



Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*

## **-Bachelorarbeit-**

Stephanie Hammoud

Prozessevaluation des Präventionsprojektes

SunPass in Hamburg

Stephanie Hammoud

Prozessevaluation des Präventionsprojektes  
SunPass in Hamburg

Bachelorarbeit eingereicht im Rahmen der Bachelorprüfung  
im Studiengang Gesundheitswissenschaften  
Fakultät Life Sciences  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Bearbeitungszeitraum:	07. Juli bis 09. September 2014
Erstprüferin:	Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> Christine Färber
Zweitprüfer:	Dipl. Gesundheitswirt Gunnar Paetzelt

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**

## Prozessevaluation des Präventionsprojektes SunPass in Hamburg

### **Einleitung**

Jährlich steigt die weltweite Inzidenzrate bösartiger Veränderungen der Haut durch den extensiven Konsum ultravioletter Strahlung an. In Australien und den Vereinigten Staaten von Amerika werden seit längerem präventive Maßnahmen, vor allem in Kindergärten und Schulen, durchgeführt. Auch in Deutschland soll das seit 2009 laufende Projekt „SunPass – Gesunder Sonnenspaß für Kinder“ für die Risikofaktoren des Hautkrebses sensibilisieren und somit die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung senken. Es stellt sich im Zusammenhang mit dem Projekt die Frage, in welchem Umfang die beteiligten Eltern mit den Informationen erreicht werden und diese akzeptieren.

### **Methode**

Innerhalb dieser Untersuchung wurden 57 Personen mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens befragt. Gegenstand war die Ermittlung von Meinung und Akzeptanz des Projektes, aus denen abschließend mögliche Optimierungsmöglichkeiten resultieren sollten. Die Stichprobe (n=57) wurde aus sechs der insgesamt 14 teilnehmenden Kindertageseinrichtungen gewonnen; es liegt hier eine systematische Stichprobenziehung zu Grunde.

### **Ergebnisse**

Die Programmreichweite des Projektes ist als mittelmäßig einzustufen. Ein Indiz dafür ist die hohe Unbekanntheit des Projektes mit 28% der Untersuchungsteilnehmer sowie eine geringe Teilnahmerate an den Elternabenden mit nur 20%. Die Programmakzeptanz besticht mit positiven Einstellungen zur Relevanz, Unterstützung und Durchführung des Projektes. Lediglich die gestalterische Ebene stößt vor allem bei Eltern nicht deutscher Nationalität auf Kritik.

### **Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass das Projekt inhaltlich von den Eltern der teilnehmenden Kitas akzeptiert wird, allerdings die zu geringe Reichweite den Erfolg des Programmes mindert. Mit der Fortsetzung des Projektes im Jahr 2015 sollten die dargelegten Optimierungsmöglichkeiten in Betracht gezogen werden, um auch schwer zu erreichende Eltern für das Projekt zu gewinnen.

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Geschätzte Altersspezifische Raten für Deutschland (pro 100.000) für das Jahr 2011. Inzidenz für (re.)malignes Melanom (C43), (li.) sonstige bösartige Neubildungen der Haut (C44), Quelle: GEKID	<b>05</b>
Abb. 2	Übersicht der Risikofaktoren bezüglich des NMSC und MM nach der S3-Leitlinie Hautkrebs, eigene Darstellung; Quelle: S3-Leitlinie Hautkrebs, 2014, S. 74-87	<b>06</b>
Abb. 3	Zusammenarbeit mit Eltern: Bedeutungen der einzelnen Formen; nach Peuker et al., 2010, S. 180, DJI-Kita-Studie 2007	<b>20</b>
Abb. 4	Aufgaben und Ziele von Evaluation; nach Stockmann, 2007, S.37 f	<b>26</b>
Abb. 5	Darstellung der inhaltlichen Struktur des Fragebogens	<b>29</b>
Abb. 6	Häufigkeitsdarstellung der in Anspruch genommenen Betreuungsstunden von Personen mit deutscher und anderer Nationalität; n= 57	<b>31</b>
Abb. 7	Daten zur Programmreichweite (Beobachtungen) Kitas 2014 Harburg; hellblaue Markierung: Ausschluss wegen fehlender Daten	<b>32</b>
Abb. 8	Streudiagramm: Zusammenhang zwischen der Teilnehmerate an Elternabenden und der Größe der Kindertageseinrichtungen (gemessen an der Anzahl der Kinder)	<b>33</b>
Abb. 9	Kreuztabelle zur Ankündigung des Projektes nach Nationalität; Darstellung von absoluten und relativen Häufigkeiten	<b>34</b>
Abb. 10	Bekanntheit der Informationen im SunPass-Projekt	<b>35</b>
Abb. 11	Relevanz der Informationen im SunPass-Projekt	<b>35</b>

Abb. 12	Verständlichkeit der Informationen im SunPass-Projekt	35
Abb. 13	Struktur der Informationen im SunPass-Projekt	35
Abb. 14	Detaillierte Darstellung zur Beurteilung der Aufbereitung von Informationen (Faltprospekt SunPass), Items einbezogen: Optik, Verständlichkeit, Übersichtlichkeit, Zustimmung; n=25	36
Abb. 15	Detaillierte Darstellung zur Beurteilung der Aufbereitung von Informationen (SunPass-Schulungspräsentation Elternabend); Items einbezogen: Struktur, Informationsgehalt, Zustimmung zur Gestaltung; n=29	37
Abb. 16	Projektdurchführung und Kommunikation im Allgemeinen; subjektive Einschätzung der Eltern; n= 41	38
Abb. 17	Durchführung und Realisation des Elternabends; subjektive Einschätzung der Eltern; n=41	39
Abb. 18	Subjektive Einschätzung der Eltern in Hinsicht auf die Wirkung in der Kita; n=41	39
Abb. 19	Darstellung der Weiterempfehlung und Unterstützung durch die Eltern; n= 41	40
Abb. 20	Meinung der Eltern bezüglich des Items „Ich empfinde das Thema Sonnenschutz als sehr wichtig für mein Kind“; n=41	40
Abb. 21	Unterschiede in der Wahrnehmung des Projektes nach Einschätzung des Elternabends, Mittelwertangaben der Antworthäufigkeiten	41
Abb. 22	Durchschnittswerte der Antworten von Personen deutscher und anderer Nationalität; Items mit bewertendem Charakter (trifft sehr zu – trifft gar nicht zu)	42

**Abkürzungsverzeichnis**

WHO=	Weltgesundheitsorganisation
MM=	Malignes Melanom
PEK=	Plattenepithelkarzinom
BZK=	Basalzellenkarzinom
SGB=	Sozial Gesetzbuch
KiföG=	Kinderförderungsgesetz
ESCF=	European Skin Cancer Foundation

## Inhaltsverzeichnis

<i>Eidesstattliche Erklärung</i> .....	II
<i>Zusammenfassung</i> .....	III
<i>Abbildungsverzeichnis</i> .....	IV
<i>Abkürzungsverzeichnis</i> .....	V
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>01</b>
<b>2. Einführung in das Thema</b> .....	<b>03</b>
2.1 Hautkrebs	
2.1.1 Definition, Epidemiologie und Risikofaktoren.....	03
2.1.2 Relevanz für das Kindesalter.....	07
2.1.3 Schutzempfehlungen.....	07
2.2 Präventionsprogramme im Gesundheitswesen	
2.2.1 Definition Prävention.....	09
2.2.2 Zielgruppenerreichung – Allgemeines zu Fakten & Schwierigkeiten...	12
2.2.3 Zielgruppenerreichung – Migranten.....	13
2.3 Setting: Kindergarten	
2.3.1 Die Kindertageseinrichtung als Erziehungsinstanz.....	16
2.3.2 Elternarbeit – Definition und Probleme.....	18
2.3.3 Lösungsansätze.....	21
<b>3. Das Projekt „SunPass – Gesunder Sonnenspaß für Kinder“</b> .....	<b>23</b>
3.1 Allgemein.....	23
3.2 Konzept.....	23
<b>4. Methodik</b> .....	<b>25</b>
4.1 Evaluation	
4.1.1 Theoretische Grundlagen.....	25
4.1.2 Abgrenzung des Themas.....	27
4.2 Methodisches Vorgehen	
4.2.1 Studiendesign.....	28
4.2.2 Erhebungsinstrument – Auswahl und Beschreibung.....	29
4.2.3 Datenauswertung/-analyse.....	30



<b>5. Ergebnisse der Untersuchung</b> .....	<b>31</b>
5.1 Beschreibung der Stichprobe.....	31
5.2 Programmreichweite.....	33
5.3 Programmakzeptanz.....	35
<b>6. Diskussion</b> .....	<b>43</b>
6.1 Ergebnisse und Einflussfaktoren.....	43
6.2 Grenzen und Limitationen des Studiendesigns und der Durchführung.....	48
<b>7. Ausblick und Empfehlungen</b> .....	<b>49</b>
<b>8. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>52</b>

## Anhang

<i>Fragebogen (Seite 1-4)</i> .....	<i>IX</i>
<i>„Was hat Ihnen im Allgemeinen gut gefallen?“</i> .....	<i>XIII</i>
<i>„Was hat Ihnen im Allgemeinen nicht so gut gefallen?“</i> .....	<i>XIV</i>
<i>„Was empfanden Sie als problematisch?“</i> .....	<i>XIV</i>
<i>„Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns gerne mitteilen möchten?“</i> .....	<i>XV</i>
<i>„Haben Sie Verbesserungsvorschläge für den Faltprospekt/Elternabend?“</i> .....	<i>XVI</i>

## 1. Einleitung

Laut der deutschen Krebshilfe nehmen Krebserkrankungen der Haut zu und münden in einer jährlichen Inzidenz von insgesamt mehr als 195.000 Menschen in Deutschland. Um diesen Umstand in Zukunft zu reduzieren, können präventive Maßnahmen, insbesondere zum Schutz vor einem der relevantesten Risikofaktoren, nämlich der UV-Exposition, eingeleitet werden. Dabei soll so früh wie möglich der richtige Umgang mit der Sonne erlernt werden; es liegt daher nahe im Setting Kindergarten präventive Maßnahmen zu etablieren (Deutsche Krebshilfe, 2011, S. 4).

Das in Hamburg-Harburg angesiedelte Projekt „SunPass“ zur Primärprävention von Hautkrebs, wird in einem sogenannten sozialen Brennpunkt Hamburgs durchgeführt. Er ist charakterisiert durch eine hohe Anzahl von Haushalten mit Kindern (15.843; 19,8 %) und dem zweithöchsten Anteil an Migranten (59.085; 38,2 %) hinter Hamburg-Mitte (Binde, 2014, S.11). Im Projektverlauf kristallisierte sich eine z.T. sehr geringe Beteiligung der Eltern heraus, was mit unerwünschten Wirkungen (keine Nutzung von Sonnencreme, keine adäquate Kleidung etc.) und Frustration der Projektmitarbeiter einherging. Wie auch in anderen Präventionsprojekten begegnet man oft der Tatsache, dass die Zielgruppe sich nicht in ausreichendem Maße beteiligt. Auch in der Praxis und dem Alltag des Kindergartens sieht die Lage ähnlich aus, obwohl es von größter Relevanz ist die Eltern und Erzieher/innen in den Gesundheitsbildungsprozess miteinzubeziehen.

Daher strebt diese Arbeit eine Analyse der Zielgruppe Eltern an, welche eine entscheidende Rolle im Bildungsprozess der Kinder spielt. Hierfür soll zum einen die Programmreichweite untersucht werden, d.h. inwiefern das Projekt an sich wahrgenommen wird und relevante Projektelemente wie der Elternabend besucht werden. Zum anderen sollen die Ergebnisse der Programmakzeptanz aufdecken, ob das Projekt und dessen Inhalte akzeptiert werden oder eventuell in der Elternschaft auf Ablehnung stoßen. Desweiteren sollen auch die möglichen Gründe für eine mögliche Ablehnung Thema dieser Untersuchung sein. Außerdem werden mögliche Ansätze vorgestellt, die im weiteren Verlauf des Projektes berücksichtigt werden sollen, um mehr Eltern zur Teilnahme und Teilhabe am Projekt zu animieren.

Das erste Kapitel dieser Arbeit soll einen Einblick in das Thema Hautkrebs geben, allgemein in Präventionsprogramme einführen und das Setting Kindergarten beschreiben. Es folgt eine Erläuterung des zu evaluierenden Projektes, dessen Konzept und Ziele kurz dargestellt werden.

Im anschließenden Methodenteil wird zunächst auf die Grundlagen der Evaluation eingegangen und auf die Abgrenzung der Fragestellung dieser Arbeit, um folgend das methodische Vorgehen der vorliegenden Studie zu erläutern.

Es folgt eine deskriptive Auswertung der erhobenen Daten im Ergebnisteil, wobei im besonderen Maße auf die Programmakzeptanz als auch auf die –reichweite eingegangen wird. Das Kernstück bildet das fünfte Kapitel, welches die Diskussion der Ergebnisse unter Berücksichtigung möglicher Einflussfaktoren und die Limitationen zum Inhalt hat.

Die Arbeit schließt mit einem Ausblick, in dem zusätzlich mögliche Empfehlungen vorgestellt werden, die für eine optimierte Durchführung hinsichtlich der Bereitschaft der Eltern zur Teilnahme und Teilhabe sowie elterlichen Mitwirkung vorteilhaft wären.

## 2. Einführung in das Thema

Im ersten Kapitel werden zunächst Definitionen und Fakten zum Hautkrebs sowie Empfehlungen hinsichtlich der Sonnenexposition erläutert. Es folgt eine kurze Darstellung, welche Position und Problematiken das Thema Prävention in Deutschland mit sich bringt; vor allem im Bereich der Zielgruppenerreichung. Letztendlich soll das Setting Kindergarten als Erziehungsinstanz vorgestellt werden, sowie die Relevanz der Durchführung im Kindergarten als auch verschiedene Ansätze zur gelungenen Elternmitwirkung veranschaulicht werden.

### 2.1. Hautkrebs

#### 2.1.1 Definition, Epidemiologie und Risikofaktoren

Entwickeln sich aus verschiedenen Zellen der Haut maligne Neubildungen, so wird dies im Allgemeinen mit dem Begriff Hautkrebs konnotiert. Zu unterscheiden sind dabei vornehmlich zwei Arten, die sich entweder in den pigmentbildenden Zellen oder den anderen Zellen der Haut bilden. Den in der Bevölkerung weitaus bekannteren Hautkrebs stellt das maligne Melanom (MM) dar; auch genannt schwarzer Hautkrebs. Diese besonders aggressive Art von Hautkrebs bildet sich aus den oben genannten pigmentbildenden Zellen (Melanozyten) und neigt zu einer frühzeitigen Metastasierung (Breitbart et al., 2004, S. 7).

Weit aus häufiger bilden sich allerdings bösartige Veränderungen der Haut aus den sogenannten „nicht-melanozytären“ bzw. den Epithelzellen. Die nicht epithelialen Hautkrebsarten werden als „epitheliale maligne keratinozytäre Tumoren zusammengefasst, die aus interfollikulären oder follikulären Keratinozyten der Epidermis entstehen(...)“ (Diepgen, 2013, S. 322). Hierfür wird im Alltagsgebrauch der Begriff „heller Hautkrebs“ verwendet, dessen bedeutsamste Formen das Plattenepithelkarzinom (PEK) als auch das Basalzellkarzinom (BZK) darstellen. Hierbei ist eine deutlich geringere Anzahl an Metastasen und Mortalität zu verzeichnen. Des Weiteren gibt es die seltenen Merkelzellenkarzinome, Kaposi-Sarkome sowie kutane Lymphome (Breitbart et al., 2004, S. 7).

Durch intensive Forschung in den vergangenen Jahrzehnten, konnten seit der ersten Beschreibung durch Rudolf Virchow bahnbrechende Erkenntnisse gewonnen werden. Heute ist man imstande mehrere Gesetzmäßigkeiten aufzuführen, die für die Krebsentstehung charakteristisch sind. In diesem Zusammenhang unterstrichen Prescott und Flexer, dass „(...) Die Umwandlung einer normalen Zelle in eine Krebszelle (...) das Ergebnis einer Mutation, einer dauerhaft genetischen Veränderung in dieser Zelle [ist].“ (Prescott, Flexer, 1990, S. 87).

Bleif ergänzt diese Information, indem er anführt, dass mehrere Genmutationen innerhalb einer Zelle vorhanden sein müssen, um das Gleichgewicht der Zelle zu stören. Diese kleinen aber zugleich entscheidenden Veränderungen innerhalb der DNA treten als Ätiologie bzw. Anfang der Krebsentstehung zutage. Durch vererbte bösartige DNA-Strukturen und das damit fehlerhafte Kontrollsystem sind weitere Ausprägungen impliziert (Bleif, 2013, S. 156f). Durch die Genmutation sind Krebszellen imstande den sogenannten Zelltod (Apoptose) zu umgehen und sich mehr als 52-mal (maximale Anzahl der Zellteilung bei normalen Zellen) zu teilen, d.h. sie vermehren sich ungehemmt. Durch imitierte Wachstumsbefehle können diese Zellen zusätzlich wachsen und in umliegendes Gewebe eindringen bzw. ihren Zellverband verlassen. Diese Situation ist auf die gestörte Kontaktinhibition zurückzuführen, die unterdrückende Signale der Nachbarzellen missachtet. Darüberhinaus sind diese bösartigen Zellen dazu fähig in entfernteres Gewebe zu migrieren (Metastasierung). Es entstehen neue Blutgefäße, die eine Sauerstoffversorgung des Tumors sicherstellen, infolge der durch den Tumor ausgelösten sogenannten angiogenetische Faktoren (Angiogenese). Überdies können sie den Immunabwehrzellen zelluläre Normalität fingieren, um sich so vor den Körper eigenen Schutzmechanismen zu schützen (Eberhard-Metzger, 2003, S.6f).

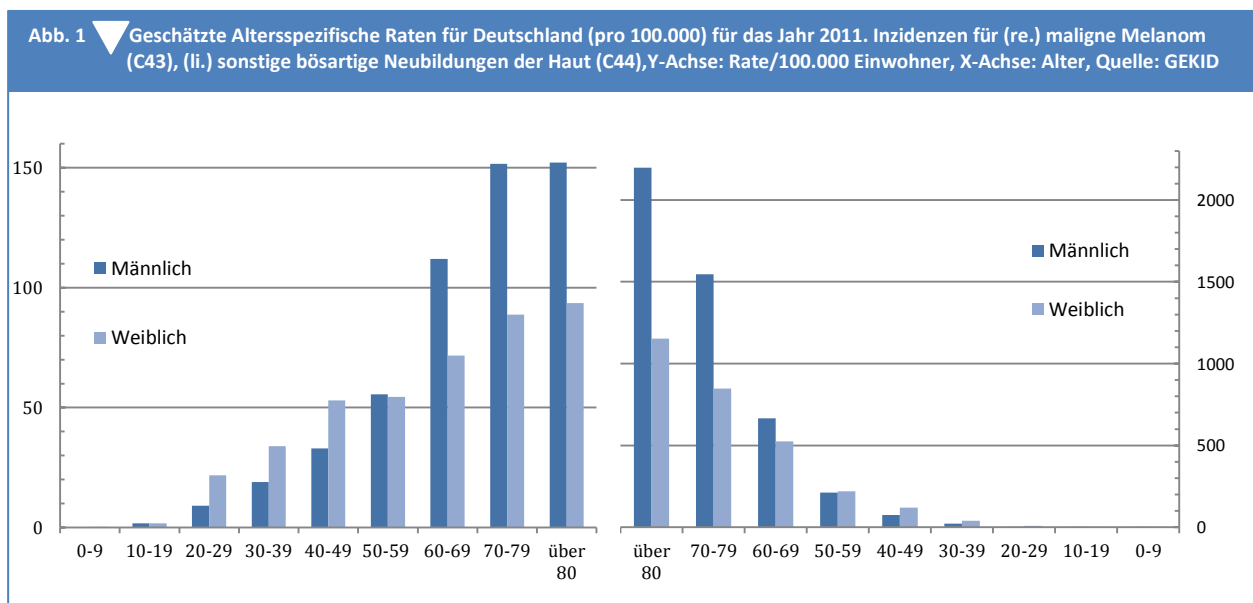
Obwohl eine bundesweite Erfassung der Inzidenzen aller Krebserkrankungen in Deutschland erst seit kurzem realisiert wurde, können verlässliche Aussagen zu der Verbreitung und Mortalität gemacht werden. Die Autoren der Leitlinie S3 – Hautkrebs postulieren, dass es vergleichsweise verlässliche Daten für den MM gibt, diese Situation allerdings gleichzeitig aufgrund der divergenten Melderegungen in den verschiedenen Bundesländern hinsichtlich der nichtmelanozytäre Hautkrebsarten, nicht übertragbar ist (Waldmann, 2014, S. 39).

Durch die oben beschriebenen Umstände liegt es nahe, anfänglich die Verbreitung des MM in der Bevölkerung zu betrachten, da eine hohe Vollständigkeit der Daten vorhanden ist. So erkranken in Deutschland jährlich ca. 18.000 Personen neu an dem aggressiven Hauttumor, wobei das Geschlechterverhältnis im Durchschnitt gleichauf ist (51,5 % männlich, 48,5 % weiblich). Auf der Liste der häufigsten Krebsneuerkrankungen bei Männern nimmt das MM Platz acht ein, bei Frauen Platz vier.

Anzumerken bei dem schwarzen Hautkrebs ist die z.T. hohe Inzidenz in jüngeren Jahren sowie die Tatsache, dass Frauen jüngeren Alters häufiger als Männer im gleichen Alter erkranken. Diese Relation kehrt sich allerdings mit dem fortschreitenden Alter (ab 60 Jahren) um, wonach Männer ein doppelt so hohes Risiko haben ein MM zu bilden wie Frauen.

Verallgemeinernd kann man anführen, dass die Inzidenzen einen steigenden Trend anzeigen; die letzten 30 Jahre zeigen einen Anstieg von 5 auf 15 Fälle pro 100.000 Einwohner (Waldmann, 2014, S. 39).

Der nichtmelanozytäre Hautkrebs tritt jährlich in Deutschland mit insgesamt 119.000 Neuerkrankungen 6,5mal häufiger auf als das MM, wobei auch hier das Geschlechterverhältnis relativ ausgeglichen ist. Aufgrund der obengenannten Situation bezüglich der Melderegulationen ist die Wahrscheinlichkeit für eine sehr viel höhere Anzahl an tatsächlichen Fällen gegeben. Die jährliche Inzidenzrate für die Hauptformen PEK und BZK in Europa liegen bei 20-30 Fälle pro 100.000 bzw. letzteres bei 30-130 Fälle pro 100.000 (Diepgen, 2013, S. 322).



Betrachtet man die Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für eine der oben genannten Erkrankungen begünstigen, so stößt man auf mehr oder weniger stark beeinflussende Aspekte.

Abbildung 1 zeigt eine Übersicht der vorhandenen Risikofaktoren für sowohl den nicht-melanozytären Hautkrebs als auch das maligne Melanom. Generell kann gesagt werden, dass bei den konstitutionellen Risikofaktoren sowohl der Hauttyp eine wichtige Rolle spielt als auch beim MM die Nävi (Muttermale). Hellere Hauttypen (I und II) sind dabei eher von bösartigen Hautveränderungen betroffen, als dunkle Phänotypen. Des Weiteren können große angeborene Nävi (20-40 cm) einen relevanten aber seltenen Risikofaktor für die Bildung eines MM sein (Waldmann, 2014, S. 41 f). Schaut man sich die im Leben erworbenen Risikofaktoren an, so treten mehrere Aspekte auf.

