

Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Fakultät Life Sciences
Studiengang Health Sciences

*Das Psychomotorische Bewegungsangebot in der Lenzsiedlung
– Evaluation eines innovativen Gesundheitsförderungsprojektes
-Bachelorarbeit-*

Tag der Abgabe: 10.07.2012

Vorgelegt von:

Helei Djadran

Matrikelnummer:

1840674

Betreuende Prüfende:

Prof. Dr. Annette C. Seibt

Zweitprüfer:

Dipl.-Soz. Waldemar Süß

Zusammenfassung

Das Psychomotorische Bewegungsangebot startete als innovatives Teilprojekt des Präventionsprogramms „Lenzgesund – Frühe Hilfen rund um Geburt, Schwangerschaft und erste Lebensjahre“ im Jahr 2009 in der Kooperation zwischen der Lenzsiedlung e.V., dem Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel und dem Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG).

Mithilfe eines niedrigschwelligen Angebotes sollten Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten sowie Defizite in der Motorik bei Kindern in der Lenzsiedlung vorgebeugt bzw. verringert werden. Dazu wurden die Ansätze der Psychomotorischen Frühförderung in das Angebot „Eltern-Kind-Turnen“ integriert. Unter der Anleitung einer geschulten Fachkraft im Bereich der Psychomotorik, bekamen Kinder die Möglichkeit sich spielerisch auszutoben, ihre Kompetenzen zu erweitern und Hemmungen und Ängste zu überwinden. Die Aktive Teilnahme der Eltern am Angebot wurde als besonders wichtig angesehen.

Um mögliche Defizite im Konzept zu beheben, Verbesserungen einzuführen und das Interesse von möglichen Trägern zu wecken, wurde das Angebot im Hinblick auf seine Umsetzung und seine Zukunftsperspektiven evaluiert. Dafür wurde das Angebot mehrfach einer „Teilnehmenden Beobachtung“ unterzogen, Expertinnen und Experten interviewt und Teilnehmerinnen befragt.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass das Psychomotorische Bewegungsangebot nicht nur von Kindern und Eltern eine große Akzeptanz erfährt, sondern auch die Expertinnen und Experten eine dauerhafte Fortsetzung des Angebotes empfehlen. Beobachtungen haben gezeigt, dass die Kinder den Spaß an Bewegung entdeckt haben und selbstbewusster und offener im Umgang mit anderen Kindern geworden sind. Außerdem konnten die Befragten eine steigende Tendenz sowohl in der Gesamtpersönlichkeitsentwicklung bei den Kindern beobachten als auch eine starke Vernetzung und einen engen Zusammenhalt innerhalb der Gruppe feststellen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis.....	IV
Danksagung.....	V
1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund.....	1
1.2. Ziel und Aufbau der Arbeit.....	2
2. Das Quartier "Lensiedlung" in Hamburg-Lokstedt (Bezirk Eimsbüttel).....	3
3. Gesundheitsförderung in benachteiligten Quartieren.....	8
3.1. Gesundheitsförderung in der Lensiedlung	9
4. Ziele und Handlungsfelder des Präventionsprogramms „Lenzgesund“	10
5. Psychomotorik.....	12
5.1. Begriffserklärung.....	12
5.2. Geschichte und Entwicklung der Psychomotorik	13
5.3. Inhalte und Ziele der psychomotorischen Förderung von Kindern	15
6. Psychomotorisches Bewegungsangebot in der Lensiedlung.....	15
6.1. Entstehung und Konzept.....	15
6.2. Inhalt und Ziele	16
6.3. Umsetzung in die Praxis	17
7. Evaluation des Psychomotorischen Bewegungsangebotes	18
7.1. Ziel und Gegenstand der Evaluation	19
7.2. Evaluationsmethode: Qualitative Evaluation	19
7.2.1. Gütekriterien qualitativer Forschung.....	20
7.3. Evaluationsinstrumente	22
7.3.1. Fortbildungsdokumente und generelle Dokumentationen der Projektleiterin	22
7.3.2. Dokumentation der Hospitationen.....	23
7.3.3. Leitfadengestützte Experteninterviews	24
7.3.4. Teilnehmerinneninterviews	27
7.4. Methodenkritik	28

8.	Evaluationsergebnisse.....	29
9.	Diskussion und Handlungsempfehlungen.....	33
9.1.	Diskussion	34
9.2.	Handlungsempfehlungen.....	35
9.2.1.	Good Practice-Ansatz.....	35
9.2.2.	Aufnahme des Psychomotorischen Bewegungsangebot in die Good Practice-Datenbank.....	38
9.2.3.	Finanzierung einer dauerhaften Fortsetzung des Psychomotorischen Bewegungsangebotes in der Lenzsiedlung.....	40
10.	Fazit	41
	Literaturverzeichnis	VI
	Anhang 1: Evaluationskonzept.....	XI
	Anhang 2: Musterfragebogen der Expertinnen- und Experteninterviews	XIV
	Anhang 3: Musterfragebogen der Teilnehmerinnen- und Teilnehmerinterviews	XVII
	Anhang 4: Eidesstattliche Erklärung	XIX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lenzsiedlung 2010	4
Abbildung 2: Beispiel eines Parcours im Eltern-Kind-Turnen	18
Abbildung 4: Die 12 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten mit Markierungen der Kriterien, die das Psychomotorische Bewegungsangebot erfüllen	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersverteilung der Bevölkerung in der Lenzsiedlung 2010	5
Tabelle 2: Anteil der ausländischen Bevölkerung und der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Lenzsiedlung 2010	7
Tabelle 3: Bestand der Arbeitslosen nach SGB II und III, im Alter von 15 bis 65 Jahren und Leistungsempfänger nach SGB II im Jahr 2010	7

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die mich bei der Bachelorarbeit unterstützt und motiviert haben.

Einen ganz besonderen Dank richte ich an meinen Vorgesetzten aus dem Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und 2. Prüfer dieser Bachelorarbeit, Herrn Dipl.-Soz. Waldemar Süß. Nicht nur, dass er immer wieder durch kritisches Hinterfragen wertvolle Hinweise gab, auch seine moralische Unterstützung und Motivation waren unschlagbar. Er hat mich dazu gebracht, über meine Grenzen hinaus zu denken und war mir sowohl in den Höhen als auch in den Tiefen dieser Arbeit eine enorme Unterstützung. Außerdem möchte ich mich bei Herrn Süß für die lehrreiche und motivierende Zusammenarbeit während des ganzen letzten Jahres bedanken. Besser hätte ich mir die Betreuung des Praktikums und der Bachelorarbeit nicht vorstellen können. Vielen Dank für Ihr Vertrauen, Geduld und Mühen.

Außerdem möchte ich mich bei meiner 1. Prüferin Frau Prof. Dr. Annette C. Seibt bedanken. Frau Seibt war mir sowohl in der Zeit als Betreuerin als auch während des ganzen Studiums eine große Unterstützung. Sie hat nie den Glauben an mich verloren und hat mir durch unsere zahlreichen und motivierenden Gespräche das Schreiben an der Bachelorarbeit erleichtert und das Studium zur erfahrungsreichsten und schönsten Zeit meines bisherigen Lebens gemacht. Dein Vertrauen in mich hat mir die Stärke gegeben an mich selbst zu glauben. Ich danke Dir vom Herzen.

Ebenso bedanke ich mich bei der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Karin Wolf aus dem IMSG, die mir ebenfalls mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat.

Nicht zuletzt gebührt meiner Mutter Nastaran, meinen Geschwistern Nargis, Nilofar und Zoleiman und meiner Cousine Nagma Dank. Ihr hattet es im vergangenen Jahr nicht leicht mit mir und dennoch wart Ihr mir stets eine Motivationsquelle! Ich liebe Euch!

1. Einleitung

Die hier vorgelegte Bachelorarbeit stellt das Vorgehen und die Ergebnisse der Evaluation des "Psychomotorischen Bewegungsangebotes", das seit 2009 als innovatives Teilprojekt des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ im sozial benachteiligten Quartier Lenzsiedlung in Hamburg Eimsbüttel angeboten wird, vor.

Im Folgenden werden zunächst städtische Entwicklungen in aller Kürze erläutert, dann werden in Kapitel 1.2. Ziel und Aufbau der Arbeit vorgestellt.

1.1. Hintergrund

In den 1990er Jahren haben in vielen deutschen Städten kleinräumige Segregationen statt gefunden, die zur Auf- und Abwertungen von Wohngebieten geführt haben. In Zuge dieser Entwicklung haben sich sozial benachteiligte Stadtteile/Quartiere explizit herausgebildet. Diese Quartiere sind durch eine hohe Anzahl von Migranten, Arbeitslosen und kinderreichen Familien gekennzeichnet. Aufgrund ihres schwachen soziökonomischen Status und der damit einhergehenden Armut, sind die Bewohnerinnen und Bewohner aus diesen Quartieren enormen sozialen und gesundheitlichen Risiken ausgesetzt (Böhme/Reimann 2012, S. 199). Ergebnisse bereits durchgeführter Studien haben den Zusammenhang zwischen Armut und gesundheitlichen Problemen immer wieder bestätigt¹. So besteht die Gefahr, dass erwachsene Bewohnerinnen und Bewohner dieser Quartiere häufiger an Herzleiden, Rückenschmerzen, psychische Erkrankungen und Essstörung leiden und deren Kinder durch die wenigen Ressourcen geringere Chancen auf eine gesunde Entwicklung haben (RKI 2010; RKI 2006, S. 83-85).

Um den Bedarf des Quartiers im Bereich der Gesundheitsförderung gerecht zu werden, hat das Gesundheitsamt Eimsbüttel im Jahr 2005 das Präventionsprogramm „Lenzgesund – Frühe Hilfen rund um Geburt, Schwangerschaft und erste Lebensjahre“ gegründet. Durch die Vernetzung von Akteuren und Maßnahmen der Frühen Hilfen sollte die gesundheitliche Lage der Bewohnerinnen und Bewohnern, insbesondere die der Kinder und Eltern, verbessert werden (Süß 2006a, S. 1–3). So wurde das Psychomotorische Bewegungsangebot als innovatives Teilprojekt in die Handlungsfelder *Frühförderung* und *Ernährung, Bewegung und Sucht* des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ integriert.

¹ Ausführungen dazu in Kapitel 3 dieser Arbeit.

1.2. Ziel und Aufbau der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das psychomotorische Bewegungsangebot im Rahmen des Gesamtpräventionkonzeptes und im Hinblick auf seine Umsetzung und seine Zukunftsperspektiven zu evaluieren. Dabei wird untersucht:

- inwiefern die Zielgruppe erreicht wurde,
- wie die Akteure die Wirkung des Angebotes einschätzen und
- welche Perspektiven für die Nachhaltigkeit des Angebotes bestehen.

Somit wird der Fokus auf die Überprüfung von Qualitätskriterien gelegt, anhand derer das Angebot verbessert und weiterentwickelt werden kann. Diese Evaluation erfolgte durch eine qualitative Studie, u.a. in Form von Experten- und Teilnehmerinterviews. Anschließend werden die Ergebnisse diskutiert und Handlungsempfehlungen gegeben².

In Kapitel 2. wird die Lenzsiedlung hinsichtlich der Infra-, Bevölkerungs- und Sozialstruktur vorgestellt. Zahlen und Fakten der Lenzsiedlung werden in tabellarischer Form dem Stadtteil Lokstedt, dem Bezirk Eimsbüttel und der Stadt Hamburg gegenübergestellt. In Kapitel 3. wird auf Gesundheitsförderung in benachteiligten Quartieren und anschließend auf gesundheitsförderliche Aktivitäten in der Lenzsiedlung, seit Aufnahme der Lenzsiedlung in das Hamburger Programm zur sozialen Stadtteilentwicklung im Jahr 2000, eingegangen. Kapitel 4. stellt das Präventionsprogramm „Lenzgesund – Frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“, dessen Handlungsfelder und Maßnahmen vor, zudem auch das Psychomotorische Bewegungsangebot gehört. Eine ausführliche Beschreibung des Konzeptes und die Bedeutung der psychomotorischen Förderung für Kinder sowie die Umsetzung dieses Angebotes in der Lenzsiedlung wird in Kapitel 5. bis 6. vorgestellt.

² Ausführungen dazu in Kapitel 7. bis 10. dieser Arbeit

2. Das Quartier "Lensiedlung" in Hamburg-Lokstedt (Bezirk Eimsbüttel)

In diesem Kapitel werden die städtebauliche Situation, die Infrastruktur und die Besonderheiten in der Bevölkerungs- und Sozialstruktur der Lensiedlung beschrieben.

Entstehung

Die Lensiedlung ist ein Hochhauskomplex mit ca. 1.200 Wohnungen. Sie wurde aufgrund eines starken Bevölkerungswachstums und fehlenden sozialen Wohnungsbaus für Menschen mit niedrigem Einkommen in Eimsbüttel geplant (Süß 2006b). In den Jahren 1968/69, in Zusammenarbeit mit dem Architekturbüro Schween & Streb, entstand das Baukonzept nach dem städtebaulichen Leitbild „Urbanität durch Dichte“³.

Die Dichte des Hochhauskomplexes (9–13 Stockwerke) ließ Platz für freie Flächen und somit für den Bau von Kinderspielplätzen, Kindertagesheimen und Tischtennisanlagen. Ebenso konnten Vorstellungen eines Bolzplatzes, Abenteuerspielplatzes und die einer Parkanlage zur Ausbreitung des Bewegungsraumes verwirklicht werden. Des Weiteren stehen den Bewohnerinnen und Bewohner der Lensiedlung fachkompetente Unterstützungen eines Bürgerhauses zur Verfügung (www.lenziedlung.de).

In 2012 weist die Lensiedlung und ihre Umgebung mit Ein- und Mehrfamilienhäuser, Schulen und Kita's, Gotteshäuser und Gewerbegebieten eine Vielfalt unterschiedlicher Lebenswelten auf. Mit einer Gesamtfläche von 7,64 Hektar und 400 Bewohnern je Hektar, gehört die Lensiedlung zu dem am dichtesten besiedelten Wohngebiet in Hamburg (ebd.).

Infrastruktur

Die Lensiedlung hat eine gute Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel und liegt in der Nähe zum Kerngebiet des Stadtteils Eimsbüttel. Die Osterstraße (Haupteinkaufsstraße in Eimsbüttel) kann in ca. 10 Minuten zu Fuß erreicht werden. Die U-Bahnlinie 2 ermöglicht eine schnelle Verbindung zur Innenstadt (15min), zum Tibarg (drei Stationen, Einkaufsmeile mit diversen Dienstleistern und einem zusätzlichen Einkaufcenter in Niendorf, Bezirk Eimsbüttel) und zu Hagenbecks-Tierpark (eine Station), (www.lenziedlung.de).

³ Das Leitbild „Urbanität durch Dichte“ galt in den 1960er und 1970er Jahren als der Wendepunkt im Verlauf städtischer Leitbilder in Westdeutschland. Die Urbanität der Innenstädte, die durch die gut versorgten Wohnsiedlungen am Stadtrand zurückgegangen war, sollte durch die Vernetzung und Verflechtung der Nutzenfunktionen wieder hergestellt werden und dadurch den Städten zu einer neuen Lebensqualität verhelfen (Juchelka et al. 2003, S. 20).

Bevölkerungs- und Sozialstruktur

Eine Aufbereitung sozialstruktureller Merkmale der Bevölkerung der Lenzsiedlung wurde im Jahr 2006 vom Institut für Medizin-Soziologie⁴ durchgeführt und in Form einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung vorgelegt (Süß 2006b, S. 9–13). Hier sollen zusätzlich die aktuell erhobenen Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein zur Bevölkerung der Lenzsiedlung vorgestellt werden. Es wird unter anderem auf die Altersverteilung sowie auf den Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund eingegangen.

