



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Science
Studiengang Gesundheitswissenschaften

**Implementierung von Peer-Interventionen im Rahmen
von Gesundheitsförderung im Quartier
—
eine systematische Literaturrecherche**

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades des Bachelor of Science (B.Sc.).

Vorgelegt von: Mirja Dobbrick



Tag der Abgabe: 13.01.2020

Erstgutachter: Prof. Dr. Joachim Westenhöfer

Zweitgutachterin: Dr. Johanna Buchcik

Zusammenfassung

Hintergrund: Gesundheitsförderung im Quartier kann bei den Lebensbedingungen der Menschen vor Ort ansetzen und sich auf die Stärkung von vorhandenen Ressourcen konzentrieren. Der vielfältige Einsatz von Peers ist hier möglich, um verschiedenste Interventionen zur Förderung der Gesundheit durchzuführen und unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen. Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über Peer-Interventionen zur Gesundheitsförderung im Quartier zu geben, sowie deren Wirkungen auf die Gesundheit der Teilnehmenden und Faktoren herauszufinden, die einen Einfluss auf deren Implementierung haben.

Methoden: Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Scopus durchgeführt durchgeführt. Dafür wurden Suchterme entwickelt und Ein- und Ausschlusskriterien für das Screening der Artikel festgelegt. Die Titel und Abstracts von 506 Artikeln wurden gescreent und von diesen wurden 27 Artikel im Volltext gescreent. Schließlich wurden 10 Artikel in die Auswertung miteinbezogen und nach Kriterien ausgewertet.

Ergebnisse: In dieser Arbeit wird ein Überblick über Peer-Interventionen, die in der Gemeinde stattfinden, gegeben. Dabei wird auch eine Übersicht über die Rollen der Peers, die sie innerhalb der Interventionen einnehmen, und ihre Arbeit gegeben. Es wurden Ergebnisse in den Wirkungen auf die Gesundheit der Teilnehmer gefunden, darunter auf das Wissen der Teilnehmer über Risiken und Präventionsmöglichkeiten von Erkrankungen, aber auch auf deren Gesundheitsverhalten und physischen Gesundheitszustand. Dann wurden Faktoren herausgefunden, die einen Einfluss auf die Implementierung solcher Interventionen nehmen können.

Diskussion: Die Peer-Interventionen setzen zum großen Teil beim Ernährungs- und Bewegungsverhalten an und vermitteln Informationen dazu sowie alternative Verhaltensweisen und führen mit den Teilnehmenden auch Aktivitäten dazu durch. Die Peers nehmen hierbei hauptsächlich die Rolle des Peer educator ein. Faktoren, die Einfluss auf eine Implementierung haben, decken sich mit dem vorgestellten Modell von Guilledroit, Richard & Filiatrault (2018).

Vorwort

Hinweis für den Leser und die Leserin,

zur besseren Lesbarkeit dieser Arbeit wird bei personenbezogenen Bezeichnungen, die sich auf beide Geschlechter beziehen, lediglich die männliche Form genannt. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass hierbei die weibliche Form gleichermaßen berücksichtigt wird.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Gesundheitsförderung im Quartier	2
3. Peer-Interventionen zur Gesundheitsförderung.....	4
3.1 Der Begriff „Peer“ und seine Rollen.....	4
3.2 Der Einsatz von Peers.....	6
3.3 Wirkungsweisen von Peer-Interventionen	7
4. Implementierung von Interventionen zur Gesundheitsförderung	9
4.1 Prozess der Implementierung	9
4.2 Rahmenmodell für die Implementierung von Peer-Programmen.....	10
5. Fragestellung	13
6. Methode.....	13
7. Ergebnisse.....	16
7.1 Auswahl der Artikel	16
7.2 Beschreibung der Peer Interventionen	17
7.3 Begriff Peer und seine Rollen innerhalb der Interventionen	22
7.4 Effekte auf die Gesundheit.....	24
7.5 Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung	26
8. Diskussion	29
8.1 Themen der Peer-Interventionen	29
8.2 Definition der Rolle des Peers	30
8.3 Effekte auf die Gesundheit.....	30
8.4 Förderliche und hinderliche Faktoren zur Implementierung.....	31
9. Limitationen	33
10. Fazit.....	34
Literaturverzeichnis.....	
Anhang	
Eidesstattliche Erklärung	

1. Einleitung

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier setzen häufig bei den Determinanten von Gesundheit an, z.B. in der Ebene der sozialen und kommunalen Netzwerke oder bei den Lebens- und Arbeitsbedingungen, um potenzielle Gefährdungen zu reduzieren und die Ressourcen der Menschen zu stärken. Besonders in benachteiligten Quartieren zielen sie folglich darauf ab, zu einer Minderung gesundheitlicher Ungleichheiten beizutragen. Dabei sind wichtige Bestandteile die Ermöglichung von Partizipation und das Empowerment der Bewohner für die Entwicklung von Quartieren und auch der Gesundheitsförderung dort. Um die Bewohner zu befähigen, Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Faktoren in ihrer Umgebung zu nehmen, müssen Strukturen geschaffen werden, die neben den Bewohnerinnen und Bewohner auch andere Akteure im Quartier miteinbeziehen (Fabian et al., 2017, S.26).

Von Peers durchgeführte Maßnahmen werden in den unterschiedlichsten Settings auf der ganzen Welt eingesetzt und richten sich an Menschen aller Altersklassen. Sie setzen damit an einer Breite von Auswirkungen auf die Gesundheit an. Auch werden Peer-Interventionen eingesetzt, um das Krankheitsmanagement bei chronischen psychischen und körperlichen Erkrankungen zu ergänzen, sowie in der Rehabilitation, insbesondere bei kardiovaskulären Erkrankungen, Brustkrebs, Diabetes, HIV und psychischen Erkrankungen sowie Suchterkrankungen (Simoni et al., 2011).

Die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit von Peer-Interventionen wird durch deskriptive Evidenz und experimentelle Studien unterstützt. Eine nachgewiesene Wirkung von Peer Maßnahmen ist aber schwer zu interpretieren und zu vergleichen aufgrund der verschiedensten Definitionen von Peers und deren zugeschriebenen Rollen als auch deren Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen. Ebenso auch die Wirkungen auf die Gesundheit und die Vorgehensweise bei der Evaluation unterscheiden sich stark. Demnach begründet sich das Vorgehen der Peer-Interventionen auf unterschiedlichen Theorien und Konzepten (ebd., 2011)

Zunächst wird in dieser Arbeit auf die gesundheitsförderliche Arbeit im Quartier eingegangen. Anschließend werden Kriterien vorgestellt, die den Begriff des Peers und seine Rollen in der Arbeit als Peer beschreiben und welche Voraussetzungen sich daraus für die Arbeit von Peers ergeben. Auch die Einsatzfelder eines Peers werden beschrieben und es wird auf Erklärungsansätze eingegangen, wie die Arbeit von Peers in den Interventionen wirken kann. Daraufhin wird ein Rahmenmodell für die Implementierung von Peer-Interventionen vorgestellt. Anschließend wird die Fragestellung vorgestellt und es wird als

Methode die Durchführung der systematischen Literaturrecherche beschrieben. Schließlich werden die Ergebnisse der Auswertung der Artikel dargestellt, indem zunächst die Auswahl der Artikel und die einzelnen Peer-Interventionen beschrieben werden. Die in den Artikeln gefundenen Verwendung der Bezeichnungen von Peers und die Rollen, die sie innerhalb der Interventionen einnehmen, werden beschrieben. Zusätzlich werden auch die in den Artikeln beschriebenen Effekte auf die Gesundheit der Teilnehmer vorgestellt und die herausgefundenen Faktoren, die eine Implementierung der Peer-Interventionen beeinflussen, werden dargelegt. Die Ergebnisse werden diskutiert, indem auch das Rahmenmodell für die Implementierung von Peer-Interventionen herangezogen wird. Limitationen der Arbeit werden dargelegt und ein Fazit wird daraus gezogen.

2. Gesundheitsförderung im Quartier

Unter dem Gemeinwesen oder auch der Gemeinde, im Englischen wird der Begriff „community“ verwendet, wird Folgendes verstanden. Zum einen umschreibt der Begriff eine Gruppe von Menschen, die in dem gleichen begrenzten geographischen Raum lebt, zum anderen kann mit dem Begriff auch eine Gruppe beschrieben werden, die die gleichen kulturellen Hintergründe und Werte miteinander teilt. Außerdem kann als Gemeinwesen eine Gruppe beschrieben werden, die aus gemeinsamen Interessen hervorgeht und bei der die Mitglieder sich ein soziales Netzwerk bilden, indem sie Ressourcen miteinander teilen. Daraus ergibt sich, dass Menschen sich in mehreren unterschiedlichen Gemeinwesen verorten können. Auch wenn mit der Bezeichnung ein bestimmtes Gebiet gemeint ist, schließt das im Sinne der Definition unterschiedliche Gemeinwesen mit ein, denen sich die Menschen zugehörig fühlen. Die Verwendung der Begrifflichkeiten hat Einfluss auf die Arbeit im Gemeinwesen, da sie auch die Annahmen über soziale Strukturen und über die Ressourcen sowie Probleme in der Gemeinde mitbestimmt (Naidoo & Wills, 2010, S.237f.).

Der Begriff des Quartiers kann angelehnt an dem beschriebenen Begriff des Gemeinwesens verwendet werden. Auch ein Quartier schließt ein begrenztes geographisches Gebiet ein, aber wird nicht ausschließlich darüber definiert. Ein Quartier setzt sich vielmehr aus Strukturen zusammen, die die alltäglichen Bedürfnisse der Bewohner befriedigen und z.B. das Wohnen ermöglichen oder die Gestaltung der Freizeit, aber auch Möglichkeiten zur Bildung und zum Arbeiten bieten. Es erfüllt damit vielfältige Funktionen und die alltägliche Lebenswelt kann darin verortet werden und setzt sich aus sozialen Netzwerken der Bewohner im Wohnumfeld zusammen (Fabian et al., 2017, S.26).

In der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit, worunter auch die Gesundheitsförderung im Quartier zählt, wird an den Ressourcen vor Ort angesetzt. Die Vernetzung innerhalb eines Quartiers spielt eine wesentliche Rolle, darunter die Koordination und Vernetzung von Institutionen, besonders aber die Vernetzung der Bewohner untereinander. Dies wird gefördert in der Stärkung der Selbstorganisation und Stärkung der Selbsthilfe, aber auch das Empowerment der Bewohner und deren Aktivierung durch Interventionen im Quartier. Ziel ist ebenso, den Austausch zwischen den Bewohnern und Institutionen zu unterstützen. Kernaufgabe dieser Arbeit im Quartier ist es die soziale Chancenungleichheit zu vermindern. Der Einsatz findet dabei besonders in benachteiligten Gebieten statt (Trojan et al., 2013, S.16f.).

Ein Ansatz zur Prävention im Quartier geht auf die Verminderungen von Risiken für die Gesundheit ein. Damit kann in der Gestaltung des Wohnumfelds angesetzt werden und das Zusammenleben gestaltet werden sowie Strukturen geschaffen werden. Auch beinhaltet dies Angebote für Bewohner, bei denen sie etwas für ihre Gesundheit tun können, zu schaffen (Trojan et al., 2013, S.19.).

Ein weiterer Ansatz zur Gesundheitsförderung im Quartier zielt auf die Bildung sozialen Kapitals ab, das den sozialen Zusammenhalt und die Ressourcen einer Gemeinschaft beschreibt. Mit Einbezug der Bewohner werden so Veränderungen im sozialen Zusammenleben angeregt und gesundheitsförderlich Einfluss auf Lebensweisen genommen werden. Das soll die Bewohner veranlassen, Netzwerke auszubauen und so Möglichkeiten gegenseitiger Unterstützung zu schaffen (ebd., 2013, S.19.).

Ein solches Vorgehen, das im Sozialraum ansetzt, erreicht die Menschen in ihrem eigenen Umfeld und findet Zugang zu Gruppen, die besonders betroffen sind von Belastungsfaktoren, ohne zu stigmatisieren. Es kann unmittelbar bei Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen angesetzt werden, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Ebenso können Akteure sowie Bewohnerinnen und Bewohner auf dieser Ebene miteinander kooperieren und sich vernetzen (Trojan et al., 2013, S.18).

3. Peer-Interventionen zur Gesundheitsförderung

Den Einsatz von Peers in den unterschiedlichsten Settings und die Vielfältigkeit an Maßnahmen spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Bezeichnungen und Definitionen von Peers und deren durchgeführten Interventionen wieder. Im Folgenden werden Kriterien vorgestellt für die Arbeit von Peers und ein Überblick gegeben über die Rollen, die Peers innerhalb der Intervention einnehmen können.

3.1 Der Begriff „Peer“ und seine Rollen

Simoni et al. (2011) ermitteln dutzende Bezeichnungen für Peers, die in der Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Auch wenn diese Bezeichnungen eine mögliche Definition der Peer Arbeit mit sich bringen, gibt es wenig Klarheit darüber, wie das Feld der Peer-Interventionen charakterisiert werden soll. Dennoch gibt es für den Begriff des Peers und seine damit verbundenen Funktionen wesentliche Kriterien, die ein besseres theoretisches Verständnis ermöglichen und Orientierung für die Durchführung von Peer-Interventionen in der Gesundheitsförderung geben.

Die Peers teilen persönliche Eigenschaften, spezielle Erfahrungen oder äußere Umstände mit der Zielgruppe. Durch Merkmale können sie einer Gruppe zugehörig sein, wie z.B. das Geschlecht, die Herkunft oder der sexuellen Orientierung (Dennis, 2003, S.326; Simoni et al., 2011). Auch kann genauso eine eingenommene Rolle, z.B. die als Mutter, oder spezielle Erfahrungen, wie z.B. Suchterfahrungen, eine Zugehörigkeit darstellen. Besonders das Teilen eines Stigmata behafteten oder ausgrenzenden Status mit einer Gruppe ist bedeutsam für die Zugehörigkeit (Simoni et al., 2011).

Besonders aufgrund ihres Status ergeben sich Vorteile aus der Arbeit der Peers für die Intervention. Sie ziehen daraus ihren Wert und tragen zur Effektivität bei. Auch wenn sich die diversen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten, in denen die Arbeit von Peers eingesetzt wird, nicht unbedingt von professionellen Angeboten oder Maßnahmen von Fachleuten, unterscheiden (ebd., 2011).