Abb. 2 Übersicht der Risikofaktoren bezüglich des NMSC und MM nach der S3-Leitlinie Hautkrebs, eigene Darstellung;  
Quelle: S3-Leitlinie Hautkrebs, 2014, S. 74-87

	Konstitutionelle Risikofaktoren	Erworbene Risikofaktoren	UV-Strahlenexposition	Sonstige Risikofaktoren
<b>Nicht-melanozytärer Hautkrebs (NMSC)</b>	Hauttyp - Hauttyp I und II höheres Risiko als Typ III und IV	Aktinische Keratose - Vorstufe des PEK  Vorgeschichte PEK/BKZ - nach 3 Jahren der ersten Behandlung 10fach erhöhte Wahrscheinlichkeit  Immunsuppression - PEK entsteht bis zu 65mal häufiger, Herzpatienten tragen das höchste Risiko  Röntgenkombinations-schaden - Patienten/Personal mit jahrelangem Kontakt mit ionisierender Strahlung, erhöhtes Risiko für PEK	Kumulative Exposition - begünstigt die Bildung eines PEK - für die Bildung von BZK eher untergeordnete Rolle  - natürliche oder künstliche Strahlung → PEK/BZK nur auf chronisch UV-geschädigter Haut	Arsen - Klasse 1 der Karzinogene, keine epidemiologischen Studien zu Arsen-induzierten Hautkrebsarten  Teer - im beruflichen Umfeld relevant  HPV-Infektion - Diskussion als Alleiniger Faktor als auch Ko-Faktor in Verbindung mit UV-Strahlung
<b>Malignes Melanom (MM)</b>	Hauttyp - Hauttyp I, II und III höheres Risiko als Typ IV  Großes kongenitales Nävi - 20 bis 40 cm großes Muttermal, „Riesennävi“ (>40 cm im Durchmesser) deutlich erhöhtes Risiko	Vorgeschichte MM - RR für ein Zweit-Melanom liegt bei 8,5  MM in der Familienanamnese - starke Evidenz von autosomal dominanter Vererbung (→ 5-12% der Patienten haben mind. einen Verwandten 1. Grades mit Erkrankung  Erworbenen Nävi - enger Zusammenhang von UV-Exposition und Bildung melanozytärer Nävi  Klinisch atypische Nävi - dysplastische Pigmentmerkmale und Ausbildung eines MM vielfach belegt, 1 atyp. Nävus = 3 RR 1-5 atyp. Nävi = 3,8 RR >6 atyp. Nävi = 6,3 RR	Intermittierende Sonnenexposition - erhöhtes Risiko RR 1,61  Sonnenbrände - UV- induzierte Nävi zentrale Rolle bei der Bildung eines MM - RR 2,03	/

Für den nichtmelanozytären Hautkrebs (BZK, PEK) sind z.B. die aktinische Keratose (Vorstufe PEK), die eigene Vorgeschichte bezüglich eines PEK oder BZK sowie die *Immunsuppression* wichtige Ursachen für die Entstehung. Der letztere Punkt bezieht sich auf beispielsweise Patienten, welche immunsuppressiv wirkende Medikamente nehmen (Organtransplantationen). Die Art der UV-Strahlenexposition, in diesem Falle kumulative Exposition, begünstigt die Entstehung vom PEK. Zudem gelten Teer und Arsen als mögliche Risikofaktoren (Greinert, Volkmer, 2014, S. 74 ff).

Betrachtet man die erworbenen Risikofaktoren hinsichtlich des MM so stellt man fest, dass sich vor allem die erworbenen als auch atypischen Nävi besonders relevant herausstellen. Die Anzahl der erworbenen Nävi steht in enger Relation mit schweren Sonnenbränden in der Kindheit. Dysplastische Pigmentmale, meist durch ihre asymmetrische Umrahmung und Farbkombinationen auffällig, können am ganzen Körper auftreten.

Hat man in der eigenen Vorgeschichte ein MM entwickelt, so liegt das relative Risiko für eine erneute Bildung bei 8,5 (Greinert, Volkmer, 2014, S. 79f).

### **2.1.2 Relevanz für das Kindesalter**

Betrachtet man die körpereigenen Mechanismen, die vor der gefährlichen UV-Strahlung schützen, so wird die Relevanz für Maßnahmen im Kindesalter hinsichtlich des Schutzes vor der Sonne deutlich.

Personen im Erwachsenenalter haben im Laufe ihres Lebens die Fähigkeit zur sogenannten UV-Adaption entwickelt, welche stark vom Alter, Gesundheitszustand, Hauttyp usw. abhängig und daher individuell sehr unterschiedlich ist. Wenn man von UV-Adaption spricht, so ist zum einen die Pigmentierung der Haut als auch die Verdickung der Hornschicht (Lichtschwiele) gemeint. Durch die beiden unterschiedlichen Strahlungsarten, UV-A und UV-B, werden heterogene Effekte erreicht; UV-A Strahlung fördert das bereits vorhandene Melanin zur weiteren Verdunklung (sofortige Bräune), wobei UV-B Strahlung die Neubildung von Melanin begünstigt (spätere Bräunung). Kinderhaut und Hauttyp I können nicht von diesem Eigenschutz profitieren, da dieser nur sehr gering ausgebildet ist (Aßmus, 2012, S. 10). Ein Charakteristikum der Kinderhaut ist die Dünne und Durchlässigkeit der Haut. Ihre epidermalen Stammzellen liegen, durch die weit nach oben ragenden Papillen der Haut, sehr viel dichter unter der Hautoberfläche als bei Erwachsenen. Dies kann leichter zu einer ersten Mutation in den vorhandenen Hautzellen führen und somit das Risiko einer Hautkrebserkrankung im weiteren Verlauf des Lebens begünstigen (Altdorf, 2013).

Die WHO betont zudem, dass auch dunkle Hauttypen erkranken können, auch wenn das Auftreten der Erkrankung geringer ist als bei hellen Hauttypen. Die Erkrankung wird dann allerdings oft erst in einem sehr späten und somit gefährlicheren Stadium entdeckt (WHO, 2003, S. 1 f).

### **2.1.3 Schutzempfehlungen**

Um nun die unentwickelte Haut der Babys und Kleinkinder zu schützen, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Empfehlungen für einen Leben mit verminderter UV-Strahlung bei Kindern veröffentlicht. Dabei wird immer wieder erwähnt, dass vier von fünf Fällen vermeidbar gewesen wären, wenn ein sensibler Umgang mit der Sonne im Kindesalter stattgefunden hätte. Die WHO führt außerdem an, dass „the key element of sun protection is minimizing the amount of time spent in the sun, (...)“ (WHO, 2003, S. 5).



Dies sollte vor allem in der Zeit der stärksten Sonneneinstrahlung, in Deutschland zwischen 11.00 bis 15.00 Uhr, geschehen, wobei sich diese Zeit mit der Zunahme der Nähe zum Äquator verlängert. Des Weiteren finden sich die folgenden Empfehlungen zum Sonnenschutz für Kinder:

- Das Aufsuchen von Schatten sowie das richtige Planen von Freizeitaktivitäten im Freien, wie Events, Ausflüge etc.
- Die Benutzung von Sonnencreme sollte nicht als einzige Methode für den Sonnenschutz eingesetzt werden oder als Verlängerungselement für den Aufenthalt in der Sonne dienen. Die WHO fordert für Kinder einen Lichtschutzfaktor von mindestens 15 LSF (WHO, 2003, S. 5); dagegen empfiehlt die Deutsche Krebshilfe e.V. einen Lichtschutzfaktor von mindestens 20. Es sollte beachtet werden, dass Säuglinge unter einem Jahr, keiner direkten Sonne ausgesetzt werden dürfen und keine kosmetischen Sonnenschutzmittel auf die empfindliche Haut gelangen sollten (Deutsche Krebshilfe, 2012, S. 21).
- Es soll kindgerechte Kleidung gekauft werden, die im besten Falle eine Zertifizierung als UV-Kleidung (bspw. mit „Standard 801“) besitzt. Die Kleidung sollte so viel Haut wie möglich bedecken, d.h. Sonnenhut mit Nacken- und Ohrschutz, T-Shirts mit möglichst langen Ärmeln sowie Shorts oder Röcke bis über die Knie. Der textile Sonnenschutz ist dabei zu bevorzugen (Deutsche Krebshilfe, 2012, S. 21).

## **2.2 Präventionsprogramme im Gesundheitswesen – Probleme und Schwierigkeiten**

### **2.2.1 Definition Prävention**

Ausgelöst durch die Diskussion um Volksgesundheit und Hygiene im 19. Jahrhundert, und die damit verbundenen Begriffe Vorbeugen, Prophylaxe oder Vorsorge, entstand der Begriff „Krankheitsprävention“. Unter ihm werden alle gezielten Eingriffe durch professionelle Personen oder Einrichtungen subsumiert, die darauf abzielen das Eintreten oder die Verbreitung einer bestimmten Krankheit zu verhindern. Grundlage für dieses Vorgehen ist der pathogene Ansatz, d.h. hierbei wird die Entstehung von Krankheit berücksichtigt; es wird demnach gegen die Ursache der Krankheit bzw. die relevanten Risikofaktoren vorgegangen. Franzkowiak bezeichnet Risikofaktoren „...als erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine bestimmte Krankheit zu erwerben, einen bestimmten Gesundheitsschaden zu erleiden, [...], Lebensqualität zu verlieren oder vorzeitig zu versterben“ (Franzkowiak, 2011, S. 279), die nicht mit Kausalitäten oder Ätiologien gleichzustellen sind. Es ist daher unentbehrlich Kenntnisse über Krankheitsverlauf sowie Entwicklung der Krankheit zu besitzen, um eine effektive Krankheitsprävention zu betreiben. Insgesamt soll dabei nicht nur individuell für jeden Menschen ein Gesundheitszuwachs angestrebt werden, sondern auch bevölkerungsbezogen agiert werden (Hurrelmann, Klotz, Haisch, 2010, S.13f).

Idealerweise sollte die Prävention einsetzen, wenn Risikofaktoren beim Individuum oder bestimmten Populationen identifiziert wurden, aber noch keine krankheitsspezifischen Symptome aufgetreten sind; bezeichnet wird diese Art der Intervention als primäre Prävention, die auf die Krankheitsursache abzielt. Erfolgreich kann auch die sekundäre Prävention sein, in der Früherkennung und –behandlungen im Vordergrund stehen, um schwerwiegende Folgen einer Krankheit zu vermeiden. Die tertiäre Prävention zielt dagegen auf eine Vermeidung eines Rückfalls bezüglich einer Krankheit ab, in heutiger Zeit subsumiert als Rehabilitation (Blättner, Waller, 2011, S. 240).

Dabei gibt es nicht nur verschiedene Arten von Krankheitsprävention sondern auch verschiedene Methoden zur Umsetzung solcher Interventionen. Nach Rosenbrock und Michel können vier Ansätze unterschieden werden, welche auf die Verbesserung der Krankheitslast abzielen (Rosenbrock, Michel, 2011, S. 12 f).

Die medizinische Prävention soll ihren Beitrag zur Verbesserung der Krankheitslast beisteuern, indem durch gezielte medizinische Diagnostik (bspw. Screenings) oder medizinische Frühbehandlungen (bspw. Schutzimpfungen), Krankheiten in ihrer Inzidenz eingedämmt werden, und somit letztendlich die Kosten im Gesundheitswesen dämpfen.

Im Sozialgesetzbuch (SGB) IV werden die folgenden präventiven Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgesetzt:

- §20d Primäre Prävention durch Schutzimpfungen
- §21 und §22 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppen- und Individualprophylaxe)
- §23 Medizinische Vorsorgeleistungen
- §24 Medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter
- §25 Gesundheitsuntersuchungen
- §26 Kinderuntersuchungen

(Blättner, Waller, 2011, S. 245)

Desweiteren wird unterschieden zwischen reiner Verhaltens- und Verhältnisprävention. Das Erstere zielt dabei auf eine Modifikation von gesundheitsschädlichem Verhalten ab, das durch Gesundheitsberatung und/oder -aufklärung sowie Bildung bei Individuen oder ganzen Gruppen (ohne Kontextbezug) zurückgedrängt werden soll. Die Verhältnisprävention hingegen versucht eine Reduzierung oder Beseitigung von Risikofaktoren in den Lebensbedingungen oder auch der Umwelt der Menschen herbeizuführen, indem z.B. Gesetze erlassen oder strukturelle Veränderungen vorgenommen werden. Hierbei ist die Notwendigkeit einer individuellen Einstellungsänderung nicht von Nöten, da in die „...gesundheitsrelevanten ökologischen, sozialen, kulturellen und technisch-materiellen Umwelten und Settings [eingegriffen wird].“ (Franzkowiak, 2011, S. 439). Rosenbrock und Michel führen als vierten Ansatz die kontextorientierte Verhaltensprävention an, welche eine Mischung aus den beiden oben genannten darstellt. Gemeint sind zum einen Interventionen mit exakt definierten Zielgruppen (ZG) bzw. der Settingansatz als Zugangsschleuse zur Zielgruppe. Dabei soll die Erreichbarkeit der ZG ausgenutzt werden, um so passende Angebote der Verhaltensprävention zu platzieren. Zum anderen soll diese Vereinigung der beiden Präventionsarten Lebensorte der Menschen, welche oftmals Lebensstil prägend sein können, gestaltet werden (Rosenbrock, Michel, 2007, S. 12).

Der Begriff „Setting“ beschreibt eine besondere Form eines sozialen Zusammenhangs zwischen Menschen, der ausgedrückt wird in gemeinsamen Werten oder Präferenzen, aber auch durch Lebensbedingungen und räumliche Nähe.

Wichtige Settings für Interventionen sind Bildungsinstanzen wie Kindergarten, Schule und universitäre Einrichtungen sowie Unternehmen und Betriebe, Kommunen oder ganze Stadtteile. Die Erreichbarkeit sowie die u.a. gute Möglichkeit für partizipativ gestaltete Programme innerhalb des Settings, die eher angenommen werden als extern konzipierte Programme, lassen den Settingansatz für Primärprävention und Gesundheitsförderung ideal wirken (Rosenbrock, Hartung, 2011, S. 497f).

Für Gesundheitsförderung und Prävention in den verschiedenen Lebensphasen gibt es unterschiedliche Gründe. Diejenige Lebensphase, welche für diese Arbeit von besonderer Relevanz ist, das Kindesalter, ist zwar gekennzeichnet durch eher minimale Beanspruchungen durch Erkrankungen o.Ä., aber von besonders großer Bedeutung für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf. Denn in diesem Abschnitt werden einschneidende Entwicklungen der Anatomie und Physiologie, aber auch der Verhaltensmuster, vollzogen. Im Rahmen des *Sozialisationsprozesses* werden zudem bestimmte Werte und Normen, primär durch die Eltern, aber auch durch externe Bezugspersonen (Kindergarten/Schule) vermittelt, und somit der Grundstein für das spätere Gesundheitsverhalten gelegt. Dies trifft vor allem die Bereiche Ernährung und Hygiene, aber auch das Risikoverhalten (Erhard, Ottová-Jordan, Ravens-Sieberer, 2014, S.59). Daher ist gerade das Kindheitsalter besonders geeignet für primärpräventive Interventionen.

Auch das Jugendalter stellt ein relevantes Zeitfenster dar, indem Prävention präsent sein sollte. Hierbei ist anzumerken, dass der Lebensabschnitt oftmals von eher gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen geprägt ist, was Folge des risikofreudigeren Verhaltens durch z.B. das Imponieren innerhalb der *Peergroups* oder Ähnlichem ist (Pinquart, Silbereisen, 2014, S. 71). Auch im Erwachsenenalter sind Präventionsinterventionen durchaus relevant, wenn man bedenkt, dass es erstens die längste Phase im Leben eines Menschen ist, zweitens präventivausgerichtete Angebote oft nur bei Erwachsenen möglich sind und drittens Erwachsene obendrein auch noch als Vorbilder für Kinder agieren (Faltermaier, 2014, S. 79).

Auch im hohen Alter sollte die Prävention nicht grundsätzlich ausbleiben, auch wenn viele durch den Alterungsprozess hervorgerufene Krankheiten sich schon manifestiert haben. Präventionsziele sind hierbei mehrdimensional ausgelegt und äußern sich vor allem in der Vermeidung von (weiteren) Erkrankungen sowie damit einhergehenden Funktionseinbußen, ebenso wie die Erhaltung der Unabhängigkeit und individuellen Lebensgestaltung (Kruse, 2014, S. 89).

### **2.2.2 Zielgruppenerreichung – Allgemeines zu Fakten & Schwierigkeiten**

Betrachtet man den präventiven Ansatz in der Theorie, so erscheint es plausibel an diesen Maßnahmen teilzunehmen. Es stellt sich daher die Frage, woran es liegen mag, dass einige an dieser Idee, an sich zu arbeiten, damit Krankheiten möglichst vermieden werden, Gefallen finden, und wiederum andere sich keineswegs dafür interessieren. Die Zielgruppenerreichung stellt für Präventionsmaßnahmen eine Herausforderung dar und wird im Folgenden durch verschiedene Perspektiven beleuchtet.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) veröffentlichte im November 2012 in seiner Gesundheitsberichterstattung des Bundes Daten und Trends zur Inanspruchnahmen der Präventionsprogramme in Deutschland, welcher die Datenbasis der GEDA („Gesundheit in Deutschland aktuell“) zugrunde liegt. Es wurden dabei 21.262 Personen in Deutschland zu präventiven Angeboten der GKV als auch zu privat in Anspruch genommenen präventiv ausgerichteten Leistungen befragt. Insgesamt ließ sich feststellen, dass ca. 16% (ca. 3.500 Personen) zwischen 2008 und 2009 mindestens an einer präventiv ausgerichteten Maßnahme teilgenommen haben. In den Vordergrund tritt vor allem die Situation, dass Frauen deutlich häufiger an präventiven Angeboten teilnehmen als Männer (20% w, 11 % m). Favorisiert werden dabei eindeutig die Maßnahmen mit bewegungsförderndem Anteil, es folgen Ernährung und Entspannung. Auffällig ist zudem, dass bei Personen mit niedrigem Sozialstatus eine geringere Rate an Teilnahmen zu verzeichnen ist als bei Personen mit hohem Sozialstatus (Jordan, von der Lippe, 2012, S. 2 f).

Daher bestehen spezielle Anforderungen an Präventionsprojekte, sie an bestimmte Zielgruppen anzupassen und diese besser zu erreichen. Gerhardus et al. postulieren, dass die Auswahl der richtigen Zielgruppe sowie die Kontaktaufnahme zu dieser von größter Bedeutsamkeit sei, um einem Präventionsprojekt Nachhaltigkeit zu verleihen. Es ist dabei von Vorteil mögliche Barrieren, die mit der Zielgruppe in Verbindung gebracht werden können, zu kennen, um den Zugangsweg zu erleichtern. Gemeint sind dabei beispielsweise Sprachbarrieren oder die Akzeptanz von bestimmten Themen in einer Zielgruppe, die dazu führen können, dass Menschen solche präventiven Maßnahmen meiden (Gerhardus et al., 2007, S. 53).

Wichtig ist es für die Evaluation der Zielgruppenerreichung „Selbstselektion“ zu minimieren. Gemeint ist damit, dass sich Personen aus unterschiedlichen Gründen selbst aus den Programmen/Interventionen heraushalten, die sich relevant von den Teilnehmenden unterscheiden. Oftmals sind dies sozial schwächere Gruppen oder Randgruppen der Gesellschaft, die hinsichtlich der persönlichen Belastungen und Ressourcen nicht so gut aufgestellt sind wie Personen der höheren Sozialschichten.

Umgekehrt heisst dies in Bezug auf Gesundheitsprojekte, dass oftmals nur diejenigen Personen daran teilnehmen, die ohnehin gesundheitlich engagiert und interessiert sind. Es entsteht letztendlich ein verzerrtes Evaluationsergebnis und ein falsches Bild der Realität, da keine repräsentative Stichprobe vorliegt (Hurrelmann, 2003, S. 29 f).

Betrachtet man nochmals den Ansatz der präventiven Maßnahme, so kritisierte Badura (1993) schon in den 90er Jahren, dass er es für sinnvoller halte verhältnisbezogene Maßnahmen, z.B. zur Reduktion schädigender Umwelteinflüsse, zu veranlassen. Grund dafür ist die oben beschriebene Selbstselektion (Badura, 1993, S. 78).

### **2.2.3 Zielgruppenerreichung – Migration**

Einwanderer stellen eine eher schwer zu erreichende Zielgruppe im deutschen Gesundheitssystem dar. Dieser beständig wachsende Bevölkerungsteil, welcher ca. 1/5 der Gesamtbevölkerung in Deutschland ausmacht, ist durch eine hohe Heterogenität gekennzeichnet. Nicht nur der jeweilige Grund der Migration sondern auch Aspekte wie Kultur, Religion, wirtschaftliche und soziale Milieus lassen weitere Differenzierungen und somit komplexer werdende Heterogenitäten zu (Hornung, 2014, S. 367). Der Begriff „Migrant“ wird vornehm dann verwendet, wenn man von Individuen spricht, welche „...über eine nationale Grenze hinweg, nach Deutschland eingewandert sind, um hier für eine gewisse Zeit oder dauerhaft [zu] leben...“ (Spallek, Razum, 2007, S. 271) und somit im überwiegenden Teil eine andere Staatsbürgerschaft besitzen. Zur Gruppe von Personen mit Migrationshintergrund zählen aber auch (Enkel-)Kinder, die oftmals selbst keine direkte Migrationserfahrungen gesammelt haben sowie Spätaussiedler der osteuropäischen Staaten und Eingebürgerte, die eine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Ätiologisch bedingt durch die heterogene Gruppe und das nicht ausreichende Maß an repräsentativen Studien in Deutschland, lassen sich kaum verlässlichen Angaben über den Gesundheitszustand sowie die Inanspruchnahme von Präventionsprojekten durch Migranten machen. Dennoch können Tendenzen dargestellt werden; vergleicht man Migranten und nicht Migranten miteinander, so ist der Zugang zum Gesundheitswesen deutlich eingeschränkter zu beurteilen. Dementsprechend wird die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten nicht ausreichend genutzt, vor allem bei Frauen mit Migrationshintergrund (Zeeb et al., 2004). Speziell für Migranten ausgerichtete Angebote beschränken sich hier in Deutschland derzeit nur auf Infektionskrankheiten (Spallek, Razum, 2007, S.452).

Aussagen bezüglich der selbst eingeschätzten Gesundheit sind von Uneinheitlichkeit geprägt, d.h. verschiedene Herkunftsländer oder die Zeit des Aufenthalts in Deutschland sowie andere Determinanten zeigen keine Ansätze um generelle Aussagen zum gesundheitlichen Status zulassen zu können (Walter et al., 2007, S. 1058). Zurückgeführt werden kann dieser Umstand auf die oben genannte Heterogenität, d.h. hierbei ist von einer besonders schwierigen Operationalisierung auszugehen; in der Vergangenheit wurden nur unzureichende Daten aufgenommen, die kaum „migrantensensiblen“ Aussagen zulassen (Zeeb, Razum, 2006, S. 846; Walter et al., 2007, S. 1058).