Bevölkerungsstruktur nach Alter

Nach den aktuellsten Daten aus dem Jahr 2010 leben ca. 3.040 Menschen in der Lenzsiedlung (Statistikamt Nord 2010)

Abbildung 1: Lenzsiedlung 2010



Quelle: Hellig, Lenzsiedlung e.V. 2010

Die Daten der Altersverteilung in der Lenzsiedlung im Vergleich zum Stadtteil Lokstedt⁵, zum Bezirk Eimsbüttel und Hamburg insgesamt zeigen, dass es sich bei der Lenzsiedlung um ein relativ junges Quartier handelt. So sind 27,4% der Bewohnerinnen und Bewohner in der Lenzsiedlung unter 18 Jahre alt. Im Vergleich zum gesamten Stadtstaat Hamburg

⁴ Das Institut wurde 2010 in Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG) umbenannt.

⁵ Der Stadtteil Lokstedt gehört zum Bezirk Eimsbüttel. Es leben ca. 25.003 Menschen auf einer Fläche von 4,9 Quadratkilometer (<http://www.hamburg.de/lokstedt/> Stand: 24.05.2012).

mit 15,6% und zum Bezirk Eimsbüttel mit 14,2% ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen in der Lenzsiedlung deutlich höher.

Die Bevölkerung über 65 Jahre ist mit 12,3% in der Lenzsiedlung geringer vertreten als in der gesamten Stadt Hamburg mit 19,2%, im Bezirk Eimsbüttel mit 19,4% und im Stadtteil Lokstedt mit 22% (Statistikamt Nord 2010, siehe auch Tabelle 1).

Tabelle 1: Altersverteilung der Bevölkerung in der Lenzsiedlung 2010

Altersstruktur	Bevölkerung insgesamt	Anteil der Personen unter 18 Jahre	Anteil der Personen zwischen 18 und 65 Jahre	Anteil der Personen über 65 Jahre
Hamburg	1.733.260	15,6%	65,2%	19,2%
Bezirk Eimsbüttel	243.495	14,2%	66,4%	19,4%
Lokstedt	25.003	14,8%	63,2%	22%
Lenzsiedlung	3.040	27,4%	60,3%	12,3%

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2010 & eigene Berechnung

Ausländische Bevölkerung und Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Um die Auswertung der Daten zur ausländischen Bevölkerung und Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Lenzsiedlung nachvollziehen zu können, werden im folgenden Abschnitt die Begriffe *Ausländerinnen* und *Ausländer* und *Migrationshintergrund* und das neue *Einbürgerungsgesetz* aus dem Jahr 2000 kurz erläutert.

Ausländerinnen und *Ausländer* sind in Deutschland lebende Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Im Sinne des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) sind Ausländerinnen und Ausländer diejenigen, die keine Deutschen im Sinne von Artikel 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind. Dieser besagt: "Deutscher im Sinne dieses Grundgesetzes ist vorbehaltlich anderweitiger gesetzlicher Regelung, wer die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder als Flüchtling oder Vertriebener deutscher Volkszugehörigkeit oder als dessen Ehegatte oder Abkömmling in dem Gebiete des Deutschen Reiches nach dem Stande vom 31. Dezember 1937 Aufnahme gefunden hat."

Laut § 6 der Migrationshintergrund-Erhebungsverordnung (MighEV)⁶ vom 29. September 2010 liegt ein Migrationshintergrund vor, wenn

- die Person nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder
- der Geburtsort der Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland liegt und eine Zuwanderung in die heutige Bundesrepublik Deutschland nach 1949 erfolgte oder
- der Geburtsort mindestens eines Elternteiles des Kindes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland liegt und eine Zuwanderung dieses Elternteils in das heutige Bundesrepublik Deutschland nach 1949 erfolgte (Bundesgesetzblatt 2010).

Nach dem neuen *Einbürgerungsgesetz* aus dem Jahr 2000, gibt es in Deutschland die Möglichkeit der Einbürgerung, die sich – unter Vorbehalt bestimmter Kriterien – am Abstammungsprinzip und am Geburtsortprinzip orientiert. Das Abstammungsprinzip richtet sich nach der Herkunft der Eltern (Die Bundesregierung 2012a).

Das seit 2000 geltende Geburtsortprinzip besagt, dass ein in Deutschland geborenes Kind auch dann die deutsche Staatsangehörigkeit erlangt, wenn die Eltern in Deutschland lebende Ausländer sind. Kinder, die zumindest einen in Deutschland geborenen Ausländer als Elternteil oder einen nach 1949 in die Bundesrepublik Deutschland zugezogenen Elternteil haben, können sich bis zum Ende des 23. Lebensjahres für eine der beiden Staatsangehörigkeiten der Eltern entscheiden (Die Bundesregierung 2012b).

Bei der Interpretation von Tabelle 2 ist es daher besonders zu beachten, dass sich der Anteil der ausländischen Bevölkerung unabhängig von der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bildet, umgekehrt schließt der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund den Anteil der ausländischen Bevölkerung jedoch mit ein.

Der Anteil der in der Lenzsiedlung lebenden Ausländerinnen und Ausländer beträgt 37,2%. Verglichen mit dem Anteil der Ausländerinnen und Ausländer in der gesamten Stadt Hamburg (13,6%), im Bezirk Eimsbüttel (10,6%) und im Stadtteil Lokstedt (13,1%) ist die ausländische Bevölkerung in der Lenzsiedlung überdurchschnittlich hoch repräsentiert.

⁶ § 1 Zweck und Anwendungsbereich des MighEV (Bundesministerium für Arbeit und Soziales)
„Diese Verordnung regelt Art und Umfang der zur Bestimmung des Migrationshintergrundes für Zwecke der Statistik der Bundesagentur für Arbeit zu erhebenden Merkmale und die Durchführung des Verfahrens, insbesondere die Erhebung und Verarbeitung der erforderlichen Daten“ (Bundesgesetzblatt, 29.09.2010, BGBl. I, S. 1372).

Die Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund stellen mit 71,8% in der Lenzsiedlung die Mehrheit dar. Auch hier ist der Anteil, verglichen mit dem Anteil im Bezirk Eimsbüttel (22,7%) und Hamburg (28,1%), erheblich höher (Tabelle 2, rechte Spalte).

Tabelle 2: Anteil der ausländischen Bevölkerung und der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Lenzsiedlung 2010

Ausländische Bevölkerung und Bevölkerung mit Migrationshintergrund	Gesamtbevölkerung	Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtbevölkerung	Bevölkerung mit Migrationshintergrund	Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund
Hamburg	1.733.260	13,6%	487.568	28,1%
Bezirk Eimsbüttel	243.495	10,6%	55.290	22,7%
Lokstedt	25.003	13,1%	6.685	26,7%
Lenzsiedlung	3.040	37,2%	2.182	71,8%

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2010

Sozialstrukturelle Merkmale

Das Quartier Lenzsiedlung ist von einer überdurchschnittlich hohen Erwerbslosigkeit gekennzeichnet. Der Anteil der Arbeitslosen an der erwerbsfähigen Bevölkerung im Alter von 15–65 Jahren lag im Jahr 2010 bei 9,7%, verglichen mit Hamburg insgesamt ist dieser Wert um 3,2% höher. Auch der Anteil der Leistungsempfänger nach SGB II liegt mit 34,2% über den Werten der Vergleichsgebiete (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Bestand der Arbeitslosen nach SGB II und III, im Alter von 15 bis 65 Jahren und Leistungsempfänger nach SGB II im Jahr 2010

Sozialstrukturelle Merkmale	Hamburg	Bezirk Eimsbüttel	Lokstedt	Lenzsiedlung
Anteil der Arbeitslosen nach SGB II und III an der erwerbsfähigen Bevölkerung im Alter von 15-65 Jahren	6,5%	4,5%	4,2%	9,7%
Anteil der Leistungsempfänger nach SGB II	11,9%	7,6%	8,8%	34,2%

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2010 (SGB II = ALG 2; SGB III = ALG 1)

Zusammenfassung

Die o.g. Daten weisen nicht nur auf eine ungleichmäßige Altersverteilung hin, sondern auch auf den relativ niedrigen sozialen Status und die damit verbundene Hilfsbedürftigkeit des Quartiers, insbesondere in der gesundheitlichen Versorgung. So ist die Lenzsiedlung nicht nur ein besonders junges Quartier, sondern auch ein Quartier mit einer multikulturellen Bewohnerschaft, bei der ein nicht unerheblicher Teil erwerbslos und somit auf staatliche Leistungen angewiesen ist. Durch diese Faktoren lässt sich die Aussage machen, dass es sich bei der Lenzsiedlung um ein Quartier mit sozioökonomischen Benachteiligungen handelt und somit, vergleichsweise mit sozial stärkeren Stadtteilen, im Bereich der Gesundheitsförderung eine besondere Aufmerksamkeit benötigt. Eine Erläuterung zum Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit wird im folgenden Kapitel gegeben.

3. Gesundheitsförderung in benachteiligten Quartieren

In benachteiligten Quartieren leben in der Regel eine Vielzahl sozioökonomisch schwacher Familien. Häufig handelt es sich hierbei um Familien mit Migrationshintergrund, Alleinerziehende, Familien mit vielen Kindern und Personen mit einem niedrigen Einkommen und geringem Bildungsstand. Die Zunahme von Arbeitslosigkeit und geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen in den Quartieren sind ebenfalls Merkmale, die auf eine soziale Benachteiligung hinweisen (Böhme/Reimann 2012, S. 199).

Diverse empirische Studien belegen die Auswirkungen von Armut und sozialer Benachteiligung sowohl auf den Gesundheitszustand von Erwachsenen als auch auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. So bestätigen Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys (KIGGS) aus den Jahren 2003–2006 des Robert-Koch-Instituts, dass u.a. ein vermehrtes Auftreten von psychischen und physischen Erkrankungen wie Depression oder Rückenleiden, von chronische Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einer sozial schlechteren Lage in Zusammenhang steht. Auch der Zugang zu medizinischer und sozialer Unterstützung und Versorgung ist für diese Bevölkerungsgruppen erschwert (RKI 2006 S. 83-85; RKI 2010). Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit wird auch durch weitere Ergebnisse der KIGGS-Studie belegt. So kommen Essstörungen bei 11–17-Jährigen in der sozialen Unterschicht häufiger vor als in der oberen Sozialschicht. Hinzu

kommt, dass alleinerziehende Mütter häufiger an Bronchitis, Leber- und Nierenleiden erkranken (ebd.).

Neben den sozialbedingten Gesundheitsproblemen sind zusätzlich umweltbedingte Risikofaktoren zu berücksichtigen (Böhme/Reimann 2012, S. 199-200). Dazu haben Auswertungen des Bundesgesundheits surveys aus dem Jahr 1998 (vgl. Hoffmann et al. 2003) und die Kinderkohortenstudie LISA aus dem Jahr 2004 (vgl. Bolte et al. 2004) belegt, dass die o.g. sozioökonomischen Faktoren Einfluss auf Lebensstile nehmen und in Verbindung mit gesundheitlichen Risiken stehen. So tritt bei sozioökonomisch schwachen Familien ein riskantes Gesundheitsverhalten beispielsweise in Tabak- und Alkoholkonsum häufiger auf. Durch ein geringes Einkommen sind die Bewohnerinnen und Bewohner möglichen Umweltbelastungen stärker ausgesetzt. Die Untersuchungen zeigen, dass der Straßenverkehr in Deutschland als Hauptquelle der Luftschadstoffbelastung gilt und Menschen mit niedrigem Sozialstatus häufiger an diesen stark befahrenen Straßen wohnen weil da die geringsten Mieten gezahlt werden können. Dadurch sind die Bewohnerinnen und Bewohner nicht nur enormen Lärmbelastungen, sondern auch hohen Schadstoffbelastungen ausgesetzt (Umweltbundesamt 2009, S. 5-18).

Die Bevölkerungsgruppen benachteiligter Quartiere sind somit häufiger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, stärker von Umweltbelastungen betroffen und umso mehr auf Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen im Quartier angewiesen.

3.1. Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung

Die Lenzsiedlung wurde im Jahr 2000 in das Hamburger Programm zur sozialen Stadtteilentwicklung⁷ aufgenommen. Es wurde ein Quartiersmanagement eingesetzt, das von der Lawaetz-Stiftung⁸ (Stadtteilbüro in der Lenzsiedlung) geführt wurde. Dem Quartiersmanagement der Lawaetz-Stiftung wurden Mittel für den Bau des Bürgerhauses und für die Wohnumfelderneuerungen zur Verfügung gestellt. Außerdem sollten Verbesserungen in den nicht-investiven Bereichen, wie beispielsweise Quartiers-Image, Vernetzung der Bewohnerschaft und den Akteuren vor Ort, Kommunikation etc., angestrebt werden (www.quartiersentwicklung.lawaetz.de Stand: Dezember 2011). In Zusammenarbeit mit dem Verein für Kinder, Jugend und Gemeinwesen (Lenzsiedlung e.V.) und dem Gesundheitsamt des Hamburger Bezirks Eimsbüttel, wurden im Jahr 2001

⁷ Programm des Hamburger Senats. Seit 2005 „Aktive Stadtteilentwicklung“.

⁸ Die Lawaetz-Stiftung wurde im Jahr 1986 in Anlehnung an den „Hilfe zur Selbsthilfe“-Ansatz von Johann Daniel Lawaetz gegründet. Sie ist eine gemeinnützige Stiftung, die sich für sozial und wirtschaftlich benachteiligte Personengruppen einsetzt (www.lawaetz.de).

die ersten gesundheitsfördernden Maßnahmen durchgeführt (z.B. die Müttersprechstunde im Bürgerhaus).

Der Runder Tisch „Lenzgesund“ wurde 2003 auf Initiative des Gesundheitsamtes gegründet. Mehrmals im Jahr nahmen Einrichtungen, Organisationen und Einzelpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich teil. Grundgedanke des Runden Tisches „Lenzgesund“ war die Vernetzung der Akteure im Hinblick auf eine sinnvolle Abstimmung ihrer Maßnahmen untereinander und auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner in der Lenzsiedlung. Dadurch sollte eine bessere Zusammenarbeit der Institutionen ermöglicht und eine stabile Versorgungsstruktur zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelten und Umwelten für die Bewohnerinnen und Bewohner der Lenzsiedlung geschaffen werden (Süß 2006, S. 3).

4. Ziele und Handlungsfelder des Präventionsprogramms „Lenzgesund“

Aus den vorangegangenen Orts- und Strukturanalysen und den Diskussionen am Runder Tisch „Lenzgesund“ im Jahr 2003 ließ sich ein besonderer Bedarf an Gesundheitsförderung für Familien mit Kindern ableiten. Daraufhin entwarf das Gesundheitsamt Eimsbüttel das Handlungskonzept für das Präventionsprogramm „Lenzgesund – Frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“. Das Handlungskonzept wurde dem „Runder Tisch Lenzgesund“ 2005 vorgestellt.

Durch das Präventionsprogramm sollte die gesundheitliche Lage von Familien und die Entwicklungschancen für Kinder und Jugendliche in der Lenzsiedlung nachhaltig verbessert werden. Basierend auf dem Settingansatz der WHO⁹ sollen, je nach Gesundheitsbedarf der Bevölkerung und den gesundheitsbezogenen und sozialen Angeboten, eine kooperative Vernetzung der Einrichtungen und Organisationen geschaffen und der Aufbau einer Versorgungsstruktur im Umfeld der Lenzsiedlung ermöglicht werden (Süß 2006, S. 3–8).