Dann sind die Peers wenig fachlich ausgebildet und üben meistens auch keinen Beruf aus in ihrem Einsatzbereich. Sie werden darin trainiert bestimmte Maßnahmen durchzuführen, wobei die Vorbereitung nicht einer fachlichen Ausbildung entspricht, die zu einem beruflichen Abschluss führt (Simoni et al., 2011). Außerdem besitzen sie spezifisches Wissen, das praxisorientiert ist und hauptsächlich aus Erfahrungen gewonnen wurde und weniger durch Trainings. Das Training, das sie erhalten, soll ihnen die Ziele des Programms vermitteln und sie bei der Anwendung des eigenen Wissens und dem Zugang zu der Zielgruppe unterstützen (Dennis, 2003).

Peers fungieren weniger allein nur als Teil eines sozialen Netzwerkes, sondern ihre Arbeit ist Teil eines Konzeptes. Sie werden grundsätzlich ausgewählt oder bewerben sich für diese Rolle und werden nach Richtlinien oder Protokoll- Anleitung vorbereitet, um mit anderen zu interagieren, die evtl. auch aus ihrem Lebensumfeld sind. Damit werden Interaktionen im Bereich der Gesundheit innerhalb natürlicher sozialer Netzwerke, z.B. mit Freunden, Familienmitgliedern oder Nachbarn nicht in diese Definition miteinbezogen. Die auf einseitige Hilfe basierende Beziehung, ohne etwas zurück zu erwarten, ist bezeichnend (Simoni et al., 2011).

Die Arbeit von Peers kann auch darin unterschieden werden, wie stark die Peers eingebunden sind innerhalb von Gesundheitsorganisationen. Sie können in natürlichen Netzwerken arbeiten und dabei hauptsächlich selbstständig in ihrer Arbeit agieren und die Angebote der Gesundheitsversorgung ergänzen oder sie können als fast professionell ausgebildete Helfer fest innerhalb einer Organisation arbeiten. Die entsprechende Auswahl und Anbindung der Peers kann abhängig von den Zielen der Maßnahme und den Bedürfnissen der Zielgruppe sein (ebd., 2011).

Es können fünf Rollen unterschieden werden, die Peers bei der Durchführung von Interventionen einnehmen können. In der Rolle des Peer counselor gibt der Peer Wissen weiter, aber er begleitet auch Teilnehmende und gibt ihnen konkrete Hilfestellungen, um ihnen zu helfen ihre Ziele für ihre Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen. Als Peer educator führt der Peer Unterricht oder Trainings zu einem bestimmten Thema durch, die nach einem vorgegebenen Ansatz und Konzept ablaufen, aber er integriert dabei keine therapeutische Arbeit. Dann gibt es den Peer support als eine informelle und unstrukturierte Unterstützung, die informelles Coaching sowie das Teilen von Erfahrungen umfasst und das Geben von Erinnerungen, Ermutigung oder Verstärkung beinhalten kann. Ein Peer facilitator ist dafür verantwortlich, in Gruppenprozessen zu moderieren bzw. zu vermitteln, um Beziehungen zwischen den Gruppemitgliedern zu stärken und ihnen zu helfen, zusammen Ziele zu setzen und zu erreichen. Schließlich ist die Aufgabe eines Peer case manager, anderen dabei zu helfen Gesundheits- und Sozialleistungen in Anspruch zu nehmen, indem auch an entsprechende Stellen verwiesen wird und bei der Koordination unterstützt wird. Bei vielen Interventionen nehmen Peers eine dieser Rollen ein, sehr selten werden auch mehrere Rollen kombiniert (Ramchand et al., 2017).

In der Regel werden Peer-Interventionen in folgenden Modellen durchgeführt. In der Gruppe unterstützt der Peer als Leiter die Teilnehmenden, die einen ähnlichen Gesundheitszustand oder ein Gesundheitsproblem sowie die gleichen demographischen und sozialen Merkmale haben oder einen kulturellen Hintergrund teilen, darin ihr Gesundheitsverhalten zu verändern. Als direkter Ansprechpartner, können Peers in der eins zu eins

Betreuung den Teilnehmenden unterstützen und Rat geben bestimmte Ziele im Umgang mit ihrer Gesundheit zu erreichen. Bei dieser Form wird sehr individuell auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden eingegangen durch flexible Absprachen und eine engere Beziehung während der Maßnahme. Dann gibt es noch Interventionen, bei denen die Peers sowohl mit einer Gruppe arbeiten als auch zusätzlich die einzelnen Teilnehmer betreuen (Webel et al., 2010). Auch können diese Interventionen nicht nur persönlich in der Gruppe oder zu zweit stattfinden, sondern der Kontakt zu den Teilnehmenden kann ebenso über den Einsatz von Telefon sowie über e-mails oder chat rooms stattfinden. Aktivitäten, die eine ganze Gemeinde erreichen sollen, umfassen unter anderem auch Theaterstücke oder Messen und Ausstellungen zu Gesundheitsthemen (Simoni et al., 2011).

3.2 Der Einsatz von Peers

In den verschiedensten Settings werden Peers eingesetzt, um dort Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchzuführen. Sie sind angebunden an medizinische Leistungsträger oder an kommunale Einrichtungen, wie Schulen, sowie an Treffpunkte im Stadtteil, darunter gehören z.B. Stadtteilzentren oder Spielplätze, aber auch zu Hause suchen sie die Teilnehmenden auf und nutzen bereits vorhandene soziale Netzwerke. Ihre Arbeit kann besonders in Settings wirken, die für andere Professionen im Gesundheitsbereich schwer zugänglich sind und bei Zielgruppen, die sich am Rande der Gesellschaft bewegen, z.B. bei Obdachlosen (Simoni et al., 2011).

Der Einsatz von Peers in der Gesundheitsförderung wird zum einen darin begründet, dass die Kosten geringer sind, wenn Peers eingesetzt werden und dass diese leichter verfügbar sind als ausgebildete Fachkräfte. Für die Peers kann diese Arbeit eine Bereicherung sein, indem sie die Möglichkeit gibt, sich persönlich weiterzuentwickeln oder sogar eine Möglichkeit zur Arbeitseinstellung darstellt. Außerdem können Peer-Interventionen nachhaltig gestaltet werden und eine Bereicherung für die Gemeinschaft sein (Simoni et al., 2011). Sie haben die Möglichkeiten Zugang zu schwer erreichbaren Gruppen zu finden, da sie die Akzeptanz von Interventionen erhöhen und sorgen dafür, dass Interventionen einen breiteren Anklang finden. Sowohl die Teilnehmer als auch die Peers können dabei für ihre Gesundheit profitieren (Lorthios-Guillement, Richard & Filiatrault, 2018).

In der Literatur können verschiedene Bereiche, in denen die Arbeit von Peers eingesetzt wird, um Einfluss auf die Gesundheit zu nehmen, unterschieden werden. Peers können in bestimmten Lebensabschnitten begleiten und bei Übergängen und Veränderungen im Leben unterstützen sowie bei deren Bewältigung helfen. Dazu kann die Unterstützung in

einer Schwangerschaft gehören oder aber auch die Begleitung von Menschen, die einen Verlust erlitten haben (Dennis, 2003).

Dann umfassen Peer-Interventionen auch das Krankheitsmanagement bei chronischen Erkrankungen. Die Interventionen beziehen sich auf spezielle Erkrankungen und können dabei unterstützend sein bei der Verarbeitung und Anpassung von chronischen Erkrankungen oder lebenslangen Einschränkungen. Hierbei sind sie auch in Selbsthilfegruppen oder andere unterstützende Gruppen tätig. Aber es werden auch andere Modelle genutzt, z.B. Hausbesuche bei Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden oder ganze Kurse zum Selbstmanagement für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen an der Schule (ebd., 2003).

Der Bereich der Gesundheitsförderung ermöglicht es Peers auf besondere Weise in Interventionen einzusetzen. Die Rollen sind sehr vielfältig, die Peers hier einnehmen können und beruhen mehr auf der Weitergabe von Informationen und positiver Ermutigung. Sie fokussieren sich häufig auf ein spezifisches Gesundheitsverhalten oder auf die Prävention von Krankheiten, wie z.B. bei der Prävention von HIV und sexuell übertragbaren Krankheiten oder bei der Prävention von Brustkrebs durchs Screening. Auch gibt es Programme mit Jugendlichen und Kindern, bei denen unter anderem gesunde Bewältigungsstrategien gelernt und Fähigkeiten zur Konfliktlösung entwickelt werden (ebd., 2003).

Die speziellen Peer-Interventionen ergänzen die klassische Gesundheitsversorgung mit Angeboten, die die besonderen Bedürfnisse von Betroffenen oder auch deren Angehörigen erreichen. Sie gehen über die Gesundheitsversorgung in den traditionellen Settings hinaus und dadurch können einzigartige Peer-Interventionen entwickelt werden, die besondere Bedürfnisse in der Gemeinde adressieren (ebd., 2003).

3.3 Wirkungsweisen von Peer-Interventionen

Bei der Gestaltung von Peer Interventionen können verschiedene Theorien oder Ansätze herangezogen. Es gibt bisher wenig Forschung über Theorien, die erklären, wie Peer-Interventionen, die auf Gesundheitsförderung ausgerichtet sind, auf die Gesundheit wirken oder Folgen für die Gesundheit beeinflussen. Auch entwickelte Konzepte solcher Maßnahmen begründen sich häufig nicht auf spezielle Theorien (Simoni et al., 2011). Im Folgenden werden deshalb Ansätze dargestellt, die Erklärungen geben, wie mit Hilfe der Peer-Arbeit Veränderungen am Verhalten hervorgerufen werden.

Innerhalb dieser Maßnahmen können Peers Gesundheitsinformationen vermitteln mit didaktischen Mitteln. Sie haben so die Möglichkeit Gesundheitsinformationen angepasst an die Zielgruppe weiterzugeben und helfen dabei durch das Wissen, Motivation und Überzeugungen zu ändern. Dabei spielt die Art und Weise der Kommunikation eine Rolle, die

ähnlich sein sollte mit der Kommunikation der Zielgruppe und dabei glaubwürdig überkommt. Auch werden Informationen durch andere, die einem ähnlich sind, genutzt, um sich selbst zu überprüfen in den eigenen Meinungen oder Fähigkeiten zu agieren. Dann ist der Vergleich mit anderen, die scheinbar schlechter da stehen für den Selbstschutz oder den Selbstwert wichtig. Aber auch der Vergleich mit anderen, die besser sind, regt zur eigenen Verbesserung an. Peers können in ihrer Arbeit diese Prozesse nutzen, indem sich die Teilnehmenden mit diesen Vergleichen können (Simoni et al., 2011).

Dann gibt es die Annahme, dass das Geben von sozialer Unterstützung positive Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Das umfasst die emotionale Unterstützung mit den Eigenschaften von Verständnis und Rückversicherung, die instrumentelle Unterstützung durch materielle Hilfen oder Dienstleistungen sowie informationelle Unterstützung durch das Geben von Wissen oder Anweisungen. Soziale Unterstützung bietet eine Ressource für Coping-Strategien, um Stress zu bewältigen und wirkt sich auch positiv über physiologische Prozesse auf das Wohlbefinden aus. Peers können soziale Unterstützung geben in andere Art und Weise als Fachkräfte, besonders weil sie mit der Zielgruppe ähnliche Erfahrungen teilen oder einen ähnlichen Status haben. Besonders das Wissen, das die Peers durch eigene Erfahrungen erlangt haben und das dadurch einzigartig und spezifisch zu der Situation ist, können sie hier weitergeben. Auch können sie sonst schwer erreichbare Zielgruppen besser erreichen, wenn sie in den gleichen sozialen Netzwerken integriert sind (Simoni et al., 2011.).

Ein weiterer Ansatz ist das beeinflussen sozialer Normen oder mehr die Vorstellungen davon, da davon ausgegangen wird, dass soziale Normen und Werte Standards im Verhalten setzen und somit auch mit dem Annehmen und Aufrechterhalten von Gesundheitsverhalten zusammen hängen. Neue Verhaltensweisen werden demnach eher angenommen, wenn sie in die schon praktizierenden Verhaltensweisen passen und von Vorbildern schon angenommen wurden oder von vertrauenswürdigen Personen vorgeschlagen werden. Auch Normen innerhalb von Gruppen und wie sie durchgesetzt werden beeinflussen das Verhalten. Dies können Peers in den Gruppen nutzen (Simoni et al, 2011).

Außerdem wird in Peer-Interventionen an der Selbstwirksamkeit angesetzt und an der eigenen Wahrnehmung gewünschtes Gesundheitsverhalten erreichen zu können. Selbstwirksamkeit spielt eine wesentliche Rolle für die Veränderung von Verhalten. Durch eigene Erfahrungen, dem Lernen von Erfahrungen, die andere gemacht haben oder das Lernen durch Beobachten kann Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Peers können dabei die Klienten unterstützen, Fähigkeiten zu üben und Erfahrungen dabei zu machen. Auch können Peers ein bestimmtes Gesundheitsverhalten vorleben, das die Teilnehmenden durch

Beobachten sich aneignen können, gerade weil sie als Beobachter sehen, dass es möglich ist. Außerdem können Peers unterstützend darin sein, andere zu ermöglichen, an ihre Fähigkeiten zu glauben (Simoni et al., 2011).

Dann gibt es noch den Ansatz, dass erst mit dem Verändern von gesellschaftlichen Strukturen, sich individuelle Verhaltensweisen verändern können und damit auch Folgen für die Gesundheit eintreten. Persönliches und politisches Empowerment ist gerade für die Gruppen wichtig, die von Stigmatisierung, Unterdrückung betroffen sind und am Rande der Gesellschaft stehen. Dies ist Voraussetzung dafür, gesundheitliche Ungleichheiten bekämpfen zu können, Zugang zu medizinischen Leistungen zu ermöglichen oder den Fokus auf Erkrankungen zu legen, die bisher nicht so beachtet wurden und auch dafür, dass Dienstleistungen und Forschung gefördert wird. Peers führen die Gruppen innerhalb der Interventionen in partizipative Lernprozesse ein, um Empowerment zu fördern und sie zu befähigen, ihre eigenen Interessen durchzusetzen. Sie können aufgrund ihrer Verbindungen zu der Zielgruppe und der ähnliche Lebenssituation die Selbstentwicklung, Entscheidungsfähigkeit und den Sinn für Gemeinschaft ermöglichen. Auch weil es kein großes Machtgefälle zwischen Peer und Teilnehmenden gibt, werden angebotene Leistungen weniger als soziale Kontrolle wahrgenommen. Durch die Beziehung zum Peer damit kann erreicht werden, dass das Verständnis, wie persönliche Erfahrungen mit der gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzung zusammenhängen.

