteilungen lassen sich vorwiegend auf die

Informations-, Koordinations- und Aktivierungsarbeit der beiden Infrastruktursäulen Lenzgesund e.V. und dem Stadtteilbüro „Aktive Stadtentwicklung“ zurückführen. Auch die Bürgerbeteiligung wurde mit einem Wert von 3,4 (2001 lag dieser bei 2,2) deutlich besser bewertet. Dies führen die Autorinnen und Autoren überwiegend auf das „offenere Klima“ im Quartier und den Einsatz verschiedener Aktivierungstechniken zurück. Hierzu zählen bspw. Bewohnerbefragungen, Informationsnachmittage sowie Preise und Auszeichnungen für die Bürgerinnen und Bürger.

Weiterhin wurde eine Befragung durchgeführt, in der die Bewohnerinnen und Bewohner angeben sollten, inwiefern sie laufende Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention im Stadtteil wahrnehmen, nutzen und bewerten. Da im Stadtteil ein großer Anteil an Migrantinnen und Migranten lebt, wurden engagierte Bürgerinnen und Bürger mit ausländischer Herkunft in die Durchführung kurzer Interviews eingebunden (n = 157). Durchschnittlich kannte jeder der Befragten etwa fünf der 15 angebotenen Aktivitäten. Diejenigen, die die Angebote kannten, bewerteten diese zu 90 Prozent „gut“ bis „sehr gut“. Bei der Frage nach der Mitwirkungsbereitschaft gaben 40 Prozent der Befragten an, sich eine aktive Beteiligung im Projekt vorstellen zu können.

Auch die Arbeit des Runden Tisches wurde von dessen Mitwirkenden bewertet (Bewertung von 1–5; 5 = Bestwert). Nach deren Angabe erfüllt der Runde Tisch insbesondere die Aufgaben des Informationsaustausches (4,0), des Erkennens von Problemfeldern (3,8), der Zielentwicklung (3,8) und der allgemeinen Steuerung und Weiterentwicklung des Programmes (3,8). Vernetzung, Koordination und Abstimmung (3,6), Projektentwicklung und Umsetzung (3,6), Steigerung der Verbindlichkeit (3,5) sowie die Beschaffung von Finanzen (3,1) werden eher weniger als Aufgaben des Gremiums wahrgenommen. Im Allgemeinen wird der Runde Tisch als bedeutsame Struktur im Quartier wahrgenommen, erfüllt jedoch weniger eine steuernde als eine informierende bzw. orientierende Funktion.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Innerhalb der Bewohnerbefragung wurde auch nach Nutzungsbarrieren gefragt. Informationsmangel wurde von 63 Prozent der Befragten als Barriere wahrgenommen und scheint demnach das größte Hindernis darzustellen. Darauf folgen Desinteresse und Motivationslosigkeit (49 Prozent), Zeitmangel (29 Prozent), unsichere Umgebung und mangelndes Zugehörigkeitsgefühl (19 Prozent), sprachliche Hürden (9 Prozent) sowie weitere sonstige Barrieren, bspw. Geldmangel oder schlechte Erreichbarkeit (insgesamt 16 Prozent). Bei der Frage nach gewünschten Angeboten nannten die Bewohnerinnen und Bewohner oft „Kochkurse für gesunde Ernährung“, „Raucherentwöhnung“ und „psychologische Beratung“ (zwischen 37 und 44 Prozent der Befragten).

### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

Die einzelnen Bestandteile des Präventionsprogrammes werden innerhalb der Studie nicht genau beschrieben, weshalb die Erkenntnisse der Studie nur bedingt aussagekräftig sind. Es gibt allerdings einen eigenen Internetauftritt sowie weitere veröffentlichte Artikel, die ggf. weiterführende Informationen zur konkreten Ausgestaltung des Projekts beinhalten. Bei den Ergebnissen aus der Bewohnerbefragung handelt es sich zudem nicht um repräsentative Ergebnisse.

### 3.4.34 Nelson et al. (2004): Partnerships and Participation of Community Residents in Health Promotion and Prevention: experiences of the Highfield Community Enrichment Project (better beginnings, better futures)

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partizipation und Empowerment</li> <li>• Strategien der Rekrutierung</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Kinder aus sozial benachteiligten Familien
<b>Handlungsfeld</b>	Unterschiedliche, Fokus auf Unterstützung von Familien
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltens- und Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art und Umfang der Partizipation</li> <li>• Barrieren und förderliche Faktoren der Partizipation</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Qualitative Studie

Nelson et al. (2004) setzen sich innerhalb ihrer Studie das Ziel, die Zielgruppe der Intervention aktiv in die Planung und Durchführung ihrer Programme einzubinden. Dafür setzen sie verschiedene Strategien ein, können jedoch insgesamt nur von einer geringen Partizipationsrate berichten.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Die übergeordnete Strategie der Studie fokussiert sich auf die Partizipation und das Empowerment von Bürgerinnen und Bürgern der Gemeinde in die Planung und Durchführung des Projekts. Hierbei können sich die Interessierten sowohl innerhalb einzelner Programmaktivitäten engagieren, als auch Mitglied in einem Steuerungskomitee werden.

Neben dieser „Dachstrategie“ kommen noch weitere Aktivitäten zum Einsatz, mit dem Ziel die Erreichbarkeit sowie auch die Partizipation zu erhöhen. Beispielsweise werden Informationen mehrsprachig aufbereitet, an öffentlichen Veranstaltungen werden Übersetzerinnen und Übersetzer eingesetzt, Programme werden in mehreren Sprachen angeboten und es werden gezielt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Nationalitäten eingesetzt. Weiterhin werden Betreuungsangebote für Kinder ermöglicht, ebenso wie die Übernahme von Reisekosten, Bereitstellung von Mittagessen oder das Auszahlen von Honoraren für manche Tätigkeiten. Die Ehrenamtlichen erhalten zudem Schulungen mit dem vorrangigen Ziel, deren Selbstvertrauen zu stärken. Einmal pro Jahr findet für alle Engagierten ein „Anerkennungs-Dinner“ statt, bei dem Zertifikate und kleine Präsente verteilt werden. Bei den Komitee-Sitzungen herrscht eine angenehme und gleichberechtigte Atmosphäre (bspw. kein Fachjargon, keine teure Kleidung, Anbieten von Snacks).

Die Rekrutierung erfolgt durch öffentliche Werbung (nicht weiter definiert), persönliche Ansprachen, indem die Forscherinnen und Forscher von Tür zu Tür gehen und über das Projekt informieren, durch Werbespots im Fernsehen, Informationsstände in Einkaufszentren oder an anderen öffentlichen Orten sowie durch gezielte Veranstaltungen zum Projekt.

#### Effekt der Strategie(n)

Eine konkrete Anzahl, der insgesamt über den Projektzeitraum partizipierenden Personen, wird nicht genannt. Die Autorinnen und Autoren berichten jedoch, dass es nie mehr als zehn Personen gleichzeitig waren. Am besten war die Reichweite bei der Unterstützung einzelner Angebote (bspw. in der

Küche bei Ernährungsveranstaltungen). Allerdings gab es auch besonders motivierte Bürgerinnen und Bürgern, die freiwillig als Ehrenamtliche im Steuerungskomitee mitwirkten. Einige von ihnen übernahmen sogar Führungsaufgaben oder wurden als feste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projektes angestellt.

Weiterhin konnten die Autorinnen und Autoren beobachten, dass die Anzahl der Beteiligten über die Zeit hinweg ansteigt, wenn auch das Projekt insgesamt bekannter geworden ist. Im Allgemeinen benennen die Autorinnen und Autoren die Beteiligungsrate jedoch trotz der Bemühungen als eher niedrig.

### Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren

Als Barrieren hinsichtlich der Partizipation konnten die Autorinnen und Autoren folgende Faktoren ausmachen:

- Mangel an Aufmerksamkeit des Projektes
- Sprachliche Zugangshürden
- Kostenpflichtige Angebote oder Kosten, die durch eine Teilnahme entstehen (bspw. Fahrtkosten, Kinderbetreuung)
- Einschüchterung durch die Forscherinnen und Forscher (Machtverhältnisse, Fachjargon etc.)
- Mangel an Zeit und Interesse
- Männer als Beteiligte zu gewinnen

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Die Autorinnen und Autoren haben während des Projektverlaufes versucht, die Barrieren und Zugangshürden zu verbessern (siehe Strategien). Eine weitere Zunahme an Beteiligten bei einer längeren Projektlaufzeit wäre also denkbar.

### 3.4.35 Netto et al. (2010): How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions

<b>Strategie(n)</b>	Taioloring
<b>Zielgruppe</b>	Ethnische Minderheiten
<b>Handlungsfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährung</li> <li>• Bewegung</li> <li>• Suchtmittelkonsum</li> </ul>
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestaltungsprinzipien für kultursensible Maßnahmen</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review

Netto et al. (2010) verfolgen mit ihrer systematischen Übersichtsarbeit das Ziel, Gestaltungsmerkmale und Prinzipien zusammenzustellen, mit deren Hilfe Interventionen zur Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit an die Bedarfe ethnischer Minderheiten angepasst werden können. Nach einer umfangreichen Literaturrecherche werden 17 Studien als geeignet eingestuft, die Forschungsfrage zu beantworten. Ausgehend von den Ergebnissen identifizieren die Autorinnen und Autoren fünf

Gestaltungsprinzipien, wobei der Nutzung kommunaler Ressourcen als grundlegendstes Prinzip zur Erhöhung der Zugänglichkeit von Interventionen besonders viel Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

### **Strategien der Erreichbarkeit**

Die von Netto et al. (2010) zusammengetragenen Erkenntnisse basieren auf Studien aus dem Vereinigten Königreich, den USA und Norwegen. Zur Datensynthese nutzen die Autorinnen und Autoren die Methodik der sogenannten Meta-Ethnografie, mit deren Hilfe sie fünf Prinzipien für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen für ethnische Minderheiten identifizieren:

- Kommunale Ressourcen sollten gezielt eingesetzt werden, um den Bekanntheitsgrad und die Zugänglichkeit zu Interventionen zu erhöhen. Hierbei bieten sich die Nutzung ethnospezifischer Medien und Netzwerke, die Einbindung lokaler Gemeindesprecherinnen oder Gemeindesprecher oder Veranstaltungen auf kommunaler Ebene an. Der Minderheitsstatus der Zielgruppe sollte dabei besondere Berücksichtigung finden.
- Das zweite Prinzip beschreibt die Identifikation und Adressierung von Hindernissen für die Zugänglichkeit und Teilnahme. Vor allem der meist geringe sozioökonomische Status der Zielgruppen spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle. Die Berücksichtigung finanzieller Hürden, z. B. durch die Übernahme von Transportkosten, der Abbau von Barrieren in Bezug auf Alter und Geschlecht, wie z. B. Betreuungsmöglichkeiten für Kinder oder der Einsatz altersgerechter Sportarten wie Tai Chi, wie auch die Beachtung von langen Arbeitszeiten sind Beispiele für entsprechende Anpassungen.
- Der dritte Aspekt betrifft die Entwicklung von Kommunikationsstrategien, die unterschiedliche Sprachen, Bildungsgrade und verschiedene Informationszugänge zu ethnischen Minderheiten berücksichtigen. Die einbezogenen Studien setzen z. B. zweisprachige Moderatorinnen und Moderatoren ein oder ermunterten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ihre Muttersprache zu nutzen, um mit medizinischem Personal über Gesundheitsanliegen zu sprechen.
- Das vierte Prinzip beinhaltet die Identifikation und Arbeit mit kulturellen oder religiösen Werten, welche die Motivation der Zielgruppen zur Verhaltensänderung beeinflussen können, und zwar gleichermaßen positiv wie auch negativ. Beispiele hierfür sind die Identifikation religiöser Überzeugungen, die Beweggründe für oder gegen eine Teilnahme darstellen können oder die Arbeit mit traditionellem Essen oder kulturspezifischen Sportarten.
- Fünftens empfehlen die Autorinnen und Autoren, unterschiedliche Grade von kultureller Zugehörigkeit bzw. verschiedene Akkulturationsgrade bei den Zielgruppen hinsichtlich ihrer Eingliederung in die Gemeinde während der Planung und Evaluation von Interventionen zu berücksichtigen.

### **Effekt der Strategie(n)**

Der Review leistet seinen Beitrag durch die Zusammenschau mehrerer Studien und Identifikation übergreifender Prinzipien für die Gestaltung kultursensibler Maßnahmen, geht dabei aber nicht konkret auf die Wirksamkeit der einzelnen Strategien ein. Per se wird unterstellt, dass eine Maßnahme dann auf größeren Zuspruch stößt, wenn die Prinzipien Anwendung finden.

Als grundlegend erachten die Autorinnen und Autoren das erste Prinzip, welches die effektive Nutzung gegebener kommunaler Ressourcen beschreibt und priorisiert werden sollte, da es die Umsetzung der übrigen Prinzipien erleichtert.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Die identifizierten Strategien beruhen auf Studien, an denen Pakistani, Chinesen und Inder teilnahmen und sind in ihrer Aussagekraft entsprechend limitiert.

### 3.4.36 O'Mara-Eves et al. (2015): The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Community Engagement</li> <li>• Einsatz von Peers</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	Suchtmittelkonsum
<b>Handlungsebene</b>	Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	<p>Mit Bezug zur Erreichbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kommunale Outcomes (z. B. Verbesserungen der Umgebung)</li> </ul> <p>Mit Bezug zur Wirksamkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsverhalten</li> <li>• Selbstwirksamkeit</li> <li>• soziale Unterstützung</li> <li>• Outcomes bei Beteiligten (z. B. Wissenszuwachs)</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Metaanalyse

O'Mara-Eves et al. (2015) ermitteln in ihrer Metaanalyse mit 131 einbezogenen Studien die Effekte von Interventionen, die die Strategie des Community Engagements beinhalten, im Vergleich zu Interventionen ohne den aktiven Einbezug von Kommunen. Sie können nachweisen, dass solche partizipativen Interventionen im Vergleich signifikant wirksamer sind.

### Strategien der Erreichbarkeit

In dieser Studie wird Community Engagement als eine Strategie angesehen, mit der sich vulnerable Zielgruppen erreichen lassen. Community Engagement definieren die Autorinnen und Autoren als solche Aktivitäten, bei denen die Kommune bzw. kommunale Akteurinnen und Akteure in Entscheidungsfindung, Planung, Design, Steuerung oder Durchführung von Angeboten einbezogen werden. Community Engagement kann dabei auf verschiedenen Ebenen stattfinden (von geringem bis hohem Einbindungsgrad): bei der Informationsbereitstellung, der Konsultation, der gemeinsamen Zusammenarbeit oder der Unterstützung hinsichtlich unabhängiger kommunaler Interessen. Demnach ist die Voraussetzung für Community Engagement, dass an der Intervention Beteiligte aus der entsprechenden Kommune in irgendeiner Weise mitwirken.

Eingeschlossen ist demnach eine große Anzahl an Studien, bei denen die Ansprache durch Peers oder die verschiedensten Mitglieder einer Kommune, beispielsweise Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens, erfolgt (in ca. 80 Prozent der Studien).

### Effekt der Strategie(n)

O'Mara-Eves et al. (2015) konnten innerhalb ihrer Metaanalyse folgende Erkenntnisse gewinnen:

- Interventionen mit Community Engagement waren für fast alle Outcomes signifikant effektiver im Vergleich zu Interventionen, bei denen sich keine einheimischen Bürgerinnen und Bürgern

einbringen. Für die kommunalen Outcomes und die Outcomes bei den Engagierten konnte kein genügend großer Schätzer generiert werden.

- Interventionen, bei denen die Mitglieder der Kommune in die Ausführung der Programme einbezogen werden, sind wirksamer als Interventionen, bei denen die Kommune am Design der Intervention mitwirkt.
- Interventionen, in denen Peers oder weitere Mitglieder der Kommune, bspw. pädagogische Fachkräfte, die Ansprache der Zielgruppe übernehmen sind wirksamer als solche, in denen Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitswesen versuchen die Personen zu rekrutieren (allerdings kein signifikantes Ergebnis).

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Angebote, die den Teilnehmerinnen und Teilnehmern finanzielle Anreize bieten, sind effektiver als solche, die die Interessierten bezahlen müssen.