Des Weiteren sollte das Präventionsprogramm wissenschaftlich begleitet werden. Zweck der Begleitung bildete nicht allein die Ermittlung der Wirksamkeit, der Fokus lag vielmehr auf der wissenschaftlichen Begleitung des Prozesses und Umsetzung des

⁹ Die WHO (1998) definiert Settings als „Orte, in denen Gesundheit als Produkt des alltäglichen Handelns und Lebens der Menschen konstruiert wird.“ Somit sollen nicht nur Individuen selbst Objekte von Interventionen darstellen, sondern auch Organisationen und Systeme, in denen sich die Individuen befinden, mit in die Interventionen eingebunden werden (Engelmann/Halkow 2008, S. 38).

Präventionsprogramms. Dazu wurden und werden bislang folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Durchführung einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung,
- Evaluierung der Teilprojekte und
- eine Ermittlung der Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ)

Die Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitforschung hat das Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekte „Strukturbildung (Capacity Building) für Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Eltern in einem benachteiligten Quartier“ und „Langzeit-Evaluation des Präventionsprogramms Lenzgesund und Transferpotential eines innovativen Evaluationsinstrumentes zur Messung von Strukturbildung (Capacity Building)“ übernommen (Süß 2010).

Die erste kleinräumige Gesundheitsberichterstattung hatte im Jahr 2006 in der Quartiersdiagnose „Lenzgesund – Mehr Gesundheit ins Quartier“ stattgefunden. Diese Quartiersdiagnose gab u.a. einen Überblick über das Präventionsprogramm, seine Handlungsfelder und berichtete über die gesundheitliche Lage von Kindern und über die Nutzung der gesundheitsförderlichen Projekte durch die Bewohnerinnen und Bewohner. Anschließend veröffentlichte das IMSG im Jahr 2007 die „Beiträge zur Quartiersdiagnose: Kindergesundheit in der Lenzsiedlung“, welche die Ergebnisse aus den Befragungen von Fachleuten zu dem Thema Kindergesundheit darlegten (Kohler et al. 2007).

Im Rahmen des "Runder Tisch Lenzgesund" bildeten sich Arbeitsgruppen, die den Schwerpunkt des Präventionsprogramms auf die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in folgenden Handlungsfeldern legten:

1. Geburtsvorbereitung (z.B. *Familienhebamme*)
2. Schwangerschaft / Elternschaft Minderjähriger (z.B. *Babyführerschein, Familienhebamme*)
3. Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr (z.B. *Babyführerschein*)
4. Impfen (z.B. *Impftage im Rahmen der nationalen Impfwoche 2003*)
5. Frühe Hilfen, Frühförderung, Sprachförderung (z.B. *Psychomotorisches Bewegungsangebot, Krabbelgruppe, etc.*)

6. Zahngesundheit (z.B. *Zahnpflegetraining für Kinder*)
7. Ernährung, Bewegung und Sucht (z.B. *Psychomotorisches Bewegungsangebot, Pädagogischer Mittagstisch, Gymnastikgruppen*)

Zu integrierende Querschnittsaufgaben:

8. Erziehungs- und Gesundheitskompetenz der Eltern (z.B. *Müttersprechstunde*)
9. Gewaltprävention (z.B. *Fit und Friedlich*)

Für diese Handlungsfelder wurde Maßnahmen konzipiert, um eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern in der Lenzsiedlung zu ermöglichen und die Bewohnerinnen und Bewohner für das Thema Gesundheit stärker zu sensibilisieren (Süß 2010c, S. 3-8).

Das Psychomotorische Bewegungsangebot und dessen Evaluation ist Gegenstand dieser Arbeit und wird in Kapitel 6. hinsichtlich des Konzeptes, der Inhalte und Ziele sowie der Praxisumsetzung beschrieben. Zum Verständnis werden vorab im folgenden Kapitel 5. die Bedeutung, der theoretische Ansatz und die Inhalte der Psychomotorik dargestellt.

5. Psychomotorik

In diesem Kapitel wird auf die Bedeutung der Psychomotorik eingegangen. Dazu werden von der Autorin die Entwicklung und Inhalte und Ziele der psychomotorischen Arbeit mit Kindern vorgestellt.

5.1. Begriffserklärung

In der Psychomotorik wird davon ausgegangen, dass sowohl willkürliche als auch automatische Bewegungen durch psychische Prozesse in Gang gesetzt werden. Geist und Körper werden in diesem Zusammenhang vereint, welches zur Wechselwirkung zwischen den Sinnen und der Motorik führt. Sie ist als Einheit psychisch-geistiger und körperlich-motorischer Prozesse zu verstehen. Im Gegensatz zur Sensomotorik, die mehr den Aspekt der Wechselwirkung zwischen Motorik und Sinne betont, wird in der Psychomotorik auch der Aspekt der emotionalen Einbindung hinzugefügt. Demnach gilt

der Mensch als eine psychomotorische Einheit, der ohne gefühlsmäßige Beteiligung und emotionale Prozesse, die Bewegung als Ausdrucksmittel nicht einsetzen könnte (vgl. Zimmer 2004; Zimmer 2009).

5.2. Geschichte und Entwicklung der Psychomotorik

Das Bewusstsein über die Bedeutsamkeit der Bewegung in der psychischen und physischen Entwicklungsförderung bei Kindern und Erwachsenen ist kein Phänomen, das in der heutigen Zeit entstanden ist. Bezeichnung und Stellenwert änderten sich zwar von Zeit zu Zeit, das Bewusstsein über den Zusammenhang zwischen körperlicher Betätigung und deren psychischen Auswirkungen blieb jedoch erhalten. Die Auswirkungen der physischen Betätigung auf das psychische Wohlbefinden waren bereits in der Antike bekannt. So fanden unter der Bezeichnung der *Gymnastik* nicht nur athletische Tätigkeiten statt, sondern auch Übungen, die zur seelischen Gesundheit und zum Wohlbefinden des Menschen dienen sollten. Auch in der deutschen Philanthropie¹⁰ erhielt die Bewegungserziehung, als ein zentraler Gegenstand der Gesamterziehung, ihre Bedeutung. So galten unter anderem die obligatorische körperliche Tätigkeit und die Verwendung von spielerischen Elementen im Unterricht als Hauptprinzipien der philanthropischen Pädagogik (vgl. Köckenberger/ Hammer 2004, S.14; Overhoff 2004). Nachdem das Turnen Anfang des 19. Jahrhunderts wieder weniger an militär-politischer und vielmehr an pädagogischer Bedeutung zunahm, wurde es Mitte des 19. Jahrhunderts erneut in Formen der Leibesübung, der Leibeserziehung und schließlich als Sportunterricht in die Lehrpläne der Schulen aufgenommen.

Im vergangenen Jahrhundert entwickelte sich dann eine besondere Form der „Erziehung durch Bewegung“: die Praxis der Psychomotorik. Die Wurzel der deutschen Psychomotorik liegt in der Arbeit des Sportpädagogen Ernst J. Kiphard und dem Kinderpsychiater Helmut Hünneken, die 1955 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Gütersloh die Wirksamkeit der Bewegungstherapie bei verhaltensauffälligen und entwicklungsgestörten Kinder beobachtet hatten. Ausgehend von den Beobachtungen, dass sich Gefühle und psychische Erlebnisse bei den Kindern

¹⁰ Philanthropismus bezeichnet die Lehre von der Erziehung zur Vernunft, Freundlichkeit, Menschenfreundschaft und Toleranz. In der pädagogischen Sicht trug sie als Wissenschaft zum Ansatz der Kinderpsychologie bei. Mitte des 18. Jahrhunderts versuchte der Theologe Johann Bernhard Basedow die zu der Zeit konservativen Lehrmethoden durch einen Lehrplan zu ersetzen, der Menschenfreundschaft, selbständiges Denken und Vernunft in das Erziehungs- und Bildungssystem integrieren sollte. Spielerische Elemente im Lernprozess sollten die Aufnahmefähigkeit und die Entwicklung der Kinder fördern (Overhoff 2004).

und Jugendlichen in ihren Bewegungen widerspiegeln, fassten Kiphard und Hünneken die Wirksamkeit ihrer Arbeit unter dem Begriff der „Psychomotorischen Übungsbehandlung“ zusammen. In der Psychomotorischen Übungsbehandlung wurden Bewegungsstörungen und Bewegungsauffälligkeiten als Defizite in der Bewegung und Wahrnehmung „auffälliger“ Kinder interpretiert (Zimmer 2004, S.16).

Heute wird das Konzept der Psychomotorischen Übungsbehandlung nicht nur in Einrichtungen mit behinderten und verhaltensauffälligen Kindern eingesetzt, sondern auch in der Frühförderung, beispielsweise in Krippen, Kindergärten und im Sportunterricht.

Kompetenztheoretischer Ansatz der Psychomotorik

Ganzheitlich betrachtet, dient die psychomotorische Erziehung im Kindesalter einer Gesamtpersönlichkeitsentwicklung. Therapiert werden motorische Defizite, Probleme des Kindes mit sich selbst und im Umgang mit seiner Umwelt. Durch motorische Betätigungen und der Auseinandersetzung mit den eigenen Fähigkeiten sowie Ängsten, Stärken und Schwächen, sollen Harmonie und Stabilisierung in der Persönlichkeitsentwicklung verankert werden (Zimmer 2004, S. 22). Es werden folgende drei zentrale Lernfelder berücksichtigt:

- **Ich-Kompetenz:** Hier liegt der Fokus auf die Selbsterfahrung des Kindes. Dazu gehört es, sich und seinen Körper kennen zu lernen, zu verstehen und eine Zufriedenheit mit sich selbst zu entwickeln. Hat das Kind gelernt, seine eigene Persönlichkeit und seinen Körper wahrzunehmen, kann es auch einen Unterschied zur Umwelt machen.
- **Sach-Kompetenz:** Die Sach-Kompetenz dient der Erweiterung der Handlungskompetenz durch die Wahrnehmung und durch den Umgang mit der materiellen Umwelt.
- **Sozial-Kompetenz:** Über die eigenen Sozialerfahrungen sollen die Kinder verstehen, dass sich alle Lernprozesse in ihrer Entwicklung aus ihren eigenen Bedürfnissen und die der anderen entwickeln und vollziehen (Fischer 1996, S. 72).

5.3. Inhalte und Ziele der psychomotorischen Förderung von Kindern

In der Arbeit mit Kindern wird versucht, die Psychomotorik durch Spiel- und Übungseinheiten und durch das Begleiten der Kinder beim Spielen zu vermitteln. Letzteres soll den Kindern die Möglichkeit geben, die Veranstaltungen des Eltern-Kind-Turnens nach den eigenen Bedürfnissen zu gestalten. Gefördert werden nicht nur die sportliche Tätigkeit als solche, sondern auch viel mehr die Entwicklung der Kinder in ihrer Grob- und Feinmotorik, Wahrnehmung (Deutung der Sinne), Konzentration sowie in ihrem Sozialverhalten. Außerdem können Auffälligkeiten in der Bewegung (ängstliche Erscheinung oder Ungeschicklichkeit) sowie Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität vorgebeugt bzw. gemindert werden. Dabei haben Kreativität und Phantasie große Entwicklungschancen (vgl. psychomotorik.com).

6. Psychomotorisches Bewegungsangebot in der Lenzsiedlung

Das Psychomotorische Bewegungsangebot wurde im Jahr 2009 mit dem Titel „Eltern-Kind-Turnen“ als Teilprojekt des Präventionsprogramms „Lenzgesund- Frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ für Kinder und ihre Eltern aus der Lenzsiedlung eingeführt.

6.1. Entstehung und Konzept

Die Grundlage für die Entwicklung des Psychomotorischen Bewegungsangebotes bilden Ergebnisse der KIGGS-Studie¹¹ und die im Jahre 2007 durchgeführte Expertinnen- und Expertenbefragung zum Thema Kindergesundheit in der Lenzsiedlung. So waren für die Kindergesundheitsberichterstattung in der Lenzsiedlung (Mossakowski/ Kohler 2007, S. 23–32), Fachleute aus den Bereichen Kita, Schule, Arztpraxen und aus allen anderen Bereichen, in denen mit Kindern gearbeitet wurde, zu folgenden Themenkomplexen befragt worden:

- Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung im ersten Lebensjahr

¹¹ Die Ergebnisse der KIGGS-Studie (2003–2006) weisen auf wesentliche Defizite in den motorischen Kompetenzen bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus und bei Kindern mit Migrationshintergrund hin. Zum Beispiel treiben ein Drittel der Mädchen und Jungen von 3 bis 17 Jahren seltener als einmal in der Woche Sport. Bei Mädchen und Jungen aus der hohen Statusgruppe sind hingegen nur ein Siebtel sportlich inaktiv (vgl. RKI 2006).

- Gesundheit von Kindern
- Aggression und Gewalt
- Schulkarrieren

Die Ergebnisse der Befragung hatten gezeigt, dass es vielen Kindern in der Lenzsiedlung gut ging. Laut den Expertinnen und Experten gab es jedoch auch Kinder, die erhebliche Defizite in den Bereichen Ernährung, Verhalten, Sprache und Motorik zeigten. Letzteres ließ sich durch Schwierigkeiten in einfachen Bewegungsabläufen und schlechter Körperhaltung beobachten (ebd.).

Aus den Aussagen der Expertinnen- und Expertenbefragung zum Psychomotorischen Bewegungsangebot in der Lenzsiedlung¹² geht hervor, dass bereits vor dem Psychomotorischen Bewegungsangebot ein Angebot zum Mutter-Kind-Turnen in der Lenzsiedlung bestanden hatte. Das damalige Angebot wurde von dem Verein Lenzsiedlung e.V. und der Kita Vizelinstraße initiiert. Schon damals wurde von den Anleiterinnen des Angebotes ein Zusammenhang zwischen ausreichender Bewegung und positiver Entwicklungen bei den Kindern beobachtet. Basierend auf den Befunden der Kindergesundheitsberichterstattung und den bereits in Kapitel 5 beschriebenen Vorteile psychomotorischer Entwicklungsförderung, wurde das Psychomotorische Bewegungsangebot als Teilprojekt der Handlungsfelder *Frühförderung* und *Ernährung, Bewegung und Sucht* in das Konzept des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ integriert. Im Rahmen des Forschungsprojektes konnten Mittel für eine Fortbildung der Projektleiterin zur Übungsleiterin der Psychomotorik zur Verfügung gestellt werden. Die Fortbildung diente zur Erweiterung der Kompetenzen (im Bereich der Psychomotorik) auf professioneller Ebene.

6.2. Inhalt und Ziele

Durch ein abwechslungsreiches Programm wird eine umfassende und ganzheitliche Entwicklung bei den Kindern angestrebt. Bewegungsfertigkeiten wie Klettern, Balancieren, Hüpfen, Kriechen, Rollen, Rutschen und vieles mehr konnten im Angebot entwickelt und ausgebaut werden (Blaß 2011).

¹² Die Antworten der Expertinnen- und Expertenbefragung sind dieser Arbeit auf CD beigelegt.

Gemäß dem Titel „Eltern-Kind-Turnen“ spielt die aktive Teilnahme der Eltern eine große Rolle. Die Eltern haben eine Vorbildfunktion. Durch ihre aktive Teilnahme kann den Kindern der Spaß an Bewegung vermittelt werden. Eltern können beobachten, wo sie ihre Unterstützung anbieten können und was ihre Kinder bereits gelernt haben. Dies kann sich ebenfalls positiv auf das Selbstbewusstsein der Kinder auswirken (ebd.).