4. Implementierung von Interventionen zur Gesundheitsförderung

Um zu verstehen, wie Peer-Interventionen in der Gesundheitsförderung erfolgreich sind, ist es wichtig, die Bedingungen für eine Implementierung sowie den Kontext, in denen Maßnahmen zu optimalen Ergebnissen führen, zu kennen (Lorthios-Guillement, Richard, & Filiatrault, 2018). Deshalb wird im Folgenden auf den Prozess der Implementierung solcher Programme eingegangen und ein Rahmenmodell für die Implementierung von Peer-Programmen in der Gesundheitsförderung vorgestellt.

4.1 Prozess der Implementierung

Die Implementierungsphase ist nur ein Teil des umfassenden Prozesses, ein Programm zur Gesundheitsförderung erfolgreich in einem Setting umzusetzen und dort zu etablieren. Nach der Entwicklung einer effektiven Intervention geht es in die Phase, in der Informationen über das Programm weitergegeben werden und in der das Programm beworben wird

(„dissemination“). Daran schließt sich die Entscheidung einer Organisation oder Gruppe an, das Programm in einem Setting umzusetzen („adoption“). Schließlich bedeutet die Implementierungsphase, wie das Programm in der Anfangszeit durchgeführt wird, den Umständen angepasst wird und angenommen wird („implementation“). Abschließend ist noch entscheidend, wie das Programm mit der Zeit fortgeführt wird und erhalten bleibt (sustainability) (Durlak & DuPre, 2008).

Die mögliche Wirkung einer Intervention kann nur nachgewiesen werden, wenn der Prozess der Implementation evaluiert wird. Außerdem können dadurch Theorien, auf die Interventionen beruhen, getestet werden und ein frühzeitiges Monitoring der Implementation kann Probleme identifizieren (Durlak & DuPre, 2008). Sehr unterschiedliche Ansätze werden genutzt, um den Erfolg einer Implementation zu messen. Es gibt kein einheitliches Konzept oder eine bevorzugte Methode zur Evaluierung. Den Erfolg der Implementierung eines Programms oder einer Behandlung sowie Dienstleistung wird in manchen Studien über klinische Parameter der Klienten bemessen oder es wird geprüft, inwiefern die Ziele bei einer Implementierung der Maßnahme erreicht werden (Proctor et al., 2011).

Die Outcomes einer Implementierung sind die Effekte der bewussten und zielgerichteten Aktivitäten, um eine neue Behandlung, Praxis und Dienstleistung zu implementieren. Sie dienen als wichtige Voraussetzungen, um nachfolgende gewünschte Veränderungen in den Outcomes der Maßnahmen oder der Klienten zu erreichen. Für die erfolgreiche Umsetzung von Interventionen in community Settings ist es entscheidend zwischen den Effekten der Implementierung und den Effekten der Behandlung bzw. Intervention zu unterscheiden (ebd., 2011).

4.2 Rahmenmodell für die Implementierung von Peer-Programmen

Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault (2018) stellen ein Rahmenmodell zur Implementierung von Peer-Programmen zur Gesundheitsförderung vor. In Abbildung 1 (siehe Anhang) werden die Faktoren dargestellt, bei denen ein Zusammenhang mit der Implementierung solcher Programme in der Gemeinde angenommen wird. Sie sind in allen Ebenen der Implementierung eines Programmes verortet. Die Faktoren können direkt dem Peer oder die Teilnehmenden betreffen und aus weiteren beteiligten Organisationen hervorgehen. Auch der Aufbau und die Inhalte des Programms und seine Verankerung in der Organisation sowie im Quartier bringen Faktoren mit sich, die eine Implementierung beeinflussen können. Dazu spielen der übergeordnete gesellschaftliche und politischen Kontext und die Umwelt eine Rolle. Auch wird dargestellt wie diese Faktoren über kognitive, emotionale oder soziale Mechanismen auf die Outcomes einer Implementierung wirken (ebd., 2018).

Die Outcomes einer Implementierung bezogen auf Peer-Programme sind wie folgt definiert. Über diese Outcomes werden die Einflüsse der Faktoren ersichtlich und sind darüber feststellbar. Dazu gehört die Durchführbarkeit („Feasibility“), das bedeutet, inwieweit kann ein Programm erfolgreich umgesetzt und durchgeführt werden in einem vorgegebenen Setting, und die Erreichbarkeit („Reach“) der Zielgruppe, darunter wird verstanden, in welchen Umfang die Programmteilnehmer beteiligt werden und repräsentativ sind. Ebenso ist ein Outcome die Wiedergabetreue („Fidelity“), sie beschreibt den Umfang, in dem die Hauptkomponenten so durchgeführt werden, wie es für die Durchführung des Programms vorgesehen ist. Dann ist die Anpassung (Adaptation) ein Outcome, das die Anpassung und Veränderung des Programms beschreibt während der Zeit der Implementation. Weitere Outcomes sind die Reaktionen („Responsiveness“), die zeigen, wie die Beteiligten das Programm annehmen oder sich in dem Programm engagieren und die Akzeptanz („Acceptability“), die sich darauf bezieht, ob die weiteren beteiligten Akteure mit dem implementierten Programm übereinstimmen und zufrieden sind. Die Angemessenheit („Appropriateness“) ist ein Outcome, welches die Annahme, wie das Programm für eine spezielle Gruppe oder ein Setting passt oder spezielle Probleme adressiert, darstellt. Dann gibt es noch zwei weitere Outcomes, einmal die Kosten einer Implementierung, diese hängen ab von den Programmkosten, der Vorgehensweise bei der Implementierung und den Örtlichkeiten, an denen das Programm stattfindet. Außerdem den Erfolg einer Implementierung, der davon abhängt, wie die Akteure ein Programm als erfolgreich implementiert erachten (Lorthios-Guilledroit et al., 2018).

Das Modell von Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault (2018) beschreibt die Faktoren, die Einfluss auf eine Implementierung eines Peer-Programms zur Gesundheitsförderung haben. Diese werden im Folgenden näher dargestellt.

Zum einen können auf der Ebene der Peers und der Teilnehmenden die soziodemographischen Merkmale, der eigene Gesundheitszustand und ebenso das soziale Umfeld, einen Einfluss haben. Die Überzeugungen der Teilnehmer über die Nützlichkeit eines Programms, ihre Begeisterung für ein Programm und das Vertrauen, das sie im Programm und den Peers haben sind ebenso Faktoren. Dem gegenüber gestellt sind genauso die Einstellungen und Überzeugungen der Peers über das Programm, die auch Einfluss auf deren Engagement haben, relevant für die Implementierung. Auch haben die Erfahrungen mit dem Programm und daraus gewonnenes Wissen sowie Fähigkeiten einen Einfluss. Die soziale Rolle der Peers und ein damit verbundener Status, der den Peers durch das Programm zugeschrieben wird, wirkt sich unterstützend auf die Erreichung der Zielgruppe aus. Wie sich die Beziehungen zwischen den Peers und den Teilnehmern entwickeln, ist ebenso ein Faktor (ebd., 2018).

Bei der Implementierung sind Inhalte des Programms sowie dessen Aufbau entscheidend für den Erfolg. Der Inhalt bestimmt, wer Interesse an dem Programm hat und wer es für relevant hält. In welchen Rahmen der Inhalt vermittelt wird und welche Methoden benutzt werden wirken sich darauf aus, wie die Teilnehmenden das Programm annehmen. Auch die genaue Definition von Richtlinien, aber auch von Werten, und das Festlegen, welche Ziele erreicht werden sollen, für Programme zur Gesundheitsförderung sind wichtig, damit die Rolle des Peers klar ist und die Erwartungen an das Programm übereinstimmen (Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault, 2018).

Die Flexibilität eines Programmes und die Möglichkeit der Adaption nach dem, was die Beteiligten brauchen oder sich wünschen, beeinflusst die Implementierung. Auch die Peers können selbstständig ein flexible gestaltetes Programm anpassen. Das Berücksichtigen von kulturellen Hintergründen der Beteiligten ist dadurch ebenfalls möglich. Dann ist der Zugang zum Programm ein Faktor, der durch einen Fahrtweg, oder finanziellen Mitteln, aber auch das Verstehen der Inhalte beeinflusst werden kann (ebd., 2018).

Für die Implementierung von Peer-Programmen sind Strukturen notwendig, die das Programm unterstützen. Bestandteile davon sind das Rekrutieren von Peers und Teilnehmern, ebenso wie das Ausbilden der Peers und deren Bindung an das Programm (Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault, 2018).

Der organisatorische Rahmen gibt die Strukturen vor, in denen die Peers die Interventionen durchführen. Der Aufbau und die Bekanntheit, aber auch Grundsätze einer Organisation hängen mit einer Implementierung zusammen. Auch die Bereitschaft und der Wille an der Implementierung eines Projektes zu arbeiten in einer Organisation sowie der Einsatz von finanziellen und personellen Ressourcen ist ein förderlicher Faktor, wobei wenige Arbeitskräfte, ein hohes Arbeitsaufkommen und eine geringe Verfügbarkeit von Peers hinderlich sind. Erfahrungen in der Einführung von Peer-Programmen helfen bei der weiteren erfolgreichen Implementierung von Interventionen (ebd., 2018).

Schließlich gibt es nach dem Modell von Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault, (2018) noch Faktoren, die sich aus der weiteren Umgebung ergeben, in denen Peer-Programme integriert werden. Dazu gehören eine städtische oder ländliche Umgebung, die mit der Implementierung und Rekrutierung von Peers zusammenhängen. Auch externe Bedingungen, wie z.B. das Wetter, können relevant für die Durchführung von Interventionen sein.

Außerdem nehmen der gesellschaftliche und politische Kontext Einfluss auf die Möglichkeiten Peer-Programme umzusetzen, z.B. hängt die Finanzierung solcher Projekte davon ab (ebd., 2018).

Auch bereits erfolgreich durchgeführte Projekte, die evaluiert wurden, sind förderlich für den Erfolg der Implementierung. Diese Evaluationen sind hilfreich ist für die Umsetzung anderer Programme in bekannte Settings (ebd., 2018).

5. Fragestellung

Die im Hintergrundteil beschriebenen Kriterien von einer Peer-Arbeit geben Anhaltspunkte, aber noch keine ausführliche Darstellung, wie Peers eingesetzt werden können in einer Intervention zur Gesundheitsförderung der Arbeit. Sie zeigen auch, wie variabel die Peers eingesetzt werden können und wie vielfältig die Maßnahmen aussehen können. Es gibt bisher wenige Übersichtsarbeiten, die sich speziell mit dem Einsatz von Peers in der Gesundheitsförderung befassen. Um solche Interventionen im Quartier umsetzen zu können, ist es notwendig zu wissen, welche Einflüsse es auf eine Implementierung solcher Interventionen gibt.

Daraus ergibt sich die Fragestellung, wie von Peers durchgeführte Maßnahmen im Rahmen von Gesundheitsförderung im Quartier erfolgreich gestaltet werden können und welche Kriterien für eine Implementierung zu beachten sind.

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über die bisher durchgeführten Peer-Interventionen, die im Rahmen von Gesundheitsförderung stattfinden, zu geben und diese vielfältigen Maßnahmen zu strukturieren, um ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszustellen. Es sollen außerdem förderliche Bedingungen und Hindernisse für die Implementierung solcher Maßnahmen im Quartier herausgearbeitet werden.

6. Methode

Um diese Fragestellung zu beantworten, wurde als geeignete Methode eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Scopus durchgeführt. Dafür wurden zunächst Suchterme entwickelt, die für die systematische Literaturrecherche verwendet wurden, indem sich an in Artikeln beschriebene bisherige von Peers durchgeführte Maßnahmen und Literaturrecherchen zu diesem Thema orientiert wurde. Sie setzen sich aus den Begriffen und Bezeichnungen für Peers und deren Rollen, die sie innerhalb einer Intervention einnehmen können, zusammen. Außerdem decken die Suchterme den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ab, da die gesuchten Peer-Interventionen zum Ziel haben sollten, die Gesundheit zu fördern oder Prävention zu betreiben. Dann wird auf die Implementierung eingegangen, um Artikel zu finden, die den Prozess der Implementierung einer Peer-Intervention beschreiben, sowie auf das Setting

Quartier bzw. Gemeinde, in dem die gesuchten Peer-Interventionen durchgeführt werden sollten.

Für die Recherche in PubMed wurde folgender Suchterm entwickelt und verwendet:

```
(peer[Title/Abstract] OR peers[Title/Abstract] OR "peer leader"[Title/Abstract] OR
"peer counsel*" [Title/Abstract] OR "peer educat*" [Title/Abstract] OR
"peer support*" [Title/Abstract] OR "peer facilitat*" [Title/Abstract] OR
"peer case manager"[Title/Abstract] OR "peer-led"[Title/Abstract] OR
"peer-based"[Title/Abstract] OR "peer-delivered"[Title/Abstract]) AND ("health promotion"[MeSH
Terms] OR "health promotion"[Title/Abstract] OR prevention[Title/Abstract] OR
"health behavior"[Title/Abstract]) AND (implement[Title/Abstract]
OR implementation[Title/Abstract] OR implementing[Title/Abstract] OR
implemented[Title/Abstract]) AND (community[Title/Abstract] OR communities[Title/Abstract]
OR "community-based"[Title/Abstract])
```

Für die Recherche in Scopus wurde folgender Suchterm entwickelt und verwendet:

```
TITLE-ABS(peer OR peers OR "peer leader" OR "peer counsel*" OR "peer educat*" OR
"peer support*" OR "peer facilitat*" OR "peer case manager" OR "peer-led" OR "peer-based"
OR "peer-delivered") AND (TITLE-ABS("health promotion" OR prevention OR "health behavior")
OR KEY("health promotion")) AND TITLE-ABS(implement OR implementation OR implementing
OR implemented) AND TITLE-ABS(community OR communities OR "community-based")
```

Die Suchergebnisse wurden in dem Literaturverwaltungsprogramm Zotero festgehalten. Im ersten Schritt wurden die Duplikate der Artikel entfernt und anschließend wurden die gefundenen Artikel zunächst nach dem Titel und Abstract gescreent.

