

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie

der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Leiter: Prof. Dr. Nico Dragano

**Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung für
Kinder aus vulnerablen Familien: Eine Analyse am
Beispiel Düsseldorf**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors Public Health

der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Katharina Kreffter

2021

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Nico Dragano

Zweitgutachterin: Prof. Dr. med. Dr. PH. Andrea Icks

Teile dieser Arbeit (kumulative Dissertation) wurden veröffentlicht:

Kreffter, Katharina; Wahl, Stefanie; Dragano, Nico; Weyers, Simone (2019): „Familien mit Bedarf sind Familien, auf die wir zugehen müssen.“ Eine partizipative Bedarfsanalyse zur kommunalen Prävention für Kinder. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 25(3), 263-271. DOI: 10.1007/s11553-019-00730-7

Weyers, Simone; Dintsios, Charalobos-Markos; Lisak-Wahl, Stefanie; Götz, Simon; Nguyen, Thuy Ha; Kreffter, Katharina (2020): Ist Bewegung eine Frage des Geldes? Eine Analyse des Kostengeschehens kommunaler Prävention für Kinder aus Nutzerperspektive. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10, 117-122. DOI: 10.1007/s11553-020-00802-z

Kreffter, Katharina; Götz, Simon; Lisak-Wahl, Stefanie; Nguyen, Thuy Ha; Dragano, Nico; Weyers, Simone (2021): Doctors as disseminators? Practicing Physicians as Multipliers for Community-based Prevention Networks in a large city in western Germany. *Journal of Public Health*. DOI: 10.1007/s10389-021-01601-2

Zusammenfassung (deutsch)

Die Kindergesundheit in Deutschland ist von sozialen Ungleichheiten geprägt. Kinder mit niedriger sozioökonomischen Position (SEP) sind häufiger von Erkrankungen und Entwicklungsdefiziten betroffen und nehmen seltener kommunale Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch als sozioökonomisch besser gestellte Kinder. Das Ziel der Dissertation besteht in der Analyse von förderlichen und hemmenden Faktoren für die Inanspruchnahme von kommunalen Angeboten aus Anbieter- und Nutzerperspektive. Dabei liegt der Fokus auf sozioökonomisch benachteiligten Familien. Die vorliegende Arbeit untersucht,

- wie Familien zur Teilnahme an kommunalen Präventionsangeboten motiviert werden können,
- welche Rolle die ökonomischen Kosten dabei spielen und
- welche Rolle Ärztinnen und Ärzte als kommunale Multiplikatoren spielen.

Zunächst wurde explorativ die familiäre Inanspruchnahme kommunaler Präventionsangebote sowie die subjektiven Wahrnehmungen von Eltern und Fachkräften mithilfe von qualitativen Gruppendiskussionen untersucht (Publikation 1). Dann ermittelte eine Kostenevaluation aus Nutzerperspektive die Erschwinglichkeit von Angeboten zur Bewegungsförderung als einen zentralen Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme (Publikation 2). Im Anschluss wurde mithilfe logistischer Regressionsanalysen berechnet, in welchem Umfang verschiedene niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bei der Verbreitung kommunaler Präventionsangebote für Kinder involviert sind (Publikation 3). Repräsentative Befragungsdaten einer Zusatzerhebung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung stellen die Datengrundlage dar.

Als zentrale Ergebnisse der Gruppendiskussionen wurde herausgearbeitet, dass für die Fachkräfte Sprachbarrieren aufseiten der Eltern eine größer werdende Herausforderung darstellen. Darüber hinaus wurden Hemmschwellen wie Schamgefühle und Stress als wichtige Gründe der Nichtteilnahme gesehen. Für die Eltern stehen Probleme auf der Angebotsseite im Fokus wie zu wenige Angebote, schlechte Erreichbarkeit oder zu hohe Kosten. Die Kostenevaluation zeigt, dass die Kosten für kommunale Bewegungsangebote häufig nicht erschwinglich für Familien mit niedriger SEP sind, da sie einen großen Anteil des frei zur Verfügung stehenden Einkommens kosten. Zuletzt wurde herausgearbeitet, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu anderen Multiplikatoren relativ selten von Eltern als Informationsquelle für kommunale Präventionsangebote genannt wurden. Außerdem wurden Eltern mit niedriger SEP seltener über Beratungsangebote und Erziehungskurse informiert als Eltern mit höherer SEP.

Um Ungleichheiten in der Kindergesundheit zu begegnen, konnte erstens gezeigt werden, dass eine verbesserte und digitale Angebotsverbreitung die familiäre Teilnahme an Präventionsangeboten steigern könnte. Darüber hinaus sollte die Vernetzung der Akteure verbessert werden. Zweitens sollten die Anbieter von Bewegungsangeboten die Kostenkalkulation für Familien mit niedriger SEP überdenken. Drittens ist die Rolle von Ärztinnen und Ärzten als Multiplikatoren und Akteure in der kommunalen Prävention ausbaufähig.

Zusammenfassung (englisch)

Social inequalities in child health are observed in Germany. Children with a low socioeconomic position (SEP) have diseases and developmental retardations more frequently and utilize community-based programs for prevention and health promotion less often than children with a higher socioeconomic status. The aim of the dissertation is to analyze promoting and inhibiting factors for the utilization of programs, both from a provider and user perspective. Thereby, the focus is on socioeconomically disadvantaged families. The present thesis examines:

- how families can be motivated to utilize community-based programs for prevention and health promotion,
- the role of economic costs, and
- the role of different physicians as multipliers in the community.

The first step was an exploratory study of families' utilization of community-based prevention programs and the subjective perceptions of parents and professionals using qualitative group discussions (publication 1). Subsequently, a cost evaluation from a user perspective identified the affordability of programs for physical activity as a key factor influencing utilization (publication 2). Finally, logistic regression analyses were used to calculate the extent to which different physicians are involved in disseminating information about community-based prevention programs for children (publication 3). Representative survey data from an additional parental survey conducted as part of the school entrance examination represent the data basis.

The central findings of the group discussions were that, according to professionals, parents' language barriers represent an increasing challenge for preventive work. Also, inhibitions such as feelings of shame and stress were seen as important reasons for non-utilization. Whereas, parents focus problems such as too few programs, poor accessibility or too high costs. The cost evaluation shows that the costs for programs for physical activity are often not affordable for families with low SEP. Lastly, it was pointed out that physicians were relatively seldom mentioned by parents as a source of information on community-based programs for prevention and health promotion as compared to other multipliers. In addition, parents with low SEP were less likely to be informed about counseling services and parenting classes than parents with higher SEP.

In order to address inequalities in child health it can be concluded that, firstly, improved and digital dissemination of programs could increase families' utilization. In addition, networking and cooperation among community stakeholders and providers should be improved. Second, providers for physical activity programs should reconsider cost calculation for low SEP families. Third, the role of physicians as multipliers in community-based prevention needs to be expanded.

Abkürzungsverzeichnis

BMBF.....	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BuT.....	Bildungs- und Teilhabepaket
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
KIGGS.....	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
NRW.....	Nordrhein-Westfalen
Pekip	Prager-Eltern-Kind-Programm
RKI.....	Robert Koch-Institut
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SEP	sozioökonomische Position
SES.....	sozioökonomischer Status
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SOPESS.....	Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Einführung und Ausgangslage.....	1
1.1.1 Kindergesundheit in Deutschland.....	3
1.1.2 Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern.....	9
1.1.3 Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit.....	14
1.1.4 Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit.....	20
1.1.5 Zusammenfassung.....	24
1.2 Präventionsforschung im Kontext der Chancengleichheit.....	25
1.2.1 Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Prävention und Gesundheitsförderung.....	25
1.2.2 Gründe für die Ungleichheiten der Inanspruchnahme.....	26
1.2.3 Ungleichheiten der Inanspruchnahme: Ausgewählte Dimensionen für eine systematische Forschung	30
1.3 Ethikvotum.....	33
1.4 Ziele der Arbeit	33
2. Datenbasis und Methoden	35
3. Publierte Originalarbeiten.....	39
3.1 „Familien mit Bedarf sind Familien, auf die wir zugehen müssen.“ Eine partizipative Bedarfsanalyse zur kommunalen Prävention für Kinder, Kreffter, K., Wahl, S., Dragano, N., Weyers, S., Prävention und Gesundheitsförderung, 3, 263-271, (2019)	39
3.2 Ist Bewegung eine Frage des Geldes? Eine Analyse des Kostengeschehens kommunaler Prävention für Kinder aus Nutzerperspektive, Weyers, S., Dintsios, C.-M., Lisak-Wahl, S., Götz, S., Nguyen, T., Kreffter, K., Prävention und Gesundheitsförderung, 10: 117-122, (2020)	40
3.3 Doctors as disseminators? Practicing Physicians as Multipliers for Community-based Prevention Networks in a large city in western Germany, Kreffter, K., Götz, S., Lisak-Wahl, S., Nguyen, T. H., Dragano, N., Weyers, S., Journal of Public Health, accepted, (2021)	41