### **Fragestellung 3: Inhaltlich-methodische Gestaltungsmerkmale**

Hinsichtlich der Gestaltungsmerkmale können die Autorinnen und Autoren folgende Erkenntnisse ableiten:

- Einzelkomponenten-Interventionen haben stärkere Effekte auf das Gesundheitsverhalten als Mehrfachkomponenten-Interventionen.
- Sowohl universelle als auch zielgruppenspezifische Interventionen sind wirksam, obwohl erstere effektiver zu sein scheinen.
- Interventionen zur Stärkung von Skills/Fähigkeiten und interaktive Trainings scheinen effektiver zu sein als klassische Schulungen (allerdings kein signifikantes Ergebnis).
- Kürzer angelegte Interventionen scheinen wirksamer zu sein als lange (aber Confounding möglich).
- Interventionen sind wirksamer, wenn unterschiedliche Altersgruppen nicht miteinander vermischt werden.
- Einige wenige Studien haben zudem versucht die Langzeitwirksamkeit von Interventionen zu vermitteln. Hierbei lassen sich heterogene Ergebnisse ausmachen, generell scheinen die Effekte jedoch kleiner zu sein als direkt nach der Intervention.

### **Auffälligkeiten/Bemerkungen**

Die Autorinnen und Autoren bewerten knapp 47 Prozent der Studien mit einem hohen Bias-Risiko (bei einer Einteilung nach hoch oder niedrig). Ein Publication Bias kann für die einbezogenen Studien nicht ausgeschlossen werden.

### 3.4.37 Plouffe, L. A. & Kalache, A. (2011). Making communities age friendly: state and municipal initiatives in Canada and other countries

<b>Strategie(n)</b>	Politisch-strategische Maßnahmen zu altersfreundlichen Gemeinden
<b>Zielgruppe</b>	Ältere
<b>Handlungsfeld</b>	Gesundes Altern
<b>Handlungsebene</b>	Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung strategischer Maßnahmen</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Deskriptive Studie

Plouffe and Kalache (2011) berichten in ihrem Artikel vorrangig am Beispiel Kanadas über die Entwicklung der „Initiative altersfreundliche Gemeinde“ („age-friendly community initiative“) und deren Implementierung. Neben der Darstellung der einzelnen Komponenten des national angelegten Programms richten sie ihr Augenmerk dabei auf die Identifizierung der zugrundeliegenden Faktoren und Prozesse, die zu einer erfolgreichen Umsetzung der Initiative beigetragen haben sowie auf die Beschreibung der damit einhergehenden Veränderungen in den Gemeinden. Kennzeichnend für die Initiative ist, dass sie sich auf drei Säulen stützt, wobei sich die einzelnen Komponenten auf allen Regierungsebenen wiederfinden, d. h. sowohl auf Bundes-, Provinz- als auch auf Kommunalebene umgesetzt werden.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Die Koordination für die Initiative altersfreundliche Gemeinde wurde von der kanadischen Gesundheitsbehörde (Public Health Agency of Canada, PHAC) übernommen. 2008 veranstaltete diese ein Forum, bei welchem Vertreter der Provinzen und Territorien sowie führende Gemeindevertreter, Vertreter der Zielgruppe (Seniorinnen und Senioren), der Forschung und Vertreterinnen sowie Vertreter nichtstaatlicher Organisationen zusammenkamen. Verfolgt werden sollten insgesamt neun Prinzipien:

- Älteren soll bei Planung und Gestaltung altersfreundlicher Umwelten eine Stimme gegeben werden, beispielsweise in Form der Mitwirkung an Lenkungsorganen.
- Es muss sichergestellt werden, dass die Anliegen aller Seniorinnen und Senioren in der Gemeinde Berücksichtigung finden, beispielsweise in Bezug auf Mobilität oder den Gesundheitszustand.
- Es muss sichergestellt werden, dass Vertreterinnen und Vertreter aller Regierungsebenen zusammenarbeiten, um den verbindlichen Einsatz der kommunalen Regierungen zu fördern.
- Gemeinden sollen eingebunden und unterstützt werden.
- Zur Weiterentwicklung des Verständnisses altersfreundlicher Konzepte sollen neue, „unkonventionelle“ Partnerschaften aufgebaut werden, die über die üblichen Agierenden im Feld hinausgehen, beispielsweise mit privatwirtschaftlichen Unternehmen aus Bereichen wie Architektur oder Grafikdesign.
- Um Ressourcen sinnvoll einzusetzen, sollen Kontakte zu anderen Initiativen geknüpft werden, mit denen es in Bezug auf die Belange Älterer thematische Überschneidungen gibt.
- Der Begriff „age-friendly“ soll als Marke aufgebaut werden und über verschiedene Kanäle breit kommuniziert werden, um die Entwicklung voranzutreiben.

- Es sollen eine Erfolgsmessung durchgeführt und Best Practices identifiziert werden.
- Informationen sollen effektiver ausgetauscht werden, um Ideen, Themen, kritische Anmerkungen, aber auch Erfolgsgeschichten besser aufgreifen zu können.

Die praktische Ausgestaltung der Prinzipien findet im inhaltlichen Konzept der Initiative ihren Niederschlag, welches drei „Aktivitätsachsen“ beinhaltet: Die erste Achse bilden strategische Aktivitäten zum Aufbau und zur Stärkung intersektoraler Zusammenarbeit, wobei alle Bereiche einer altersfreundlichen Gemeinde adressiert werden und die relevanten entscheidungsbefugten Akteurinnen und Akteure an einen Tisch gebracht werden sollen. So kooperierte die PHAC z. B. bereits in einer frühen Phase des Programms mit der kanadischen Behörde für Gesundheitsforschung (Canadian Institutes for Health Research, CIHR), um die Forschungsaktivitäten im Bereich voranzubringen oder arbeitete mit dem für Seniorinnen und Senioren zuständigen Ministerium zusammen (Department of Human Resources and Social Development). Außerhalb der Bundesregierung knüpfte die PHAC gleichermaßen Kontakte zu „klassischen“ Akteuren im Feld (beispielsweise Organisationen in den Bereichen Gesundheitsförderung oder Gerontologie, Berufsverbände, Universitäten) wie auch zu neuen Partnerinnen und Partnern einschließlich des kanadischen Kommunalverbands (Federation of Canadian Municipalities) oder dem kanadischen Institut für Raumplanung (Canadian Institute of Planners). Es wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, der Vertreterinnen und Vertreter aller Regierungsebenen und Key Stakeholder angehören, um den Umsetzungsprozess zu überwachen und gemeinschaftlich zu beraten, in welcher Form kanadische Gemeinden bei der Implementierung unterstützt werden können. Darüber hinaus wurde die Initiative mit dem globalen Netzwerk altersfreundliche Städte der WHO verknüpft. Vergleichbares Engagement findet sich auf Ebene der beteiligten Provinzregierungen und Gemeinden, beispielsweise in Form von Subventionen oder neu geschaffenen Lenkungsgruppen mit Beteiligung vielfältiger Kooperationspartner, Einbindung von Universitätszentren für die Entwicklung von Umsetzungsinstrumenten oder die Durchführung von Evaluationen.

Die zweite Säule der Initiative bilden Maßnahmen auf politischer Ebene zur Erhöhung der Sichtbarkeit, was der Autorin und dem Autor zufolge einen der primären Treiber bildet. Instrumente in diesem Bereich umfassen beispielsweise verpflichtende öffentliche Erklärungen seitens der Politik, die Initiative als Thema der politischen Agenda, Finanzierung von Projekten oder auch aktiv betriebenes soziales Marketing. Darüber hinaus wurde ein zwischen allen Partnerinnen und Partnern abgestimmter Kriterienkatalog entwickelt, der festlegt, wann eine Gemeinde als altersfreundlich anerkannt wird. Weitere Aktivitäten auf dieser Achse umfassen beispielsweise den Zusammenschluss mit bestehenden politischen Initiativen auf Provinzebene, den Einsatz individueller politischer Hebel auf regionaler Ebene wie Resolutionen oder Verpflichtung auf einen Aktionsplan oder auch die Entwicklung von Websites und die Nutzung des „age-friendly“ Logos in offiziellen Informationsmaterialien.

Die dritte Achse beschreibt Aktivitäten zum gezielten Aufbau und Austausch von Wissen. Umgesetzt wurde dies beispielsweise durch die Veranstaltung von Fachtagungen zu bestehender Evidenz, durch Finanzierung von Forschungsprojekten, die Erstellung einer webbasierten Datenbank, in der alle Projekte zu altersfreundlichen Gemeinden zusammengetragen wurden oder auch das Angebot von Webinaren.

### **Effekt der Strategie(n)**

Plouffe & Kalache (2011) berichten, dass innerhalb von vier Jahren im Zeitraum von 2007 bis 2011 über 560 Gemeinden in acht kanadischen Provinzen durch die Initiative erreicht werden konnten. Das Engagement wurde dabei sowohl durch die kanadische Bundesregierung als auch die Provinzregierungen unterstützt, wobei sowohl strategische Partnerschaften entstanden, in denen verschie-

dene politische Instrumente zur Anwendung kamen als auch systematisch eine Wissensbasis geschaffen wurde. Die Entwicklung in anderen Ländern, hier illustriert am Beispiel von São Paulo, Andalusien und Südastralien, weisen starke Ähnlichkeiten mit der in Kanada auf, im Einzelnen das gemeinsame Engagement staatlicher und regionaler Regierungen, die Etablierung multisektoraler Kooperationen, Anstrengungen zur Sicherung des Weiterbestehens sowie Maßnahmen zur Erhöhung der Bekanntheit des Programms. Unterschiede bestehen darin, dass im Gegensatz zu Kanada, wo durch die zentrale Steuerung durch die Regierung eine eher flächendeckende Ausbreitung des Programms erfolgte, in den anderen drei Ländern die Initiative von einer Stadt ausging, welche die Vorreiterrolle einnahm.

### 3.4.38 Schwarte et al. (2010): The Central California Regional Obesity Prevention Program: Changing Nutrition and Physical Activity Environments in California's Heartland

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Änderungen in den Umgebungsverhältnissen</li> <li>• Community Engagement</li> <li>• Capacity Building</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährung</li> <li>• Bewegung</li> </ul>
<b>Handlungsebene</b>	Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung strategischer Maßnahmen</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Deskriptive Studie

Die Studie berichtet über das „Central California Regional Obesity Prevention Program“ (CCROPP), welches das Ziel verfolgt, körperliche Aktivität sowie den Zugang zu Obst und Gemüse zu verbessern und die Einbindung von Jugendlichen und Gemeindemitgliedern bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten zu fördern.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Das Programm wurde 2006 von der Stiftung „The California Endowment“ ins Leben gerufen und in acht Landkreisen umgesetzt. Kernelemente des Programms bilden Community Engagement, d. h. die aktive Einbindung von der Einwohnerschaft in die Planung und Durchführung von Maßnahmen und der Aufbau von Partnerschaften, in den teilnehmenden Landkreisen häufig bestehend aus einer Kooperation der örtlichen Gesundheitsbehörden, kommunalen Organisationen und einem themenspezifischen Arbeitskreis. Weitere Partnerinnen und Partner bildeten z. B. Stadtplanerinnen und Stadtplaner, lokale Unternehmen, Polizei/Strafverfolgungsbehörden, Aufsichtsbehörden, Bürgermeister, Krankenhäuser oder Schulen. Die öffentlichen Gesundheitsbehörden stellten Personal zur Verfügung, u. a. zur Entwicklung politischer Grundsätze und Vorgaben im Hinblick auf Ernährung (z. B. für Nahrungsmittel und Getränke), Bewegung (Definition von Empfehlungsstandards) oder das Stillen und führten Schulungen für das Personal durch. Weitere Beispiele für den Ausbau von Kapazitäten für die Bewegungs- und Ernährungsförderung umfassen die Synchronisation strategischer Ziele, die enge Zusammenarbeit mit lokalen Partnern und die Etablierung von Wochenmärkten.

Bei der Gestaltung einer bewegungsfreundlichen baulichen Umgebung verfolgten alle teilnehmenden Gemeinden trotz gegebener Unterschiede das Ziel, eine sichere Umgebung für Fußgänger zu

schaffen und die Kriminalitätsrate zu reduzieren. Dies erfolgte durch Kooperation mit Einwohnern, lokalen Gruppen, Stadtplanerinnen und Stadtplanern, Politikerinnen und Politikern sowie der Polizei. So wurde in einer Gemeinde beispielsweise eine Walkinggruppe etabliert und ein neuer Laufweg geschaffen.

### Effekt der Strategie(n)

Das Programm wurde begleitend evaluiert, beispielsweise mithilfe von Befragungen, Durchführung von Fokusgruppen oder Erhebungen zu den baulichen Umgebungsbedingungen. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Artikels von Schwarte et al. (2010) war diese Evaluation noch nicht abgeschlossen. Sie stellen jedoch eine Reihe von Ergebnissen für verschiedene Schlüsselindikatoren zusammen, darunter neu aufgebaute Kapazitäten (z. B. Durchführung einer Erhebung zum Thema Gesundheit), Partnerschaften (z. B. Zusammenarbeit mit dem Stadtrat und Planungsbehörden und Entwicklung strategischer Pläne zur Anpassung der baulichen Umgebung), Umgebungsveränderungen (z. B. Umwandlung eines Lebensmittelgeschäfts in einen Markt mit verbessertem Obst- und Gemüseangebot) und politisch-strategische Veränderungen (z. B. Einarbeitung von Gesundheitsthemen in politische Programme).

### Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren

Als Barrieren nennen Schwarte et al. (2010) eine fehlende Infrastruktur, mangelnde Ressourcen, Sprachbarrieren oder auch bestehende Ängste bezüglich des Einwanderungsstatus.

### 3.4.39 Stolzenberg et al. (2013): Wege zu Familien in sozial benachteiligten Regionen: Ergebnisse der Evaluation des Projekts Stadtteilmütter in Berlin-Kreuzberg

<b>Strategie(n)</b>	Einsatz von Peers, sogenannte Stadtteilmütter (STM)
<b>Zielgruppe</b>	Mütter mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	Gesundes Aufwachsen
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfahrungen der STM</li> <li>• Erreichbarkeit der Familien</li> <li>• Zugangswege und -barrieren</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Querschnittsstudie

Stolzenberg et al. (2012) untersuchen innerhalb ihrer Studie im Rahmen des Projekts „Stadtteilmütter in Berlin-Kreuzberg“ den Erfolg der Rekrutierung von Frauen als Peers bzw. sogenannte Stadtteilmütter. Die Autorinnen und Autoren können grundsätzlich von sehr positiven Ergebnissen berichten, sowohl aus Sicht der Stadtteilmütter, als auch aus Sicht der erreichten Frauen.

### Strategien der Erreichbarkeit

Das Projekt basiert auf der Ansprache der Zielgruppe durch sogenannte Stadtteilmütter (STM). Hierfür werden Mütter unterschiedlicher Nationalitäten aus dem Quartier hinsichtlich unterschiedlichster gesundheitlicher und sozialer Themen geschult. Die STM suchen in der Folge andere Mütter im Quartier auf (überwiegend in Form von Hausbesuchen), geben ihr Wissen an diese weiter und vermitteln bei Bedarf in das professionelle System. Zusätzlich wurden im Stadtteil Elterncafés etabliert, um dort ebenfalls einen Austausch mit den STM zu ermöglichen.

Die Rekrutierung der STM erfolgte durch den Projektträger, die Beratungsstelle tam des Diakonischen Werkes Berlin Stadtmitte, der über eine gute Einbindung im Quartier und gute Kooperationsbeziehungen zu anderen Einrichtungen verfügt. Somit konnten für die Schulung in den drei Jahren Projektlaufzeit 67 Mütter als Peers rekrutiert werden.

### **Effekt der Strategie(n)**

Die Motivation STM zu werden liegt sowohl in sozialen, persönlichen und beruflichen Gründen. Motive die Schulung zu beenden ergaben sich aus der positiven Beziehung zum Dozenten sowie zu den anderen teilnehmenden Müttern. Die STM erfahren durch ihre Tätigkeit ein gesteigertes Selbstwertgefühl, können die gelernten Dinge unmittelbar im eigenen Familienalltag anwenden und erfahren dadurch einen sofortigen Nutzen. Weiterhin berichten die STM von dem Gefühl einer sinnvollen Arbeit nachzugehen, der Anerkennung von außen und der Dankbarkeit der aufgesuchten Frauen. Manche der teilnehmenden Mütter erachten die lediglich erhaltende Mehraufwandsentschädigung als nachteilig, da sehr viel Zeit in die neue Aufgabe investiert wird.