Anhand folgender Ein- und Ausschlusskriterien wurden die Artikel für die Auswertung ausgewählt. In die Auswertung miteinbezogen wurden Artikel, die die Implementierung und Durchführung von Peer-Interventionen als eine Maßnahme zur Gesundheitsförderung beschreiben und untersucht haben, sowie Ergebnisse dazu veröffentlichen. Dabei sollte der Begriff Peer und dessen Arbeit vorwiegend den Kriterien, die in Kapitel 3.1 dieser Arbeit beschrieben sind, entsprechen. Außerdem führt der Peer den Hauptbestandteil der Maßnahme durch und der Peer-Ansatz ist nicht nur ein kleiner Bestandteil der gesamten Intervention. Die Intention der Peer-Intervention liegt auf der Gesundheitsförderung oder Prävention von chronischen Erkrankungen, damit werden Maßnahmen, die das Selbstmanagement einer bestehenden chronischen Erkrankung unterstützen, ausgeschlossen. Es sollte mindestens ein Faktor aus der Studie hervorgehen und im Artikel beschrieben werden, der förderlich oder hinderlich war für die Implementierung der Intervention. Außerdem finden die Maßnahmen im Setting Quartier statt, die Intervention sollte so zu-

gänglich sein für die Bewohner im Quartier. Die Zielgruppe setzt sich aus Erwachsenen zusammen. Außerdem wurden nur Artikel berücksichtigt, die im Zeitraum von 2019 bis einschließlich 2009 veröffentlicht wurden und in Deutsch oder Englisch verfasst sind.

Hingegen werden Artikel durch das Screening ausgeschlossen, die Interventionen beschreiben, die nicht durch Peers durchgeführt werden oder bei der nur ein kleiner Bestandteil der gesamten Intervention durch Peers durchgeführt wird. Folgend werden auch Peer-Interventionen nicht miteinbezogen, die in Entwicklungsländern oder Ländern mit geringem bis mittlerem Einkommen, darunter afrikanische Länder und Länder im asiatischen Raum sowie auch südamerikanische Länder, durchgeführt werden. Dies hat den Hintergrund, dass die örtlichen Strukturen und die Anpassung der Interventionen daran, wenig vergleichbar sind mit denen in europäischen Städten. Dann werden Artikel nicht berücksichtigt, die Peer-Interventionen beschreiben, die sich ausschließlich auf die Prävention von Infektionskrankheiten oder auf die Suchtprävention fokussieren. Dazu werden Artikel ausgeschlossen, die in der beschriebenen Peer-Intervention ausschließlich spezielle Zielgruppen haben, wie nach der Altersgruppe Kinder oder Menschen mit einer Behinderung. Auch Settings, die nicht im Quartier verortet sind oder nur für eine bestimmte Gruppe zugänglich sind, wie das Setting Schule oder das Setting Arbeitsplatz, sind ein Ausschlusskriterium. Ebenso werden systematische Reviews und Studienprotokolle nicht mit ausgewertet.

Die nach der ersten Einschätzung gefundenen Artikel wurden anschließend nach dem Volltext gescreent, wobei erneut die beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien herangezogen wurden. Daraus wurden endgültig die Artikel ausgewählt, die für die Beantwortung der Forschungsfrage ausgewertet wurden.

Nach den folgenden Bestandteilen fand die Auswertung statt:

- Das Verständnis des Begriffs Peer und seine Rolle in der Intervention
- Die Struktur der Intervention
- Die Zielgruppe der Intervention
- Das Setting der Intervention
- Die Ziele der Intervention
- Die Wirkungen auf die Gesundheit
- Die Faktoren, die hinderlich oder förderlich sind für die Implementierung

Um die Faktoren aus den Artikeln zu ermitteln und einzuordnen, die als förderlich oder hinderlich für die Implementierung der Peer-Interventionen beschrieben wurden, wurde zum Vergleich das Rahmenmodell zur Implementierung von Peer-Interventionen von

Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault (2018), das in Abbildung 1 dargestellt wird, herangezogen.

7. Ergebnisse

7.1 Auswahl der Artikel

Die Auswahl der Artikel und Anzahl der Ergebnisse aus der systematischen Recherche in PubMed und Scopus werden in dem Flow Chart in Abbildung 2 dargestellt.

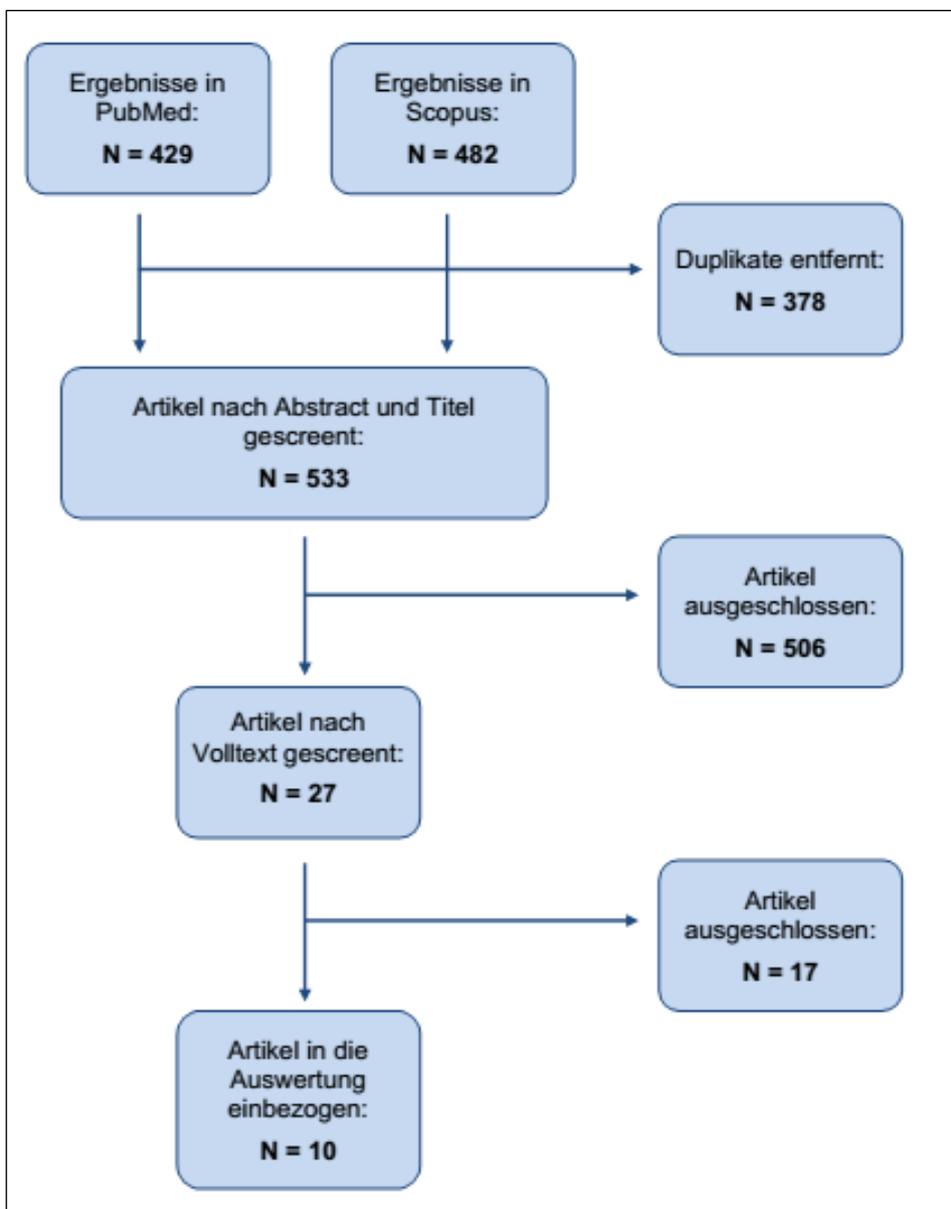


Abbildung 2: Screeningvorgang und Auswahl der Artikel

In der Datenbank PubMed ergeben sich mit der Eingabe des Suchterms 429 Ergebnisse, während sich in der Datenbank Scopus mit der Eingabe des Suchterms 482 Ergebnisse ergeben. Dabei wurden die Ergebnisse bereits auf den Zeitraum 2019 bis 2009 gefiltert. Unter den insgesamt 911 Ergebnissen wurden 378 Duplikate entfernt. Nach dem Screening der Titel und Abstracts der restlichen 533 Artikel wurden weitere 506 Artikel nach Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien nicht in die weitere Auswertung miteinbezogen. Die verbliebenen 27 Artikel wurden im Volltext gescreent und es wurden 17 Artikel ausgeschlossen. Darunter wurden 6 Artikel ausgeschlossen, da sie das Studienprotokoll beschreiben und noch keine Ergebnisse zu einer durchgeführten Peer-Intervention beinhalten. Des Weiteren wurden 5 Artikel ausgeschlossen, weil der Peer-Ansatz in der beschriebenen Intervention nur ein Bestandteil der gesamten Intervention ist und nicht gesondert ausgewertet wurde. Aufgrund ihres Settings wurden 2 Interventionen nicht in die Auswertung miteinbezogen, da sie nicht direkt im Quartier durchgeführt wurden, sondern z.B. in einem privaten Wohnheim für Senioren. In einem Artikel weicht die Definition des Peers stark ab, es wurden hier in der Intervention ausgebildete Pfleger eingesetzt. Dann bezog sich ein Artikel auf ein Programm zum Management von chronischen Erkrankungen. Eine im Artikel beschriebene Intervention hatte ausschließlich schwangere Frauen und Frauen im Wochenbett als Zielgruppe. Ein weiterer Artikel beschreibt mehrere Interventionen, unter welche eine dieser Interventionen in die Auswertung miteinbezogen wurde. Diese Intervention wird in einem der ausgewerteten Artikel ausführlich beschrieben wird. Schließlich wurden 10 Artikel in die Auswertung miteinbezogen.

7.2 Beschreibung der Peer Interventionen

Im Folgenden werden die Peer-Interventionen, die in den 10 ausgewählten Artikel beschrieben werden, vorgestellt.

Die Peer-Intervention Heart-to-Heart hat zum Ziel gesunde Verhaltensweisen zu fördern, um das Risiko einer kardiovaskulären Erkrankung zu reduzieren. Dabei wird am Ernährungsverhalten und an der körperlichen Bewegung angesetzt. Die Intervention ist als Curriculum mit 8 interaktiven Modulen gestaltet, die unabhängig voneinander in 10 bis 15 Minuten vor Gruppen oder Einzelpersonen präsentiert werden können. Damit sollen Botschaften zu einer gesunden Ernährung und ausreichend Bewegung in die sozialen Netzwerke weitergetragen werden. Die Präsentationen wurden von den Peers als Peer educator eigenständig initiiert, sowie die Teilnehmer dafür rekrutiert. Sie richten sich an alle, die in der Gemeinde leben und werden vor Ort bei den Teilnehmern oder an öffentlichen Orten von den Peers durchgeführt. Die Intervention lief über 25 Monate mit insgesamt 175

Teilnehmern, deren Durchschnittsalter bei 52 Jahren lag und von denen 89 % Frauen und 10% Männer waren (Zimmermann et al., 2014).

In dem HANS KAI Projekt wird durch Peer Unterstützung und der Stärkung sozialer Netzwerke die Gesundheit gefördert, indem auch bei Faktoren angesetzt wird, die veränderbar sind für eine gesunde Lebensweise, um chronischen Erkrankungen vorzubeugen. Die Intervention richtet sich an die Bewohner der Gemeinde, die mindestens 18 Jahre alt sind und einen stabilen Gesundheitszustand haben und findet an Orten in der Gemeinde oder am Arbeitsplatz statt. Die Teilnehmer bewerben sich für das Projekt und werden hier in Gruppen zusammengestellt nach gemeinsamen Merkmalen, wie Alter, Wohnort oder auch Arbeitsplatz, dabei besteht eine Gruppe aus ca. 10 Teilnehmern. Sie erhalten zu Beginn eine Einführung in Gesundheitsthemen und wie die Arbeit in einer Gruppe funktioniert. Daraufhin treffen sie sich selbstständig einmal im Monat für 2 Stunden, um sich auszutauschen und voneinander über Gesundheitsthemen zu lernen, aber auch aktiv für die Gesundheit zu werden durch Sportübungen oder gemeinsames Kochen. Bei Bedarf gibt es Unterstützung von Fachleuten aus dem Gesundheitsbereich. Die Intervention lief von 2010 bis 2015 und es nahmen 9 Gruppen mit insgesamt 77 Teilnehmern vollständig daran teil. Die Altersrange der Teilnehmer betrug 20 bis 72 Jahre und 95 % der Teilnehmer waren Frauen (Henteleff & Wall, 2018).

Die Intervention Healthy Eating and Harambee ist als Curriculum aufgebaut, das sich auf die Gesundheit von Müttern und ihren Kindern konzentriert, besonders in Hinblick auf das Ernährungsverhalten. Es soll Frauen mit afrikanischem Migrationshintergrund in der Altersspanne von 18 bis 45 Jahren darin stärken für sich und ihre Familien gesündere Nahrung auszuwählen und zuzubereiten. Dabei werden Grundlagen von Nahrungsmitteln und Ernährung vermittelt und daran das Vorbeugen von Erkrankungen verdeutlicht. Auch auf die kulturellen Hintergründe bei der Ernährung wird eingegangen. Ebenso Einheiten zu ausreichender Bewegung und Körperbewusstsein sind Bestandteil. Die Peers führen das Curriculum als Peer educator in 13 Einheiten, jede Woche eine Einheit, mit Unterstützung von Assistenten aus der Organisation in der Gemeinde durch. Die Laufzeit der Intervention belief sich auf 16 Monate, in denen 102 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 28 Jahren daran teilnahmen (Kannan et al., 2010).

