



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

---

Wirksamkeitsabschätzung, Konzept- und Prozessevaluation  
des Projekts "Bauen mit Lehm für Groß und Klein"  
von „Bunte Kuh“ e.V.

(März 2007)

Thomas Kliche, Dipl.-Pol. Dipl.-Psych.

Tamara Mosch cand. psych.

Manuela Post, cand. psych.

Rita Varró, cand. psych.

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

Universitätsklinikum Eppendorf (UKE)

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Martinstraße 52 (S 35), 20246 Hamburg

[t.kliche@uke.uni-hamburg.de](mailto:t.kliche@uke.uni-hamburg.de)

Tel. (040) 42803-3419

---

## Abkürzungsverzeichnis:

AM	= Mittelwert (arithmetisches Mittel)
df	= Freiheitsgrade
F	= Prüfgröße zur Bestimmung der Signifikanz
FB	= Fragebogen
n	= Stichprobengröße
n.s.	= statistisch nicht signifikant
p	= Irrtumswahrscheinlichkeit
QIP	= Qualitätssicherung in der Prävention
r	= Produkt-Moment-Korrelation (nach Pearson-Bravais)
SD	= Standardabweichung
T1	= Ersterhebung
T2	= Nacherhebung
$\chi^2$	= Chi-Quadrat-Wert oder -Test (dient der Bestimmung der Signifikanz)
eta <sup>2</sup>	= Effektstärkenmaß
*	= mit 5% Irrtumswahrscheinlichkeit (Alpha-Fehler) signifikant
**	= mit 1% Irrtumswahrscheinlichkeit (Alpha-Fehler) signifikant

Grau unterlegte Felder: Markierung für mittlere oder höhere Effektgrößen

## Inhalt

<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>PROJEKTBESCHREIBUNG</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>AUFGABENSTELLUNG</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>VORGEHEN UND METHODEN</b> .....	<b>8</b>
4.1	GRUNDLAGEN DES DESIGNS .....	8
4.2	DIE BEFRAGUNGSINSTRUMENTE.....	9
4.2.1	<i>Interview-Leitfaden für die Zielgruppe Kinder</i> .....	9
4.2.2	<i>Fragebögen für die Zielgruppen Eltern und pädagogisches Fachpersonal</i> .....	9
4.3	DATENERHEBUNG.....	10
4.3.1	<i>Erstbefragung</i> .....	11
4.3.2	<i>Nachbefragung</i> .....	11
4.4	PROJEKTANALYSE MIT DEM INFORMATIONSSYSTEM <i>QIP</i> .....	12
4.5	VERÄNDERUNGSABSCHÄTZUNG .....	16
4.6	STICHPROBENBESCHREIBUNG.....	16
4.6.1	<i>Ausschöpfung und Rücklauf</i> .....	16
4.6.2	<i>Kinder</i> .....	17
4.6.3	<i>Eltern</i> .....	18
4.6.4	<i>Pädagogisches Fachpersonal</i> .....	18
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE</b> .....	<b>19</b>
5.1	ANALYSE NACH EVIDENZGESTÜTZTEN QUALITÄTSDIMENSIONEN .....	19
5.1.1	<i>Vergleichende Konzept- und Prozessevaluation</i> .....	19
5.1.2	<i>Kommentare und Empfehlungen der Gutachter/-innen</i> .....	26
5.2	BEFRAGUNG DER TEILNEHMENDEN KINDER .....	29
5.3	PROJEKTEINSCHÄTZUNG DER ELTERN .....	30
5.4	PROJEKTEINSCHÄTZUNG DES PÄDAGOGISCHEN FACHPERSONALS .....	31
5.5	ELTERN UND PÄDAGOGISCHES FACHPERSONAL IM VERGLEICH.....	31
<b>6</b>	<b>EINSCHRÄNKUNGEN DER AUSSAGEKRAFT DER ERGEBNISSE</b> .....	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>GESAMTBILD UND EMPFEHLUNGEN ZUR PROJEKTGESTALTUNG</b> .....	<b>36</b>
<b>8</b>	<b>LITERATUR</b> .....	<b>38</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG: TABELLENTEIL</b> .....	<b>40</b>
<b>10</b>	<b>ANHANG: INSTRUMENTE</b> .....	<b>47</b>
10.1	INTERVIEWLEITFADEN FÜR JÜNGERE KINDER.....	47
10.2	FRAGEBOGEN ODER INTERVIEWLEITFADEN FÜR KINDER.....	48
10.3	ERSTBEFRAGUNGSSKALEN FÜR ERWACHSENE .....	48
10.4	NACHBEFRAGUNGSSKALEN FÜR ELTERN.....	49
10.5	NACHBEFRAGUNGSSKALEN FÜR PÄDAGOGISCHES PERSONAL .....	49

## 1 Zusammenfassung

Das von Bunte Kuh e.V. durchgeführte Projekt „Bauen mit Lehm für Groß und Klein“ ist ein niedrigschwelliges, -frequentes und -dosiertes Projekt mit freiwilliger Komm-Struktur. Zielgruppe sind Kinder, insbesondere sozial Benachteiligte und kulturell gemischte Wohnquartiere. Die Zielsetzungen sind auf die Förderung von Lebenskompetenzen und Selbstwirksamkeit ausgerichtet, weil bei jüngeren Kindern übergreifende und spezifische soziale und gesundheitliche Kompetenzen und Motivationen eng miteinander verflochten sind. Das Projekt verbindet mehrere Interventionsformen und ermöglicht den Teilnehmer/-innen damit, Erfahrungen auf mehreren Lern- und Entwicklungsebenen zu machen (soziales, interkulturelles, intergenerationales, ökologisches Lernen; Werksinn und Selbstwirksamkeit; Partizipation und Teilhabe an der Gestaltung öffentlicher Räume im eigenen Umfeld; nachbarschaftliche Begegnung; Vernetzung und institutionelle Zusammenarbeit im Stadtteil).

Für die Durchführung im Schanzenpark Hamburg, Mai 2006, wurden eine Konzept- und Prozessevaluation mit dem Informationssystem *QIP* und eine direkte Veränderungsmessung durch Teilnehmerbefragung durchgeführt. Der Schwerpunkt der Evaluation lag auf den Auswirkungen des Projekts für Prävention und Gesundheitsförderung (also nicht auf der Ebene ökologischer oder politischer Bildung oder der Vernetzung im Quartier). In die Erhebungen einbezogen waren die drei Zielgruppen Kinder, Eltern und pädagogisches Fachpersonal aus Kitas und Grundschulen. Zur Ersterhebung wurden alle Teilnehmer/-innen an den Befragungstagen angesprochen (Ausschöpfung: Eltern 70%, Kinder 85%, Fachpersonal: 100%). Erwachsene wurden mit Fragebogen befragt, Kinder mit einem kurzen Leitfaden-Interview. In der Ersterhebung wurden 295 Teilnehmer/-innen befragt (116 Kinder, 128 Eltern und 51 Pädagog/-innen). Bei den Kindern wurden Akzeptanz und Projektbewertung erhoben; bei den Erwachsenen wurde eine direkte Veränderungsmessung mit drei Teilskalen durchgeführt:

- (a) Einschätzung der Durchführungsqualität,
- (b) Einschätzung der Projektwirksamkeit sowie
- (c) beobachtete Verhaltensänderungen der Kinder.

Die Auswertungen erfolgten mit gängigen deskriptiven und inferenzstatistischen Verfahren (mit Signifikanz- und Effektgrößenprüfung). In postalischer Nachbefragung wurde nach vier Wochen bei 47 Familien und 18 Fachkräften die Stabilität der Projektwirkungen geprüft.

**Die Konzept- und Prozessanalyse mit *QIP* zeigt ein hochwertiges präventives Projekt mit gut fundiertem Konzept, vorbildlicher Planung und Umsetzung und hoher Wahrscheinlichkeit präventiver Wirksamkeit. Das Projekt erreicht in allen analysierten Qualitätsdimensionen gute oder vorbildliche Wert, zumeist im Bereich der Spitzenwerte vergleichbarer Aktivitäten. Der gewählte Standort passte vorzüglich zum Arbeitsansatz. 21 Kitas und 10 Schulen konnten zur Beteiligung gewonnen werden.**

Die Zahl der Teilnehmer/-innen ist erheblich (vierstellig). **Mit etwa 50% mehrsprachiger Familien wurde ein hoher Anteil von Familien mit Migrationshintergrund erreicht.** Die

se waren ebenso zufrieden mit dem Projekt wie andere Teilnehmer/-innen. Beobachtungen bei der Datenerhebung bestätigen, dass dem Projekt der Zugang zur schwer erreichbaren Teilgruppe sozial Benachteiligter, die aber besonders unter gesundheitlicher Chancenungleichheit leiden, gut gelingt. **In allen Gruppen herrschte hohe Zufriedenheit mit dem Projekt.** Die Kinder hatten Freude und fühlten sich gut aufgehoben. Jüngere Kinder wünschten sich mehr Unterstützung und Zuwendung durch Erwachsene als ältere. Eltern erlebten das Projekt als gelungen, attraktiv und wirkungsvoll. **Deshalb kam die Mehrzahl der Familien mehrfach zur Lehmbaustelle. Eltern und pädagogisches Fachpersonal berichteten übereinstimmend persönlichkeits- und gesundheitsförderliche Verhaltens- und Motivationsänderungen bei den Kindern (Steigerung von Bewegungsfreude, Konzentration, Ausgeglichenheit und Fröhlichkeit).** **In direkter Veränderungsmessung ist somit eine gesundheitsförderliche Wirksamkeit des Projekts plausibel belegbar. Die Effekte erreichen die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmer/-innen. Sie gehen nach einigen Wochen in den Bereich niedriger Effektgrößen zurück.** Stabile Gesundheitsgewinne oder nachhaltige Umgestaltungen des Alltagslebens wären auch erst bei höherer Dosierung und Frequenz zu erwarten. Diese hängt von der finanziellen Ausstattung, dem Ausbau der Kooperationsnetze und externer Unterstützung ab.

Entsprechende Weiterentwicklungen hat das Projekt bereits begonnen. **Daher kann dem Projekt empfohlen werden, auf dem eingeschlagenen Weg weiter voranzuschreiten. Insbesondere bestehen gute Erfahrungen mit dem hier entwickelten Ansatz für Zielgruppen, die mit konventionellen Formen der Bildungsarbeit und Gesundheitsförderung schwer erreichbar sind.** Der Ansatz des Projekts kann auch für spezifische Indikationen und Integrationsarbeit mit guter Aussicht auf Erfolg eingesetzt werden. Das Projekt ist infolge seiner Sichtbarkeit und Akzeptanz, seiner Motivationswirkungen, seiner Erlebnis- und Begegnungsqualität ebenfalls gut als Ausgangspunkt oder Teilintervention von Settings-Projekten in Wohnquartieren oder Bildungseinrichtungen geeignet.

Für nachhaltige individueller Gesundheitswirkungen ist wichtig, die Motivations- und Erlebniseffekte des Projekts als Einstieg in selbstwirksamkeits- und gesundheitsförderliche Veränderungen im Lebensalltag der Teilnehmer/-innen zu nutzen. Dazu hat das Projekt bereits verschiedene Unterlagen und Arbeitsformen entwickelt, deren Umsetzung von lokalen Durchführungsbedingungen und finanzieller Ausstattung abhängt. **Zur Verbesserung der Nachhaltigkeit wäre eine längere Laufzeit empfehlenswert.** Inanspruchnahme und Dosis können durch Multiplikatorenschulungen, Kooperationen (z.B. mit Kitas, Schulen) und kontinuierliche oder länger dauernde Arbeitsformen erweitert werden (z.B. Sommerlager). Die Analyse mit *QIP* erbrachte eine Reihe weiterer, konkreter Vorschläge. Diese sind vom Projekt schon durchgeplant worden, ihre Verwirklichung erfordert jedoch bestimmte Rahmenbedingungen (z.B. Bauort, finanzielle Ausstattung, Unterstützung durch geldwerte Leistungen der lokalen Akteure, z.B. Sponsoring). Es ist zu erwarten, dass das Projekt durch die Fortsetzung seiner kontinuierlichen Vernetzungsarbeit hierbei auch künftig gute Voraussetzungen schafft und damit eine hohe Wahrscheinlichkeit auf gesundheitsförderliche Wirkungen für die Teilnehmer/-innen hat.

## 2 Projektbeschreibung

Der gemeinnützige Verein Bunte Kuh e.V. führt seit 1996 unter dem Motto „Räume durch Erleben entwerfen“ öffentliche Baukunstaktionen in Großstädten durch, z.B. in Hamburg oder Berlin. Die Mitarbeiter/-innen des Vereins arbeiten überwiegend ehrenamtlich.

Hauptzielgruppe sind Kinder im Alter von 3-12 Jahren. Das Angebot steht sowohl Familien mit Kindern als auch Einrichtungen (Kindergärten, Schulen, Einrichtungen für körperlich und geistig behinderte Menschen) offen. Das Projekt möchte als niedrigschwelliges, für jedermann zugängliches Angebot besonders auch sozial Schwache, Migrant/-innen und Obdachlose erreichen. Aus diesem Grund finden die Baukunstaktionen vorwiegend in sozial benachteiligten Stadtteilen (in sog. sozialen Brennpunkten) und Bildungseinrichtungen statt und sind kostenlos. An jedem Ausführungsort gibt es vielfältige, individuell auswählbare und wechselnde Beteiligungsmöglichkeiten, die zur Teilnahme motivieren sollen.

Arbeitsform ist vor allem das Bauen mit Lehm. Offene Arbeitsformen bestimmen das Vorgehen. Kinder und Erwachsene können sich frei für ein Angebot entscheiden und sich je nach Entwicklungsstand und Interesse einbringen. Sie können z.B. selbständig kleine Modelle aus Lehm entwerfen, sich an der Erstellung großer Skulpturen oder an modellierten Landschaften mit begehbaren Räumen beteiligen. Für die Modellarbeit stehen Tische und Bänke zur Verfügung. Für die großformatigen Bauwerke dienen die kleinen Modelle der Kinder als Vorlage. Während des Bauens werden ca. 25 Tonnen Lehm verarbeitet.

Ziel dieser Aktionen ist es, körperliche und seelische Gesundheit und die sozialen Fähigkeiten der Kinder zu fördern. Der präventive Ansatz beruht darauf, dass Lehmbauen sowohl Bewegung (Fein- und Grobmotorik) als auch Gestaltungskompetenz, Ausgeglichenheit, Selbstwerterleben und Werksinn fördert: Die Kinder entdecken und üben unbekannte oder wenig entwickelte Fähigkeiten und erhalten Verstärkung durch die Fertigstellung ihrer Werke und öffentliche Anerkennung. Das gemeinsame Bauen fördert Konzentration, Kommunikation und Kooperation unter den Kindern. Das trägt zur Stress- und Konfliktminderung bei und unterstützt allgemeine Life skills. Dadurch kann die Teilnahme durch Schlüsselerfahrungen auch einen Beitrag zur Suchtprävention leisten. Das Projekt zielt durch die Vielfalt möglicher Arbeits- und Beteiligungsformen auf eine Verbindung von sozialem, gesundheitlichem, ökologischem, städtebaulichem, interkulturellem, intergenerationalem, nachbarschaftlichem, und partizipativ-gesellschaftlichem Lernen für die Teilnehmer/-innen. Diese werden einerseits für ungenutzte Möglichkeiten ihres Lebensumfelds sensibilisiert, andererseits durch Erfahrungen mit der Gestaltbarkeit des öffentlichen Raums und der Freude an den ungewöhnlichen Arbeitsformen und ihrem Arbeitsergebnis zum Eingreifen motiviert. Das Projekt verknüpft also Gesundheitsförderung mit Umweltbildung, interkultureller Kommunikation, sozialer und politischer Bildung (es fördert das Vertrauen und Anerkennung der Gesellschaft in Fähigkeiten der Kinder und erhöht deren Bildungsmotivation), Interaktion der Generationen und Partizipation in der Stadtentwicklung.

Auf der Ebene von Quartiersvernetzung und Capacity Building im Stadtteil ist ein Ziel des Projekts, von Jahr zu Jahr eine bessere Integration in die Strukturen des Stadtteils und der

Partnerorganisationen zu erreichen, diese persönlich zu vernetzen und ihre Zusammenarbeit zu unterstützen, z.B. den Übergang von Kitas in die Grundschulen. Die Lebensqualität im Stadtteil soll im Zusammenwirken vieler lokaler und stadtweiter Institutionen und Menschen aus unterschiedlichen Bereichen verbessert werden. Dies verdeutlicht den Menschen, dass ihr Umfeld gestaltbar ist, und ermutigt zur Partizipation. Für diese bietet das niedrigschwellige Projekt einen Zugang, der frei von kulturellen Barrieren ist (z.B. Sprachkenntnissen).

Das Projekt ist in Hamburg-Eimsbüttel auf vier Jahre angelegt; Beginn der Interventionsphase war Januar 2005. Unter dem Motto „Bauen mit Lehm für Groß und Klein“ war die Lehmbaustelle auch 2006 ab 15. Mai im Sternschanzen-Park geöffnet. Das Projekt hatte an diesem Durchführungsort zwölf Tage Bauzeit und anschließend sechs Tage Ausstellungs- und Spielzeit, in der die fertig gestellten Lehmobjekte zum Spielen und Klettern offen standen.

Das Wohnquartier ist gemischt mit hohem Anteil an Studierenden, türkischsprachigen u.a. Migrant/-innen und sozial Benachteiligten; der Park gilt seit Jahrzehnten als Brennpunkt der „weichen“ Drogenszene und hat mit der Vertreibung der Drogenszene vom Hauptbahnhof seit etwa 2002 weiteren Zulauf von Abhängigen bekommen.

Das Projekt hatte zwölf Tage Bauzeit und danach sechs Tage Spielzeit und war täglich (außer Mittwochs) frei zugänglich. Um eine Überlastung zu bestimmten Zeiten zu vermeiden, ist die Anmeldung von Gruppen notwendig. Montag bis Freitag an den Vormittagen besuchen vornehmlich angemeldete Kita-Gruppen und Schulklassen die Baustelle, während der Woche an den Nachmittagen und am Wochenende ganztägig hauptsächlich Familien. Kinder und Jugendliche bauen dann nach eigenen Entwürfen Hand in Hand mit Eltern, Pädagogen, Künstlern, Bauprofis, mit geistig und körperlich Behinderten zusammen. Gleichzeitig können sich etwa 50 Teilnehmer/-innen beteiligen. In einer kurzen Einweisung werden den Gruppen die Möglichkeiten zur Teilnahme und Besonderheiten des Baustoffs Lehm erklärt. Während des Bauens stehen die Projektleiter den Kindern mit Ermutigung, Anregung und Hilfe zur Verfügung. Dabei wird bestimmten Gruppen, z.B. geistig oder körperlich Behinderten, durch gezielte und ausdauernde Anregungen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. außerdem können Interessierte die Bauwerke zwei Tage lang besuchen.