4. Diskussion	42
4.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	43
4.2 Stärken und Einschränkungen.....	60
4.3 Schlussfolgerungen.....	61
Literaturverzeichnis	65
Danksagung.....	87

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit (Dahlgren und Whitehead 1991).....	15
Abbildung 2: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (Mielck 2005) ...	16
Abbildung 3: Modell zur Systematisierung der Erklärungsansätze der gesundheitlichen Ungleichheit im Kindesalter (Dragano et al. 2010)	17
Abbildung 4: Prozessmodell der Versorgung und deren Einflüsse (Levesque et al. 2013).....	28

1. Einleitung

1.1 Einführung und Ausgangslage

Die gesundheitliche Lage der Kinder in Deutschland stellt sich im internationalen Vergleich als grundsätzlich gut dar (UNICEF Office of Research 2013). Allerdings gewinnen chronische Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen bei den kindlichen Morbiditäten an Relevanz und sie sind geprägt von sozialen Ungleichheiten (Schienkiewitz et al. 2018; Korsch et al. 2013; Inchley et al. 2016; Pillas et al. 2014). Es ist zudem davon auszugehen, dass diese bestehenden Schwierigkeiten durch die Covid-19-Pandemie seit dem Frühjahr 2020 verstärkt werden. Es gibt erste Hinweise, die problematische Entwicklungen sowohl in den kindlichen Entwicklungsbereichen, z.B. Motorik und Sprache, als auch bei der psychischen Gesundheit zeigen (Bredahl 2021; Ravens-Sieberer et al. 2021). Unabhängig von dieser sich verschärfenden Situation bemühen sich die kommunalen Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder (z.B. Sportvereine, Schulen, Jugendhilfe, freigemeinnützige Träger, etc.) vor Ort soziallagensensible und vernetzte Angebote und Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, um den gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken. Bei bescheidenen Erfolgen, vulnerable Familien zu erreichen und begrenzten kommunalen Ressourcen, wächst der Bedarf an Evidenz, wie diese Zielgruppen gesundheitlich gefördert werden (Eickhorst et al. 2016; Khanal et al. 2019).

Hier setzt die vorliegende Dissertation an. Sie hat das Ziel, kommunale Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder aus vulnerablen Familien an Beispiel einer Großstadt zu analysieren. Dabei nähert sie sich dem Thema anhand eines Modells zu Versorgungsungleichheiten systematisch an, um ausgewählte Aspekte auf Seiten der Anbieter/innen und Nutzer/innen mit verschiedenen Methoden zu untersuchen. Anhand einer Bedarfsanalyse vulnerabler Familien, einer Analyse des Kostengeschehens am Beispiel kommunaler Bewegungsangebote und einer

Studie zur Rolle von Ärztinnen und Ärzte als Multiplikatoren für kommunale Prävention generiert die Dissertation aktuelle wissenschaftliche Daten und leitet daraus Entwicklungsperspektiven für die kommunale Prävention und Gesundheitsförderung ab.

Der erste Teil der vorliegenden Dissertation beschreibt den theoretischen Hintergrund. Dabei werden zunächst in Kapitel 1.1 empirische Daten zu verschiedenen Bereichen des kindlichen Gesundheitszustand und anschließend entsprechende soziale Ungleichheiten gezeigt. Daran anknüpfend werden die Entwicklungen und Bemühungen beschrieben, um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

Im Anschluss wird in Kapitel 1.2 der Fokus auf die Prävention und Gesundheitsförderung gelegt. Nach den gesundheitlichen Ungleichheiten werden Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt und darauf folgend entsprechende Erklärungen gesucht, bevor verschiedene Forschungslücken in dem Themenkomplex aufgezeigt werden.

In Kapitel 1.4 werden die Ziele der Arbeit sowie Fragestellungen und die wissenschaftlichen Originalarbeiten angeführt. Nach der Beschreibung der Datenbasis und den verwendeten Methoden (Kapitel 2) werden die drei Originalarbeiten (Kapitel 3) präsentiert. In Kapitel 4 werden zunächst die zentralen Ergebnisse zusammengefasst und dann diskutiert. Es folgt eine Auseinandersetzung mit den Stärken und Einschränkungen der Dissertation, bevor abschließend einige Schlussfolgerungen gezogen werden.

1.1.1 Kindergesundheit in Deutschland

Datenquellen

Im Folgenden werden verschiedene Datenquellen zum Thema Kindergesundheit in Deutschland dargestellt, die sich explizit auf die Zielgruppe der Kinder von 0 bis 10 Jahren und das Thema Gesundheit, mit besonderem Fokus auf die Bereiche Entwicklung, Ernährung und Bewegung beziehen (Robert Koch-Institut 2015).

Dies sind zum Beispiel Studien, die auf Bundesebene von verschiedenen Akteuren und Institutionen durchgeführt werden. Eine der wichtigsten empirischen Datenquellen ist die ‚Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland‘ (KIGGS-Studie), welche seit 2003 vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt wird. Diese Langzeitstudie bietet bundesweit gültige und repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 17 Jahren und erhebt Quer- und Längsschnittdaten in mehreren Wellen (Kurth 2007).

Im Rahmen der KIGGS-Studie werden außerdem einige Modulstudien an unterschiedlichen universitären Forschungseinrichtungen durchgeführt, wie beispielsweise das Motorik-Modul ‚MoMo‘ zur Messung der kindlichen motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität am Karlsruher Institut für Technologie (Woll et al. 2017).

Regional oder kommunal ausgerichtet sind Schuleingangsuntersuchungen (SEU). Hier werden alle Kinder eines Jahrganges vor Schuleintritt durch Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes untersucht. Die Daten werden in anonymisierter Form an die zuständigen Landesstellen übermittelt und im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ausgewertet (Robert Koch-Institut 2015). Sie werden auch für epidemiologische Studien genutzt (Weyers et al. 2018a).

Des Weiteren bietet die Forschung aus dem universitären Hochschulbereich Erkenntnisse zu spezifischen Bereichen der Kindergesundheit und -entwicklung.

Die DONALD-Studie (Dortmund Nutritional and Anthropometrical Longitudinally Designed Study) ist eine seit 1985 laufende Langzeitstudie am Forschungsinstitut für Kinderernährung, die das Ziel verfolgt, das Ernährungsverhalten und die körperliche und gesundheitliche Entwicklung von Kindern zu untersuchen (Kersting et al. 2004). Zu dem Bereich Ernährung können auch einige Repräsentativerhebungen, beispielsweise zum Essverhalten und Ernährungszustand der Bevölkerung, durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) genutzt werden (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2019).

Als weitere Datenquelle stehen verschiedene Studien auf Basis von Versicherungsdaten der Krankenkassen und Zusatzbefragungen der Versicherten zur Verfügung, wie zum Beispiel die AOK-Familienstudie (AOK-Bundesverband 2018).

Empirische Darstellung

Die Darstellung der empirischen Daten erfolgt in der Logik, dass zunächst die kindliche Entwicklung, dann Lebensstil und Gesundheitsverhalten und im Anschluss der Gesundheitszustand der Kinder in Deutschland abgebildet werden.

Ein wichtiger Indikator für die gesundheitliche Lage der Kinder ist der Entwicklungsstand zu Schulbeginn. Die **sprachliche, körperliche und verhaltensbezogene Entwicklung** wird in neun der 16 deutschen Bundesländer in der SEU über das Screening SOPESS (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen) erhoben (Daseking et al. 2009). Dies bildet den Entwicklungsstand in Bezug auf schulrelevante Bereiche wie Sprache, Körperkoordination, Visuomotorik, visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern, selektive Aufmerksamkeit oder Zahlen- und Mengenvorwissen ab (Daseking et al. 2009).

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen (NRW) aus dem Jahr 2012 zeigen beispielsweise, dass der Bereich **Sprache** mit 33% die

am häufigsten festgestellte Entwicklungsstörung darstellt (Annuß et al. 2016). Die meisten Kinder (16%) wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung diesbezüglich jedoch bereits behandelt oder erhielten einen Befund, der keine Notwendigkeit zur Behandlung implizierte (12%).

Ein weiterer wichtiger Bereich in der kindlichen Entwicklung ist die **motorische Entwicklung**. Aus den Daten der SEU in NRW geht hervor, dass bei 18% der untersuchten Kinder Auffälligkeiten der Körperkoordination festgestellt wurden. Allerdings sind diese meist leicht und nicht behandlungsbedürftig, gegebenenfalls wird kompensatorischer Sport empfohlen (Annuß et al. 2016). In Schleswig-Holstein lagen 2017 bei 21,5% der untersuchten Kinder Auffälligkeiten in der ärztlichen Befundung von Körperkoordination und Motorik vor (Thyen und Brehm 2018). Für die Grob- und Feinmotorik gehen aus einem Gesundheitsbericht aus dem Jahr 2006 für das Land Rheinland-Pfalz hervor, dass im Durchschnitt 14,3% der untersuchten Kinder auffällige Befunde in der Grob- und 18,3% in der Feinmotorik aufweisen (Jacob et al. 2008).