Das Programm zur Prävention von Type-2-Diabetes umfasst zwei interaktive Unterrichtseinheiten für jeweils zwei Stunden, die in einer Woche durchgeführt werden, wobei eine Gruppe aus 10 Teilnehmern besteht. Zielgruppe sind Bewohner, die mindestens 40 Jahre alt sind und einen türkischen oder arabischen Migrationshintergrund haben sowie ein erhöhtes Risiko haben, an Diabetes zu erkranken. Das Programm vermittelt durch Peer

educator Wissen zu Diabetes, Risikofaktoren und die Auswirkungen der Erkrankung auf die Gesundheit sowie Möglichkeiten, präventiv dagegen anzugehen durch einen gesunden Lebensstil. In den Unterrichtseinheiten geht es um Bewegung, gesunde Ernährung, Stressmanagement und Selbstpflege und sie werden in arabischer und türkischer Sprache abgehalten. Dabei werden kulturelle Aspekte berücksichtigt. Nach der Intervention findet einen Monat später zusätzlich ein Motivations- und Coaching-gespräch übers Telefon statt. Das Programm wurde mit 94 Teilnehmern durchgeführt, von denen 73% weiblich und 27 % männlich waren und circa die Hälfte der Teilnehmer im Alter von 40 bis 45 Jahren alt waren (Sulaiman et al., 2013).

Die „Teeth Tales“ Studie ist eine in der Gemeinde angelegte Intervention zur Gesundheitsförderung, die sich auf die Mund- und Zahngesundheit von Kindern, im Alter von einem bis vier Jahre, in Familien mit Migrationshintergrund, die ihren Wohnsitz in Melbourne haben, konzentriert. Peer educator führen diese durch, um das Wissen der Eltern über die Mundgesundheit ihrer Kinder zu stärken und das Verhalten zur Zahnpflege nach deren Bedürfnisse anzupassen. Dabei werden eigene Ansichten und Praxen diskutiert und Strategien für Veränderungen herausgefunden sowie Möglichkeiten zum Ausprobieren der Zahnpflege gegeben. Die zwei Einheiten finden für jeweils drei Stunden über 2 bis 3 Wochen statt und anschließend wird ein Besuch beim zahnärztlichen Gesundheitszentrum vor Ort. In den folgenden Monaten werden Reminder mit den zentralen Botschaften der Intervention an die Teilnehmer verschickt. Die Intervention fand von 2012 bis 2014 statt und es wurden dafür 521 Teilnehmer rekrutiert, von denen 288 für die Intervention und 233 für die Kontrollgruppe vorgemerkt waren. 81 % der teilnehmenden Elternteile, die in der Studie verblieben, waren weiblich und 19% waren männlich (Gibbs et al., 2015).

Das Programm „Seeds of HOPE“ ist ein Gewichtsmanagement Programm, das Empowerment von Frauen zum Ziel hat, die mindestens 18 Jahre alt sind mit einem Wohnsitz in der Gemeinde und die einer Minderheit angehören, auch durch die Stärkung von Selbstwirksamkeit. In kleineren Gruppen führen Peer leader Diskussionen und Aktivitäten durch zu den Themen Ernährung, Sport, Gewichtskontrolle, Stressmanagement und zu Techniken, wie man eigene Ziele erreicht. Das Programm umfasst 12 Einheiten, die nach Bedarf wöchentlich oder monatlich durchgeführt werden über 6 Monate für 1 bis 4 Stunden. Die Peer leader führen die Treffen mit der Gruppe selbstständig durch und werden in monatlichen Treffen fachlich unterstützt. Das Programm hat eine Laufzeit von 2,5 Jahre mit insgesamt 236 Teilnehmerinnen, ihr Durchschnittsalter liegt bei 54 Jahren (Hopper et al., 2017).

„The Fruit & Veg Sense“ Programm ist Teil eines umfassenden Programms aus Interventionen zur Gesundheitsförderung und Strategien zur Förderung des Engagements in der Gemeinde. Es richtet sich an Eltern mit Kindern im Grundschulalter, die das Essen zu Hause zubereiten und bisher nicht die empfohlene Menge an Gemüse und Früchten zu sich nehmen. Peer educator führen eine kurze 90-minütige interaktive Unterrichtseinheit zu Empfehlungen der Mengenaufnahme von Gemüse und Früchten und welche Vorteile dies für die Gesundheit der ganzen Familie mit sich bringt. Das Budget für den Einkauf von Gemüse und Früchten und Möglichkeiten oder Rezepte für die Zubereitung werden ebenso vorgestellt. Damit sollen Barrieren abgebaut, das Bewusstsein dafür gestärkt und die Bereitschaft zum Konsum erhöht werden. Die Teilnehmer erhalten nach der Intervention Newsletter mit weiteren Informationen und zur Motivation. Das Programm fand zwischen 2008 und 2010 statt mit 153 Teilnehmer, die eine Altersrange von 25 bis 54 Jahren haben und der Anteil an Frauen lag bei 95%, während der Anteil an Männern bei 5 % lag (Glasson et al., 2012).

Die von Khong et al. (2017) entwickelte Peer-Intervention zur Sturz-Prävention besteht aus einer interaktiven Präsentation für ältere Menschen, die mindestens 60 Jahre alt sind und einen Wohnsitz in der Gemeinde haben, an dem sie selbstständig leben und nicht akut im Krankenhaus behandelt werden. Die Peer educator vermitteln Wissen über Stürze und zu Strategien der Prävention. Die einstündige Präsentation vor der Gruppe hat zum Ziel, die Teilnehmer zu überzeugen, dass es sinnvoll ist, Risiken für Stürze zu mindern und Maßnahmen dazu ergreifen. Die Motivation und Intention, etwas zu verändern, soll somit bestärkt werden. Im Jahr 2015 fand die Intervention statt und hatte 196 Teilnehmer. Das Durchschnittsalter der Interventionsgruppe lag bei 79 Jahren und der Anteil an Frauen lag bei 54% (Khong et al., 2017).

In dem Programm „The Rolling Store“ werden Unterrichtseinheiten durchgeführt, um ein gesünderes Ernährungsverhalten zu fördern und der Gewichtszunahme vorzubeugen. Außerdem beinhaltet es einen innovativen Weg, frisches Gemüse und Früchte an die Teilnehmer auszugeben, die sich jede Woche an einem Stand vor dem Gemeindezentrum welches umsonst abholen können. Die Zielgruppe sind volljährige Frauen, die einen Migrationshintergrund haben und an keiner akuten Erkrankung leiden sowie deren BMI zwischen 25 und 40 liegt. In den 24 monatlichen Treffen demonstrieren die Peer educator die Zubereitung von gesunden Gerichten und führen mit den Teilnehmern Bewegungsübungen durch. Die Teilnehmer führen selbstständig in der Zeit ein Ernährungs- und Bewegungstagebuch über eine Woche in jedem Monat für Feedback und zur Unterstützung der Verhaltensänderungen. Das Programm lief über 6 Monate mit 20 Teilnehmerinnen in der

Interventionsgruppe. Die Altersrange lag bei 22 bis 66 Jahren und das Durchschnittsalter lag bei 46 Jahren (Kennedy et al., 2009).

Die Peer-Intervention Positive Action for Today's Health fördert die Bewegung in benachteiligten Gemeinden, indem von Peer leadern Spaziergänge in der Wohngegend angeboten werden. Sie richtet sich an die Bewohner der Gemeinde, die einen Migrationshintergrund haben und keine Erkrankung haben, die sie an der Bewegung hindern. Die Intervention ist mit einer Kampagne verknüpft, in der Botschaften, Werbematerialien und Events mit Hilfe der Teilnehmer aus der Gemeinde entwickelt wurden, was auch den Zusammenhalt untereinander fördert. Es soll der Zugang erleichtert werden und die Sicherheit gegeben werden beim Spazierengehen. Dafür wurden unter anderem Barrieren auf den Wegen beseitigt und die Spaziergänge werden auch von Sicherheitskräften begleitet. Die Intervention lief 24 Monate lang, in der regelmäßig die Spaziergänge stattfanden mit im Durchschnitt 156 Teilnehmern über die ersten 11 Monate. Dabei waren 67% der Teilnehmer weiblich und die Teilnehmer hatten ein Durchschnittsalter von 54 Jahren (Coulon et al., 2012).

Die Rekrutierung von Teilnehmern findet bei allen Interventionen vor Ort in den Gemeinden statt, besonders über die sozialen Netzwerke der Peers oder die Netzwerke der Vereine und Organisationen. Ergänzend werden Wege über die digitalen Medien, z.B. das Radio oder Newsletter genutzt sowie die Printmedien, darunter z.B. Anzeigen in Zeitungen oder Flyer (Coulon et al., 2012; Gibbs et al., 2015; Glasson et al., 2012; Henteleff & Wall, 2018; Hopper et al., 2017; Kannan et al., 2010; Kennedy et al., 2009; Khong et al., 2017; Sulaiman et al., 2013; Zimmermann et al., 2014). Auf Veranstaltungen oder bei Vorträgen werden die Interventionen vorgestellt (Glasson et al., 2012; Coulon et al., 2012; Henteleff & Wall, 2018.; Kannan et al., 2010; Khong et al., 2017) und wichtige Anlaufstellen oder Institutionen, wie z.B. Schulen oder Ärzte, werben für die Interventionen (Gibbs et al., 2015; Glasson et al., 2012; Kannan et al., 2010.; Sulaiman et al., 2013). Auch bereits vorhandene Datenbanken zu Klienten werden herangezogen (Gibbs et al., 2015) und es werden zufällig Telefonnummern ausgewählt, um potenzielle Teilnehmer zu erreichen (Coulon et al., 2012).

In den zehn vorgestellten Peer-Interventionen waren sechs der Standort in den United States und vier in Australien, wobei ein Teil davon in Städten durchgeführt wurde und der andere Teil in ländlichen Gegenden. Die Interventionen wurden jedes Mal direkt in den Gemeinden durchgeführt, dafür wurden öffentliche Orte genutzt, community center oder Räume von Organisationen, aber auch privater Wohnraum (Coulon et al., 2012; Gibbs et al., 2015; Glasson et al., 2012; Henteleff & Wall, 2018; Hopper et al., 2017; Kannan et al.,

2010; Kennedy et al., 2009; Khong et al., 2017; Sulaiman et al., 2013; Zimmermann et al., 2014). Charakteristisch für die Gemeinden ist, dass die Bewohner zum großen Teil einen geringen sozioökonomischen Status haben (Henteleff & Wall, 2018; Coulon et al., 2012) und dass die Bewohner eine hohe Rate an chronischen Erkrankungen aufweisen (Coulon et al., 2012). Auch charakteristisch für die Gemeinden ist, dass sie schlechte Gesundheitsindikatoren aufweisen (Hopper et al., 2017) und dass es dort einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen vor Ort gibt (Gibbs et al., 2015). Die Maßnahmen richten sich an Gemeinden mit höheren Raten von Menschen mit Migrationshintergrund oder Minderheiten und einer Population mit vielfältigen kulturellen Hintergründen (Gibbs et al., 2015; Hopper et al., 2017; Kannan et al., 2010; Sulaiman et al., 2013).

In einigen Artikeln wird beschrieben, dass die Teilnehmer Incentives für ihre Teilnahme an der Intervention erhalten. Es werden Schrittzähler an die Teilnehmer verteilt nach der ersten Unterrichtseinheit, um einen weiteren Anreiz für eine regelmäßige Bewegung zu geben (Sulaiman et al., 2013). In der Intervention Teeth Tales erhält jede Familie, die sich für die Studie anmeldet, ein Set mit Produkten zur Mund- und Zahnpflege. Zwei weitere Interventionen vergeben Geld als Incentives, und zwar 75\$ am Ende der Studie The Rolling Store (Kennedy et al., 2009) oder nach einem ersten Screening des Gesundheitszustands werden 30 \$ ausgezahlt (Coulon et al., 2012).

Auf die Kultursensibilität wird in einigen Interventionen eingegangen. Bei den Unterrichtseinheiten zur Ernährung werden auf die kulturellen Hintergründe eingegangen und es wird Bezug auf das landestypische Essen genommen. Der Unterricht wird dabei in der Muttersprache mit Hilfe von entsprechenden Materialien durchgeführt (Kannan et al., 2010, Sulaiman et al., 2013). In den Trainings werden zusätzlich die kulturellen Kompetenzen der Peer educator gestärkt (Sulaiman et al., 2013). Für die Durchführung der Maßnahmen werden auch kulturell angemessene Settings ausgewählt (Gibbs et al., 2015).

7.3 Begriff Peer und seine Rollen innerhalb der Interventionen

In den beschriebenen Peer-Interventionen wird vorrangig der Begriff Peer educator verwendet, in 7 von den 10 untersuchten Artikeln. Dieser führt Unterrichtseinheiten mit den Teilnehmern nach einem vorgegebenen Curriculum durch oder er hält Präsentationen vor der Gruppe ab. Diese beinhalten auch interaktive Bestandteile, wie Diskussionen, Übungen zum Kochen oder Sportübungen. Ihre Arbeit hat vorrangig zum Ziel, Wissen zu vermitteln und Verhaltensänderungen anzuregen sowie zu motivieren diese umzusetzen. Ebenso das Empowerment der Teilnehmer, etwas für ihre eigene Gesundheit zu tun und die Stärkung der Selbstwirksamkeit sind von Bedeutung (Gibbs et al., 2015; Glasson et

al., 2012; Kannan et al., 2010; Kennedy et al., 2009; Khong et al., 2017; Sulaiman et al., 2013; Zimmermann et al., 2014).

Die Peer educator werden in der Durchführung der Unterrichtseinheiten oder Präsentationen geschult durch Trainings. Diese finden mindestens über 3h statt und das längste Training beläuft sich über 2 Tage. Bestandteil der Trainings sind unter anderem Fach- und Hintergrundwissen sowie die Inhalte der Unterrichtseinheiten bzw. Präsentationen (Kannan et al., 2010; Khong et al., 2017; Zimmermann et al., 2014; Kennedy et al., 2009), Lern- und Unterrichtsmethoden (Kannan et al., 2010; Khong et al., 2017; Zimmermann et al., 2014), aber auch Techniken für Verhaltensänderung (Khong et al., 2017, Kennedy et al., 2009) oder Methoden zur Problemlösung (Kannan et al., 2010) und motivierende Gesprächsführung (Kennedy et al., 2009) gehören dazu. Kannan et al. (2009) beschreiben zusätzlich als Bestandteil des Trainings die kulturelle Kompetenz sowie das Verstehen von Gruppendynamiken. In einem anderen Training für die Peers wird ein Überblick über die Rolle als Peer Educator gegeben und die Möglichkeit zum Ausprobieren in dem Training besteht (Zimmermann et al., 2014).