Das Projekt kalkuliert die Inanspruchnahme in Besuchseinheiten, d.h. Personen, die mindestens 90 Minuten teilnehmen. Für den Schanzenpark 2006 wurden 2.500 Besuchseinheiten geschätzt. Diese Angaben beruhen auf Teilnehmerlisten fest angemeldeter Gruppen aus Kitas und Grundschulen (ca. 6–7 Gruppen am Tag, im Mittel je 2,5 Begleitpersonen und 25 Kinder) sowie auf Sichtschätzungen der offenen Bauzeiten. Nachmittags nehmen, je nach Wetter, etwa 20–70 Personen am Projekt teil, davon etwa 40 Personen neben den angemeldeten Gruppen. Die Angaben für die Vormittage sind präzise, die Schätzungen für die überschaubaren Gruppen am Nachmittag plausibel. Daher kann aus diesen Angaben die Zahl insgesamt erreichter Personen geschätzt werden; demnach haben sich bereits während der zwölf-tägigen Bauzeit etwa 2.500 Personen am Projekt beteiligt. Am Ende des Projekts steht ein großes, offenes Stadtteilfest, an dem 400 Besucher/-innen teilnahmen.

### 3 Aufgabenstellung

Der Projektträger hat die Forschungsgruppe Qualitätssicherungsforschung am Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie (UKE) mit einer Wirkungsabschätzung des Projekts beauftragt. Einbezogen werden sollten die Konzept- und Prozessqualität sowie Potentiale gesundheitsfördernder Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des Projekts. Empirische Grundlage bildet der Einsatz des Lehmbau-Projekts im Schanzenpark Hamburg im Mai 2006. Konzeption, Instrumentengestaltung und Durchführung der Datenerhebung fanden in Abstimmung mit Projektleitung und Fachkräften des Projekts vor Ort statt.

### 4 Vorgehen und Methoden

#### 4.1 Grundlagen des Designs

Aus Gründen von Aufwand und Durchführungsmöglichkeiten im Feld kam eine Beobachtungsstudie oder Vollerfassung aller Zielgruppen im Quartier nicht in Frage. Damit verblieb als Forschungsansatz die direkte Veränderungsmessung bei den Teilnehmer/-innen.

Nach Forschungslage waren dabei instabile Effekte infolge niedriger Dosis und komplexer Wirkungszusammenhänge zu erwarten (Kliche, Koch, Lehmann & Töppich, 2006; Kliche, Werner & Post, 2006). Ein methodisches Problem stellen Validitätsmängel subjektiv-retrospektiver Maßnahmenbeurteilungen infolge kognitiver Dissonanzreduktion und Gedächtnisverzerrungen dar. In Mitarbeiter- und Patientenbefragungen zeigt sich für die Gesamteinschätzung der eigenen Lage und für die Akzeptanz von Versorgungsangeboten oft eine gegenüber situativen Daten verzerrte, nicht selten „falsch-hohe Zufriedenheit“ (Borg, 2000; Neugebauer & Porst, 2001). Für klinische Zwecke sind retrospektive Daten deshalb häufig zu ungenau (Nagurney et al., 2005). Rückblickende Zufriedenheitseinschätzungen werden dennoch in den meisten Bereichen der Gesundheitsforschung eingesetzt. Die Ergebnisse sind nämlich nicht pauschal auf Persönlichkeitsmerkmale zurückzuführen, sie bilden daher Unterschiede der erlebten Versorgung ab (Hendriks, Smets, Vrielink, Van Es & De Haes, 2006). Bei Vorab-Befragungen lassen sich die subjektiven Ziele der Patientinnen erheben und haben dann erheblichen Einfluss auf die Versorgungszufriedenheit (Hasler et al., 2004), Behandlungswirkungen in indirekter Messung liegen bei prospektiver Problemmarkierung höher (Steffanowski, Lichtenberg, Nübling, Wittmann & Schmidt, 2003); rückblickende Befragungen können also sogar zur Unterschätzung der Maßnahmenwirksamkeit führen. Aus diesen Gründen bietet direkte Veränderungsmessung trotz möglicher Über- oder Unterschätzung der Interventionseffekte eine wertvolle Informationsquelle.

Einbezogen werden sollten die wichtigen Zielgruppen: Kinder, Eltern und pädagogische Fachkräfte aus Kitas und Grundschulen. Für diese Gruppen wurden zum Teil erprobte Messinstrumente und Items übernommen, zum Teil geeignete neu entworfen. Für Kinder wurde ein kurzer Interview-Leitfaden konzipiert. Für Eltern und pädagogische Fachkräfte wurden Fragebögen entwickelt und zunächst vor Ort im Projekt, in der Nachbefragung postalisch zur Stabilitätsmessung, ausgefüllt.

Ergebnisse direkter Veränderungsmessung sollten aus den erwähnten methodischen Einschränkungen so weit wie möglich mit anderen Datenquellen abgestützt werden. Für eine solche Triangulation auf der Ergebnisebene (Flick, 2004) kamen Vergleiche der Ergebnisse aus den drei Zielgruppen sowie externe Experteneinschätzungen in Frage. Daher wurden erstens solche Vergleiche angestellt und zweitens ein strukturiertes und auf psychometrische Güte geprüftes Qualitätswertungssystem zur Struktur-, Konzept- und Prozessevaluation und zur zusammenfassenden Wirkungsabschätzung auf der Grundlage aller bislang im Projekt gesammelten Daten eingesetzt, nämlich das evidenzgestützte Verfahren QIP (Kliche, Töppich, Kawski & Koch, 2006; Kliche, Töppich, Kawski, Koch & Lehmann, 2004).

Alle Ergebnisse wurden mit dem Projekt in zwei Besprechungsrunden diskutiert und validiert. Ergänzungen der Projektleitung zur Präzisierung der Einschätzungen wurden aufgenommen.

## **4.2 Die Befragungsinstrumente**

### **4.2.1 Interview-Leitfaden für die Zielgruppe Kinder**

Für die Durchführung der Erhebung musste ein Instrument gewählt werden, das sowohl der Zielgruppe (Kinder im Alter zwischen 3 und 12 Jahren) als auch der Projektsituation gerecht wird. Als Instrument kam deshalb nur ein standardisiertes Kurzinterview in Frage. Damit wurde eine kindgerechte Datenerhebung sichergestellt. Des Weiteren musste der Interview-Leitfaden so entwickelt werden, dass er in der Sprache und im Vorgehen der Zielgruppe entsprach. Die Fragen und Antwortskalen durften dabei keine zu hohe Komplexität aufweisen. Die Interviews sollten durch Passagen mit offenen Antwortmöglichkeiten aufgelockert werden, die zudem auf fehlende relevante Aspekte hinwiesen. Das Interview umfasste 5 offene Fragen und 10 geschlossene Fragen, die auf einer dreistufigen Antwortskala (*nein, teils-teils, ja*) beantwortet werden sollten. Es wurden folgende Themenfelder erfasst: Allgemeine Projektbeurteilung und Projektklima. Außerdem wurden soziodemographische Variablen, wie Alter, Geschlecht und Muttersprache erhoben.

Um Verständnisschwierigkeiten in der Erhebungssituation zu erkennen und zu beseitigen und eine für die Kinder motivierende Atmosphäre zu erzeugen, wurden indirekte Methoden, wie z.B. freundliches Nachfragen, eingesetzt.

### **4.2.2 Fragebögen für die Zielgruppen Eltern und pädagogisches Fachpersonal**

Zur Erfassung der Prävention und Gesundheitsförderung durch das Lehm-Bau-Projekt sollten bereits bewährte Beurteilungsinstrumente validiert werden. Eine Quelle dafür bildeten Fragebögen aus den Projekten „Gesund leben lernen“ und „Spannende Schule – Entspanntes Miteinander“ (Kliche, Egger et al., 2006). Sie wurden mit neuen/ weiterentwickelten Items und Formulierungen kombiniert und systematisch zu einem Fragebogen zusammengefasst. Die Items sollten sich vor allem auf die allgemeine Zufriedenheit mit dem Projekt und seiner gesundheitsfördernden Wirksamkeit beziehen. Offene Antwortmöglichkeiten sollten eventuell fehlende Aspekte aufdecken.

Die ausgewählten Dimensionen und Items mussten folgende Gestaltungsprinzipien erfüllen:

- Kürze und einfache Verständlichkeit auch für Personen mit geringen Deutschkenntnissen
- Als Zielgruppen standen sowohl Eltern als auch das pädagogische Fachpersonal im Vordergrund. Fragen sollten deshalb für beide Personengruppen gut verständlich sein.
- Um einen aussagefähigen Vergleich der beiden Erwachsenen-Gruppen zu gewährleisten, sollten die Fragebögen möglichst viele identische Items beinhalten.
- Das Projekt insgesamt sollte hinsichtlich seiner Auswirkungen bewertet werden.
- Für das Umfeld erkennbare Verhaltensänderungen der Kinder sollten abgefragt werden.

Auf der Grundlage dieser Vorüberlegungen wurde für die Erstbefragung der Eltern und Pädagogen ein einheitlicher Kurz-Fragebogen erstellt. Er variierte nur hinsichtlich der soziodemographischen Daten. Zur Sicherung einer hohen Beteiligungsbereitschaft hatte er den Umfang einer DIN A4-Seite und forderte maximal 10 Minuten Bearbeitungszeit.

Er umfasste 2 offene und 16 geschlossene Fragen in Form von Aussagen, die auf einer fünfstufigen Skala (*stimmt gar nicht* bis *stimmt genau*) beantwortet werden sollten. Thematisch wurden drei Bereiche erfasst: beobachtete Verhaltensänderungen der Kinder, Durchführungsqualität und Einschätzung der Wirksamkeit des Projekts. Die Skala „Allgemeine Projektwirksamkeit“ umfasste Items, die sich auf Veränderungen und Anregungen eines gesundheitsbewussten Verhaltens beziehen, wie z.B. „Das Projekt hat anhaltende positive Veränderungen bewirkt“ oder „Das Projekt hat konkrete Ansatzpunkte für weitere gesundheitsfördernde Aktivitäten aufgezeigt“.

Um dem unterschiedlichen Bildungsstand der Klientel (Eltern versus pädagogisches Fachpersonal) gerecht zu werden und Verständnisschwierigkeiten, z. B. bei Eltern mit Migrationshintergrund, zu vermeiden, wurden die Formulierungen einfach gehalten. Aus dem gleichen Grund wurde durchgängig ein einheitliches fünfstufiges Antwortformat verwendet.

Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen und den Erhebungspunkten gewährleisten, wurde die Nacherhebung auf der Grundlage des ersten Fragebogens konzipiert. Die Bögen für alle Erwachsenen wurden um vier Items erweitert, die sich auf beobachtete nachhaltige gesundheitsfördernde Auswirkungen des Projekts bezogen. Der Pädagog/-innen-Bogen wurde zudem um sechs auf beobachtete kindliche Verhaltensänderungen in der Einrichtung bezogene Items ergänzt.

### 4.3 Datenerhebung

Die Erhebungsphase (Erst- und Zweiterhebung) erstreckte sich über einen Gesamtzeitraum von neun Wochen und umfasste eine Stichprobe von insgesamt 360 gültigen Fällen. Die Ersterhebung wurde während der Projektphase durchgeführt (vom 15.05.06 bis 28.05.06). Vier Wochen nach Schließung der Lehmbaustelle wurden Eltern und Pädagog/-innen, die sich zur Nachbefragung bereit erklärt hatten, angeschrieben.

### **4.3.1 Erstbefragung**

Der Stichprobenumfang für die Ersterhebung wurde zur Sicherung mittlerer Effektgrößen auf 100 Personen pro Personengruppe festgelegt. Bei den pädagogischen Fachkräften konnte diese Zahl wegen der Pfingstferien im Erhebungszeitraum nicht realisiert werden. Die beabsichtigten Vollerhebungen an den zufällig ausgewählten Erhebungstagen konnten fast uneingeschränkt realisiert werden.

Zu Beginn der Interviews wurden die Kinder von der Interviewerin (Mitarbeiterin der Forschungsgruppe der Medizinisch-Psychologischen Abteilung im UKE) einzeln über die Untersuchung informiert. Ihnen wurde erklärt, dass sie herausfinden wollte, wie gut den Kinder das Projekt gefiel und ob bestimmte Dinge verändert bzw. verbessert werden sollten. Bei den offenen Antwortmöglichkeiten zeigte sich, dass umfangreiche und differenzierte Einschätzungen in der Regel eher bei Kindern im Grundschulalter zu erwarten sind. Kinder, die jünger als fünf Jahre alt waren, waren z.T. erheblich abgelenkt und beantworteten Fragen unklar. Für diese Fälle wurde die Antwortkategorie „weiß ich nicht“ benutzt.

Zur Ersterhebung wurden Eltern und pädagogische Fachkräfte von der Interviewerin persönlich angesprochen, über den Erhebungszweck informiert und zur Teilnahme motiviert. Außerdem stand sie ihnen bei Rückfragen zur Verfügung. Anschließend haben sie von ihr einen Fragebogen erhalten, den sie selbständig ausfüllen konnten. Die ausgefüllten Fragebögen konnten entweder der Mitarbeiterin zurückgegeben werden oder in eine spezielle Fragebogenurne geworfen werden. An der Ersterhebung haben teilgenommen.

Eltern, die an einer Teilnahme der Nachbefragung interessiert waren, hatten die Möglichkeit, ihre Adressen auf dem Fragebogen zu hinterlassen. Die Schulen und Kitas nahmen automatisch an der Nachbefragung teil. Bunte Kuh stellte den Adressverteiler zur Verfügung.

An der Ersterhebung haben sich 295 Befragte beteiligt, davon 116 Interviews mit Kindern, 128 Fragebögen von Eltern und 51 von Pädagog/-innen.

Legt man eine Inanspruchnahme von etwa 2.500 Personen (auf Grundlage der Schätzungen des Projekts und der Angaben über angemeldete Gruppen) aus, so sind mit der Erstbefragung bei Projektteilnahme etwa 12% der vom Projekt erreichten Personen erfasst worden.

### **4.3.2 Nachbefragung**

Nach einem Monat erhielten 87 beteiligungsbereite Eltern und pädagogische Fachkräfte in 33 Einrichtungen Anschreiben, Fragebögen sowie frankierte Rückumschläge. 5 Adressen waren falsch (Briefumschläge ungeöffnet retourniert). Der Rücklauf erstreckte sich in die Ferienzeit, so dass die Erhebungsphase erweitert werden musste. Zu Auswertungsbeginn wurden 47 Fragebögen (33 Eltern, 14 Pädagog/-innen) einbezogen. Mit dieser Rücklaufquote von 40,87% wurden die psychometrischen Testungen durchgeführt. Später trafen weitere 14 Eltern-FB und 4 Pädagogen-FB ein, die Rücklaufquote erhöhte sich auf 56,52%.

An der Gesamtstichprobe der Nachbefragung (47 Elternbögen und 18 Bögen aus Bildungseinrichtungen) wurden die Stabilitätsprüfungen vorgenommen.

#### 4.4 Projektanalyse mit dem Informationssystem QIP

Zur systematischen Erhebung aller wichtigen Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmale des Projekts wurde das Qualitätssystem QIP (Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung) eingesetzt (Kliche, Töppich, Kawski, Lehmann et al., 2004). Dafür füllte die Projektleitung einen ausführlichen Dokumentationsbogen aus, der als Grundlage für eine strukturierte Beurteilung nach evidenzgestützten Kriterien diente. Das Projekt wurde von drei geschulten Expert/-innen begutachtet; diese machten auch detaillierte Vorschläge zur Projektentwicklung. Die Bedeutung der dabei ermittelten Qualitätsdimensionen für Prävention und Gesundheitsförderung erläutert Tabelle 1. Zum Vergleich wurden Beurteilungsmittelwerte aus 33 anderen Gesundheitsförderungsprojekten im Arbeitsfeld Elementarbildung herangezogen.

**Tabelle 1: Prinzipien wirkungsgerichteter Arbeitqualität für Prävention und Gesundheitsförderung nach QIP (Hauptdimensionen dunkel unterlegt)**

Dimension	Leitfrage	Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung
I. A <b>Bedarfsbezug</b>	Ist das Projekt auf gesellschaftlich vorrangige Versorgungs- und Gesundheitsziele ausgerichtet?	Die Konzentration auf vordringliche Gesundheitsfragen, Risikolagen und Bedürfnisgruppen ermöglicht eine bedarfsorientierte Verwendung knapper Mittel, eine höhere Einwirkung auf die Zielgruppen (Dosis), ein besseres Zusammenwirken verschiedener Akteure und bessere Aussichten auf gemeinsame Veränderung der Rahmenbedingungen für Gesundheit und Gesundheitsverhalten.
I. B <b>Zielgruppenbestimmung</b>	Sind klare, begründete Kriterien für Auswahl und Eingrenzung der Zielgruppe(n) festgelegt?	Eine klare Vorstellung der Zielgruppe ist die Grundlage für die Auswahl erreichbarer Zielsetzungen, geeigneter Schritte, Ausrichtung des Vorgehens auf die Besonderheiten der Gruppen und Menschen und auf die Bedingungen ihrer Lebenszusammenhänge.
I. C <b>Zielgruppenverständnis</b>	Hat das Projekt ein gutes Verständnis der Besonderheiten und des soziokulturellen Feldes ihrer Zielgruppen?	Die Erwartungen, Fähigkeiten, Erfahrungen, Bedürfnisse und Handlungsmöglichkeiten der Zielgruppen bestimmen Motivation und Ausgangsbedingungen gesundheitsbezogener Verhaltensmuster und Einstellungen (wichtig sind z.B. Sprache, Kultur, Geschlecht, Bildungs-, Alter-, Risikogruppen usw.).
I. D <b>Zielsetzung</b>	Sind die Ziele konsistent, konkret und realisierbar gesteckt?	Klare, stimmige und machbare Ziele können erreicht werden, die Erfolge werden dann für alle Beteiligten greifbar, die Motivation steigt. Andernfalls drohen Kräfteverschleiß und Scheinaktivität.
I. E <b>Präventiver Ansatz</b>	Ist die Aktivität umfassend und durchdacht auf Wirksamkeit angelegt?	Ein fachlich fundierter, planvoller Arbeitsansatz befähigt Projekte, komplizierte Teilschritte zusammenzuführen und aufeinander abzustimmen, und er leitet zur Einbindung des bestmöglichen Forschungs- und Wissensstandes an.
I. <b>Konzeptqualität</b>	Ist das Arbeitskonzept für die Aktivität – insgesamt wie in Einzelteilen – durchdacht und stimmig?	Zielsetzungen, Zielgruppen, deren besondere Ausgangsbedingungen und der Gesamtansatz müssen zueinander passen, damit ein Projekt die anspruchsvollen Aufgaben nachhaltiger Gesundheitsverbesserungen meistern kann.
II. A <b>Einbettung im Arbeitsfeld / Abstimmung des Projekts mit anderen Akteuren</b>	Sind die Aktivitäten und Angebote anderer Akteure berücksichtigt, um die Aktivität sachlich und hinsichtlich der Mittelverwendung gut mit anderen bestehenden Angeboten zu verzahnen?	Gemeinsames oder arbeitsteiliges Vorgehen schaffen gegenseitige Unterstützung, Sichtbarkeit bei den Zielgruppen, optimale Ressourcennutzung und Motivation. Erfolg versprechend sind die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren (z.B. Behörden, Kirchengemeinden, Jugendzentrum im Stadtteil) und Einrichtungsarten (z.B. Beratungsstellen, Sportvereinen, Schulen). Konkurrenz trägt hingegen zur Fehl- und Überversorgung durch parallele Angebote bei, verunsichert Fachkräfte und Zielgruppen.