Hinsichtlich der Erreichbarkeit der Familien konnten die STM den überwiegenden Teil der Mütter durch ihr eigenes soziales Umfeld rekrutieren. Ebenfalls wirksame Zugangswege ergaben sich durch den Projektträger tam und den in Schulen und Kitas eingerichteten Elterncafés. Insgesamt führten die STM in zweieinhalb Jahren 953 Hausbesuche bei 118 Familien durch. Dazu kommen 216 Kontakte in 119 Familien, die außerhalb des häuslichen Setting stattfanden. Der Zugang über die Hausbesuche war insbesondere bei den arabischen Familien schwierig, was zumeist in der Ablehnung des Projekts durch den Ehepartner begründet liegt. Für diese Familien waren die Elterncafés eine besonders sinnvolle und oft genutzte Ergänzung. Die erreichten Mütter berichten von einem Gewinn an Wissen, Kompetenz und Selbstbewusstsein, positiven Veränderungen bei ihren Kindern und der Annahme vieler von den STM empfohlenen Angeboten (bspw. Therapieangebote).

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

Als förderlich, um die Mütter zu erreichen, berichten die STM von der Herstellung einer freundschaftlichen Beziehung zu den Frauen, der Orientierung an deren individuellen Bedürfnissen, dem Herstellen eines persönlichen Vertrauensverhältnisses, der Bestärkung der Frauen in ihren Ressourcen und der Kommunikation klarer und leicht verständlicher Botschaften. Weiterhin schätzten die Frauen die praktische Unterstützung, z. B. in Form der Begleitung zu Ämtern, beim Ausfüllen von Formularen, der Vereinbarung von Terminen und der Vermittlung zu kostenlosen Angeboten (bspw. Hausaufgabenbetreuung) durch die Stadtteilmütter. Ebenso wurde die emotionale Unterstützung (zuhören, Hilfsbereitschaft zeigen etc.) von den erreichten Müttern als angenehm empfunden.

Als Zugangsschwierigkeiten konnten die STM folgende Faktoren identifizieren: Ablehnung des Ehemanns/Partners, Angst vor dem Jugendamt, Schützen der Privatsphäre, Angst vor „Klatsch“, die Angst als schlechte Mutter bloßgestellt zu werden, die Überzeugung keine Hilfe zu brauchen, Bequemlichkeit, fehlendes Interesse und psychische Probleme der Mutter. Weiterhin war es oft schwierig, die im Programm vorgesehen zehn Hausbesuche zu koordinieren, da Termine oft abgesagt wurden oder die STM vor verschlossener Tür standen. Besonders schwer war es Mütter mit sehr kleinen Kindern zu erreichen, da diese Probleme häufig erst im Kita- oder Schulalter auffallen. Auch die gleiche Nationalität von STM und angesprochener Mutter konnte das Misstrauen nicht immer beseitigen und somit einen Kontakt verhindern.

### 3.4.40 Ubert et al. (2017): Community Capacity Building for Physical Activity Promotion among Older Adults – A Literature Review

<b>Strategie(n)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Community Capacity Building</li> <li>• Bezugnahme auf Theorien, Modelle oder Konzepte</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	Ältere (50+)
<b>Handlungsfeld</b>	Bewegung
<b>Handlungsebene</b>	Verhältnisprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategien</li> <li>• Erreichbarkeit</li> <li>• Zufriedenheit bei der Zielgruppe</li> <li>• Barrieren und förderliche Faktoren</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Systematisches Review

Ziel des systematischen Reviews von Ubert et al. (2017) ist es, Strategien aufzuzeigen, mit deren Hilfe Kommunen Handlungskapazitäten auf- bzw. ausbauen können (sogenanntes Community Capacity Building) und dadurch in die Lage versetzt werden, Bewegungsförderung für ältere Menschen effektiv umzusetzen. Weiteres Anliegen der Autorinnen und Autoren ist es, den Erfolg der einzelnen Strategien zu beurteilen. Nach Durchführung einer systematischen Literaturrecherche und Auswertung von 14 eingeschlossenen Studien, darunter zwei aus Deutschland, können Ubert et al. (2017) fünf Teilstrategien identifizieren.

#### Strategien der Erreichbarkeit

Die unter der Dachstrategie des Community Capacity Building zusammengetragenen Teilstrategien lauten im Einzelnen:

##### *Aufbau von Kooperationen und Partnerschaften für Gesundheit in Gemeinden:*

In zwölf der 14 Studien wurden Netzwerke zum Thema ins Leben gerufen. Die Initiative für den Aufbau ging häufig von Universitäten oder staatlichen Einrichtungen aus. In zwei Studien erfolgte der Prozess der Netzwerkbildung strukturiert mit Hilfe des „Cooperative Planning Process Modells“, welches vier Phasen beschreibt (Bildung eines Teams, Bildung von Allianzen, Planung und Implementierung). In der Regel war eine große Bandbreite an Partnerinnen und Partnern involviert, darunter Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Verwaltung, der lokalen Gesundheitsämter oder kommunaler Organisationen, Peers (Ältere), Vertreterinnen und Vertreter ethnischer Minderheiten oder andere Interessengruppen (z. B. Tourismusbüros, Sportvereine). In vielen Fällen bildete eine Lenkungsgruppe oder ein ähnliches Gremium den Kern des Netzwerks.

##### *Schulung von Expertinnen und Experten und Fachpersonal in Institutionen und Organisationen (Kursleiterinnen und Kursleiter, lokale Koordinatoren und Entscheiderinnen sowie Entscheider):*

Sechs der Projekte beinhalteten die Schulung von Expertinnen und Experten und Fachpersonal, die sich entweder an Kursleiter richteten (z. B. Spezialisierung auf Bewegung und Altern) oder bestimmte Managementfähigkeiten lokaler Einrichtungen adressierten (z. B. Serviceoptimierung oder Öffentlichkeitsarbeit).

#### *Schulung von Nicht-Expertinnen und -Experten:*

In drei Studien wurden Freiwillige ohne einschlägigen beruflichen Hintergrund geschult (z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Seniorenzentrums). Inhalte waren u. a. die Organisation lokaler Medienkampagnen, die Durchführung einer Lebensstilintervention oder die Vermittlung von Rekrutierungsmethoden.

#### *Erhöhung des Problembewusstseins und Kompetenzentwicklung bei der Zielgruppe:*

Konkrete Methoden zur Umsetzung dieser Teilstrategie waren u. a. die Initiierung lokaler Medienkampagnen unter Einbindung von Nicht-Expertinnen und -Experten, beispielweise Seniorinnen und Senioren, die Poster gestalteten und selbst dafür Modell standen, in Radiospots mitwirkten oder Flugblätter verteilten. Auch die Organisation von Informationsveranstaltungen (als Einzelveranstaltung, Themenwoche oder regelmäßige Veranstaltungsreihe) und die Durchführung gemeindeweiter Befragungen mit anschließender Bekanntmachung der Ergebnisse bilden Beispiele für die Verwirklichung dieser Teilstrategie.

#### *Bereitstellung finanzieller Mittel:*

In vier Studien wurden gesondert finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, bspw. in Form eines neu gegründeten Fonds, für den sich, die in das Projekt involvierten Kommunen, bewerben konnten oder die Möglichkeit zur Nutzung kommunaler Ressourcen.

Generell wurden die Methoden des Capacity Building in den Studien mit unterschiedlicher Intention eingesetzt: Einige nutzten Capacity Building, um ein bestehendes Programm zu implementieren, in anderen stand der Ausbau der kommunalen Handlungsfähigkeit an sich im Vordergrund. Die Strategien waren darüber hinaus in mehreren Studien in einen theoretischen Rahmen eingebettet, wie z. B. den Intervention-Mapping-Ansatz oder den Ansatz der kooperativen Planung.

### **Effekt der Strategie(n)**

Aussagen zur Wirksamkeit der Strategien können Ubert et al. (2017) nur wenige treffen. In keiner der eingeschlossenen Studien wurden bspw. kommunale Handlungskapazitäten als explizites Outcome erfasst. Insgesamt berichten nur drei Studien Effektivitätsmaße, die Anhaltspunkte liefern, ob der Erfolg von Interventionen durch den Einsatz von Capacity Building beeinflusst werden kann. In einer dieser Studien konnte die Zahl von Sturzverletzungen durch verstärktes Capacity Building im Vergleich zu einer Standardgruppe nicht signifikant reduziert werden. Zwei Kohortenstudien berichten über eine hohe Reichweite bei der Zielpopulation, finden jedoch nur inkonsistente Ergebnisse für die angestrebten Programmeffekte hinsichtlich Bewegung und Ernährung. In einer Studie erwies sich der Einsatz von Fachpersonal wie auch geschulten Freiwilligen als Kursleitung als gleichermaßen geeignete Strategie. Der Großteil der Studien beurteilte den Erfolg der Strategien anhand von „Lessons learned“, häufig in Form förderlicher und hinderlicher Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung.

### **Fragestellung 2: Barrieren oder förderliche Faktoren**

In den analysierten Studien findet sich eine ganze Reihe von Empfehlungen, auf welche Aspekte bei der Umsetzung der Strategien besonders geachtet werden sollte.

Als förderlich wird genannt, lokalpolitische Gegebenheiten besonders zu berücksichtigen, möglichst Synergien aus anderen Projekten zu nutzen sowie den Informationsfluss transparent zu gestalten, einen lokal fest verankerten Partner so früh wie möglich einzubinden und diesem die Verantwortung zu übertragen, zwischen den einzelnen Projektpartnern schriftliche Vereinbarungen zu treffen, die Netzwerkpartner mit großer Sorgfalt auszuwählen und damit sicherzustellen, dass die Gruppe ent-

scheidungs- und handlungsfähig ist. Als hilfreich bewerten die Autorinnen und Autoren darüber hinaus, Vertreterinnen und Vertreter aller relevanten kommunalen Stellen zu involvieren, die Zielgruppe bereits in der Phase der Planung aktiv einzubeziehen sowie die Möglichkeit, kommunale Mittel nutzen zu können.

Als hinderliche Faktoren beschreiben die Autorinnen und Autoren eine administrative und politische Verflechtung und bestehende Interessenkonflikte zwischen Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern, herrschendes Wettbewerbsdenken, Personalwechsel in federführenden Positionen, eine unklare Rollenverteilung wie auch einen zu eng getakteten Projektplan. Auch mögliche Verständnisprobleme hinsichtlich der Kursinhalte bei der Schulung von Freiwilligen bzw. Nichtexpertinnen und -Experten und eine bestehende Abhängigkeit von einem Projektpartnerinnen und Projektpartner, beispielsweise in finanzieller Hinsicht, werden als Barrieren beschrieben.

### Auffälligkeiten/Bemerkungen

Den Autorinnen und Autoren zufolge wird Community Capacity Building häufig als eine der entscheidenden Strategien für die Umsetzung bedarfsgerechter und nachhaltiger Gesundheitsförderung im kommunalen Setting empfohlen. Anders als es diese Empfehlung vermuten lässt, gibt es jedoch nur eine spärliche Informationslage darüber, ob sich durch den Ausbau kommunaler Kapazitäten die Reichweite von Bewegungsangeboten für ältere Menschen wirksam verbessern lässt. Viele der identifizierten Studien sind von geringer bis mittelmäßiger Qualität und damit nur bedingt aussagekräftig. Ubert et al. (2017) verweisen zudem auf einen möglichen Publication Bias und das mögliche Nicht-Auffinden weiterer relevanter Studien.

#### 3.4.41 Withall et al. (2012): The effect of a community-based social marketing campaign on recruitment and retention of low-income groups into physical activity programmes – a controlled before-and-after study

<b>Strategie(n)</b>	Social Media Marketing Kampagne
<b>Zielgruppe</b>	Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status
<b>Handlungsfeld</b>	Bewegung
<b>Handlungsebene</b>	Verhaltensprävention
<b>Outcomes</b>	Mit Bezug zur Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekrutierung</li> <li>• Teilnahme</li> <li>• Adhärenz</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Randomisiert-kontrollierte Studie

Withall et al. (2012) untersuchen innerhalb ihrer Studie die Effekte einer Social Marketing Kampagne zur Förderung der körperlichen Aktivität in einer sozial benachteiligten Region. Hierbei analysieren sie die Wirkung der Kampagne auf die Rekrutierung, Teilnahme und Adhärenz. In allen drei Outcomes können sie höhere Raten im Vergleich zu zwei Kontrollgruppen nachweisen.

### Strategien der Erreichbarkeit

Mithilfe einer Social Marketing Kampagne sollen Personen aus einer sozial benachteiligten Region zu vermehrter körperlicher Aktivität angeregt werden. Für die Konzeption der Kampagne erfolghen

vorab eine Literaturrecherche und Interviews mit Dienstleistungsanbietern von Bewegungsangeboten sowie mit Personen aus der Zielgruppe.

Geplant wurde die Kampagne vorrangig durch engagierte Bewohner, Gemeindeglieder, Community Health Worker und das Forschungsteam. Innerhalb der Literaturrecherche ermittelten die Autorinnen und Autoren potentielle Barrieren, um diesen bereits bei der Planung der Intervention entgegenwirken zu können. Auf dieser Grundlage wurden Eigenschaften der Zielgruppe definiert. Hierzu gehört u. a. das Wissen um die Vorteile von Bewegung, die Nichtteilnahme aufgrund von Angst und Scham sowie das Empfinden eines vermeintlichen Mangels an Kompetenz und Fitness. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse fokussierten sich die Planerinnen und Planer der Kampagne auf weibliche Bürgerinnen der Gemeinde. Daraufhin wurde ein Bewegungsangebot konzipiert, das aus drei verschiedenen Tanzkursen (Zumba, Line Dancing und Salsa) sowie einem Gymnastik- und einem Stretchingkurs bestand. Angeboten wurden diese in einem regional ansässigen Freizeitzentrum. Jeden Wochentag fand morgens um 09:15 Uhr ein anderer Kurs statt, der eine kurze Dauer von 45 Minuten hatte. Da eine Kinderbetreuung im Rahmen des Programmes nicht ermöglicht werden konnte, wurden Mütter mit Schulkindern als Zielgruppe fokussiert. Die Uhrzeit wurde bewusst gewählt, da die Kinder dann bereits zur Schule gebracht wurden. Die verschiedenen Kurse wurden die ersten sechs Wochen kostenfrei angeboten, danach kostete jeder Kurs £1.

Auch der Name wurde unter Beteiligung der Zielgruppe entwickelt. Beim Design wurde darauf geachtet, zu vermitteln, dass die Angebote auch für Personen mit einem geringen Fitnesslevel geeignet sind, dass sie Spaß bringen sollen und in angenehmer Gemeinschaft stattfinden („Personen wie ich“).

Kampagnenelemente waren 17 große Outdoor-Banner, das Verteilen von Flyern auf der Straße, in Schulen, bei Ärzten und weiteren Einrichtungen der Gemeinde, das Aushängen von Plakaten, Werbung in der lokalen Zeitung, ein Blog, drei Tür-zu-Tür Rekrutierungen mit über 10.000 besuchten Wohnungen, Mund-zu-Mund-Propaganda sowie ein „Schnupperkurs-Tag“, an dem alle Kurse ausprobiert werden können. Die Kampagne lief insgesamt über einen sechsmonatigen Zeitraum.

### **Effekt der Strategie(n)**

Als Kontrolle diente zum einen eine weitere Gemeinde (Bürgerinnen und Bürger mit vergleichbaren soziodemografischen Merkmalen), wo Kurse in einem ähnlichen Freizeitzentrum angeboten wurden, allerdings ohne Kampagne und explizite Ausrichtung auf die Zielgruppe. Zum anderen existierten in der Gemeinde, die die Intervention erhielt, bereits Kursangebote im selben Freizeitzentrum (außerhalb der Intervention). Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Kurse dienten ebenfalls als Kontrollgruppe. In dem Flyer der Kampagne wurde ein Verweis auf diese Angebote platziert.