Bei der **Visuomotorik** wird das Zusammenspiel von visueller Wahrnehmung und motorischer Leistung überprüft (Daseking et al. 2009). In der Schuleingangsuntersuchung 2017 in Niedersachsen zeigten beispielsweise 8% der Kinder auffällige Befunde; 5,5% befinden sich bereits diesbezüglich in Behandlung (Bruns-Philipps et al. 2018). In Schleswig-Holstein wurde im gleichen Jahr bei 6,3% der untersuchten Kinder eine visuelle Wahrnehmungsstörung festgestellt; 4,7% werden bereits behandelt (Thyen und Brehm 2018).

Das **Gesundheitsverhalten** der Kinder, in Form von Bewegungs- oder Ernährungsverhalten, stellt einen weiteren wichtigen Bereich dar. Im Zusatz-Modul ‚MoMo‘ der KIGGS-Studie werden verschiedene motorische Tests, wie zum Beispiel Einbeinstand, Reaktionstests, Fahrrad-Ausdauer Tests oder Liegestütz durchgeführt und mit einem standardisierten Aktivitätsfragebogen kombiniert (Woll et al. 2017). Demnach kommen 52% der untersuchten Kinder zwischen 6

und 10 Jahren der WHO-Empfehlung von 60 Minuten moderater Aktivität pro Tag nach. Dieser Wert sinkt mit dem Alter deutlich ab (Woll et al. 2019). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch in der AOK-Familienstudie: 51,5% der Eltern geben an, sich täglich mit den Kindern zwischen 4 und 10 Jahren aktiv zu bewegen. In Bezug auf die WHO-Empfehlung erreichen allerdings nur 10% der Befragten dieser Studie die 60-minütige Aktivität. Im Durchschnitt bewegen sich die Kinder der befragten Eltern nur an 3,6 Tagen pro Woche (AOK-Bundesverband 2018).

Die DGE hat für die deutsche Bevölkerung 10 Regeln für eine gesunde und ausgewogene Ernährung aufgestellt (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2020). Für Kinder wurde das Konzept der optimierten Mischkost entwickelt, welches auch die Empfehlungen der DGE erfüllt (Kersting und Hilbig 2015). Es beinhaltet drei Regeln: Getränke und pflanzliche Lebensmittel in *reichlichen* Mengen, tierische Lebensmittel in *mäßigen* Mengen und fett- und zuckerreiche Lebensmittel in *sparsamen* Mengen (Kersting und Hilbig 2015). In der am Forschungsinstitut für Kinderernährung durchgeführten DONALD-Studie wurde auf der Grundlage dieses Konzeptes das Ernährungsverhalten von Kindern untersucht (Kersting et al. 2004). Die Ergebnisse zeigen, dass die Kinder deutlich weniger trinken als empfohlen (Kersting et al. 2004). Der Verzehr von Brot- und Getreideprodukten, Kartoffeln, Nudeln und Reis sowie Gemüse und Obst liegt deutlich unter den empfohlenen Mengen. Lediglich Milch und Milchprodukte werden im Durchschnitt entsprechend der Empfehlungen konsumiert. In der optimierten Mischkost werden ‚geduldete Lebensmittel‘ wie Gebäck, Brotaufstriche und Süßigkeiten in fast doppelt so hohen Mengen verzehrt, als der empfohlene Maximalwert von 10% der Energiezufuhr (Kersting et al. 2004). Bei den Ergebnissen des Ernährungsfragebogens der KIGGS-Studie zeigen sich ähnliche Tendenzen. Auch hier verzehren die Kinder ausreichend Milch und Milchprodukte, zu wenig Gemüse und Obst sowie deutlich zu viele Süßigkeiten (Mensink et al. 2007).

Generell kann man in Deutschland von einem guten allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder sprechen. Hierzu liefert die Elternbefragung der KIGGS-Studie verlässliche Daten. Der Anteil der Eltern, der den **allgemeinen Zustand** ihrer Kinder als gut oder sehr gut einschätzt, liegt in der Altersgruppe der 3- bis 10-Jährigen mit ca. 97,2% am höchsten und sinkt mit zunehmendem Alter (Robert Koch-Institut 2018). Etwas niedrigere Werte zeigen sich in der AOK-Familienstudie: Hier bewertet rund die Hälfte der befragten Eltern den Gesundheitszustand des Kindes als sehr gut und ein Drittel als gut (AOK-Bundesverband 2018). Trotzdem kann man von einer Veränderung der gesundheitlichen Situation von Kindern in den letzten Jahrzehnten sprechen. Die Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten, primär körperlichen Krankheiten (Infektionskrankheiten, schwere Behinderungen und angeborene Fehlbildungen) zu den **chronischen Krankheiten**, und von den somatischen zu den **psychischen Störungen**, wird häufig unter dem Begriff ‚Neue Morbiditäten‘ diskutiert (Reinhardt und Petermann 2010). Diese Krankheitsformen und Störungen sind nicht neu, jedoch ist ihre epidemiologische Häufung hoch.

Rund 16% der Kinder haben nach Angaben der Eltern ein lang andauerndes, **chronisches Gesundheitsproblem** (Neuhauser und Poethko-Müller 2014). Diese Prävalenz steigt mit dem Alter deutlich an. Allergische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen bei Kindern: 9,1% leiden aktuell an Heuschnupfen, 6% sind von Neurodermitis betroffen und 4,1% haben Asthma bronchiale (12-Monats-Prävalenzen) (Neuhauser und Poethko-Müller 2014). Seit der KIGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) ist die Häufigkeit von Asthma bronchiale und Heuschnupfen leicht gestiegen, besonders bei Kindern bis sechs Jahre (Robert Koch-Institut 2018). In der ersten KIGGS-Welle wurden weitere chronische Krankheiten für die hier relevante Altersgruppe von 0 bis 10 Jahren untersucht. Demnach beträgt die Prävalenz von Fieberkrämpfen bei 3- bis 6-Jährigen 4,1% und von Herzkrankheiten bei 0- bis 6-Jährigen 2% (Neuhauser und Poethko-Müller 2014).

Auch **Adipositas** wird als chronische Erkrankung angesehen (Disse und Zimmer 2014). In Niedersachsen wurden im Jahr 2017 im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen bei 5,7% der untersuchten Kinder Übergewicht und bei 4,3% Adipositas festgestellt (Bruns-Philipps et al. 2018). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch in NRW: Bei den Schuleingangsuntersuchungen 2017/2018 waren 5,9% der Kinder übergewichtig und 4,4% adipös (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2017).

Psychische Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern belasten die Betroffenen, die Familie, das soziale Umfeld und können bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben (Klipker et al. 2018). Diese Auffälligkeiten können bei Kindern auf verschiedene Weisen untersucht werden. Einerseits kann während der SEU die ärztliche Beobachtung anhand einer Skala in Bereichen wie Motivation, Kooperation oder emotionale Anpassung Aufschluss geben, andererseits können Instrumente wie der SDQ-Symptomfragebogen (Strengths and Difficulties Questionnaire) genutzt werden. Die Elternversion dieses Fragebogens wird auch bei der zweiten KIGGS-Welle verwendet, bei dem die Items ‚Emotionale Probleme‘, ‚Verhaltensprobleme‘, ‚Hyperaktivitätsprobleme‘, ‚Probleme mit Gleichaltrigen‘ und ‚Prosoziales Verhalten‘ standardisiert genutzt wurden (Hölling et al. 2014). In der Altersgruppe von 3 bis 6 Jahren sind 17,2% und von 7 bis 10 Jahren sind 23,1% der Kinder von psychischen Auffälligkeiten betroffen (Hölling et al. 2014). Bei den Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen wird ebenfalls der SDQ-Fragebogen zur Erhebung von psychischen Auffälligkeiten verwendet. Im Jahr 2017 waren 72,1% der untersuchten Kinder ohne Befund. Eine leichte Auffälligkeit ohne weitere Empfehlungen zur Abklärung wurde bei 18,5% der Kinder dokumentiert, 5,2% sind bereits in Behandlung und bei 3,9% der Kinder wurde eine weitere Abklärung durch eine/n niedergelassene/n Fachärztin/-arzt empfohlen (Bruns-Philipps et al. 2018).