Des Weiteren kann ein gemeinsames Eltern-Kind-Turnen folgende Vorteile bieten:

- Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung
- Entwicklung sozialer Beziehungen
- Abbau bzw. Überwindung von Hemmschwellen
- Anregung für das Alltagsleben und für die Freizeitgestaltung

Zusammengefasst könnten durch das Angebot nicht nur Bewegungsmängel und motorische Defizite bei Kindern verringert bzw. behoben werden, sondern auch der „Spaßfaktor“ am gemeinsamen Turnen neu entdeckt werden.

6.3. Umsetzung in die Praxis

Das Psychomotorische Bewegungsangebot wird einmal wöchentlich von 16–17 Uhr in der Turnhalle der Grundschule Vizelinstraße angeboten. Das Angebot wird regelmäßig von 16–18 Eltern und ihren Kinder aus der Lenzsiedlung und dem Einzugsgebiet der Kita Vizelinstraße besucht.

Der Ablauf des Angebotes lässt sich folgendermaßen gliedern:

- Gemeinsame Begrüßung der Eltern und Kinder durch die Projektleiterinnen, mit Tanz und Gesang
- Gemeinsames Aufbauen der Bewegungslandschaft (Bewegungsparcours durch Aufbau unterschiedlicher Geräte, siehe Abbildung 3.)
- Turnen der Kinder an den Parcours, in Begleitung der Eltern und ggf. mit Hilfestellung
- Gemeinsames Abbauen der Geräte

2001). Analysiert und bewertet werden dadurch die Strukturen, Konzepte und Prozesse. Diese beinhalten sowohl Maßnahmen der Regelversorgung im ambulanten und stationären Bereich als auch Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die nicht in der Regelversorgung sind (Badura, 1999, S. 10).

Eine Erläuterung zum Zweck, zur Herangehensweise und den Ergebnissen dieser Evaluation wird in den folgenden Kapiteln gegeben.

7.1. Ziel und Gegenstand der Evaluation

Gegenstand dieser Evaluation ist das seit dem Jahre 2009 angebotene Teilprojekt Psychomotorisches Bewegungsangebot für Kinder und ihre Eltern aus der Lenzsiedlung. Ziel dieser Arbeit ist es, durch eine Prozessevaluation das Konzept des Angebotes hinsichtlich seiner Umsetzung, der Zielerreichung und seiner Perspektiven zu evaluieren, um anschließend die Qualität des Angebotes bewerten zu können (Hurrelmann/Laaser 2006, S. 774). Dazu wurden Fragen zu folgende drei Themenblöcken formuliert¹⁴:

- Prozess und Umsetzung
- Projektziele
- Perspektiven des Projektes

Im Rahmen der Prozessevaluation wurde das Wissen der Expertinnen und Experten erfragt sowie die Teilnahme und Akzeptanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmern überprüft. Dafür wurden qualitative Experten- und Teilnehmerinterviews durchgeführt und vorhandene Sachberichte, Dokumentationen und die Mitschriften aus den Hospitationen entlang der o.g. Themenblöcken und den entsprechenden Fragestellungen¹⁵ analysiert und bewertet.

7.2. Evaluationsmethode: Qualitative Evaluation

Für die Untersuchung und Auswertung des Psychomotorischen Bewegungsangebotes wurde die Form der qualitativen Evaluation gewählt, da es nur eine kleine Anzahl der zu Befragenden gab. Im Vergleich zu den quantitativen Methoden zeigen sich die Vorteile

¹⁴ Die einzelnen Fragen zu den Bereichen Prozess, Umsetzung, Ziele und Perspektiven können im Anhang nachgelesen werden.

¹⁵ Die Fragestellungen zu den einzelnen Themenblöcken sind dieser Arbeit auf CD beigelegt

der qualitativen Methoden in der Offenheit des Vorgehens seitens der Evaluatorin und/oder des Evaluators sowie im alltagsnahen und reichhaltigen Informationsgehalt durch die Beantwortung offener Fragen (Steinert/Thiele 2008, S. 54-56). Des Weiteren können durch die persönliche Interaktion bei einer Befragung, Hintergründe erfragt und damit Unklarheiten gleich aufgegriffen werden. Außerdem würde die Anwendung der quantitativen Methode eine weitaus höhere Stichprobe erfordern, als dass es bei der relativ geringen Teilnehmerinnen- und Teilnehmerzahl des Psychomotorischen Bewegungsangebotes möglich gewesen wäre (ebd.).

7.2.1. Gütekriterien qualitativer Forschung

Um Forschungsergebnisse auf einem wissenschaftlich hohem Niveau gewährleisten zu können, müssen Evaluationsmethoden – quantitativ oder qualitativ – auf bestimmte Gütekriterien überprüft werden, um Problemen wie Willkür und Beliebigkeit entgegen zu arbeiten (Steinke 2000, S. 322).

Zu den klassischen Gütekriterien einer Evaluation zählen Objektivität, Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit). Im Gegensatz zum quantitativen Verfahren ist die Überprüfbarkeit der Reliabilität und Validität in der qualitativen Forschung nur schlecht umsetzbar. So wäre für diese Arbeit beispielsweise weder die Re-Test-Reliabilität¹⁶ noch die Split-half-Methode¹⁷ sinnvoll (Mayring 2010, S. 116).

Mayring (2002) hat sechs allgemeine und übergreifende Gütekriterien für die qualitative Forschung festgesetzt:

- Verfahrensdokumentation
- argumentative Interpretationsabsicherung
- Regelgeleitetheit
- Nähe zum Gegenstand
- Kommunikative Validierung
- Triangulation

¹⁶ Das Forschungsverfahren (bspw. Interview) wird ein zweites Mal vorgenommen, um zu überprüfen, ob es zu denselben Ergebnissen führen würde (Mayring 2010, S. 116)

¹⁷ Das Instrument oder das Material wird in zwei Hälften geteilt und überprüft, ob beide Hälften zu ähnlichen Ergebnissen führen (Mayring 2010, S. 116)

In dieser Arbeit werden die Gütekriterien *Triangulation* (multiple Forschungsmethoden - perspektiven) und *Verfahrensdokumentation* als Kriterien zur Qualitätssicherung herangezogen.

In der *Triangulation* geht es um ein multiperspektivisches Herangehen, um eine breitere Sichtweise bzw. einen ganzheitlichen Blickwinkel auf den Untersuchungsgegenstand ermöglichen zu können. Es werden folgende vier Formen der Triangulation unterschieden (Schmidt-Lauff 2008, S. 260-261):

- Daten-Trinagulation: Anwendung unterschiedlicher Datenquellen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten oder an unterschiedlichen Orten oder bei unterschiedlichen Personengruppen erhoben worden.
- Untersucher-Triangulation: Das Einsetzen verschiedener Beobachter, um subjektive Einflüsse Einzelner zu verringern und um Verzerrungen zu minimieren.
- Theorien-Triangulation: Annäherung an den Forschungsgegenstand durch Einbeziehung und Anwendung verschiedener Perspektiven und Hypothesen.
- Methodologische Triangulation: Die methodologische Triangulation wird wiederum in den Formen der „within-method“ und „between-method“ unterschieden. Dabei beschreibt die „within-method“ die methodologische Triangulation innerhalb einer Methode und die „between-method“ die methodologische Triangulation verschiedener Methoden.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Triangulationstypen *Daten-Triangulation* und *Methodologische-Triangulation* – „within-method“ – kombiniert. So stehen der Untersuchung der Psychomotorischen Bewegungsangebotes nicht nur zahlreiche Dokumentationen in Form von Sachberichten, Teilnehmerlisten, und Ablaufskizzen zur Verfügung, sondern auch Dokumentationen aus den durchgeführten Hospitationen und Ergebnisse der Experten- und Teilnehmerbefragungen. Dies macht die Nutzung multipler Methoden und die Anwendung unterschiedlicher Instrumente aus. Dadurch ist nicht nur die Transparenz in dieser Arbeit gegeben, sondern auch die Betrachtung des zu untersuchenden Gegenstandes aus verschiedenen Blickwinkeln, um mögliche Verzerrungen ausschließen zu können (Steinke 2000, S. 321).

In der Evaluation werden Methoden speziell für den zu untersuchenden Gegenstand entwickelt oder abgeändert. Um den Forschungsprozess für andere nachvollziehbar

machen zu können, müssen alle Schritte genauestens beschrieben bzw. dokumentiert werden. In der Evaluationsforschung wird dieser Vorgang als *Verfahrensdokumentation* bezeichnet. Die einzelnen Schritte dieser Arbeit¹⁸ und des Verfahrens sind schriftlich festgehalten worden, sodass diese Studie ggf. wiederholt werden könnte.

7.3. Evaluationsinstrumente

Wie bereits in Kapitel 7.2.1 erwähnt, werden die methodologische Triangulation und die Verfahrensdokumentation als Kriterien für die Qualitätssicherung gewählt. So wurden für die Evaluation des Psychomotorischen Bewegungsangebotes ein Methodenmix aus Auswertungen der Fortbildungsdokumente der Projektleiterin, Mitschriften aus den Hospitationen, Experten- und Teilnehmerinterviews durchgeführt. Eine ausführliche Darstellung der unterschiedlichen Instrumente erfolgt in den folgenden Unterkapiteln 7.3.1 – 7.3.4.

7.3.1. Fortbildungsdokumente und generelle Dokumentationen der Projektleiterin

Beim Hamburger Sportverbund absolvierte die Projektleiterin des Eltern-Kind-Turnens eine Schulung zur Übungsleiterin für Psychomotorik. Die Schulung erfolgte im Jahr 2010 und verlief über einen Zeitraum von neun Monaten. Neben einer Einführung in die Bedeutung und in die Anwendungsbereiche der Psychomotorik, wurde – anhand von kursbegleitender Literatur¹⁹ und Skripte – Übungsanweisungen zur Umsetzung Psychomotorischer Ansätze vermittelt. Mit Hilfe der Literatur sollten die Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer das Konzept des „inneren Kindes“ kennenlernen und einen Einblick in die Gefühls- und Erlebniswelt von Kindern und Jugendlichen bekommen. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden zahlreiche Möglichkeiten vorgeführt, wie sie den Kindern ein abwechslungsreiches Programm anbieten können, welches die Kinder ganzheitlich fördert. Dazu zählte vor allem die Einbindung der Eltern am Geschehen, wodurch Hemmschwellen abgebaut und so die aktive Teilnahme der Eltern an den Übungen gestärkt werden sollte. Diese und weitere

¹⁸ Evaluationskonzept, beantwortete Fragebögen aller Gesprächspartner und die einzelnen Analyseschritte sind dieser Arbeit auf CD beigelegt.

¹⁹ Mary, M (1999). Begegnungen mit dem inneren Kind / Baer, U; Barnowski-Geiser, W (2009). Jetzt reden wir!

Möglichkeiten wurden anhand von psychomotorischen Spielen, mit und ohne Geräte, vermittelt.

7.3.2. Dokumentation der Hospitationen

Um einen persönlichen Eindruck über den Verlauf und Inhalt des Psychomotorischen Bewegungsangebotes zu bekommen, wurden von Juni bis Oktober 2011 vier Hospitationen durchgeführt. Der folgende Beitrag stellt eine Zusammenfassung dar:

Kurz vor 16:00 Uhr treffen die ersten Kinder mit ihren Eltern ein.

Während die Eltern sich begrüßen und austauschen, fangen die Kinder bereits mit dem Herumlaufen und Toben in der Sporthalle an.

Um ca. 16:05 Uhr versammeln sich einige Eltern und Kinder, sowie die Projektleiterin im Kreis. Da es sich in der Hospitation um teilnehmende Beobachtung²⁰ handelt, stelle ich mich ebenfalls in den Kreis. Die restlichen Kinder treffen nach und nach ein. Schon im ersten Augenblick nehmen mich zwei Kinder an die Hand und schließen somit den Kreis. Ich stelle schnell fest, dass sowohl die Kinder als auch die Eltern sehr aufgeregt zu sein scheinen.

Um auf die freundlichen aber auch skeptischen Blicken der Eltern zu reagieren, stelle ich mich als Praktikantin vor, die eine Arbeit über das Teilprojekt schreiben möchte. Lächelnd heißen mich die Eltern und Kinder willkommen.

Zum Start der Veranstaltung erfolgt ein Begrüßungslied und -tanz. Am Ende der Begrüßungszeremonie holt die Kursleiterin die Skizze eines neuen Parcours aus der Tasche und reicht es den Eltern ohne jegliche Erklärung dazu in die Hand. Die Eltern und Kinder studieren kurzerhand die Skizze und stürmen in Richtung des Geräteraumes. Während ich mich (eine gefühlte Ewigkeit) mit der Interpretation der Skizze beschäftige, sind die Eltern und Kinder bereits im Gange. Die Eltern helfen sich gegenseitig, die Kinder arbeiten spielerisch zusammen. Ich kann eine große Harmonie und Zusammengehörigkeit der Gruppe spüren.

Aus einigen Gesprächen erfahre ich, dass einige Mütter und Väter die Kinder anderer Eltern mit sich genommen haben, weil deren Eltern aus mir unbekanntem Gründen nicht an der heutigen Veranstaltung teilnehmen können. Dies hat auch deutlich klar gemacht,

²⁰ Die teilnehmende Beobachtung dient in dieser Arbeit als eine ergänzende Methode zur Datenerhebung. Durch die aktive Teilnahme am Geschehen und die Interaktion mit dem Beforschten können erste Eindrücke über bspw. Ablauf und Verhaltensmuster entstehen, die in die Gesamtevaluation einfließen können (Bortz/Döhring 2009, S. 266/321).

dass sich aus den Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Angebotes scheinbar ein eingespieltes Team entwickelt hat.

Nach ca. 10 Minuten steht der Parcours. Im ersten Augenblick sieht für mich der Parcours wie eine gewöhnliche Turnstation für unterschiedliche Sportübungen aus. Die Kursleiterin erklärt mir jedoch, dass in der Psychomotorischen Entwicklungsbegleitung von Kindern Höhe als ein wichtiges Element gilt: Übungen in der Höhe sollen sowohl den Gleichgewichtssinn stärken als auch die Koordination der Kinder fördern. Eine weitere Station erforderte, sich von der einen Seite des Gerüsts auf die andere Seite hängend fortzubewegen. Diese Übung sollte die Greifmotorik stärken. Jede einzelne Station an dem Parcours sollte unterschiedliche motorische Fähigkeiten fördern. So dienen bspw. der Schwebebalken, die Seile, das Trampolin nicht nur zur Förderung der Balance, der Greifmotorik, der Fein- und Grobmotorik, sondern auch zur Förderung der ganzheitlichen Psychomotorik. Die Kinder sollen einschätzen lernen, welche Stationen sie bewältigen können und bei welchen Stationen sie die Hilfe ihrer Eltern benötigen. Außerdem lernen die Kinder, sich an gewisse Regeln (anstellen, nicht schubsen und alle Stationen der Reihe nach auszuprobieren) zu halten. Nach ca. 30 Minuten werden die Eltern und Kinder wieder gebeten, die Stationen abzubauen und alle Geräte zurück an den Platz zu stellen. Eine leichte Enttäuschung lässt sich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erkennen, aber gemeinsam mit den Kindern machen sie sich an den Abbau ran. Auch ich helfe mit und sehe, dass selbst das Abbauen der Geräte den Kindern eine Menge Spaß bereitet. Die Kinder packen die Matten auf den Wagen, setzen sich drauf und werden von einem Elternteil durch die Halle gefahren. Der Abbau dauert ca. 10 Minuten. Zum Abschied wird erneut ein Kreis gebildet. Es erfolgt ein Abschiedslied und -tanz.