Auch hier stellt sich die Frage nach den Gründen und den als Barriere fungierenden Aspekten, die eine Inanspruchnahme solcher präventiven Interventionen in den Hintergrund drängen. Oft wird hierfür die sprachliche Barriere als Hauptaspekt genannt, die eine Kommunikation zwischen Teilnehmenden und Projektverantwortlichen nicht ermöglicht oder nur in einem nicht ausreichenden Maße ausgetragen wird. So können komplexer zusammenhängende Angelegenheiten nicht ausreichend kommuniziert werden. Dies kann zum Informationsverlust führen, der in ein Überschuss an Diagnostik sowie evtl. medikamentöser Therapie mündet, mit der Folge von verstärktem Nichteinhalten von ärztlichen Anordnungen, die das Misstrauen und negativen Auffassung gegenüber dem deutschen Gesundheitswesen bestätigen. Schlicht und ergreifend kann auch aufgrund geringer sprachlicher Kompetenzen ein Wissensdefizit über Angebote und Leistungen bestehen (Hornung, 2014, S. 369 ff).

Auch das Argument der unterschiedlichen Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit und Krankheit wird oft im Zusammenhang mit den möglichen Barrieren vorgestellt. Dabei wurde festgestellt, dass einige Kulturen die Ätiologie von Krankheiten, die ihnen widerfahren, externen Einwirkungen wie Dämonen oder dem „bösen Blick“ zuschreiben (Hornung, 2014, S. 370). Dies ist ein relevanter Aspekt, wenn es um die Behandlung bzw. Konsequenzen im Verhalten von Patienten/innen geht, denn ein Individuum, welches glaubt eine Krankheit durch eine höhere Macht bekommen zu haben, wird womöglich den erforderlichen präventiven oder rehabilitativen Maßnahmen deren Beseitigung nicht nachkommen. Auch die Wahrnehmung bzw. Präsenz von Symptomen ist in jedem Kulturkreis anders (Hornung, 2014, S. 370). Depressionen beispielsweise nehmen in unterschiedlichen Kulturen jeweils andere Ausprägungen an, so stehen bei europäischen Patienten eher Affektstörungen mit z.T. sehr schweren Verläufen inklusive Suizidneigungen im Vordergrund, wobei Entwicklungsländer eher zu vegetativen Störungen und Missempfindungen in verschiedenen Körperteilen tendieren (Schouler-Ocak et al., 2010, S. 873).

Dazu kommen noch kulturell bedingte Laienbegriffe/Redewendungen oder Organchiffren, d.h. dass Organe als Symbol für etwas gelten wie z.B. „Der Kopf ist erkältet“ als Befürchtung verrückt geworden zu sein (Hornung, 2014, S.370; Hoefert, 2008, S.110). Sie erschweren die ärztliche Diagnostik und können u.a. zu Fehldiagnosen führen, die wiederum die negativen Einstellungen zum deutschen Gesundheitswesen fördern.



## **2.3. Setting: Kindergarten**

### **2.3.1 Die Kindertageseinrichtung als Erziehungsinstanz**

Um der gesellschaftlichen Gemeinschaftsaufgabe nachzukommen, nämlich den Kindern in Deutschland Bildung, Erziehung und Betreuung zu gewährleisten, ist es nötig einen geeigneten Ort zu schaffen. Die sogenannten Kindertageseinrichtungen subsumieren dabei alle Einrichtungen, in denen sich Kinder unter 14 Jahren zur Betreuung für den ganzen oder auch die Hälfte des Tages aufhalten. Gemeint sind dabei sowohl Krippen (bis drei Jahre), Kindergärten (drei bis sechs Jahre) als auch Horte, die Kinder im schulpflichtigen Alter außerhalb der Schulzeit betreuen (Wehrmann, 2004, S. 238).

Die derzeitige Situation in diesen Einrichtungen ist von Umbrüchen und wesentlichen Veränderungsprozessen gekennzeichnet, was u.a. auf die Modifikationen bzw. Neuerungen im Kinderförderungsgesetz (KiföG) zurückzuführen ist. Der Anspruch auf eine frühkindliche Förderung in einer Tageseinrichtung schon ab der Vollendung des ersten Lebensjahres wird in § 24 Absatz 2 KiföG geregelt (BGBI, 2008, S. 2404). Des Weiteren sind abgewandelte Formen der Arbeitsmarktanforderungen verantwortlich, dass die Kindergartenbetreuung notwendiger als je zu vor ist, um z.B. qualifizierte Frauen im Unternehmen zu halten und somit letztendlich die Funktionsfähigkeit der Wirtschaft zu gewährleisten. Des Weiteren führen nicht nur die mannigfaltigen Formen von Familien sondern auch der Wunsch zur Erhöhung der Geburtenrate in Deutschland zu diesem Wandel (Peucker et al., 2010, S. 13). Prinzipiell ist es Ziel der Tageseinrichtung „...die Entwicklung von Fähigkeiten, Strategien und Ressourcen für eine eigenständige Lebensführung sowie der Aufbau von Kompetenzen für die eigenverantwortliche Partizipation am gesellschaftlichen Leben...[zu fördern].“ (Wehrmann, 2004, S. 239). Peucker et al. postulieren, dass die Aufgabe der Erziehung der Kinder in den letzten Jahren eher in den Hintergrund gerückt sei, da viele dies als Selbstverständlichkeit ansähen. Er verweist als Gründe auf die Erweiterung der Betreuungsangebote sowie die Konzentration des Bildungsauftrages. Bildung soll so früh wie möglich ansetzen; entwickelt hat sich dieser Trend, da viele Eltern Ängste bezüglich des späteren Berufslebens der Kinder haben und den Druck verspüren ihre Nachkommen so früh wie möglich zu fördern. Neben diesen betreuenden und bildungshaften Zügen, soll die Kindertageseinrichtung außerdem eine zeitlich flexible Betreuung anbieten sowie die Übergänge in verschiedene Lebensphasen (Familie-Kindergarten-Schule) erleichtern bzw. vorbereiten (Peucker et al., 2010, S. 19 ff).

Die Eltern der Kinder betrachten sich vorerst selbst als wichtigste Erziehungsinstanz (80%), wobei bei Eltern von älteren Kindern diese Vorstellung abnimmt und der Freundeskreis als starke Beeinflussung wahrgenommen wird (Smolka, 2012, S. 311). Von diesem primären Beziehungssystem (Familie) erhalten Kinder idealiter alles, was zum Grundbedürfnis zählt, wie beispielsweise Essen und Trinken, Liebe, Sicherheit usw.. Die Familienmitglieder untereinander haben verschiedenartige Bindungen. Das Kind nimmt kleine Instabilitäten der Familienbeziehungen, die entweder bevorsteht oder schon besteht, sofort wahr und reagiert mit Ängsten und Unsicherheiten. Diese können unter Umständen mit in das Beziehungssystem des Kindergartens transportiert werden, indem es sich anders verhält als gewohnt. Folglich pendeln Kinder also täglich zwischen zwei in Wechselwirkung stehenden Welten, in denen das eine System das jeweils andere System prägt; wenn auch unterschwellig (Klein, Vogt, 2008, S. 12).

Es entstehen infolgedessen unzählige Verbindungen und auch Abhängigkeiten zwischen Eltern und Erzieher/innen untereinander. Demnach stellt sich dabei also von besonderer Wichtigkeit heraus, dass sich die beiden wichtigsten Partner in der Erziehung gleichwertig und respektvoll gegenüberstehen. Durch prägenden Vorerfahrungen, die die Kinder in ihrem primären Beziehungssystem vor dem Eintritt in den Kindergarten erlebt haben, begegnet der/die Erzieher/in nicht nur dem Kind an sich, sondern auch der Familie bzw. deren Erwartungen, Verhaltensmuster und Gewohnheiten. Jedes Kind nimmt zweifellos also eine gewisse „Vorerziehung“ mit in den Kindergarten, die nun auf das System des Kindergartens prallt. Wichtig hierbei ist zu erwähnen, dass ferner die externen Lebenseinflüsse, wie beispielsweise Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc., die Beziehungssysteme der Familie stark beeinflussen und deshalb nicht zu vernachlässigen sind. Er fungiert als einer von vielen Determinanten, welcher auf die Beziehungen unter Familienindividuen einwirkt (Klein, Vogt, 2008, S. 14).

Die Kindergärten haben daher die Pflicht sich an dem Alltag und der Realität der Familien sowie deren Kinder zu orientieren, um so passende Hilfsangebote bereitzustellen. Auch der Gesetzgeber schreibt im SGB VIII § 22a Abs. 3 Satz 1 fest, dass „...das Angebot der Kindertageseinrichtungen den Bedürfnissen, Erwartungen und Interessen der Eltern entsprechen soll.“, was bedeutet, dass vor allem Lebenslagen und Anliegen der Eltern in der Betreuung der Kinder zu berücksichtigen sind (Peucker et al., 2010, S.175).

### **2.3.2 Elternarbeit – Definition und Probleme**

Der Begriff „Elternarbeit“ beschreibt, dass Eltern von Kindergartenpädagogen/innen in eine Richtung der Erziehung gedrängt werden, die für das Kind „richtig“ ist und zum anderen, dass Eltern in der Einrichtung mitarbeiten, um die Mitarbeiter zu entlasten. Dies impliziert eine gewisse Hierarchie, die sich negativ auf die Zusammenarbeit zwischen den beiden Erziehungsparteien auswirken kann. (Klein, Vogt, 2008, S. 6). Daher wurde in den letzten Jahren der neutralere Begriff „Erziehungspartnerschaft“ für die Zusammenarbeit auf partnerschaftlicher Basis zwischen Eltern und Kindergartenpädagogen/innen eingeführt, um die Gleichrangigkeit beider zu betonen. Die Erziehungspartnerschaft impliziert das Wissen um die jeweils andere Lebenswelt sowie deren Bedeutsamkeit (Hess, 2012, S. 22). Argumente und Gründe für diese intensive Art der Zusammenarbeit zwischen beiden Parteien gibt es zu Genüge; besonders sollen aber die adulten Verantwortlichen den Übergang von einem Lebensraum in den anderen so leicht wie möglich gestalten. Dazu muss unweigerlich eine gute Kommunikation bestehen, damit Loyalitätskonflikte auf Seiten des Kindes verhindert werden (Dornes, 2006, S. 268).

Obwohl sich diese Zusammenarbeit als äußerst relevant für die Entwicklung sowie für das Wohl des Kindes herausstellt, ergeben sich dennoch immer wieder Probleme, die von unterschiedlichem Ausmaß geprägt sind. Zu betonen ist hier, dass es sich um keine ausgewählte Partnerschaft in dem Sinne handelt. Professionelle Erzieher/innen sind durch ihren Job gezwungen partnerschaftlich mit Eltern zu agieren, und dies nicht nur aufgrund gesetzlicher Vorgaben. Eltern wiederum müssen dies nicht tun (Klein, Vogl, 2008, S.63).

Peuker et al. argumentieren, dass es eine Vielzahl an Ursachen gibt, welche Konflikte untereinander fördern. Angeführt seien hierbei kurz die Situation der verschiedenen Perspektiven, in denen die Elternteile den Fokus individuell auf das eigene Kind legen, wobei die Erziehungskraft zum Wohle aller Kinder agieren muss (Peuker et al., 2010, S. 176).

Zudem versteht sich jede Seite als Experte in Sachen Kindererziehung, was die Erfüllung des Konzeptes der Elternpartnerschaft häufig erschwert. Hierbei ist zu betonen, dass beide Seiten als Experten agieren; Eltern werden als „Feld-Experten“ gesehen, die intimeres Wissen über Familienverhältnisse und –situationen haben als die Kindertageseinrichtung. Erzieher/innen hingegen sind ausgebildete Fachkräfte mit pädagogischem Wissen. An ihnen liegt es, die Voraussetzung für eine gelungene Zusammenarbeit herzustellen (Klein, Vogt, 2008, S. 34).

Das Konfliktpotential zwischen Eltern und Erziehern/innen ist nicht einfach aufzulösen. Sobald ein Teil nicht mitspielt, funktioniert das ganze System nicht mehr (Klein, Vogt, 2008, S. 50 f). Doch nicht nur bei diesen allgemeinen Konfliktpotentialen kann die Zusammenarbeit schwierig sein; zusätzlich gibt es auch Elterngruppen mit spezifischen Merkmalen, die eine gute Zusammenarbeit erschweren.

Die enge Zusammenarbeit mit Eltern in schwierigen sozialen Lagen ist besonders bedeutungsvoll für eine gesunde Entwicklung des Kindes, denn z.B. der Aspekt familiärer Armut ist einer der Risikofaktoren, die eine gute kognitive und emotionale Entwicklung hemmen. Das RKI präsentierte in der KIGGS-Basiserhebung von 2006 Daten die zeigen, dass Kinder aus sozial schwachen Familien höhere Risiken für Fehlernährung und belastende Gesundheitszustände haben als Kinder aus besser gestellten Familien. Wenn nun Eltern aus unteren Schichten auf Erzieher/innen treffen treten oftmals sozio-kulturelle Differenzen in Erscheinung, d.h. kleinbürgerliche Werte und Normen treffen, auf die meist „fremde“ Welt, in der die Pädagogen leben. Das zugehen auf solche Personen ist als schwierig zu beschreiben, denn es ist von Unsicherheiten und Misstrauen gekennzeichnet, welche das Ergebnis aus oftmals bevormundenden und kontrollierenden Fachleuten in der Vergangenheit sind. Andersherum können auch Pädagogen/innen Schwierigkeiten mit Eltern aus unteren Schichten haben. Durch die Erwartung, dass sich Eltern die Wertorientierungen und Handlungen der Erzieher/innen aneignen, können Erzieher/innen den Blick für die Verhältnisse, in denen die Familie lebt, verlieren bzw. das Hineinversetzen in die Familie. Das Resultat besteht aus der jeweils einseitigen Perspektive auf das Kind, was Reibungen und Belastungen entstehen lässt (Weiß, 2012, S. 65 ff).

Auch Eltern mit Migrationshintergrund stellen eine Gruppe mit erschwerter Kooperation dar. Oftmals sind professionelle Erziehungskräfte dieser Elterngruppe gegenüber besonders distanziert, was Sikcan durch die sprachlichen Barrieren, die zu großen kulturellen Unterschieden und das Desinteresse der Migranten-Eltern an der Kindertagesstätte begründet sieht; das Letztere Argument wird aus der geringen Beteiligung an Elternabenden geschlossen (Sikcan, 2008, S. 187). Das Vorurteil der Bildungsferne der Migrantengruppe verstärkt die Ansicht einer homogenen Gruppe, was sich als völlig falsch herausstellt. Migranten/innen in Deutschland unterscheiden sich nicht nur nach Herkunft oder religiösen Wertvorstellungen, sondern auch nach soziokulturellen Aspekten. Jedoch haben Honig, Joos und Schreiber in ihrer Untersuchung 2004 zu Qualitätsaspekten in der

Pädagogik herausgefunden, dass fast alle Migranteltern den starken Wunsch nach der Vorbereitung und auch Bildung der Kinder für den Eintritt in die Schule haben. Wie Klein und Vogt sehen sie, dass für die meisten Eltern mit Migrationshintergrund vor allem das Erlernen der Sprache für ihre Kinder von großer Bedeutung sind (Honig, Joos, Schreiber, 2004, S. 2004; Klein, Vogt, 2008, S.129).

Betrachtet man die möglichen Formen der Zusammenarbeit des pädagogischen Personals mit Eltern, so gibt es zwei vorherrschende Formen, die im Idealfall verbunden werden: Zum einen die „Elternbildung“, welche eher hierarchisch ausgelegt ist, denn Erzieher/innen versuchen hierbei beratend die Erziehungsmaßnahmen zu unterstützen. Daraus resultiert etwas Ähnliches wie eine Lehrer-Schüler-Situation, in der die Eltern von den Pädagogen etwas „Richtiges“ lernen sollen. Zum anderen existiert die „Partizipation von Eltern“, welche eher der Sinnvorstellung der Erziehungspartnerschaft entspricht. Sie beinhaltet eine aktive Mitgestaltung an allen wichtigen Entscheidungen das Kind betreffend. Abbildung 3 zeigt in dem Zusammenhang die verschiedenen Formen der Kooperation, nach der ihnen von den Eltern zugemessenen Bedeutung.

**Abb. 3 ▼ Zusammenarbeit mit Eltern: Bedeutungen der einzelnen Formen; nach Peuker et al, 2010, S.180, DJI-Kita-Studie 2007**

Formen der Zusammenarbeit	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig/unwichtig
Aufnahmegespräche	93,7 %	6,1 %	0,2%
Eingewöhnung der Kinder	89,5%	9,8%	0,7%
Einzelberatung/-Gespräche	85,8%	14,1	0,1%
Elternbeirat	68,3%	28,1%	3,6%
Tür- und Angelgespräche	64,0%	32,8%	3,2%
Elternabende, -nachmittage	62,6%	34,8%	2,6%
Elternbriefe oder Ähnliches	51,5%	41,3%	7,3%
Elternbildung und -information	44,8%	48,2%	7,2%
Eltern arbeiten mit	26,3%	53,5%	20,2%
Kita als Kommunikationsstätte	24,9%	54,2%	20,9%

Nach Peuker et al., welche die Ergebnisse der DJI-Kita-Studie von 2007 analysiert haben, finden in fast allen Kindertageseinrichtungen solche Formen der Elternmitarbeit statt (Werte zwischen 98,9 – 100%). Sie beobachteten, dass vor allem die Formen mit intensiveren und längeren Aufhalten in der Einrichtung weniger Interesse bei den Eltern auslöst. Sie begründen diese Situation mit den Argumenten, dass Eltern die Betreuung nur als Dienstleistungsangebot wahrnehmen, schlicht und ergreifend soziale, individuelle oder zeitliche Ressourcen nicht aufbringen können oder auch Pädagogen/innen, für Zurückhaltung der Eltern im Kita-Alltag plädieren (Peuker et al., 2010, S. 177 ff).

### **2.3.3 Lösungsansätze**

Um den Umgang miteinander zu verbessern, ist ein multidimensionales Konzept von Nöten. Denn nicht alle Eltern sind gleich und es gibt viele Gründe, warum Erziehungspartner nicht konsistent im Gespräch bleiben. Es stellt sich nun die Frage, welche Methoden oder Ansätze es gibt, um erfolgreich eine Steigerung der Elternbeteiligung zu erreichen; im Folgenden werden nun einige vorgestellt:

Auf Seiten der Erzieher/innen wird neben dem Desinteresse oftmals der Umstand der erschwerten Kommunikation zwischen beiden Parteien als Grund für die Hindernisse in der Zusammenarbeit gesehen. Besonders gilt dies für Eltern mit Migrationshintergrund. Peuker et al. zeigen in ihren Analysen, dass häufig keine Dienste von Dolmetschern von MigrantenInnen in Anspruch genommen werden, obwohl dies in Bezug auf Elterngespräche mit relevanten Informationen z.B. zur Entwicklung des Kindes sinnvoll wäre (Peuker et al., 2010, S.186). Gerade bei Problemen auf sprachlicher Ebene bietet sich die Möglichkeit an mit sogenannten „Multiplikatoren“ oder auch „Mediatoren“ zusammenzuarbeiten. Gemeint sind damit aus- oder weitergebildete Personen aus einem bestimmten migrantischen Kulturkreis, die durch den Besitz guter Kenntnisse der deutschen Sprache sowohl als Türöffner zum Kulturkreis dienen sowie auch als Dolmetscher. Durch diesen Ansatz soll ein Stück weit die interkulturelle Öffnung des deutschen Gesundheitswesens vorangetrieben werden und durch kulturspezifische Aufklärung eine Verbesserung der Versorgung von Migranten erreicht werden (Walter et al., 2007, S. 351; Gerhardus et al., 2007, S. 53 f). Auch im Kindergarten, in dem gesundheitsrelevante Themen Einzug halten, können solche Multiplikatoren zum Einsatz kommen. Desweiteren können auch Personen aus der Belegschaft mit gleichem kulturellen Hintergrund oder Familienangehörige mit guten Deutschkenntnissen zu Gesprächen oder Elternabenden eingeladen werden, um Missverständnisse zu vermeiden oder auszuräumen. Generell sollten Erzieher/innen offen und aktiv auf die Eltern zugehen, denn eine größere Distanz zu dieser Elterngruppe wird ohne Weiteres schnell als Missbilligung oder sogar Ausländerfeindlichkeit wahrgenommen. Dann ist eine gute Zusammenarbeit so gut wie unmöglich und hat hohes Konfliktpotential (Klein, Vogt, 2008, S.126). Weitere Begegnungen mit kreativen Elementen wie Basteln, Singen oder Spielen in der Gruppe sowie verschiedene Exkursionen zusammen mit den Migranteneltern, können zu einer Vertrauensverhältnis führen. Desweiteren können der Einsatz von Fotos oder Video sowie das Übersetzen von Elternbriefen oder wichtigen Informationen hilfreich in der Zusammenarbeit sein (Weiss, 2012, S. 128).

Bei sozial benachteiligten Eltern kann es durchaus sein, dass die alltäglichen Lebensumstände so belastend sind, sei es durch finanzielle oder soziale Probleme (Armut, Partnerschaftskrisen, Sucht etc.), dass keine Zeit oder Energie für die Kinder bzw. dessen Entwicklungs- und Erziehungsprobleme übrig ist. Es gibt in dieser Gruppe von Eltern keine besondere Strategie, welche sich eignet ein besseres Verhältnis zwischen beiden Parteien aufzubauen; Hausbesuche können allerdings oftmals Aufschluss über die Lebensumstände der jeweiligen Familie geben, die ein besseres Verständnis auf Seiten der Erzieher/innen zulässt. Auch Elternkurse oder –cafés sowie Elternabende bieten sich für diesen Personenkreis an (Weiss, 2012, S. 72).

### **3. Das Projekt „SunPass – Gesunder Sonnenspaß im Kindergarten“**

Das dritte Kapitel der Arbeit befasst sich mit der Vorstellung des zu evaluierenden Projektes. Es werden zum einen allgemeine Informationen, wie z.B. Gründung und Zielsetzung vorgestellt, als auch eine detailreiche Konzeptdarstellung angestrebt.

#### **3.1. Allgemein**

Das Projekt „SunPass“ wurde von der European Skin Cancer Foundation (ESCF) im Jahre 2009 ins Leben gerufen, um die Bevölkerung verstärkt mit dem Thema Hautkrebs zu konfrontieren und zu sensibilisieren. Hierfür wurde der Setting-Ansatz im Kindergarten ausgewählt, „...um nachhaltigen Schutz vor zu viel schädlicher Sonneneinwirkung so früh wie möglich zu gewährleisten (...).“ (Ehrlich, 2013, S.1). Das Pilotprojekt, gestartet 2009 in dem INA.KINDER.GARTEN des Rudolf-Virchow-Klinikums, zeigte erfolgreiche Ergebnisse, die zu einer flächendeckenden Einführung in den einzelnen Bundesländern führte. Aulbert et al. zeigten in ihrer Studie, dass ein Zuwachs an Hüten tragenden Kindern im Freien zu verzeichnen ist; darüber hinaus konnte allerdings keine Änderung in dem Kleidungsverhalten festgestellt werden. Durch die Schulung der Eltern und Erzieher/innen konnte eine signifikante Zunahme an Wissen bezüglich des Themas Sonnenschutz nachgewiesen werden (Aulbert et al., 2009, S. 5f).