Darüber hinaus sind **Unfallverletzungen** eine der größten Gesundheitsgefahren für Kinder und Jugendliche in Deutschland (Saß et al. 2014). Von allen in der KIGGS-Studie untersuchten Kindern im Alter von 1 bis 17 Jahren mussten 15,5% in den letzten 12 Monaten aufgrund eines Unfalls ärztlich behandelt werden. Bei dem Fokus auf die Zielgruppe von 0 bis 10 Jahren können kaum Altersunterschiede in der Unfallhäufigkeit festgestellt werden, jedoch Unterschiede in der Art der Verletzung: Während sich Kleinkinder oder Kinder im Vorschulalter einen Großteil dieser Unfallverletzungen zu Hause oder im privaten Umfeld zuziehen, ereignen sich in den höheren Altersgruppen mehr Unfälle auf Spielplätzen, Sporteinrichtungen bzw. in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen (Saß et al. 2014).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Gesundheitszustand von Kindern in Deutschland gut ist. In den Daten zeigen sich jedoch auch spezifische Probleme in Bezug auf atopische Krankheiten, psychische Auffälligkeiten oder gesundheitsschädigende Verhaltensweisen.

1.1.2 Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern

Unter gesundheitlicher Ungleichheit versteht man soziale Unterschiede im Gesundheitszustand, -verhalten und in der gesundheitlichen Versorgung. In dem Zusammenhang ist der soziale Gradient von Bedeutung, welcher sich als die lineare Beziehung zwischen Morbidität, Mortalität und dem sozialen Status definieren lässt: je niedriger der soziale Status, desto höher die Morbidität und Mortalität (Lampert et al. 2018; dem Knesebeck 2018). In Bezug auf die Ungleichheit bei Kindern bedeutet dies, dass die Gesundheit von Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien häufig schlechter ist als die ihrer sozial besser gestellten Altersgenossen. Inwiefern dieser enge Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage auch für die oben beschriebenen Bereiche der Kindergesundheit besteht, soll hier thematisiert und empirisch belegt werden.

Die vorliegende Arbeit nutzt die Kategorien der ‚vulnerablen Familie‘ und der ‚sozioökonomisch benachteiligten Familie‘, da es in der wissenschaftlichen Literatur keinen einheitlichen bzw. allgemeingültigen Begriff gibt. Diese Ausdrücke werden in der Literatur für Familien verwendet, bei denen ein besonderer Unterstützungs- und Präventionsbedarf vermutet wird (Rogers und Lange 2013; Waisel 2013; Gathron 2019; Kaba-Schönstein und Kilian 2018). Die Familien sind besonders von sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen, d.h. sie haben durch einen niedrigen sozioökonomischen Status geringere soziale und gesundheitliche Chancen und sind dadurch benachteiligt bzw. besonders vulnerabel (verletzlich) (Kaba-Schönstein und Kilian 2018). In vielen Studien wird die soziale Lage der Familien über den sozioökonomischen Status (SES) mittels eines Index dargestellt. Auch wenn es keine allgemeingültige Operationalisierung gibt, besteht Einigkeit darüber, dass der SES durch die materielle Lage, den Bildungsstand, die berufliche Stellung sowie Einkommenssituation der Eltern bestimmt werden kann (Beckmann et al. 2016; Kuntz et al. 2018a). In anderen Studien oder Datenerhebungen werden die Merkmale Migrationshintergrund oder alleinerziehende Elternschaft als weitere Marker für die soziale Lage genutzt (Bruns-Philipps et al. 2018).

Über die **sprachliche, körperliche und verhaltensbezogene Entwicklung** geben die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen Aufschluss. Dabei ist allerdings anzumerken, dass relevante Sozialindikatoren nicht in allen Bundesländern und nicht einheitlich erhoben werden. Aus Daten der SEU in Brandenburg aus dem Jahr 2015 beispielsweise gehen bei den schulrelevanten Entwicklungsstörungen deutliche statusspezifische Unterschiede hervor: Während jedes zweite Kind aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus mindestens einen Befund zeigt, ist es in Familien mit hohem Sozialstatus nur jedes fünfte Kind (Ellsäßer et al. 2017).

Diese sozialen Unterschiede zeigen sich auch in den Daten der SEU im Bereich **Sprachstörungen** in Bayern aus dem Jahr 2014 (Nairz et al. 2017) und in Niedersachsen aus 2017 (Bruns-Philipps et al. 2018): Erwartungsgemäß spielt der Migrationshintergrund bei der sprachlichen Entwicklung der Kinder eine wichtige Rolle. 39,6% der Kinder mit Migrationshintergrund zeigen ein unauffälliges Sprachvermögen, während es bei Kindern ohne Migrationshintergrund annähernd 66,6% sind. Ein deutlicher Gradient ist auch beim Zusammenhang des Sprachvermögens und der Bildung der Eltern zu verzeichnen.

Die elterliche Bildung hat auch einen starken Einfluss auf die kindliche Entwicklung im Bereich der **motorischen Entwicklung**. In den SEU-Ergebnissen 2015 aus Brandenburg zeigt sich, dass Kinder aus niedrig gebildeten Familien dreimal so häufig eine Bewegungsstörung aufweisen, als Kinder aus Familien mit höherer elterlicher Bildung (13,9% vs. 3,8%) (Ellsäßer et al. 2017). Auffälligkeiten bei der Grobmotorik sind ebenfalls abhängig von dem Bildungsstand der Eltern. Ergebnisse der SEU in Rheinland-Pfalz zeigen beispielsweise, dass bei Kindern deren Eltern einen Hauptschulabschluss haben, deutlich häufiger entsprechende Auffälligkeiten diagnostiziert wurden als bei Kindern, deren Eltern Abitur haben (7,4% vs. 4,1%). Noch stärker zeigt sich der Gradient bei den Auffälligkeiten in der Feinmotorik (8,3% vs. 4,2%) (Jacob et al. 2008).

Weiterhin ergeben sich deutliche Zusammenhänge zwischen der **Visuomotorik** und dem Bildungshintergrund der Familien. In Schleswig-Holstein weisen 20,9% der Kinder, deren Eltern einen niedrigen schulischen Abschluss haben, Auffälligkeiten in der Visuomotorik auf, während es 6,1% in der Gruppe der Kinder sind, deren Eltern einen hohen Schulabschluss haben. Ein etwas schwächerer Zusammenhang zeigt sich bei der Migrationsbiografie der Eltern (mit Migrationshintergrund: 13,9%; ohne Migrationshintergrund: 11,1%) (Thyen und Brehm 2018). In den niedersächsischen SEU-Daten ist ebenfalls ein Zusammenhang zwischen Befund in der Visuomotorik und dem

Migrationshintergrund zu erkennen. 15,1% der Kinder mit Migrationshintergrund zeigen leichte Schwächen, 5,1% dieser Kinder befinden sich bereits in Behandlung und 10,9% werden aufgrund der Auffälligkeiten eine weitere Abklärung empfohlen. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund zeigen 11% mäßige Schwächen, 5,6% befinden sich bereits in Behandlung und 7,2% zeigen Auffälligkeiten (Bruns-Philipps et al. 2018).

Die empirische Datenlage des **Gesundheitsverhaltens** in Bezug auf die kindliche Bewegung ist inkonsistent, was durch die unterschiedlichen Messeinheiten und Erhebungsmethoden zu erklären ist. Dennoch ist auch hier tendenziell ein sozialer Gradient erkennbar. Verschiedene internationalen Studien (Brophy et al. 2011; Dollman und Lewis 2010; Hardy et al. 2014) und Auswertungen der KIGGS-Studie (Manz et al. 2014) zeigen bei der Analyse der Nutzung von Bewegungsangeboten im Freizeitbereich, dass Kinder mit höherem sozioökonomischen Status die Angebote häufiger nutzen im Vergleich zu Kindern mit eher niedrigem sozioökonomischen Status. In der MoMo-Studie wird jedoch bei dem Fokus auf die allgemeine körperliche Aktivität der Kinder kein signifikanter Einfluss des Sozialstatus gefunden (Woll et al. 2019). Auch in der AOK-Familienstudie werden bei der Aktivität der Kinder eher geringfügige Unterschiede nach dem Bildungsstand der Eltern deutlich. Jedoch geben 11% der Eltern mit Hauptschulabschluss an, dass ihre Kindern nie die 60-minütige Bewegung erreichen, im Vergleich zu 3% der Eltern mit Abitur (AOK-Bundesverband 2018).

Anhand der KIGGS-Daten wird in Bezug auf das Ernährungsverhalten der Kinder ein sozialer Gradient deutlich. Der Anteil der Kinder, die täglich frisches Obst verzehren, nimmt mit steigendem SES zu (niedriger SES: 47,2%; mittlerer SES: 55,7%; hoher SES 65,4%) (Kuntz et al. 2018b). Ebenso trinken 30,5% der Kinder mit niedrigem SES täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke im Vergleich zu 20,2% aus der mittleren Statusgruppe und 7,1% aus der hohen Statusgruppe (Kuntz et al. 2018b).