Fortsetzung Tab.1

Dimension	Leitfrage	Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung
II. B <b>Kontextuelle Passung und Aktualisierung des Ansatzes (Eignung im Arbeitsfeld)</b>	Ist der Arbeitsansatz für die besonderen Bedingungen des Arbeitsfeldes ausgewählt, dafür angepasst und auf den aktuellen fachlichen Stand gebracht worden?	Ein erfolgreicher Ansatz kann auch in anderen Feldern eingesetzt werden, doch die Maßnahmen und Projekte müssen den besonderen Arbeitsbedingungen ihres Einsatzfeldes Rechnung tragen. Wer ein Programm oder einen Ansatz übernimmt, sollte diese dafür auf den neuesten Stand bringen und ggf. für die besonderen Erfordernisse im Einzelfall abwandeln. Das unterstützt auch die Kreativität bei der Entwicklung neuer, besserer Arbeitsansätze.
II. <b>Planungsqualität</b>	Verwendet die Einrichtung angemessene Sorgfalt auf die Vorbereitung ihrer Aktivitäten?	Erfolgreiche Projekte haben ihr Vorgehen auf die besondere Ausgangslage abgestellt: nach ‚außen‘ in Zusammenarbeit mit anderen Angeboten und Veränderungsmöglichkeiten, nach ‚innen‘ durch aktuelles Fachwissen und Beachtung der Arbeitsbedingungen.
III. A <b>Personal und Qualifikationen</b>	Reichen die personelle Besetzung und die verfügbaren Qualifikationen zur Erfüllung der Aufgaben in der Aktivität?	Ein solider Personalschlüssel ermöglicht, ein Projekt angemessen zu gestalten (nicht nur Terminen hinterherzulaufen). Er öffnet Möglichkeiten gemeinsamen Lernens und wachsender Professionalität. Er schützt vor Burnout, Selbstaubeutung und Verschleiß oder Missbrauch guter Ansätze durch unterqualifizierte Hilfskräfte.
III. B <b>Kooperation: Interdisziplinäre Zusammenarbeit, laufende Abstimmung</b>	Ist die fachliche Zusammenarbeit mit allen erforderlichen Kooperationspartnern gut strukturiert und vorbereitet?	Gesundheitsprobleme und Gesundheitsverhalten sind meist mehrdimensional und haben viele vernetzte Ursachen und Bedingungen. Dann sind oft Kompetenzen mehrerer Fächer erforderlich (z.B. Gesundheits-, Ernährungs-, Sportwissenschaft, Pädagogik, Medizin, Psychologie). Austausch ermöglicht gegenseitige fachliche Ergänzung, Diskussions- und Lernmöglichkeiten.
III <b>Mitwirkende (Personal und Kooperationspartner)</b>	Arbeiten gut qualifizierte Mitwirkende zusammen, zur Nutzung von Synergien auch mit externen Kooperationspartnern?	Qualifikation und Arbeitszeiten sind erforderlich, um gute Vorhaben gut umzusetzen. Wenn Dumping-Aktivitäten ohne Wirkung bleiben, enttäuschen sie die Zielgruppen, Geldgeber, Multiplikatoren und Gesundheitspolitik und zerrütten den guten Ruf wirkungsvoller Präventionsvorhaben.
IV. A <b>Streuung des Angebots bei den Zielgruppen</b>	Sind die Streuwege geeignet, die Aktivität bei den Zielgruppen bekannt zu machen, um beabsichtigte Wirkungen zu erzielen?	Gute Programme finden schon beim Erstkontakt den richtigen Weg zu ihren Zielgruppen und den richtigen Ton für ihre Adressat/-innen. Die hochwertige, attraktive Gesundheitsinformation in passender Form für die gewählten Streuwege ist zugleich ein wesentlicher Beitrag zur Förderung von Gesundheitsbewusstsein, zur gesellschaftlichen Präsenz und Wichtigkeit von Gesundheitsthemen.

Fortsetzung Tab.1

<b>Dimension</b>	<b>Leitfrage</b>	<b>Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung</b>
<b>IV. B Arbeitsmethoden</b>	Ist die Didaktik professionell und auf mehreren Ebenen aufgebaut und für Lernziele und Zielgruppen geeignet?	Da Gesundheitsverhalten mehrdimensional ist, müssen auch mehrere Ebenen mit verschiedenen Verfahren angesprochen werden, um Veränderungen zu erzielen. Nur wenn die Veränderungen zudem auf Lebenswelten und Handlungsrahmen abgestimmt sind, können sie umgesetzt und auf Dauer aufrechterhalten werden.
<b>IV. C Vermittlung des Angebots (Medien und Materialien)</b>	Sind geeignete Medien und Materialien für die Vermittlungsschritte und Zielgruppen vorbereitet?	Verlässliche Gesundheitsinformation in angemessener Form für die Zielgruppen sichert die Aufnahme von Tatsachen und bereitet Einstellungs- und Verhaltensänderungen vor. Sie fasst den Stand des Projekts zusammen und ist eine Form von Professionalität.
<b>IV. D Weiterführende Schritte (Empowerment, Bewältigungskompetenzen)</b>	Gibt die Aktivität den Teilnehmern Impulse zum längerfristigen Gesundheitslernen, unterstützt sie die Entwicklung von Problemlösungsfähigkeiten?	Punktueller, einzelner Verhaltensänderungen sind selten stabil und können bei Rückfällen sogar zu Enttäuschung und Resignation führen. Wichtig sind deshalb Überlegungen und Vorkehrungen für eine nachhaltige Wirksamkeit und einen dauerhaften, übergreifenden Kompetenzgewinn bei den Zielgruppen. Dafür ist auch die Auseinandersetzung mit strukturellen, von Einzelpersonen nur schwer zu verändernden Rahmenbedingungen des Gesundheitsverhaltens wichtig.
<b>IV. Verbreitung und Vermittlung (Streuwege, Methoden und Medien)</b>	Sind die Wege und Mittel der Zielgruppenansprache und der Außendarstellung sowie die Arbeitsformen geeignet, die gesetzten Gesundheitsziele zu fördern?	Alle Gesichtspunkte der persönlichen Auseinandersetzung mit Gesundheitsfragen greifen bei gelungenen, nachhaltigen Veränderungen ineinander: Die Streuwege sprechen bestimmte Gruppen an; Medien und Materialien vermitteln Information und unterstützen Motivation; die Arbeitsmethoden gewinnen ihre Aufmerksamkeit und setzen Denk-, Einstellungs- und Absichtsänderungen in Gang; die weiterführenden Schritte unterstützen neue Verhaltensmuster, Lebensstile und Verhältnisprävention (Änderung von Rahmenbedingungen für Gesundheitsverhalten).
<b>V. A Lenkung der Aktivität</b>	Wird der Stand der Aktivität in Teilschritten erfasst und ggf. zur Verbesserung und Steuerung des Aktivitätsverlaufs genutzt?	Jede Reise beginnt mit einem kleinen Schritt. Große Ziele sollten zerlegt werden, sonst werden sie große Verhinderungsfaktoren und zugleich große Entschuldigungen für Misserfolge. Teilschritte motivieren alle Beteiligten, weil sie Erfolge greifbar machen, und ermöglichen eine ständige Verbesserung der Aktivitäten.
<b>V. B Erfolgreicher Verlauf dank aktiver Bearbeitung von Schwierigkeiten</b>	Werden Probleme aktiv bearbeitet und Lösungen entwickelt?	Die besonderen Bedingungen in jedem Arbeitsfeld verlangen ein Eingehen auf Schwierigkeiten, häufig z.B. auf schwankende Motivation bei Mitwirkenden. Je aufmerksamer Projekte darauf eingehen und je genauer sie vorab ihre Reaktion überlegt haben, desto erfolgreicher setzen sie ihr Vorhaben um.

Fortsetzung Tab.1

<b>Dimension</b>	<b>Leitfrage</b>	<b>Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung</b>
V. C <b>Prüfung externer Leistungen</b>	Werden Leistungen Dritter auf ihre Qualität geprüft?	Gut konzipierte Gesamtvorhaben werden gut durchgeführt, wenn alle Teilleistungen hochwertig zusammenwirken. Sonst können Motivation oder Selbstwirksamkeitserwartung vermindert werden.
V. <b>Verlaufsgestaltung und Management der Aktivität</b>	Wird die Aktivität schrittweise, flexibel für Verlaufsbedingungen und prozessoptimierend umgesetzt?	Projektmanagement ist eine Voraussetzung eines durchdachten, möglichst raschen Eingehens auf die wechselnden Anforderungen an die Umsetzung von Plänen und Projekten unter Feldbedingungen. Management dient nicht in erster Linie der Schonung knapper Mittel, sondern ist eine Grundlage fachlicher Handlungsfähigkeit.
VI. A <b>Gesamtbild der Effekte</b>	Hat die Einrichtung eine handlungsleitende Einschätzung der Wirkungen ihrer Aktivität?	Ein mehrschichtiges, zusammenhängendes, selbstkritisches Gesamtbild bildet die innere (kognitive) Landkarte für die zielorientierte Durchführung und Verbesserung von Maßnahmen und unterstützt die Professionalität präventiven Handelns.
VI. B <b>Erfassung von Bekanntheit / Akzeptanz</b>	Wie verlässlich und gültig werden Verbreitung und Nutzung des Angebots erfasst und ausgewertet?	Damit Wirkungen eintreten können, ist erst Bekanntheit und dann Akzeptanz (Bereitschaft zur Mitwirkung, Annehmen der Angebote) Voraussetzung. Ein gutes Angebot verdient breite Bekanntheit und kann dann seine Wirkung entfalten.
VI. C <b>Erfassung von Wirkungen</b>	Wie fundiert sind die Wirkungen der Aktivität geprüft?	Es gibt verschiedene alternative Möglichkeiten der Erfolgsbeobachtung. Viele Quellen sind auch in kleinen Projekten gut verfügbar. Ihre Nutzung sichert Wirksamkeit und Durchführungsgüte.
VI. D <b>Vorliegen eines Wirkungsnachweises</b>	Geht aus dem gesicherten Kenntnisstand hervor, dass die Aktivität gesundheitsförderlich wirkt?	Viele kleine Projekte können keine teure Evaluation bezahlen. Deshalb geben die Gutachter/-innen als behelfsmäßige Alternative hier ihr Gesamturteil ab, ob beim verfügbaren Datenstand die Wirksamkeit der Aktivität als plausibel betrachtet werden kann.
VI. E <b>Erfassung der Nutzer der Aktivität</b>	Sind Größe und Zusammensetzung der erreichten Gruppen bekannt?	Wo die erreichten Personen nach ihren wichtigen Merkmalen erfasst werden, lässt sich abschätzen, welche Teile der Zielgruppen tatsächlich dabei sind oder noch fehlen. Das ist wichtig zur Einschätzung der erreichten Gesamterfolge.
VI. <b>Erfolgskontrolle und Evaluation</b>	Werden die Wirkungen der Aktivität realistisch, empirisch solide beurteilt?	Damit man weiß, wo man steht, was man verbessern kann, damit man Wirkungen nachweisen kann, das motiviert die Fachkräfte und ermutigt die Zielgruppen und sichert Ressourcen.
VII. <b>Qualitätsentwicklung (Kontinuierliche Verbesserungen)</b>	Werden die Erfahrungen durchdacht, weitergegeben und in längerfristige Verbesserungen von Angebot oder Programm umgesetzt?	Prävention und Gesundheitsförderung sind in rascher Entwicklung. Wissenschaftliche, methodische und praktische Erfahrungen müssen ständig neu zusammengeführt, gesichtet und erweitert werden. Gelingt dies auf fachlicher wie organisatorischer Ebene, so ist die bestmögliche Qualität der einzelnen Interventionen, der Programme und der präventiven Versorgung überhaupt sichergestellt.

## 4.5 Veränderungsabschätzung

Zur direkten Veränderungsmessung wurde die faktorielle Validität der Messinstrumente mittels Faktorenanalyse bestimmt (orthogonale Hauptkomponentenmethode). Für die Kinderstichprobe wurden durch die Faktorenanalyse zwei Skalen, „Allgemeine Projektbewertung“ und „Projektklima“ ermittelt (s. Tabelle 9). Für Erst- wie Nachbefragung wurden für Eltern und Pädagogen 3 Faktoren ermittelt, nämlich „Verhaltensänderung der Kinder“, „Allgemeine Projektwirksamkeit“ und „Durchführungsqualität“. Die Skalen korrelierten in der erwarteten Richtung miteinander (s. Tabelle 11 bis Tabelle 14). Die Reliabilität der resultierenden Skalen wurde durch eine Konsistenzprüfung (Cronbachs Alpha) sichergestellt. Die Zuverlässigkeit zeigte sich in hohen Alpha-Werten (s. Tabelle 9). Die Instrumente hatten somit eine klare faktorielle Validität mit guter (inhaltsvalider) Interpretierbarkeit in Übereinstimmung mit den angezielten Konstrukten sowie befriedigende bis hohe interne Konsistenz (Messgenauigkeit).

Gruppenunterschiede in den Skalenmittelwerten, insbesondere zwischen Vor- und Nachbefragung, soziodemographischen Teilgruppen und pädagogischem Fachpersonal und Eltern, wurden mit den Mittelwertprüfungen des jeweiligen Skalenniveaus auf Signifikanz getestet (Chi-Quadrat- oder t-Test, Varianzanalysen). Als Signifikanzniveau wird durchgehend eine Irrtumswahrscheinlichkeit (Alphafehler) unter 0,05 verlangt, weil damit ein optimales Verhältnis von Alpha- und Betafehlerrisiken erzielt wird (Bortz & Döring, 2002). Effektgrößen werden gemäß Konvention (Bortz & Döring, 2002; Cohen, 1988) beurteilt: kleine Effekte bis  $\eta^2 \geq .0099$ , mittlere Effekte bis  $\eta^2 \geq .059$ , große Effekte mit  $\eta^2 \geq .138$ .

Die offenen Fragen wurden von allen Zielgruppen selten spontan beantwortet. Bei den Kindern wurden offene Fragen im Rahmen des Leitfadens regelmäßig gestellt, um Suggestionseffekte bei den Antworten auszuschließen. Die Antworten wurden durchgesehen auf Indizien für Mängel an Verständlichkeit, Vollständigkeit oder Validität (thematischer Reichweite) der Fragebögen. Die Antworten der Kinder stimmten mit ihren Projekteinschätzungen überein. Auch bei den Erwachsenen gaben die offenen Fragen keine Hinweise auf Lücken oder Validitätsmängel der Instrumente.

## 4.6 Stichprobenbeschreibung

### 4.6.1 Ausschöpfung und Rücklauf

Etwa 70% der anwesenden Eltern nahmen an der Erstbefragung teil, etwa 25% wurden aus Zeitmangel während der Datenerhebung nicht angesprochen, und 5% verweigerten die Auskunft. Von den Kindern nahmen ca. 85% an der Erstbefragung teil, ca. 15% wurde nicht erreicht. Alle anwesenden Pädagog/-innen erklärten sich zur Befragungsteilnahme bereit. Diese Ausschöpfungsquoten wurden gemittelt aus den Einschätzungen jedes Erhebungstags. für die Ausgangserhebung kann daher von einer weitgehend vollständigen Erfassung der Teilnehmer/-innen an den Erhebungstagen ausgegangen werden.

Die Rücklaufquote in der Elternstichprobe lag für die Nachbefragung bei 57,32 % (von 82 Elternbögen kamen 47 zurück). In der Pädagogenstichprobe lag die entsprechende Zahl bei 54,55 % (von 33 Pädagogenbögen kamen 18 zurück). Die Prüfung auf soziodemographische Unterschiede zwischen Erst- und Nachbefragung erbrachte keine signifikanten Unterschiede, d.h. keine Hinweise auf starke Selektionseffekte.

#### 4.6.2 Kinder

Das Alter der befragten Kinder reicht von 3 bis 14 Jahre. Tabelle 2 zeigt Anzahl, Alters-, Geschlechts- und Sprachverteilung der Kinder. Unter den befragten 116 Kindern war am stärksten die mittlere Altersstufe (7-10jährige) vertreten. Mädchen hatten ein leichtes Übergewicht (Unterschied n.s. gegenüber Gleichverteilung, s. Tabelle 2). Der Anteil mehrsprachiger Familien betrug fast 50%.

**Tabelle 2 Anzahl, Alters-, Geschlechts- und Sprachverteilung der befragten Kinder**

	Alter	n (%)	Geschlecht	n (%)	Sprache	n (%)
	3-6 Jahre	34 (29,3)	männlich	52 (44,8)	Deutsch	60 (51,7)
	7-10 Jahre	67 (57,8)	weiblich	64 (55,2)	auch andere	48 (41,4)
	11-14 Jahre	15 (12,9)			Sprache	
Gesamt		116 (100)		116 (100)		116 (100)

**Tabelle 3 Anzahl, Geschlechtsverteilung und Besuchszahlen in der Elternstichprobe**

	T1	T2	T1+T2
<b>Geschlecht</b>	n (%)	n (%)	n (%)
männlich	25 (19,5)	8 (17)	33 (18,9)
weiblich	100 (78,1)	39 (83)	139 (79,4)
keine Angabe	3 (2,3)	-	3 (1,7)
Gesamt	128 (100)	47 (100)	175 (100)
<b>Anzahl Besuche</b>		n (%)	
einmal		22 (46,8)	
zweimal		15 (31,9)	
dreimal		8 (17)	
öfter		2 (4,3)	
Gesamt		47 (100)	

Das Projekt hat also Kinder mit Migrationshintergrund gut erreichen konnte. Unter den Altersgruppen überwiegen Grundschul Kinder bei ausgewogener Gender-Struktur. Die Altersgruppen streuen in der Stichprobe hinreichend, um die Akzeptanz in Abhängigkeit vom Altern zu untersuchen und aufgrund der Inanspruchnahme durch Vorschulkinder auch für diese Altersgruppe als gegeben zu betrachten.

#### 4.6.3 Eltern

An der Erstbefragung haben 128, an der Nachbefragung 47, also ca. 37 % der ursprünglich befragten Eltern teilgenommen. Insgesamt lagen 175 Eltern-Fragebögen zur Auswertung vor. 62,8 % waren zwischen 37 und 44 Jahre alt, rund 80% waren der Befragten waren Mütter (s. Tabelle 3). Über die Hälfte der Familien (53,2 %) hat die Lehmbaustelle öfter als einmal besucht (dies wurde bei der Nachbefragung erhoben), ein Fünftel drei Mal und öfter, der Mittelwert lag bei knapp zwei Mal. Die Quote wiederholter Besuche spricht für eine hohe Zufriedenheit von mindestens der Hälfte der Teilnehmer/-innen mit dem Projekt.

#### 4.6.4 Pädagogisches Fachpersonal

An der Erstbefragung beteiligten sich 51 Pädagog/-innen, an der Zweitbefragung 18 (35,3% der Erstbefragten). In dieser Gruppe lagen 69 Fragebögen zur Auswertung vor (s. Tabelle 4).