Meine Beobachtungen haben mir persönlich gezeigt, dass sowohl die Kinder als auch die Eltern sehr viel Spaß an der Veranstaltung haben. Sie alle scheinen sich untereinander und auch mit der Projektleiterin zu verstehen. Allerdings ist mir auch aufgefallen, wie viel Zeit mit dem Auf- und Abbau vergangen ist und die Kinder im Ganzen nur 50% der zur Verfügung gestellten Zeit "turnerisch" nutzen konnten.

7.3.3. Leitfadengestützte Experteninterviews

Die Interviews mit den Expertinnen und Experten wurden im November 2011 durchgeführt. Als Expertinnen und Experte gelten in dieser Arbeit die Projektleiterin des Psychomotorischen Bewegungsangebotes, die Koordinatorin²¹ aus dem Verein

²¹ Zu den Aufgaben der Koordinatorin aus der Lenzsiedlung e.V. gehören u.a. die Organisation des Psychomotorischen Bewegungsangebotes und die Regelung der finanziellen Mittel.

Lenzsiedlung e.V. und der Koordinator und Mitarbeiter aus dem kommunalen Gesundheitsmanagement des Gesundheitsamtes in Hamburg-Eimsbüttel.

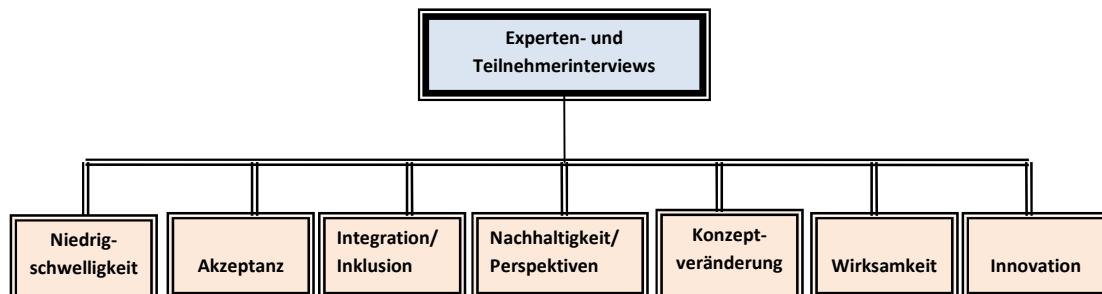
Für die Befragung wurde die Methode des leitfadengestützten Expertinnen- und Experteninterviews gewählt, dass sich nach Bogner et al. (2002) an einem Leitfaden orientiert, der auf die Abfragung des Wissens der Expertinnen und Experten orientiert ist.

Die Themenblöcke und Fragen der Expertinnen- und Experteninterviews sind im Hinblick auf den Prozess des Angebotes und der subjektiv wahrgenommenen Wirksamkeit der Expertinnen und Experten entstanden. Es wurden Fragen²² zu folgenden Themenblöcken konzipiert:

- Prozess und Umsetzung des Konzeptes
- Ziele des Angebotes
- Perspektiven nach Abschluss des Angebotes

Die einzelnen Interviews dauerten ca. 30 Minuten und wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Anschließend wurden die Interviews transkribiert²³ und nach Mayring (2010) zusammengefasst, reduziert und strukturiert²⁴. Des Weiteren wurden für diese Arbeit relevante Kategorien gebildet, nach denen eine wissenschaftliche Interpretation erfolgen soll.

Interpretiert werden die Aussagen der Expertinnen und Experten nach folgenden Kategorien:



Quelle: Eigene Darstellung.

²² Siehe Musterfragebogen im Anhang.

²³ Transkription: Verschriftlichung digitaler Aufzeichnungen.

²⁴ Die einzelnen Analyseschritte sind dieser Arbeit auf CD begefügt. Siehe Anhang

Niedrigschwelligkeit

Niedrigschwelligkeit in gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Interventionen ist durch geringe Hemmschwellen, Kostenlosigkeit, Freiwilligkeit und Unverbindlichkeit zum Zugang des Angebotes gekennzeichnet.

Akzeptanz

Die Kategorie Akzeptanz sagt aus, inwiefern und in welchem Ausmaß das Psychomotorische Bewegungsangebot bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Zustimmung fand. Die Akzeptanz gilt als Chance, für kommunikative und interaktive Maßnahmen und Entscheidungen, stillschweigende oder ausdrückliche Zustimmung bei einer identifizierbaren Personengruppe zu finden und mit deren Einverständnis rechnen zu können (Schäfers/Kopp 2006).

Integration/Inklusion

Integration soll Aussagen über die Eingliederung der Teilnehmerinnen und Teilnehmern (speziell aus der Lenzsiedlung) in das Psychomotorische Bewegungsangebot treffen. Dies kann sich in dieser Arbeit durch die Entwicklung sozialer Kontakte in der Nachbarschaft und in den Freizeitaktivitäten zeigen. Die Inklusion kann darüber Aussagen machen, ob das Psychomotorische Bewegungsangebot ein gleichberechtigtes gesellschaftliches Zusammenleben ermöglicht. Verglichen mit der Integration lässt sich folgendes Beispiel geben:

Während Integration für die Anpassung des Individuums an die gegebenen sozialen Verhältnisse steht, verlangt Inklusion die Veränderung von gesellschaftlichen Institutionen, u.a. mit den Zielen Barrierefreiheit und Anerkennung von Vielfalt zu fördern (www.inklusion-sh.eu/menschen_mit_behinderungen.0.html). So unterscheidet Integration zwischen Kindern mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf. Inklusion hingegen geht von der Besonderheit und der gesellschaftlichen Teilnahme eines jeden Kindes aus, unabhängig von Beeinträchtigungen und Fähigkeiten.

Nachhaltigkeit/ Perspektiven

Die Kategorie Nachhaltigkeit/ Perspektive soll Aussagen darüber treffen, inwiefern das Angebot – nach Bedarf und Wunsch – langfristig erhalten bleiben kann. Dazu muss ermittelt werden, welche finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen weiterhin zur Verfügung stehen und/ oder beschaffen werden müssen, um eine Fortsetzung des Psychomotorischen Bewegungsangebotes und die Partizipation der Zielgruppe gewährleisten zu können.

Im WHO-Glossar wurde der Begriff *Nachhaltige Gesundheitsförderungsaktionen* folgendermaßen definiert:

„Nachhaltige Gesundheitsförderungsaktionen sind solche, die ihren Nutzen für Gemeinwesen oder Bevölkerungen auch jenseits der ersten Stadien ihrer Implementation aufrecht erhalten können. Nachhaltige Aktionen können dauerhaft zur Verfügung gestellt werden innerhalb der Grenzen, die finanzielle Mittel, Wissen und Erfahrung, Infrastrukturen, natürliche Ressourcen und die Teilnahmebereitschaft der Akteure setzen.“ (Trojan/Süß 2011, S. 384).

Konzeptveränderung

In der Kategorie Konzeptveränderung sollen Aussagen über mögliche Veränderungen und Modifizierungen des Psychomotorischen Bewegungsangebotes und die Begründungen dafür erfasst werden.

Wirksamkeit

Die Kategorie Wirksamkeit soll Aussagen über die Zielerreichung des Angebotes und über dessen Wirksamkeit erfassen. Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass es sich hierbei nur um eine subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit des Psychomotorischen Bewegungsangebotes handelt.

Innovation

Der innovative Charakter eines Angebotes zeigt sich beispielsweise durch „neue Problemlösungen“ und „neues Lernen für andere“ (BZgA 2010).

Die Ergebnisse der Expertinnen- und Experteninterviews werden in Kapitel 8. dargestellt und diskutiert.

7.3.4. Teilnehmerinneninterviews

Die Interviews mit drei Frauen aus der Lenzsiedlung fanden im November 2011 statt. Zwei der Befragten stammten aus Deutschland und eine Teilnehmerin aus Afghanistan. Nach Aussagen der Kursleiterin haben sich keine weiteren Mütter, Väter oder Kinder bereit erklärt, an der Befragung teilzunehmen.

Im Gegensatz zu den Expertinnen- und Experteninterviews waren die Fragen der Teilnehmerinnen- und Teilnehmerinterviews kürzer gefasst und auf die Vorkenntnisse

zum Angebot, zur Thematik der Psychomotorik und zur subjektiven Einschätzung zum Angebot und zur Wirksamkeit ausgerichtet. Die Dauer der einzelnen Interviews betrug ca. 10 Minuten.

Die Ergebnisse der Teilnehmerinterviews werden in Kapitel 8. aufgeführt. Auch hier werden die Aussagen der Teilnehmerinterviews nach den zuvor definierten Kategorien (siehe Kapitel 7.3.3.) ausgewertet. Vorab erfolgt im folgenden Kapitel 7.4. eine kritische Betrachtung der angewendeten Methoden.

7.4. Methodenkritik

Für die Ermittlung des Forschungsgegenstandes wurden Dokumentationen, Hospitationsberichte, Experten- und Teilnehmerinterviews durchgeführt und ausgewertet. In diesem Kapitel werden die angewendeten Methoden einer kritischen Betrachtung unterzogen.

Fortbildungsdokumente und generelle Dokumentationen der Projektleiterin

Um eine vollständige Nachvollziehbarkeit der Fortbildungsdokumente der Projektleiterin sowie der allgemeinen Dokumentationen, bestehend aus Teilnehmerlisten, Parcourskizzen und Sachberichten, gewährleisten zu können, müssen regelmäßige Aktualisierungen und Vervollständigungen der Dokumente durchgeführt werden. Bei nicht Erfüllung dieser Kriterien kann keine komplette Nachvollziehbarkeit und Auswertung der Dokumentation erfolgen.

Dokumentationen der Hospitationen

Die durchgeführten Hospitationen basieren auf der Methodik der Teilnehmenden Beobachtung. In der wissenschaftlichen Forschung müsste für die Anwendung dieser Methode eine rein objektive Einschätzung des Geschehens vorausgesetzt werden. Subjektive Einschätzungen seitens der Beobachter können jedoch nicht ausgeschlossen werden. (Bortz/Döring 2009, S. 267)

Greve und Wentura (1997) haben diesbezüglich folgenden Ansatz zur Systematisierung von konkreten Beobachtungsfehlern ausgearbeitet:

Fehler seitens des Beobachters in der Wahrnehmung, Interpretation, Erinnerung

- Wahrnehmung: Einfluss vorhandener Informationen, Erwartungseffekte, emotionale Beteiligung, Bewertung des Geschehens aufgrund erster Eindrücke
- Interpretation: zentrale Tendenzen, persönliche Tendenzen
- Erinnerung: Erinnerungsverzerrungen und -lücken

Fehler seitens des Beobachteten

- Erwartungs- und Reaktivitätseffekt: Eine Person, die weiß, dass sie unter Beobachtung steht, verhält sich in der Regel anders, als sie es für gewöhnlich tut.

Mündliche Interviews

Die befragten Expertinnen und Experten stehen im engen Bezug zum Psychomotorischen Bewegungsangebot. Eine rein objektive Beantwortung aller Fragen kann nicht garantiert werden. Außerdem kann eine fehlerhafte Kommunikation oder Missverständnisse zu Fehlinterpretationen in den Auswertungen der Antworten führen.

Diekmann (2008) unterscheidet folgende drei Kategorien von Fehlerquellen im Interview:

- *Befragtenmerkmale*, die nach den Faktoren „soziale Erwünschtheit“, „Response-Set“ und „Meinungslosigkeit“ individuell variieren und Interviews beeinflussen können,
- *Fragemerkmale*, die je nach „Frageformulierung“, „Frageposition“ und „Effekt von Antwortkategorien“ Aussagen beeinflussen können und
- *Merkmale des Interviewers und der Interviewsituation*, die beispielsweise durch Anwesenheit Dritter beeinflusst werden können.

8. Evaluationsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Auswertungen der Fortbildungsdokumente, Teilnehmerlisten und Sachberichte sowie die Ergebnisse der Inhaltsanalyse der Experten- und Teilnehmerinterviews zusammenfassend aufgeführt. Die einzelnen Analyseschritte und deren Ergebnisse können im Anhang nachgelesen werden.

Konzept

Die Einführung des Psychomotorischen Bewegungsangebotes basiert auf der Grundlage bereits durchgeführter Studien. Dazu zählt die Kindergesundheitsberichterstattung aus dem Jahre 2006, die als Teil der kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung in der Lenzsiedlung erstellt worden war. Sowohl die Kindergesundheitsberichterstattung als auch Beobachtungen der Expertinnen und Experten konnten Defizite in den motorischen Kompetenzen von Kindern in der Lenzsiedlung feststellen. Das Konzept des Psychomotorischen Bewegungsangebotes verfolgt das Ziel, den Kindern und ihren Eltern ein innovatives und niedrigschwelliges Angebot mit ausgesprochen guten Kompetenzen zur Gesamtpersönlichkeitsentwicklung der Kinder zu ermöglichen.

Die Fachkompetenz wird durch die absolvierte Fortbildung der Projektleiterin zur Übungsleiterin der Psychomotorik gewährleistet. Hierzu wurden Mittel aus dem IMSG am UKE zur Verfügung gestellt. Die Fortbildung startete im Jahre 2010 und verlief über neun Monate. Zu den Inhalten der Fortbildung gehörten die Bedeutung, Geschichte und Entwicklung der Psychomotorik in Deutschland, der Umgang mit Kindern und die Umsetzung der psychomotorischen Förderung in der Arbeit mit Kindern. Dazu wurden u.a. Rollenspiele durchgeführt. Zweck der Rollenspiele war die Auseinandersetzung mit dem „inneren Kind“, um die psychomotorischen Ansätze besser nachvollziehen und in die Praxis umsetzen zu können. So beschreibt die Projektleiterin die Wichtigkeit der Fortbildung wie folgt: *„Die Schulung hat mir auch für die tägliche Arbeit in der Lenzsiedlung sehr geholfen. Ich muss zugeben, dass ich nach der Fortbildung festgestellt habe, dass so eine Fortbildung für uns in der Lenzsiedlung – mit so wenig Material und Geld – ganz wichtig ist. Ich habe festgestellt, mit wie wenig Möglichkeiten und Ressourcen wir dennoch eine tolle Arbeit leisten können“* (Die Verschriftlichung des gesamten Interviews ist dieser Arbeit auf CD beigefügt, siehe Fragebogen „Projektleiterin des Psychomotorischen Bewegungsangebotes“).

Die Niedrigschwelligkeit des Psychomotorischen Bewegungsangebotes zeigte sich für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Freiwilligkeit und Unverbindlichkeit des Angebotes. Außerdem ist die Teilnahme am Angebot kostenlos, da das Psychomotorische Bewegungsangebot bis zum Jahr 2011 aus den Mitteln des IMSG finanziert wurde und bis zum Sommer 2013 eine Weiterfinanzierung des Angebotes durch die BürgerStiftung Hamburg²⁵ ermöglicht wird.

²⁵ Die BürgerStiftung Hamburg ist eine Stiftung, die sich in erster Linie um die Förderung von Jugend- und Altenhilfe, Erziehung und Bildung, Wissenschaft und Forschung beschäftigt. Aktuell hat die BürgerStiftung Hamburg den Fokus auf die finanzielle Unterstützung von Kinder- und Jugendprojekten im sozial benachteiligten Umfeld gelegt (www.buergerstiftung-hamburg.de).