In den Daten der KIGGS-Studie lässt sich bei dem **allgemeinen Gesundheitszustand** ebenfalls ein sozialer Gradient feststellen. Das bedeutet, der Anteil der Eltern, der den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut oder gut einstuft, steigt mit dem Sozialstatus (Poethko-Müller et al. 2018). Auch in der AOK-Familienstudie zeigt sich dieser Trend: Eltern mit Hauptschulabschluss bewerten den Gesundheitszustand ihres Kindes schlechter als Eltern mit Abitur (58% im Vergleich zu 49%) (AOK-Bundesverband 2018). Im Rahmen der ‚neuen Morbiditäten‘ ist die Zunahme des sozialen Gradienten besonders relevant. Die Abhängigkeit der Entwicklungen von sozialen Lebensumständen und die Beziehung zu anderen Problembereichen ist evident (Schlack 2012). In den Daten der KIGGS-Studie zeigen sich jedoch bei der Verbreitung von **chronischen Krankheiten** keine signifikanten sozialen Unterschiede, weder für allergische Erkrankungen, noch bei Fieberkrämpfen oder Herzkrankheiten, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie angeboren sind (Neuhauser und Poethko-Müller 2014).

Ein anderes Bild zeigt sich in den Bereichen Übergewicht und **Adipositas**: Die Daten der SEU in Niedersachsen zeigen einen Zusammenhang zwischen Übergewicht und Adipositas mit dem Bildungsstand sowie dem Migrationshintergrund der Eltern. 6,3% der Kinder aus höher gebildeten Familien haben Übergewicht (4,1% übergewichtig; 2,2% adipös), bei Kindern aus niedrig gebildeten Familien liegt der Wert bei 15,4% (7,6% übergewichtig; 7,8% adipös) (Bruns-Philipps et al. 2018). Der Anteil der übergewichtigen Kinder ohne Migrationshintergrund liegt bei 9,1% (Übergewicht: 5,4%; Adipositas: 3,7%) und der von Kindern mit Migrationshintergrund liegt bei 12,6% (Übergewicht: 6,6%; Adipositas: 6,0%) (Bruns-Philipps et al. 2018).

Auch bei den Ergebnissen des SDQ-Symptomfragebogens zur Identifizierung von Risikogruppen mit **psychischen Auffälligkeiten und Störungen** im Rahmen der zweiten KIGGS-Welle ist ein ausgeprägter sozialer Gradient zu verzeichnen.

Während 33,5% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus dem Screeninginstrument zufolge psychisch auffällig sind, trifft dies lediglich auf 19% der Kinder der mittleren und 9,8% der Kinder der hohen Statusgruppe zu (Kuntz et al. 2018a; Hölling et al. 2014). Eine ähnliche Tendenz ist auch bei den SEU-Daten aus Niedersachsen erkennbar. Bei dem Bildungsstand der Eltern ist dieser soziale Gradient stark ausgeprägt: Während bei 36% der Kinder aus niedrig gebildeten Familien ein Befund verzeichnet wird, ist dies bei 26% mit mittlerer und bei 23% mit höher elterlicher Bildung der Fall (Bruns-Philipps et al. 2018). In Bezug auf den ärztlichen Befund bei Kindern mit Migrationshintergrund ist ein leichter Gradient zu erkennen (ohne Migrationshintergrund: 27%; mit Migrationshintergrund 31%).

Es können keine Unterschiede bei der Prävalenz von **Unfallverletzungen** und Mehrfachunfällen in der KIGGS-Studie nach dem sozioökonomischen Status der Familie aufgezeigt werden (Saß et al. 2014). In weiteren internationalen Studien konnte jedoch nachgewiesen werden, dass die Unfallraten bei Kindern aus benachteiligten bzw. ärmeren Stadtvierteln signifikant höher sind als in bessergestellten Vierteln (Haynes et al. 2003; Kendrick et al. 2005).

Zusammenfassend fällt bei den Ergebnissen auf, dass in den meisten gesundheitlichen Bereichen (allgemeiner Gesundheitszustand, psychische Auffälligkeiten sowie chronische Gesundheitsprobleme) und in den meisten Einflussfaktoren auf die Gesundheit (Körperliche Aktivität, Ernährung etc.) ein sozialer Gradient zu verzeichnen ist.

1.1.3 Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit

Die oben beschriebenen Ungleichheiten sind durch die komplexen und wechselseitigen Beziehungen von vielschichtigen biologischen, sozialen und psychischen Faktoren zu erklären, die darüber hinaus für jede Krankheit bzw. Gesundheitsindikator unterschiedlich sind. Um diese Beziehungen und Faktoren darzustellen, wurden im Laufe der Zeit verschiedene Modelle entwickelt. Zunächst sind aus der internationalen Forschung besonders die ‚Determinanten von

Gesundheit' zu nennen, die im Kontext der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entstanden sind (Commission on Social Determinants of Health 2008; Dahlgren und Whitehead 1991).

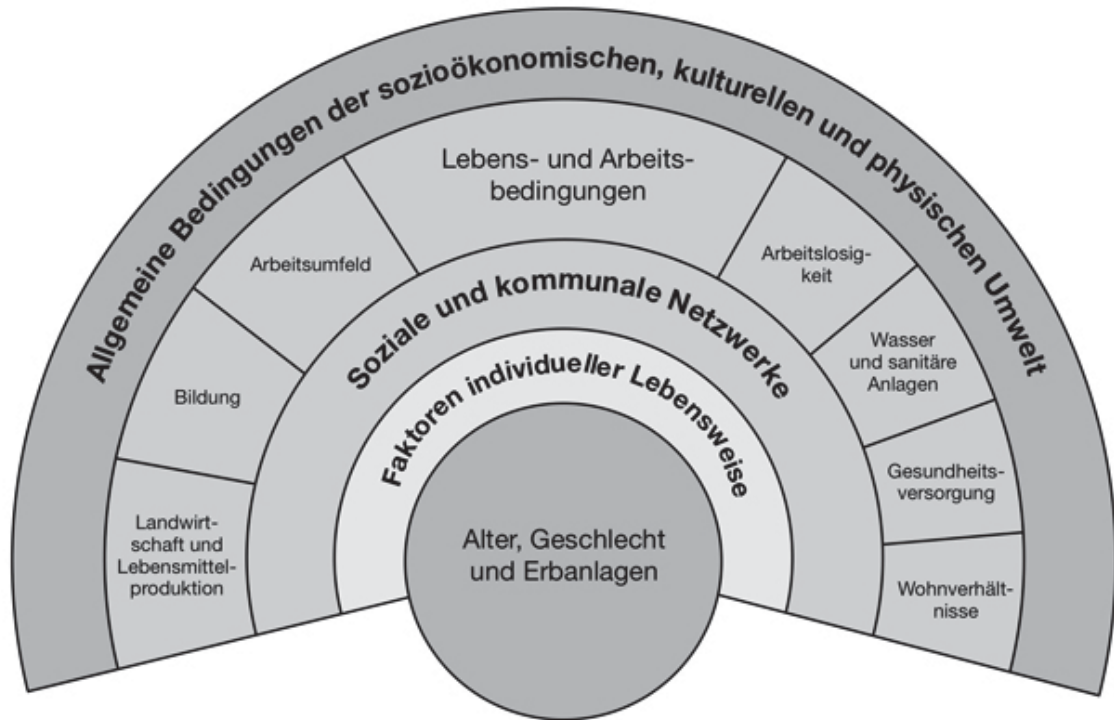


Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit, in Anlehnung an Dahlgren und Whitehead (1991), Bildquelle (Richter und Hurrelmann 2015).

In diesem Modell gruppieren sich eine Vielzahl positiv oder negativ beeinflussender Determinanten in vier ‚Lagen‘ um den Kern des Modells mit genetischer Disposition, Geschlecht und Alter. Wichtige Determinanten auf der Mikroebene sind der individuelle Lebensstil und das Gesundheitsverhalten. Auf der Mesoebene sind dies soziale und kommunale Netzwerke, die wiederum durch Bildung, Arbeits- und Wohnverhältnisse beeinflusst werden. Auf der Makroebene befinden sich die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (Dahlgren und Whitehead 1991; Richter und Hurrelmann 2015).

In der deutschen sozialepidemiologischen Literatur ist das ‚Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit‘ von Mielck (2005) besonders bekannt.