**Tabelle 4 Pädagogen: Profession und Art der Einrichtung**

	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T1+T2</b>
<b>Profession</b>	n (%)	n (%)	n (%)
Lehrer/-in	11 (21,6)	6 (33,3)	17 (24,6)
Erzieher/-in, Sozialpädagoge/-in	32 (62,7)	7 (38,9)	39 (56,5)
Sonstiges	7 (13,7)	5 (27,8)	12 (17,4)
Fehlend	1 (2)	-	1 (1,4)
Gesamt	51 (100)	18 (100)	69 (100)
<b>Art der Einrichtung</b>	n (%)	n (%)	n (%)
Kita	33 (64,7)	9 (50)	42 (60,9)
Grundschule	9 (17,6)	6 (33,3)	15 (21,7)
Sonstiges	8 (15,7)	3 (16,7)	11 (15,9)
Fehlend	1 (2)	-	1 (1,4)
Gesamt	51 (100)	18 (100)	69 (100)

Unter den Gruppenbesuchen überwogen Kitas, die begleitenden Fachkräfte waren meistens Erzieher/-innen. Das entspricht den Angaben von Bunte Kuh e.V., die Baustelle sei von 21 Kitas und 10 Schulen besucht worden (da Kita-Gruppen kleiner sind als Schulklassen, überwiegt ihr Anteil am befragten pädagogischen Personal etwas stärker als an den Einrichtungen).

Die Größe der Befragtengruppen aus Kitas und Schulen ist nicht hinreichend, um belastbare Vergleiche nach Einrichtungsarten anzustellen. Zusammengenommen lassen sich jedoch die Einschätzungen der pädagogischen Fachkräfte mit denen der Eltern vergleichen.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Analyse nach evidenzgestützten Qualitätsdimensionen

#### 5.1.1 Vergleichende Konzept- und Prozessevaluation

Die in Tabelle 5 dargestellten Projektbeurteilungen und Vergleichswerte zeigen, dass das Lehm bau-Projekt hohe Qualität in allen wirkungsbezogenen Dimensionen aufweist. Damit kann von einer hohen Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden, dass es die beabsichtigten Gesundheitswirkungen bei den Teilnehmer/-innen erzielt:

1. Vier von sieben Hauptdimensionen – Konzeptqualität, Qualifikation und Mitwirkende, Verlaufsgestaltung sowie Erfolgskontrolle – erzielen vorzügliche Werte (AM = 2,66 auf einer Skala von 0 bis 3). Dem Projekt sind also in zentralen Gestaltungsmerkmalen vorbildliche Lösungen gelungen, von denen vergleichbare Projekte lernen könnten.
2. Das Projekt erreicht in allen Hauptdimensionen mindestens das Niveau „Standard“ (2,0), meist sogar deutlich bessere Werte. Diese Beurteilung erfordert, dass für die entsprechenden Dimensionen nach dem fachlichen Kenntnisstand alle Voraussetzungen für Gesundheitswirkungen erfüllt sind. „Standard“ (2,0) entspricht den Anforderungen des europäischen Qualitätssicherungsinstruments für Prävention EQHIP (Van den Broucke, 2005) und den Leitlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen (AG-SpiK, 2006).
3. Auch mehrere Teildimensionen erreichen den vorbildlichen Höchstwert (AM = 3,00). Andere liegen nahe am Höchstwert im Bereich vorbildlicher Gestaltung (AM = 2,66). So wird mit dem Projektkonzept ein ausgezeichneter Bedarfsbezug sichergestellt, das Projekt konzentriert sich auf vordringliche Gesundheitsziele, und ihm gelingt eine vorzügliche Einbettung in sein Arbeitsumfeld, das Quartier.
4. In allen Qualitätsdimensionen liegt das Projekt erheblich über dem Durchschnitt der in diesem Feld tätigen Projekte. Dem Projekt kann somit nicht nur eine absolut vorzügliche Konzept- und Prozessqualität bescheinigt werden, sondern auch sehr gute Werte im Vergleich zu anderen Projekten, also eine vorbildliche Nutzung der Gestaltungsspielräume im Arbeitsfeld. In 12 von 28 Dimensionen (darunter vier von sieben Hauptdimensionen) erreicht es die beste Gestaltungsqualität, die in seinem Arbeitsfeld anzutreffen ist.

Tabelle 5 Wirkungsbezogene Qualitätsdimensionen des Projekts mit Vergleichswerten

Anzahl Gutachter/-innen: 3	Mittelwerte		Andere Projekte für die Altersgruppe	
	Bunte Kuh	alle Projekte	schlechtestes Projekt	bestes Projekt
Bedarfsbezug	3,00	1,86	1,00	3,00
Zielgruppenbestimmung	2,33	1,90	1,00	2,33
Zielgruppenverständnis	2,66	1,66	0,50	3,00
Zielsetzung	2,00	1,75	1,00	3,00
präventiver Ansatz	2,33	1,71	0,66	3,00
<b>Konzeptqualität</b>	2,66	1,73	1,00	2,66
Einbettung im Arbeitsfeld	3,00	1,52	0,50	3,00
Kontextuelle Passung und Aktualisierung des Ansatzes	2,33	1,42	0,33	2,33
<b>Planungsqualität</b>	2,33	1,38	0,33	2,33
Personal / Qualifikationen	2,33	1,97	0,66	2,66
Kooperation	2,66	1,91	0,66	3,00
<b>Mitwirkende (Personal und Kooperationspartner)</b>	2,66	1,80	0,50	3,00
Streuung des Angebots bei den Zielgruppen	2,66	1,81	1,00	3,00
Arbeitsmethoden	2,00	1,62	0,50	3,00
Vermittlung des Angebotes	2,33	1,55	0,50	3,00
Weiterführende Schritte	2,00	1,57	0,33	2,66
<b>Verbreitung + Vermittlung</b>	2,00	1,47	0,33	2,66
Lenkung der Aktivität	2,66	1,68	0,33	3,00
Bearbeitung von Schwierigkeiten	2,66	1,38	0,33	3,00
Prüfung externer Leistungen	2,00	1,20	0,50	2,00
<b>Verlaufsgestaltung und Management der Aktivität</b>	2,66	1,36	0,33	2,66
Gesamtbild der Effekte	3,00	1,51	0,50	3,00
Erfassung von Bekanntheit und Akzeptanz	3,00	1,75	0,33	3,00
Erfassung von Wirkungen	3,00	1,50	0,33	3,00
Wirkungsnachweis	2,00	1,28	0,33	3,00
Erfassung der Nutzer/-innen	2,66	1,70	0,33	3,00
<b>Erfolgskontrolle + Evaluation</b>	2,66	1,25	0,33	2,66
<b>Qualitätsentwicklung</b>	2,33	1,48	0,33	2,66

Eine Durchsicht der Beurteilungen der einzelnen Dimensionen bestätigt diese positive Gesamtbild:

Das Konzept hat ein vertieftes Zielgruppenverständnis. Es berücksichtigt z.B. die unterschiedlichen Fähigkeiten der Zielgruppen (arbeitet mit Behinderten nach besonderen Methoden) und geht auf soziale Benachteiligung ein: das Angebot ist kostenlos, die Beteiligung ist freiwillig, Personen mit Sprachschwächen oder besonderem Bedarf gilt besondere Aufmerksamkeit. Es sichert die Kooperation mit wichtigen Partnern, streut sein Angebot breit und verfügt über eine hochprofessionelles Management.

Abbildung 1 Wirkungsbezogene Hauptdimensionen präventiver Projekte - Bunte Kuh, Mai 06

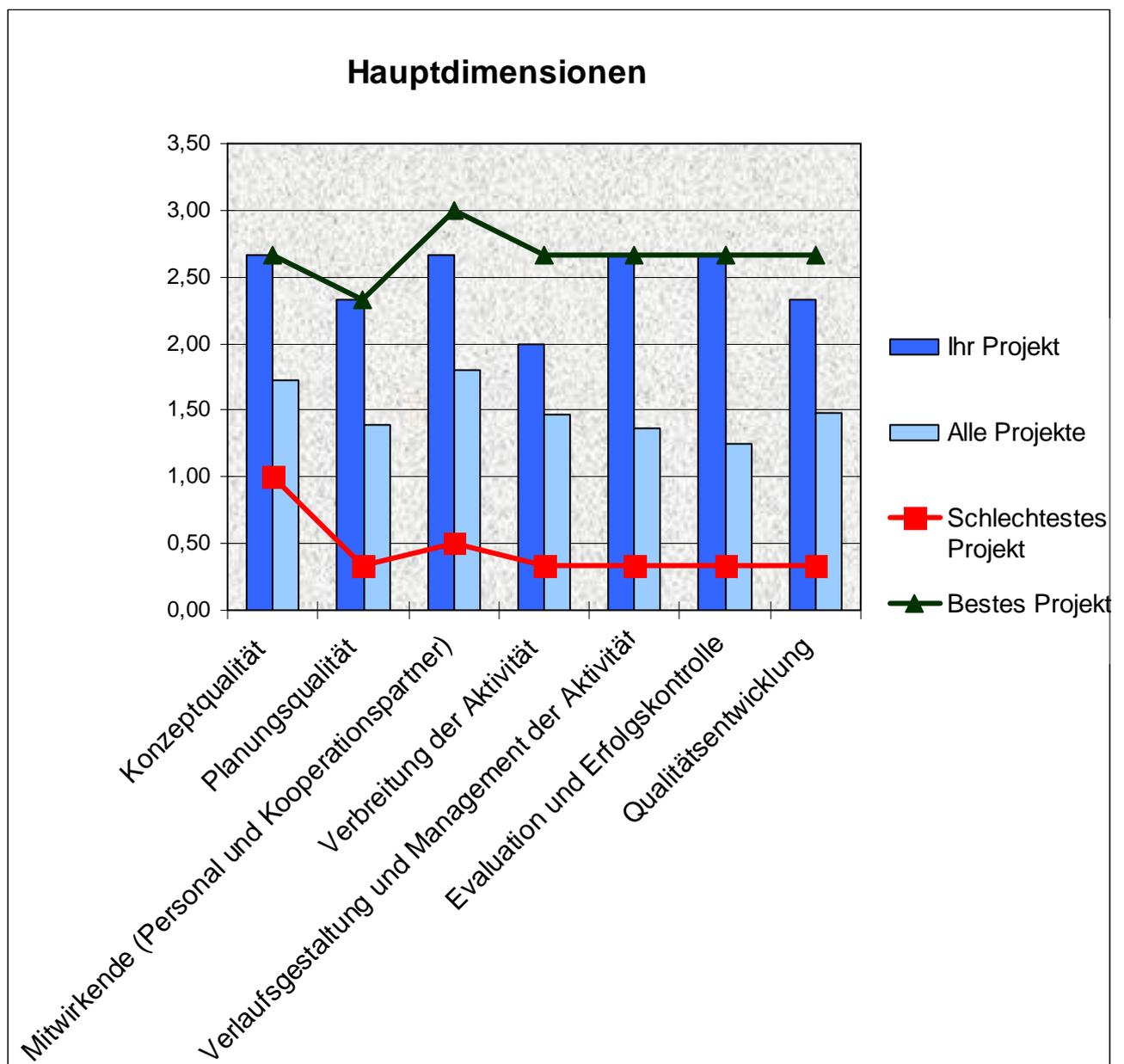


Abbildung 2 - Konzeptqualität - Bunte Kuh, Mai 06

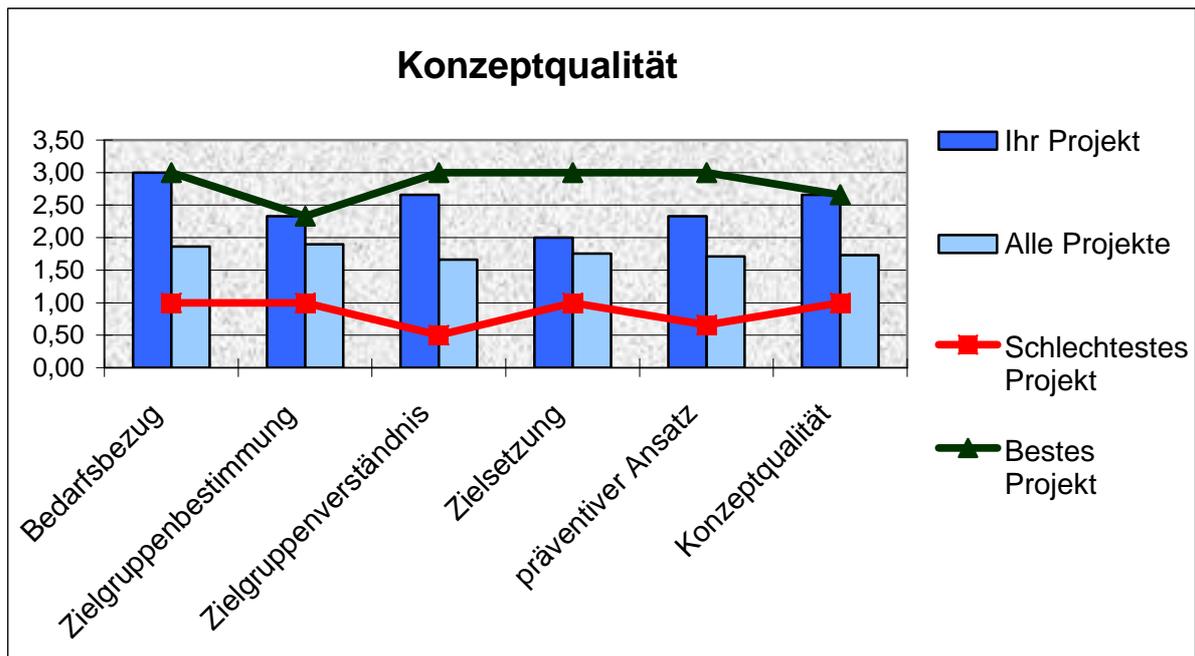


Abbildung 3 - Planungsqualität - Bunte Kuh, Mai 06

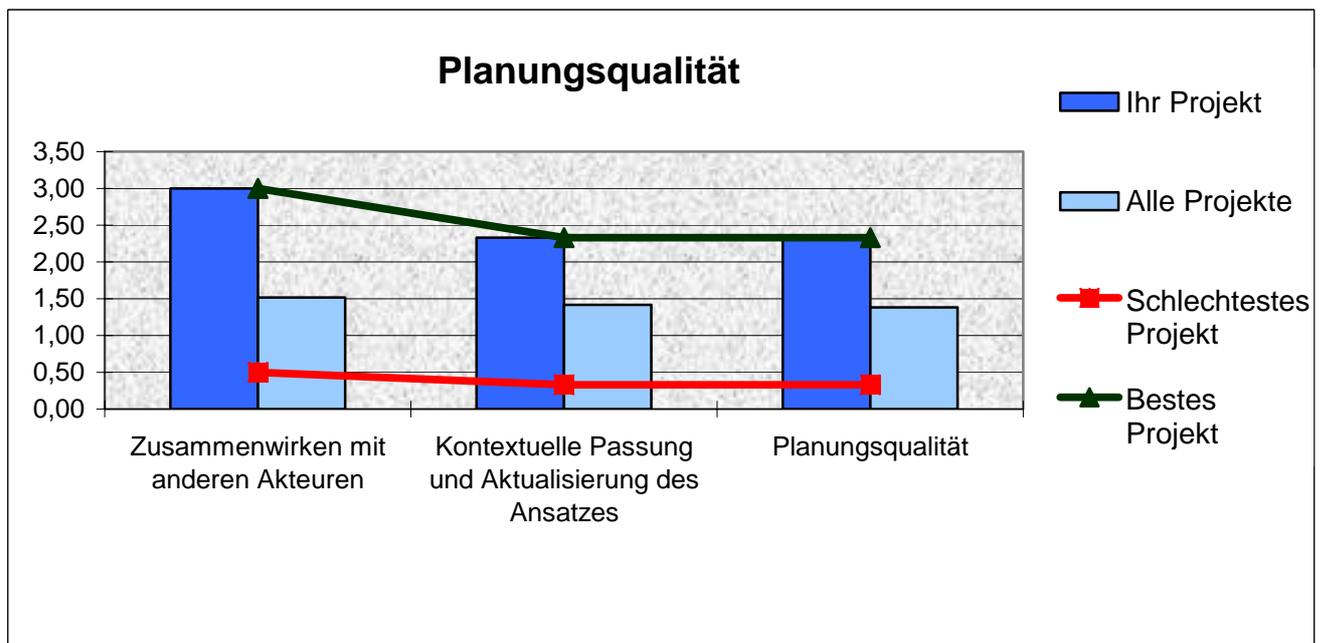
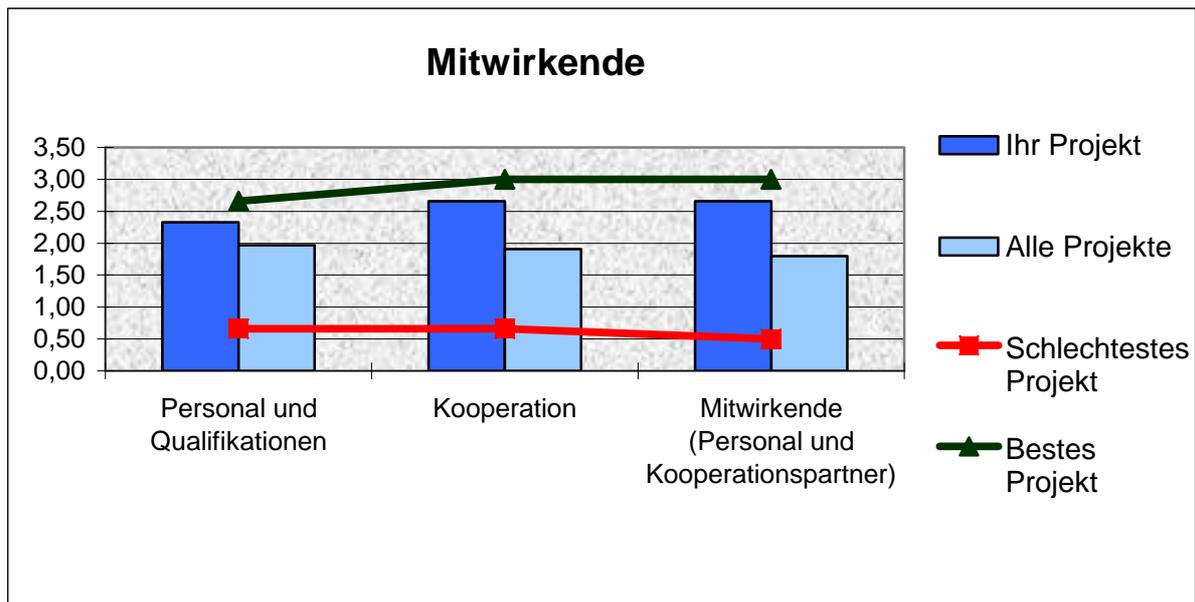


Abbildung 4 - Mitwirkende (Personal und Kooperationspartner) - Bunte Kuh, Mai 06



Die Planung zeichnet sich durch gute Abstimmung mit anderen Akteuren, wie Kitas, Schulen und Behörden aus (AM = 3,00). Dementsprechend wird die Zusammenarbeit (interdisziplinäre und laufende Abstimmung) mit Kooperationspartnern als sehr gut eingeschätzt (AM = 2,66). Das Projekt nutzt vielfältige Streuwege (z.B. Fernsehen, Tageszeitung, Plakate, Internet, Besuche in Kitas, Schulen), um Zielgruppen optimal zu erreichen (AM = 2,66).