Unter Rekrutierung verstehen die Autorinnen und Autoren, wenn Personen aus der Zielgruppe grundsätzlich motiviert sind, an einem Kurs teilzunehmen (im Sinne der Anmeldung). Höhere Rekrutierungsraten ermittelten die Autorinnen und Autoren im Vergleich zu den beiden Kontrollgebieten für den ersten Monat ( $p = 0.003$ ) sowie in den letzten beiden Monaten der Intervention ( $p < 0.05$  bzw.  $p < 0.001$ ). Die höchste Rekrutierungsrate im Vergleich der Kurse untereinander lässt sich für Zumba nachweisen ( $p < 0.05$ ). In den ersten beiden Monaten konnten die meisten Teilnehmerinnen (ca. 85 Prozent) über Poster, Banner und Flyer rekrutiert werden, im Vergleich zu einer persönlichen Ansprache (ca. 15 Prozent). In den letzten beiden Monaten der Intervention wurden wiederum über die Hälfte der neuen Teilnehmerinnen (ca. 58 Prozent) über eine persönliche Ansprache gewonnen.

Als Teilnahme definieren die Autorinnen und Autoren die Anzahl an Personen, die an mindestens einer Kurseinheit anwesend waren. Dies waren über den gesamten sechsmonatigen Zeitraum betrachtet 364 Teilnehmerinnen. Über die Gesamtlaufzeit betrachtet weisen die Kurse der Intervention konstant signifikant mehr teilnehmende Personen auf als die Bewegungsangebote in den beiden Kontrollregionen ( $p < 0.001$ ). Beispielsweise war im zweiten Monat der Intervention die Teilnahme mit 34 Personen am höchsten, im Vergleich dazu betragen die Teilnahmezahlen in den beiden Kontrollgruppen sieben bzw. vier Personen. Der Zumbakurs hatte durchgehend höhere Teilnahmeraten als die anderen Kurse, ausgenommen Salsa. Dieser Kurs konnte in zwei Monaten höhere Anwesenheitsraten vorhalten im Vergleich zu einigen der anderen Angebote ( $p < 0.05$ ).

In dieser Studie wurden zwei Ebenen der Adhärenz festgelegt: Geringe Adhärenz verlangt eine Teilnahme an sechs bis zwölf Kurseinheiten innerhalb des Interventionszeitraumes; Hohe Adhärenz verlangt über 13 Teilnahmen oder mehr. Die gesamte Adhärenz ergibt sich aus der Summe der beiden Ebenen. Die Gesamtadhärenz betrug für die Interventionsgruppe 33,8 Prozent und für die Kontrollgruppen 30,1 Prozent bzw. 18,6 Prozent. In der Kontrollregion außerhalb des Interventionssettings lag der Anteil der regelmäßig Teilnehmenden mit einer hohen Adhärenz mit 17 Prozent höher als in der Interventionsgruppe (13,2 Prozent). Auch zwischen den einzelnen Kursen unterschied sich die Adhärenz, wobei Line Dancing die höchste Rate verzeichnete (38 Prozent), gefolgt von Salsa (25 Prozent). Zumba wies mit 17 Prozent die geringste Rate an regelmäßigen Teilnehmerinnen auf. Die Aufrechterhaltung ist abhängig vom Alter ( $p = 0.046$ ), wobei die Altersgruppen 35–44 Jahre, 55–64 Jahre und älter als 65 Jahre weniger oft aus den Kursen ausschieden.

## 4 Resümee und Diskussion

Der Scoping Review identifiziert 14 Strategien bzw. Typen von Strategien zur Erreichbarkeit für vulnerable Gruppen in der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Großteil der identifizierten Strategien wird durch mehr als eine der einbezogenen Studien beschrieben, wobei diese jedoch oft spezifisch an die entsprechenden Gegebenheiten angepasst werden. Tabelle 4 stellt eine Übersicht über die identifizierten Strategien dar und zeigt auf, wie häufig diese in den Studien Verwendung finden.

**Tabelle 4:** Überblick über die identifizierten Strategien und der Anzahl der Studien, innerhalb derer die Strategie untersucht wurde

<b>Strategie</b>	<b>Anzahl Studien</b>
Tailoring	9
Community Engagement, Partizipation & Empowerment, Capacity Building	12
Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Peers oder Community Health Workers	10
Strategien der Rekrutierung	7
Modell- oder Theorie geleitete Planung von Programmen	10
Technische Interventionen	3
Zugang über Institutionen, Kooperationen, „Zugeh-Struktur“	9
Mobiler Van	1
Soziale Medienkampagne	1
Gesunde Kindermenüs	1
Urban Gardening	1
Fitness- und Bewegungsparcours	1
Mall Walking	1
Politisch-strategische Maßnahmen zu altersfreundlichen Gemeinden	1

Eine übergreifende Strategie ist das Tailoring, worunter eine Anpassung von Botschaften, Maßnahmen, Aktivitäten oder weiteren Aspekten an die Besonderheiten und Bedürfnisse der Zielgruppe erfolgt. Ein Beispiel ist die Berücksichtigung kultureller Werte oder die Zusammenarbeit mit religiösen Einrichtungen für Migrantinnen und Migranten.

Kooperationen mit verschiedenen, lokal gut verankerten Institutionen und Einrichtungen können über alle verletzlichen Personengruppen hinweg hilfreich bei der Ansprache und Rekrutierung sein. Der Zielgruppe sollten Angebote dort gemacht werden, wo sie sich regelmäßig aufhält, bspw. in Jugendzentren, Jobcentern oder Arztpraxen. Dieser Ansatz lässt sich gut mit einer weiteren Strategie kombinieren – dem Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die in den kooperierenden Einrichtungen u. a. Wissen, Kenntnisse oder Informationen zu Gesundheitsthemen vermitteln.

Weiterhin eignen sich Peers sehr gut, um vulnerable Gruppen zu erreichen. Hierbei handelt es sich zumeist um Personen aus der Zielgruppe, die als Vorbilder auftreten und auf diesem Weg das gewünschte Gesundheitsverhalten an die Zielgruppe herantragen. In mehreren Studien wird der Einbezug von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren oder Peers als zentraler Erfolgsfaktor für die Rekrutierung von Teilnehmenden angesehen. Weiterhin lassen sich auch für einige „klassische“ Rekrutierungsstrategien Hinweise für deren Wirksamkeit finden. Solche Maßnahmen, die ein persönliches Gespräch erlauben (z. B. Informationsveranstaltungen, Tür-zu-Tür-Rekrutierungen), erscheinen vielversprechender als massenmediale Strategien.

In einer Vielzahl der Studien werden außerdem Personen aus der Zielgruppe oder Akteurinnen und Akteure aus der Gemeinde in die Planung, Durchführung oder Steuerung von gesundheitsförderlichen Angeboten aktiv eingebunden (auch bezeichnet als Partizipation und Community Engagement). Einen Schritt weiter gehen die Konzepte des Empowerment und des Capacity Building, bei denen eine Weiterentwicklung der Fähigkeiten der Bürgerinnen und Bürger zur gemeinschaftlichen Durchführung von Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Aufbau kommunaler Ressourcen im Vordergrund stehen. Wenngleich es sich bei diesen Strategien um vorwiegend verhältnispräventive Ansätze handelt, sind Maßnahmen zur Erhöhung der Erreichbarkeit, die auf eine Änderung der Verhältnisse abzielen, im Vergleich deutlich seltener untersucht. Es finden sich jedoch Hinweise, dass u. a. die Einrichtung öffentlicher Bewegungsparcours, urbaner Gemeinschaftsgärten oder auch die gesunde Anpassung von Kindermenüs in Restaurants und damit veränderte Bedingungen im kommunalen Umfeld wirksame Zugangswege darstellen können.

Als modernere Strategie kann der Einsatz von technik- bzw. internetbasierten Interventionen verstanden werden. Diese ermöglichen es der Zielgruppe, die entsprechenden Maßnahmen im eigenen häuslichen Umfeld durchzuführen, wodurch sich verschiedenste Hindernisse einer Teilnahme umgehen lassen. Gemäß Scoping Review geht die Berücksichtigung vorhandener Theorien und Modelle bei der Planung und Umsetzung von Interventionen mit höheren Teilnehmeraten einher.

Während sich für die Frage nach den inhaltlich-methodischen Gestaltungsmerkmalen von wirksamen Interventionen nur wenige Informationen aus den eingeschlossenen Studien ableiten lassen, können eine Vielzahl von möglichen Barrieren sowie förderlichen Faktoren einer Teilnahme aufgezeigt werden. Hindernisse sind z. B. ein zu hoher finanzieller Aufwand, eine schlechte Erreichbarkeit des Angebots, Angst vor Ausgrenzung, das schlechte Image von gesundheitsförderlichen Angeboten oder bestehende Gewohnheiten. Aspekte, die eine Inanspruchnahme begünstigen sind bspw. empathische und verständnisvolle Kursleitende, kostenlose Angebote, Transferangebote oder ein aktiver Einbezug der Zielgruppe.

Zunächst erscheint die Studienlage zu Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen im kommunalen Setting sehr umfangreich, was primär in der breit angelegten Fragestellung und der Berücksichtigung unterschiedlichster verletzlicher Personengruppen und zahlreicher Akteurinnen und Akteure im kommunalen Setting begründet liegt. Bei genauerer Sichtung der vorhandenen Literatur zeigt sich jedoch, dass zwar eine Fülle an Erreichbarkeitsstrategien beschrieben wird, diese selbst aber oftmals nicht explizit auf ihre Wirksamkeit hin untersucht werden. Die vorgefundenen Interventionsstudien bzw. deren Übersichtsarbeiten verfolgen in der Regel andere Zielsetzungen, zumeist steht die Wirksamkeit von Interventionen der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention im Vordergrund. In der Konsequenz handelt es sich bei vielen der gewonnenen Erkenntnisse zu den Erreichbarkeitsstrategien und den hinderlichen sowie förderlichen Faktoren eher um „Nebenproduk-

te“ einer Studie. So werden sie beispielsweise als „lessons learned“ dargestellt oder finden sich in Form von Empfehlungen der Studienautorinnen und -autoren, worauf in zukünftigen Studien bzw. bei künftigen Implementierungen von Interventionen besonders geachtet werden sollte.

Hinzu kommt, dass zur Identifizierung geeigneter Strategien neben der Durchführung „klassischer“ Interventionsstudien verstärkt auch andere Forschungsmethoden zum Einsatz kommen, die vorwiegend qualitativer Natur sind. So nutzen bspw. Belza et al. (2004) Fokusgruppen, um gezielt Strategien zu ermitteln. Andere Beispiele sind die Anwendung einer komplexen Methodik, um besonders relevante Einflussfaktoren für die Teilnahme nach dem RE-AIM-Modell zu ermitteln (Lakerveld et al., 2014) oder die Extrahierung von Kernprinzipien mittels Meta-Ethnografie, wie sie Netto et al. (2010) anwenden.

Neben dem Mangel an Studien, die sich gezielt der Effektivität von Erreichbarkeitsstrategien widmen, zeigt der Scoping Review deutliche Forschungslücken bezüglich bestimmter Zielgruppen auf. Im Detail sind es Alleinerziehende, Kinder aus sucht- oder psychisch belasteten Familien sowie Menschen mit Behinderungen, für die sich nur wenige bis nahezu keine Informationen ausmachen ließen. Auf der anderen Seite wiederum gibt es vulnerable Gruppen, deren Erreichbarkeit verhältnismäßig gut untersucht ist, wobei speziell auf ältere Menschen, Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status oder auch auf Migrantinnen und Migranten hingewiesen sei. Dieser Gegensatz liegt vermutlich zum einen darin begründet, dass sich die Ansprache beispielsweise von Familien, die von Suchterkrankungen betroffen sind, oder auch von Alleinerziehenden in der Praxis deutlich schwieriger gestaltet als bspw. die von älteren Personen. Zum anderen stellen möglicherweise auch die besonderen Problemlagen und Bedarfe dieser spezifischen vulnerablen Zielgruppen deutlich höhere Anforderungen an Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme, beispielsweise im Hinblick auf die vermittelten Inhalte, die Einbettung in gewohnte Lebenswelten, die Verzahnung von Angeboten unterschiedlicher Akteure oder auch die Vermeidung von Stigmatisierung. Es liegt daher die Vermutung nahe, dass diese im Aufbau wesentlich komplexer angelegt sein und grundlegendere Bedarfe adressieren müssen (z. B. Ressourcenstärkung).

Bestätigt findet sich diese Vermutung auch darin, dass sich die Vielzahl der Studien auf einige wenige Handlungsfelder konzentriert. Am besten untersucht in Hinblick auf die Erreichbarkeit sind Interventionen, die auf Bewegung abzielen ( $n = 21$ ).<sup>14</sup> Auch ernährungsbezogene Angebote finden vergleichsweise häufig Anwendung ( $n = 15$ ). Öfters berichten die Studien auch von Interventionen in verschiedenen Handlungsfeldern ( $n = 9$ ). Seltener werden die Themen Sucht ( $n = 5$ ) oder gesundes Aufwachsen ( $n = 2$ ) betrachtet, Angebote zu Stressmanagement oder Entspannung finden sich gar nicht in den eingeschlossenen Studien. Erwartungsgemäß fokussieren die meisten Studien auf verhaltenspräventive Angebote ( $n = 26$ ), deutlich weniger auf verhältnispräventive Maßnahmen ( $n = 6$ ), in neun Studien wurden die beiden Ansätze kombiniert. Die wenigen verhältnisorientierten Maßnahmen konzentrieren sich überwiegend auf die Schaffung von Strukturen, wie es bspw. beim Community Engagement oder Capacity Building Ziel ist. Der Grund für die geringe Anzahl an aufgefundenen verhältnispräventiven Studien kann neben der generellen Unterrepräsentation des Ansatzes auch darauf zurückzuführen sein, dass verhältnispräventive Maßnahmen häufig nicht speziell auf vulnerable Gruppen ausgerichtet sind. Dies erscheint auch einleuchtend und sinnvoll, da verhältnispräventive Angebote in Lebenswelten tendenziell alle Personen erreichen sollen und nicht nur per se verletzte Menschen adressieren.

<sup>14</sup> Da in einigen Studien nicht nur ein, sondern mehrere Handlungsfelder explizit adressiert werden, übersteigt die Summe die Anzahl der 41 eingeschlossenen Studien.

Die überwiegende Anzahl der eingeschlossenen Studien stammt aus den USA (n = 15), gefolgt von Deutschland (n = 9). Die vergleichsweise große Anzahl deutscher Studien lässt sich auf die gezielte Auswahl dieser zurückführen, da die daraus gewonnenen Erkenntnisse die bestmögliche Übertragbarkeit bieten. Weitere Herkunftsländer sind Großbritannien (n = 6), Australien (n = 4), Österreich (n = 2), Niederlande (n = 2), Kanada (n = 2) und Taiwan (n = 1).<sup>15</sup>

Resümierend bergen die zusammengetragenen Strategien durchaus das Potential für eine erfolgreiche Anwendung im hiesigen Kontext, da sie entweder bereits im Rahmen einer Studie im deutschen Raum erprobt wurden oder aber aus Ländern stammen, in denen zumindest in Teilen durchaus vergleichbare Verhältnisse herrschen. Beides gilt jeweils mit der Einschränkung, dass spezifisch auf die Strategien ausgerichtete Wirksamkeitsnachweise fehlen. Hier zeigt der Scoping Review, dass dringender Forschungsbedarf besteht. Auch der Vergleich von Strategien untereinander, im Sinne der Frage danach, welche Strategie bei einer Zielgruppe besonders vielversprechend ist, sollte im Rahmen sorgfältig konzipierter Interventionsstudien stärker in den Blick genommen werden. Darüber hinaus sind in zukünftigen Forschungsarbeiten verstärkt diejenigen vulnerablen Gruppen zu adressieren, für die bisher wenige Erkenntnisse vorliegen.

<sup>15</sup> Bei berücksichtigten Reviews wird an dieser Stelle lediglich das Herkunftsland des Reviews, nicht jedoch die Länder aller dort einbezogenen Studien aufgeführt.

## 5 Literatur

Al-Delaimy, W. K. & Webb, M. (2017). Community Gardens as Environmental Health Interventions: Benefits Versus Potential Risks. *Current Environmental Health Reports* 4(2), 252-265.

Albright, K., Krantz, M. J., Backlund Jarquin, P., DeAlleaume, L., Coronel-Mockler, S. & Estacio, R. O. (2015). Health Promotion Text Messaging Preferences and Acceptability Among the Medically Underserved. *Health Promot Pract*, 16(4), 523-532.

Altgelt, T. (2010, letzte Aktualisierung: 31.12.2010). Gesundheitliche Chancengleichheit Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsliche-chancengleichheit/>

Atkinson, N. L., Saperstein, S. L., Desmond, S. M., Gold, R. S., Billing, A. S. & Tian, J. (2009). Rural eHealth nutrition education for limited-income families: an iterative and user-centered design approach. *J Med Internet Res*, 11(2), e21.