Das Psychomotorische Bewegungsangebot stellt einen innovativen Ansatz dar, mit der Problematik einer hohen Anzahl von Kindern mit Entwicklungsdefiziten und Verhaltensauffälligkeiten – im relativ jungen Alter zwischen 2 bis 6 Jahren – in der Lenzsiedlung präventiv umzugehen. Als „innovativ“ lässt sich ebenfalls die Kooperation zwischen der Lenzsiedlung e.V. und der Kita Vizelinstraße bezeichnen, da durch die Kooperation die Turnhalle kostenlos genutzt werden kann und dadurch keine zusätzlichen Kosten anfallen. Auch die Niedrigschwelligkeit und die fachkompetente Leitung des Psychomotorischen Angebotes in der Lenzsiedlung machen das Angebot innovativ. Den Expertinnen- und Expertenbefragungen zufolge, ist das Psychomotorische Bewegungsangebot sowohl für die Teilnehmerinnen und Teilnehmern als auch für die Lenzsiedlung e.V. innovativ: *„...Normalerweise hat so eine Einrichtung wie das Bürgerhaus nicht wirklich ein Budget...die Expertin oder die Fachfrau einzuladen um das Thema abzudecken, sondern sie haben gerade das Geld um ihr Haus zu betreiben und um das Personal zu bezahlen.“* (Die Verschriftlichung des gesamten Interviews ist dieser Arbeit auf CD beigelegt, siehe Fragebogen „Gesundheitsamt Hamburg Eimsbüttel“)

Das Konzept des Psychomotorischen Bewegungsangebotes konnte seit seiner Einführung in seiner ursprünglichen Form erhalten bleiben. Im Laufe des Präventionsprogramms wurden keine Änderungen am Konzept vorgenommen. Eine Veränderung fand lediglich in der Finanzierung des Angebotes statt.

Umsetzung

Seit 2009 findet das Psychomotorische Bewegungsangebot einmal wöchentlich (jeden Mittwoch) von 16-17 Uhr in der Turnhalle der Schule Vizelinstraße statt (angrenzend an die Kita Vizelinstraße). Aus den Teilnehmerlisten vom 5. Jan. 2011 – 27. April 2011 (15 Veranstaltungen) kann entnommen werden, dass das Angebot von 25 Kindern im Alter zwischen 2–6 Jahren besucht wurde. Davon waren 17 Kinder weiblich und 8 männlichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter lag bei 3,7 Jahren.

Die Kinder wurden in der Regel von einem Elternteil begleitet. Nur selten waren die Kinder in Begleitung beider Elternteile. Durchschnittlich haben an den o.g. 15 Veranstaltungen 16 Kinder, 13 Müttern und 3 Vätern teilgenommen. Den Aussagen der Expertinnen und Experten und der Hospitationen zufolge nahmen bis September 2011 ca. 18 Kinder und Eltern regelmäßig an dem Psychomotorischen Bewegungsangebot teil. Davon kommen 5–7 Kinder aus dem Hochhauskomplex der Lenzsiedlung, die anderen aus dem Einzugsgebiet der Kita Vizelinstraße.

Das Psychomotorische Bewegungsangebot wurde von Kindern aus den unterschiedlichsten Nationen wahrgenommen. Dazu zählen die Länder Deutschland, Afghanistan, Türkei, Polen, Russland, Nepal und Brasilien. Zehn von 25 Kindern hatten die deutsche Nationalität. Fünf von den restlichen 15 Kindern haben mindestens ein deutsches Elternteil. Somit ist die deutsche Nationalität am stärksten repräsentiert.

Einschätzung der Akteure zur Wirkung des Angebotes

Aus den vorigen Studien in der Lenzsiedlung und aus den Beobachtungen der Expertinnen und Experten sind bereits im Vorfeld Defizite in der Motorik von Kinder festgestellt worden. Neben Auffälligkeiten in der Sprache und im Verhalten, konnten viele Kinder nicht rückwärts laufen und nur schlecht auf einem Fuß hüpfen oder stehen. Zu Beginn des Psychomotorischen Bewegungsangebotes konnte die Projektleiterin in den Veranstaltungen beobachten, dass die meisten Kinder Ängste vor dem Hochklettern und dem Runterklettern hatten. Einige Kinder zeigten auch keine Ängste und waren dementsprechend unvorsichtiger: die Kinder waren teilweise nur schlecht in der Lage unterschiedliche Situationen und ihre Fähigkeiten richtig einzuschätzen. Mit der Zeit haben die Kinder den Spaß an der Bewegung für sich entdeckt. Sie können seit ihrer Teilnahme am Psychomotorischen Bewegungsangebot ihre Stärken und Schwächen besser einschätzen. Sie sind mutiger und selbstbewusster geworden. Positive Auswirkungen des Angebotes konnten sowohl die Projektleiterin als auch die befragten Teilnehmerinnen in der Sprache und im Verhalten der Kinder feststellen. Eine der befragten Teilnehmerinnen hat folgende Erfahrungen machen können: *„Meine Tochter mochte nicht gerne turnen. Sie hatte große Angst vor den Geräten gehabt und auch vor der Nutzung ohne Hilfe. Aber jetzt kann sie alles alleine. Sie sind selbstbewusster geworden und trauen sich mehr zu“* und *„Mein Kind spielt auch gerne mit den anderen Kindern und lernt Regeln wie z.B. wann es sich hinten anstellen muss und warten muss. Meine Tochter hat vier große Geschwister zuhause und ist auch schon Tante, das Angebot ist gut für sie, um auch mit Gleichaltrigen zusammenkommen und spielen zu können“*. (Die Verschriftlichung aller Teilnehmerinneninterviews sind dieser Arbeit auf CD beigefügt, siehe Fragebogen „Teilnehmerin Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 3“)

Aus der Teilnehmerbefragung geht ebenfalls hervor, dass die aktive Teilnahme der Eltern sowohl die Eltern-Kind-Beziehung gestärkt hat (*„Man bewegt sich mit den Kindern, man macht was mit ihnen, was viele Eltern nachmittags so nicht schaffen würden. So habe ich wirklich eine ganze Stunde für meine Tochter. Es stärkt die Bindung.“*) als auch die soziale Interaktion unter den Eltern verbessert hat. So konnte während der Hospitationen

vermehrt die Situation wahrgenommen werden, dass Eltern auch die Kinder anderer Eltern mit zur Veranstaltung genommen hatten. Es konnte innerhalb der Gruppe keine Ausgrenzung, sei es aufgrund der Herkunft oder des Wohnortes (Hochhäuser oder Einzel- und Mehrfamilienhäuser; siehe Karte in Abbildung 1.), beobachtet werden.

Auch die Projektleiterin hat seit der Einführung des Psychomotorischen Bewegungsangebotes Entwicklungen bei sich selbst feststellen können. Die Fortbildung zur Übungsleiterin der Psychomotorik hat ihre Gesamttätigkeit mit Kindern deutlich verbessert (nach eigenen Angaben). Die Projektleiterin hat gelernt, den Schwerpunkt in der Arbeit mit Kindern anders zu legen, denn in der Psychomotorik geht es nicht allein um die Bewegung, sondern um das Begleiten der Kinder beim Spielen.

Perspektiven

Die Teilnehmerzahl des Psychomotorischen Angebotes hat eine steigende Tendenz. Aus der Befragung geht hervor, dass viele Eltern nicht nur auf die Empfehlung von Ergotherapeuten und durch die Mitarbeiter von Lenzsiedlung e.V. auf das Angebot aufmerksam gemacht worden, sondern auch durch Weiterempfehlungen von anderen Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten. Durch die große Akzeptanz, die sich durch die regelmäßigen Besuche, die steigende Teilnehmerzahl und der großen Freude seitens der Kinder und Eltern zeigt, wurde von allen Befragten der Wunsch geäußert, das Psychomotorische Bewegungsangebot dauerhaft anzubieten. Allerdings ist die Realisierbarkeit abhängig von Organisationen, Einrichtungen oder Stiftungen, die eine Weiterfinanzierung des Angebotes übernehmen würden. Auch wenn eine Weiterfinanzierung bis zum Sommer 2013 durch die BürgerStiftung Hamburg übernommen wurde, so kann laut Expertinnen und Experten keine dauerhafte Fortsetzung des Angebotes garantiert werden.

9. Diskussion und Handlungsempfehlungen

Im folgenden Abschnitt werden die in Kapitel 8 vorgestellten Ergebnisse hinsichtlich der Fragestellung dieser Arbeit interpretiert und diskutiert. Anschließend erfolgen Handlungsempfehlungen für die Verbesserung des Psychomotorischen Bewegungsangebotes und ein kurzes Fazit.

9.1. Diskussion

Die Qualität des Psychomotorischen Bewegungsangebotes wird in erster Linie durch die Professionalität, die sich die Projektleiterin im Rahmen ihrer Fortbildung zur Übungsleiterin der Psychomotorik angeeignet hat, gewährleistet. Dadurch können nicht nur das Vertrauen in das Angebot gestärkt werden, sondern auch Eltern zur Teilnahme am Angebot motiviert werden. Allerdings nimmt bislang nur eine geringe Anzahl von Vätern an dem Angebot teil. Die wenigen Väter, die an dem Angebot teilnehmen, sind nur Väter aus dem Einzugsgebiet der Kita Vizelinstr. Die Teilnahme der Väter aus der Lenzsiedlung wird weiterhin angestrebt. Nichtsdestotrotz sind die Kinder immer in Begleitung von zumindest einem Elternteil gekommen. Das gemeinsame Turnen ist eine große Bereicherung im Familienleben. Durch die aktive Teilnahme der Mütter lernten die Kinder die Bewegung mit Spaß zu verknüpfen. Die Beziehung sowohl zu den Eltern als auch zu Gleichaltrigen konnte gestärkt werden, was besonders für Einzelkinder von großer Bedeutung sein kann. Die Familien erhalten nicht nur die Möglichkeit, den Kontakt zu anderen Familien aus der Nachbarschaft aufzubauen, sondern auch ihr soziales Netzwerk zu erweitern, in dem sie sich mit Eltern aus dem Einzugsgebiet der Kita Vizelinstraße austauschen. Die unterschiedliche Herkunft der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verdeutlicht den integrativen Charakter des Angebotes. Durch den Gesang und die gemeinsamen Übungen konnten sprachliche Barrieren verringert, Hemmungen überwunden und Vorurteile gegenüber anderen abgebaut werden.

Des Weiteren handelt es sich bei dem Psychomotorischen Bewegungsangebot um ein niedrighwelliges Angebot, das freiwillig und kostenlos genutzt werden kann. Für die Bewohnerinnen und Bewohner eines sozial benachteiligten Quartiers sind besonders diese Kriterien ausschlaggebend für die Akzeptanz eines solchen Angebotes. So könnten Psychomotorische Bewegungsangebote in andern Stadtteilen nicht nur wegen der Distanz weniger attraktiv, sondern für viele der Bewohnerinnen und Bewohner aus der Lenzsiedlung auch kaum realisierbar sein, da die Angebote meist mit einer Mitgliedschaft im Sportverein verbunden sind. Zusätzlich hat die Projektleiterin des Psychomotorischen Bewegungsangebotes eine besondere Stellung bei den Bewohnerinnen und Bewohnern aus der Lenzsiedlung. Durch ihre langjährige Tätigkeit im Bürgerhaus konnte bereits im Vorfeld eine Grundlage für das Vertrauen in ihre Zuverlässigkeit und Kompetenzen geschaffen werden. Auch die Kinder sind mit der Projektleiterin gut vertraut, können aber auch gleichzeitig auf die Unterstützung ihrer Eltern zählen. Aufgrund des Vertrauens zur Projektleiterin wird das Psychomotorische Bewegungsangebot gerne anderen Familienmitglieder, Freunde und Bekannte weiterempfohlen. Ziel des Psychomotorischen Bewegungsangebotes ist die Erreichung möglichst vieler Kinder und Eltern aus der

Lenzsiedlung. Als schwierig wird sich jedoch die Umsetzung der psychomotorischen Ansätze mit einer noch größeren Gruppe erweisen. So gilt in der Psychomotorik, die Kinder beim Spielen zu begleiten. Kindern soll der Freiraum gelassen werden, das Angebot nach dem eigenen Empfindungen und Vorstellungen zu gestalten. Bei einer Gruppe mit mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmern würde dieser Ansatz schwerer umsetzbar sein. Eine weitere Herausforderung stellt - im psychologisch-medizinischen Sinne - die Messung der Wirksamkeit bei den Kindern dar. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit des Angebotes bei Kindern lassen sich nur aufgrund subjektiver Beobachtungen und Einschätzungen der Expertinnen und Experten und Bewohnerinnen und Bewohnern behaupten. Ob und inwiefern psychomotorische Defizite vorgebeugt bzw. verringert werden konnten, ließe sich ggf. durch ein ärztliches Gutachten und/ oder Studien bestätigen.

Im folgenden Abschnitt werden Handlungsempfehlungen vorgeschlagen, die zum einen eine bessere Erreichung der Zielgruppe ermöglichen sollen und zum anderen Richtlinien geben sollen, wie die psychomotorischen Ansätze (siehe Kapitel 5.3.) trotz größerer Gruppe effektiv eingesetzt werden können.

9.2. Handlungsempfehlungen

Die Qualität des Psychomotorischen Bewegungsangebotes wurde durch die Qualitätskriterien Konzeption, Niedrigschwelligkeit des Angebotes, durch den integrativen und innovativen Charakter, die hohe Akzeptanz durch regelmäßige Teilnahme am Angebot und der subjektiv wahrgenommenen Wirksamkeit der Befragten beschrieben. Da es sich bei dem Psychomotorischen Bewegungsangebot um eine professionalisierte Maßnahme handelt, sollte das Angebot auch anhand weiterer Qualitätskriterien überprüft werden. Um die Qualität des Angebotes bewerten zu können und Veränderungen da anzusetzen, wo ein Bedarf besteht, wird in diesem Fall die Anwendung des Good Practice-Ansatzes aus der Datenbank für gesundheitliche Chancengleichheit empfohlen (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

9.2.1. Good Practice-Ansatz

Der Good Practice-Ansatz dient der Qualitätssicherung in Gesundheitsförderung und Prävention. Die Arbeit von Gesundheitsförderung und Prävention setzt in den unterschiedlichsten Lebenswelten der Menschen an. Die Überprüfbarkeit von Qualität und

Wirksamkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen stellt jedoch eine schwere Aufgabe dar. In der Regel muss eine längere Zeit vergangen sein, bis sich die Wirkungen von gesundheitlichen Maßnahmen entfalten und Entwicklungen festgestellt werden können. Dafür wurden und werden bislang diverse Konzepte zur Qualitätssicherung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Interventionen entwickelt (vgl. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Eines dieser Konzepte ist der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes der BZgA „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“²⁶. Anhand von 12 Qualitätskriterien können Maßnahmen und Intervention überprüft und ggf. verbessert werden. Bei erfolgreicher Qualitätssicherung kann das überprüfte Projekt in die Good Practice-Datenbank aufgenommen und anderen Interessenten als gutes Beispiel dienen. Die Good Practice-Datenbank kann sowohl als „Wegweiser“ für die Entwicklung von Angeboten dienen als auch zur Nachahmung anregen (ebd.). Um in die Good Practice-Datenbank aufgenommen zu werden, muss ein Angebot nicht alle 12 Kriterien²⁷ erfüllen. Voraussetzung ist jedoch, dass die beiden Kriterien *Konzeption*, *Selbstverständnis* und *sozial benachteiligte Zielgruppe* erfüllt werden. Als Richtwert sollten jedoch zu den obligatorischen zwei Einschlusskriterien weitere drei Kriterien erfüllt werden, um in die Good Practice-Datenbank aufgenommen werden zu können (BZGA 2010, S. 21-22).