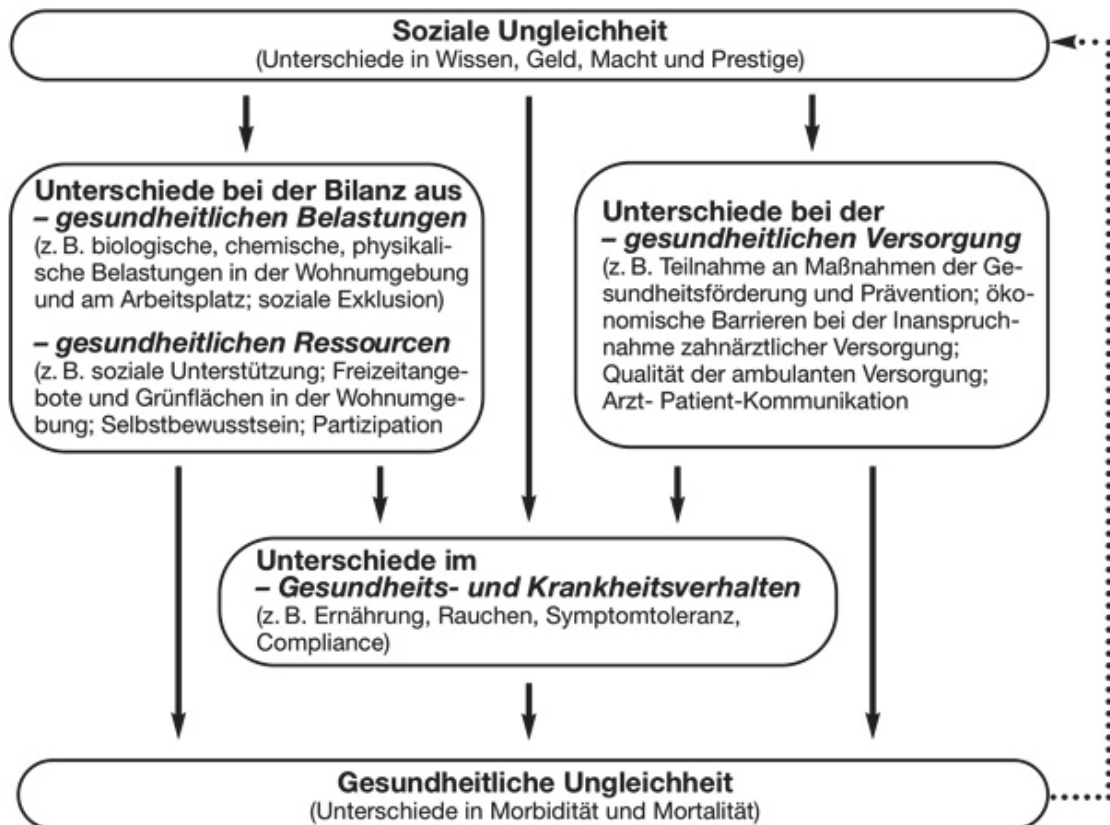


Abbildung 2: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit, in Anlehnung an Mielck (2005), Bildquelle (Geyer 2016).

Darin sind die komplexen Zusammenhang von Sozialstatus und Gesundheit in wenige Pfade zusammengefasst: psychosoziale und materielle Risikofaktoren und Ressourcen, das individuelle Verhalten sowie das Versorgungssystem. Darüber hinaus hat Mielck (ebenda) in seinem Modell, neben der Verursachung von Krankheiten durch soziale Benachteiligung (Verursachungs-Hypothese), auch den umgekehrten Wirkungszusammenhang abgebildet, dass gesundheitliche Beeinträchtigung sozialen Abstieg begünstigt (Drift-Hypothese).

Im weiteren Verlauf entwickelten Dragano et al. (2010) ein Modell zur Systematisierung der komplexen Zusammenhänge gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen, wobei die Lebenslaufperspektive ergänzt wurde. Dieses Modell wird im Folgenden detaillierter beschrieben.

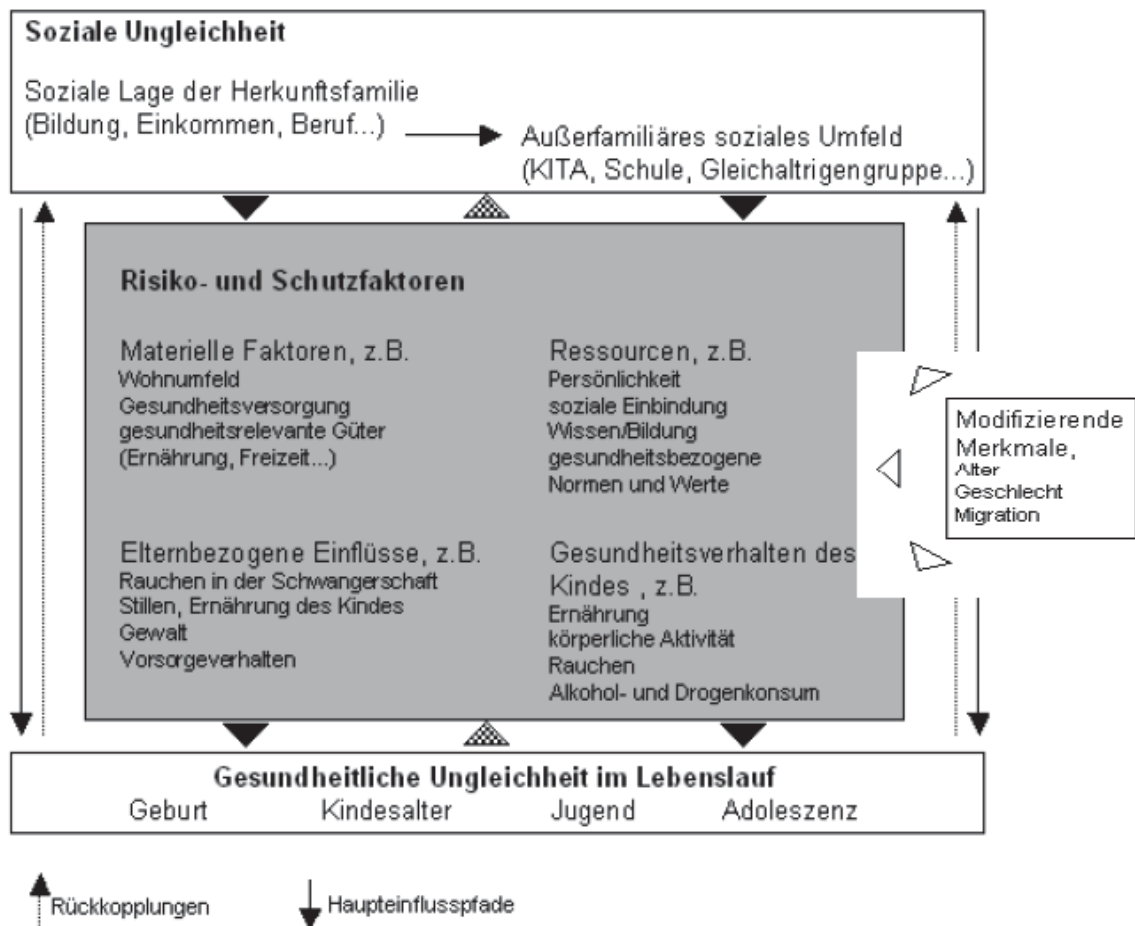


Abbildung 3: Modell zur Systematisierung der Erklärungsansätze der gesundheitlichen Ungleichheit im Kindesalter (Dragano et al. 2010).

Das Modell setzt sich aus den Ebenen **„soziale Ungleichheit“**, **„Risiko- und Schutzfaktoren“** und **„gesundheitliche Ungleichheit“** zusammen.

Die erste Ebene bildet die **„soziale Ungleichheit“** und bezieht sich auf die Einordnung der Familie in die Sozialstruktur der Gesellschaft. Entsprechende Merkmale können Bildung, Beruf oder Einkommensverhältnisse der Familie sein. Diese Faktoren sind verknüpft mit Chancen der Teilhabe, wie die materielle Lage, Bildungschancen oder Gruppenzugehörigkeit. Die familiäre Herkunft kann somit die soziale Lage oder Position eines Kindes sowohl direkt als auch indirekt beeinflussen und wird deshalb mit spezifischen gesundheitlichen Einflüssen und Risiken assoziiert (Dragano et al. 2010).

Die zweite Ebene stellt verschiedene ‚**Risiko- und Schutzfaktoren**‘ wie materielle Faktoren oder elternbezogene Einflüsse dar, die von außen auf das Kind einwirken. Individuelle Ressourcen oder Gesundheitsverhalten des Kindes, wie die Persönlichkeit, Bildung etc. beziehen sich auf die inneren, persönlichen Merkmale bzw. Ausstattung eines Kindes. Alle Faktoren sind sowohl mit der sozialen Stellung der Herkunftsfamilie als auch dem außerfamiliären sozialen Umfeld eng verknüpft und verstehen sich als vermittelnde Faktoren zwischen der ersten und dritten Ebene.

Materielle Faktoren beinhalten Aspekte wie die Wohnsituation, die Verfügbarkeit gesundheitsrelevanter Güter, wie gesunde Nahrungsmittel und Sportausrüstung, oder das Ermöglichen von Freizeitaktivitäten.