Belza, B., Walwick, J., Shiu-Thornton, S., Schwartz, S., Taylor, M. & LoGerfo, J. (2004). Older adult perspectives on physical activity and exercise: voices from multiple cultures. *Preventing Chronic Disease*, 1(4), A09.

Blümel, S. & Lehmann, F. (2015, 01.09.2015). Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren- Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren/>

Born, J. & Claßen, T. (2014). Fitness- und Bewegungsparcours im öffentlichen Raum: Ein Beitrag zur Bewegungsförderung in der Zielgruppe 50+? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9(2), 85-91.

Brand, T., Böttcher, S. & Jahn, I. (2015). Wie erreichen Präventionsprojekte ihre Zielgruppen? Auswertung einer Befragung der im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung geförderten Projekte. *Gesundheitswesen*, 77(12), 960-965.

Brand, T. & Jungmann, T. (2010). Zugang zu sozial benachteiligten Familien. *Prävention und Gesundheitsförderung: Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojekts „Pro Kind“*. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(2), 109-114.

Brandstetter, S., Curbach, J., Lindacher, V., Rueter, J., Warrelmann, B. & Loss, J. (2017). Empowerment for healthy nutrition in German communities: a study framework. *Health Promotion International*, 32(3), 500-510.

Briant, K. J., Halter, A., Marchello, N., Escareño, M. & Thompson, B. (2016). The power of digital storytelling as a culturally relevant health promotion tool. *Health Promotion Practice*, 17(6), 793-801.

Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P. M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S. et al. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 7, 23.

Bukman, A. J., Teuscher, D., Feskens, E. J. M., van Baak, M. A., Meershoek, A. & Renes, R. J. (2014). Perceptions on healthy eating, physical activity and lifestyle advice: opportunities for adapting lifestyle interventions to individuals with low socioeconomic status. *Bmc Public Health*, 14.

Carroll, J. K., Yancey, A. K., Spring, B., Figueroa-Moseley, C., Mohr, D. C., Mustian, K. M. et al. (2011). What are successful recruitment and retention strategies for underserved populations? Examining physical activity interventions in primary care and community settings. *Translational Behavioral Medicine*, 1(2), 234-251.

Chen, N., Hsieh, H. P., Tsai, R. K. & Sheu, M. M. (2015). Eye care services for the populations of remote districts in eastern Taiwan: a practical framework using a Mobile Vision Van Unit. *Rural Remote Health*, 15(4), 3442.

Cleland, V., Granados, A., Crawford, D., Winzenberg, T. & Ball, K. (2013). Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 14(3), 197-212.

Collie-Akers, V. L., Fawcett, S. B. & Schultz, J. A. (2013). Measuring progress of collaborative action in a community health effort. *Revista Panamericana De Salud Publica-Pan American Journal of Public Health*, 34(6), 422-428.

Crixell, S. H., Friedman, B. J., Fisher, D. T. & Biediger-Friedman, L. (2014). Improving Children's Menus in Community Restaurants: Best Food for Families, Infants, and Toddlers (Best Food FITS) Intervention, South Central Texas, 2010-2014. *Preventing Chronic Disease*, 11.

Drummond, J., Wiebe, N., So, S., Schnirner, L., Bisanz, J., Williamson, D. L. et al. (2016). Service-integration approaches for families with low income: a Families First Edmonton, community-based, randomized, controlled trial. *Trials*, 17, 343.

Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. et al. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265-272.

Farren, L., Belza, B., Allen, P., Broliar, S., Brown, D. R., Cormier, M. L. et al. (2015). Mall Walking Program Environments, Features, and Participants: A Scoping Review. *Preventing Chronic Disease*, 12.

Fehr, A., Hölling, G., Lampert, T., Maschewsky-Schneider, U., Mielck, A., Orth, B. et al. (2014). Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung Gesundheitliche Chancengleichheit. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. .

Ford, P., Clifford, A., Gussy, K. & Gartner, C. (2013). A systematic review of peer-support programs for smoking cessation in disadvantaged groups. *Int J Environ Res Public Health*, 10(11), 5507-5522.

Gabrys, L., Thiel, C., Minakawa, S., Saborowski, G., Vogt, L. & Banzer, W. (2012). Sportmedizinische Bewegungsberatung bei Arbeitslosen. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 82-87.

GKV-Spitzenverband. (2017). Leitfaden Prävention. Berlin: GKV-Spitzenverband,.

Glasgow, R. E., Vogt, T. M. & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327.

Große, J., Daufratshofer, C., Igel, U. & Grande, G. (2012). Community-based health promotion for socially disadvantaged mothers as health managers of their families: Strategies for accessing the target group and their effectiveness. *Journal of Public Health*, 20(2), 193-202.

Hildebrand, M. & Neufeld, P. (2009). Recruiting older adults into a physical activity promotion program: Active Living Every Day offered in a naturally occurring retirement community. *Gerontologist*, 49(5), 702-710.

Hurrelmann, K., Hartung, S., Kluwe, S. & Sahrai, D. (2013). Gesundheitsförderung durch Elternbildung in „Settings“: Strategien zur Erreichbarkeit sozial benachteiligter Mütter und Väter. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8(4).

Kaba-Schönstein, L. & Kilian, H. (2017, letzte Aktualisierung: 01.03.2017). Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit Verfügbar unter: [https://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-192.html](https://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-192.html)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2017). Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit - Kurzdarstellung. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Kornet-van der Aa, D. A., Altenburg, T. M., van Randraad-van der Zee, C. H. & Chinapaw, M. J. (2017). The effectiveness and promising strategies of obesity prevention and treatment programmes among adolescents from disadvantaged backgrounds: a systematic review. *Obesity Reviews*, 18(5), 581-593.

Lakerveld, J., Verstrate, L., Bot, S. D., Kroon, A., Baan, C. A., Brug, J. et al. (2014). Environmental interventions in low-SES neighbourhoods to promote healthy behaviour: enhancing and impeding factors. *Eur J Public Health*, 24(3), 390-395.

Laws, R., Campbell, K. J., van der Pligt, P., Russell, G., Ball, K., Lynch, J. et al. (2014). The impact of interventions to prevent obesity or improve obesity related behaviours in children (0-5 years) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review. *BMC Public Health*, 14, 779.

Lehmann, F. & Weyers, S. (2007). Programme und Projekte zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland und Europa. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(2), 98-104.

Leppin, A. (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage ed., S. 35-44). Bern: Hans Huber.

Linnan, L. A., D'Angelo, H. & Harrington, C. B. (2014). A Literature Synthesis of Health Promotion Research in, Salons and Barbershops. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(1), 77-85.

McMahon, S. & Fleury, J. (2012). External validity of physical activity interventions for community-dwelling older adults with fall risk: A quantitative systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2140-2154.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) & GKV-Spitzenverband. (2017). Präventionsbericht 2017 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2016 (No. ISSN 2198-0004). Essen/Berlin: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband.

Mendoza-Vasconez, A. S., Linke, S., Munoz, M., Pekmezi, D., Ainsworth, C., Cano, M. et al. (2016). Promoting Physical Activity among Underserved Populations. *Current Sports Medicine Reports*, 15(4), 290-297.

Michie, S., Jochelson, K., Markham, W. A. & Bridle, C. (2009). Low-income groups and behaviour change interventions: a review of intervention content, effectiveness and theoretical frameworks. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(8), 610-622.

Moore, M., Warburton, J., O'Halloran, P. D., Shields, N. & Kingsley, M. (2016). Effective Community-Based Physical Activity Interventions for Older Adults Living in Rural and Regional Areas: A Systematic Review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 24(1), 158-167.

Mossakowski, K., Süß, W. & Trojan, A. (2009). Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung: Stufen der Partizipation und Beispiele aus einem Wissenschaftspraxisprojekt in der Hamburger Lenzsiedlung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4(3), 184-194.

Nelson, G., Pancer, S. M., Hayward, K. & Kelly, R. (2004). Partnerships and participation of community residents in health promotion and prevention: experiences of the highfield community enrichment project (better beginnings, better futures). *Journal of Health Psychology*, 9(2), 213-227.

Netto, G., Bhopal, R., Lederle, N., Khatoon, J. & Jackson, A. (2010). How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions. *Health Promotion International*, 25(2), 248-257.

Nickel, S. & Trojan, A. (2015, 04.01.2015). Capacity Building/Kapazitätsentwicklung Verfügbar unter: [https://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-146.html](https://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-146.html)

O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F. & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 15, 129.

Plouffe, L. A. & Kalache, A. (2011). Making communities age friendly: state and municipal initiatives in Canada and other countries. *Gaceta Sanitaria*, 25, 131-137.

Schwarte, L., Samuels, S. E., Capitman, J., Ruwe, M., Boyle, M. & Flores, G. (2010). The Central California Regional Obesity Prevention Program: changing nutrition and physical activity environments in California's heartland. *Am J Public Health*, 100(11), 2124-2128.

Stolzenberg, R., Berg, G. & Maschwsky-Schneider, U. (2012). Wege zu Familien in sozial benachteiligten Regionen: Ergebnisse der Evaluation des Projekts Stadtteilmütter in Berlin-Kreuzberg. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8(2), 61-66.

Ubert, T., Forberger, S. & Gansefort, D. (2017). Community Capacity Building for Physical Activity Promotion among Older Adults-A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9).

Weyers, S. & Richter, M. (2010). Prävention gesundheitlicher Ungleichheiten. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 382-390). Bern: Hans Huber.

Withall, J., Jago, R. & Fox, K. R. (2012). The effect a of community-based social marketing campaign on recruitment and retention of low-income groups into physical activity programmes – a controlled before-and-after study. *BMC Public Health*, 12, 836.

## 6 Anhang 1: Methodik

Nachfolgend wird die gewählte Vorgehensweise bei der Recherche und Auswahl der Studien für den Scoping Review beschrieben. Dabei wird zunächst auf die Kriterien eingegangen, die den Rahmen für die Recherche nach geeigneten Veröffentlichungen bildeten, gefolgt von einer kurzen Darstellung des Recherche- und Studienauswahlprozesses von der durchgeführten Testrecherche bis hin zur Datenextraktion.

### 6.1 Recherche, Suchstrategie

#### 6.1.1 Kriterien für die Literaturrecherche

- Studienpopulation: Zielpopulation für die Recherche bildeten die unter Kapitel 1 definierten vulnerablen Gruppen (ältere Menschen, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund, Alleinerziehende, Kinder aus suchbelasteten Familien, Kinder aus psychisch belasteten Familien, anerkannte Flüchtlinge und junge Erwachsene ohne Schulabschluss/ohne Berufsausbildung).
- Studientyp: Für die Literaturrecherche wurden weder bestimmte Studientypen festgelegt, noch bestimmte Studientypen ausgeschlossen. Bedingung für den Einschluss einer Studie bildete allerdings die Veröffentlichung in einem peer-reviewed Journal.
- Veröffentlichungssprache: Die Suche wurde auf Studien in englischer und deutscher Sprache beschränkt. So konnte sichergestellt werden, dass zum einen der internationale Forschungsstand Eingang in den Review findet und zum anderen Bedingungen, die speziell für deutsche Kommunen gegeben sind, angemessen berücksichtigt werden.
- Veröffentlichungszeitraum: Als Veröffentlichungszeitraum wurden zunächst die Jahre 2000 bis 2018 gewählt. Dieser Zeitraum erschien mit Blick auf die Geschichte der Prävention in Deutschland sinnvoll. Während in den 90-er Jahren die Rezeption der Ottawa-Charta von 1986 begonnen hatte und die Verhältnisprävention zunehmend mehr Beachtung fand, wurde der zwischenzeitlich gestrichene § 20 SGB V im Jahr 2000 neu gefasst<sup>16</sup>.
- Einschränkung des Settings und Ausschluss von Teil-Settings: Von Interesse für den Scoping Review waren Studien, die im Setting Kommune durchgeführt wurden. Darunter sind Aktivitäten zu verstehen, die auf der Ebene der kreisfreien Städte, kreisangehörigen Städte, kreisangehörige Gemeinden, Stadtteile u. ä. stattfinden. Für Studien außerhalb Deutschlands wurden möglichst entsprechende administrativ-geografische Räume gewählt (z. B. „Community“). Die Bildungs- und Erziehungssettings Kindergarten und Schule werden zwar ebenfalls zu den kommunalen Settings gezählt, waren jedoch nicht Gegenstand der Recherche.
- Outcomes: Die Outcomes orientieren sich an den von der BZgA definierten Forschungsfragen für den Scoping Review. Um jede der drei Fragestellungen angemessen abdecken zu können, wurden die Outcomes vorab differenziert definiert.

Nachfolgend werden die Outcomes für die jeweiligen Fragestellungen beschrieben bzw. aufgeführt.

#### Fragestellung 1:

Für die erste Forschungsfrage sind Endpunkte von Interesse, die Aussagen über die Reichweite von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen im kommunalen Setting zulassen, verstanden

<sup>16</sup> Der Veröffentlichungszeitraum wurde im weiteren Projektverlauf aus Gründen der Machbarkeit auf die Jahre ab 2008 begrenzt, vgl. hierzu auch Abschnitt 2.2.

als verbesserte Erreichbarkeit und Beteiligung der definierten vulnerablen Zielgruppen. Dazu zählen als primäre Outcomes für die Recherche:

- Rekrutierungs- und Anmelderaten sowie Teilnehmerzahlen.

Darüber hinaus sollen als weitere Outcomes Endpunkte recherchiert werden, die eher Prozesscharakter haben und Informationen über Zugangsmöglichkeiten, Möglichkeiten der Sensibilisierung der Zielgruppen im Sinne der Bewusstseinschaffung für die Thematik und über hinderliche und förderliche Faktoren für die Inanspruchnahme der Maßnahmen liefern. Dazu zählen:

- Problembewusstsein und Bekanntheit von präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten („reach“, „awareness“)
- aktive Beteiligung, Einbringungsbereitschaft/-absicht („engagement“)
- Barrieren und befähigende bzw. vermittelnde Faktoren („barriers“, „enablers“, „facilitators“).

### **Fragestellung 2:**

Die zweite Frage zielt auf Outcomes, die Informationen darüber liefern, mit welchen Methoden ein hohes Maß an Adhärenz (ehemals als Compliance bezeichnet) seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erzeugt werden kann, d. h., wie diese auch über einen längeren Zeitraum in den Maßnahmen gehalten werden können. Die Adhärenz stellt darüber hinaus eines der wichtigsten Kriterien für den Erfolg einer Maßnahme dar, beschreibt sie im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention doch das Ausmaß, in welchem das Verhalten der Zielgruppen im Einklang mit den Zielen der Maßnahmen steht. Für die Recherche wurden daher als Outcomes festgehalten:

- Adhärenz bzw. Compliance im Sinne der Aufrechterhaltung von Maßnahmen („adherence“, „compliance“, „retention“)
- Abbrecherquoten („drop out (rates)“).

### **Fragestellung 3:**

Die Outcomes zur Beantwortung der dritten Frage sollen aufzeigen, wie es gelingen kann, langfristige, über das Ende der Maßnahmen hinausreichende Wirkungen zu erzielen. Dabei sollen insbesondere inhaltlich-methodische Aspekte der Programmplanung und -gestaltung in den Fokus gerückt werden. Für die Recherche wird davon ausgegangen, dass Arbeiten, die sich mit der Wirksamkeit von Maßnahmen für vulnerable Zielgruppen im kommunalen Setting generell beschäftigen, auch Informationen zu den interessierenden inhaltlich-methodischen Kriterien liefern. Als Outcome für die Literaturrecherche wird daher definiert:

- (dauerhafte) Wirksamkeit und Nutzen der Maßnahmen bei den Zielgruppen („(long-term) effectiveness“, „(long-term) benefit“).

In Tabelle 5 sind alle Outcomes nochmals zusammengestellt.