Für eine durchdachte Verlaufsgestaltung und Management spricht, dass die Aktivitäten professionell gelenkt werden (AM = 2,66): Dabei werden Aufgaben genau verteilt, kurz- und längerfristige Ziele unterschieden und Zwischenergebnisse des Projekts regelmäßig erfasst und diskutiert. Das Management geht auch auf Bearbeitung von Schwierigkeiten ein: Es werden Lösungen entwickelt für schlechte Wetterlagen, für knappe finanzielle und personelle Ressourcen usw. (AM = 2,66).

Abbildung 5 - Verbreitung der Aktivität - Bunte Kuh, Mai 06

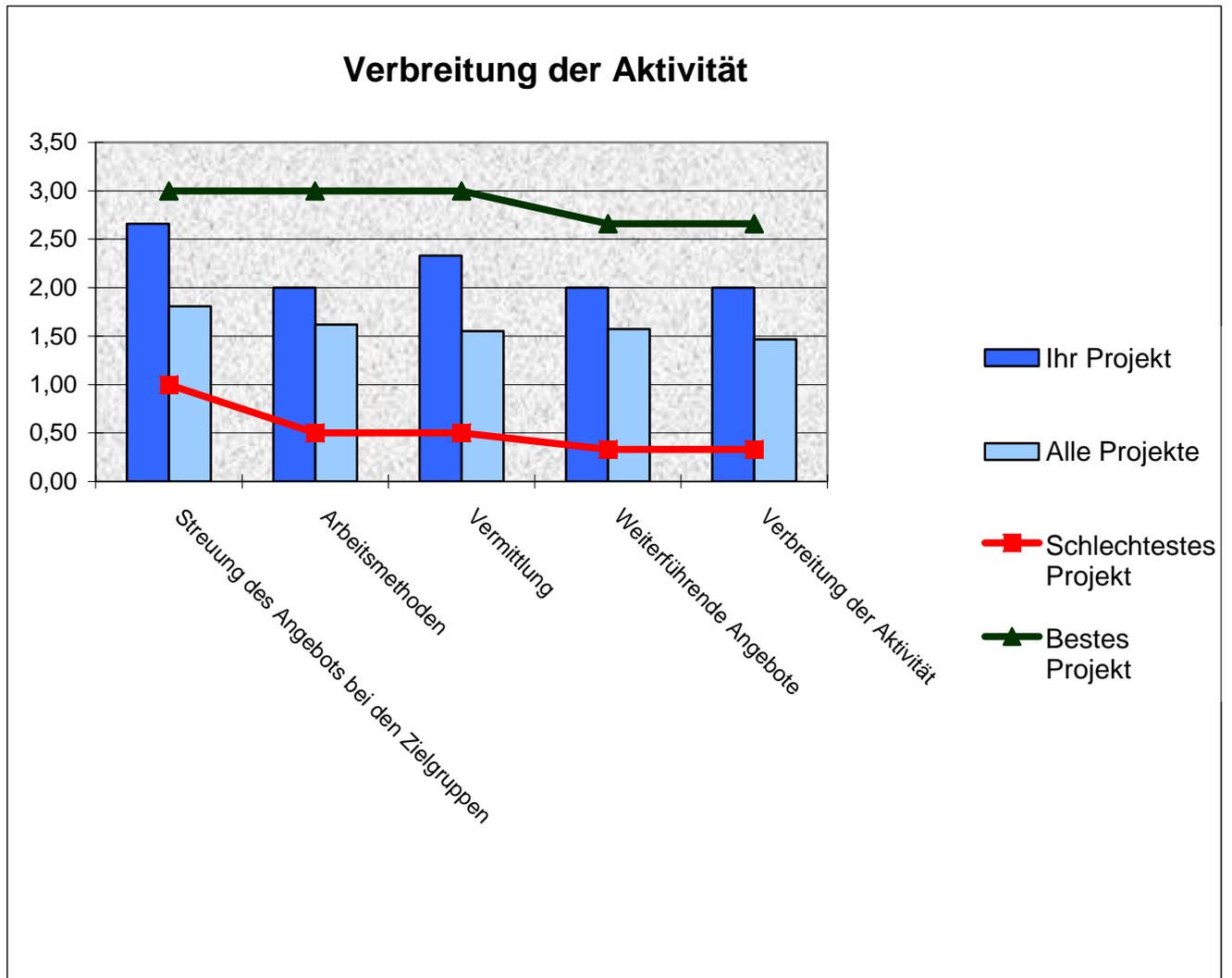
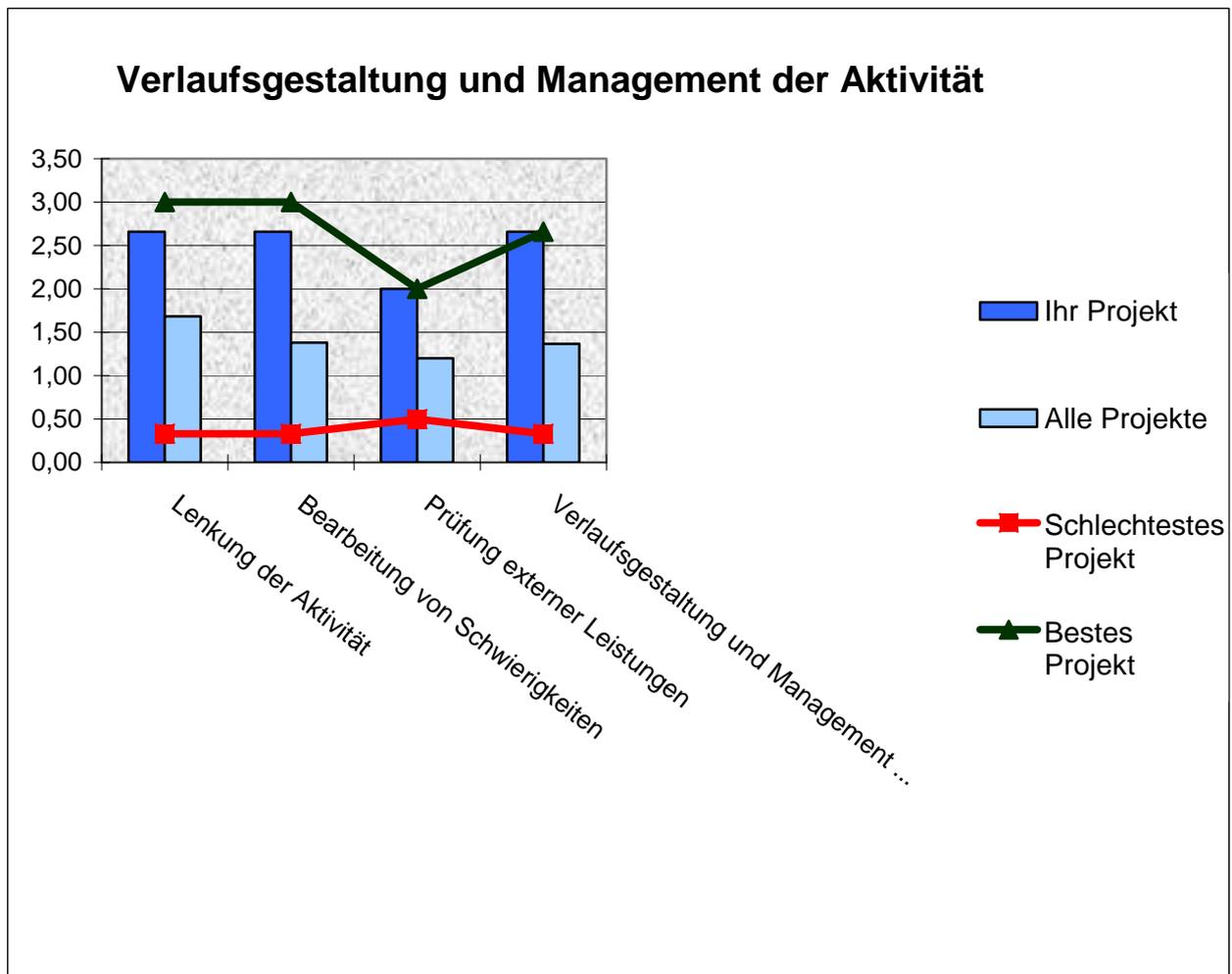


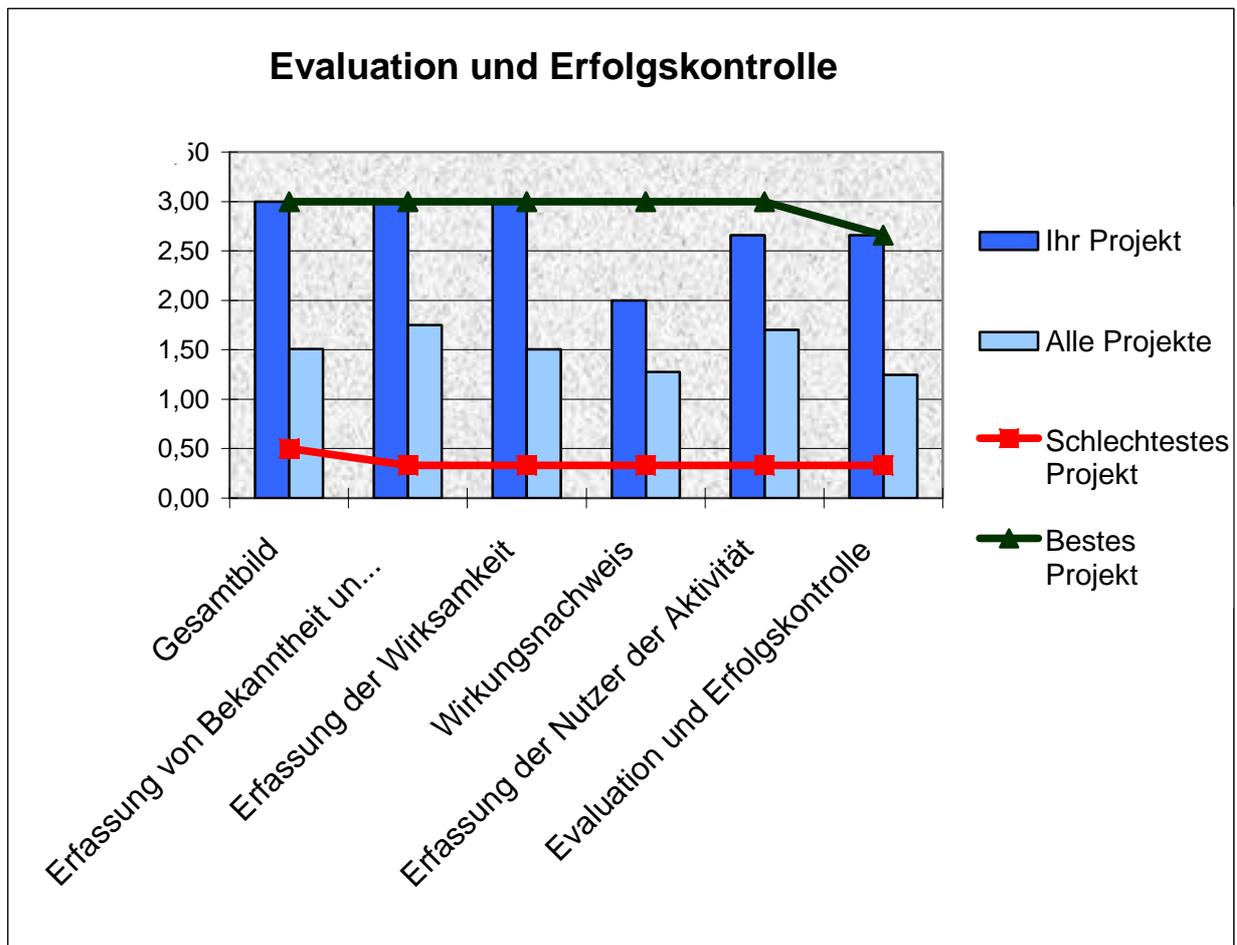
Abbildung 6 - Verlaufsgestaltung und Management der Aktivität - Bunte Kuh, Mai 06



Im Projekt wird auf Wirkungsbeobachtung erheblicher Wert gelegt (Dimension Erfolgskontrolle und Evaluation mit AM = 3,00). Bekanntheit, Akzeptanz und Wirkungen des Projektes werden vielfältig erhoben, und es liegen Ergebnisse vor, die in die weitere Arbeit einfließen können. Dem Projekt gelingt es im Rahmen der verfügbaren methodischen Möglichkeiten, durch systematische Nutzung von Informationen seine positiven Effekte auf nachhaltige Gesundheitsförderung zu dokumentieren. Bei diesem Wirkungserweis liegt es mit den einbezogenen Informationen und Auswertungen auf dem Niveau einer soliden Absicherung eines wirkungsvollen Vorgehens und deutlich über den in anderen Projekten des Arbeitsfelds verbreiteten Wirkungsbeobachtungen.

Für die Verstetigung sorgende weiterführende Schritte, wobei auch die Zielgruppen einbezogen werden, sind nicht ausgearbeitet. Außerdem wird kaum Aufklärungs- und Informationsmaterial für Gesundheitsziele eingesetzt. Auf der Vermittlungsebene besteht somit noch Verbesserungsbedarf.

Abbildung 7 Evaluation und Erfolgskontrolle - Bunte Kuh, Mai 06



Insgesamt kann nach Ansicht der unparteilichen Gutachter/-innen gemäß evidenzgestützter Gestaltungskriterien davon ausgegangen werden, dass das Projekt die beabsichtigten Gesundheitswirkungen bei den Teilnehmer/-innen erreicht.

### 5.1.2 Kommentare und Empfehlungen der Gutachter/-innen

**Konzeptqualität:** Die Zielgruppe ist bei diesem bewusst niedrighschwelligem Ansatz sehr breit gefasst und dadurch sehr heterogen (Kinder, Jugendliche, Eltern, sozial Benachteiligte, sogar Nichtsesshafte). Es ist kaum möglich, mit einer einzigen Intervention bzw. Arbeitsform allen diesen Teilgruppen gerecht zu werden. Das jeweilige Projekt sollte sich auf eine Teilzielgruppe konzentrieren; auch in diesem Falle lag der Schwerpunkt auf Vor- und Grundschulkindern und ihren Eltern, unter besonderer Beachtung der Bedingungen eines kulturell gemischten Wohnquartiers. Diese Teilzielgruppe sollte genauer in den Blick genommen und möglichst vollständig informiert und angesprochen werden. Diese Überlegungen werden von den Befragungsergebnissen unterstützt: Selbst innerhalb der

Zielgruppe der Kinder gibt es Unterschiede, Grundschulkindern profitieren mehr vom Angebot als jüngere (siehe Punkt 5.2). Es wäre deshalb sinnvoll, die Zielgruppe genauer einzugrenzen.

Wesentliche Entwicklungsmöglichkeiten bestehen hinsichtlich einer klareren Ausrichtung auf Gesundheitsziele und nachhaltige Gesundheitsförderung. Zwar ist richtig, dass in jüngeren Kohorten allgemeine (unspezifische) Persönlichkeits- und Life-skills-Förderung spezifische Gesundheitseffekte nach sich zieht (Bühler & Heppekausen, 2005). Doch würde eine ausdrückliche Fokussierung von Gesundheitszielen und Gesundheitsindikatoren ermöglichen, unterstützende Maßnahmen zur Umsetzung der im Projekt gemachten Erfahrungen in Alltagsveränderungen bei den einzelnen Familien zu unterstützen und dafür auch Kinder, Eltern, Kitas und Schulen in geeigneter Form anzusprechen. Bei kommenden Durchführungen könnte nach Indikatoren gesucht werden, die diese Weiterungen unterstützen und damit auch die Gesundheitswirkungen des Projekts umfassender belegen können.

**Präventiver Ansatz:** Die größte Schwierigkeit bei diesem Projekt ist die niedrigfrequente, niedrigdosierte Durchführung. Können Interventionen von wenigen Stunden Dauer eine Gesundheitswirksamkeit oder überhaupt Effekte entfalten? Eine Verknüpfung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention – wie z.B. die Veränderung von Strukturen, Prozessen und Handlungsbedingungen im Setting Kindergarten oder Schule – ist beim gegebenen Durchführungsrahmen nicht zu garantieren. Dadurch sind die Effekte des Projektes auf die Individualebene beschränkt und nach den Befragungsergebnissen wie auch nach den Erfahrungen der Projektleitung nicht stabil. Aus den Angaben zu bislang durchgeführten Wirkungsbeobachtungen geht nicht hervor, dass eine nachhaltige gesundheitsförderliche Wirkung des Projektes nachgewiesen werden konnte. Die berichteten Beobachtungen und Erfahrungen des Projekts aus früheren Durchführungen belegen allerdings eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer/-innen, eine hohe Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen und die Vermittlung von Schlüsselerfahrungen für die kindliche Entwicklung aus der Sicht von Fachkräften.

Damit das Projekt verlässlich gesundheitsfördernd wirken kann, sollten die Möglichkeiten zur Dosiserhöhung, zur Unterstützung von Nachhaltigkeit, zur Kombination mit Verhältnisprävention (in Kitas und Schulen) und von Umsetzung in Alltagsverhalten geprüft werden:

1. Die Projektlaufzeit an den einzelnen Standorten sollte weiter ausgedehnt und der Teilnehmerkreis zu Mehrfachbesuchen motiviert werden. In größeren Städten liegen im erreichbaren Umfeld des Projekts genügend Bildungseinrichtungen, um auch mehrere Wochen Laufzeit zu besetzen. Kostengründe dürften hierbei kein ausschlaggebendes Argument sein, weil Logistik und Vorbereitungen einen erheblichen Teil der dadurch besser und effizienter genutzten Ressourcen erfordern.
2. Mit neuen Arbeitsformen können kostengünstige kontinuierliche Angebote mit ähnlicher Arbeitsform für Kitas und Schulen geschaffen werden („Lehmbaukoffer“, Lehmkuhle, z.B. in Kitas, Schulen oder Abenteuerspielplätzen, mit Multiplikatorenschulungen, Betreuungsangebote, Ferienlager auf einem Bauernhof in Zusammenarbeit mit Bildungsträgern, usw.).

**Planungsqualität:** Das Projekt wird außerordentlich professionell durchgeführt. Nur ein Detail zum Abbau von Hürden – Angst der Mütter vor Verschmutzung der Kinder – fiel den Expert/-innen auf: Nach dem Bauen sollte die Möglichkeit zur Reinigung sichergestellt sein (Wasser, großen Schüsseln, Papiertücher) und in den Ankündigungen hervorgehoben werden.