Dann werden die Peers in zwei Artikeln Peer leader genannt (Coulon et al., 2012; Hopper et al., 2017). Die von ihnen durchgeführten Interventionen entsprechen zum großen Teil die Rolle des Peer educator. Die Durchführung der Maßnahmen ist interaktiver gestaltet und findet zum Teil in kleineren Gruppen statt. Auch das Training besteht aus einer 3 Stunden langen individuellen Einführung mit Begleitung über monatliche Treffen (Hopper et al., 2017) oder einer Einführung in Sicherheitsprotokolle und der Durchführung der Maßnahme (Coulon et al., 2012).

Dann wird in einem Artikel der Peer support beschrieben als gegenseitige Unterstützung in der Gruppe, die selbstständig durchgeführt wird von den Teilnehmern und die selber einen „Leader“ ernennen für die Leitung der Gruppe. Hier spielt die Vernetzung untereinander eine wesentliche Rolle und die soziale Unterstützung ist von Bedeutung. Alle Teilnehmer nahmen dafür zu Beginn an einer „Health School“ teil mit 6 Terminen für jeweils zwei Stunden, in der Grundlagen über Gesundheitsthemen, wie Ernährung, Bewegung, Stress und Wissen über chronische Erkrankungen, vermittelt werden. In der Schulung wird ebenfalls erklärt, wie Gesundheitsparameter selbstständig gemessen werden können und Methoden zur unabhängigen Arbeit in der Gruppe werden vorgestellt (Henteleff & Wall, 2018).

Als Voraussetzung, um ein Peer für eine Intervention zu werden, ist in allen Programmen als Kriterium genannt, dass die Peers aus den Gemeinden kommen bzw. in dem Umfeld wohnen und dort vernetzt sind, wo die Interventionen stattfinden (Coulon et al., 2012;

Gibbs et al., 2015; Glasson et al., 2012; Henteleff & Wall, 2018; Hopper et al., 2017; Kannan et al., 2010; Kennedy et al., 2009; Khong et al., 2017; Sulaiman et al., 2013; Zimmermann et al., 2014). Am zweit häufigsten wird als Voraussetzung das allgemeine Interesse an Gesundheit und die Motivation die Gesundheit in der Gemeinde zu fördern in den Artikeln beschrieben (Gibbs et al., 2015; Glasson et al., 2012; Kennedy et al., 2009). Weitere Kriterien sind der gleiche kulturelle sowie sprachliche Hintergrund wie der der Teilnehmer (Gibbs et al., 2015; Sulaiman et al., 2013) sowie das Lebensalter, das entweder der Zielgruppe entspricht oder aufgrund von Lebenserfahrung bzw. von Expertise höher ist (Kannan et al., 2010; Khong et al., 2017).

Bei zwei Interventionen werden die Peers aus einem vorherigen Projekt zur Gesundheitsförderung, an dem sie teilnahmen, rekrutiert (Hopper et al., 2017; Zimmermann et al., 2014). Dazu findet die Rekrutierung über Einrichtungen und Organisationen vor Ort und deren Netzwerke in der Gemeinde statt (Gibbs et al., 2015; Hopper et al., 2017), aber auch über die Medien oder durch Anzeigen werden die Peers für die Interventionen angeworben (Hopper et al., 2017; Sulaiman et al., 2013; Khong et al., 2017).

Bei zwei Interventionen ist eine Bezahlung der Peers vorgesehen für die Rekrutierung von Teilnehmern und die Durchführung der Maßnahme (Sulaiman et al., 2013; Zimmermann et al., 2014).

Die rekrutierten Peers haben ein Durchschnittsalter, dass mindestens bei 50 Jahren liegt und der größte Teil hat eine akademische Ausbildung. Die Mehrheit davon ist entweder berufstätig oder in Rente (Hopper et al., 2017; Khong et al., 2017; Zimmermann et al., 2014).

7.4 Effekte auf die Gesundheit

In den Programmen werden mögliche Effekte der Maßnahmen auf die Gesundheit untersucht. Wirkungen der Maßnahmen auf den Wissensstands der Teilnehmer zu Gesundheitsthemen und zu ihrer eigenen Gesundheit werden festgestellt. Die Teilnehmer geben an, neues an Wissen gewonnen zu haben über Gesundheit und Aktivitäten kennengelernt zu haben, die sie für ihre Gesundheit durchführen können (Henteleff & Wall, 2018; Khong et al., 2017; Zimmermann et al., 2014). Unter anderem gehören Informationen zur Ernährung und Lebensmitteln dazu, z.B. die Empfehlungen für den Konsum von Gemüse und Früchten (Glasson et al., 2012; Kannan et al., 2010). Auch das Wissen über Risikofaktoren von Erkrankungen und deren Präventionsmöglichkeiten ist von Bedeutung. Darunter verbesserte sich das Wissen über Diabetes und das Verständnis über die Präventionsmöglichkeiten von Diabetes (Sulaiman et al., 2013) sowie über die präventive Wirkung gesunder Ernährung gegen die Entstehung von Krebs (Glasson et al., 2012). Die Sicher-

heit im Wissen über die Pflege der Mundgesundheit von Kindern nimmt zu (Gibbs et al., 2015). Das Kennenlernen von Präventionsmaßnahmen, um Stürzen vorzubeugen gehört ebenso zum Wissensstand dazu (Glasson et al., 2012). Außerdem können die Teilnehmer selbstständig Faktoren identifizieren und einschätzen, ob sie ihre Gesundheit stärken oder sie negativ beeinflussen (Henteleff & Wall, 2018).

Dann wurden Wirkungen auf das Gesundheitsverhalten und zunächst auch auf die Motivation bzw. Intention, ihren Lebensstil anzupassen, gefunden. Die Teilnehmer der Interventionen berichten, dass sie Verhaltensweisen so geändert haben, dass sie förderlich für ihre Gesundheit sind, dazu zählt ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten und ausreichend Bewegung (Henteleff & Wall, 2018; Kannan et al., 2010; Sulaiman et al., 2013) sowie die Überwachung der eigenen Gesundheit und Stressmanagement (Henteleff & Wall, 2018). Der Konsum von Früchten nimmt signifikant zu nach der Intervention „Seeds of Hope“ (Hopper et al., 2017) und die Kalorienzufuhr nimmt bei allen Teilnehmern in einer weiteren Intervention ab (Kennedy et al., 2009). Die durchschnittliche Zeit, in der die Teilnehmer zu Fuß unterwegs sind, erhöht sich signifikant nach einer Peer-Intervention (Sulaiman et al., 2013). Auch gibt es in der Studie „Teeth Tales“ signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe in der Mund- und Zahnpflege von Kindern, z.B. in der Häufigkeit des Zähneputzens und der Technik (Gibbs et al., 2015).

Dazu geben 91 % der Teilnehmenden an, dass sie ihr Essverhalten verändern wollen (Zimmermann et al., 2014). Es sind signifikant mehr Teilnehmer eher bereit, etwas an ihrem Verhalten zu verändern und sie sind eher zuversichtlich oder haben es eher versucht, auch den Konsum von Gemüse und Früchten in ihrer Familie zu verändern (Glasson et al., 2012). Ergebnisse einer Intervention sind auch die entstandene Motivation der Teilnehmer Stürze vorzubeugen und eine signifikant höhere Intention dafür sowie feste Pläne für die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen zu haben (Khong et al., 2017).

Auch machen sich die Wirkungen der Interventionen auf die Gesundheit über körperliche Merkmale der Teilnehmer sichtbar. In einer Intervention werden signifikante Reduktionen im Gewicht und beim Hüftumfang festgestellt (Sulaiman et al., 2013). Die 56 % der Kinder der Familien in der Studie „Teeth Tales“ haben weniger Zahnstein und 66% weniger Zahnfleischentzündungen (Gibbs et al., 2015). Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen verlieren Gewicht während der Intervention (Hopper et al., 2017). In der Intervention „The Rolling Store“ verlieren die Teilnehmerinnen signifikant mehr Gewicht als die Kontrollgruppe nach 6 Monaten und der BMI ist signifikant geringer sowie auch der Blutdruck geringer ist und der Hüftumfang abnimmt (Kennedy et al., 2009).

In einer Studie werden Wirkungen auf die psychische Gesundheit untersucht und die Messungen mit den Messskalen zur mentalen Gesundheit zeigen hier statistisch signifikante Verbesserungen (Henteleff & Wall, 2018).

Die Maßnahmen der Interventionen haben einen Einfluss auf die wahrgenommene Vulnerabilität für Risiken und Erkrankungen. Als Folge einer Intervention erkennen über die Hälfte ihr erhöhtes Risiko, an Diabetes zu erkranken (Sulaiman et al., 2013). Ebenso erkennen Teilnehmer, dass das Thema Sturz-Prävention relevant für sie ist und sie etwas dafür ändern müssen sowie Maßnahmen ergreifen müssen (Khong et al., 2017).

Ein weiterer Effekt einer Intervention ist, dass sich die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung erhöht hat, explizit indem angegeben wird, häufiger Zahnarztbesuche durchzuführen (Gibbs et al., 2015). Die Teilnehmer suchen eher bei Gesundheitsproblemen nach medizinischer Unterstützung (Henteleff & Wall, 2018).

Es gibt Ergebnisse zum Empowerment, der Selbstwirksamkeit sowie zur Lebensqualität der Teilnehmer. Die Teilnehmer entwickeln Fähigkeiten, um einen gesünderen Lebensstil zu führen, indem sie lernen ihre Stärken einzusetzen (Kannan et al., 2010). Auch in einer anderen Intervention verbessert sich die durchschnittliche Selbstwirksamkeit und das emotionale Wohlbefinden signifikant. Zusätzlich wurde eine erhöhte Lebensqualität gemessen (Kennedy et al., 2009). Die Teilnehmenden berichten ebenso, dass sie die Informationen oder das Gelernte aus den Peer-Interventionen an ihre Familie und ihre Freunde weitergeben (Glasson et al., 2012; Henteleff & Wall, 2018; Zimmermann et al., 2014).

7.5 Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung

Bei einer Implementierung von Peer-Interventionen gibt es verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, die dabei unterstützend wirken oder für eine Implementierung hinderlich sind. Es sind Faktoren relevant für die Implementierung, von den Peers sowie von den Teilnehmern selbst ausgehen. Eigenschaften, wie ein höherer Bildungsgrad und ein jüngeres Alter, können förderlich sein bei der Umsetzung (Hopper et al., 2017.). Ebenso gibt es Aspekte, in denen die Peers eine Motivation sehen, diese Interventionen durchzuführen. Darunter zählt die Möglichkeit anderen damit zu helfen (Henteleff & Wall, 2018; Zimmermann et al., 2014) oder auch die Stärkung des eigenen Selbstvertrauen und das Gefühl des Empowerment sowie die eigene Verbesserung der Gesundheit oder Änderung von Verhaltensweisen (Kannan et al., 2010; Zimmermann et al., 2014). Äußere Umstände der Peers und Lebensereignisse können die Durchführung von den Maßnahmen verhindern, wie die Pflege eines Angehörigen oder bei Krankheit (Zimmermann et al., 2014). Die Einstellung der Teilnehmer zu den Programmen spielt eine Rolle, darunter gehört die Mo-

tivation daran teilzunehmen, weil die Unterstützung und Gemeinschaft geschätzt wird und die Bereitschaft, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, vorhanden ist und Verbesserungen im eigenen Gesundheitszustand wahrgenommen werden. Hinderlich kann es sein, wenn die Teilnehmer wenig Zeit für die Maßnahmen zur Verfügung haben oder investieren, z.B. auch für einen Fahrtweg (Henteleff & Wall, 2018).

Dann wurden Faktoren gefunden, die den Inhalt und den Aufbau der Peer-Programme betreffen. Wenn die Inhalte der Interventionen so gestaltet sind, dass sie die Teilnehmer ansprechen und dass sie diese als relevant für sich erachten (Kannan et al., 2010; Sulaiman et al., 2013), trägt das zu einer Implementierung bei. Besonders interaktive Bestandteile in den Unterrichtseinheiten und das Sammeln von praktischen Erfahrungen (Kannan et al., 2010) sowie das individuelle Eingehen auf die Zielsetzungen der Teilnehmer (Khong et al., 2017) sind hilfreich für die Implementierung. Das Einsetzen von Materialien und das Anwenden von Fallbeispielen gehören ebenso dazu, während sehr theoretische Unterrichtsstunden weniger angenommen werden (Kannan et al., 2010). Dann ist das Berücksichtigen der finanziellen Mittel der Teilnehmer bei der Gestaltung von Aktivitäten förderlich (ebd., 2010). Auch der Zeitumfang einer Intervention ist ein Faktor, denn die Teilnehmer können die Treffen als zu häufig oder zeitaufwendig ansehen (Henteleff & Wall, 2018; Kannan et al., 2010.).

In einer Intervention passen die Peers das Curriculum den Bedürfnissen der Teilnehmer an, indem sie neue Workshops gestalten und neue Materialien entwerfen (Kannan et al., 2010). Oder sie passen Protokolle an und entwickeln neue für die Durchführung von Maßnahmen (Coulon et al., 2012). Ein standardisiertes Curriculum in der Gruppe umzusetzen bringt Schwierigkeiten mit sich, somit ist eine flexiblere Durchführung der Maßnahmen hilfreich bei der Umsetzung eines Curriculums (Kannan et al., 2010).

Ein weiterer Faktor, der zur Implementierung beiträgt, ist die Aufstellung der beteiligten Organisationen oder Vereinen und die Zusammenarbeit mit anderen. Der Einbezug von in der Gemeinde aktiven und bekannten Partner-Organisationen kann entscheidend sein für eine Teilnahme der Bewohner vor Ort (Gibbs et al., 2015). Die Eingliederung des Programms und Bestandteile, wie das Training der Peers, in die allgemeinen Aktivitäten der Organisation und deren regulären Programm sorgen für Nachhaltigkeit (Khong et al., 2017).