Der zweite Faktor umfasst die *elternbezogenen Einflüsse* wie Ernährung von Kindern, Vorsorgeverhalten oder das Gesundheitsverhalten der Mütter während der Schwangerschaft oder in der Stillzeit. Das zeigt, wie groß der Einfluss der Eltern auf die Gesundheit ihrer Kinder ist, besonders wenn diese noch ungeboren oder klein sind.

Unter dem dritten Faktor sind die *gesundheitsrelevanten Ressourcen* zusammengefasst. Darunter ist einerseits das ‚soziale Kapital‘, also soziale Teilhabe und soziale Unterstützung, zu verstehen und andererseits die personalen Ressourcen. Demnach kann ein sozial förderndes Umfeld bei Kindern für ein gesundheitsbewussteres Verhalten sorgen und vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen bewahren. In einer Untersuchung mit Daten der KIGGS-Studie geht das Familienklima, z.B. Aktivitäten im Familienkreis oder Eltern-Kind-Beziehung, als weitere familiäre Ressource hervor (Lampert et al. 2010).

Das individuelle *Gesundheitsverhalten* eines Kindes ist der vierte Faktor in Bezug auf die Risiko- und Schutzfaktoren. Das bedeutet, dass beispielsweise neben der

materiellen Verfügbarkeit von gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität (siehe oben), das Kind das entsprechende Verhalten auch selber umsetzen muss.

Die dritte Modellebene ist die ‚**Gesundheit**‘, welche unter Berücksichtigung der Lebenslaufperspektive dargestellt ist. Das soll bedeuten, dass Krankheiten oder Störungen nicht nur als Folge der beschriebenen Faktoren zu verstehen sind, sondern auch Rückkopplungen stattfinden können. Die Lebensphase spielt somit immer eine wichtige Rolle und dynamische Prozesse sowie Entwicklungen im Lebenslauf müssen berücksichtigt werden. Dragano et al. (2010) führen das Beispiel einer psychischen Störung im Kindesalter an. Diese Störung kann einerseits die schulischen Leistungen des Kindes, Ausbildungserfolg und die spätere soziale Stellung maßgeblich beeinflussen. Andererseits kann diese Störung auch die Aufnahme stabiler Sozialbeziehungen erschweren und die dort bereits bestehenden Ungleichheiten verstärken.

Zum Schluss sind noch die modifizierenden Merkmale zu benennen, vor allem in Form von Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund, die einen großen Einfluss auf allen Ebenen haben. Der Einfluss des Migrationshintergrundes wurde oben bereits anhand einiger Beispiele dargestellt. Der Zusammenhang zwischen Alter oder Geschlecht und Gesundheit ist ebenfalls in den genannten empirischen Daten zu erkennen. Beispielsweise konnten Poethko-Müller et al. (2018) zeigen, dass bei beiden Geschlechtern der Anteil von Kindern mit einem sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen am höchsten ist und mit zunehmendem Alter sinkt. Außerdem schätzen bis zum Alter von 10 Jahren die Eltern von Mädchen die Gesundheit ihrer Kinder häufiger als sehr gut ein als die Eltern von Jungen (65,5% vs. 59,2%) (Poethko-Müller et al. 2018). Ein weiteres Beispiel sind die Unterschiede bei der Körperkoordination und Motorik, die bei der SEU in Bezug auf das Geschlecht nachgewiesen werden konnten. Bei 10,8% der Jungen wurde ein auffälliger Befund festgestellt, während

dies bei den Mädchen mit 5,7% weniger häufig der Fall ist (Thyen und Brehm 2018).

Man kann resümierend sagen, dass die Zusammenhänge und Mechanismen, die der gesundheitlichen Ungleichheit zugrundeliegen, sehr komplex, vielschichtig und wechselwirkend sind. Das Modell zur Systematisierung hat verdeutlicht, wie stark individuelle Gesundheitsrisiken und -chancen mit der gesellschaftlichen Struktur verknüpft sind und welche schichtenspezifische Risikokonstellationen vorliegen, die wiederum zu einer Benachteiligung von Kindern aus niedrigen Sozialschichten führen können (Dragano et al. 2010). Entsprechend komplex müssten Maßnahmen zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern ausgearbeitet und umgesetzt werden. Die Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder steht demnach weiterhin vor großen Herausforderungen.

1.1.4 Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit

Bei den Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung wuchs zunehmend das Verständnis, dass die Gesundheit in den Lebensbedingungen der Menschen entsteht. Die Problematik der oben beschriebenen Ungleichheiten wurde spätestens seit den 1980er Jahren aufgegriffen mit dem Ziel ihnen entgegenzuwirken (Rosenbrock 2001). In diesem Zuge entstanden neue Konzepte der Gesundheitsförderung, die Schwerpunkte auf zielgruppen- und lebensweltspezifische Aktivierung und Mobilisierung („Befähigen“ und „Ermöglichen“) der Bevölkerung legen (Rosenbrock 2001). Dem o.g. Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit entsprechend, ist ein wesentliches Postulat, dass die Verantwortung für Gesundheitsförderung nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen liegt. Entsprechend werden Strategien, wie die Neuorientierung der Gesundheitsdienste und das koordinierte Zusammenwirken, mit anderen Beteiligten zur Förderung der Chancengleichheit

in der ‚Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung‘ von 1986 schriftlich dokumentiert (WHO 1986).

Dass gesundheitliche Chancengleichheit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die in allen Bereichen des öffentlichen Handelns gefördert werden soll, entspricht auch der Kernaussage des Konzeptes ‚Health in All Policies‘, das 2013 von der WHO verabschiedet wurde (Geene et al. 2019). Neben der Chancengleichheit wurden unter anderem auch das intersektorale Verständnis, Vernetzung, Nutzerorientierung oder Empowerment als prioritäre Aspekte herausgearbeitet. Entsprechende Handlungsfelder, die sich auf die Verwirklichung von Ansätzen und Maßnahmen beziehen, betreffen neben den familiären Einflussmöglichkeiten auch die professionellen Systeme. Darunter sind einerseits staatliche Institutionen, öffentlich-rechtliche Körperschaften und freie Träger mit ihrer Einrichtungen zu verstehen, welche teilweise auf der Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen agieren (Schwartz et al. 2012). Die Gesetzgebung, Finanzierung und Planung findet weitestgehend auf Bundes- oder Landesebene statt. Die Planung und Durchführung der konkreten Maßnahmen mit der Bevölkerung, in dem Fall Kindern und ihren Familien, wird vor allem auf der kommunalen Ebene verortet, weshalb hier ein Fokus dieser Dissertation gelegt wird.

Präventionsgesetz

In Deutschland wurde dem erkannten Handlungsbedarf bei Prävention und Gesundheitsförderung zuletzt mit dem ‚Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention‘ (Präventionsgesetz (PrävG)) aus dem Jahr 2015 begegnet (Präventionsgesetz 2015). Grundsätzlich ist es als Erweiterung von einschlägigen, vor allem mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz ab 2000 in Kraft gesetzten, Bestimmungen des Fünften Sozialgesetzbuches zu verstehen (Gerlinger 2018). Ziel dieses Gesetzes ist vor allem eine verbesserte Koordination der Akteure und eine Erhöhung der Wirksamkeit von Prävention und

Gesundheitsförderung. In Kombination mit den 2016 vorgestellten Bundesrahmenempfehlungen, sowie der Konkretisierung in den Landesrahmenvereinbarungen, bietet das Gesetz verschiedene Ansatzpunkte zur strategischen Weiterentwicklung des Handlungsfeldes (Kaba-Schönstein und Kilian 2018). Die daraus abgeleiteten bzw. umgesetzten Maßnahmen, Projekte oder Aktivitäten werden weitgehend von einander unabhängigen Akteuren durchgeführt. Diese, im europäischen Vergleich, relativ langsamen Entwicklungen sind einerseits durch eine lange Vernachlässigung von Prävention und Gesundheitsförderung zu erklären. Andererseits erschwert in Deutschland die föderale Struktur des Gesundheitswesens die Umsetzung verabschiedeter Zielsetzungen auf Bundesebene (Kaba-Schönstein und Kilian 2018).

Kommunale Präventionsnetzwerke für Kindergesundheit

Wie bereits erwähnt, nehmen die Themen Vernetzung oder Kooperation bei der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit eine zentrale Stellung ein. Bei den kommunalen Ansätzen kommt den Erziehungs- und Bildungseinrichtungen in der Lebensphase von 0 bis 10 Jahren ein besonderer Stellenwert zu, da sie zentraler Bestandteil der kindlichen Lebenswelt sind und alle Kinder erreichen. Außerdem bieten Kommunen darüber hinaus eine Fülle von Angeboten für Kinder und ihre Eltern in sehr unterschiedlicher Trägerschaft und Finanzierung, wie Vereine, Wohlfahrtsverbände, etc. (Richter-Kornweitz 2016). Die Prävention und Gesundheitsförderung findet hier zum Beispiel in Form von Spiel- und Bewegungsangeboten, bestimmten Unterrichtsthemen oder Projektwochen in Bildungseinrichtungen, Kursen, Vorträgen, Beratungen, Treffs etc. in verschiedener Ausgestaltung und zu verschiedenen Themen statt (Schwartz et al. 2012).