In Zusammenarbeit mit den Länderkrebsgesellschaften zertifizierte die ESCF nun bis Ende 2012 nach eigenen Angaben insgesamt 70 Betreuungseinrichtungen, die sich seit her als Sonnenschutzkindergarten bezeichnen können (Ehrlich, 2013, S. 1). Die Ziele sind klar und eindeutig formuliert; kurzfristig sollen die UV-Expositionen der Kinder verringert, Eltern und Erzieher/innen für das Thema sensibilisiert sowie langfristig eine Senkung der Hautkrebsinzidenz erreicht werden.

#### **3.2 Konzept**

Da sich das Projekt an Kinderbetreuungseinrichtungen richtet, werden verschiedene Zielgruppen angesprochen. Integriert sind ohne Zweifel die Kinder der Einrichtung, aber vor allem auch die Erzieher/innen und Eltern, auf die der Fokus im Projekt gelegt wird. Mit Hilfe von Schulungen sollen diese über die Gefahren und fatalen Auswirkungen von Sonnenlicht für Kinder aufgeklärt werden, sowie Lösungsmöglichkeiten erhalten, um die Kinder bzw. dessen sensible Haut vor der gefährlichen UVA- und UVB Strahlung zu schützen.



Voraussetzung für eine Zertifizierung sind eine Reihe von Begehungen, die zum Anfang den Ist-Zustand beschreiben und zum Ende hin die gelungenen Umsetzungen der Zertifikatsanforderungen aufzeigen. Die oben genannte Schulung von Erziehern/innen und Eltern gehört ebenso zu den Voraussetzungen wie die Einrichtung einer sogenannten Sonnenschutzcke, welche die Funktion der Informationsvermittlung an die Eltern besitzt. Hier soll u.a. der täglich aktualisierte UV-Index, der das Maß der Sonnenintensität misst, sowie die Sonnenschutzvereinbarung mit den Maßnahmen des Sonnenschutzes hängen. Um das Geschehen zu dokumentieren und eventuelle Verbesserungen zu verzeichnen, gibt es sowohl für die Kitaleitung als auch für die Projektleiterin ein Begehungsprotokoll, das es regelmäßig auszufüllen gilt.

Das Projekt „SunPass“ wird von der ESCF selbst wissenschaftlich evaluiert. Dafür wird sowohl vor der Schulung der Eltern und Erzieher/innen ein von der ESCF konzipierter Fragebogen ausgeteilt, als auch kurz nach der Schulung. Die ausgefüllten Fragebögen sollen anschließend der Charité in Berlin zum Auswerten übermittelt werden.

## 4. Methodik

Ziel dieser Arbeit ist im empirischen Teil das Aufdecken der Problematiken des Projektes sowie die Untersuchung der Zielgruppenreichweite und –akzeptanz. Im Folgenden werden zunächst die theoretischen Grundlagen von Evaluation erörtert und anschließend das gewählte methodische Vorgehen dieser quantitativ ausgerichteten Studie dargelegt.

### 4.1. Evaluation

#### 4.1.1 Evaluation – theoretische Grundlagen

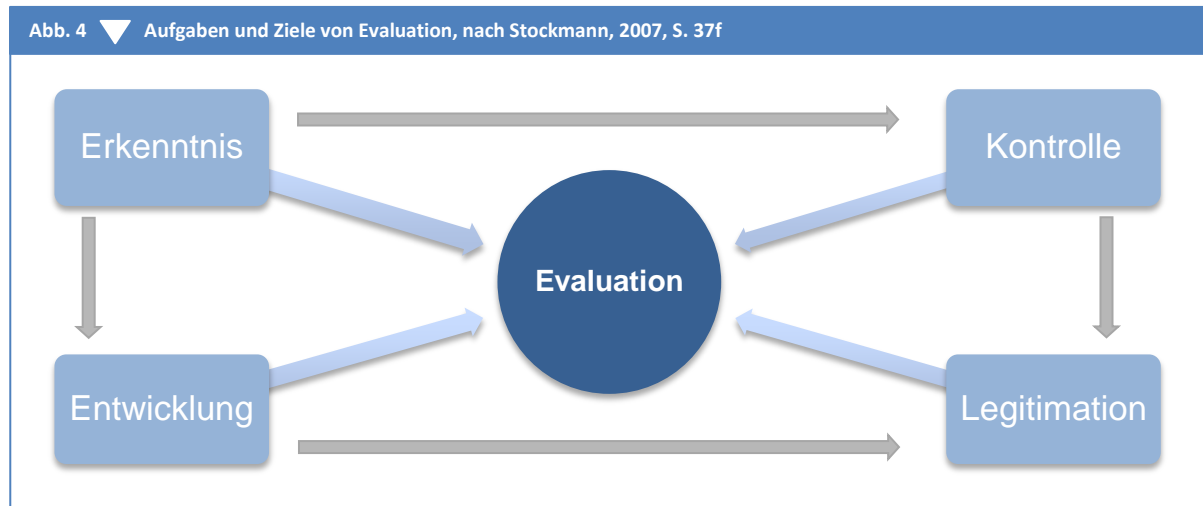
Beschäftigt man sich mit dem Begriff „Evaluation“, wird man in der heutigen Literatur schnell mit unterschiedlichsten Auffassungen, Darstellungen und Definitionsversuchen konfrontiert, denen der Begriff Evaluation gerecht werden soll. Es ist leicht zu erkennen, dass das professionelle Verständnis von Evaluation sehr viel differenzierter ist als das im Alltagsverständnis (Uhl, 2012, S. 57).

Zum einen gibt es mehrere Verwendungszwecke des Begriffes Evaluation. Er wird oftmals mit dem deutschen Begriff der Auswertung/Bewertung gleichgesetzt und verwendet. Kromrey bezeichnet „...jede methodisch kontrollierte, verwertungs- und bewertungsorientierte Form des Sammelns, Auswertens und Verwertens von Informationen“ (Kromrey, 2001, S. 1) als Evaluation. Letztendlich wird die schriftliche Darlegung von Ergebnissen wie z.B. in Berichten oder Gutachten, als Evaluation bezeichnet.

Der Begriff Evaluation gewinnt nicht nur durch die verschiedenen Verwendungszwecke im Allgemeinen sondern auch durch die Verwendung in verschiedenen Kontexten an Komplexität. So wird dieser in alltäglichen, politischen und empirischen Bereichen sowie im engeren Bezug der Markt- und Umfrageforschung benutzt. In allen diesen ist hinsichtlich des Begriffes Evaluation ein anderes Konzept gemeint. Betrachtet man den Begriff empirisch-wissenschaftlich, so erörtert Kromney, dass Evaluation vor allem vorrangig praxisnahes Handlungswissen hervorbringen soll und nicht nur theoretisches Wissen, wie in der Grundlagenforschung üblich (Kromney, 2001, S. 2).

Auch Stockmann plädiert für praxisnahes Wissen. Er beschreibt dieses Wissen allerdings differenzierter, indem er der Evaluation vier konkrete Aufgaben bzw. Funktionen zuordnet (Abb. 3, S. 2). Zum einen soll ein Erkenntnisgewinn stattfinden, d.h. es soll z.B. herausgefunden werden wie der Projektablauf funktioniert und die angestrebten Zielgruppen erreicht werden. Nur dann kann eine Entwicklung und Kontrolle der Maßnahme stattfinden.

Hierbei sollen konkret Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert und die Zielerreichung überprüft werden (Soll-Ist-Abgleich). Erst dann können die Geldgeber oder die Organisationen, die Evaluationen durchführen, eine wirtschaftliche Effizienz oder Wirksamkeit und somit die Legitimation der Maßnahme nachweisen (Stockmann, 2007, S. 37 f).



Bei Evaluation werden verschiedenen Formen nach Zeitpunkt und Art der Evaluation unterschieden:

Evaluationsaktivitäten können im Vorfeld, projektbegleitend oder im Nachhinein stattfinden. Je nachdem in welchem Stadium sich die Maßnahme, das Produkt oder Projekt befindet, wählt man einen Zeitpunkt der Evaluation. **Evaluationen der Programmkonzeption** (*antizipatorische Evaluation*) sind vornehmlich vor der Maßnahme durchzuführen. Sie beinhalten Aspekte, wie Problemdefinition sowie Auswahl des Interventionsgebietes, ggf. Bedarfs- und Bedürfnisanalysen der Zielgruppe innerhalb des Gebietes. Des Weiteren sollen das Ziel, die Gestaltung, Umsetzbarkeit sowie die Konzeption bewertet werden. Bei **Evaluationen der Programmdurchführung** (*Prozessevaluation*) wird „eine kontinuierliche Überprüfung der Umsetzung und Ausführung(...)“ (Mittag, Jerusalem, 1997, S. 597) einer bereits laufenden Maßnahme anstrebt; man evaluiert projektbegleitend.

Die Überwachung und Realisation unter alltäglichen Situationen zusammengefasst als Programmdurchführung zum einen als auch die Bewertung der Programmereichweite und Programmakzeptanz ist hierbei von besonderer Relevanz (Loss et al., 2010, S. 28). Sowohl die Evaluation der Programmkonzeption als auch Programmdurchführung sind der formativen Evaluationsforschung zugeordnet, da es kennzeichnend darum geht verbesserungswürdige Bestandteile zu identifizieren und zu optimieren.

Die summative Evaluation dagegen stellt erst im Nachhinein die Ergebnisse dar (Mittag, Jerusalem, 1997, S. 596).

Eine **Evaluation der Programmwirksamkeit** (*Ergebnisevaluation*) wird nach Beendigung der Maßnahme begonnen. Hierbei sollen nach Moosbrugger und Schweizer die „Art der Wirkungen des Programmes, weitere (potentielle) Fragestellungen und Hypothesen u.a., Prozessevaluation und Metaevaluation bisheriger Evaluation(...)“ (Moosbrugger, Schweizer, 2002, S. 24) betrachtet werden. Mittag und Jerusalem betonen, dass hierbei nicht nur Wirkungen gemessen werden sollten, sondern zudem der Fokus auch auf Projekteffizienz, mit Kostenanalysen etc., gelegt werden soll (Mittag, Jerusalem, 1997, S. 605).

Des Weiteren kann eine Differenzierung in Bezug auf die Verantwortlichen der Evaluation vorgenommen werden. Auf der einen Seite kann eine Evaluation intern (Selbstevaluation) stattfinden, d.h. Personen, die das Projekt begleitet oder aktivgestaltet haben, können evaluieren. Im Gegensatz dazu stehen die externen Evaluationen (Fremdevaluation), in denen externe Institutionen oder Unternehmen beauftragt werden zu evaluieren. Dies impliziert allerdings einen Aufwand an zusätzlichen Kosten.

#### **4.1.2 Abgrenzung des Themas**

Für die vorliegende Arbeit wurde eine Prozessevaluation angestrebt. Diese Form der Evaluation beschäftigt sich, wie oben schon grob erklärt, sowohl mit der Umsetzung als auch der Akzeptanz in Hinsicht auf das Projekt. Sie kann in mehrere einzelne Bausteine unterteilt werden. Zum einen gibt es die Programmumsetzung, in der ein besonderer Fokus auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen als auch auf die Programmtreue der Mitarbeiter/innen gelegt wird. Auf diese beiden Bausteine der Prozessevaluation konnte aufgrund der Begrenzung der Arbeit nicht eingegangen werden, aber soll hier der Vollständigkeit halber erwähnt werden (Loss et al., 2010, S. 28).

Das Augenmerk dieser Arbeit richtet sich eindeutig auf den zweiten Baustein der Prozessevaluation; die Zielgruppenerreichung. Dieser setzt sich mit der Programmereichweite und -Akzeptanz auseinander. Im Mittelpunkt steht dabei klar die Ermittlung inwieweit die angestrebte Zielgruppe mit dem Projekt und dessen Inhalten überhaupt erreicht wird; oder aber ob das Projekt eventuell droht in eine falsche Richtung abzurutschen. Dazu gehören die Aspekte Kommunikation, Nutzung sowie Akzeptanz auf visueller und informeller Ebene, die analysiert und interpretiert werden müssen, um ein aussagekräftiges Ergebnis zur Erreichung der Zielgruppe vorstellen zu können (Loss et al., 2010, S. 29).

Im Vordergrund der Arbeit steht die Frage, welche Optimierungsmöglichkeiten sich im Projekt SunPass bieten. Um auf diese Frage zurückzuschließen muss ein Ist-Zustand erhoben werden, der aussagt, wie die Eltern der beteiligten Kindergärten das Projekt beurteilen und was sich als problematisch herausstellt. Aufgrund der Teilnahme an den Elternabenden, kann im Voraus behauptet werden, dass eine geringe Teilnahme am Projekt zu verzeichnen ist. Im weiteren Verlauf der Arbeit soll die Befragung Aufschluss über die möglichen Gründe geben.

## **4.2 Methodisches Vorgehen**

### **4.2.1 Studiendesign**

Um die im Kapitel 4.1.2 beschriebenen Ziele zu erreichen bzw. Fragestellungen zu beantworten, wurde hier dem Studientyp nach eine Prozessevaluation gewählt. Sie soll letztendlich dazu dienen das Projekt zu kontrollieren und auf Schwächen hin zu analysieren, um ggf. optimierend in den Ablauf und die Gestaltung des Projektes einzugreifen oder bei zufriedenstellenden Ergebnissen unverändert zu lassen.

Grundlage sind dabei zwei verschiedene Arten von Daten, zum einen sollen Beobachtungsdaten (zu den Teilnahmen der Elternabende und Inanspruchnahme der ESCF-Fragebögen) als auch die aus dem Fragebogen zu entnehmenden Daten analysiert werden. Im Ganzen nahmen 14 Kindergärten mit insgesamt 975 Kindern im Bezirk Harburg am Projekt SunPass teil. Sechs der 14 Kindergärten wurden nicht mit in die Fragebogenbasierte Evaluation integriert, da bei vier Kitas der im Projekt vorhergesehene Elternabend nicht zustande gekommen war und 2 Kitas sich gegen eine Evaluation ausgesprochen hatten.

Die Elternabende, welche zur Schulung der Eltern und Erzieher/innen gedacht sind, wurden zwischen dem 25. März und 9. Juli 2014 veranstaltet, wobei sich eine Ballung im April und Mai zeigt. Die quantitativen Befragungen mittels eines Fragebogens (siehe 4.2.2) wurden jeweils *nach* dem Elternabend der Kindergärten im Zeitraum des 17. Juni- 2. Juli durchgeführt. Im Vorfeld wurden alle Kitas per Telefon über den Zeitpunkt der Befragung informiert, damit die Eltern im Vorfeld Bescheid wussten.

Anschließend wurden die Einrichtungen zu den typischen Abholzeiten besucht, um die Eltern vor Ort anzusprechen und ihnen die Fragebögen zum Ausfüllen zu geben. Das Ausfüllen bei Personen mit Migrationshintergrund gestaltete sich als z.T. schwierig, da der Fragebogen nur auf deutscher Sprache vorhanden war. Um aber gerade die Meinung dieser Personen zu bekommen, wurde von vornherein beschlossen, den Fragebogen bei Bedarf zusammen mit

ihnen auszufüllen. Dabei war zu einem der Befragungstermine ein türkischer Übersetzer zur Unterstützung anwesend. Im Großen und Ganzen haben nur sehr wenige Personen den Fragebogen sofort ausgefüllt; die Meisten nahmen ihn mit nach Hause oder lehnten ab.

Die Beobachtungsdaten wurden im Laufe des Projektes dokumentiert. Sie beinhalten, wie oben angesprochen, Zahlen zu den ausgeteilten und zurückbekommenen Fragebögen der ESCF sowie zu den eingeladenen sowie tatsächlich erschienenen Elternteilen. Desweiteren wurde nach jedem Elternabend notiert, ob es sich um eine reine SunPass-Veranstaltung handelte oder nach der SunPass-Schulung noch kitabezogene Informationen (z.B. zu Entwicklung der Kinder o.Ä.) weitergegeben wurden.

#### 4.2.2 Erhebungsinstrument - Auswahl und Beschreibung

**Abb. 5** ▾ Darstellung der inhaltlichen Struktur des Fragebogens

Art der Items	Anzahl der Items	Bereich/Frage	Skala/Antwortkategorie
Bewertungsitems	5	Einschätzung der Informationen	5-stufige Ratingskala („trifft gar nicht zu“ – „trifft sehr zu“)
	4	Relevanz der Informationen	5-stufige Ratingskala („trifft gar nicht zu“ – „trifft sehr zu“)
	9	Aufbereitung der Informationen	5-stufige Ratingskala („trifft gar nicht zu“ – „trifft sehr zu“)
	6	Einschätzung zur Durchführung	5-stufige Ratingskala („trifft gar nicht zu“ – „trifft sehr zu“)
	2	Einschätzung der Wirkungen	5-stufige Ratingskala („trifft gar nicht zu“ – „trifft sehr zu“)
	2	Relevanz für den Alltag	5-stufige Ratingskala („trifft gar nicht zu“ – „trifft sehr zu“)
	3	Akzeptanz	5-stufige Ratingskala („trifft gar nicht zu“ – „trifft sehr zu“)
Ereignisorientierte Items	5	Wahrnehmung	dichotom („ja“/„nein“)
	4	Hindernisse	Dichotom („ja“/„nein“)
	2	Aufbereitung der Informationen	Dichotom („ja“/„nein“)
Generelle Fragen	1	Wahrnehmung positiver Aspekte	offen
	2 (evtl. zsm)	Problemempfinden	offen
	2	Wünsche	offen
Soziodemografische Merkmale	4	Geschlecht, Alter, Nationalität etc.	nominalskaliert

Als Grundlage für die Sammlung der Daten wurde ein eigens konstruierter Fragebogen eingesetzt, da dieses Projekt erstmalig seit Projektstart evaluiert wird. Der Fragebogen richtet sich speziell auf das Thema Zielgruppenerreichung und – akzeptanz des Projektes. Enthalten sind alle projektrelevanten Elemente, wie beispielsweise der Elternabend, Faltprospekte, Sonnenschutzdecke und die allgemein übermittelten Informationen.

Des Weiteren wird zum Ende eine Einschätzung und Bewertung des Projektes abgefragt sowie die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmenden.

Die Fragestellungen sind zum größten Teil geschlossen formuliert worden, da dies vom Auswertungsaufwand wesentlich geringer einzuschätzen ist, als mit offen gestalteten Fragen. Dennoch sollte auch nicht darauf verzichtet werden offen zu fragen, da eventuell Aspekte, die der Fragebogen nicht aufgreift, aufgedeckt werden könnten. Der Fragebogen ist auf sprachlich und gestalterisch sehr einfach ausgelegt, um den Eltern das Ausfüllen so leicht wie möglich zu machen. Alle 31 Bewertungsitems in den verschiedenen Bereichen sind zu diesem Zweck mit den gleichen Ratingskalen (trifft gar nicht zu – trifft sehr zu) ausgestattet worden. Es sind außerdem einige Frageformate vorhanden, die dichotome Antwortmöglichkeiten enthalten (ja/nein). Im Anhang dieser Arbeit befindet sich der eingesetzte Fragebogen zur Einsicht. Die Variable Migration wird im Fragebogen lediglich durch die Nationalität der Befragten operationalisiert, um den Fragebogen so kurz wie möglich zu halten. Migrantenspezifische Aussagen können dadurch nur wenige getroffen werden; dennoch bietet auch die Nationalität Anhaltspunkte und zeigt Trends an.

#### **4.2.3 Datenauswertung/-analyse**

Die von den Eltern ausgefüllten Fragebögen wurden jeweils unmittelbar danach mit einer Identifikationsnummer (ID) versehen, um einen Überblick zu behalten. Mit Hilfe der Software IBM SPSS Statistics konnte ein Teil der gesammelten Daten für diese Arbeit ausgewertet werden, wobei eine ausschließlich deskriptive Analyse angestrebt ist. Außerdem wurde das Programm Microsoft Excel benutzt, um die Ergebnisse in anschaulichen Grafiken zusammenzufassen.

## 5. Ergebnisse der Untersuchung

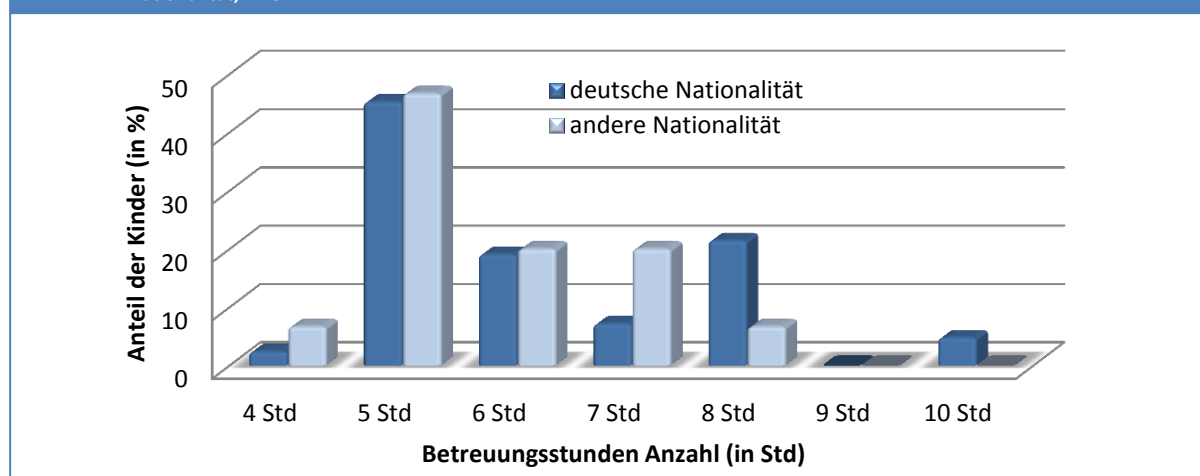
Diese Arbeit fokussiert sich auf die Untersuchung der Zielgruppe mit dem Schwerpunkt der Akzeptanz und Programmreichweite im SunPass Projekt. In diesem Kapitel erfolgt die Beschreibung der erreichten Zielgruppe sowie die deskriptive Ergebniszusammenfassung hinsichtlich der Projektakzeptanz und der erzielten Reichweite des Projektes, welche auf der quantitativen Befragung sowie Beobachtungen während der Projektzeit basiert.

### 5.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen der Untersuchung des SunPass-Projektes in Hamburg füllten insgesamt 57 von 251 befragten Eltern den eigens konzipierten Fragebogen aus; damit belief sich die Rücklaufquote auf 22,7%.