Der Kooperationsverbund der BZgA (2010, S. 10-11) zählt folgende Grundprinzipien des Good Practice-Ansatzes auf:

- Praxisorientierung: Bei Entwicklungen von neuen Angeboten können die Beispiele guter Praxis als praktische Hilfsmittel genutzt werden
- Nutzung von Transferpotentialen: Die Übertragbarkeit innovativer Ansätze auf andere Angebote und Handlungsfelder können mithilfe von Good Practice-Strategien analysiert werden
- Qualitätsorientierung: Veranschaulichungen von fachlich fundierten Good Practice-Beispielen
- Praxisbasierung der Forschung: Anhand evidenzbasierter Beispiele kann optimale Qualität erreicht werden

²⁶ Der Kooperationsverbund wurde im Jahr 2001 von der BZgA initiiert. Mit insgesamt 53 Partnerorganisationen ist der Kooperationsverbund ein erfolgreiches Beispiel zur guten Vernetzung für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (BzGA 2010, S. 3).

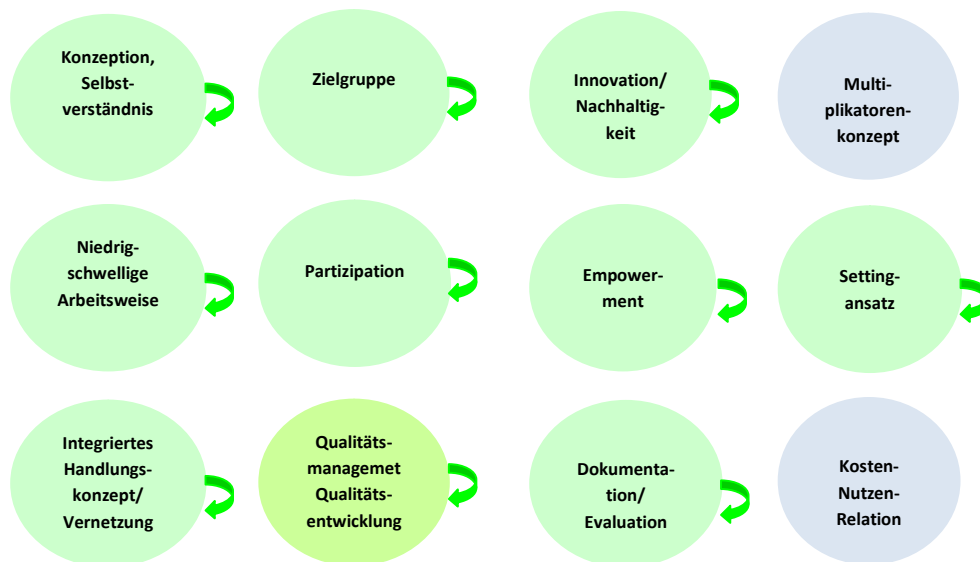
²⁷ Die Beschreibung zu den einzelnen Kriterien kann in „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ von der BZgA (2010) nachgelesen werden.

- Nachvollziehbarkeit der Bewertung: Nachvollziehbarkeit anhand der 12 Good Practice-Kriterien

Die Good Practice-Kriterien wurden in den Jahren 2003/2004 entwickelt und werden seitdem bundesweit kontinuierlich erprobt und weiterentwickelt (BZgA 2010, S.13). Sie können als Anhaltspunkt bei der Planung und Durchführung sowie bei der Bewertung eines Angebotes genutzt werden. Dabei können die Kriterien als Richtschnur für Akteure gelten und Trägerorganisationen in ihren Entscheidungen unterstützen.

Die folgende Tabelle zeigt 12 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten. Die Kriterien, die das Psychomotorische Bewegungsangebot erfüllt, sind grün markiert und werden im darauffolgenden Kapitel 9.2.2. beschrieben.

Abbildung 3: Die 12 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten mit grüner Markierungen der Kriterien, die das Psychomotorische Bewegungsangebot erfüllen



Quelle: BZgA 2010 & eigene Darstellung

9.2.2. Aufnahme des Psychomotorischen Bewegungsangebot in die Good Practice-Datenbank

In diesem Abschnitt werden die zehn Kriterien vorgestellt, die das Psychomotorische Bewegungsangebot erfüllt.

Konzeption, Selbstverständnis

Das Kriterium *Konzeption und Selbstverständnis* setzt voraus, dass das zu untersuchende Angebot klar auf die Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtet ist. Dieses Kriterium wird durch das Konzept des Psychomotorischen Bewegungsangebotes erfüllt, denn das Angebot wurde als innovatives Teilprojekt der Handlungsfelder *Frühförderung* und *Ernährung, Bewegung und Sucht* in das Präventionsprogramm „Lenzgesund“ integriert und verfolgt das Ziel motorische Defizite bei Kindern präventiv anzugehen oder ggf. zu reduzieren (vgl. Kapitel 6.2.).

Zielgruppe

Auch wenn das Psychomotorische Bewegungsangebot keine isolierte Behandlung der Bewohnerinnen und Bewohner aus der Lenzsiedlung anstrebt und auch Familien aus dem weiteren Einzugsgebiet der Kita Vizelinstrasse an dem Angebot teilnehmen, so sind sozial benachteiligte Kinder und ihre Eltern aus der Lenzsiedlung als klare Zielgruppe definiert.

Innovation und Nachhaltigkeit

Der innovative Charakter zeigt sich durch den Versuch, das Problem verhaltensauffälliger Kinder in der Lenzsiedlung zu beheben. Es wird nicht nur angestrebt Defizite zu minimieren, sondern auch präventiv dagegen anzugehen. Dieses Vorhaben wird stark durch die Niedrigschwelligkeit und durch die fachkompetente Leitung des Angebotes gefördert.

Niedrigschwellige Arbeitsweise

Das Psychomotorische Bewegungsangebot ist kostenlos, unverbindlich, unbürokratisch und vor Ort.

Partizipation

Sowohl die Niedrigschwelligkeit des Angebotes als auch der Bekanntheitsgrad der Projektleiterin machen das Psychomotorische Bewegungsangebot attraktiv und motivieren Eltern und Kinder zur Teilnahme. Positive Veränderungen in der Entwicklung der Kinder, in der Eltern-Kind-Beziehung und zu anderen Familien regen an, regelmäßig an dem Angebot teilzunehmen und das Angebot Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten weiter zu empfehlen.

Empowerment

Durch psychomotorische Übungsbehandlungen erfahren und entdecken Kinder nicht nur den Spaß an Bewegung, sie lernen auch den Umgang mit ihren eigenen Stärken und Schwächen. Sie lernen, wie Ängste überwunden und Hemmungen abgebaut werden können. Die Kinder werden selbstbewusster, mutiger und trauen sich mehr zu. Herausforderungen nehmen sie gerne an. Mit Hilfe dieser Aspekte kann eine gesunde Gesamtpersönlichkeitsentwicklung von Kindern gefördert werden (siehe Kapitel 5.).

Settingansatz

Schon im Vorfeld konnten Defizite in den motorischen Kompetenzen vieler Kinder festgestellt werden. Um den Bedarf an einer gesundheitsförderlichen Maßnahme in den Handlungsfeldern *Frühförderung* und *Ernährung, Bewegung und Sucht* zu decken, ist das Psychomotorische Bewegungsangebot in der Kooperation zwischen der Lenzsiedlung e.V. und der Kita Vizelinstraße entstanden. Die Zielgruppe des Angebotes sind die Bewohnerinnen und Bewohner aus der Lenzsiedlung. Um integrativ zu wirken, können aber auch Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Umfeld der Lenzsiedlung an dem Angebot teilnehmen.

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

Das Psychomotorische Bewegungsangebot ist ein Teilprojekt des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ und ist in der Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt Eimsbüttel, der Lenzsiedlung e.V. und der Kita Vizelinstraße entstanden. Die Ansätze des Psychomotorischen Bewegungsangebotes wurden in das bereits bestehende Angebot Eltern-Kind-Turnen integriert. Für die Umsetzung der Psychomotorischen Ansätze

absolvierte die Projektleiterin des Eltern-Kind-Turnens eine Fortbildung zur Übungsleiterin der Psychomotorik.

Dokumentation/Evaluation

Das Psychomotorische Bewegungsangebot wurde seit Beginn in Form von Teilnehmerlisten und Sachberichten dokumentiert. Im Rahmen des Präventionsprogramms wurden alle Innovationsprojekte (vom IMSG am UKE) einer Prozessevaluation unterzogen. Auch dieses Kriterium wird erfüllt.

Das Psychomotorische Bewegungsangebot bedient insgesamt zehn von 12 Kriterien. Demnach wäre eine Aufnahme des Angebotes in die Good Practice-Datenbank nicht nur empfehlenswert, sie wäre bisher auch das einzige Psychomotorische Bewegungsangebot, das es in dieser Form in der bundesweiten Datenbank gibt (<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche/>).

Die Vorteile der Aufnahme in die Good Practice-Datenbank sind:

- Initiatorinnen und Initiatoren ähnlicher Angebote könnten feststellen, welche Qualitätskriterien erfüllt werden, welche Bereiche ausbaufähig sind und wo noch Handlungsbedarf besteht
- Interessierte können sich bereits im Vorfeld über die Ziele und Inhalte des Angebotes informieren
- Grad an Seriosität und Professionalität kann Interesse von potentiellen Trägern wecken
- Transparenz für zukünftige Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Nachahmer

9.2.3. Finanzierung einer dauerhaften Fortsetzung des Psychomotorischen Bewegungsangebotes in der Lenzsiedlung

Das Psychomotorische Bewegungsangebot wurde seit Beginn des Angebotes, bis zum Sommer 2011, aus den Forschungsmittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert. Bis zum Sommer 2013 erfolgt eine Weiterfinanzierung über die BürgerStiftung Hamburg.

Da das Präventionsprogramm seit Beginn des Programms die Vernetzung von qualifizierten Anbietern aus dem Gesundheits- und Sozialbereich angestrebt hat, kann den Initiatoren des Psychomotorischen Bewegungsangebotes empfohlen werden:

1. Die Finanzierung des Angebotes beim Treffen des „Runder Tisch Lenzgesund“ zu thematisieren,
2. Finanzierung durch Dritte: Einrichtungen, Organisationen und Stiftungen, die das Präventionsprogramm „Lenzgesund“ und/ oder speziell das Psychomotorische Bewegungsangebot bereits in finanzieller Hinsicht unterstützt haben, überzeugen zu intervenieren und/oder
3. die Teilnahme am Angebot mit geringem Aufwand kostenpflichtig zu machen, sodass die Projektleiterin aus den geringen Kosten der vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bezahlt werden könnte.

Aus den Experteninterviews und Teilnehmerbefragungen ließ sich der Wunsch nach einer längeren Dauer des Angebotes feststellen, zumal 50% der Zeit für den Um- und Abbau der Geräte genutzt wird. Eine Verlängerung der Zeit oder zusätzliche Veranstaltungen an anderen Tagen der Woche, setzt eine höhere Finanzierung des Angebotes voraus. Bei zukünftigen Anträgen für finanzielle Unterstützungen sollte ggf. die Rahmenbedingungen im Konzept verändert werden, sodass die Zeit um eine Stunde verlängert wird, oder das Angebot an zwei Tagen in der Woche stattfinden kann.

10. Fazit

Das Psychomotorische Bewegungsangebot erfährt eine große Akzeptanz unter den TeilnehmerInnen. Auch wenn die Zielgruppe (Kinder und Eltern aus der Lenzsiedlung) nur einen kleineren Anteil (ca. 33,3%) der Gesamtteilnehmer ausmacht, so ließ sich durch die Weiterempfehlungen der Teilnehmerinnen an Familienmitglieder, Freunde und Bekannte eine steigende Tendenz erkennen. Sein integrativer Charakter wird durch den multi-kulturellen Hintergrund und die unterschiedlichen Wohnorte (in und um die Lenzsiedlung) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestärkt. Den Kindern wird die Möglichkeit gegeben, mit Gleichaltrigen neuen Herausforderungen zu begegnen. Den Eltern wird der Ausbau der sozialen Kontakte zu anderen Eltern ermöglicht. Gerade für Eltern mit Migrationshintergrund bietet die aktive Teilnahme am Angebot eine gute Möglichkeit, sich beispielsweise zum Thema Kindererziehung mit anderen Eltern zu unterhalten und

auszutauschen. Außerdem haben die befragten Teilnehmerinnen angegeben, dass sich seit ihrer Teilnahme am Angebot die Beziehung zu den Kindern noch mehr gefestigt hat. So haben nicht nur die Eltern gelernt, was ihre Kinder bereits können und wo sie noch Hilfestellungen brauchen, sondern auch die Kinder konnten ein stärkeres Vertrauen zu ihren Eltern aufbauen.

Die Kinder haben gelernt, sich in der Gruppe wohl zu fühlen und Spaß an Bewegung zu entwickeln. Sowohl die Projektleiterin als auch die Eltern können eine positive Veränderung in der Entwicklung ihrer Kinder beobachten. Ihren Einschätzungen nach, sind die Kinder selbstbewusster und dementsprechend offener im Umgang mit anderen Kindern geworden. Durch die Auseinandersetzung mit ihren Stärken und Schwächen haben sie gelernt Situationen besser einzuschätzen. Sie versuchen ihre Ängste zu überwinden, Hemmungen abzubauen und ihre Fähigkeiten gekonnt einzusetzen.

Es kann behauptet werden, dass durch das Psychomotorische Bewegungsangebot gute Voraussetzungen für eine Gesamtpersönlichkeitsentwicklung geschaffen wurden, ob und inwiefern dies gelungen ist, basiert auf Beobachtungen und der subjektiven Wahrnehmung der Expertinnen und Experten und Eltern. Um die tatsächliche Wirksamkeit des Angebotes auf die Gesundheit der Kinder aufzeigen zu können, bedarf es längerer Interventionszeiten, sensiblerer Evaluationsinstrumente und ggf. fachkompetente bzw. gesundheitswissenschaftlicher Gutachten und Studien.

Der Erfolg des Psychomotorischen Bewegungsangebotes lässt sich nicht nur aus dem Wunsch einer dauerhaften Fortsetzung des Angebotes ableiten, sondern auch durch die beispielhafte Zusammenarbeit der Lenzsiedlung e.V. und der Kita Vizelinstraße.

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass Ergebnisse diese Arbeit aufgrund der Größe des Untersuchungsgegenstandes nicht verallgemeinert und auf ähnliche Projekte bezogen werden können. So beziehen sich auch die Handlungsempfehlungen nur auf das Psychomotorische Bewegungsangebot in der Lenzsiedlung. Allerdings können sowohl die Ergebnisse als auch die Handlungsempfehlungen aufschlussreich und nutzbar für Interessenten und Nachahmer eines solchen Angebotes sein.

Literaturverzeichnis

Badura, B. J. S. (1999). Evaluation im Gesundheitswesen. Weinheim / München: Juventa Verlag Weinheim. S. 10.

Blaß, M (2011). Sachbericht. Psychomotorische Bewegungsangebote in der Lenzsiedlung. Lenzsiedlung. e.V.

Böhme, C; Reimann, B (2012). Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Mehr Gesundheit im Quartier. In: Böhme, C; Kliemke, C; Reimann, B; Süß, W (2012): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Verlag Hans-Huber. S. 199-200.