**Tabelle 5:** Outcomes je Fragestellung

Fragestellung	Outcome(s)
Fragestellung 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekrutierungs- und Anmeldequoten, Teilnehmerzahlen</li> <li>• Problembewusstsein, Bekanntheit der Angebote („reach“, „awareness“)</li> <li>• aktive Beteiligung, Einbringungsbereitschaft/-absicht („engagement“)</li> <li>• Barrieren und befähigende bzw. vermittelnde Faktoren („barriers“, „enablers“, „facilitators“).</li> </ul>
Fragestellung 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhärenz bzw. Compliance im Sinne der Aufrechterhaltung von Maßnahmen („adherence“, „compliance“, „retention“)</li> <li>• Abbrecherquoten</li> </ul>
Fragestellung 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (dauerhafte) Wirksamkeit und Nutzen der Maßnahmen bei den Zielgruppen („(long-term) effectiveness“, „(long-term) benefit“)</li> </ul>

### 6.1.2 Generierung von Suchstrings

Zur Strukturierung der Recherche in den elektronischen Datenbanken wurde zunächst ein übergreifender Suchstring entwickelt. Dieser war datenbankunabhängig formuliert und wird im Folgenden als „Metasuchstring“ bezeichnet. Der Metasuchstring operationalisiert die Forschungsfragen, indem er sie in vier Parameterblöcke zerlegt, denen dann systematisch geeignete Keywords (d. h. Schlag- und Stichworte) zugeordnet wurden. Dieses Vorgehen ist angelehnt an das sogenannte „PICO“-Schema zur Formulierung einer recherchierbaren Fragestellung in der Evidenzbasierten Medizin.

#### Meta-Suchstring 1 für Fragestellung 1-3

Tabelle 6 veranschaulicht den Meta-Suchstring, bestehend aus den vier Blöcken „Intervention“, „Population/Zielgruppe“, „Outcomes“ und „Setting“. Jeder Block wurde für die jeweilige Forschungsfrage spezifiziert, d. h. es wurden die Art der Maßnahmen, die Zielgruppen, die interessierenden Endpunkte und das Setting definiert. Die Suchstrings für die einzelnen Fragestellungen 1 bis 3 unterscheiden sich nur hinsichtlich der Outcomes, die drei anderen Blöcke bleiben für alle Suchstrings unverändert. In Tabelle 6 ist daher nur die Spalte mit den Outcomes noch einmal unterteilt.

Hinsichtlich der Suchbegriffe wurde darüber hinaus in den Blöcken „Intervention“ und „Zielgruppen“ noch einmal nach „generischen“ und „spezifischen“ Keywords unterschieden, je nachdem, ob ein Begriff umfassend angelegt oder thematisch eng gefasst ist.

**Tabelle 6:** Meta-Suchstring und Synonymliste für Keywords

<b>INTERVENTION</b>	<b>POPULATION/ ZIELGRUPPE</b>	<b>OUTCOMES</b>	<b>SETTING</b>
<b>Maßnahmen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung 1)</b>	<b>Vulnerable Gruppen (und diese beschreibende Faktoren/ Kriterien)</b>	<b>Je nach Fragestellung 1) bis 3) (s. Outcomes)</b>	<b>Kommune</b>
<p><b>generische Keywords</b> Health promotion Prevention program(s) Public Health Intervention(s) Health Campaign(s) Wellness Program(s) Lifestyle intervention(s)</p> <p><b>spezifische Keywords</b> Program(s) / Intervention(s) AND: Healthy lifestyle, sedentary lifestyle, healthy behavior Mental health Obesity prevention, prevention of Overweight Physical activity, Exercise Diet Smoking cessation, tobacco use prevention Substance use prevention, substance abuse prevention Alcohol use prevention, alcohol abuse prevention Drug use prevention, drug prevention Fall prevention</p>	<p><b>generische Keywords</b> Vulnerable population(s) Vulnerable group(s) Socioeconomically vulnerable group(s) Disadvantaged population(s) Deprived population(s) Minority group(s) Underserved populations Socially disadvantaged Socially deprived Underprivileged Poverty Low socioeconomic status, low SES Low income Low education, low educated Health disparities</p> <p><b>spezifische Keywords</b> Older adults Elderly Disabled persons, people with disabilities Children with disabilities Disadvantaged children Children of alcoholics Children of parents with a mental illness Single parent families, Single parents, single mother(s), single father(s) Migrant population Immigrant Refugees Low educated adolescents Socially disadvantaged adolescents Disadvantaged area(s) Low income area(s)</p>	<p><b>1) Reichweite</b> <b>Keywords</b> Recruitment, recruit, recruiting Reach Participation rate Barriers Enablers Facilitators Awareness Community awareness Engagement Community engagement</p> <p><b>2) Adhärenz</b> <b>Keywords</b> Adherence Compliance Retention Drop-out</p> <p><b>3) Wirksamkeit</b> <b>Keywords</b> Effectiveness</p>	<p><b>Keywords</b> Community based Community setting(s) Community participation Public Participation Rural community(ies), rural area(s), rural district(s) Urban district(s), urban area(s) Neighborhood County(ies) Suburb(s)</p>

### 6.1.3 Suche in elektronischen Literaturdatenbanken

Für die Recherche genutzt wurden die drei elektronischen Datenbanken Medline, PsycINFO und Web of Science.

Der Aufbau der Suchstrings für die einzelnen Datenbanken orientiert sich am übergreifenden Meta-Suchstring und wurde durch Anpassung an die Syntax der jeweiligen Datenbank konkretisiert. Generell besteht ein datenbankspezifischer Suchstring aus zwei Suchzweigen, die für jeden der vier Parameterblöcke umgesetzt wurden:

- (1) Den ersten Zweig bildet die Kombination von geeigneten Keywords und deren Synonyme.
- (2) Der zweite Suchzweig beinhaltet die Kombination passender Schlagworte im Thesaurus der jeweiligen Datenbank zur gezielten Identifikation verschlagworteter Publikationen, insofern die Datenbank über einen Thesaurus verfügt.

In Web of Science bestand der Suchstring ausschließlich aus Blöcken, die mittels Suchzweig 2 generiert und miteinander kombiniert wurden, da diese Datenbank nicht über einen Thesaurus verfügt. Das gleiche Vorgehen wurde genutzt, sofern im Thesaurus für bestimmte Parameterblöcke keine geeigneten Schlagworte identifiziert werden konnten.

Nachfolgend ist die Anwendung der Systematik für jede der drei Datenbanken in Tabellenform dargestellt. Die ausformulierten Suchstrings, wie sie zur Abfrage in den drei Datenbanken genutzt wurden, finden sich im Anhang unter 6.3.

#### Suchstrings MEDLINE via PubMed

MEDLINE bietet mit den „Medical Subject Headings“ (kurz MeSH) einen spezifischen Thesaurus. Tabelle 7 stellt die Suchbegriffe für den MEDLINE-spezifischen Suchstring zusammen.

Tabelle 7: Systematik des Suchstrings für MEDLINE

INTERVENTION	POPULATION/ ZIELGRUPPE	OUTCOMES	SETTING
<b>Maßnahmen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung 1)</b>	<b>Vulnerable Gruppen (und diese beschreibende Faktoren/ Kriterien)</b>	<b>Je nach Fragestellung 1) bis 3) (s. Outcomes)</b>	<b>Kommune 2)</b>
<p><b>MeSH</b> Health Promotion/methods[MAJR] Community Health Services/methods[MAJR] Obesity/prevention &amp; control[MAJR] Diet/psychology[MAJR] Exercise/psychology[MAJR] Stress, Psychological/psychology[MAJR] Lifestyle[MAJR] Mental Health[MAJR]</p> <p><b>generische Keywords</b> Health promotion Prevention program(s) Public Health Intervention(s) Health Campaign(s) Wellness Program(s) Lifestyle intervention(s)</p> <p><b>spezifische Keywords</b> Program(s) / Intervention(s) AND: Healthy lifestyle, sedentary lifestyle, healthy behavior Mental health Obesity prevention, prevention of Overweight Physical activity, Exercise Diet Smoking cessation, tobacco use prevention</p>	<p><b>MeSH</b> Vulnerable Populations[MAJR] Minority Groups[MAJR] Poverty Areas[MAJR] Poverty[MAJR]</p> <p><b>generische Keywords</b> Vulnerable population(s) Vulnerable group(s) Socioeconomically vulnerable group(s) Disadvantaged population(s) Deprived population(s) Minority group(s) Underserved populations Socially disadvantaged Socially deprived Underprivileged Poverty Low socioeconomic status, low SES Low income Low education, low educated Health disparities</p> <p><b>spezifische Keywords</b> Older adults Elderly Disabled persons, people with disabilities Children with disabilities Disadvantaged children Children of alcoholics Children of parents with a mental illness</p>	<p><b>1) Teilnahme an/Anmeldung zu Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung</b> Recruitment, recruit, recruiting Reach, reaching Participation rate Barriers Enablers Facilitators Awareness Community awareness Engagement Community engagement</p> <p><b>2) „Adhärenz“ / Compliance / „Dabeibleiben“ an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung</b> <b>Keywords</b> Retention Compliance Adherence Drop-out</p> <p><b>3) (dauerhafte) Wirksamkeit der Maßnahmen bei den Zielgruppen</b> <b>MeSH</b> Program Evaluation[MAJR] <b>Keywords</b> Effectiveness</p>	<p><b>MeSH</b> Community Participation[MAJR]</p> <p><b>Keywords</b> Community based Community setting(s) Community participation Public participation Rural community(ies), rural area(s), rural district(s) Urban district(s), urban area(s) Neighborhood County(ies) Suburb(s)</p>

<b>INTERVENTION</b>	<b>POPULATION/ ZIELGRUPPE</b>	<b>OUTCOMES</b>	<b>SETTING</b>
<b>Maßnahmen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung 1)</b>	<b>Vulnerable Gruppen (und diese beschreibende Faktoren/ Kriterien)</b>	<b>Je nach Fragestellung 1) bis 3) (s. Outcomes)</b>	<b>Kommune 2)</b>
Substance use prevention, substance abuse prevention Alcohol use prevention, alcohol abuse prevention Drug use prevention, drug prevention Fall prevention	Single parent families, Single parents, single mother(s), single father(s) Migrant population Immigrant Refugees Low educated adolescents Socially disadvantaged adolescents Disadvantaged area(s) Low income area(s)		

## Suchstrings PsycINFO

PsycINFO verfügt mit den „Psychological Index Terms“ ebenfalls über einen Thesaurus. Dieser wurde berücksichtigt und analog zum PubMed-Suchstring ein Suchstring für PsycINFO entsprechend des in Tabelle 8 dargestellten Schemas erzeugt.

**Tabelle 8:** Systematik des Suchstrings für PsycINFO

<b>INTERVENTION</b>	<b>POPULATION/ ZIELGRUPPE</b>	<b>OUTCOMES</b>	<b>SETTING</b>
<b>Maßnahmen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung 1)</b>	<b>Vulnerable Gruppen (und diese beschreibende Faktoren/ Kriterien)</b>	<b>Je nach Fragestellung 1) bis 3) (s. Outcomes)</b>	<b>Kommune 2)</b>
<b>Index Terms</b> Health Promotion Obesity, Overweight Diets, Eating Behavior, Nutrition, Food intake Physical activity, Exercise Stress, Mental Health, Psychosocial Factors  <b>generische Keywords</b> Health promotion Prevention program(s) Public Health Intervention(s)	<b>Index Terms</b> Disadvantaged Lower Class Lower Income Level Minority Groups Poverty Areas Socioeconomic Status Health Disparities  <b>generische Keywords</b> Vulnerable population(s) Vulnerable group(s) Socioeconomically vulnerable group(s)	<b>1) Teilnahme an/ Anmeldung zu Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung</b> <b>Index Terms</b> Participation, Client Participation Awareness Treatment Barriers Keywords Recruitment, recruit, recruiting Reach Participation rate	<b>Index Terms</b> Communities Urban Environments Rural Environments Suburban Environments Towns  <b>Keywords</b> Effectiveness Community based Community setting(s) Community participation Public Participation

INTERVENTION	POPULATION/ ZIELGRUPPE	OUTCOMES	SETTING
<b>Maßnahmen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung 1)</b>	<b>Vulnerable Gruppen (und diese beschreibende Faktoren/ Kriterien)</b>	<b>Je nach Fragestellung 1) bis 3) (s. Outcomes)</b>	<b>Kommune 2)</b>
Health Campaign(s) Wellness Program(s) Lifestyle intervention(s) <b>spezifische Keywords</b> Program(s) / Intervention(s) AND: Healthy lifestyle, sedentary lifestyle, healthy behavior Mental health Obesity prevention, prevention of Overweight Physical activity, Exercise Diet Smoking cessation, tobacco use prevention Substance use prevention, substance abuse prevention Alcohol use prevention, alcohol abuse prevention Drug use prevention, drug prevention Fall prevention	Disadvantaged population(s) Deprived population(s) Minority group(s) Underserved populations Socially disadvantaged Socially deprived Underprivileged Poverty Low socioeconomic status, low SES Low income Low education, low educated Health disparities  <b>spezifische Keywords</b> Older adults Elderly Disabled persons, people with disabilities Children with disabilities Disadvantaged children Children of alcoholics Children of parents with a mental illness Single parent families, Single parents, single mother(s), single father(s) Migrant population Immigrant Refugees Low educated adolescents Socially disadvantaged adolescents Disadvantaged area(s) Low income area(s)	Barriers Enablers Facilitators Awareness Community awareness Engagement Community engagement  <b>2) „Adhärenz“/Compliance/„Dabeibleiben“ an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung</b> <b>Index Terms</b> Compliance, Treatment Compliance Treatment Dropouts  <b>Keywords</b> Retention Compliance Adherence Dropout  <b>3) (dauerhafte) Wirksamkeit der Maßnahmen bei den Zielgruppen</b> <b>Index Terms</b> Treatment Effectiveness Evaluation Evidence Based Practice  <b>Keywords</b> Effectiveness	Rural community(ies), rural area(s), rural district(s) Urban district(s), urban area(s) Neighborhood County(ies) Suburb(s)

## Suchstrings Web of Science

Der schematische Aufbau des Suchstrings für die Web of Science-Datenbank entspricht dem allgemeinen Meta-Suchstring für Fragestellung 1 bis 3, da Web of Science keinen Thesaurus bietet.

### 6.2 Testrecherche

Die Testrecherche wurde am Beispiel der ersten Forschungsfrage in MEDLINE unter Nutzung des frei zugänglichen Portals PubMed durchgeführt. Die Testrecherche erfolgte nach dem Trichterprinzip, indem zunächst breit angelegt gesucht wurde und die Suche dann zunehmend stärker eingegrenzt wurde. Umgesetzt wurde dies durch Testung der MeSH als weiter gefasste Schlagworte versus „Major Topics“ in Kombination mit oder ohne Qualifier, durch Verwendung verschiedener „Field Tags“ für die Keywordsuche („Text Word“ versus „Title/Abstract“ versus „Title“), oder durch Erprobung unterschiedlicher Phrasen und Synonyme. Es resultierte ein vorläufig endgültiger Suchstring, generiert nach der unter 6.1.2 beschriebenen Systematik. Die Testrecherche lieferte nach Abzug von Duplikaten 870 Treffer<sup>17</sup>. Der String wurde im Anschluss noch einmal überarbeitet und ein zusätzlicher Filter angewandt (Eingrenzung auf „Humans“). Abbildung 2 zeigt die finale Suchabfrage, die 711 Treffer lieferte.

<sup>17</sup> Bei zwei Treffern handelte es sich offenbar um einen datenbankinternen Fehler seitens PubMed. Beim Importieren nach Endnote wurden diese als Duplikate identifiziert und separat in einer Duplikate-Datenbank abgelegt.