Das Fundament dieser empirisch ausgelegten Arbeit bildet demnach eine Stichprobe von 57 Personen im Alter von 21 bis 46 Jahren. Diese stammen aus acht der insgesamt 14 Kindergärten, in denen eine umfangreiche Schulung (Elternabend) sowie Material zum Projekt an die Eltern erfolgt war. Das Durchschnittsalter der befragten Elternteile beträgt 34 Jahre. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung ist eine eindeutig stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechts mit 84,21% (48 Teilnehmerinnen) gegenüber dem männlichen Geschlecht mit 15,78% (9 Teilnehmer) zu verzeichnen. In dieser Stichprobe sind Eltern mit deutscher Nationalität mit etwas über einem Viertel der Befragten (26,31%) unterrepräsentiert; der Anteil von Eltern anderer Nationalitäten hingegen beträgt 73,68%. Die Stundenanzahl der Kinderbetreuung in den Kindertageseinrichtungen ist sowohl bei Eltern mit deutscher als auch anderer Nationalität relativ ähnlich; errechnet man den Mittelwert der Betreuungsstunden pro Kind, so wird ein Kind mit deutscher Nationalität mit 6,19 h nur geringfügig länger betreut als Kinder von anderen Nationalitäten (5,76 h). Abbildung 6 zeigt, dass die meisten Kinder 5-stündig am Tag betreut (45,61%) werden, wobei ab einer

Abb. 6 ▼ Häufigkeitsdarstellung der in Anspruch genommenen Betreuungsstunden von Personen mit deutscher und anderer Nationalität; n = 57





8-stündigen Betreuung allerdings deutsche Eltern (26,18%) eher anzutreffen als ausländische Eltern (6,66%). In die weitere deskriptive Analyse werden insgesamt 16 Eltern, die keine Erfahrungen und Kenntnisse mit dem Projekt aufweisen, nicht miteinbezogen; das Verhältnis in Bezug auf die Nationalitäten steht bei 50% deutscher Nationalität und 50% andere Nationalitäten. Durch diese „drop outs“ verbleiben 41 Elternteile für die weitere Evaluation.

In Bezug auf die gesammelten Daten aus den Beobachtungen (Teilnahmerate an Elternabenden, Responserate hinsichtlich der ausgeteilten Fragebögen) konnten jedoch nur diejenigen Kitas berücksichtigt werden, welche bis zum 30. Juni einen Elternabend vollzogen hatten. Insgesamt mussten so vier der 14 Kindergärten aus den Beobachtungsdaten zur Programmreichweite ausgeschlossen werden, da entweder gar kein Elternabend geplant war, er aufgrund der geringen Beteiligung nicht stattfinden konnte oder dieser erst nach dem 30. Juni, dem Endzeitpunkt der Datenerhebung, stattfand. Betrachtet man die Annahme der Fragebögen von der ESCF zeigt sich ein eher schlechtes Bild. Einige Daten sind leider nicht vorhanden, weshalb sie aus der Bewertung rausfallen (Kindergarten mit dem Kürzel AM, ASBKK und DB). Vor dem Elternabend wurden insgesamt 552 Fragebögen ausgeteilt. Die Responserate der Fragebögen vor dem Elternabend (PRÄ) lag bei 34,05%; die Rate der zurückerhaltenen Fragebögen nach dem Elternabend lag bei lediglich 14,49% (Abb. 7).

**Abb. 7** Daten zur Programmreichweite (Beobachtungen) Kitas 2014 Harburg; hellblaue Markierung: Ausschluss wegen fehlender Daten

Nr.	Kita (Abk.)	Anzahl der Kinder	Fragebogen ESCF			Elternabend		
			share out (so)	recover (rc) PRÄ	recover (rc) POST	invited (iv)	partaken (pt) (%-Angaben)	Art des Elternabends
1	AKK	82 Kinder	82	0	35	82	35 (42,68%)	Auch mit anderen Themen
2	AM	45 Kinder	45	/	/	45	12 (26,66%)	Auch mit anderen Themen
3	QM	52 Kinder	52	14	0	52	14 (26,92%)	Explizit SunPass
4	RB	26 Kinder	12	13	11	26	13 (50,00%)	Auch mit anderen Themen
5	MK	64 Kinder						
6	ZL	15 Kinder						
7	ASBKK	63 Kinder	63	22	/	63	22 (34,92%)	Explizit SunPass
8	FH	128 Kinder						
9	PAS	26 Kinder	26	16	7	26	9 (34,61%)	Explizit SunPass
10	KKK	165 Kinder	165	100	3	165	3 (1,81%)	Explizit SunPass
11	HB	90 Kinder	95	35	15	90	15 (16,66%)	Auch mit anderen Themen
12	DB	50 Kinder	50	/	/	50	15 (30,00%)	Explizit SunPass
13	RK	120 Kinder	120	10	9	120	8 (6,66%)	Explizit SunPass
14	UZ	60 Kinder						

## 5.2 Programmreichweite

Im Folgenden werden die über den Projektzeitraum gesammelten Daten sowie relevante Ergebnisse aus dem Fragebogen hinsichtlich der Reichweite des Projektes dargestellt

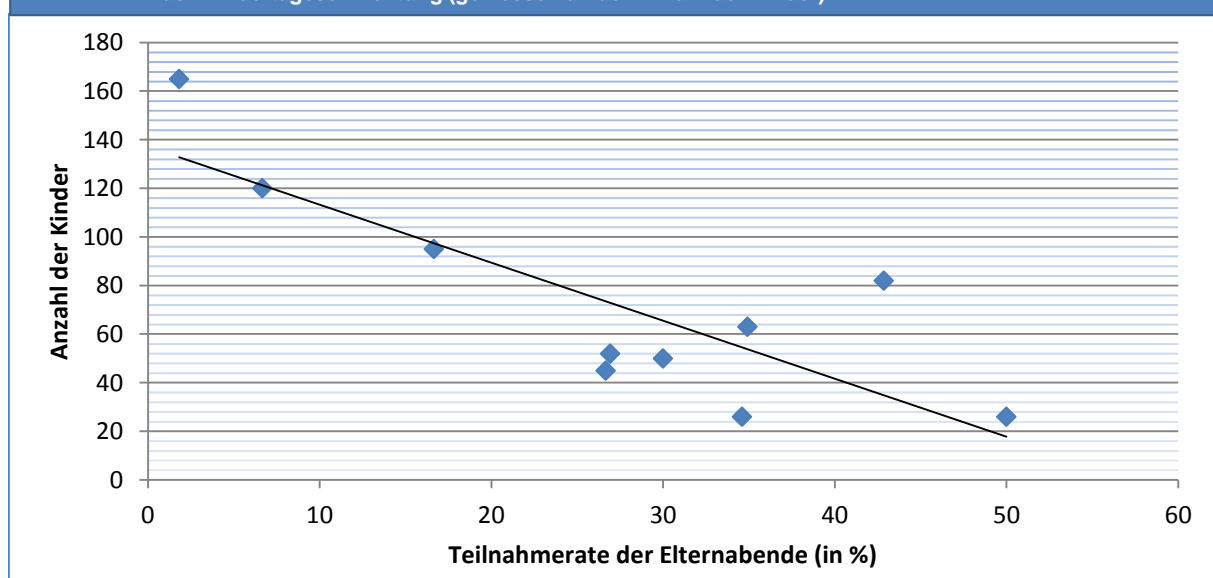
### Elternabende

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Elternabende mit Schulungscharakter in den Kitas, wird ein positives Bild ersichtlich. Insgesamt nahmen 146 Elternteile von 719 Kindern teil, somit ergibt sich eine prozentuale Teilnehmerate von 20,16%. Interessant ist die Tatsache, dass die Teilnehmerate bei den Elternabenden mit ausschließlichem SunPass-Inhalt bei 7,78% und bei den Elternabenden mit zusätzlichen wichtigen Themen in der Kita bei 12,51% lag. Im Durchschnitt wurde der Elternabend mit 15 Elternteilen besucht (Abb. 7)

In den Mittelpunkt rückt vor allem die Gegebenheit, dass Kindertageseinrichtungen mit einer hohen Anzahl an Kindern, geringere Teilnehmeraten bei Elternabenden verzeichnen (Abb. 8). Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen den beiden oben genannten Variablen (Korrelationskoeffizienten nach Pearson von 0,82 [ $p=0,004$ ]). Da der P-Wert unter 0,05 liegt, besteht ein signifikantes Ergebnis mit einer hohen negativen Korrelation, d.h. je weniger Kinder eine Kindertageseinrichtung hat, desto höher ist die Teilnehmerate an den SunPass-Elternabenden.

Von den mit dem Fragebogen befragten Personen, haben 16 Personen angegeben, das Projekt nicht zu kennen. Von den übrigen 41 Elternteilen haben 29 Personen (70,73%) teilgenommen und 12 Personen (29,26%) sind dem Schulungsabend ferngeblieben.

Abb. 8 ▽ Streudiagramm: Zusammenhang zwischen der Teilnehmerate an Elternabenden und der Größe der Kindertageseinrichtung (gemessen an der Anzahl der Kinder)



Nach der Erkundigung über den Grund des Fernbleibens notierte ein Drittel der Personen fehlende Zeitressourcen, ein weiteres Drittel die Arbeit und das letzte Drittel machte keine Angaben bzw. befand sich im Urlaub (1 Person).

### Relevante Vermittlungsfaktoren

Abbildung 9 zeigt die Ergebnisse der quantitativen Befragung mittels Fragebogen, in der man zwei herausstechende Faktoren identifizieren kann, welche relevant für die Bekanntmachung des Projektes sind. Dies sind mit insgesamt je 31,6 % der Elternbrief und die Erzieher/innen. Eltern mit deutscher Nationalität wurden dabei häufiger von Erziehern/innen über den Projektstart und die damit verbundenen Maßnahmen aufgeklärt als Personen anderer Nationalitäten. Mehr als die Hälfte der befragten Ausländer konnte nichts mit dem Begriff „SunPass“ und dem dahinterstehenden Projekt assoziieren. Kinder fungieren in dieser Stichprobe nicht als Vermittlungsfaktor; lediglich ein Elternteil wurde durch das Kind auf das bevorstehende Projekt aufmerksam gemacht.

**Abb. 9** Kreuztabelle zur Ankündigung des Projektes und der Nationalität; Darstellung von absoluten und relativen Häufigkeiten

			Nationalität		Gesamt
			deutsch	andere	
<b>Ankündigung erfolgt durch...</b>	Erzieher/innen	Anzahl	15	3	18
		% innerhalb Nationalität	37,7%	20,0%	31,6%
	Kind	Anzahl	1	0	1
		% innerhalb Nationalität	2,4%	0,0%	1,8%
	Elternbrief	Anzahl	14	4	18
		% innerhalb Nationalität	33,3%	26,7%	31,6%
	Gar nicht	Anzahl	8	8	16
		% innerhalb Nationalität	19,0%	53,3%	28,1%
	Sonstiges	Anzahl	4	0	4
		% innerhalb Nationalität	9,5%	0,0%	7,0%
<b>Gesamt</b>		Anzahl	42	15	57
		% innerhalb Nationalität	100,0%	100,0%	100,0%

### Verbreitung von SunPass Materialien

Durch den eingesetzten Fragebogen können zudem Aussagen über die Verbreitung der SunPass-Broschüren sowie die über Wahrnehmung der Sonnenschutzhecke getätigt werden. Die Verteilung des ersteren Aspektes liegt bei 44% (bekommen) zu 56% (nicht bekommen), wobei genau 50% der Eltern, die keinen Faltprospekt haben, diejenigen Personen sind, welche das Projekt nicht kennen. Die Wahrnehmung der Sonnenschutzhecke (mit relevanten Informationen u.a. zum UV-Index) seitens der Eltern ist ähnlich wie die Verbreitung des SunPass-Faltprospektes einzuordnen. Von 41 Eltern haben lediglich 21 befragte Personen (51,21%) angegeben zu wissen, wo sich die Sonnenschutzhecke befindet. Nur 14,63% dieser

Personen besitzen eine andere Nationalität, d.h. über 85% der Personen, die die Sonnenschutzdecke wahrgenommen haben, sind deutscher Nationalität.

### 5.3 Programmakzeptanz

Die Programmakzeptanz sowohl auf visueller als auch inhaltlicher Ebene wurde mit dem Evaluationsbogen erhoben. Die wichtigsten Faktoren, welche im Folgenden erläutert werden, sind die Einschätzungen, Relevanz und Aufbereitung der im Projekt vermittelten Informationen, sowie die Einschätzung zur Durchführung und den beobachteten Wirkungen im Kindergarten. Es werden Hindernisse, Problemempfinden, Wünsche und Akzeptanz innerhalb des Projektes deskriptiv dargestellt.

#### Einschätzung der Informationen im Rahmen des Projektes

Insgesamt lässt sich hinsichtlich der Informationseinschätzungen im Projekt eine positive Rückmeldung geben (Abb. 10/11/12/13). Sowohl die Relevanz (95,11%), Verständlichkeit (82,92%) und Struktur (87,79%) der Informationen werden jeweils mit mindestens 80% in den oberen Bereich eingeordnet und sind somit positiv zu bewerten. Betrachtet man das



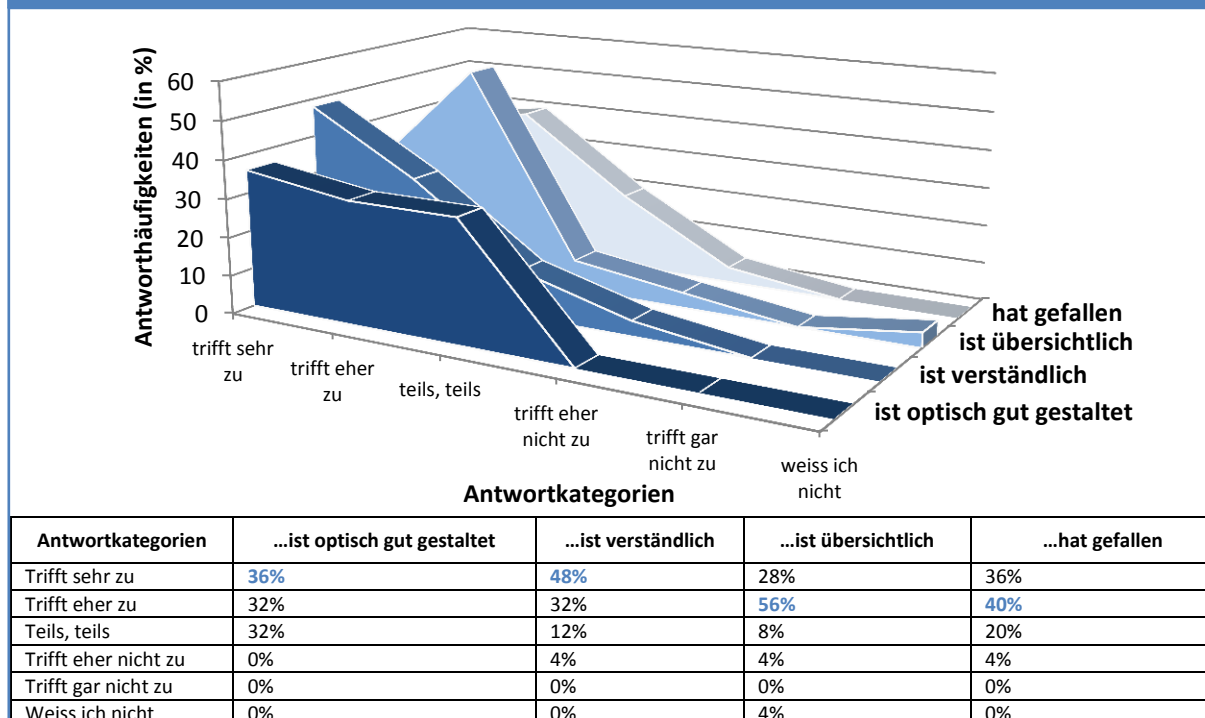
Item „Verständlichkeit der Informationen“ genauer, so wird ersichtlich, dass diejenigen, welche die Informationsverständlichkeit eher negativ bewerteten (teils, teils und schlechter), mit einem Anteil von 57,14% überwiegend aus Personen mit anderen Nationalitäten bestehen. Im Zusammenhang mit der Bekanntheit der im Projekt übermittelten Informationen ist ein gemischtes Bild zu finden. Bei 67,94% der Befragten waren die Fakten und Informationen zum Sonnenschutz etc. schon vorhanden; ein Viertel hat bisher nur teilweise Kenntnisse zum Thema gehabt und ca. 5% wussten bisher kaum etwas zum Thema. Von diesen 5% waren 8 Personen (66,66%) mit deutschem Hintergrund und nur 4 Personen (33,33%) mit einem anderen kulturellen Hintergrund.

Die Nachvollziehbarkeit der Informationen wird hier nicht als Grafik abgebildet. Es lässt sich aber sagen, dass die meisten Elternteile die Informationen im Projekt als nachvollziehbar empfinden (87,80%); nur ein geringer Teil empfindet dies nicht so (4,87%) oder weiss es nicht (7,31%).

### Aufbereitung der Informationen

Betrachtet man die Gestaltung und Aufbereitung der Information so ist zu unterscheiden zwischen der Gestaltung des Faltprospektes und der Aufbereitung der Informationen innerhalb des Elternabends mittel PowerPoint-Präsentation. Allgemein lässt sich ein positives Bild zur Aufbereitung und Gestaltung verzeichnen.

Abb. 14 ▾ Detaillierte Darstellung zur Beurteilung der Aufbereitung von Informationen (Faltprospekt SunPass) , Items einbezogen: Optik, Verständlichkeit, Übersichtlichkeit, Zustimmung; n=25

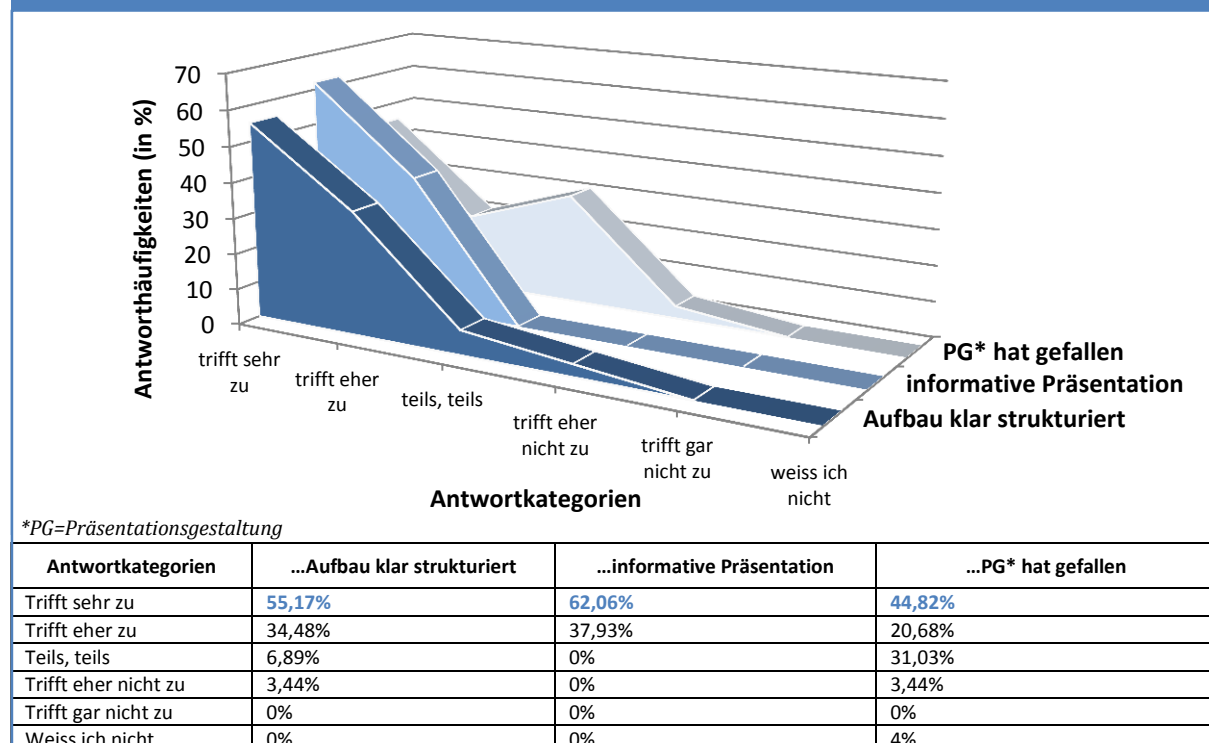


Von den Personen (n=25), welche einen Faltprospekt bekommen haben und diesen somit bewerten konnten, haben 68% angegeben den Faltprospekt als optisch ansprechend zu empfinden (trifft sehr zu – trifft eher zu). Das restliche Drittel hatte eine unklare Meinung zum optischen Aspekt. 80% der Befragten geben an den Inhalt des Prospektes zu verstehen, davon sind allerdings alle deutscher Nationalität. Personen, welche Kategorie drei (teils,teils) und vier (trifft eher nicht zu) angekreuzt haben, besitzen alle einen Migrationshintergrund. Betrachtet man die Mittelwerte der gegebenen Antworten so liegt dieser bei nicht Migranten bei ca. 1,45, d.h. zwischen trifft sehr zu und trifft eher zu. Mit einem Mittelwert von 3, d.h. teils, teils, bewerten Migranten die Aussage zur Verständlichkeit des Prospektes.

Wie man an Abbildung 14, welche zu diesem Textabschnitt dazugehört, sieht, ist die Spitze mit 56% hinsichtlich der Übersichtlichkeit auf die zweite Antwortkategorie gefallen (trifft eher zu). Insgesamt empfinden dennoch über 80% der Befragten, dass eine Übersichtlichkeit im Prospekt gegeben ist; nur 16% bewerten die Übersichtlichkeit schlechter oder geben keine Meinung ab. Alles in Allem kann gesagt werden, dass ca.  $\frac{3}{4}$  der Eltern an dem vorhandenen Prospekt zum SunPass-Projekt Gefallen finden und  $\frac{1}{4}$  ihn neutral bis leicht negativ beurteilt.

Auch die Informationen des Elternabends bzw. dessen Aufbereitung sollte von Eltern beurteilt werden. Insgesamt konnten 29 Personen den Fragenblock hinsichtlich des Elternabends bewerten, da diese teilgenommen haben.