Bogner, A; Menz, W (2002), Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner A; Littig, B; Menz, W (Hrsg.): Das Experteninterview - Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske und Budrich.

Bolte, G; Elvers, H-D; Schaaf, B et al. (2004). Soziale Ungleichheit bei der Belastung mit verkehrsabhängigen Luftschadstoffen: Ergebnisse der Kinderkohortenstudie LISA. In: Bolte, G; Mielck A (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Weinheim: Juventa. 175-198.

Bortz, J; Dörin, N (2009). Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Bundesgesetzblatt (2010). Verordnung zur Erhebung der Merkmale des Migrationshintergrundes (Migrationshintergrund-Erhebungsverordnung – MighEV vom 29. September 2010.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz- Beispiel- Weiterführende Informationen. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage 2010. Köln.

DeGEval - Gesellschaft für Evaluation e.V. (2008). Standards für Evaluation. [degeval.de](http://www.degeval.de). <http://www.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=19074>. Stand: 12.10.2010.

Die Bundesregierung (2012a). Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration. Das Abstammungsprinzip. www.bundesregierung.de

Die Bundesregierung (2012b). Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration. Das Geburtsortprinzip. www.bundesregierung.de

Die Lenzsiedlung. Unser Nachbarschaftsportal (2001-2012). Ein Projekt mit hohen Zielen. www.lenzsiedlung.de.

Diekmann, A (2008). Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden und Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rohwolt Taschenbuch Verlag. S. 446-466.

Engelmann, F; Halkow, A (Hrsg. 2008). Einfluss von Settings auf die Gesundheit. In: Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). ISSN 1866-3842. S. 38.

Fischer, K (1996). Entwicklungstheoretische Perspektiven der Motologie des Kindesalters. Schorndorf: Hofmann. S. 72.

Greve, W; Wentura, D (1997). Wissenschaftliche Beobachtung. Eine Einführung. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union. S. 60.

Hellig, R (2010). Die Lenzsiedlung. Ein Hoch auf die Siedlung. URL:

<http://www.lenzsiedlung.de/cmslenz/?p=1967#more-1967>, Stand: Juni 2012.

Hoffmann, B et al. (2003). Soziale Ungleichheit und Straßenlärm im Wohnumfeld – eine Auswertung des Bundesgesundheits surveys. In: Das Gesundheitswesen, 65: 393-401.

Hurrelmann, K; Laaser, U (2006). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz: Juventa, S. 774.

Juchelka, R; Kreuz, A; Ruhren, v.d. N (2003). In: Ruhren, v.d. N (Hrsg): Leitbild der Stadtentwicklung. Köln: Aulis Verlag Deubner.

Köckenberger, H; Hammer, R (2004). Psychomotorik. Ansätze und Arbeitsfelder. Dortmund: Verlag Modernes Lernen, S. 14.

Kohler, S; Mossakowski, K; Süß, W; Nickel, S; Trojan, A (Hrsg. 2007). Beiträge zur Quartiersdiagnose. Kindergesundheit in der Lenzsiedlung. Einschätzung von Fachleuten – Vorschläge für das Präventionsprogramm „Lenzgesund“. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Kromrey, H (2001). Evaluation - ein vielschichtiges Konzept Begriffe und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlung für die Praxis. Sozialwissenschaften und Berufspraxis. Heft 2.

Mayring P (Hrsg. 2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. analysierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mossakowski, K; Kohler, S (2007). Gesundheit der Kinder vom 1. bis zum 14. Lebensjahr. In: Kohler, S; Mossakowski, K; Süß, W; Nickel, S; Trojan, A (Hrsg.): Beiträge zur Quartiersdiagnose. Kindergesundheit in der Lenzsiedlung. Einschätzung von Fachleuten – Vorschläge für das Präventionsprogramm „Lenzgesund“. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. S. 23-32.

Overhoff, J (2004). Die Frühgeschichte des Philanthropismus von 1715 bis 1771. Konstitutionsbedingungen, Praxisfelder und Wirkung eines pädagogischen Reformprogramms im Zeitalter der Aufklärung. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.

RKI - Robert-Koch-Institut (2006). Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert-Koch-Institut. ISBN: 3-89606-099-6, S. 83-85.

RKI – Robert-Koch-Institut, Lampert, T; Hagen, C; Heizmann, B (2010). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Richter, M; Hurrelmann, K (Hrsg. 2009). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schäfers, B; Kopp, J (Hrsg. 2006). Grundbegriffe der Soziologie. 9. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN 3-531-14686-6

Schmidt-Lauf, S (Hrsg. 2008). Zeit für Bildung im Erwachsenenalter. Interdisziplinäre und empirische Zugänge. Konzeption der empirischen Studien – Triangulation qualitativer und quantitativer Forschung. Münster: Waxmann Verlag. S. 206-261.

Statistikamt Nord (2010). Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.

Steinert, E; Thiele, G (2008). Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH. Internationaler Verlag der Wissenschaften. S. 54-56.

Steinke, I (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U; von Kardoff, E; Steinke, I (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch. S. 321-322.

Süß, W (2006a). Praxis und Wissenschaft arbeiten zusammen. In: Mossakowski, K; Nickel, S; Schäfer, I; Süß, Trojan, A; W; Werner, S (Hrsg.): Quartiersdiagnose

Lenzgesund- mehr Gesundheit ins Quartier! Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg Eimsbüttel. S. 1-3.

Süß, W (2006b). Die Lenzsiedlung- Eine kurze Beschreibung des Quartiers: Bevölkerung und Sozialstruktur. In: Mossakowski, K; Nickel, S; Schäfer, I; Süß, Trojan, A; W; Werner, S (Hrsg.): Quartiersdiagnose Lenzgesund- mehr Gesundheit ins Quartier! Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg Eimsbüttel. S. 9-13.

Süß, W (2006c). Daten für Taten und das Präventionsprogramm „Lenzgesund“. In: Mossakowski, K; Nickel, S; Schäfer, I; Süß, W; Trojan, A; Werner, S (Hrsg.): Quartiersdiagnose Lenzgesund- mehr Gesundheit ins Quartier! Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg Eimsbüttel. S. 3-8.

Süß, W (2010). Das Präventionsprogramm „Lenzgesund“: Strukturbildung in einem benachteiligten Quartier in Hamburg. In: Public Health Forum (Hrsg.): Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Heft 69, S. 40.e1-40.e3.

Trojan, A; Süß, W (2011). Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, S. 384.

Umweltbundesamt (2009). Umwelt, Gesundheit und soziale Lage. Studien zur sozialen Ungleichheit gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen in Deutschland. Berlin. <http://www.umweltdaten.de/publikationen/fpdf-l/3801.pdf>, S. 5, 11-12,18.

Widmer, T; Beywl, W; Fabian, C (2009). Evaluation, Ein systematisches Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 321.

Zimmer, R (Hrsg. 2004). Handbuch der Bewegungserziehung: Grundlagen für Ausbildung und pädagogische Praxis. Verlag Herder.

Zimmer, R (Hrsg. 2009). Handbuch der Psychomotorik: Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern. Verlag Herder

Internetseiten:

<http://www.quartiersentwicklung.lawaetz.de/lenzsiedlung0.html> . Stand: Dezember 2011

<http://www.lenzsiedlung.de>. Gesehen am: Januar 2012

<http://www.bundesregierung.de>. Gesehen am: Januar 2012

<http://www.umweltdaten.de/publikationen/fpdf-l/3801>. Gesehen am: März 2012

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche/>.

Gesehen am: April 2012

<http://www.hamburg.de/lokstedt/>. Gesehen am: Mai 2012

<http://www.psychomotorik.com>. Gesehen am: Dezember 2012

Anhang 1: Evaluationskonzept

Für die Evaluation des Psychomotorischen Bewegungsangebotes wären folgende Forschungsfragen von Bedeutung:

1. Wie kam es zu der Einführung des Psychomotorischen Bewegungsangebotes? (Hintergrund)
2. Ist das Konzept passend für die Zielgruppe?
3. Wie wurde das Psychomotorische Bewegungsangebot von Kindern und Eltern sowie von den Projektleitern bewertet?
4. Inwiefern wurden die Ziele, die Psychomotorik der Kinder zu fördern sowie eine positive Entwicklung zu beobachten, erreicht?

Konzept:

Für die Prozess-/Konzeptevaluation erfolgen Expertinnen- und Experteninterviews aus den folgenden Institutionen:

Institution	Tätigkeitsbereich im Projekt
Bürgerhaus Lenzsiedlung e.V.	Projektleiterin des Psychomotorischen Bewegungsangebotes
Bürgerhaus Lenzsiedlung e.V.	Initiatorin des Psychomotorischen Bewegungsangebotes
Gesundheitsamt Eimsbüttel, Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement	Koordinator für Gesundheitsförderung und Initiator des Psychomotorischen Bewegungsangebotes

Des Weiteren werden

- a) die Mitschriften der Beobachtungen aus den hervorgegangenen Hospitationen und
- b) die Fortbildungsdokumente der Projektleiterin ausgewertet.

Im Interview mit der Projektleiterin soll der Schwerpunkt auf die Fortbildung zur psychomotorischen Entwicklungsbegleitung und die Umsetzung gesetzt werden, die die Projektleiterin im Zuge des Angebotes absolviert hat:

- ⇒ Zeitraum der Fortbildung
- ⇒ Themenkomplex (inhaltlicher Schwerpunkt) und Verlauf der Fortbildung
- ⇒ Abschlussart der Fortbildung/Zertifizierung, eigene Beurteilung
- ⇒ Übertragung des Erlernten auf den Kurs Eltern-Kind-Turnen,
- ⇒ Verlauf des Angebotes, wo, wann und auf welche Art wird die Psychomotorik gefördert? (Methoden)
- ⇒ Persönliche Einschätzung

In der Befragung mit den Koordinatoren aus dem Verein Lenzsiedlung e.V. und dem Gesundheitsamt Eimsbüttel soll der Fokus auf die Bedeutung des Projektes „Psychomotorisches Bewegungsangebot“ in Bezug auf das Präventionsprogramm gesetzt werden.

- ⇒ Wie kamen sie zu der Idee des Psychomotorisches Bewegungsangebotes
- ⇒ Was ist der innovative Charakter des Projektes?
- ⇒ Wie sind sie auf Shohreh Bahadoran aufmerksam geworden?
- ⇒ (Wie) Werden sie regelmäßig auf den neusten Stand gebracht? Verlauf des Angebotes
- ⇒ Wie schätzen sie die Wirksamkeit? Fortsetzungsempfehlungen?
- ⇒ Gab es Änderungen im Verlauf des Projektes? Gründe...

In der Befragung der Eltern wird der Schwerpunkt auf die Erfahrung während der Teilnahme am Kurs und die Beobachtung von evtl. Verhaltensänderungen der Kinder gelegt.

- ⇒ Wie haben sie über das Angebot erfahren?
- ⇒ Häufigkeit der Teilnahme am Kurs
- ⇒ Wurden die Eltern über die Förderung der Psychomotorik in Kenntnis gesetzt?
- ⇒ Wie wurden die Übungen wahr- bzw. aufgenommen?
- ⇒ Konnten Verhaltensänderungen bei den Kindern festgestellt werden?

Anhang 2: Musterfragebogen der Expertinnen- und Experteninterviews

Im Rahmen des Präventionsangebotes „Lenzgesund“ wurde im Jahr 2009 das Teilprojekt „Psychomotorische Bewegungsangebote in der Lenzsiedlung“ in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, dem UKE und der Kita Vizelinstraße ins Leben gerufen. Integriert in das Angebot Eltern-Kind-Turnen, sollen sowohl die kognitiven als auch die motorischen Fähigkeiten der Kinder mit Hilfe einer in Psychomotorik geschulten Mitarbeiterin und der aktiven Teilnahme der Eltern gefördert werden.

Ziel der Befragung ist die Ermittlung des Konzeptes des psychomotorischen Bewegungsangebotes, speziell durch die Schulung der Projektleiterin.

1. Wie kam es zu der Idee und zum Konzept des Psychomotorischen Bewegungsangebotes in der Lenzsiedlung? Wie kam der Kontakt zu den unterschiedlichen Institutionen (UKE, ÖGD, Lenzgesund e.V., Kita) zustande?

2. Aus welchen Mitteln wurde/ wird das Angebot finanziert?

3. An die Kursleiterin: In welcher Institution und über welchen Zeitraum haben Sie ihre Schulung zur Psychomotorik abgeschlossen? Können Sie uns eine kurze Beschreibung zum Verlauf der Schulung geben? Als Projektleiterin des Gesamtangebotes, für wichtig schätzen Sie die Schulung zur Psychomotorik ein?

4. Gab es für die Eltern eine Informationsveranstaltung oder eine Einführung in die Bedeutung der Psychomotorik?

5. Gab es regelmäßige Rücksprachen zwischen der Projektleitung, der Lenzsiedlung e.V., dem ÖGD und der Kita?

6. Das Angebot wird als Innovationsprojekt bezeichnet. Was macht dieses Angebot im Vergleich zu anderen Angeboten so innovativ und besonders?

7. Wurden die Zielgruppe und die regelmäßige Teilnahme der Eltern und Kinder aus der Lenzsiedlung erreicht?

8. Konnten Sie zu Beginn des Angebotes Defizite in der Psychomotorik der Kinder feststellen (Grob- und Feinmotorik, Konzentration, Sprache, etc.)? Wenn ja, haben Sie oder die Eltern im Verlauf des Angebotes eine Veränderung feststellen können?

9. Für wie bedeutsam schätzen Sie das Angebot für Eltern und ihre Kinder aus der Lenzsiedlung sowie die Fortbildung der Projektleiterin ein?

10. Würden Sie eine Fortsetzung des Angebotes empfehlen?

Anhang 3: Musterfragebogen der Teilnehmerinnen- und Teilnehmerinterviews

Im Rahmen des Präventionsangebotes „Lenzgesund“ wurde im Jahr 2009 das Teilprojekt „Psychomotorische Bewegungsangebote in der Lenzsiedlung“ in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, dem UKE und der Kita Vizelinstraße ins Leben gerufen. Integriert in das Angebot Eltern-Kind-Turnen, soll sowohl die physisch-körperliche als auch die psychisch-geistige Entwicklung der Kinder gefördert werden, dazu zählen unter anderem das Selbstbewusstsein, der Soziale Umgang, die Grob- und Feinmotorik.

Ziel der Befragung ist die Ermittlung des Konzeptes des psychomotorischen Bewegungsangebotes beim Eltern-Kind-Turnen, speziell durch die Schulung der Projektleiterin.

1. Wie haben Sie über das Angebot des Eltern-Kind-Turnens erfahren?

2. Ist Ihnen der Begriff der Psychomotorik bekannt?

3. Macht Ihnen und Ihrem Kind die Teilnahme am Psychomotorischen Angebot Spaß?

4. Würden Sie sagen, dass Ihr Kind seit Beginn des Angebotes eine Entwicklung hinsichtlich der Sprache, Bewegung, Umgang mit seiner/ihrer Umwelt etc. gemacht hat?

5. Machen Sie die Übungen auch zuhause mit Ihren Kindern nach?

6. Wie oft und seit wann nehmen Sie an dem Angebot teil? (regelmäßig, unregelmäßig)

7. Haben oder würden Sie das Angebot Ihrer Familie, Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen?

8. Für wie wichtig halten Sie eine dauerhafte Fortsetzung des Angebotes?

9. Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Anhang 4: Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angaben der Quelle kenntlich gemacht.“

Ort, Datum: Hamburg, den 4.07.2012 Unterschrift: 