**Mitwirkende (Personal und Kooperationspartner):** Für jüngere Kinder sind kleinere Betreuungsgruppen erforderlich. Da Personal kostenintensiv ist, könnten die durchführenden Profis sich auf die Gewinnung von ehrenamtlichen Helfer/-innen konzentrieren und diese durch Kurzschulungen qualifizieren (Helferbörsen, Ansprache von Müttern). Dies könnte auch die Nachhaltigkeit der Wirkungen bei den Eltern unterstützen. Eine weitere mögliche Multiplikatorengruppe könnten ältere Kinder (12- bis 15jährige) sein, die durch die Schulung Kenntnisse erlangen und durch die Betreuung jüngerer Kinder ihre Wichtigkeit und Verantwortlichkeit erleben und dabei die Projektkräfte und die Eltern entlasten können. Die anwesende pädagogische Fachkraft des Projekts gewinnt dadurch mehr Zeit, die Gruppendynamik der Kinder im Auge behalten und die jüngeren Kinder zu unterstützen.

Mit den vorgeschlagenen Weiterungen verändert sich die Rolle der durchführenden Fachkräfte des Projekts: Sie konzentrieren sich in ihrer neuen Rolle auf Organisation und Rahmgebung, auf Multiplikatorenschulung (z.B. motivierte Mütter, pädagogische Fachkräfte) und auf Öffentlichkeitsarbeit zur Sicherung einer breiten Inanspruchnahme.

**Verbreitung und Vermittlung der Aktivität:** Hier ergaben sich mehrere Ansatzpunkte:

- Lange Zugänglichkeit ist wichtig für höhere Wirkungs-dosis. Wenn Kinder erst um 16 Uhr aus Kita oder Hort abgeholt werden, bleibt bis 17 Uhr keine Zeit zum Bauen. Nachmittags sollte die Baustelle lange zugänglich bleiben, mindestens bis 18 Uhr, damit Familien sie lange und mehrfach besuchen können. Hier könnte ein Zusatzangebot des Projekts liegen, der auch die Inanspruchnahme erhöht: Abendbetreuung zur Entlastung von Eltern.
- Auf ein – ggf. länger laufendes – Angebot sollte kontinuierlich hingewiesen werden (mehr Plakate / Handzettel im Stadtteil, mehrfache Hinweise / Berichte in Tageszeitungen und Wochenblättern). Dafür ist höherer Zeitaufwand nötig (z.B. Praktikant/-innen werben).
- Da Migrant/-innen eine wichtige Zielgruppe sind, sollten Informationen mehrsprachig erstellt werden (besonders in türkischer und russischer Sprache).

Zur Unterstützung der Kompetenzweiterung und Verstetigung der individuellen, punktuellen Erfahrungen (Empowerment) könnten mehrere zusätzliche Arbeitsformen systematischer genutzt werden:

- Während der Projektphase sollen Eltern Informationsmaterial (Broschüren) zur Verfügung gestellt werden, wie sie im Alltag mit ihren Kindern ähnlich arbeiten könnten (z.B. Freiräume auf Abenteuerspielplatz nutzen, Spielen mit Baggermatsche ermutigen), außerdem Informationen über ähnliche Angebote im Umfeld und die nächsten Möglichkeiten zum Projektbesuch.
- Einrichtungen sollten Projektberichte erhalten und telephonisch eingeladen werden.

- In einer allgemeinen Broschüre sollte der Sinn des Ansatzes leicht verständlich erklärt werden. Zielgruppe sind Eltern, Kitas u.a. mögliche Kooperationspartner.
- Kinder sollten nach der Ausstellung kleine Skulpturen mit nach Hause nehmen oder an geeigneten Orten im Stadtteil ausstellen, bis sie zerfallen (wird vielleicht schon gemacht oder bringt Probleme mit sich, das ging aus den Dokumentationen nicht hervor).

**Evaluation und Erfolgskontrolle:** Das Projekt sollte weiterhin regelmäßig Verlaufs- und Wirkungsbeobachtungen durchführen. Zur Prüfung der Zufriedenheit eignen sich die in der vorliegenden Studie entwickelten Nachbefragungsbögen. Zur vertieften Abschätzung der Inanspruchnahme fehlen bislang Einschätzungen, wie groß die Zielgruppen in den jeweiligen Quartieren tatsächlich sind und welche Merkmale sie aufweisen (insbesondere hinsichtlich subkultureller Teilgruppen und soziodemographischer Merkmale). Diese lassen sich in Kontakten mit lokalen Stellen ermitteln und daraus Einschätzungen erreichter Teilgruppen ableiten. Vielversprechend ist in diesem Zusammenhang die interkulturelle Zusammensetzung und Zusammenarbeit der Kinder.

Mit seinen Zielsetzungen arbeitet das Projekt dabei vor allem auf kurzfristig-situative Ziele hin, wie Förderung von Bewegungsfreude, Gestaltungsfreude, soziale Interaktion und Selbstwirksamkeitsstärkung. Längerfristige, umfassende gesundheitsförderliche Zielsetzungen und konkrete Indikatoren der Erreichung dieser Gesundheitsziele werden bislang zwar thematisiert, aber nicht systematisch erhoben. Geeignet wären z.B. längerfristige Nacherhebungen bei Kita-Gruppen und Schulklassen, die das Projekt besucht haben (erinnerte Qualität, Zufriedenheit und Wirksamkeit).

Die angesprochenen Möglichkeiten zur Erweiterung der Wirkungsebenen und zur Verstetigung der Effekte werden oder wurden vom Projekt zumeist bereits konzipiert, ausgearbeitet oder erprobt (z.B. die Integration von kleineren Lehmbaustellen in Kitas, die Kooperation mit Instituten der Lehrer/-innen- und Erzieher/-innenfortbildung, Lehraufträge an Hochschulen und Fachhochschulen für Architektur und Pädagogik). Die Rahmenbedingungen in der konkreten Umsetzung, insbesondere zur Ausweitung der Baustellen-Laufzeit, hängen entscheidend von der finanziellen Ausstattung ab und können daher nicht vom Projekt allein gelöst werden.

## 5.2 Befragung der teilnehmenden Kinder

Das Projekt wurde von den Kindern fast einhellig positiv beurteilt (AM = 2,85, auf einer Skala von 1 bis zum Optimum = 3). Den meisten Kindern hat es Spaß gemacht. Niedriger fiel der Mittelwert für die Beurteilung des sozialen Klimas aus (AM = 2,55). Die Kinder fanden, dass Jungen und Mädchen nicht immer nett miteinander umgingen (s. Tabelle 15). Mit wachsendem Alter stieg die Zufriedenheit mit dem sozialen Klima; der größte Unterschied lag zwischen Kita- und älteren Schulkindern (s.

Tabelle 16). Dabei bestanden keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht oder Migrationshintergrund (s. Tabelle 17 und Tabelle 18).

Ältere Kinder fanden eher, dass alle Kinder nett miteinander umgingen und Erwachsene nett und hilfsbereit waren. Bei den Kita-Kindern fällt das Item „Sind auch die Jungen und die Mädchen nett zueinander?“ auf AM = 1,60 (also in den Bereich der Unzufriedenheit). Sie wünschen sich, die Erwachsenen hätten mehr Zeit für sie. Jüngere Kinder brauchen also für hohe Zufriedenheit in diesem Projekt mehr Zuwendung als ältere.

### 5.3 Projekteinschätzung der Eltern

Mittelwerte für berichtete Verhaltensänderungen der Kinder bleiben im unteren Bereich der Skala (s. Tabelle 6). Am niedrigsten ist der Wert beobachteter nachhaltiger Verhaltensänderungen in der Nachbefragung (AM = 1,76). Ebenso geht parallel die wahrgenommene allgemeine Projektwirksamkeit zurück. Im Projekt selbst sind situativ also mehr Veränderungen bei den Kindern wahrnehmbar als lange später. Andere Auskünfte wären für eine niedrigdosierte, unspezifische Intervention wenig plausibel.

Die Durchführungsqualität des Projektes wird zu beiden Zeitpunkten hingegen stabil als sehr gut bewertet (s. Tabelle 19).

**Tabelle 6: Durchführungsqualität und Projektwirksamkeit nach Einschätzung der Eltern**

Skala	n	AM	SD
<b>Erstbefragung T1</b>			
Verhaltensänderung der Kinder	127	2,94	1,02
Durchführungsqualität	128	4,83	0,33
Allgemeine Projektwirksamkeit	126	3,76	0,83
<b>Nachbefragung T2</b>			
Nachhaltige Verhaltensänderung	47	1,76	0,95
Durchführungsqualität	47	4,70	0,58
Allgemeine Projektwirksamkeit	47	2,91	0,92
<b>T1 + T2</b>			
Durchführungsqualität	175	4,80	0,41

Wertebereich: 1= stimmt gar nicht bis 5= stimmt genau

## 5.4 Projekteinschätzung des pädagogischen Fachpersonals

Die Qualitäts- und Wirkungseinschätzungen der Fachkräfte verteilen sich nach dem gleichen Muster wie die der Eltern: stabil hohe Einschätzungen für die Durchführungsqualität, mittlere Werte beobachteter Verhaltensänderungen der Kinder, die in der Nachbefragung deutlich und signifikant absinken (s.

Tabelle 7).

**Tabelle 7: Deskriptive Auswertung der Skalen der Pädagogenbefragung**

Skala	n	AM	SD
Erstbefragung T1			
Verhaltensänderung der Kinder	51	3,56	0,77
Durchführungsqualität	51	4,83	0,25
Allgemeine Projektwirksamkeit	51	3,98	0,80
Nachbefragung T2			
Nachhaltige Verhaltensänderung	14	1,72	0,78
Durchführungsqualität	18	4,75	0,38
Allgemeine Projektwirksamkeit	18	2,93	1,09
T1 + T2			
Durchführungsqualität	69	4,81	0,29

Wertebereich: 1= stimmt gar nicht bis 5= stimmt genau

Bei Eltern wie pädagogischen Fachkräften bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen beobachteten Verhaltensänderungen und allgemein wahrgenommener Projektwirkung – mit hohen Effektgrößen – sowie zwischen beobachteten Verhaltensänderungen und Wirksamkeit einerseits, Beurteilungen der Durchführungsqualität andererseits – teilweise nicht signifikant und zudem mit niedrigen Effektgrößen (vgl. Tabelle 11 bis Tabelle 14). Eine pauschale Halo-Beurteilung aus dem situativen Eindruck heraus kann nach diesen Befunden ausgeschlossen werden, da die Beurteilung der Durchführungsqualität zu beiden Befragungspunkten mit der Einschätzung und Beobachtung von Wirkungen nur etwa 10% der Varianz teilt (Determinationskoeffizient aus den Produkt-Moment-Korrelationen).

## 5.5 Eltern und pädagogisches Fachpersonal im Vergleich

Bei beiden Erwachsenengruppen liegen die Einschätzungen der Durchführungsqualität fast auf dem bestmöglichen Wert, die allgemeine Projektwirksamkeit und die beobachteten Verhaltensbeobachtungen bei Kindern jedoch im mittleren Bereich der Skala (s. Abbildung 8 und Abbildung 9).

Abbildung 8 Veränderung der Projektbeurteilung über die Zeit (Eltern)

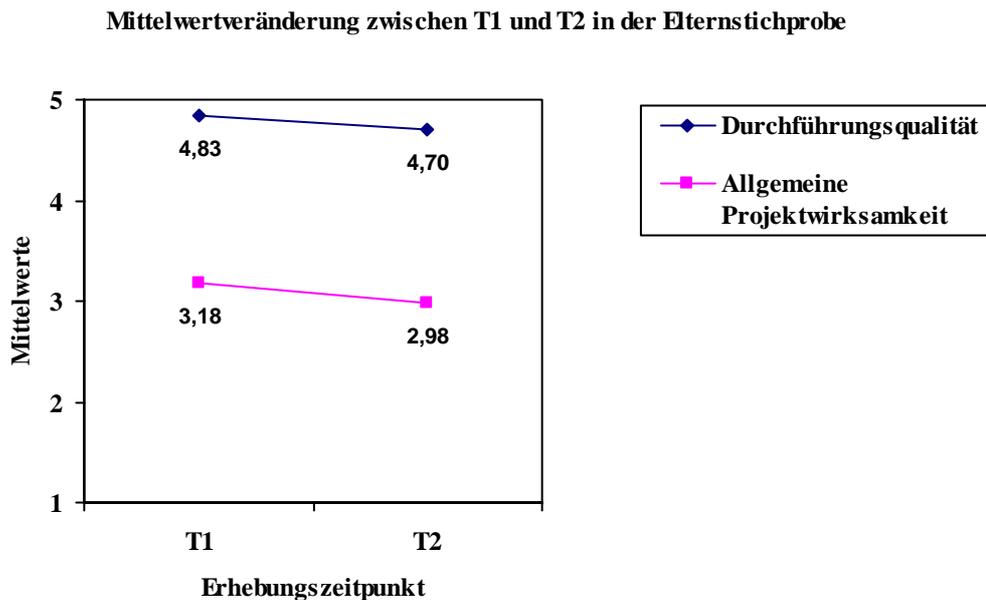
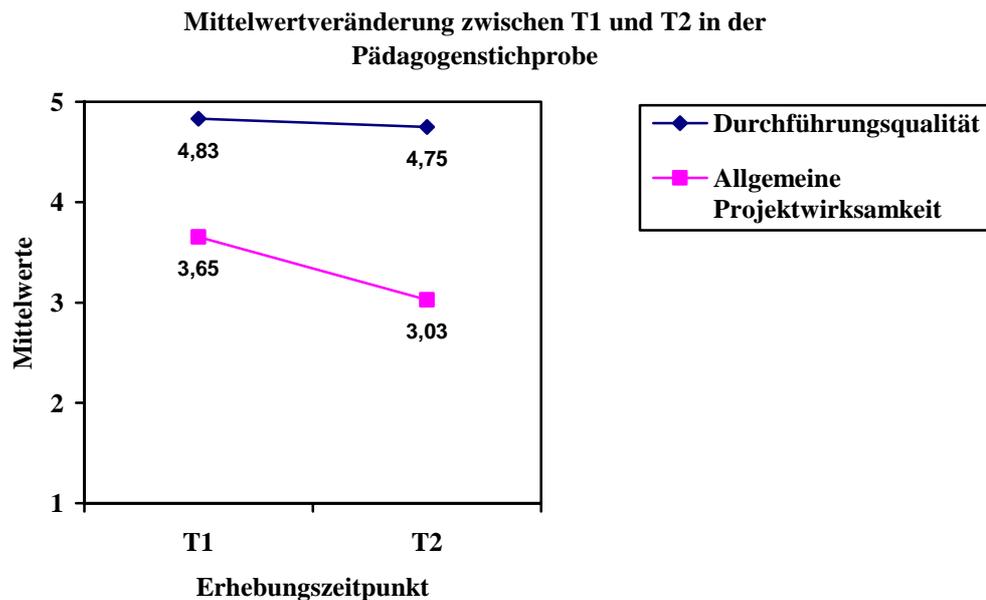
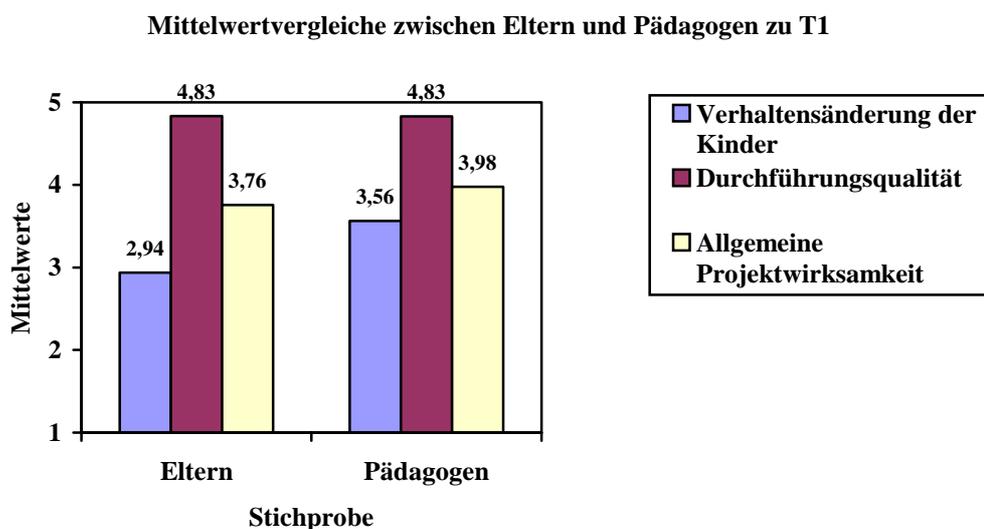


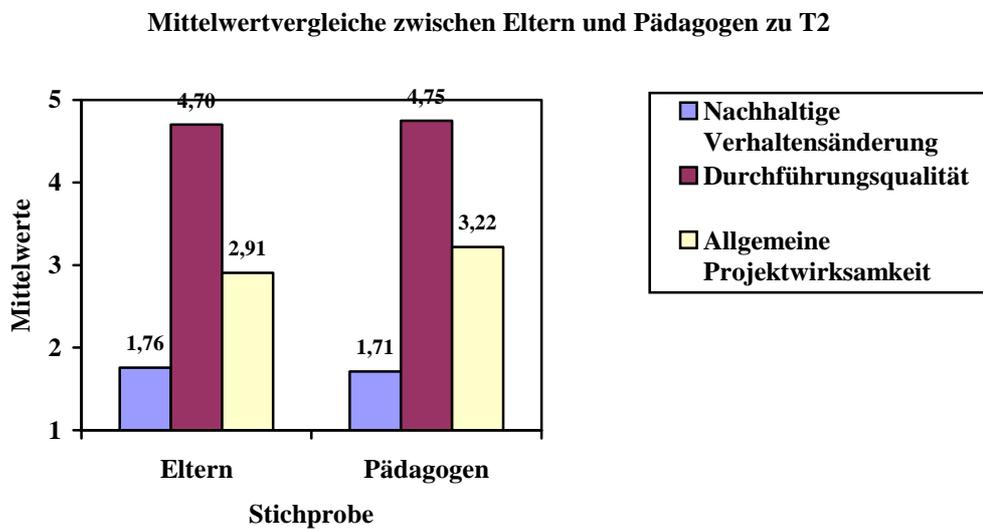
Abbildung 9 Veränderung der Projektbeurteilung über die Zeit (pädagogisches Fachpersonal)



Während die Beurteilung der Projektqualität auch in der Nachbefragung stabil hoch bleibt, nehmen die Werte der Projektwirksamkeit und der beobachteten kindlichen Verhaltensänderungen in der Nachbefragung deutlich ab, und zwar stärker bei den Pädagog/-innen als bei den Eltern und am deutlichsten für die kindlichen Verhaltensänderungen, die in das unterste Fünftel der Skala absinken (s. Abbildung 10 und Abbildung 11).

**Abbildung 10 Unterschiede der Projektbeurteilung (Erwachsene, Vor-Ort-Befragung)**



**Abbildung 11 Unterschiede der Projektbeurteilung (Erwachsene, Nachbefragung)**

Die Beurteilung der Durchführungsqualität liegt bei allen Erwachsenen konstant hoch, auch in der Nachbefragung; sie unterliegt somit nur geringen situativen Verzerrungen. In der Durchführungssituation vor Ort nehmen die Fachkräfte hingegen signifikant deutlichere Verhaltensänderungen bei den Kindern wahr als die Eltern.