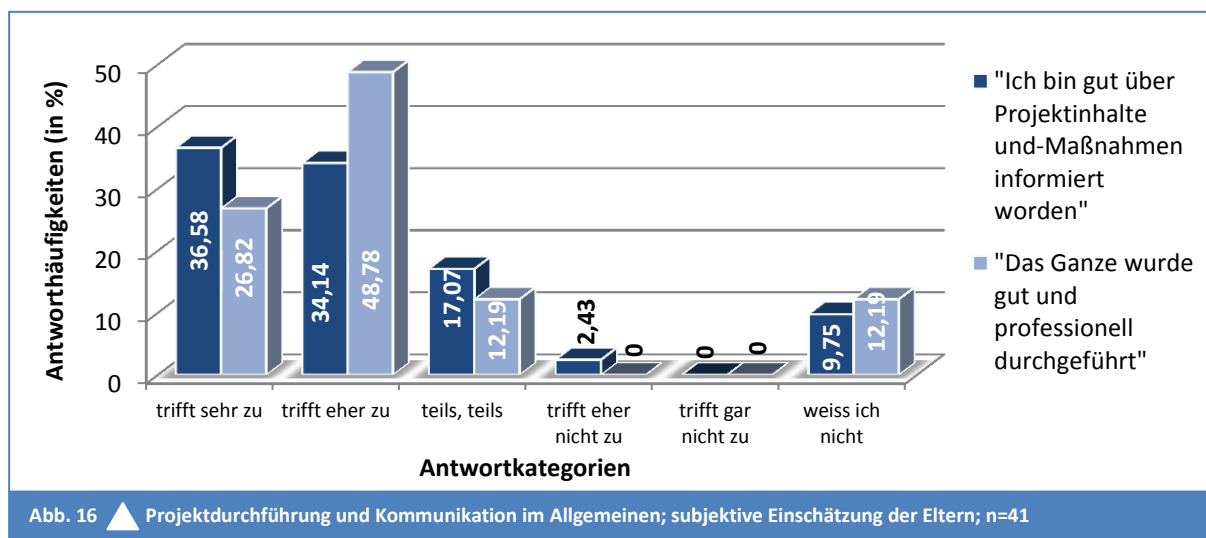
Abb. 15 ▽ Detaillierte Darstellung zur Beurteilung der Aufbereitung von Informationen (SunPass-Schulungspräsentation Elternabend), Items einbezogen: Struktur, Informationsgehalt, Zustimmung zur Gestaltung; n=29



Im Großen und Ganzen lässt die Evaluation positive Aussagen zu. Sowohl bei der Präsentationsgestaltung, als auch hinsichtlich des Informationsgehalts und strukturierten Aufbaus der Präsentation liegen die meisten Antworten in der ersten Kategorie (trifft sehr zu). Besonders der Informationsgehalt liegt zu 100% in den ersten beiden Kategorien und wird somit positiv hervorgehoben. Ein eher uneiniges Bild zeigt die Präsentationsgestaltung (PG\*); ca. 1/3 hat keinen Gefallen an der Gestaltung und Optik der Präsentation gefunden und 4 % enthalten sich. Der Aufbau der Präsentation hat zu ca. 90% gefallen, der Rest urteilt schlechter über den strukturellen Aufbau (Abb. 15).

### Einschätzung zur Durchführung

Die allgemeine Meinung über die Realisierung des Projekts innerhalb der Kindergärten sowie die Kommunikation zeigt Abbildung 16. Anzumerken ist, dass ca. 75% der Befragten die Durchführung des Projektes als gut und professionell ansehen. 70% der Befragten empfanden sich gut informiert über die Maßnahmen, welche im Rahmen des Projektes eingeführt wurden; 17% jedoch waren geteilter Meinung und ca. 2% fanden die Aufklärung über eingeführte Maßnahmen mangelhaft.



Geht man auch hier explizit auf die Durchführungen innerhalb des Elternabends durch die Projektmitarbeiterinnen ein (Abb. 17), so kann gesagt werden, dass vor allem der Aspekt der Möglichkeit von Rückfragen positiv auffällt. 75% der Elternabendteilnehmer/innen stimmen der Aussagen vollkommen zu; der Mittelwert der Antworten liegt bei 1,27. Sowohl bei dem Item „Referentin ging auf die Eltern ein“ als auch „Auf Fragen wurde kompetent geantwortet“, zeigt sich ein kleinerer Teil (jeweils 10,34%), der eher unbestimmte Meinung hinsichtlich der beiden Items äußert. Alles in Allem fällt eine eher positive Bewertung der Veranstaltung auf.

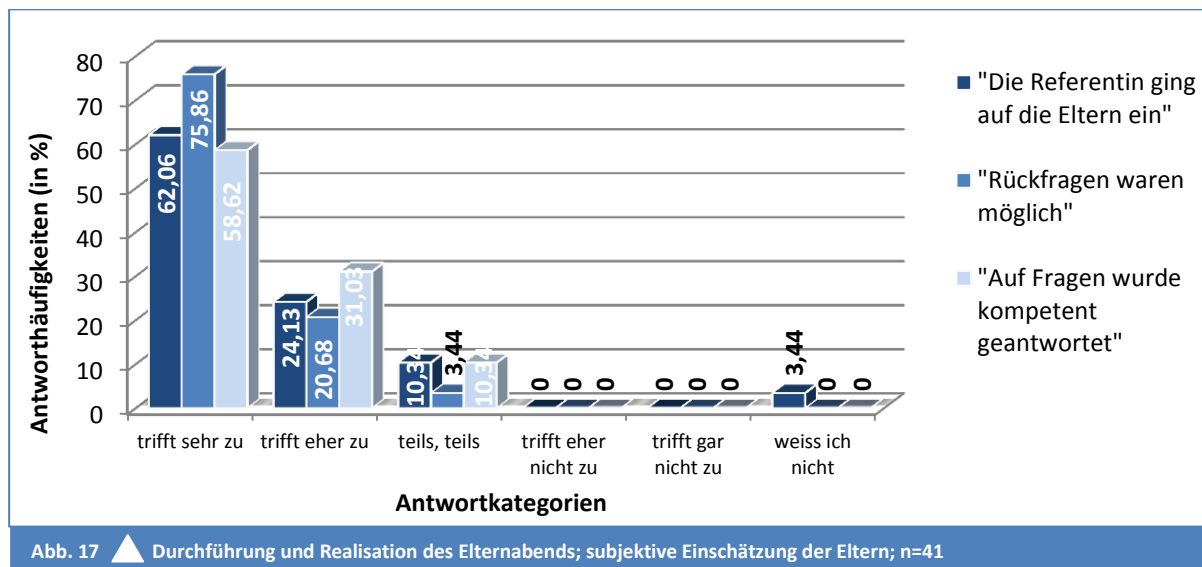


Abb. 17 ▲ Durchführung und Realisation des Elternabends; subjektive Einschätzung der Eltern; n=41

### Subjektive Einschätzung bezüglich der Wirkung (im Kindergarten)

Es fällt auf, dass die Meinung der Eltern hinsichtlich der Änderungen in der Kita eher skeptisch einzuordnen ist. Die meisten Eltern beurteilten eine eingetretene Änderung in der Kita mit „trifft eher zu“ (31,7%) und „teils, teils“ (31,7%). Jeweils 12,9% haben sich für Kategorie 1 und 4 entschieden.

Deutlich besser wird das Item „Ich kann mein Kind nun besser vor den Risikofaktoren des Hautkrebses schützen“ beurteilt: mehr als 2/3 stimmen dieser Aussage zu; mindestens 20% sehen dies eher nicht so (Abb. 18). Es gibt dabei keine weiteren Auffälligkeiten hinsichtlich Alter, Nationalität oder Betreuungsstundenanzahl, sodass eine weitere Gruppierung oder Eingrenzung möglich ist.

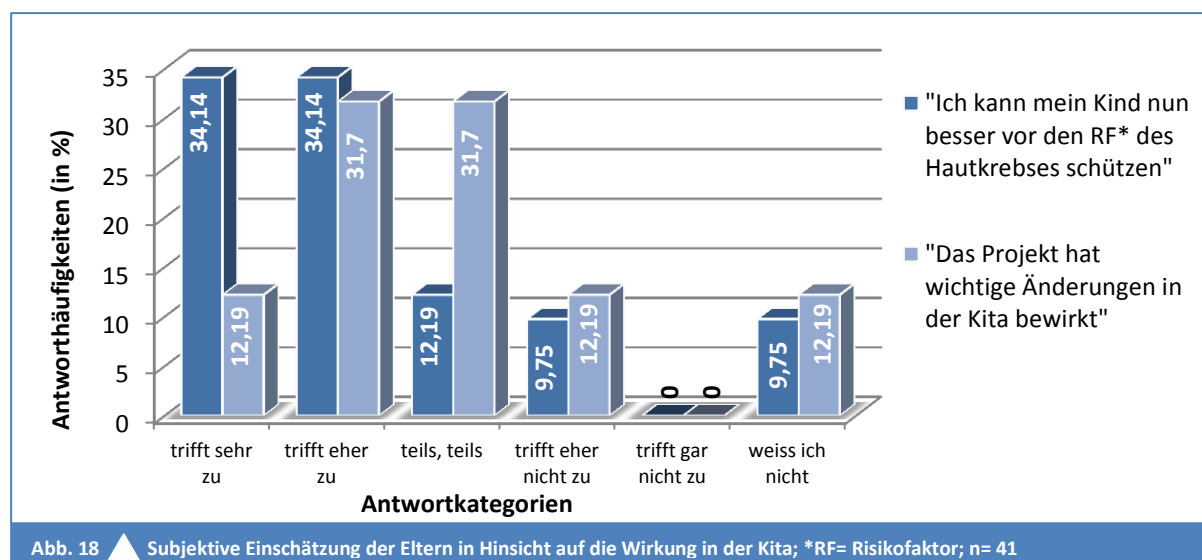
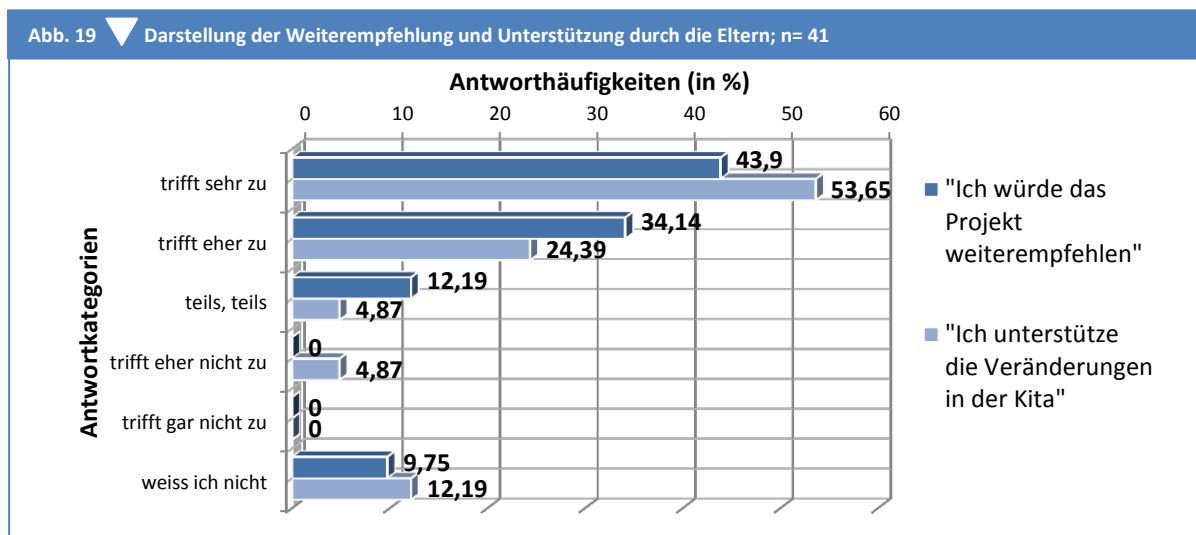


Abb. 18 ▲ Subjektive Einschätzung der Eltern in Hinsicht auf die Wirkung in der Kita; \*RF= Risikofaktor; n= 41



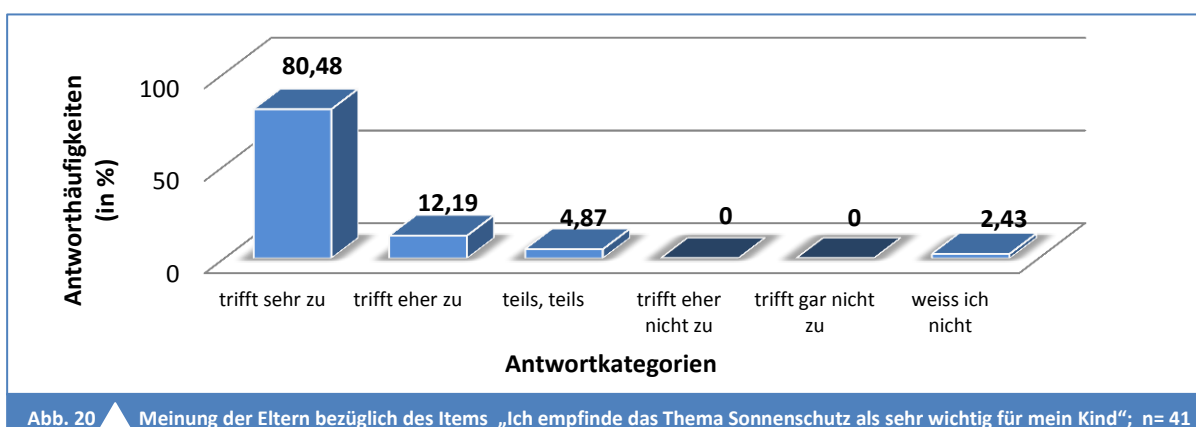
## Akzeptanz

Die unmittelbare Akzeptanz soll mit Hilfe der Weiterempfehlungsrate und der Unterstützung der Veränderung ermittelt werden. Die Ergebnisse zeigen einen großen Anteil von Unterstützern (78,04%) und Personen, die das Projekt sowie die Inhalte weiterempfehlen würden (78,04%). Von den 78,04% der Unterstützer empfinden 65,85% das Thema Sonnenschutz als wichtig, bei 9,75% trifft dies eher zu und 2,43% bewertet die Aussage mit teils, teils (Abb.19).



## Relevanz für den Alltag

Abbildung 20 zeigt sehr deutlich, dass das Thema des Projektes auch relevant für den eigenen Alltag und für das Leben außerhalb des Kindergartens ist. Über 80% der Befragten empfinden demnach das Thema Sonnenschutz als sehr wichtig; nur ca. 5% würden den Sonnenschutz eher als zum Teil vernachlässigungswürdig einstufen. Keiner der Befragten hat diese Aussage abgelehnt.



### Sonstige Beobachtungen

Bei der Analyse der Ergebnisse ist aufgefallen, dass Personen, die den Elternabend als nicht lohnend eingeordnet haben (Bewertung von teils,teils und schlechter), nicht nur eine schlechtere Meinung vom Elternabend an sich haben, sondern es zeigt sich auch eine im Allgemeinen schlechtere Bewertung bei der Programmeinschätzung, wie z.B. den Items Wirkung, Weiterempfehlung sowie der Durchführung von Programmmitarbeiterinnen (Abb. 21).

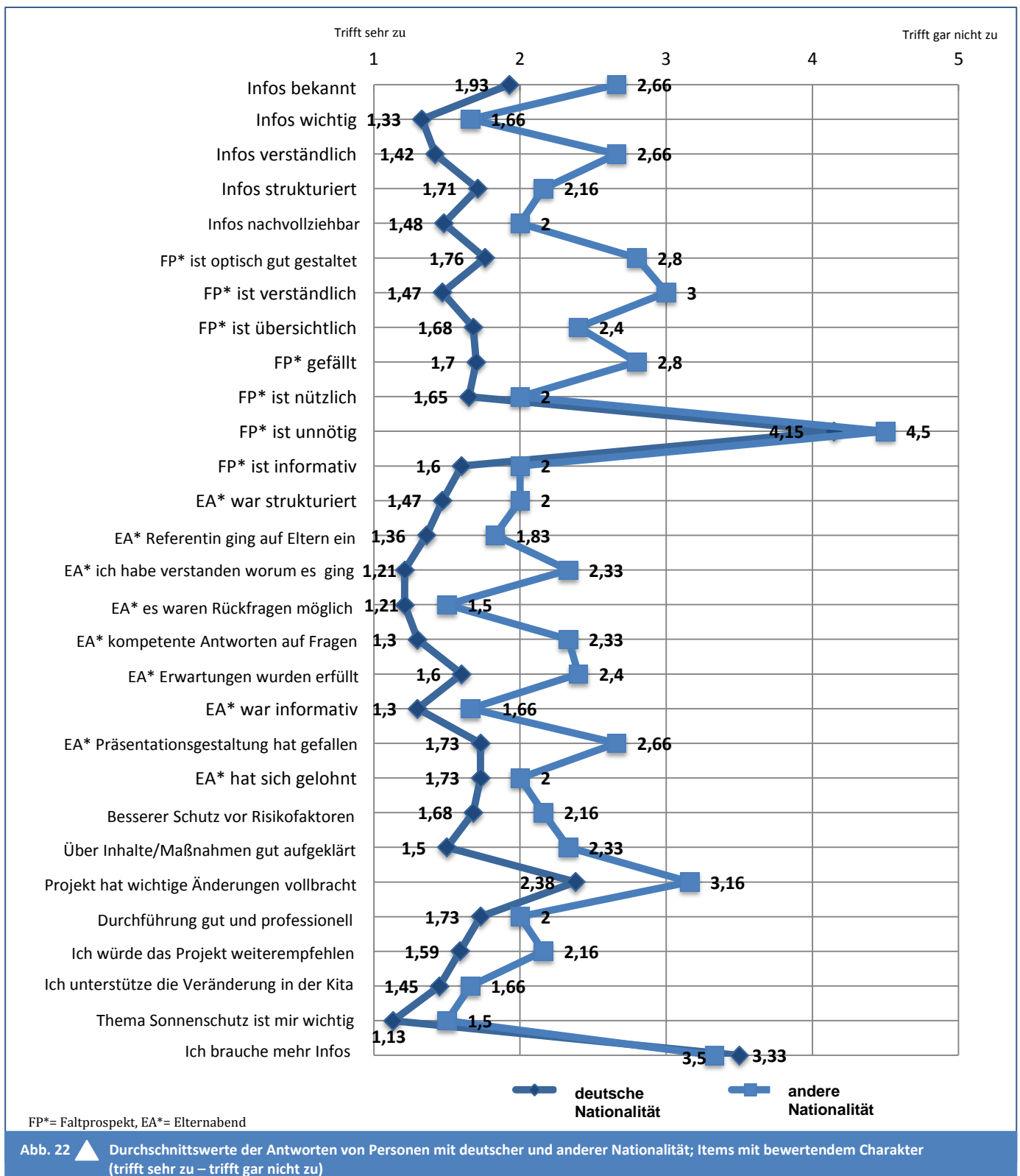
Abb. 21 ▼ Unterschiede in der Wahrnehmung des Projektes nach Einschätzung des Elternabends, Mittelwertangaben der Antworthäufigkeiten

Items	N	Mittelwerte Gruppe 1 (Lohnenswert: trifft sehr zu – trifft eher zu)	N	Mittelwerte Gruppe 2 (Lohnenswert: teils, teils – trifft gar nicht zu)	Differenz
<b>Elternabend</b>	22		7		
Referentin ging auf die Eltern ein.		1,23		2,14	0,91
Ich habe verstanden worum es ging.		1,36		1,71	0,35
Rückfragen waren möglich.		1,13		1,71	0,58
Auf Fragen wurde kompetent geantwortet		1,36		2,0	0,64
Elternabend hat meine Erwartungen erfüllt.		1,54		2,50	0,96
Elternabend war informativ		1,22		1,85	0,63
Präsentationsgestaltung hat gefallen.		1,68		2,71	1,03
<b>Projektbewertung</b>					
Kann mein Kind besser vor RF* des Haut-krebses schützen.		1,54		2,66	1,12
Projekt hat wichtige Änderungen in der Kita bewirkt.		2,25		3,42	1,17
Projekt wurde gut & professionell durch-geführt.		1,5		2,71	1,21
Ich würde das Projekt weiterempfehlen.		1,42		2,57	1,15
Ich brauche mehr Infos zum Thema.		3,52		3,28	-0,24

\*1=trifft sehr zu; 2= trifft eher zu; 3=teils,teils; 4=trifft eher nicht zu; 5= trifft gar nicht zu; \*RF= Risikofaktoren

Desweiteren ist beim Vergleich der Antwortmittelwerte von Personen mit deutscher und anderer Nationalitäten aufgefallen, dass Migranten alle positiv ausgerichteten Aussagen schlechter bewerten. Beachtlich sind die Unterschiede bei Items mit Verständlichkeitscharakter, d.h. sowohl bei den Informationen im Allgemeinen als auch die Verständlichkeit beim Elternabend und die des Faltprospektes. Dabei liegen die Differenzen der durchschnittlichen Antworten zwischen Migranten und nicht Migranten beim Faltprospekt (1,53), bei den allgemeinen Informationen (1,24) sowie beim Elternabend (1,12), d.h. diese Items wurden von Migranten um mindestens eine Kategorie schlechter bewertet als Personen deutscher Nationalität. Zudem ist die Zustimmung zum Faltprospekt mit einer

großen Differenz von 1,1 gekennzeichnet. Die Bewertungen des Informationsgehalts, der Durchführung und des Nutzens liegen dagegen bei beiden Gruppen sehr eng aneinander (Abb. 22).



## 6. Diskussion

Da Transparenz und Nachvollziehbarkeit der wissenschaftlichen Forschung von besonderer Relevanz sind, wird das folgende Kapitel die im vorherig dargestellten Ergebnisse der Arbeit analysieren und mögliche Verzerrungen interpretieren. Zudem sollen die Grenzen dieser Arbeit kurz umrissen werden, um auf die Problematik der schwierigen Durchführungssituation hinzuweisen. Abschließend werden für das Projekt in Frage kommende Ansätze zur Verbesserung vorgestellt.

### 6.1 Ergebnisse und Einflussfaktoren

#### ***a. Die angestrebte Zielgruppe, d.h. die sehr heterogene Elternschaft, wird mit dem Projekt bzw. dessen Inhalten nur teilweise erreicht***

Die eher gering einzustufende Programmreichweite, fällt hierbei eher negativ auf. Besonders abgeschlagen ist die Inanspruchnahme der Fragebögen der ESCF, welche sowohl vor als auch nach dem Elternabend (Schulung) auszufüllen waren. Besonders der Rücklauf der Fragebögen nach dem Elternabend ist mit nur 14,49% sehr gering. Durch Beobachtungen und persönliche Gespräche während des Ausfüllens der obengenannten Fragebögen, wurden zusätzlich Aussagen seitens der Elternschaft erfasst. Hierbei kam es zu ablehnenden Worten; einige konnten den Sinn des Ausfüllens von zwei identischen Fragebögen nicht verstehen, andere beklagten sich über das Ausfüllen an sich.

Im Rahmen der Evaluation gaben 16 der insgesamt 57 Befragten an das Projekt in keinerlei Hinsicht zu kennen oder jemals davon gehört zu haben. Dies entspricht zwar einer Rate von nur 28%, aber es kann mit sehr großer Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass dieser Anteil in der Grundgesamtheit um ein Vielfaches höher liegt. Diese Annahme hängt mit der Zusammensetzung der Personen zusammen, denn diese besteht zum größten Teil aus Personen mit Migrationshintergrund (70,05%). Durch die Lage des Projektortes in Stadtteilen mit einer hohen Migrationsrate liegt es nahe, dass sehr viel mehr Personen nichts von dem Projekt mitbekommen haben. Diese Situation ist teilweise nicht nachvollziehbar, denn es gab eine Vereinbarung mit der Kitaleitung, die verbindlich einen Elternbrief mit Ankündigung des Projektes sowie des Elternabends an alle Eltern verschickt werden sollte. So kann das nicht Einhalten dieser Maßnahme zum Projektbeginn seitens der Kitas, diese Situation der Unbekanntheit des Projektes erklären. Gleichermäßen könnten durch die teilweise nur sehr geringen Kenntnisse der deutschen Sprache aber auch schwierigen Lebensumstände bei einigen Elternteilen, die Beschäftigung und das Interesse am Projekt in den Hintergrund gerückt sein.