Für eine Implementierung ist es förderlich, wenn nur ein minimaler Einsatz an Ressourcen notwendig ist (Glasson et al., 2012; Hopper et al., 2017) und der Ansatz und Umfang auch umsetzbar ist unter realen Bedingungen (Khong et al., 2017; Kennedy et al., 2009). sowie die Peer-Intervention in unterschiedlichen Settings durchführbar sind (Hopper et al.,

2017). Unterstützende Strukturen sind ebenso hilfreich, die die Teilnahme an den Peer-Interventionen ermöglichen, wie das Anbieten gemeinsamer Fahrtmöglichkeiten zu den Treffen (Gibbs et al., 2015).

Der Prozess der Rekrutierung von Teilnehmern für die Intervention ist auch ein Faktor, der eine Implementierung beeinflussen kann. Eine erfolgreiche Rekrutierung ist möglich durch persönlichen Kontakt mit den potenziellen Teilnehmern, kann aber erschwert sein durch einen Rekrutierungsansatz, der nicht umsetzbar ist (Gibbs et al., 2015.). Eine zu geringe Anzahl an Peers, die für die Intervention rekrutiert wird, kann hinderlich für die weitere Umsetzung des Programms sein (Glasson et al., 2012).

In dem Training zu Beginn einer Intervention können die Peers aus der Gemeinde erfolgreich ausgebildet werden in relativ kurzer Zeit, um die Maßnahmen durchführen zu können (Henteleff & Wall, 2018; Hopper et al., 2017; Kennedy et al., 2009; Zimmermann et al., 2014). Auch ergänzende Anleitungen zu Unterrichtseinheiten können hilfreich bei der Umsetzung sein (Gibbs et al., 2015).

Die Sicherheit in der Durchführung der Maßnahme gewinnen die Peers mit der Zeit (Kannan et al., 2010), in einigen Interventionen fehlen zusätzliche Trainings, die den Peers mehr Sicherheit geben können und Inhalte auffrischen (Kannan et al., 2010; Zimmermann et al., 2014). Mehr Begleitung über die Intervention hinweg ist dafür auch hilfreich (Henteleff & Wall, 2018). Den Peers fehlt teilweise Fachwissen (Kannan et al., 2010; Zimmermann et al., 2014) und sie haben noch wenige Erfahrungen in dem Bereich zu Beginn (Khong et al., 2017).

In den untersuchten Interventionen wurden Faktoren zur Integration der Programme in ihrer Umwelt gefunden. Weitere Kooperationen mit lokalen Geschäften für ein gesünderes Nahrungsangebot oder mit Fitnesscentern, um den Zugang zu Sportprogrammen zu ermöglichen (Kannan et al., 2010) sind ein Bestandteil davon. Zusätzlich dazu ist die Zusammenarbeit und Unterstützung von für die in der Gemeinde Verantwortlichen, wie der Bürgermeister, unterstützend, z.B. wenn zusätzliche Ressourcen bereitgestellt werden, wie Unterrichtsräume, (Kennedy et al., 2009) oder wenn andauernde Probleme vor Ort gelöst werden können (Coulon et al., 2012). Barrieren in der Zusammenarbeit können dagegen hinderlich sein (Kannan et al., 2010).

Der niedrighschwellige Ansatz in der Gemeinde vor Ort macht die Beteiligung leichter und auch der Einbezug der gesamten Gemeinde in den Programmen ist förderlich für die Implementierung. So kann die gesamte Gemeinde davon profitieren, indem sie Zugang zu Bestandteilen der Maßnahmen erhalten (Kennedy et al., 2009) oder auch Kontakte in der Gemeinde aufbauen und den Zusammenhalt fördern (Coulon et al., 2012).

8. Diskussion

8.1 Themen der Peer-Interventionen

Der Großteil der untersuchten Peer-Interventionen befasst sich mit den Gesundheitsthemen Ernährung und Bewegung. Darunter wird in den Peer-Interventionen auf ein ausgewogenes Essverhalten eingegangen sowie auf die Auswahl und Zubereitung von Nahrung. Bei drei der Interventionen liegt der Fokus auf der Gesundheit von Frauen und ihrem Ernährungsverhalten sowie dem Gewichtsmanagement. Ebenso befassen sie sich mit ausreichender Bewegung, dem Körperbewusstsein und Sportübungen werden dazu durchgeführt. Auch das Gewichtsmanagement ist hier ein Thema. Der Umgang mit Stress wird in zwei der untersuchten Interventionen thematisiert und es wird auf ein gesundes Stressmanagement eingegangen. Weitere Themen der Peer-Interventionen sind noch die Mund- und Zahngesundheit, bei der es um die Zahnpflege von Kindern geht sowie die Sturzprävention, in der Strategien zu einer Prävention von Stürzen vorgestellt werden. Dann geht eine Peer-Intervention auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung ein, indem es einen Ausflug anbietet zum lokalen Gesundheitszentrum.

Einige der Interventionen sind darauf ausgerichtet, dass auch die Familien, besonders die Kinder davon profitieren, wenn die Eltern an der Intervention teilnehmen. Sie zielen darauf ab, dass die vermittelten Botschaften an die Familien und Freunde weitergetragen werden.

Die untersuchten Interventionen zielen auf die Vermittlung von Wissen ab, insbesondere über Risikofaktoren von Erkrankungen und Präventionsmöglichkeiten und wollen Verhaltensänderungen anregen sowie auch einüben. Durch Aktivitäten lernen die Teilnehmer neue Möglichkeiten zur Förderung ihrer eigenen Gesundheit kennen oder Alternativen zu ihren bisherigen Verhaltensweisen. Auch sollen die Teilnehmer dafür sensibilisiert werden, dass ein Risiko besteht für bestimmte Krankheiten, und dass sie eventuell dafür anfällig sind. Das Monitoring ihrer eigenen Gesundheit durch die Messung von Gesundheitsparametern gehört ebenso dazu. Bei den untersuchten Interventionen steht hier das Vermessen des eigenen Gewichts für ein Gewichtsmanagement im Vordergrund.

Zentrale Bestandteile der Peer-Interventionen sind die soziale Unterstützung und das Ausbauen von sozialen Netzwerken, was auch den Zusammenhalt untereinander stärkt. Auch die Vorbildfunktion der Peers spielt hierbei eine Rolle. Die Stärkung der Selbstwirksamkeit findet innerhalb der Interventionen statt, indem aktiv etwas für die Gesundheit getan wird während der Interventionen und weiter Fähigkeiten vermittelt werden. Was schließlich auch das Empowerment der Teilnehmer, etwas verändern zu können für ihre

Gesundheit, z.B. gesunde Verhaltensweisen anzunehmen, und eigene Ziele zu erreichen, zum Ziel hat.

8.2 Definition der Rolle des Peers

Innerhalb der 10 untersuchten Peer-Interventionen nimmt der Peer hauptsächlich die Rolle des „peer educator“ für eine Gruppe ein. Dieser führt in den Interventionen nach einem vorgegebenen Curriculum Unterrichtseinheiten oder strukturierte Präsentationen durch, um damit Wissen zu vermitteln oder beim Verhalten anzusetzen. Dies deckt sich zum großen Teil mit der Rollenbeschreibung eines Peer educator von Ramchand et al. (2017). Hier wird aber der Unterschied zum Peer counselor herausgestellt, der die Teilnehmer auch in ihrer individuellen Zielerreichung unterstützt und coacht. Bei einigen der untersuchten Peer- Interventionen, steht aber auch die individuelle Zielsetzung im Vordergrund und sie sind durch Interaktion und Austausch geprägt. Zum Abschluss einer der untersuchten Interventionen nimmt der Peer educator über einen Anruf persönlich Kontakt zu den Teilnehmenden auf für ein Motivationsgespräch (Sulaiman et al., 2013).

In einer weiteren Intervention wird unter dem Peer support, der ein Hauptbestandteil in der Durchführung ist, die gegenseitige Unterstützung in einer selbstständig durchgeführten Gruppe beschrieben (Henteleff & Wall, 2018). Ramchand et al. (2017) beschreiben den „peer support“ als eine Unterstützung, die nicht in einem strukturierten/ vorgegebenen Rahmen stattfindet, aber auch den Austausch untereinander und gegenseitige Ermutigung als zentral sieht.

In den untersuchten Interventionen spielen die weiteren Rollen eines Peers als Peer counselor, Peer facilitator oder Peer case manager keine Rolle. Die Bezeichnung des Peer leader wird in zwei Interventionen verwendet, aber diese Rollenbeschreibung entspricht hauptsächlich den Merkmalen und Aufgaben des Peer educator in der Durchführung mit dem Unterschied, dass die Interventionen interaktiver gestaltet sind.

8.3 Effekte auf die Gesundheit

Die untersuchten Peer-Interventionen zeigen Wirkungen auf das Wissen der Teilnehmer zu Gesundheitsthemen sowie Risikofaktoren von Erkrankungen und präventiven Maßnahmen gegen die Entstehung von Krankheiten. Es wurden ebenfalls positive Effekte auf das Wissen über Gesundheitsthemen und auch auf die Einstellungen darüber innerhalb von Studien zu Peer-Interventionen gefunden (Ramchand et al., 2017).

Außerdem zeigen die untersuchten Interventionen Veränderungen im Gesundheitsverhalten der Teilnehmer, besonders in Hinblick auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten.

Auch auf die Intention und Motivation für eine Verhaltensänderungen gibt es Einflüsse. In Studien über Peer-Interventionen, die in Bezug auf Verhaltensänderungen zum Ziel haben, die körperliche Aktivität zu erhöhen und das Rauchverhalten zu reduzieren, gibt es statistisch signifikante positive Effekte (Webel et al., 2010). Ergänzend dazu fanden Ramchand et al. (2017) in ihren systematischen Review über Peer-Interventionen positive Effekte auf das Gesundheitsverhalten.

In den untersuchten Peer-Interventionen werden Veränderungen bei den körperlichen Merkmalen der Teilnehmer festgestellt, das zeigt sich besonders in der Reduktion von Gewicht. Auch in anderen Studien über Peer-Interventionen wurden positive Effekte auf die physische Gesundheit bei Peer-Interventionen gefunden, die nicht mit einer Gruppe stattfinden, sondern nur mit einem Teilnehmenden (Ramchand et al., 2017).

Die untersuchten Interventionen zeigen Verbesserungen in der Selbstwirksamkeit und dem Wohlbefinden sowie der Lebensqualität. In Studien werden positive Effekte von Peer-Interventionen mit einer Gruppe auf die soziale Eingebundenheit und die Selbstwirksamkeit gefunden (ebd., 2017).

8.4 Förderliche und hinderliche Faktoren zur Implementierung

In den untersuchten Artikeln wurden Faktoren, die direkt bei dem Peer oder den Teilnehmenden liegen, gefunden, wie soziodemographische Merkmale und das soziale Umfeld, das z.B. aufgrund von Krankheit Unterstützung braucht. Diese Faktoren hängen mit der Teilnahme an dem Programm, aber auch der kontinuierlichen Durchführung des Programms zusammen (Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault, 2018).

Auch welche Einstellung die Teilnehmer zum Programm haben und wie überzeugt und begeistert sie sind, sind Faktoren, die sowohl mit der Erreichung der Zielgruppe als auch mit der Teilnahme an dem Programm zusammenhängen (ebd., 2018). In den untersuchten Artikeln spielte ebenfalls eine Rolle, als wie wirkungsvoll das Programm auch für die eigene Gesundheit angesehen wird und wie begeistert die Teilnehmenden von dem Programm sind, auch durch die unterstützende Gemeinschaft.

In den untersuchten Artikeln wurde die Motivation der Peers, die Intervention durchzuführen und die Stärkung eigener Fähigkeiten, auch zur Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit, sowie das Selbstvertrauen und Empowerment genannt. Die Überzeugung der Peers von dem Programm ist relevant für ihr eigenes Engagement. Die Erfahrungen mit der Durchführung einer Intervention und dadurch neu gewonnenes Wissen sowie zwischenmenschliche Fähigkeiten sind Faktoren für eine erfolgreiche Programmdurchführung und die Annahme der Teilnehmer (ebd., 2018).

Schließlich ist der zugeschriebene Status des Peers und die Qualität der Beziehungen zwischen den Peer-Leitern und den Teilnehmern ein besonderer Faktor, um die Teilnehmenden erreichen und motivieren zu können. Auch können Peers besser auf die Teilnehmenden eingehen, wenn sie deren persönliche Situation kennen (ebd., 2018). Die gegenseitige Unterstützung und das Gefühl der Gemeinschaft werden von den Teilnehmenden der Interventionen geschätzt.

Der Aufbau und der Inhalt einer Peer-Intervention ist ebenso bedeutend für eine Implementierung. Die interaktive Durchführung in kleinen Gruppen, in denen die Teilnehmenden die Möglichkeit haben sich offen auszutauschen, hängt mit einer hohen Teilnahme und Akzeptanz des Programms zusammen (Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault, 2018). Bei den untersuchten Interventionen wurde der Austausch in den Unterrichtseinheiten und, die praktischen Übungen sowie die Möglichkeit individuell auf Teilnehmer einzugehen, als förderlich gesehen.

Als Faktor wurde auch herausgefunden, dass die Peers ein Programm selbstständig anpassen können in der Gestaltung von Unterrichtseinheiten oder Materialien in einer untersuchten Peer-Intervention. Die flexible Anpassung eines Programms an die Umstände und Bedürfnisse der Beteiligten, ermöglicht es Peers zu rekrutieren und sie dauerhaft an dem Programm zu beteiligen (ebd., 2018).

Dann ist der Zugang zum Programm ein Faktor, der die Implementierung eines Programms beeinflusst (ebd., 2018). Hier ist es bei einigen Interventionen förderlich, die finanzielle Situation bei Aktivitäten zu berücksichtigen oder darauf einzugehen. Es gibt auch gemeinsame Fahrtmöglichkeiten zu den Treffen.

Bei den untersuchten Interventionen wurden Faktoren gefunden, die sich aus den Strukturen eines Peer-Programmes ergeben. Ein erfolgreiches Training der Peers ist ein wesentlicher Faktor für die Implementierung eines Programms. Es ermöglicht den Peers notwendige Fähigkeiten zu lernen und Wissen auch über die Zielgruppe zu erhalten und Sicherheit für die Durchführung des Programms zu erlangen (Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault, 2018). Daher ist es in den untersuchten Interventionen hinderlich, wenn nicht ausreichend Trainings durchgeführt werden und den Peers dadurch Fachwissen und Erfahrungen fehlen.

