

Sport als Möglichkeit für Gesundheitsförderung bei Migrantinnen

Ulrike Röger-Offergeld und Alfred Rütten

Bislang werden in der gesundheitsorientierten Sportwissenschaft zumeist Top-down Ansätze verfolgt, in denen Programme zur körperlich-sportlichen Aktivierung von Experten entwickelt sowie anschließend umgesetzt und evaluiert werden. Hingegen wird Gesundheitsförderung von der WHO als Bottom-up-Prozess betrachtet: als ein „Prozess, der Menschen befähigt, die Kontrolle über die (Determinanten für

die) Gesundheit zu erhöhen und (dadurch) ihre Gesundheit zu verbessern“ (WHO, 1997). Damit wird die Beteiligung (Partizipation) von Zielgruppen in den Mittelpunkt gesundheitsförderlichen Handelns gestellt. Empowerment – „the mechanism by which people, organizations, and communities gain mastery over their lives“ (Rappaport, 1984) – wird dabei zu einer zentralen Zielkategorie.

Im BIG (Bewegung als Investition in Gesundheit) Projekt (vgl. Rütten et al., 2008), gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, wurde ein Bottom-up-Ansatz zur Förderung körperlich-sportlicher Aktivität angewendet. Zielgruppen waren Frauen in sozial schwierigen Lebenslagen – u.a. Migrantinnen aus verschiedenen Nationen (z.B. Türkei, Russland, Iran). Ein wesentlicher Ansatz

war dabei die Partizipation der Frauen an der Projektplanung, -umsetzung und -evaluierung. D.h. die Migrantinnen wurden, gemeinsam mit anderen Stakeholdern (z.B. Bürgermeister, Stadtratsmitglieder), zu aktiven Beteiligten. Auf der Basis des Inputs der Frauen wurden Interventionen zur Förderung körperlich-sportlicher Aktivität entwickelt und umgesetzt. Beispielsweise wünschten sie sich Fitnesskurse unterschiedlicher Intensität und Selbstverteidigungskurse. Insbesondere die beteiligten Musliminnen setzten sich für eine Frauenbadezeit und verschiedene Schwimmkurse in abgeschlossenen Räumen ein. Die Planungsteilnehmerinnen fungierten gleichzeitig als „Türöffnerinnen“ für die Teilnehmerinnen der Interventionen.

Die begleitende quantitative Evaluation zeigte u.a., dass die Frauen über den partizipativen Ansatz zur Teilnahme an körperlich-sportlicher Aktivität motiviert werden konnten (Reach). Beispielsweise nahmen an den Fitnessprogrammen 87 Frauen teil, davon ca. die Hälfte Migrantinnen. Mit der Frauenbadezeit und den Schwimmkursen wurden rund 130 Frauen erreicht, die einen Migrationshintergrund hatten. Gleichzeitig wurden Wirkungen auf psychosoziale und physiologische Gesundheitsparameter (Blutdrucksenkung und Erhöhung der Herzfrequenzvariabilität) erzielt (vgl. Rütten et al., 2008).

Die begleitende qualitative Evaluation zeigte Wirkungen auf das Empowerment der Teilnehmerinnen. In Anlehnung an ein Modell von Zimmerman (2000) waren Empowerment-Wirkungen z.B. auf der intrapersonellen Ebene zu beobachten. So gaben die Frauen an, durch das Projekt Selbstwirksamkeit erfahren und Kompeten-

zen (z.B. bei Musliminnen die Kompetenz schwimmen zu können) erworben zu haben. Auf interpersoneller Ebene erwarben die Frauen ein besseres Verständnis für ihre Umgebung und relevante Akteure (z.B. Bürgermeister, Stadtratsmitglieder) und konnten auf dieser Basis Einfluss auf diese nehmen. Empowerment-Prozesse auf organisatorischer Ebene beinhalteten, dass die Frauen an Entscheidungen in Organisationen aktiv beteiligt wurden. Beispielsweise wurden mehrere muslimische Migrantinnen in Planungssitzungen des Sportamts bezüglich der Frauenbadezeit aktiv einbezogen. Empowerment-Prozesse auf der gemeindebezogenen Ebene betrafen u.a. Zugang zu Ressourcen wie z.B. zu Sport- und Freizeitanlagen (vgl. Röger et al., 2011).

Zur Evaluation dieses partizipativen Projekts zur Förderung körperlich-sportlicher Aktivität hat sich ein Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden bewährt. Das aktuell in Public Health vorherrschende Untersuchungsdesign des RCT erwies sich aus verschiedenen Gründen als weniger geeignet. Zu nennen sind z.B. die mit dem RCT verbundene Notwendigkeit der Randomisierung zu einer Versuchs- und Kontrollgruppe, die bei den beteiligten Frauen und anderen Stakeholdern keine Zustimmung fand. Vielmehr waren diese eher an einer unmittelbaren und möglichst hohen Beteiligung der Frauen an den Interventionen interessiert. Ein weiterer Grund liegt in der Unvorhersehbarkeit der erst im Laufe der partizipativen Planung entstehenden komplexen Interventionsmaßnahmen. Dementsprechend ist es kaum möglich, a priori ein angemessenes Evaluationsdesign bzw. -instrumentarium festzule-

gen. Darüber hinaus können durch ein RCT Wirkungen auf Verhältnisebene – beispielsweise Empowerment-Prozesse auf organisationaler und gemeindebezogener Ebene – kaum erfasst werden.

Demnach kann nur empfohlen werden, Bottom-up-Programme gesundheitsförderlicher körperlich-sportlicher Aktivität für Migrantinnen zu entwickeln und diese dabei zu aktiven Beteiligten zu machen. Zum einen lassen sich erst über deren Input wirklich zielgruppengerechte Programme entwickeln. Zum anderen fungieren sie gleichzeitig als „Türöffnerinnen“ für weitere Teilnehmerinnen aus dieser vergleichsweise schwierig erreichbaren Zielgruppe. Darüber hinaus gilt es, geeignete Evaluationsmethoden für partizipative Projekte zur Förderung körperlich-sportlicher Aktivität zu entwickeln, die möglichst aus einem Mix aus qualitativen und quantitativen Methoden bestehen. Auch in diesen Prozess sollte die Zielgruppe mit einbezogen werden, so dass angepasste Evaluationsinstrumentarien entwickelt werden können.

Die korrespondierende Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur siehe *Literatur zum Schwerpunktthema*.

<http://journals.elsevier.de/pubhef/literatur>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2013.03.014>

Dr. habil. Ulrike Röger-Offergeld
Universität Augsburg
Institut für Sportwissenschaft und
Sportzentrum
Universitätsstraße 3
86135 Augsburg
Ulrike.roeger-offergeld@sport.uni-augsburg.de