Die Elternbeteiligung am Elternabend ist mit ca. 20% ebenso gering einzuschätzen. Es konnten lediglich 146 Elternteile erreicht werden und somit durch Fakten und Informationen zum Thema Sonnenschutz geschult werden. Die meisten der Personen, welche nicht am Elternabend teilnahmen, gaben als Grund für die Abwesenheit fehlende zeitliche Ressourcen z.B. durch die Arbeit an oder machten keine Angaben. Da der Hamburger Stadtteil Harburg eine Arbeitslosenquote von 6,6% und einem Anteil von 12,4% an Hartz-IV Empfängern aufweisen (Binde, 2014, S.11), sind jedoch auch weitere Faktoren abgesehen von Jobs denkbar. Ebenfalls möglich wäre es, dass fehlende Betreuungsmöglichkeiten während des Elternabends die Quote der Beteiligung gesenkt haben oder schlichtweg ein Desinteresse seitens der restlichen Elternschaft besteht.

Wie im Einführungskapitel beschrieben, sind vor allem sozial Benachteiligte und mit einem Migrationshintergrund versehene Personen besonders schwer zu erreichen. Durch die Teilnahme an Begehungen und den Elternabenden in den Kindertageseinrichtungen konnte bei Eltern mit dunklerem Hauttyp eine leichte Gleichgültigkeit bezüglich des Themas wahrgenommen werden; es kam öfter zu Aussagen wie „Mein Kind ist dunkel/braun, es braucht keine Sonnencreme“ oder „Er/Sie hatte noch nie einen Sonnenbrand, auch nicht im Urlaub“, wobei Urlaub hier auf Länder mit stärkerer Sonneneinstrahlung bezogen war. In einigen Kindergärten kam es zudem öfter zu Fragen zum Sonnenschutz bei „farbigen“ Kindern. Zweifelsohne existieren sicherlich auch Elternteile in den Kindergärten, welche glauben ausreichendes Wissen über den Sonnenschutz ihres Kindes zu haben, und somit dem Elternabend ferngeblieben sind.

Die Wahrnehmung von verschiedenen relevanten Elementen des Projektes, wie z.B. der Sonnenschutzzecke sowie dem Faltblatt, ist innerhalb der Stichprobe besser zu bewerten. Der prozentuale Anteil der befragten Personen, welche den Faltprospekt und die Sonnenschutzzecke wahrgenommen haben, liegt bei 44% und 51%. Diese sind allerdings nur für die Stichprobe zu verwenden und nicht auf die Grundgesamtheit anzuwenden. Es ist anzunehmen, dass fehlende Kommunikation der Elternteile untereinander die Wahrnehmung einzelner Projektelemente senkt.

Sowohl bei der Teilnahme am Elternabend als auch der Wahrnehmung der Projektelemente in der Kita sollte der Selbst-Selektions-Bias genannt werden, da Personen, die am Elternabend teilnehmen, das Faltblatt wahrnehmen oder an der Befragung teilnehmen sich Selbstselektieren, z.B. wenn sie besonderes Interesse haben an gesundheitsorientiertem Verhalten. Diese Personen kommen grundsätzlich eher zu Veranstaltungen oder nehmen Materialien von Projekten eher wahr (Wilm, Abholz, 2007, S.887).

***b. Die Programmakzeptanz bei beteiligten Elternteilen ist bis auf kleine Beanstandungen als hoch einzustufen***

Die Programmakzeptanz ist gegliedert in eine informative und gestalterische Ebene, die in diesem Projekt sehr gut abgeschnitten hat. Vor allem in den Bereichen Relevanz, Aufbereitung/Gestaltung, Unterstützung und Durchführung des Projektes sind durchweg positive Rückmeldungen gegeben worden.

Sowohl auf die Teilnahme am Projekt als auch an der Evaluation bezogen können Personen mit anderen Nationalitäten als eher schwierig zu erreichende Gruppe beschrieben werden. Da die vorhandene Studie einen sehr geringen Teil dieser Personen beinhaltet, ist der Fall nicht auszuschließen, dass eine größere Anzahl der Personengruppe die jetzige sehr positive Resonanz bezüglich der Programmakzeptanz verschlechtern würde. Dieses Szenario lässt sich auf die allgemein schlechtere Bewertung des Faltblattes und des Elternabends durch Personen mit anderen Nationalitäten zurückführen.

Die sehr positiv ausgefallene Auffassung der Programmakzeptanz in sowohl gestalterischer als auch inhaltlicher Hinsicht, kann u.U. auch durch die „acquiescence tendency“ also die „Ja-sage-Tendenz“ begründet werden. Der Begriff beschreibt, dass ängstliche, konservative aber auch autoritäre Personen oft dazu neigen Antwortkategorien mit „ja“, „stimmt“ oder „richtig“ anzukreuzen; dabei kommt es nicht auf den Inhalt der Frage an (Schnell, Hill, Esser, 2008, S. 354). In der vorliegenden Studie kann sowohl die Charakteristik des Menschen (ängstlich usw.) aber auch die besondere Situation des Zeitmangels als Faktor für diese Art von Bias aufgeführt werden. Oftmals wurden die Fragebögen nach einer sehr geringen Bearbeitungszeit abgegeben, was eventuell auf ein „überfliegen“ der Aussagen hindeutet. Besonders auffällig ist dies beim Frageblock zum Elternabend, indem 7 Befragte alle Items des Blockes mit der ersten Kategorie (trifft sehr zu) bewerten.

Da die Evaluation Frageblöcke mit Bewertungen zu vergangenen Ereignissen bzw. in der Vergangenheit erhaltene Materialien enthielt, könnte der „recall bias“ unter anderem eine weitere Erklärung für die sehr positiven Aussagen bezüglich der Programmakzeptanz sein. Durch die in einigen Kindertageseinrichtungen sehr große Lücke zwischen Elternabend und Evaluation (z.T. bis zu 4 Monaten), können einzelne Aspekte nicht mehr richtig erinnert werden, und es wird ein Item positiver oder negativer bewertet, als es der Wahrheit entspricht (Land, Secic, 2006, S.453).

Die Akzeptanz des Themas Sonnenschutz ist bei auffällig vielen sehr hoch. Fast alle bewerten die Thematik als sehr wichtig für das eigene Leben und das Kind. Mit der sozialen

Erwünschtheit (social desirability) beschreibt man in der empirischen Sozialforschung den Umstand, dass Personen entweder durch das persönliche Verlangen nach Anerkennung oder durch die Angst vor Konsequenzen, Angaben machen, bei denen sie denken, dass sie eher auf Zustimmung treffen als die wahre Meinung (Lang, Secic, 2006 S.243). Es scheint auch eine solche Verzerrung bei dem Item zur Unterstützung des Projektes vorzuliegen, da ein auffallend hoher Anteil von Befragten mit extremer Zustimmung anzutreffen ist. Dies steht in Kontrast zu den Aussagen vieler Betreuerinnen und Kitaleitungen, die trotz der Schulung mit den Eltern, nur geringe Verbesserungen bezüglich des Sonnenschutzverhaltens der Eltern beobachtet. Zum Teil waren Mitarbeiter/innen oder die Kitaleitungen bei der Befragung der Eltern anwesend. Die Anwesenheit dritter Personen während des Ausfüllens kann als Indikator für soziale Erwünschtheit fungieren und diese fördern. Betrachtet man die kleineren Beanstandungen, so fällt die Gestaltung der Schulungs-präsentation für Eltern sowie die des SunPass-Faltprospekts auf. Hinsichtlich der offen gestalteten Fragen zur Verbesserungsmöglichkeiten gaben einige Eltern an die Präsentation zu kürzen und das Fachvokabular auf das Nötigste zu begrenzen, damit die Verständlichkeit der Informationen für Personen mit geringen Sprachkenntnissen erhöht wird.

### ***c. Die Projektwirkung in den Kindertageseinrichtungen wird von den Eltern eher neutral eingeschätzt***

Eher skeptisch treten die Eltern der Wirkung im Kindergarten gegenüber. Hierbei gaben ca. 45% der Befragten an nur teilweise oder fast keine Veränderung im Kindergarten seit dem Projektbeginn festgestellt zu haben. Im Vergleich zu dem restlichen Feedback im Projekt, scheint dieses Item besonders schlecht abgeschnitten zu haben. Dies kann damit zusammenhängen, dass viele, obwohl sie aktiv an Veranstaltungen zum Thema teilnahmen und somit einen Wissenszuwachs wahrscheinlich ist, das eigene Verhalten nicht ändern. Die gleichen Beobachtungen machten Forscher im Auftrag des sächsischen Sozialministeriums zwischen 2009-2011 (SMS, 2013, S. 28), d.h. eine Wissensvermittlung reicht nicht aus, um das Verhalten der Eltern zu ändern.

In diesem Projekt ist allerdings eben genau diese Verhaltensänderung bei den Eltern angestrebt, um den Kindertageseinrichtungen die alltägliche Arbeit mit Kindern und dem Sonnenschutz zu erleichtern. Wirken die Eltern dabei nicht mit, so wird es schwierig die Verhältnisse im Kindergarten bezüglich des Sonnenschutzes neu zu gestalten. Eben dieses Feedback gaben Erzieher/innen mehrfach im persönlichen Gespräch während der

Befragung in einigen Kindertageseinrichtung an, wobei zugleich die im ersten Kapitel beschriebenen Abhängigkeiten aber auch Spannungen zwischen Eltern und Erzieher/innen zu erkennen sind.

***d. Der Elternabend fungiert wohlmöglich als wichtiger Faktor für die Gesamtbewertung des Projektes***

Wie man aus den Ergebnissen entnehmen kann, bewerten Personen das Projekt inklusive der Durchführung, Wirkung und des Nutzens schlechter, wenn sie den Elternabend als nicht lohnenswert empfinden. Die Differenzen zwischen Eltern, die den Elternabend als lohnenswert und nicht-lohnenswert empfinden, liegt bei bis zu einer ganzen Kategorieabstufung. Der Elternabend scheint demnach als Indikator mit größter Relevanz für das Projekt zu stehen, d.h. bewertet das Elternteil auf subjektiver Ebene den Elternabend als gut, so bewertet er/sie das ganze Projekt besser. Dieser Umstand müsste allerdings durch eine weitere Untersuchung geklärt werden.

***e. Der kulturelle Hintergrund ist relevant für die Bewertung des Projektes***

Es fällt auf, dass Eltern mit Migrationshintergrund alle Items, in denen Bewertungen abgegeben werden sollten, schlechter bewertet haben als deutsche Eltern. Dabei lässt sich kein Faktor aus der Studie entnehmen, der für diesen Umstand verantwortlich ist. Denkbar wären sprachliche Barrieren, die vor allem durch die schwere Verständlichkeit zu einer „Unzufriedenheit“ führte, und somit die Abwertung in fast allen Bereichen förderte. Zum anderen besteht die Zielgruppe hauptsächlich aus Nationalitäten, welche eher durch einen dunkleren Hauttyp charakterisiert sind (Naher Osten, Lateinamerika, Afrika und Mittelmeerraum). Vor allem für Personen mit kulturellem Hintergrund südlich des Äquators, können andere Gesundheitskonzepte zugrunde liegen, die den Sonnenschutz nicht als Inhalt haben. Zudem könnte eine Verzerrung vorliegen, die mit dem „central error of tendency“ zu erklären ist. Dabei kreuzen Personen eher die mittleren Antwortkategorien an, um eine neutralere Aussage herbeizuführen. Der persönliche Kontakt zu den Teilnehmern/innen bestätigte die Annahmen, dass viele erstmalig einen solchen Fragebogen mit bewertenden Items ausfüllten und somit eventuell Fragen oder Antwortkategorien nicht sinngemäß auffassten. Als Folge können diese Abweichungen in den Antworten der beiden Gruppen entstanden sein.



## **6.2 Grenzen und Limitationen des Studiendesigns und der Durchführung**

Wie auch in anderen Untersuchungen und Studien stößt man an Grenzen, die nicht im möglichen Rahmen untersucht werden können bzw. die eine Generalisierung in Bezug auf die Grundgesamtheit nicht zulassen. Zu Beginn wäre daher die fehlende Repräsentativität zu nennen; durch die geringe Anzahl von lediglich 57 Teilnehmern sowie die deskriptive Ausrichtung des Fragebogens können nur Tendenzen dargestellt werden. Diese sind nicht in Bezug auf das Projekt zu verallgemeinern, sondern nur für die Stichprobe zutreffend. Zusätzlich wirkt sich die Gegebenheit, dass nicht alle im Projekt einbezogenen Kindertageseinrichtungen befragt worden sind, negativ auf die Repräsentativität aus. Zurückzuführen ist dies auf die begrenzte Zeit sowie die missliche Lage, dass nicht alle Elternabende rechtzeitig (bis zum 30. Juni) stattgefunden haben. Durch diese Auslese waren ca. 471 Elternpaare aus der Evaluation ausgeschlossen.

Desweiteren fiel unglücklicherweise erst kurz nach Beginn der Befragung auf, dass der Migrationshintergrund durch die Operationalisierung der Nationalität nicht gut erfasst wird. Vor allem die russischsprachigen Eltern, welche sehr wahrscheinlich Spätaussiedler sind, gaben die deutsche Nationalität an, obwohl einige der deutschen Sprache gar nicht oder nur sehr eingeschränkt mächtig waren. Auch Zeeb und Razum erklären, dass der Umstand nur die eigene Nationalität in migrationsspezifischen Untersuchungen als einzigen Indikator für Migration zu nehmen, eben genau aus diesem Grund, als schwierig einzustufen ist. Es fallen einige Personen mit anderem nicht deutschem kulturellen Hintergrund in eine falsche Gruppe und können das wahre Ergebnis oder Risikofaktoren verschleiern (Zeeb, Razum, 2006, S.848 f).

Besonders hervorgehoben werden sollten auch die schwierigen Umstände der Befragung, vor allem hinsichtlich der Teilnahme von Migranten. Sprachliche Barrieren, aber auch zunehmend die fehlende Erfahrung im Umgang mit einem Fragebogen, machten die Befragung mühsam und kompliziert. Auch mit Hilfe eines Übersetzers in einer der Kindertageseinrichtungen konnten keine annehmbareren Verhältnisse geschaffen werden. Es wurde deutlich, dass die Wahrung der Anonymität eine sehr große Rolle spielt, da sehr viele mehrmals nachfragten, ob der Name abgefragt wird und sie den Fragebogen in diesem Falle auf gar keinen Fall ausfüllen würden.

## 7. Ausblick und Empfehlungen

Die Studie hat erstmalig seit Beginn des SunPass-Projektes im Jahre 2009, Aufschlüsse zu elterlichen Meinungen gegenüber der Projektkonzeption aufdecken können. Durch die Erhebung konnte ein Ist-Zustand zur Zielgruppenerreichung und Programmreichweite erfasst werden, der im ersteren Falle sehr positiv ausgefallen ist und bezüglich der Programmreichweite einige Problemstellen aufdecken konnte. Sowohl sprachliche Barrieren aber auch die fehlende Aufklärung über das Projekt zu Beginn gehören zu den wichtigsten Hindernissen für eine zufriedenstellende Programmreichweite. Ein weiteres Ziel dieser Arbeit ist, Empfehlungen zur Optimierung einzelner im Projekt problematischer Aspekte zu entwickeln, was mit einigen expliziten Anregungen im Folgenden erreicht wird:

Sollte das SunPass-Projekt auch die nächsten Jahre weiter fortbestehen und ein Stadtteil mit höherem Migrantenanteil anvisiert werden, dienen die folgenden Anregungen der Umgestaltung oder Erweiterung des Konzeptes.

Zur Steigerung der Wahrnehmung des Projektes, könnte sich eine Kooperation mit einer Institution oder einem Verein mit multikulturellen personellen Ressourcen als vorteilhaft herausstellen; vor allem hinsichtlich der Erreichung von Migranten/innen. Wie oben beschrieben, stellen mehrere Häuser sogenannte Mediatoren/innen oder Präventionsberater/innen zur Verfügung, die für die Aufklärung des Projektes in verschiedenen sprachlichen Gruppen zuständig wären. Diese Art der Vorgehensweise wird unterstützt von einer Studie von Gerken et al., welche zeigte, dass die Befragten hauptsächlich durch die Mediatoren selbst (50%) oder durch Freunde (47%), also eben durch soziale Kontakte, von projektbezogenen Veranstaltung sowie dem Projekt selbst erfahren hatten. Dies impliziert eine deutlich größere Chance der Teilnahme im Gegensatz zu reinen „Komm-Struktur“, welche durch Plakate oder Flyer charakterisiert ist (Gerken et al., 2008, S. 21). Besonders bei Kindertageseinrichtungen mit einer großen Anzahl an Kindern scheint das Projekt zwischen all den anderen alltäglichen Umständen „unterzugehen“; man sollte demnach vermehrt in Kindergärten aufsuchende, mit direkter persönlicher Ansprache verbundene Aufklärung betreiben.

Die Zugangsschwellen zu dem Elternabend können durch mehrere Faktoren gesenkt werden. Zum einen kann die SunPass-Schulung in einen Elternabend mit festen kitabezogenen Themen eingebunden werden; in dieser Arbeit war bei dieser Variante eine höhere Teilnahmerate zu verzeichnen. Eine weitere Möglichkeit stellt das Einbringen von „lohnenden Elementen“ während oder nach dem Elternabend dar, z.B. durch Geschenke (Sonnencreme o. Ä.).

Desweiteren könnten in den Besuchen der jährlichen Sommerfeste der Kindertageseinrichtungen eine weitere Chance gesehen werden, schwer zu erreichende Eltern über Risikofaktoren und den Umgang mit der Sonne aufzuklären.

Da die Gestaltung der Projektelemente z.T. dürftig bewertet wurde, könnte man auch hier Veränderungen anstreben. Einzelne deutsche Eltern beschrieben in offen gestellten Fragen die Problematik mit dem Fachvokabular und der Unübersichtlichkeit, die es nach deren Meinung vor allem für Migranten aber auch sie selbst schwer macht der Schulung und deren Inhalten zu folgen. Eine übersichtlichere Aufbereitung der PowerPoint Präsentation eventuell mit einer Agendaleiste, welche während des gesamten Vortrages das aktuell behandelte Kapitel anzeigt, könnte auch der Struktur zu positiveren Impulsen verhelfen. Damit einhergehend kann gleichzeitig eine Komprimierung der Informationen auf das Relevanteste zu vielversprechenden Ergebnissen führen. Einige Eltern empfanden den auf ca. 30 Minuten angesetzte Vortrag als zu langwierig; die Konzentration geht nach ca. 15-20 Minuten stark zurück, weshalb diese Zeitangabe nicht überschritten oder zumindest ein interaktiver Teil zwischengeschaltet werden sollte (Lüth, Tscheulin, Dalden, 2014, S. 24). Das Fachvokabular sollte, wenn möglich, weggelassen oder umschrieben werden, um die Konzentration der Eltern beizubehalten und Störungen zu der Präsentation zu meiden. Außerdem wurde von der Elternschaft der Vorschlag gemacht, dass mehr Tipps „zum Anfassen“ gegeben werden sollten, und der Textanteil in der Präsentation reduziert wird. Durch visuelle Objekte, kann man den Eltern mit sprachlichen Einschränkungen außerdem Informationen klarer vermitteln; es wäre denkbar geeignete Mützen mit Nackenschutz mitzubringen und herumzureichen.

Sollte eine weitere Evaluation im nächsten Jahr stattfinden, sollte darauf geachtet werden, dass die Kitaleitung oder Erzieher/innen miteinbezogen werden und unterstützend helfen, da diese Personen eine stärkere Bindung zu den Eltern aufweisen und die Wahrscheinlichkeit des Ausfüllens erhöht wird. Das persönliche Gespräch mit den Teilnehmern/innen ist als hilfreicher einzustufen als das bloße Verschicken von Fragebögen, wobei eine geringere Resonanz festzuhalten ist. Zum Teil unbeantwortet bleibt weiterhin die Frage nach den Beweggründen der geringen Teilnahme, denn nicht alle Eltern besitzen geringe Sprachkenntnisse oder haben nur geringe zeitliche Ressourcen aufzuweisen. Ferner wurde deutlich, dass die Eltern selbst z.T. nur wenige Änderungen in den Kindertageseinrichtungen wahrgenommen haben, wobei sich die Frage stellt, ob dies der Wirklichkeit entspricht. Eine

weitere Untersuchung zur Wirkung im Kindergarten eventuell zusammen mit der Frage, ob der Elternabend mit Schulung einen Wissenszuwachs erbringt, wäre zur Beantwortung dieser aufgekommene Frage nötig. Wünschenswert wäre zudem die Integration von weiteren Vätern, die sowohl bei der Evaluation aber auch im Projekt z.T. sehr geringfügig anzutreffen waren.

## 8. Literaturverzeichnis

**Altdorf, S.** (2013). Kinderhaut ist ein eigener Hauttyp. Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention e.V. <http://www.unsererahaut.de/de/presse/2013/05/Kinderhaut-ist-ein-eigener-Hauttyp.php>. Stand: 06.06.14.

Aulbert, W., Parpart, C., Schulz-Hornbostel, R., Hinrichs, B., Krüger-Corcoran, D., Stockfleth, E. (2009). Certification of sun protection practices in German child day-care centre improves children's sun protection – the SunPass intervention, in: British Journal of Dermatology (BJD), 161. Jg., Supplement 3, S. 5-12.

Aßmus, M. (2012). Wirkung von UV-Strahlung – Effects of UV radiation, in: UMID. Umwelt und Mensch, Nr. 2, S. 10-14.

**Badura, B.** (1993). Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung, in: Pelikan, J-M., Demmer, H., Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung-Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen, Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 20-33.

Binde, N. (2014). Kinder, Autos, Ärzte: Das große Bezirksranking. Hamburger Abendblatt Online. [http://suche.abendblatt.de/ashao/index.php?method=search&outputs=4&search=\\*%&date=period&dateFrom=24.05.2014&dateTo=24.05.2014](http://suche.abendblatt.de/ashao/index.php?method=search&outputs=4&search=*%&date=period&dateFrom=24.05.2014&dateTo=24.05.2014). Stand: 13.06.2014.

Blättner, B., Waller, H. (2011). Gesundheitswissenschaften – Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Bleif, M. (2013). Krebs - die unsterbliche Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta.

Breitbart, E. W., Wende, A., Mohr, P., Greinert, R., Volkmer, B. (2004). Hautkrebs, in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Nr. 22, S. 3-33.

Bundesgesetzblatt [bgbl] (2008). Gesetz zur Förderung von Kindern unter drei Jahren in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege (Kinderförderungsgesetz – KiföG). Bundesgesetzblatt online. [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text\\_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist\\_0&bk=bgbl&start=%2F%2F\\*\[%40node\\_id%3D%27255368%27\]&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F*[%40node_id%3D%27255368%27]&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1). Stand: 20.07.14.

**Deutsche Krebshilfe e.V.** (2012). Sommer-Sonne-Schattenspiele – Gut behütet vor UV-Strahlung. Deutsche Krebshilfe e.V. [http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Praeventionsratgeber/407\\_sommer\\_schatenspiele.pdf](http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Praeventionsratgeber/407_sommer_schatenspiele.pdf). Stand: 10.06.2014.