Wie eine Organisation aufgestellt ist und welche Möglichkeiten sie bietet für die Durchführung eines Peer-Programms sowie auch ihre Bekanntheit hängt mit einer andauernden Durchführung und der Annahme der Teilnehmer zusammen. Der Einsatz von finanziellen und personellen Ressourcen ist ein förderlicher Faktor (Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault, 2018). Die Zusammenarbeit der Vereine und Organisationen sowie deren Ko-

ordination der Interventionen spielt eine Rolle bei der Implementierung bei den untersuchten Interventionen.

Wie die Programme in ihre Umwelt integriert sind hat ebenfalls einen Einfluss auf die Implementierung. Die Zusammenarbeit mit anderen auch politischen Stellen ist relevant für den Erfolg der Implementierung, da zusätzliche Ressourcen oder Fähigkeiten eingesetzt werden können (Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault, 2018). In den untersuchten Interventionen wurden Kooperationen mit umliegenden Geschäften/Unternehmen und mit Verantwortlichen in der Gemeinde gestartet.

9.Limitationen

Für diese Arbeit wurde die Auswahl der Artikel sehr beschränkt mittels der Auswahlkriterien aufgrund des begrenzten Zeitrahmens für die Bearbeitung. Mit einer Erweiterung der Auswahlkriterien könnte die Vielfältigkeit an Maßnahmen, die durch Peers durchgeführt werden und die Breite an Themenbereichen mehr abgedeckt werden.

In dieser Arbeit wird der Begriff Gemeinde verwendet, um den Begriff der community aus dem amerikanischen und australischen Raum gerecht zu werden und den Bezug zur Bezeichnung als Quartier im deutschen Raum herzustellen. Hier wird primär für die Durchführung der Peer-Interventionen ein geographisches Gebiet bezeichnet, zusätzlich nimmt der Begriff hier Bezug auf die kulturellen oder sprachlichen Hintergründe der Bewohner.

Bei den in dieser Arbeit beschriebenen Wirkungen der Interventionsmaßnahmen wurden zu einem großen Teil keine statistischen Signifikanzen nachgewiesen, sondern sie ergeben sich aus deskriptiven Angaben der Teilnehmer. Somit sind diese Wirkungen nicht unbedingt übertragbar auf andere Gruppen. Auch hängen die Wirkungen von der Selbstbeobachtung bzw. von der Selbsteinschätzung der Teilnehmer ab, was keine objektiven Ergebnisse liefern kann.

Ebenso wurden die förderlichen und hinderlichen Faktoren aus einzelnen Beschreibungen in den Artikeln gefiltert und auch die Wertung, ob ein Faktor die Implementierung fördert oder hindert, wurde aus den Beschreibungen interpretiert. Es wurden in den Artikeln keine Zusammenhänge zwischen den Faktoren und einer Implementierung der Interventionen untersucht. Damit kann diese Arbeit einen Überblick über mögliche Faktoren, die eine Implementierung beeinflussen, geben und diese, wie aus der Beschreibung in den Artikeln hervorgegangen ist, als hinderlich oder förderlich einordnen. Ein nachgewiesener Zusammenhang kann hier aber nicht angenommen werden.

10. Fazit

In den untersuchten Peer-Interventionen wird beschrieben, wie mit den Peers an unterschiedlichen Gesundheitsthemen gearbeitet wird und am Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden angesetzt wird. Das Anregen der sozialen Unterstützung und das Erfahren von Selbstwirksamkeit sind besondere Bestandteile. Auch wird mit der Durchführung in den Gemeinden der Zugang für die Bewohner erleichtert. Die untersuchten Peer-Interventionen zeigen, dass die Maßnahmen Effekte auf die Gesundheit haben.

Auch wenn Peers vielfältig einsetzbar sind, wurden in dieser Arbeit hauptsächlich Interventionen gefunden, in denen die Peers als Peer educator eingesetzt werden und die Interventionen als Unterrichtseinheiten gestaltet sind, um Wissen zu vermitteln. Dabei werden aber auch interaktive Bestandteile genutzt.

Peer-Interventionen können eine Bereicherung in der der Arbeit im Quartier darstellen, da die Arbeit von Peers recht flexible eingesetzt werden kann und Zugangswege zur Zielgruppe genutzt werden können. Auch ist es dabei möglich, die Ressourcen im Quartier zu berücksichtigen und für die Arbeit zu nutzen. Dies kann auch zur Nachhaltigkeit beitragen, da die Peers in der Regel aus den Gemeinden kommen und die Netzwerke dort stärken.

Das Erstellen einheitlicher Definitionen oder Leitfäden zur Arbeit mit Peers und deren Einsatz in der Gesundheitsförderung können die Durchführung solcher Interventionen erleichtern und den weiteren Einsatz von Peers fördern. Auch würde das den Vergleich von den Wirkungen auf die Gesundheit ermöglichen.

Wie nach dem Rahmenmodell von Lorthios-Guilledroit, Richard & Filiatrault, (2018) dargestellt, gibt es einen ganzen Komplex an Faktoren zu berücksichtigen bei der Implementierung von Peer-Interventionen, die alle Ebenen des Programms umfassen. Dies fängt bei der Motivation und den Einstellungen der Peers sowie der Teilnehmer an. Auch der Aufbau von Strukturen innerhalb des Programms, darunter die Ausbildung der Peers und die Rekrutierungsmaßnahmen, sind von Bedeutung. Die Organisationen sollten Kapazitäten haben und freistellen für die Durchführung solcher Programme. Auch die Freigabe von Ressourcen für so ein Programm hat einen Einfluss auf die Implementierung eines Programms. Der Einbezug der ganzen Gemeinde kann ebenso dafür förderlich sein.

Es wäre sinnvoll noch weitere Ansätze mit dem Einsatz von Peers in Interventionen zu verfolgen und zu erproben in der Gesundheitsförderung im Gemeinwesen. Eine umfangreiche Evaluation der Programme wäre notwendig, um weitere Erkenntnisse sammeln zu können zu den Faktoren, die hilfreich oder hinderlich sind für die Implementierung.

Literaturverzeichnis

- Coulon, S. M., Wilson, D. K., Griffin, S., St George, S. M., Alia, K. A., Trumpeter, N. N., Wandersman, A. K., Forthofer, M., Robinson, S., Gadson, B. (2012). Formative process evaluation for implementing a social marketing intervention to increase walking among African Americans in the Positive Action for Today's Health trial. *American Journal of Public Health, 102*(12), 2315–2321.
- Dennis, C.-L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies, 40*(3), 321–332.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*(3-4), 327–350.
- Fabian, C., Drilling, M., Niermann, O., & Schnur, O. (2017). *Quartier und Gesundheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Gibbs, L., Waters, E., Christian, B., Gold, L., Young, D. [Dana], Silva, A. de, . . . Moore, L. (2015). Teeth Tales: A community-based child oral health promotion trial with migrant families in Australia. *BMJ Open, 5*(6), 1–12.
- Glasson, C., Chapman, K., Gander, K., Wilson, T., & James, E. (2012). The efficacy of a brief, peer-led nutrition education intervention in increasing fruit and vegetable consumption: A wait-list, community-based randomised controlled trial. *Public Health Nutrition, 15*(7), 1318–1326.
- Henteleff, A., & Wall, H. (2018). The HANS KAI Project: A community-based approach to improving health and well-being through peer support [The HANS KAI Project: A community-based approach to improving health and well-being through peer support]. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada : Research, Policy and Practice, 38*(3), 135–146.
- Hopper, L. N., Blackman, K. F., Page, R. A., Barnes, K., Gizlice, Z., Rivera, A. I., & Carter-Edwards, L. (2017). Seeds of HOPE: Incorporating Community-Based Strategies to Implement a Weight-Loss and Empowerment Intervention in Eastern North Carolina. *North Carolina Medical Journal, 78*(4), 230–236.
- Kannan, S., Sparks, A. V., Webster, J. D., Krishnakumar, A., & Lumeng, J. (2010). Healthy Eating and Harambee: Curriculum development for a culturally-centered bio-

medically oriented nutrition education program to reach African American women of childbearing age. *Maternal and Child Health Journal*, 14(4), 535–547.

Kennedy, B. M., Champagne, C. M., Ryan, D. H., Newton, R., Conish, B. K., Harsha, D. W., Levy, E. J., Bogle, M. L. (2009). The "Rolling Store:" an economical and environmental approach to the prevention of weight gain in African American women. *Ethnicity & Disease*, 19(1), 7–12.

Khong, L. A. M., Berlach, R. G., Hill, K. D., & Hill, A.-M. (2017). Can peer education improve beliefs, knowledge, motivation and intention to engage in falls prevention amongst community-dwelling older adults? *European Journal of Ageing*, 14(3), 243–255.

Lorthios-Guilledroit, A., Richard, L., & Filiatrault, J. (2018). Factors associated with the implementation of community-based peer-led health promotion programs: A scoping review. *Evaluation and Program Planning*, 68, 19–33.

Naidoo, J., & Wills, J. (Eds.). (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung* (2. Auflage der deutschen Ausgabe, überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(2), 65–76.

Ramchand, R., Ahluwalia, S. C., Xenakis, L., Apaydin, E., Raaen, L., & Grimm, G. (2017). A systematic review of peer-supported interventions for health promotion and disease prevention. *Preventive Medicine*, 101, 156–170.

Simoni, J. M., Franks, J. C., Lehavot, K., & Yard, S. S. (2011). Peer interventions to promote health: Conceptual considerations. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 81(3), 351–359.

Sulaiman, N., Hadj, E., Hussein, A., & Young, D. [Doris] (2013). Peer-supported diabetes prevention program for Turkish- and arabic-speaking communities in australia. *ISRN Family Medicine*, 1–6.

Trojan, A., Süß, W., Lorentz, C., Wolf, K., & Nickel, S. (2013). *Quartiersbezogene Gesundheitsförderung: Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezoge-*

nen Handlungsansatzes. *Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz Juventa.

Webel, A. R., Okonsky, J., Trompeta, J., & Holzemer, W. L. (2010). A systematic review of the effectiveness of peer-based interventions on health-related behaviors in adults. *American Journal of Public Health, 100*(2), 247–253.

Zimmermann, K., Khare, M. M., Koch, A. R., Wright, C., & Geller, S. (2014). Training intervention study participants to disseminate health messages to the community: A new model for translation of clinical research to the community. *Clinical and Translational Science, 7*(6), 476–481.

Anhang

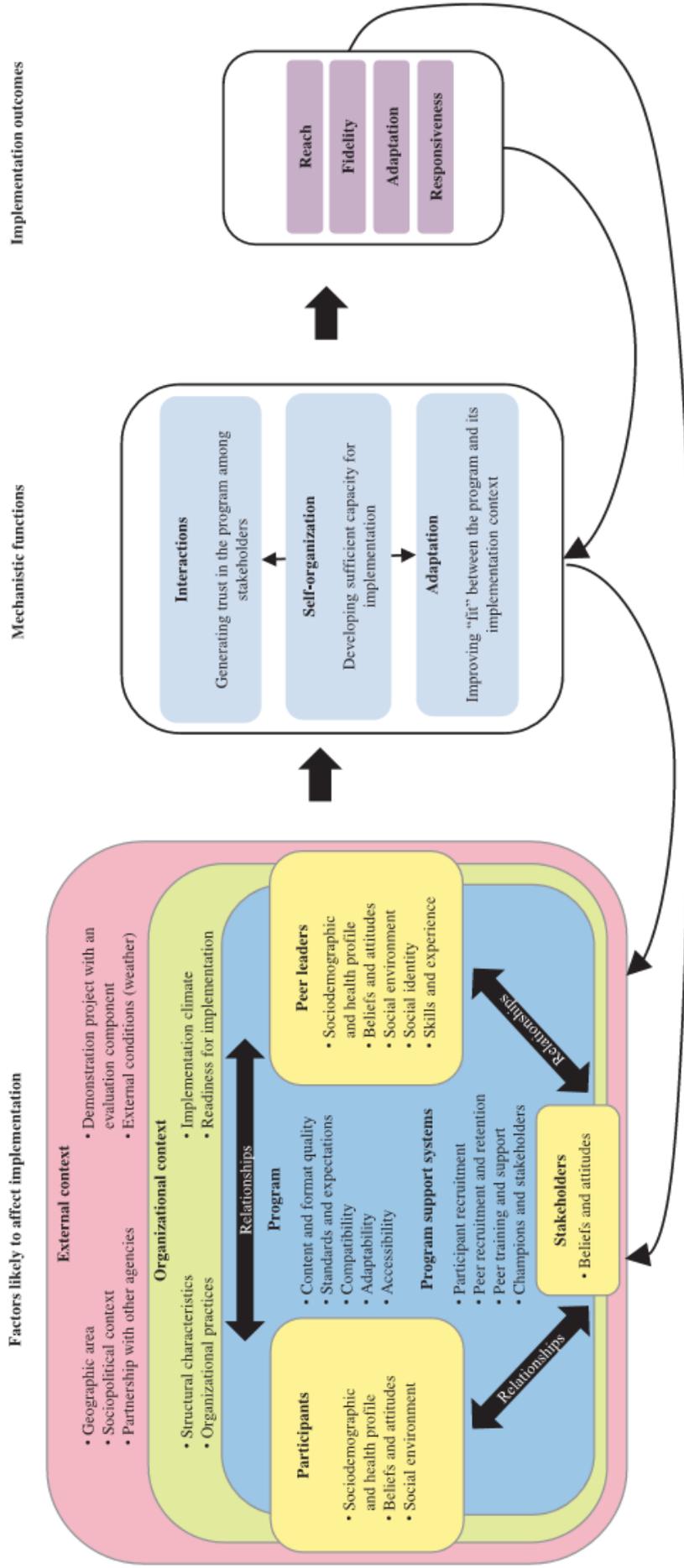


Abbildung 1: Rahmenmodell zur Implementierung von Peer-Programmen in der Gesundheitsförderung (Lorthios-Guilledoit, Richard & Filiatrault, 2018)

Eidesstattliche Erklärung

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

10.01.2020