Dieser Unterschied hat jedoch infolge der Urteilsvarianz eine schwache bis mittlere Effektgröße (Tabelle 8). Die Pädagog/-innen schätzen auch die allgemeine Wirksamkeit des Projekts höher ein als die Eltern. In der Nachbefragung hat sich diese Differenz ausgeglichen (s. Tabelle 21). Das gemeinsame Bauen scheint somit bei Kindern, die in Gruppen am Projekt teilnehmen, situativ stärkere Veränderungen hervorzurufen, die aber nicht stabil sind.

**Tabelle 8 Vergleiche zwischen Eltern und Pädagogen zu T1**

Skala:	Eltern		Pädagogen		Effekt	
	n	AM (SD)	n	AM (SD)	p	eta <sup>2</sup>
Verhaltensänderung der Kinder	127	2,94 (1,02)	51	3,56 (0,77)	,000	,081
Durchführungsqualität	128	4,84 (0,33)	51	4,83 (0,25)	,956	,000
Allgemeine Projektwirksamkeit	126	3,75 (0,83)	51	3,98 (0,80)	,106	,015

Zusammen betrachtet, stützen sich die Ergebnisse der drei Zielgruppen gegenseitig in ihrer Aussagekraft (Triangulation auf Ergebnisebene): Das Projekt wird als angenehm und attraktiv erlebt, die Durchführung als professionell und hochwertig, und es werden situativ deutliche

Veränderungen im Verhalten der Kinder berichtet, die jedoch nicht über mehrere Wochen stabil in einem mittleren Wertebereich bleiben. Kinder in Gruppen scheinen deutlichere Verhaltensänderungen aufzuweisen als Kinder, die mit ihren Eltern kommen. Die Veränderungen bei den Kindern gehen nach dem Projekt zurück, doch werden auch nach Wochen noch positive Veränderungen von den befragten Erwachsenen berichtet.

## 6 Einschränkungen der Aussagekraft der Ergebnisse

Methodische Mängel, insbesondere gegenüber einem vollständigen Wirkungsnachweis nach den Kriterien zufallszugewiesener Kontrollstudien (Khan, Kunz, Klejnen & Antes, 2004), liegen in mehreren Besonderheiten von Intervention und Design begründet.

1. Die Reichweite und Bekanntheit in der Zielgruppe sowie die bisher vorliegenden Wirksamkeitsbeobachtungen wurden anhand der Angaben des Projekts durch strukturierte Analyse mit *QIP* eingeschätzt und nicht direkt erhoben. – Dieses Vorgehen erbringt jedoch infolge genauer Feldtestung der Gütekriterien des Verfahrens Evidenz auf der Stufe von Expertenurteilen und ist durch seine kostengünstige Durchführbarkeit besonders für lokal spezifische Projekte geeignet (Kliche, Töppich, Kawski, Koch et al., 2004). Für das hier beurteilte Projekt ist vor allem eine genaue Dokumentationen der Zahl im Quartier erreichter Personen nützlich als Grundlage für Schätzungen der Inanspruchnahme, der Nützlichkeit unterschiedlicher Streuwege und der Wirksamkeit. Bereits die verfügbaren Daten belegen breite Beteiligung (vierstellige Teilnehmerzahlen) und damit gute Ausschöpfung der Möglichkeiten des Projekts.
2. Es handelt sich nicht um eine echte Beobachtungsstudie, weil keine Eingangsmessung vorgenommen und mit Daten einer Abschlussmessung verglichen wurde. Dies bringt mehrere Einschränkungen mit sich:
  - a. Die gesundheitliche Belastung der Teilnehmer/-innen und damit die Angemessenheit der Inanspruchnahme durch gesundheitlich vorrangig bedürftige Zielgruppen nur durch grobe soziodemographische Fragen indirekt eingeschätzt. – Die gesundheitssoziologische Evidenz zeigt jedoch, dass mit dem Migrationshintergrund und mit dem Wohnen in einem gemischten Viertel mit hohem Anteil sozial Benachteiligter wesentliche Belastungsfaktoren erfasst sind (Kilian, Geene, Philippi & Walter, 2004; Lampert, Saß, Häfelinger & Ziese, 2005; Mielck, 2000; Morrison & Bennett, 2006).
  - b. Die direkte Veränderungsmessung ist nicht mit indirekten Veränderungsnachweisen verbunden, also nicht hinsichtlich objektiver Gesundheitsgewinne validiert. – Die direkte Veränderungsmessung ist für niedrig dosierte, niedrigfrequente Interventionen dennoch die beste Methodik, weil signifikante Gesundheitsgewinne bei solchen Projekten infolge der zu erwartenden komplexen Bedingtheit von Gesundheit sehr schwache Effektgrößen aufweisen würden und

daher nur mit riesigen, unökonomischen Stichproben signifikant nachgewiesen werden könnten (Kelly et al., 2002; Naidoo & Wills, 2003).

- c. Da für die Skalen zur direkten Veränderungsmessung keine Referenzdaten aus vergleichbaren Projekten vorliegen, fehlt eine Vergleichsgruppe oder eine Verankerung. – Hingegen sind die verwendeten Skalen von hoher Inhaltsvalidität: Die Befragten geben direkt Auskunft über die erlebte Wirksamkeit des Projekts, die Skalen haben dadurch auch ohne Referenzdaten einen Informationswert.
3. In der Nachbefragung war der Rücklauf gering. Bei konservativer Interpretation sollte angenommen werden, dass alle Nicht-Antwörter eine eher skeptische Haltung gegenüber den Projektwirkungen hatten. – Signifikante soziodemographischen Verzerrungen gegenüber den Erstbefragten waren nicht zu beobachten. Die erhobenen Antworten belegen für einen erheblichen Anteil der Befragten eine nach Wochen noch erkennbare Wirksamkeit des Projekts.
4. Gesundheitsökonomische Überlegungen zu den Dosiskosten für die Teilnehmer/-innen wurden nicht angestellt. – Solche Überlegungen sind prinzipiell wünschenswert, doch gibt es bislang keine einheitliche Gesundheitsökonomie für die vielgestaltigen präventiven Arbeitsformen. Insbesondere fehlen Vergleichsmaßstäbe für Organisations-Overhead und freiwillige, unentgeltliche Projektarbeit von Beschäftigten in Settings, die in manchen Organisationen zur Demotivation von Beteiligten beitragen können (Kliche, Egger et al., 2006; Kliche, Koch et al., 2006).

Diese methodischen Einschränkungen liegen in den Besonderheiten des Arbeitsansatzes begründet (ambulant-punktuell, niedrighwelliges Versorgungsangebot mit niedriger Dosis und breitem, auf Selbstwirksamkeit gerichtetem Wirkungsansatz). Sie schränken die Reichweite der begründbaren Verallgemeinerungen der Befunde ein, haben aber gleichwohl Aussagekraft auf dem Niveau einer Evidenzstufe zwischen Expertenurteil und Beobachtungsstudie (Kliche, Koch et al., 2006). Sie verändern nicht das Gesamtbild der Ergebnisse. Das Design war zudem unter den gegebenen Feldbedingungen alternativlos: Eine umfassende Evaluation über die gewählten Verfahren hinaus (Konzept- und Prozessevaluation mit einem strukturierten, geprüften Qualitätssystem sowie direkte Veränderungsmessung bei Teilnehmer/-innen mit Nachbefragung) wäre denkbar, doch nicht ökonomisch. Insbesondere sind Vorab-Erhebungen des Gesundheitsstatus und der Motivation bei den Teilnehmer/-innen anhand validierter Standard-Instrumente (z.B. zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität) wahrscheinlich mit geringerem Rücklauf verbunden, insbesondere unter den für das Projekt wichtigen sozial benachteiligten Zielgruppen (u.a. durch Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, Gefühl indiskreter persönlicher Fragen, Zeitaufwand zum Ausfüllen der Fragebogen). Da das Projekt hochwertig konzipiert ist, könnten weitere Evaluationsmöglichkeiten jedoch geprüft und realisiert werden.

## 7 Gesamtbild und Empfehlungen zur Projektgestaltung

Die Konzept- und Prozessanalyse mit *QIP* belegt ein absolut wie relativ hochwertiges Konzept mit vorbildlicher Umsetzung in den wirkungsbezogenen Gestaltungsdimensionen für Prävention und Gesundheitsförderung. Der gewählte Standort passte vorzüglich zur Konzeption und zum Arbeitsansatz und war insbesondere auch zur Bearbeitung gesundheitlicher Ungleichheiten und zur Förderung interkulturellen Lernens sinnvoll.

Alle Erhebungsdaten bestätigen diesen Befund: Die Inanspruchnahme durch Bildungseinrichtungen (21 Kitas und 10 Schulen) war so gut, dass die Betreuungskapazitäten zeitweise gänzlich ausgeschöpft waren, was durch ein Anmeldewesen reibungslos geregelt wurde. Über die Hälfte der Besucher/-innen kam mehr als einmal, etwa ein Fünftel drei Mal und häufiger. Mit etwa 50% mehrsprachiger Familien hat das Projekt einen hohen Anteil von Familien mit Migrationshintergrund erreicht und bietet damit einen interkulturellen Ort sozialen Lernens in angenehmer, unterstützender Atmosphäre. Das Projekt kann soziale Kompetenzen der Kinder, aber auch die nachbarschaftliche Vernetzung der Eltern fördern; es ergeben sich neue Kontakte, Erfahrungen mit Zusammenarbeit und Kompromissbildung. Das gemeinsame Bauen schafft dafür die Rahmenbedingungen, einen geschützten Ort und eine attraktive Gestaltungsaufgabe.

Die Kinder sind mit dem Angebot überwiegend zufrieden und fühlen sich meist wohl. Sie erlebten den offenen Antworten zufolge die vom Projekt gebotenen Gestaltungsmöglichkeiten als positiv (z.B. Modelle bauen oder die großen Skulpturen errichten). Jüngere Kinder wünschen sich mehr Unterstützung und Moderation durch die Erwachsenen, ältere Kinder waren zufriedener mit dem Ablauf.

Eltern und Pädagog/-innen beurteilen die Durchführungsqualität durchgehend als hoch; sie berichten mittlere Werte für Verhaltensänderungen der Kinder und etwas höhere für die allgemeine Wirksamkeit des Projekts. Das pädagogische Fachpersonal berichtet mehr Wirkungen und Verhaltensänderungen infolge des Projekts als die Eltern, die jedoch in der Nachbefragung instabiler sind als die von den Eltern berichteten Veränderungen. Diese Daten lassen darauf schließen, dass die Arbeitsform des Projekts besonders bei Kindern in Gruppen Veränderungen unterstützt und dort stärkere Veränderungen gegenüber einer Teilnahme in der Mutter-Kind-Dyade auslöst. Die von den Erwachsenen beobachteten Effekte gehen in der Nachbefragung (Stabilitätsmessung) signifikant und deutlich zurück, nicht jedoch die Einschätzungen der Durchführungsqualität. Trotz des Rückgangs beobachten die Erwachsenen auch einen Monat nach Projektteilnahme noch immer merkbare Auswirkungen des Projekts bei den Kindern. Die direkte Veränderungsmessung durch die Einschätzung der Eltern und der pädagogischen Fachkräfte ergibt somit Belege für deutliche situative, über die Zeit abnehmende, aber immer noch spürbare Auswirkungen im gesundheitsbezogenem Verhalten und Wohlbefinden der Kinder. Dies entspricht den nach Forschungslage zu erwartenden Effekten für personalkommunikative präventive Maßnahmen (Lister-Sharp, Chapman, Stewart-Brown & Sowden, 1999), auch bei Erwachsenen (Walter, Drupp & Schwartz, 2002).

Die Befragungen erbrachten somit Belege für gute Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen und dabei schwache bis mittlere, aber von den Befragten sowohl während der Intervention wie auch nach Wochen noch wahrgenommene gesundheitsfördernde Auswirkungen des Projekts für die teilnehmenden Kinder.

Die wesentliche Schwierigkeit des Arbeitsansatzes liegt darin, die punktuell-situativen Schlüsselerfahrungen aus dem Projekt in den Alltag zu übertragen, zu stabilisieren und ihre Verallgemeinerung zu unterstützen. Empfehlungen zur Weiterentwicklung richten sich vor allem auf die Unterstützung von Gesundheitslernen, Nachhaltigkeit und höherer Dosis (Teilnahmezeit und –häufigkeit). Familien und Bildungseinrichtungen könnten zur Unterstützung dieses Transfers noch besser mit Informationen und (freiwilligen!) Kurzschulungen unterstützt werden. Eine Information über die positive Aufnahme und die möglichen Wirkungen kann auch das Gesundheitsbewusstsein und die Health literacy der Zielgruppen erhöhen; dafür wären mehrsprachige Informationsmaterialien hilfreich. Eine dauerhafte Kooperation mit Bildungseinrichtungen und neue, kontinuierliche oder höherdosierte Arbeitsformen (Sommerlager?) könnten sowohl zur Verstetigung der Wirkungen wie zur Kontinuität von Multiplikatorenschulungen beitragen.

## 8 Literatur

- AG-SpiK. (2006). *Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006*. Bergisch Gladbach: IKK-Bundesverband.
- Borg, I. (2000). *Affektiver Halo in Mitarbeiterbefragungen: Arbeitszufriedenheit, Mitarbeiterbefragung, Einstellungen, Einstellungsmessung*. ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 2000/03. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen ZUMA.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (3., überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland - Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed)*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Flick, U. (2004). *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft.
- Hasler, G., Moergeli, H., Bachmann, R., Lambreva, E., Buddeberg, C. & Schnyder, U. (2004). Patient Satisfaction With Outpatient Psychiatric Treatment: The Role of Diagnosis, Pharmacotherapy, and Perceived Therapeutic Change. *Can J Psychiatry*, 49(5), 315-321.
- Hendriks, A. A. J., Smets, E. M. A., Vrieling, M. R., Van Es, S. Q. & De Haes, J. C. J. M. (2006). Is personality a determinant of patient satisfaction with hospital care? *Int J Qual Health Care*, 18(2), 152-158.
- Kelly, M., Swann, C., Killoran, A., Naidoo, B., Barnett-Paige, E. & Morgan, A. (2002, 6 June 2005). *Starter Paper. Methodological Problems in Constructing the Evidence Base in Public Health*. Health Development Agency, Public Health Evidence Steering Group, Methodology Reference Group Verfügbar [9.8.2002].
- Khan, K. S., Kunz, R., Kleijnen, J. & Antes, G. (2004). *Systematische Übersichten und Meta-Analysen. Ein Handbuch für Ärzte in Klinik und Praxis sowie Experten im Gesundheitswesen*. Berlin etc.: Springer.
- Kilian, H., Geene, R., Philippi, T. & Walter, D. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Hrsg.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm 'Mehr Gesundheit für alle'* (Bd. 8). Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft.
- Kliche, T., Egger, N., Varró, R., Mössner, J., Bodansky, A., Post, M., et al. (2006). *Prozess- und Ergebnisevaluation des Projekts "Spannende Schule - entspanntes Miteinander. Gesundheitsförderung im Schulalltag durch konstruktive Stress- und Konfliktbewältigung" der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG). Abschlussbericht*. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) Verfügbar unter: [http://www.hag-gesundheit.de/documents/evaluati\\_169.pdf](http://www.hag-gesundheit.de/documents/evaluati_169.pdf) [10.12.2006].
- Kliche, T., Koch, U., Lehmann, H. & Töppich, J. (2006). Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. DOI: 10.1007/s00103-005-1216-1. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(2), 141-150.
- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S. & Koch, U. (2006). Qualitäts-Informationssystem Prävention. In J. Haisch, K. Hurrelmann & T. Klotz (Hrsg.), *Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 269-272). Bern: Hans Huber.

- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U. & Lehmann, H. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung: Anforderungen und Lösungen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 47, 125 - 132.
- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Lehmann, H., Stander, V. & Koch, U. (2004). Ein neues Qualitätssicherungssystem zur Begutachtung von Struktur-, Konzept- und Prozessqualität in Prävention und Gesundheitsförderung. In E. Luber & R. Geene (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?* (S. 115-126). Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Kliche, T., Werner, A.-C. & Post, M. (2006). Wie wirkt übergreifende Schulische Gesundheitsförderung? Der Forschungsstand. In E. Mittag, E. Sticker & K. Kuhlmann (Hrsg.), *Leistung - Lust und Last. Impulse für eine Schule zwischen Aufbruch und Widerstand* (S. 452-455). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Lampert, T., Saß, A.-C., Häfelinger, M. & Ziese, T. (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S. & Sowden, A. (1999). *Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews*. Southampton: National Coordinating Centre for Health Technology Assessment NCCHTA.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2006). *An Introduction to Health Psychology*. Harlow: Pearson.
- Nagurney, J. T., Brown, D. F. M., Sane, S., Weiner, J. B., Wang, A. C. & Chang, Y. (2005). The Accuracy and Completeness of Data Collected by Prospective and Retrospective Methods. *Acad Emerg Med*, 12(9), 884-895.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Hrsgg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Neugebauer, B. & Porst, R. (2001). *Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht* (No. ZUMA-Methodenbericht Nr. 7/2001). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Steffanowski, A., Lichtenberg, S., Nübling, R., Wittmann, W. W. & Schmidt, J. (2003). Individuelle Ergebnismessung - Vergleich zwischen prospektiven und retrospektiven Problemangaben in der psychosomatischen Rehabilitation. *Individualized Outcome Measurement - A Comparison Between Prospective and Retrospective Problem Marking in Psychosomatic Rehabilitation*(1), 22.
- Van den Broucke, S. (2005, 1 - 4 June, 2005). *Practice Built on Evidence. Guidelines and quality tools for European health*. Paper presented at the European Project Getting Evidence into Practice. Newsletter no 6. 6th IUHPE European Conference on the Effectiveness and Quality of Health Promotion, Best Practice for Better Health, Stockholm.
- Walter, U., Drupp, M. & Schwartz, F. (2002). *Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit*. Weinheim: Juventa.