Deutsche Krebshilfe (2011). Hautkrebs- Antworten.Hilfen.Perspektiven. Deutsche Krebshilfe e.V. [http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Blaue\\_Ratgeber/005\\_haut.pdf](http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Blaue_Ratgeber/005_haut.pdf). Stand: 12.07.14

Diepgen, T. L. (2013). Hautkrebs als Berufserkrankung – Aktuelle Entwicklungen, in: Forum, 28. Jg., Nr. 5, S.322-328.

Dornes, M. (2006). Die Seele des Kindes: Entstehung und Entwicklung. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.

**Eberhard-Metzger, C.** (2003). Verlorenes Gleichgewicht, in: Future - Das Aventis-Magazin, 7. Jg., Nr. 1, S. 6-10.

Ehricht, C. (2013). SunPass: Hautkrebs-Prävention im Kindergarten, in: Forum, 28. Jg., Nr. 3, S. 185-187.

Erhart, M., Ottová-Jordan, V., & Ravens-Sieberer, U. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter, in: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch J., (Hrsg.), Lehrbuch - Prävention und Gesundheitsförderung, Bern: Hans Huber Verlage, S. 59-69.

Faltermaier, T. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter, in: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch J., (Hrsg.), Lehrbuch - Prävention und Gesundheitsförderung, Bern: Hans Huber Verlage, S. 80-89.

Franzkowiak, P. (2011). Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Gamburg: Conrad Verlag, S. 479-486.

Gerhardus, A., Lühmann, D., Velasco-Garrido, M., Walter, U., Razum, O. (2007). Health Technology Assessment (HTA) und Prävention – passt das zusammen?, in: Kirch, W., Badura, B., Pfaff, H. (Hrsg.), Prävention und Versorgungsforschung, Berlin: Springer Verlag, S. 35-62.

Gerken, U., Salman, R., Krauth, C., Machleidt, W., Bisson, S., Kimil, A., Walter U. (2008). Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht, in: Public Health Forum, 59. Jg., Nr. 15, S. 20-21

Gesellschaft epidemiologischer Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) (2013). Geschätzte altersspezifische Raten für Deutschland. GEKID. <http://www.gekid.de>. Stand: 27.05.2014  
Greinert, R., Volkmer, B. (2014). Risikofaktoren von Hautkrebs, in: Leitlinienprogramm Onkologie, Nr. 1.1, S. 74-86.

Hess, S. (2012). Zusammenarbeit mit Eltern als Basis für die kindliche Entwicklung und Bildung, in: Hess, S. (Hrsg), Grundwissen Zusammenarbeit mit Eltern – in Kindertageseinrichtungen und Familienzentren, Berlin: Cornelsen Verlag, S. 12–30.

Hoefert, H-W. (2008). Kommunikation mit ausländischen Patienten, in: Hoefert, H-W., Hellmann, W. (Hrsg.), Kommunikation als Erfolg im Krankenhaus, Heidelberg, München: Economica Verlag, S.105-130.

Honig, M-S., Joos, M., Schreiber, N. (2004). Was ist ein guter Kindergarten? -Theoretische und empirische Analysen zum Qualitätsbegriff der Pädagogik. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Hornung, R. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten, in: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch J., (Hrsg.), Lehrbuch - Prävention und Gesundheitsförderung, Bern: Hans Huber Verlage, S.367-375.

Hurrelmann, K., (2003). Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Beltz Juventa.

Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2010). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2010). Lehrbuch Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber.

Jordan, S., von der Lippe, E. (2012). Angebote der Prävention-Wer nimmt Teil?. RKI. [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012\\_5\\_Praevention.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_5_Praevention.pdf?__blob=publicationFile). Stand: 08.07.2014.

Klein, L., Vogt, H. (2008). Eltern in der Kita – Schwierigkeiten meistern-Kommunikation entwickeln. Seelze-Velber: Erhard Friedrich Verlag GmbH.

Kromney, H. (2001). Evaluation – ein vielschichtiges Konzept Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlung für die Praxis, in: Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 24. Jg., Nr. 2, S. 105-131.

Kruse, A. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter, in: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch J., (Hrsg.), Lehrbuch - Prävention und Gesundheitsförderung, Bern: Hans Huber Verlage, S. 90-101.

- Lang, T-A., Secic, M. (2006). Sources of Error, Confounding, and Bias in Biomedical Research. Philadelphia: American Collage of Physicians.
- Loss, J., Seibold, C., Eichhorn, C., Nagel, E. (2010). Evaluation der Gesundheitsförderung – Eine Schritt für Schritt Anleitung für Gesundheitsförderer. [http://www.img.uni-bayreuth.de/de/news/Neuerscheinungen/manual\\_3\\_bt\\_100925\\_online.pdf](http://www.img.uni-bayreuth.de/de/news/Neuerscheinungen/manual_3_bt_100925_online.pdf). Stand: 29.05.14.
- Lüth, T., Tscheulin, A., Salden, P. (2014). Die Masse in Bewegung bringen-Aktives Lernen in Großveranstaltungen. Technische Universität Hamburg-Harburg. [http://www.universitaetskolleg.uni-hamburg.de/de/publikationen/beitraege/broschuere\\_tuhh.pdf](http://www.universitaetskolleg.uni-hamburg.de/de/publikationen/beitraege/broschuere_tuhh.pdf). Stand: 24.08.14
- Mittag, W., Jerusalem, M. (1997).** Evaluation von Präventionsprogrammen, in: Schwarzer, R. (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 595 – 611.
- Moosbrugger, H., Schweizer, K. (2002). Evaluationsforschung in der Psychologie, in: Zeitschrift für Evaluation, Nr. 1, S. 19-37.
- Peucker, C., Gragert, N., Pluto, L., Seckinger, M. (2010).** Kindertagesbetreuung unter der Lupe - Befunde zu Ansprüchen an eine Förderung von Kindern. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Pinquard, M., Silbereisen, M-K. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter, in: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch J., (Hrsg.), Lehrbuch - Prävention und Gesundheitsförderung, Bern: Hans Huber Verlage, S. 70-79.
- Prescott, D. M., Flexer, A. S. (1990). Fehlsteuerung von Zellen – Ursachen und Konsequenzen. Heidelberg: Spektrum-der-Wissenschaft-Verlagsgesellschaft.
- Razum, O., Zeeb, H. (2006).** Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung, in: Gesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 49 Jg., Nr. 9, S. 845-852.
- Rosenbrock, R., Hartung, S. (2011). Settingansatz/Lebensweltansatz, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Gamburg: Conrad Verlag, S. 497-500.
- Rosenbrock, R., Michel C. (2007). Primäre Prävention- Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz [SMS] (2013).** Schutz vor ultravioletter Strahlung im Vorschulalter - Studie (Kurzfassung). <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/18630>. Stand: 20.08.2014.
- Schouler-Ocak, M., Aichberger, M-C., Heredia Montesinos, A., Bromand, Z., Rapp, M-A., Heinz, A. (2010). Neue Ansätze zur Erkennung und Differenzierung von Depressionen bei Migranten – Fallbeispiel einer Patientin mit türkischen Migrationshintergrund, in: Nervenarzt, 80 Jg., Nr. 7, S. 873-878.
- Schnell, R., Hill, P-B., Esser, E. (2008). Methoden der empirischen Sozialforschung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Sikcan, S. (2008). Zusammenarbeit mit Eltern: Respekt für jedes Kind-Respekt für jede Familie, in: Wagner, P. (Hrsg.), Handbuch Kinderwelten: Vielfalt als eine Chance-Grundlage einer vorteilsbewussten Bildung und Erziehung, Freiburg: Verlag Herder, S. 184-202.
- Smolka, A. (2012). Der Orientierungs-, Informations- und Bildungsbedarf von Eltern, in: Stange, W., Krüger, R., Henschel, A., Schmitt, C. (Hrsg.), Erziehungs- und Bildungspartnerschaften-Grundlagen und Strukturen von Elternarbeit, Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 311-319.
- Spallek, J., Razum, O. (2007). Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich Prävention, in: Medizinische Klinik, 102. Jg., Nr. 6, S. 451-456.

Stockmann, R. (2007). Handbuch zur Evaluation: Eine praktische Handlungsanleitung. Münster: Waxmannverlag GmbH.

Uhl, A. (2012). Methodenprobleme bei der Evaluation komplexer Sachverhalte: Das Beispiel Suchtprävention, in: RKI, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?, Berlin: RKI.

Waldmann, A. (2014). Inzidenz und Prävalenz von Hautkrebs, in: Leitlinienprogramm Onkologie, Nr. 1.1, S. 39-46.

Walter, U., Salman, R., Krauth, C., Machleidt, W. (2007). Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen, in: Psychiatrische Praxis, 34 Jg., S. 349-353.

Walter, U., Krauth, C., Kurtz, V., Salman, R., Machleidt, W. (2007). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht, in: Nervenarzt, 78 Jg., Nr. 9, S. 1058-1061.

Wehrmann, I. (2004). Der Kindergarten in Zeiten des Umbruchs, in: Wehrmann, I. (Hrsg.), Kindergärten und ihre Zukunft, Weinheim: Verlagsgruppe Beltz, S. 236-244.

Weiss, H. (2012). Zusammenarbeit mit Eltern in schwierigen sozialen Lagen, in: Hess, S. (Hrsg.), Grundwissen Zusammenarbeit mit Eltern – in Kindertageseinrichtungen und Familienzentren, Berlin: Cornelsen Verlag, S. 62-73.

WHO, (2012). Sun Protection and School – How to make a difference. World Health Organization. <http://www.who.int/uv/publications/en/sunprotschools.pdf?ua=1>. Stand: 10.06.2014.

Wilm, S., Abholz, H-H. (2007). Wie kommt es zu unterschiedlichen Krankheitsprävalenzen in Klinik-, Bevölkerungs- und Hausarztpraxisstudien? - Zur prinzipiellen Überlegenheit der Hausarztpraxisstudie, in: Kirch, W., Badura, B., Pfaff, H. (Hrsg.), Prävention und Versorgungsforschung, Berlin: Springer Verlag, S. 883-900.

Zeeb, H., Baune, B-T., Vollmer, W., Cremer, D. (2004). Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten-ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung, in: Das Gesundheitswesen, 66. Jg., N. 2, S. 76-84.

---



## Anhang



Mai 2014

## Befragung im Rahmen des Projektes „SunPass“

Liebe Eltern,

Ihr Kindergarten beteiligt sich am Projekt „SunPass - Gesunder Sonnenspaß im Kindergarten“ der Hamburger Krebsgesellschaft e.V. und der Europäischen Hautkrebsstiftung. Für eine Auswertung des Projektes arbeiten wir mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg zusammen.

Ziel dieser Prozessevaluation ist es, den Ablauf und die Materialien des Projektes zu überprüfen und stetig zu verbessern. Zudem soll herausgefunden werden, ob das Konzept für Sie und die Erzieher/innen in der Praxis eine Unterstützung ist.

Wir möchten Ihnen mit dem Projekt „SunPass“ geeignete Materialien zur Verfügung stellen, damit ein gesunder Sonnenspaß möglich ist. Deshalb bitten wir Sie herzlich, den Fragebogen auszufüllen – auch wenn Sie nur zeitweise am Projekt teilgenommen oder mitgearbeitet haben.

### Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Bitte schreiben Sie beim Ankreuzen von Antworten das Kreuz gut sichtbar (kräftig) in das Kästchen.
- Bei Korrekturen füllen Sie bitte das falsche Kästchen ganz aus und kreuzen das richtige Kästchen an.
- Bitte machen Sie keine Kreuze zwischen die Kästchen.

### Hinweise zum Datenschutz

- Die Auswertung dieser Befragung wird anonym durchgeführt; Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich.
- Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

Stephanie Hammoud  
Evaluation

Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Christine Färber  
HAW Hamburg, Departmentleitung  
Gesundheitswissenschaften

### Angaben zu Ihrer Person

Geschlecht: weiblich  männlich   
 Alter: \_\_\_\_\_  
 Nationalität: \_\_\_\_\_  
 Wie viele Stunden am Tag ist Ihr Kind in der Kita? \_\_\_\_\_  
 Name der Kita ihres Kindes: \_\_\_\_\_

### Das Projekt

1. Wie haben Sie vom Projekt erfahren?  Erzieher  Ihr Kind  Elternbrief  gar nicht  sonstiges

2. Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen zu den Informationen, die Sie im Rahmen des Projektes erhalten haben.

„Die Informationen, die im Projekt vermittelt wurden, waren...“

	trifft sehr zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß ich nicht
...bekannt?						
...wichtig?						
...verständlich?						
...klar strukturiert?						
...nachvollziehbar?						

### Die Sonnenschutzcke / UV- Ecke

3. Wissen Sie wo sich die Sonnenschutzcke/UV-Ecke befindet? Ja  Nein   
 (Bei Nein, weiter mit Frage 6)

4. Haben Sie sich die Sonnenschutzcke angeschaut? Ja  Nein   
 Bei Nein. Warum nicht? \_\_\_\_\_

5. Haben Sie die Informationen der Sonnenschutzcke gelesen? Ja  Nein   
 Bei Nein. Warum nicht? \_\_\_\_\_

5.1. Waren die Informationen verständlich? Ja  Nein   
 Bei Nein. Warum nicht? \_\_\_\_\_

### Der SunPass-Faltprospekt

6. Haben Sie einen Faltprospekt bekommen? Ja  Nein   
 (Bei Nein, weiter mit Frage 9)

7. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zum Faltprospekt.

	trifft sehr zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß ich nicht
Er ist optisch gut gestaltet.						
Er ist verständlich.						
Er ist übersichtlich.						
Er hat mir gefallen.						
Er ist nützlich.						
Er ist unnötig.						
Er ist informativ.						

**8. Was würden Sie persönlich an dem Faltprospekt ändern?**

---



---

**Der Elternabend/Elternnachmittag**

9. Haben Sie am Elternabend/Elternnachmittag teilgenommen? Ja  Nein

Bei Nein. Warum nicht? \_\_\_\_\_ (weiter mit Frage 12)

10. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen in Bezug auf den Elternabend/Elternnachmittag.

	trifft sehr zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß ich nicht
<i>Der Aufbau war klar strukturiert.</i>						
<i>Die Referentin ging auf die Eltern ein.</i>						
<i>Ich habe verstanden worum es ging.</i>						
<i>Rückfragen waren möglich.</i>						
<i>Auf Fragen wurde kompetent geantwortet.</i>						
<i>Meine Erwartungen wurden erfüllt.</i>						
<i>Die Präsentation war informativ.</i>						
<i>Die Gestaltung der Präsentation hat mir gefallen.</i>						
<i>Es hat sich gelohnt, dabei zu sein.</i>						

11. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für den Elternabend/Elternnachmittag?

---



---



---

**Projekteinschätzung – und Bewertung**

12. Bitte bewerten Sie für die Einschätzung und Bewertung des Projektes die nachfolgenden Aussagen.

	trifft sehr zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß ich nicht
<i>Durch das Projekt kann ich mein Kind nun besser vor den Risikofaktoren des Hautkrebses schützen.</i>						
<i>Ich bin gut über Projektinhalte und – Maßnahmen informiert worden.</i>						
<i>Das Projekt hat wichtige Änderungen im Kindergarten bewirkt.</i>						
<i>Das Ganze wurde gut und professionell durchgeführt.</i>						
<i>Ich würde das Projekt weiterempfehlen.</i>						
<i>Ich unterstütze die Veränderungen, die im Laufe des Projektes in der Kita durchgeführt worden sind.</i>						
<i>Ich empfinde das Thema „Sonnenschutz“ als sehr wichtig für mein Kind.</i>						
<i>Ich brauche mehr Infos zum Thema.</i>						



**14. Was hat Ihnen im Allgemeinen gut gefallen?**

---

---

---

**15. Was hat Ihnen im Allgemeinen nicht so gut gefallen?**

---

---

---

**16. Was empfanden Sie als problematisch?**

---

---

---

**17. Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns gerne mitteilen möchten?**

---

---

---

Wir bedanken uns recht herzlich bei Ihnen für Ihre Teilnahme und  
Unterstützung bei der Auswertung!

## Was hat Ihnen im Allgemeinen gut gefallen?

Wichtiges Thema

Aufgreifen eines wichtigen Themas.

- Praktischen Tipps zum Thema  
Sonnenschutz, Schutzkleidung, Sonnenbrillen
- Infos zu dem Hautkrebsanteil + Erkennungsmerkmalen

Das nochmal drauf hin gewiesen wurde, nicht in die Klapptasche, Gürtel und Kopfbedeckung.

das das Thema "Sonnenschutz" "offiziell" thematisiert wurde

Die Klar Struktur Ref.berh.

Sonne mit Magneten ist einfach und schön anschaulich

Neue Information, gute Aussage  
Gefährlichkeit, auch ohne "wilde Zeigefinger" erklärt

Test = Crevas

Ganz die Berrührung am Hautkrebsvorsorge  
Bereitstellung von zusätzlichen Infos

Das Kind dabei unterstützt werden auch uns Eltern  
zum Thema "Risikofaktoren" im Kindergarten  
geleitet abzuholen.

hat ihnen im Allgemeinen gut gefallen:

Teilnahme des Arztes

Was hat Ihnen im Allgemeinen gut gefallen:

Dass die Erzieherinnen noch deutlicher  
informiert werden

- Das man aufgeklärt wurde wie best die Sonne den kleinen Kindern schon leuchtet
- Das es im Kindergarten umgesetzt wird

Gut gestaltete Infotag / Themenab. Es gab immer noch  
Dinge zu erfahren die man nicht wusste.

- Wer Stoffkrebs

- Anwesenheit vom Dermatologen

- Viele Tipps über Sonnenschutzmittel

Noch mal auf das Thema  
aufmerksam machen und zu  
erinnern.

14. Was hat Ihnen im Allgemeinen gut gefallen:

- Das auf den Sonnenschutz bei den  
Kindern geachtet wird
- Der UV-Index

DAS SONNENSCHUTZ IN DER LITA GROSS GESCHRIEBEN  
WIRD

- Kinder kennen die Sonnenschutzzecke u. Wissen  
Bescheid

## Was hat Ihnen im Allgemeinen nicht so gut gefallen?

~ Nur wenig bekannte Informationen  
Es wurden zu wenig Eltern erreicht

Fragebogen 2x ausfüllen mit den gleichen Fragen im Abstand von 2 Tagen erachte ich für sinnlos. Man sollte eher nach einigen Wochen fragen, wenn Teilnehmer die Gelegenheit hatten, Erlerntes anzuwenden.

15. Was hat Ihnen im Allgemeinen nicht so gut gefallen?  
- Dass wir 2 Fragebogen ~~aus~~ ausfüllen müssen  
(Den gleichen)

Keine Informationen, zum was man am Elternabend nicht teilnehmen kann  
Elternabend sollte später am Nachmittag (ab 17<sup>00</sup>) sein

Wie schon erwähnt: gerne noch mehr Info-Termine anbieten.

Zu viele Tests nicht so gut strukturierte Informationen; Vortragsweise des Referenten verbesserungsfähig; z.T. "überladene" Folien

Einzelne Komponenten gut erklärt, von denen man annahm man sei informiert, wenn eines besser behält wurde. Analyse waren zu langatmig!

## Was empfanden Sie als problematisch?

Eltern, die zu <sup>so</sup> einem Elternabend kommen, sind in der Regel vorher schon gut informiert.

Das Umsetzen im Kindergarten ist für die Erzieherin schwierig wenn die Eltern nicht mitziehen

16. Was empfanden Sie als problematisch?  
- ~~Das~~ **Meine Kinder vor der Kita**  
auch einzueremmen und den Eltern Hut etc.  
mitzugeben (die Kinder heulen und <sup>es</sup> ~~müssen~~ <sup>es</sup> ~~ist~~ <sup>ist</sup>)

Problematisch, da evtl. für ausländische Eltern die zwar Deutsch können, jedoch Fachbegriffe eher weniger verstehen. Sollte vereinfacht werden wenn möglich übersetzen per extra Blatt oder mit Bildern mehr veranschaulicht.

17. Was empfanden Sie als problematisch?  
zwischen 11-15 Uhr dauere bleiben  
praktisch nicht machbar.



## Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns gerne mitteilen möchten?

Es muss kontinuierlich und konsequent immer wieder thematisiert werden und Infos offensichtlich ausgehängt werden. Die Sonnenschutzkeche ist nicht offensichtlich genug. Ich finde es bzw. wenn die Infos an keinem Flypochständer im Eingangsbereich stehen würde.

Wir bedanken uns recht herzlich bei Ihnen für Ihre Teilnahme und

Ich empfinde die Maßnahmen gegen die Sonne bei uns in der Kita als etwas übertrieben. Aufgrund der Lage mitten im Wald wünsche ich meinem Kind manchmal ein paar mehr glückliche machende Sonnenstrahlen!)

17. Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns gerne mitteilen möchten?

Super, dass die Info-Vorstellung in der Kita war.

Weiter so ☺

Solche Infoveranstaltungen sollten in allen Kitas / Kindergärten angeboten werden

Mehr davon (Werbung)! - Es gibt leider noch Kitas, die z.B. ein erneutes Einsetzen der Kinder während des Aufenthalts aufgrund des „hohen Aufwands“ ablehnen und trotzdem die Kinder in der prallen Sonne spielen lassen ... (Unverantwortlichkeit, hier in Schleswig

Wir bedanken uns recht herzlich bei Ihnen für Ihre Teilnahme und Unterstützung bei der Auswertung!

Holbein  
vorgelesen)

Veranstaltung sollte ult. jährlich eine Pflichtveranstaltung sein. Zwar nicht so ausführlich, aber wie ein Zahnarztbesuch. Ult. 1-2 Std. als Info zur Auffrischung.

Ich würde mir fürs nächste Mal eine übersichtlichere Anzeig. gut stark kurzte alltags-taugliche Tipps zur Vorgehensweise wünschen



## Haben Sie Verbesserungsvorschläge für den Elternabend/Elternnachmittag?

Vortrag kürzen; weniger wörtlich vorlesen und stattdessen frei sprechen; Nicht von totaler Unwissenheit ausgehen, da unrealistisch  $\Rightarrow$  langweilig

\* Alternativtermine anbieten - gerne auch in anderen Locations (Partner-Kita, etc.)

Vortrag kürzen; für den Alltag relevante Infos deutlich hervorheben; trotz Nachfrage bleiben mir wesentliche Punkte unklar (z.B. was ist der LSF)

Eltern mehr mit einbeziehen über Frage z.B. Was glauben Sie...

7. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für den Eltern-

abend verkörpern,  $\rightarrow$  zu lang

Keiner ist immer gut geblant

Schlüsselwörter müssen nicht unbedingt vom Referenten vorgelesen werden

$\rightarrow$  freies Sprechen ist ansprechender

Weniger Fließtext; mehr Stichpunkte; mehr Visualisierungen

## Was würden Sie persönlich an dem Faltblatt ändern?

Fotos der Kinder / Hauttypen  
Belichtung / Schatten lassen die Typen nicht klar unterscheiden

8. Was würden Sie persönlich an dem Faltprospekt ändern?  
Innenseite etwas auflockern (optisch). Ist sehr viel Text.

weniger Text

8. Was würden Sie persönlich an dem Faltprospekt ändern?  
- z.V. viel Text enthalten (weniger)  
- wichtige Informationen kurz und knapp rausschreiben