Abbildung 2: Suchstring der Testrecherche in MEDLINE via PubMed

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#9	<a href="#">Add</a>	Search #7 AND ("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR German[lang]) Filters: Humans	<a href="#">711</a>	09:49:11
#8	<a href="#">Add</a>	Search #7 AND ("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR German[lang])	<a href="#">859</a>	09:49:05
#7	<a href="#">Add</a>	Search #3 AND #4 AND #5 AND #6	<a href="#">954</a>	09:48:32
#6	<a href="#">Add</a>	Search Community Participation[MAJR] OR "community based"[tiab] OR "community-based"[tiab] OR "community setting"[tiab] OR "community settings"[tiab] OR "community participation"[tiab] OR "public participation"[tiab] OR "rural community"[tiab] OR "rural communities"[tiab] OR "rural area"[tiab] OR "rural areas"[tiab] OR "rural district"[tiab] OR "rural districts"[tiab] OR "urban district"[tiab] OR "urban area"[tiab] OR "urban areas"[tiab] OR "urban districts"[tiab] OR neighborhood[tiab] OR neighbourhood[tiab] OR neighborhoods[tiab] OR neighbourhoods[tiab] OR county[tiab] OR counties[tiab] OR suburb[tiab] OR suburbs[tiab]	<a href="#">209498</a>	09:48:21
#5	<a href="#">Add</a>	Search recruit[tiab] OR reach[tiab] OR reaching[tiab] OR "participation rate"[tiab] OR enablers[tiab] OR facilitators[tiab] OR barriers[tiab] OR awareness[tiab] OR "community awareness"[tiab] OR engag* [tiab] OR "community engagement"[tiab] OR retention[tiab] OR compliance[tiab] OR adherence[tiab] OR drop-out[tiab] OR Program Evaluation[MAJR] OR effectiveness[tiab]	<a href="#">1456090</a>	09:48:03
#4	<a href="#">Add</a>	Search "Vulnerable Populations"[MAJR] OR "Minority Groups"[MAJR] OR "Poverty Areas"[MAJR] OR "Poverty"[MAJR] OR "Socioeconomic Factors"[MAJR] OR "Social Class"[MAJR] OR "Income"[MAJR] OR "Health Status Disparities"[MAJR] OR "Child Of Impaired Parents"[MAJR] OR "vulnerable population"[tiab] OR "vulnerable populations"[tiab] OR "vulnerable group"[tiab] OR "vulnerable groups"[tiab] OR "socioeconomically vulnerable groups"[tiab] OR "disadvantaged population"[tiab] OR "disadvantaged populations"[tiab] OR "deprived population"[tiab] OR "deprived populations"[tiab] OR "minority group"[tiab] OR "minority groups"[tiab] OR "underserved population"[tiab] OR "underserved populations"[tiab] OR "socially disadvantaged"[tiab] OR "socially deprived"[tiab] OR underprivileged[tiab] OR poverty[tiab] OR "low socioeconomic status"[tiab] OR "low ses" OR "low income"[tiab] OR "low education"[tiab] OR "low educated"[tiab] OR "health disparities"[tiab] OR "older adults"[tiab] OR "elderly"[tiab] OR "disabled persons"[tiab] OR "people with disabilities"[tiab] OR "children with disabilities"[tiab] OR "disadvantaged children"[tiab] OR "children of alcoholics"[tiab] OR "children of parents with a mental illness"[tiab] OR "single parent families"[tiab] OR "single parents"[tiab] OR "single mother"[tiab] OR "single mothers"[tiab] OR "single father"[tiab] OR "single fathers"[tiab] OR "migrant population"[tiab] OR "immigrant"[tiab] OR "refugees"[tiab] OR "low educated adolescents"[tiab] OR "socially disadvantaged adolescents"[tiab] OR "disadvantaged area"[tiab] OR "disadvantaged areas"[tiab] OR "low income area"[tiab] OR "low income areas"[tiab]	<a href="#">501213</a>	09:47:49
#3	<a href="#">Add</a>	Search #1 OR #2	<a href="#">127845</a>	09:47:41
#2	<a href="#">Add</a>	Search (program[ti] OR programs[ti] OR intervention[ti] OR interventions[ti]) AND ("healthy lifestyle"[ti] OR "sedentary lifestyle"[ti] OR "healthy behavior"[ti] OR "healthy behaviour"[ti] OR "mental health"[ti] OR "obesity prevention"[ti] OR "prevention of overweight"[ti] OR "physical activity"[ti] OR exercise[ti] OR diet[ti] OR "smoking cessation"[ti] OR "tobacco use prevention"[ti] OR "substance use prevention"[ti] OR "substance abuse prevention"[ti] OR "alcohol use prevention"[ti] OR "alcohol abuse prevention"[ti] OR "drug prevention"[ti] OR "fall prevention"[ti])	<a href="#">12479</a>	09:47:19
#1	<a href="#">Add</a>	Search Health Promotion/methods[MAJR] OR Community Health Services/methods[MAJR] OR Obesity/prevention & control[MAJR] OR Diet/psychology[MAJR] OR Exercise/psychology[MAJR] OR Stress, Psychological/psychology[MAJR] OR Lifestyle[MAJR] OR Mental Health[MAJR] OR "health promotion"[tiab] OR "prevention program"[tiab] OR "prevention programs"[tiab] OR "public health intervention"[tiab] OR "public health interventions"[tiab] OR "health campaign"[tiab] OR "health campaigns"[tiab] OR "wellness program"[tiab] OR "wellness programs"[tiab] OR "lifestyle intervention"[tiab] OR "lifestyle interventions"[tiab]	<a href="#">117831</a>	09:47:07

Alle Ergebnisse der elektronischen Datenbanksuche wurden in eine EndNote-Datenbank abgespeichert.

### 6.3 Finale Suchstrings

Nachstehend sind die Syntax der final eingesetzten Suchstrings für die jeweilige Datenbank dokumentiert.

#### Medline (via PubMed)

Search	Query	Items found
#9	Search #7 AND ("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR German[lang]) Filters: Humans	708
#8	Search #7 AND ("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR German[lang])	855
#7	Search #3 AND #4 AND #5 AND #6	950
#6	Search Community Participation[MAJR] OR "community based"[tiab] OR "community-based"[tiab] OR "community setting"[tiab] OR "community settings"[tiab] OR "community participation"[tiab] OR "public participation"[tiab] OR "rural community"[tiab] OR "rural communities"[tiab] OR "rural area"[tiab] OR "rural areas"[tiab] OR "rural district"[tiab] OR "rural districts"[tiab] OR "urban district"[tiab] OR "urban area"[tiab] OR "urban areas"[tiab] OR "urban districts"[tiab] OR neighborhood[tiab] OR neighbourhood[tiab] OR neighborhoods[tiab] OR neighbourhoods[tiab] OR county[tiab] OR counties[tiab] OR suburb[tiab] OR suburbs[tiab]	209098
#5	Search recruit*[tiab] OR reach[tiab] OR reaching[tiab] OR "participation rate"[tiab] OR enablers[tiab] OR facilitators[tiab] OR barriers[tiab] OR awareness[tiab] OR "community awareness"[tiab] OR engag*[tiab] OR "community engagement"[tiab] OR retention[tiab] OR compliance[tiab] OR adherence[tiab] OR drop-out[tiab] OR Program Evaluation[MAJR] OR effectiveness[tiab]	1453055
#4	Search "Vulnerable Populations"[MAJR] OR "Minority Groups"[MAJR] OR "Poverty Areas"[MAJR] OR "Poverty"[MAJR] OR "Socioeconomic Factors"[MAJR] OR "Social Class"[MAJR] OR "Income"[MAJR] OR "Health Status Disparities"[MAJR] OR "Child Of Impaired Parents"[MAJR] OR "vulnerable population"[tiab] OR "vulnerable populations"[tiab] OR "vulnerable group"[tiab] OR "vulnerable groups"[tiab] OR "socioeconomically vulnerable groups"[tiab] OR "disadvantaged population"[tiab] OR "disadvantaged populations"[tiab] OR "deprived population"[tiab] OR "deprived populations"[tiab] OR "minority group"[tiab] OR "minority groups"[tiab] OR "underserved population"[tiab] OR "underserved populations"[tiab] OR "socially disadvantaged"[tiab] OR "socially deprived"[tiab] OR underprivileged[tiab] OR poverty[tiab] OR "low socioeconomic status"[tiab] OR "low ses" OR "low income"[tiab] OR "low education"[tiab] OR "low educated"[tiab] OR "health disparities"[tiab] OR "older adults"[tiab] OR "elderly"[tiab] OR "disabled persons"[tiab] OR "people with disabilities"[tiab] OR "children with disabilities"[tiab] OR "disadvantaged children"[tiab] OR "children of alcoholics"[tiab] OR "children of parents with a mental illness"[tiab] OR "single parent families"[tiab] OR "single parents"[tiab] OR "single mother"[tiab] OR "single mothers"[tiab] OR "single father"[tiab] OR "single fathers"[tiab] OR "migrant population"[tiab] OR "immigrant"[tiab] OR "refugees"[tiab] OR "low educated adolescents"[tiab] OR "socially disadvantaged adolescents"[tiab] OR "disadvantaged area"[tiab] OR "disadvantaged areas"[tiab] OR "low income area"[tiab] OR "low income areas"[tiab]	500294

Search	Query	Items found
#3	Search #1 OR #2	127455
#2	Search (program[ti] OR programs[ti] OR intervention[ti] OR interventions[ti]) AND ("healthy lifestyle"[ti] OR "sedentary lifestyle"[ti] OR "healthy behavior"[ti] OR "healthy behaviour"[ti] OR "mental health"[ti] OR "obesity prevention"[ti] OR "prevention of overweight"[ti] OR "physical activity"[ti] OR exercise[ti] OR diet[ti] OR "smoking cessation"[ti] OR "tobacco use prevention"[ti] OR "substance use prevention"[ti] OR "substance abuse prevention"[ti] OR "alcohol use prevention"[ti] OR "alcohol abuse prevention"[ti] OR "drug prevention"[ti] OR "fall prevention"[ti])	12450
#1	Search Health Promotion/methods[MAJR] OR Community Health Services/methods[MAJR] OR Obesity/prevention & control[MAJR] OR Diet/psychology[MAJR] OR Exercise/psychology[MAJR] OR Stress, Psychological/psychology[MAJR] OR Lifestyle[MAJR] OR Mental Health[MAJR] OR "health promotion"[tiab] OR "prevention program"[tiab] OR "prevention programs"[tiab] OR "public health intervention"[tiab] OR "public health interventions"[tiab] OR "health campaign"[tiab] OR "health campaigns"[tiab] OR "wellness program"[tiab] OR "wellness programs"[tiab] OR "lifestyle intervention"[tiab] OR "lifestyle interventions"[tiab]	117464

Datum: 13.12.2017

### Suchstring PsycINFO

((it: (communities)) OR (it: („urban environments“)) OR (it: („rural environments“)) OR (it: („sub-urban environments“)) OR (it: (towns)) OR (kw: („community based“)) OR (kw: („community setting“)) OR (kw: („community settings“)) OR (kw: („community participation“)) OR (kw: („public participation“)) OR (kw: („rural community“)) OR (kw: („rural communities“)) OR (kw: („rural area“)) OR (kw: („rural areas“)) OR (kw: („rural district“)) OR (kw: („rural districts“)) OR (kw: („urban district“)) OR (kw: („urban area“)) OR (kw: („urban areas“)) OR (kw: („urban districts“)) OR (kw: (neighborhood)) OR (kw: (neighbourhood)) OR (kw: (neighborhoods)) OR (kw: (neighbourhoods)) OR (kw: (county)) OR (kw: (counties)) OR (kw: (suburb)) OR (kw: (suburbs))) AND ((it: (participation)) OR (it: („client participation“)) OR (it: (awareness)) OR (it: („treatment barriers“)) OR (it: (strategies)) OR (kw: (recruit\*)) OR (kw: (reach)) OR (kw: (reaching)) OR (kw: („participation rate“)) OR (kw: (enablers)) OR (kw: (facilitators)) OR (kw: (barriers)) OR (kw: (awareness)) OR (kw: („community awareness“)) OR (kw: (engag\*)) OR (kw: („community engagement“)) OR (kw: (retention)) OR (kw: (compliance)) OR (kw: (adherence)) OR (kw: (dropout)) OR (kw: („drop out“)) OR (kw: (effectiveness)) OR (ab: (recruit\*)) OR (ab: (reach)) OR (ab: (reaching)) OR (ab: („participation rate“)) OR (ab: (enablers)) OR (ab: (facilitators)) OR (ab: (barriers)) OR (ab: (awareness)) OR (ab: („community awareness“)) OR (ab: (engag\*)) OR (ab: („community engagement“)) OR (ab: (retention)) OR (ab: (compliance)) OR (ab: (adherence)) OR (ab: (dropout)) OR (ab: („drop out“)) OR (ab: (effectiveness))) AND ((it: (disadvantaged)) OR (it: („lower class“)) OR (it: („lower income level“)) OR (it: („minority groups“)) OR (it: („poverty areas“)) OR (it: („socioeconomic status“)) OR (it: („health disparities“)) OR (it: („single parents“)) OR (it: („children of alcoholics“)) OR (it: (immigration)) OR (kw: („vulnerable population“)) OR (kw: („vulnerable populations“)) OR (kw: („vulnerable group“)) OR (kw: („vulnerable groups“)) OR (kw: („socioeconomically vulnerable groups“)) OR (kw: („disadvantaged population“)) OR (kw: („disadvantaged populations“)) OR (kw:

(„deprived population“) OR (kw: („deprived populations“) OR (kw: („minority group“) OR (kw: („minority groups“) OR (kw: („underserved population“) OR (kw: („underserved populations“) OR (kw: („socially disadvantaged“) OR (kw: („socially deprived“) OR (kw: (under-privileged)) OR (kw: (poverty)) OR (kw: („low socioeconomic status“) OR (kw: („low ses“) OR (kw: („low income“) OR (kw: („low education“) OR (kw: („low educated“) OR (kw: („health dis-parities“) OR (kw: („older adults“) OR (kw: („elderly“) OR (kw: („disabled persons“) OR (kw: („people with disabilities“) OR (kw: („children with disabilities“) OR (kw: („disadvantaged chil-dren“) OR (kw: („children of alcoho-lics“) OR (kw: („children of parents with a mental illness“) OR (kw: („single parent families“) OR (kw: („single parents“) OR (kw: („single mother“) OR (kw: („single mothers“) OR (kw: („single father“) OR (kw: („single fathers“) OR (kw: („migrant population“) OR (kw: (immigrant)) OR (kw: (refugees)) OR (kw: („low educated adolescents“) OR (kw: („socially disadvantaged adolescents“) OR (kw: („disad-vantaged area“) OR (kw: („dis-advantaged areas“) OR (kw: („low income area“) OR (kw: („low in-come areas“)) AND (((kw: (program)) OR (kw: (programs)) OR (kw: (intervention)) OR (kw: (interven-tions))) AND ((kw: („healthy lifestyle“) OR (kw: („sedentary lifestyle“) OR (kw: („healthy behavior“) OR (kw: („healthy behaviour“) OR (kw: („mental health“) OR (kw: („obesity prevention“) OR (kw: („pre-vention of overweight“) OR (kw: („physical activity“) OR (kw: (exercise)) OR (kw: (diet)) OR (kw: („smoking cessation“) OR (kw: („tobacco use prevention“) OR (kw: („substance use preven-tion“) OR (kw: („substance abuse prevention“) OR (kw: („alcohol use prevention“) OR (kw: („al-cohol abuse prevention“) OR (kw: („drug prevention“) OR (kw: („fall prevention“)) OR (it: („health promo-tion“) OR (it: (strategies)) OR (it: (obesity)) OR (it: (overweight)) OR (it: (diets)) OR (it: („eating behavi-or“) OR (it: (nutrition)) OR (it: („food intake“) OR (it: („physical activity“) OR (it: (exercise)) OR (it: (stress)) OR (it: (mental health)) OR (it: (psychosocial factors)) OR (kw: („health promotion“) OR (kw: („prevention program“) OR (kw: („prevention programs“) OR (kw: („public health intervention“) OR (kw: („public health interventions“) OR (kw: („health cam-paign“) OR (kw: („health campaigns“) OR (kw: („wellness program“) OR (kw: („wellness pro-grams“) OR (kw: („lifestyle intervention“) OR (kw: („lifestyle interventions“)) AND Year: 2000 To 2017

Filter: PsycINFO Classification:

2800 Developmental Psychology

2860 Gerontology

2900 Social Processes & Social Issues

3300 Health & Mental Health Treatment & Prevention

3365 Promotion & Maintenance of Health & Wellness

3360 Health Psychology & Medicine

3370 Health & Mental Health Services

3373 Community & Social Services

3500 Educational Psychology

Datum: 21.12.2017

Treffer: 426

### Web of Science

((TS=“health promotion“ OR TS=“prevention program“ OR TS=“prevention programs“ OR TS=“public health intervention“ OR TS=“public health interventions“ OR TS=“health campaign“ OR TS=“health campaigns“ OR TS=“wellness program“ OR TS=“wellness programs“ OR TS=“lifestyle intervention“ OR TS=“lifestyle interventions“) OR ((TI=program OR TI=programs OR TI=intervention OR TI=interventions) AND (TI=“healthy lifestyle“ OR TI=“sedentary lifestyle“ OR TI=“healthy behavior“ OR TI=“healthy behaviour“ OR TI=“mental health“ OR TI=“obesity preven-tion“ OR TI=“prevention

of overweight“ OR TI=“physical activity“ OR TI=exercise OR TI=diet OR TI=“smoking cessation“ OR TI=“tobacco use prevention“ OR TI=“substance use prevention“ OR TI=“substance abuse prevention“ OR TI=“alcohol use prevention“ OR TI=“alcohol abuse prevention“ OR TI=“drug prevention“ OR TI=“fall prevention“)) AND (TS=“vulnerable population“ OR TS=“vulnerable populations“ OR TS=“vulnerable group“ OR TS=“vulnerable groups“ OR TS=“socioeconomically vulnerable groups“ OR TS=“disadvantaged population“ OR TS=“disadvantaged populations“ OR TS=“deprived population“ OR TS=“deprived populations“ OR TS=“minority group“ OR TS=“minority groups“ OR TS=“underserved population“ OR TS=“underserved populations“ OR TS=“socially disadvantaged“ OR TS=“socially deprived“ OR TS=underprivileged OR TS=poverty OR TS=“low socioeconomic status“ OR TS=“low ses“ OR TS=“low income“ OR TS=“low education“ OR TS=“low educated“ OR TS=“health disparities“ OR TS=“older adults“ OR TS=elderly OR TS=“disabled persons“ OR TS=“people with disabilities“ OR TS=“children with disabilities“ OR TS=“disadvantaged children“ OR TS=“children of alcoholics“ OR TS=“children of parents with a mental illness“ OR TS=“single parent families“ OR TS=“single parents“ OR TS=“single mother“ OR TS=“single mothers“ OR TS=“single father“ OR TS=“single fathers“ OR TS=“migrant population“ OR TS=immigrant OR TS=refugees OR TS=“low educated adolescents“ OR TS=“disadvantaged area“ OR TS=“disadvantaged areas“ OR TS=“low income area“ OR TS=“low income areas“) AND (TS=recruit\* OR TS=reach OR TS=reaching OR TS=“participation rate“ OR TS=enablers OR TS=facilitators OR TS=barriers OR TS=awareness OR TS=“community awareness“ OR TS=engag\* OR TS=“community engagement“ OR TS=retention OR TS=compliance OR TS=adherence OR TS=drop-out OR TS=effectiveness) AND (TS=“community based“ OR TS=“community-based“ OR TS=“community setting“ OR TS=“community settings“ OR TS=“community participation“ OR TS=“public participation“ OR TS=“rural community“ OR TS=“rural area“ OR TS=“rural areas“ OR TS=“rural district“ OR TS=“rural districts“ OR TS=“urban district“ OR TS=“urban districts“ OR TS=“urban area“ OR TS=“urban areas“ OR TS=neighborhood OR TS=neighbourhood OR TS=neighborhoods OR TS=neighbourhoods OR TS=county OR TS=counties OR TS=suburb OR TS=suburbs)

Refined by: WEB OF SCIENCE CATEGORIES: ( PUBLIC ENVIRONMENTAL OCCUPATIONAL HEALTH OR SOCIAL SCIENCES INTERDISCIPLINARY OR GERONTOLOGY OR PSYCHOLOGY MULTIDISCIPLINARY OR PSYCHOLOGY OR NUTRITION DIETETICS OR SPORT SCIENCES OR PEDIATRICS OR WOMEN S STUDIES ) AND PUBLICATION YEARS: ( 2016 OR 2011 OR 2007 OR 2000 OR 2015 OR 2009 OR 2005 OR 2014 OR 2008 OR 2003 OR 2002 OR 2013 OR 2004 OR 2012 OR 2001 OR 2017 OR 2006 OR 2010 ) AND LANGUAGES: ( ENGLISH ) AND DOCUMENT TYPES: ( ARTICLE OR BOOK CHAPTER ) AND WEB OF SCIENCE CATEGORIES: ( PUBLIC ENVIRONMENTAL OCCUPATIONAL HEALTH )

Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI Timespan=All years

Datum: 09.01.2018

Treffer: 363

## 6.4 Literaturselektion

Die Auswahl geeigneter Publikationen zur Beantwortung der Forschungsfragen des Scoping Reviews erfolgte in zwei Schritten. Die Auswahl wurde insgesamt durch zwei unabhängig voneinander tätige Wissenschaftlerinnen sowie eine Projektassistentin vorgenommen. Insofern es bei der Selektion von Studien zu Unstimmigkeiten kam, wurden diese besprochen und ein Konsens vereinbart.

### 6.4.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Selektion auf Ebene von Titel und Abstract

Die erste Selektion erfolgte nach Abschluss der elektronischen Datenbanksuche auf Ebene der Titel und Abstracts der Publikationen durch Sichtung der erzielten Treffer.

Einschlusskriterien bildeten dabei die folgenden:

- Die Publikation berichtet über eine oder mehrere vulnerable Zielgruppen der unter Kapitel 1 definierten Population.
- Die Publikation berichtet über eine oder mehrere Interventionen der Prävention oder der Gesundheitsförderung im kommunalen Setting.
- Die Publikation berichtet über Strategien der Erreichbarkeit oder aber eine oder mehrere Interventionen, aus denen sich Strategien der Erreichbarkeit ableiten lassen.
- Die Publikation berichtet über eine oder mehrere der unter Kapitel 6.1.1 definierten Outcomes.
- Die Publikation stammt aus einem Land oder berichtet über Studien aus einem Land/anderen Ländern, in dem/denen mit Deutschland vergleichbare wirtschaftliche, gesellschaftliche sowie kulturelle Verhältnisse herrschen und damit grundsätzlich die Möglichkeit einer Übertragbarkeit der Ergebnisse gegeben ist.
- Die Publikation wurde in den Jahren 2000 bis 2017 veröffentlicht.
- Die Publikation ist in englischer oder deutscher Sprache.

Ausgeschlossen wurden Arbeiten, wenn eines der folgenden Kriterien zutrifft:

- Die Studie behandelt ausschließlich oder vorrangig eine ätiologische Fragestellung (z. B. Identifikation von Risikofaktoren, die eine bestimmte Krankheit in einer vulnerablen Zielgruppe bedingen) oder verfolgt sehr isolierte, spezifische Studienziele, die keine Informationen zu Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen erwarten lassen (z. B. gesundheitsökonomische Studien zur Kosteneffektivität).
- Die Publikation berichtet ausschließlich über Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen, Kindertagesstätten oder Betrieben.
- Die Publikation berichtet über eine therapeutische oder rehabilitative Intervention oder eine Intervention im Kontext der medizinischen Versorgung ohne präventiven oder gesundheitsförderlichen Ansatz.
- Die Publikation berichtet über eine Studie, die zwar auf eine vulnerable Gruppe abzielt, bei der jedoch die Sekundärprävention sehr spezifischer Krankheitsfolgen im Vordergrund steht, z. B. Umgang mit dem „diabetischen Fuß“.
- Die Publikation stammt aus einem Land oder berichtet über Studien aus einem Land/mehreren Ländern, das/die hinsichtlich seiner wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse nicht mit Deutschland vergleichbar ist/sind (überwiegend Entwicklungsländer).

- Die Publikation berichtet über eine oder mehrere Interventionen, die für Deutschland offenkundig keine Relevanz besitzen (z. B. Zugang zu sauberem Trinkwasser).
- Die Publikation berichtet über Zielgruppen, die für Deutschland nicht primär relevant sind und bei denen die Übertragbarkeit der Ergebnisse für Deutschland nur schwer bis gar nicht gegeben ist (z. B. indigene Völker in Alaska).

Das letzte Ausschlusskriterium wurde in Abhängigkeit vom Umfang des Literaturpools angewandt. Das bedeutet, dass Arbeiten, die über für Deutschland nicht primär relevante Zielgruppen berichten, bei einer absehbar sehr großen Anzahl relevanter Treffer mit höherer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen wurden als im Falle einer sehr begrenzten Studienlage.

### **Selektion im Rahmen der Volltextsichtung**

Die im ersten Selektionsschritt identifizierten potentiell relevanten Veröffentlichungen wurden im Volltext beschafft und einer zweiten Selektion unterzogen. Neben den oben genannten Kriterien galten ergänzend auf Basis der Volltexte die folgenden Ausschlusskriterien:

- Die Publikation ist anders als erwartet nicht einschlägig und liefert nicht die relevanten Informationen, die Titel oder Abstract vermuten lassen.
- In der Publikation werden keine Studienbefunde berichtet (z. B. Leserbrief, „short commentary“).

### **6.5 Handsuche**

Parallel zur Datenbank-Recherche wurde eine Handsuche durchgeführt. Die Handsuche erfolgte teilstrukturiert und identifizierte relevante Literatur über drei Wege:

1. Es wurden die Literaturverzeichnisse (möglichst aktueller) einschlägiger Titel ausgewertet, die bereits identifiziert werden konnten („Rückwärtssuche“/„Schneeballsystem“).
2. Es wurden einschlägige wissenschaftliche Zeitschriften „von Hand“ durchsucht, d. h. nicht automatisiert, die vorrangig deutschsprachig sind bzw. in Deutschland publiziert werden, darunter im Einzelnen die Zeitschriften „Prävention und Gesundheitsförderung“, „Das Gesundheitswesen“, „Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz“ sowie das „Public Health Forum“ und das „Journal of Public Health“ (ehemals „Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften“). Daneben wurden Google und Google Scholar in Anlehnung an das Rechercheprotokoll zur Suche genutzt („Freihandsuche“). Als Stichworte für die Suche in den beiden Suchmaschinen dienen die im Meta-Suchstring zusammengestellten Begriffe bzw. insbesondere deren deutsche Entsprechung.
3. Mit Google Scholar wurde eine sogenannte Vorwärtssuche ausgeführt, d. h. es wurde nach Arbeiten gesucht, die auf bereits bekannte Publikationen verweisen.

Die Handsuche diente neben der Erweiterung des Literaturpools allgemein vor allem dem Auffinden deutschsprachiger Publikationen, die mittels der elektronischen Datenbanken nicht identifiziert werden konnten.

Auch die Ergebnisse der Handsuche wurden mittels EndNote abgespeichert.

## 6.6 Datenextraktion

Zur Gewinnung relevanter Daten und Informationen aus den Studien wurde ein Datenextraktionschema entwickelt, welches neben bibliografischen Angaben wie Autorinnen und Autoren, Titel und Erscheinungsjahr vor allem inhaltlich interessierende Aspekte beinhaltet, die für die Beantwortung der Forschungsfragen geeignet erschienen. Um die Verlässlichkeit der Studienergebnisse und Informationen zumindest ansatzweise einschätzen zu können, wurden der Studientyp sowie offenkundige Mängel und Limitationen der Studien erfasst. Die Dokumentation der Datenextraktion erfolgte in Form einer Excel-Tabelle.

Die Datenextraktionsfelder umfassten im Einzelnen:

- Zielgruppe/Studienpopulation
- Studiendesign
- Ziel der Studie/Studienanliegen
- Durchführungsland
- Deutsche Studie/Studien?
- Outcomes
- Beschriebene Strategie
- Art der Ansprache/Rekrutierung
- Theoretischer Rahmen
- Förderliche Faktoren
- Barrieren
- Verhältnis-/Verhaltensprävention
- Handlungsfeld
- Wirksamkeitsnachweise
- Inhaltlich-methodische Gestaltungsmerkmale
- Methodische Limitationen der Studie
- Sonstige Anmerkungen.

Insofern eine extrahierte Studie zu einem der Felder keine Informationen lieferte, wurde dieses nicht ausgefüllt.

## 7 Anhang 2: Liste verbliebener nicht exzerpierter Studien

Cheadle, A., Bourcier, E., Krieger, J., Beery, W., Smyser, M., Vinh, D. V. et al. (2011). The impact of a community-based chronic disease prevention initiative: evaluation findings from Steps to Health King County. *Health Education & Behavior*, 38(3), 222-230.

Cohen, D. A., Marsh, T., Williamson, S., Han, B., Derose, K. P., Golinelli, D. et al. (2014). The potential for pocket parks to increase physical activity. *American Journal of Health Promotion*, 28(3, Suppl), S19-S26.

Cummins, S., Flint, E. & Matthews, S. A. (2014). New neighborhood grocery store increased awareness of food access but did not alter dietary habits or obesity. *Health Affairs (Mill-wood)*, 33(2), 283-291.

Dattalo, M., Wise, M., Ford, J. H., Abramson, B. & Mahoney, J. (2017). Essential Resources for Implementation and Sustainability of Evidence-Based Health Promotion Programs: A Mixed Methods Multi-Site Case Study. *Journal of Community Health*, 42(2), 358-368.

Dulin-Keita, A., Clay, O., Whittaker, S., Hannon, L., Adams, I. K., Rogers, M. et al. (2015). The influence of HOPE VI neighborhood revitalization on neighborhood-based physical activity: A mixed-methods approach. *Social Science & Medicine*, 139, 90-99.

Elder, A. J. S., Scott, W. S., Kluge, M. A. & Elder, C. L. (2016). CyberEx Internet-based group exercise for rural older adults: A pilot study. *Activities, Adaptation & Aging*, 40(2), 107-124.

Horowitz, C. R., Brenner, B. L., Lachapelle, S., Amara, D. A. & Arniella, G. (2009). Effective recruitment of minority populations through community-led strategies. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(6, Suppl 1), S195-S200.

Jaskiewicz, L., Dombrowski, R. D., Drummond, H. M., Barnett, G. M., Mason, M. & Welter, C. (2013). Partnering with community institutions to increase access to healthful foods across municipalities. *Preventing Chronic Disease*, 10, E167.

Khubchandani, J., Balls-Berry, J., Price, J. H. & Webb, F. J. (2016). Community-engaged strategies to increase diversity of participants in health education research. *Health Promotion Practice*, 17(3), 323-327.

Kozica, S. L., Lombard, C. B., Ilic, D., Ng, S., Harrison, C. L. & Teede, H. J. (2015). Acceptability of delivery modes for lifestyle advice in a large scale randomised controlled obesity prevention trial. *BMC Public Health*, 15, 699.

Lee, H., Wilbur, J., Chae, D., Lee, K. & Lee, M. (2015). Barriers to Performing Stretching Exercises Among Korean-Chinese Female Migrant Workers in Korea. *Public Health Nursing*, 32(2), 112-121.

Luten, K. A., Reijneveld, S. A., Dijkstra, A. & de Winter, A. F. (2016). Reach and effectiveness of an integrated community-based intervention on physical activity and healthy eating of older adults in a socioeconomically disadvantaged community. *Health Education Research*, 31(1), 98-106.

- Marinescu, L. G., Sharify, D., Krieger, J., Saelens, B. E., Calleja, J. & Aden, A. (2013). Be active together: supporting physical activity in public housing communities through women-only programs. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 7(1), 57-66.
- Nguyen, D. H., Shimasaki, S., Stafford, H. S. & Sadler, G. R. (2010). Health journalism internships: A social marketing strategy to address health disparities. *Journal of Cancer Education*, 25(3), 371-376.
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C. & Laforest, S. (2009). Staying connected: Neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montréal, Québec. *Health Promotion International*, 24(1), 46-57.
- Sheikhhattari, P., Apata, J., Kamangar, F., Schutzman, C., O'Keefe, A., Buccheri, J. et al. (2016). Examining Smoking Cessation in a Community-Based Versus Clinic-Based Intervention Using Community-Based Participatory Research. *Journal of Community Health*, 41(6), 1146-1152.
- Stineman, M. G., Strumpf, N., Kurichi, J. E., Charles, J., Grisso, J. A. & Jayadevappa, R. (2011). Attempts to reach the oldest and frailest: recruitment, adherence, and retention of urban elderly persons to a falls reduction exercise program. *Gerontologist*, 51 Suppl 1, S59-72.
- Teychenne, M., Ball, K. & Salmon, J. (2012). Promoting physical activity and reducing sedentary behavior in disadvantaged neighborhoods: a qualitative study of what women want. *PLoS One*, 7(11), e49583.
- van der Waerden, J. E., Hoefnagels, C., Jansen, M. W. & Hosman, C. M. (2010). Exploring recruitment, willingness to participate, and retention of low-SES women in stress and depression prevention. *BMC Public Health*, 10, 588.
- Van Dyck, D., Veitch, J., De Bourdeaudhuij, I., Thornton, L. & Ball, K. (2013). Environmental perceptions as mediators of the relationship between the objective built environment and walking among socio-economically disadvantaged women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 108.





GKV-Bündnis für  
**GESUNDHEIT**



Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