## 9 Anhang: Tabellenteil

**Tabelle 9 Interne Konsistenz und Wertebereiche der Skalen**

Befragtengruppe	Skala	Anzahl Items	Wertebereich	n	Cronbachs Alpha
Kinder	Allgemeine Projektbewertung	5	1 - 3	106	0,892
	Projektklima	5	1 - 3	105	0,751
Eltern, Pädagog/-innen: Erstbefragung	Verhaltensänderung der Kinder	6	1 - 5	166	0,854
	Allgemeine Projektwirksamkeit	3	1 - 5	156	0,658
Eltern, Pädagog/-innen: beide Befragungen	Durchführungsqualität	6	1 - 5	213	0,816
Eltern (Nachbefragung)	Nachhaltige Verhaltensänderung	9	1 - 5	40	0,939
	Allg. Projektwirksamkeit	5	1 - 5	40	0,831
Pädagogen (Nachbefragung)	Nachhaltige Verhaltensänderung	11	1 - 5	9	0,966
	Allgemeine Projektwirksamkeit	9	1 - 5	9	0,797

**Tabelle 10 Befragte Kinder nach Alter, Geschlecht und Sprache (Chi-Quadrat-Test)**

Variable		Beobachtetes N	Erwartetes N	Chi-Quadrat	df	Asymptotische Signifikanz (gegen Gleichverteilung)
<b>Alter</b>	3-6 Jahre	34	38,7	35,810	2	0,000**
	7-10 Jahre	67	38,7			
	11-14 Jahre	15	38,7			
<b>Geschlecht</b>	männlich	52	58	1,241	1	0,265
	weiblich	64	58			
<b>Sprache</b>	Deutsch	60	54	1,333	1	0,248
	Auch andere Sprache	48	54			

**Tabelle 11 Zusammenhänge zu T1 zwischen den Skalen der Elternstichprobe (Korrelationskoeffizienten und n)**

	Durchführungsqualität	Allg. Projektwirksamkeit
Verhaltensänderung der Kinder	,20* (127)	,40** (125)
Durchführungsqualität		,47** (126)

Anmerkungen: \*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$

**Tabelle 12 Zusammenhänge zu T1 zwischen den Skalen (Pädagogenbefragung; Korrelationskoeffizienten, n = 47)**

	Durchführungsqualität	Allg. Projektwirksamkeit
Verhaltensänderung der Kinder	,31*	,53**
Durchführungsqualität		,47**

Anmerkungen: \*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$ ; n = 51

**Tabelle 13 Zusammenhänge zu T2 zwischen den Skalen der Elternstichprobe (Korrelationskoeffizienten)**

	Durchführungsqualität	Allg. Projektwirksamkeit
Verhaltensänderung der Kinder	,25 n.s.	,64**
Durchführungsqualität		,37*

Anmerkungen: \*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$ ; n = 47

**Tabelle 14 Zusammenhänge zu T2 zwischen den Skalen (Pädagogenbefragung; Korrelationskoeffizienten, n = 47)**

	Durchführungsqualität	Allg. Projektwirksamkeit
Verhaltensänderung der Kinder	,35 n.s.	,63*
Durchführungsqualität		,18 n.s.

Anmerkungen: \*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$ ; n = 14

**Tabelle 15 Deskriptive Auswertung der Skalen der Kinderstichprobe**

<b>Skala/ Item</b>	<b>n</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>
<i>Allgemeine Projektbewertung Skalenmittel</i>	116	2,85	0,44
Spaß (Macht es Dir Spaß?)	115	2,91	0,40
Wohlbef (Fühlst Du dich wohl hier?)	115	2,87	0,45
Beurteilung 5 (Kannst Du gut mitmachen?)	107	2,89	0,50
Beurteilung 7 (Würdest Du so was noch mal mitmachen?)	107	2,80	0,62
Beurteilung 8 (Wirst Du anderen Kindern sagen, das war toll hier, sie sollen bei so was auch mal mitmachen?)	107	2,73	0,70
<i>Projektklima Skalenmittel</i>	107	2,55	0,67
Beurteilung 3 (Sind auch die Jungen und die Mädchen nett zueinander?)	107	2,16	1,05
Beurteilung 4 (Haben die Leute, die hier mit Euch bauen, genug Zeit für die Kinder?)	107	2,54	0,88
Beurteilung 6 (Sind die Erwachsenen hier nett und hilfsbereit?)	106	2,78	0,70
Beurteilung 1 (Gehen die Kinder hier freundlich miteinander um?)	107	2,71	0,72

Wertelabels: 0= weiß ich nicht, 1= nein, 2= teils-teils, 3= ja

Tabelle 16 Mittelwertvergleiche nach Alter der Kinder

Skala/ Item	3 bis 6 Jahre			7 bis 10 Jahre			11 bis 14 Jahre			Effekt		
	n	AM	SD	n	AM	SD	n	AM	SD	F (df;N)	p	eta <sup>2</sup>
<i>Allgemeine Projektbewertung Skalenmittel</i>	34	2,77	0,62	67	2,90	0,35	15	2,83	0,28	1,018 (1;116)	0,364	0,018
Spaß (Macht es Dir Spaß?)	34	2,91	0,51	66	2,92	0,37	15	2,90	0,28	0,010 (1;115)	0,990	0,000
Wohlbef (Fühlst Du dich wohl hier?)	34	2,85	0,56	66	2,89	0,40	15	2,80	0,41	0,296 (1;115)	0,744	0,005
Beurteilung 5 (Kannst Du gut mitmachen?)	25	2,76	0,83	67	2,93	0,36	15	2,93	0,26	1,063 (1;107)	0,349	0,020
Beurteilung 7 (Würdest Du so was noch mal mitmachen?)	25	2,52	1,01	67	2,93	0,36	15	2,73	0,59	4,235 (1;107)	0,017*	0,075
Beurteilung 8 (Wirst Du anderen Kindern sagen, das war toll hier, sie sollen bei so was auch mal mitmachen?)	25	2,44	1,12	67	2,82	0,49	15	2,80	0,41	2,932 (1;107)	0,058	0,053
<i>Projektklima Skalenmittel</i>	25	2,13	1,01	67	2,64	0,50	15	2,85	0,23	7,875 (1;107)	0,001**	0,132
Beurteilung 3 (Sind auch die Jungen und die Mädchen nett zueinander?)	25	1,60	1,32	67	2,23	0,93	15	2,80	0,41	7,298 (1;107)	0,001**	0,123
Beurteilung 4 (Haben die Leute, die hier mit Euch bauen, genug Zeit für die Kinder?)	25	2,12	1,30	67	2,67	0,70	15	2,67	0,49	3,937 (1;107)	0,022*	0,070
Beurteilung 6 (Sind die Erwachsenen hier nett und hilfsbereit?)	25	2,36	1,22	66	2,89	0,40	15	3,00	0,00	6,706 (1;106)	0,002**	0,115
Beurteilung 1 (Gehen die Kinder hier freundlich miteinander um?)	25	2,44	1,12	67	2,77	0,57	15	2,93	0,26	2,758 (1;107)	0,068	0,050

Tabelle 17 Mittelwertvergleiche nach Geschlecht der Kinder

Skala/ Item	Mädchen			Junge			Effekt	
	n	AM	SD	n	AM	SD	p	eta <sup>2</sup>
<i>Allgemeine Projektbewertung Skalenmittel</i>	64	2,84	0,51	52	2,86	0,34	0,834	0,000
Spaß (Macht es Dir Spaß?)	64	2,88	0,48	51	2,95	0,29	0,371	0,007
Wohlbef (Fühlst Du dich wohl hier?)	64	2,88	0,49	51	2,86	0,40	0,885	0,000
Beurteilung 5 (Kannst Du gut mitmachen?)	60	2,85	0,61	47	2,94	0,32	0,380	0,007
Beurteilung 7 (Würdest Du so was noch mal mitmachen?)	60	2,80	0,66	47	2,81	0,58	0,944	0,000
Beurteilung 8 (Wirst Du anderen Kindern sagen, das war toll hier, sie sollen bei so was auch mal mitmachen?)	60	2,77	0,65	47	2,68	0,76	0,528	0,004
<i>Projektklima Skalenmittel</i>	60	2,61	0,62	47	2,47	0,73	0,294	0,010
Beurteilung 3 (Sind auch die Jungen und die Mädchen nett zueinander?)	60	2,19	0,95	47	2,13	1,17	0,755	0,001
Beurteilung 4 (Haben die Leute, die hier mit Euch bauen, genug Zeit für die Kinder?)	60	2,62	0,78	47	2,45	1,00	0,325	0,009
Beurteilung 6 (Sind die Erwachsenen hier nett und hilfsbereit?)	60	2,87	0,60	46	2,67	0,82	0,163	0,019
Beurteilung 1 (Gehen die Kinder hier freundlich miteinander um?)	60	2,77	0,65	47	2,65	0,81	0,406	0,007

**Tabelle 18 Mittelwertvergleiche nach Migrationshintergrund der Kinder**

<i>Skala/ Item</i>	<b>Deutsch</b>			<b>auch andere</b>			<b>Effekt</b>	
	<b>n</b>	<b>AM</b>	<b>SD</b>	<b>n</b>	<b>AM</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>	<b>eta<sup>2</sup></b>
<i>Allgemeine Projektbewertung Skalenmittel</i>	60	2,30	0,28	48	2,83	0,45	0,316	0,009
Spaß (Macht es Dir Spaß?)	60	2,98	0,14	47	2,88	0,43	0,125	0,022
Wohlbef (Fühlst Du dich wohl hier?)	60	2,92	0,28	47	2,85	0,47	0,368	0,008
Beurteilung 5 (Kannst Du gut mitmachen?)	60	2,93	0,41	46	2,89	0,43	0,609	0,003
Beurteilung 7 (Würdest Du so was noch mal mitmachen?)	60	2,88	0,49	46	2,76	0,64	0,267	0,012
Beurteilung 8 (Wirst Du anderen Kindern sagen, das war toll hier, sie sollen bei so was auch mal mitmachen?)	60	2,78	0,56	46	2,72	0,75	0,604	0,003
<i>Projektklima Skalenmittel</i>	60	2,56	0,67	46	2,59	0,57	0,852	0,000
Beurteilung 3 (Sind auch die Jungen und die Mädchen nett zueinander?)	60	2,15	1,12	46	2,23	0,92	0,701	0,001
Beurteilung 4 (Haben die Leute, die hier mit Euch bauen, genug Zeit für die Kinder?)	60	2,58	0,87	46	2,54	0,84	0,812	0,001
Beurteilung 6 (Sind die Erwachsenen hier nett und hilfsbereit?)	59	2,78	0,70	46	2,85	0,60	0,597	0,003
Beurteilung 1 (Gehen die Kinder hier freundlich miteinander um?)	60	2,75	0,73	46	2,73	0,61	0,871	0,000

Tabelle 19 Vergleiche zwischen T1 und T2 in der Elternstichprobe

Skala	T1			T2			Effekt		
	n	AM	SD	n	AM	SD	F(df;N)	p	eta <sup>2</sup>
Durchführungsqualität	128	4,83	0,33	47	4,70	0,58	3,389 (1;175)	,067	,019
Allgemeine Projektwirksamkeit <sup>1</sup>	122	3,18	1,09	47	2,98	0,971	1,248 (1;169)	,265	,007

<sup>1</sup>=verkürzte Skala: Beurteilung 7, Beurteilung 8

Tabelle 20 Vergleiche zwischen T1 und T2 in der Pädagogenstichprobe

Skala	T1			T2			Effekt		
	n	M	SD	n	M	SD	F (df;N)	p	eta <sup>2</sup>
Durchführungsqualität	51	4,83	0,25	18	4,75	0,38	1,056 (1;69)	,308	,016
Allgemeine Projektwirksamkeit <sup>1</sup>	51	3,65	0,99	18	3,03	1,02	5,193* (1;69)	,026	,072

<sup>1</sup>=verkürzte Skala: Beurteilung 7, Beurteilung 8

Tabelle 21 Vergleiche zwischen Eltern und Pädagogen zu T2

Skala	Eltern		Pädagogen		Effekt		
	n	AM (SD)	n	AM (SD)	F (df;N)	p	eta <sup>2</sup>
<i>Nachhaltige Verhaltensänderung<sup>1</sup></i>	47	1,76 (0,95)	14	1,71 (0,74)	,031 (1;61)	,861	,001
<i>Durchführungsqualität</i>	47	4,70 (0,58)	18	4,75 (0,38)	,097 (1;65)	,757	,002
<i>Allgemeine Projektwirksamkeit<sup>2</sup></i>	47	2,91 (0,92)	18	3,22 (1,00)	1,148 (1;65)	,237	,022

<sup>1</sup>=verkürzte Skala: Verhalten 7-13, Beurteilung 14-15

<sup>2</sup>=verkürzte Skala: Beurteilung 7,8,11,12,13

## 10 Anhang: Instrumente

### 10.1 Interviewleitfaden für jüngere Kinder



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

*Projekt: Bauen mit Lehm für Groß und Klein*  
Leitfaden für Interview Kinder, Mai 2006

© UKE Medizin. Psychologie: [t.kliche@uke.uni-hamburg.de](mailto:t.kliche@uke.uni-hamburg.de), 040.42803-3419

Falls Eltern, Erziehungsberechtigte, Lehrkräfte, Erzieherinnen anwesend: Erlaubnis zur Befragung einholen!  
Hallo! Ich bin von der Uni. Wir erforschen, wie das Lehmbauen den Kindern gefällt. Dürfen wir Dich nach Deiner Meinung fragen? Das ist natürlich freiwillig. Wir sagen auch keinem sonst, was Du denkst.

	* nein	teils, teils	ja
Fühlst Du Dich wohl hier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht es Dir Spaß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was gefällt Dir hier besonders gut?

---



---

Was gefällt Dir nicht so gut?

---



---

	nein	teils, teils	ja
Gehen die Kinder hier freundlich miteinander um?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind zum Beispiel die älteren und die jüngeren Kinder nett zueinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind auch die Jungen und die Mädchen nett zueinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben die Leute, die hier mit Euch bauen, genug Zeit für die Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kannst Du gut mitmachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Erwachsenen hier nett und hilfsbereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würdest Du so was gern nochmal mitmachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirst Du andern Kindern sagen, das war toll hier, sie sollen bei so was auch mal mitmachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hast Du hier neue Sachen kennen gelernt? (Wenn ja: Welche?)

---



---

Fühlst Du Dich hier anders als sonst? Zum Beispiel anders als zu Hause, in der Kita, in der Schule (Wie?)

---



---

*(Nur für Gruppen:)* Sind die Kinder hier anders als sonst? Wenn ja: Wie?

---



---

Zum Schluss noch ein paar Fragen über Dich.  
(aus Beobachtung, falls möglich. Sonst Alter UND Sprache fragen!)

Junge  Mädchen Alter: \_\_\_\_\_

Was spricht Ihr zu Hause für eine Sprache?  Deutsch  Auch anderes

**Das war ganz prima. Herzlichen Dank!**

\* Datenaufnahme: Werden Meinungen wie ‚eher ja‘ / ‚eher nein‘ o.ä. erkennbar, kann das Kreuz zwischen die Antwortkästchen gesetzt werden.

## 10.2 Fragebogen oder Interviewleitfaden für Kinder

Skala	Item
Allgemeine Projektbewertung	Macht es Dir Spaß?
	Fühlst Du dich wohl hier?
	Kannst Du gut mitmachen?
	Würdest Du so was noch mal mitmachen?
	Wirst Du anderen Kindern sagen, das war toll hier, sie sollen bei so was auch mal mitmachen?
Projektklima	Sind auch die Jungen und die Mädchen nett zueinander?
	Haben die Leute, die hier mit Euch bauen, genug Zeit für die Kinder?
	Sind die Erwachsenen hier nett und hilfsbereit?
	Gehen die Kinder hier freundlich miteinander um?
	Sind zum Beispiel die älteren und die jüngeren Kinder nett zueinander? (aus psychometrischen Gründen von der Skala ausgeschlossen)
Skalierung: Dreistufig - Ja / unentschieden / Nein.	

## 10.3 Erstbefragungsskalen für Erwachsene

Skala	Item
Verhaltensänderung der Kinder	Die Kinder sind/ Mein Kind ist konzentrierter.
	Die Kinder bewegen/ Mein Kind bewegt sich mehr als sonst.
	Die Kinder sind/ Mein Kind ist ausgeglichener als sonst.
	Die Kinder sind/ Mein Kind ist fröhlicher als sonst.
	Die Kinder probieren/ Mein Kind probiert ganz neue Sachen aus.
	Die Kinder sind/ Mein Kind ist lebhafter als sonst.
Allgemeine Projektwirksamkeit	Das Projekt gibt Anregungen, was man mal anders machen könnte.
	Ich bekomme Ideen, wie ich selbst mehr für die Gesundheit tun kann.
	Das Projekt fördert Fähigkeiten und Gesundheit der Kinder.
Durchführungsqualität (auch zur Nachbefragung)	Ich kann das Projekt wirklich weiter empfehlen.
	Eine richtig gute Sache!
	Wir würden so was gern noch mal machen.
	Die Kinder haben sich dabei wohl gefühlt.
	Die Kinder konnten sich gut beteiligen und mitmachen.
	Das Ganze wurde gut und professionell durchgeführt.
	Skalierung: Fünfstufig

## 10.4 Nachbefragungsskalen für Eltern

Skala	Item (fünfstufig)
Nachhaltige Verhaltensänderung	Seit dem Projekt ist mein Kind lebhafter.
	Seit dem Projekt verträgt sich mein Kind besser mit einigen Menschen.
	Seit dem Projekt ist mein Kind konzentrierter.
	Seit dem Projekt ist mein Kind ausgeglichener.
	Seit dem Projekt ist mein Kind fröhlicher.
	Seit dem Projekt bewegt sich mein Kind mehr.
	Seit dem Projekt probiert mein Kind öfter neue Sachen aus.
	Seit dem Projekt tun wir im Alltag mehr für die Gesundheit.
	Seit dem Projekt verhalte ich mich gesundheitsbewusster.
Allgemeine Projektwirksamkeit	Ich bekomme Ideen, wie ich selbst mehr für die Gesundheit tun kann.
	Das Projekt hat anhaltende positive Änderungen bewirkt.
	Das Projekt hat die Gesundheit meines Kindes gefördert.
	Das Projekt gibt Anregungen, was man mal anders machen könnte.
	Im Projekt hat mein Kind neue Fähigkeiten entwickeln können.

## 10.5 Nachbefragungsskalen für pädagogisches Personal

Skala	Item (fünfstufig)
Nachhaltige Verhaltensänderung	Seit dem Projekt sind die Kinder lebhafter.
	Seit dem Projekt vertragen sich die Kinder besser mit einigen Menschen.
	Seit dem Projekt sind die Kinder konzentrierter.
	Seit dem Projekt sind die Kinder ausgeglichener.
	Seit dem Projekt sind die Kinder fröhlicher.
	Seit dem Projekt bewegen sich die Kinder mehr.
	Seit dem Projekt probieren die Kinder öfter neue Sachen aus.
	Seit dem Projekt kommen die Kinder noch motivierter zu uns.
	Seit dem Projekt tun wir im Alltag mehr für die Gesundheit.
	Seit dem Projekt verhalte sich alle gesundheitsbewusster.
Seit dem Projekt gehen Kolleg/innen noch motivierter zur Arbeit.	
Allgemeine Projektwirksamkeit	Ich bekam Ideen, wie ich selbst mehr für die Gesundheit tun kann.
	Das Projekt hat anhaltende positive Änderungen bewirkt.
	Das Projekt hat die Gesundheit der Kinder gefördert.
	Das Projekt gab Anregungen, was man mal anders machen könnte.
	Im Projekt haben die Kinder neue Fähigkeiten entwickeln können.
	Das soziale Klima, der Umgang miteinander haben sich verbessert.
	Das Projekt hat konkrete Ansatzpunkte für weitere gesundheitsfördernde Aktivitäten aufgezeigt.
	Es hat Schwachstellen und vorrangigen Handlungsbedarf verdeutlicht.
	Das Projekt hat unser Wissen über Gesundheitsfragen vertieft.