Um diese Vielfalt in der kommunalen Landschaft besser zu verbinden, etablieren sich integrierte Gesamtansätze. Hier sollen verschiedene Sektoren, z.B. Gesundheit, Bildung, Soziales und verschiedene Verwaltungsebenen kooperieren.

In diesen Netzwerken kombinieren verschiedene Akteure, wie die Ärzteschaft, Krankenkassen, kommunale Spitzenverbände, etc. ihre Ressourcen für ein gemeinsames Ziel. Im deutschen Sprachraum werden diese Zusammenschlüsse 'Präventionsketten' genannt. Initiiert werden diese durch einen oder mehrere Akteure aus der kommunalen Verwaltung, welche die Verantwortung für Gestaltung und Koordination übernehmen. Da laut SGB VIII §79 das Jugendamt die Verantwortlichkeit für Maßnahmen der Jugendhilfe trägt und laut §4 zur Partnerschaftlichkeit verpflichtet ist, nimmt es in dem Zusammenhang eine Sonderstellung ein (Richter-Kornweitz et al. 2017). Ziel ist, die breitgefächerten Unterstützungsangebote der unterschiedlichen Träger über die verschiedenen Altersgruppen und Lebensphasen der Kinder hinweg aufeinander abzustimmen bzw. das Ineinandergreifen zu fördern (ebd.). Präventionsketten sind, unter Berücksichtigung der Soziallage, darauf ausgerichtet, ein langfristiges und umfassendes Netz von Unterstützung, Beratung und Begleitung unter Beteiligung derjenigen zu entwickeln, die unmittelbar betroffen sind (Richter-Kornweitz 2016). Auch wenn derzeit noch keine wissenschaftlichen Nachweise der Wirksamkeit vorliegen, kann in der professionalisierten Prozessentwicklung ein Fortschritt gesehen werden (Brümmer et al. 2018).

Trotz der beschriebenen Entwicklungen in der Prävention und Gesundheitsförderung bestehen nach wie vor gravierende soziale Unterschiede in der Kindergesundheit, wie in Kapitel 1.1.2 beschrieben. Dabei ist anzumerken, dass nicht alle Teile einer Bevölkerung gleichermaßen durch die Angebote und Maßnahmen erreicht werden und die Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin vor großen Herausforderungen steht. Zunächst ist die Angebotsstruktur häufig von so genannten ‚Komm-Strukturen‘ geprägt, d.h. die Menschen müssen sich selber im Vorfeld informieren und Angebote und Maßnahmen gezielt aufsuchen (LZG NRW 2021). Darüber hinaus besteht eine Problematik in den sozialen Unterschieden bei Zugänglichkeit und Akzeptanz von Angeboten, die oft mittelschichtorientiert sind und somit häufig eher Menschen mit höherem

sozioökonomischen Status erreichen. Diese ‚soziallagenblinden‘ Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung können bestehende gesundheitliche Unterschiede weiter vergrößern (Kaba-Schönstein und Kilian 2018). Des Weiteren können Stigmatisierung, Diskriminierung oder eine wohlmeinende Bevormundung dafür sorgen, dass besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen entsprechende Angebote nicht in Anspruch nehmen (ebd.). Eine tiefere Auseinandersetzung mit der Ursachenforschung erfolgt in Kapitel 1.2.2.

1.1.5 Zusammenfassung

Zusammengefasst wird in Kapitel 1.1 die Ausgangslage in der aktuellen Situation der Kindergesundheit in Deutschland dargestellt und versucht Erklärungen für Problemlagen zu finden. Dabei kann festgehalten werden, dass bei der Betrachtung der Kindergesundheit in Deutschland verschiedene Datenquellen zur Verfügung stehen, und sich die generelle Daten- und Forschungslage stetig verbessert. Der Gesundheitszustand von Kindern in Deutschland ist gut, jedoch zeigen sich spezifische Probleme in Bezug auf atopische Krankheiten, psychische Auffälligkeiten oder gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (vgl. Kapitel 1.1.1).

Bei genauer Auseinandersetzung mit den Ergebnissen fällt auf, dass in den meisten Bereichen der Kindergesundheit (allgemeiner Gesundheitszustand, psychische Auffälligkeiten, chronische Gesundheitsprobleme), aber auch bei den Einflussfaktoren auf diese (körperliche Aktivität, Ernährung etc.), ein ausgeprägter sozialer Gradient zu verzeichnen ist. Bei der Erforschung der Ursachen wird die Vielschichtigkeit und Komplexität der gesundheitlichen Ungleichheit deutlich. Auch wenn es inzwischen Modelle zur Systematisierung der Zusammenhänge gibt, bleiben einige Fragen offen, welche Ansatzpunkte für weitere Forschung bieten (vgl. Kapitel 1.1.2, 1.1.3).

Zuletzt fand in diesem Kapitel eine Auseinandersetzung mit der Frage statt, was man gegen die beschriebenen Ungleichheiten in der Kindergesundheit tun kann und vor allem, was bereits getan wird. Dabei wurden die Entwicklungen in der Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben sowie die Relevanz der Vernetzung von verschiedenen Resorts auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene dargestellt, wobei der Fokus dieser Arbeit auf der kommunalen Ebene liegt (vgl. Kapitel 1.1.4).

1.2 Präventionsforschung im Kontext der Chancengleichheit

Anknüpfend an die Ausgangslage werden nachfolgend konzeptionelle Ansätze und empirische Belege dargestellt.

1.2.1 Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Prävention und Gesundheitsförderung

Trotz der beschriebenen konzeptionellen Entwicklungen zeigt sich, dass immer noch Ungleichheiten bei der Gesundheit der Kinder herrschen. Außerdem weisen verschiedene Studien darauf hin, dass auch Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung bestehen. Diese sozialen Unterschiede konnten zunächst Bauer und Bittlingmayer (2005) anhand von Elternbildungsangeboten zeigen. Es konnte nachgewiesen werden, dass sozioökonomisch benachteiligte Eltern ein gering ausgeprägtes Nachfrageverhalten zeigen und bei Angeboten häufig ausgeschlossen sind.

Eickhorst et al. (2016) führten eine repräsentative Elternbefragung von 0 bis 3-Jährigen mit dem Fokus auf allgemeine Angebote für die frühe Kindheit und Frühe Hilfen durch. Dabei war von besonderem Interesse, welche Merkmale der Familien auf die Inanspruchnahme von Maßnahmen, wie z.B. die Familienhebamme oder Eltern-Kind-Gruppen, einwirken. Dabei fällt auf, dass die Bildung der Eltern einen wichtigen Einfluss in Bezug auf die Kenntnis und Inanspruchnahme hat: Bei der Aufteilung in niedrige, mittlere und hohe Bildung

zeigt sich bei allen universellen Angeboten eine höhere Bekanntheit bei den mittel- oder hochgebildeten Eltern im Unterschied zu niedrig gebildeten Eltern (Eickhorst et al. 2016).

In einer Zusatzdatenerhebung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung gingen Weyers und Koautoren der Frage nach, ob sich die Teilnahme an kommunalen Bewegungsangeboten nach der sozialen Lage der Familien unterscheidet (Weyers et al. 2018b). Dabei konnte ein Zusammenhang sowohl zwischen der elterlichen Bildung als auch dem Migrationshintergrund und der Inanspruchnahme von Bewegungsangeboten in der Kommune belegt werden. Ähnliche Tendenzen zeigen sich auch in Studien aus Großbritannien oder Australien: Zum Beispiel weisen Brophy et al. (2011) nach, dass die Teilnahme an Bewegungsangeboten bei einkommensstarken, gut gebildeten Familien besonders hoch ist. Khanal et al. (2019) untersuchten in einem gemeindebasierten Programm für übergewichtige und adipöse Kinder und ihre Familien Einflussfaktoren auf die Teilnahme an der Sitzungen. Dabei fanden sie heraus, dass besonders der Bildungsstand der Mütter die Programmteilnahme beeinflusst.

1.2.2 Gründe für die Ungleichheiten der Inanspruchnahme

Diese empirischen Darstellungen zeigen das so genannte ‚Präventionsdilemma‘. Es bezeichnet ebendiesen Umstand, dass neben der gesundheitlichen Ungleichheit der Kinder auch eine Ungleichheit in der Inanspruchnahme von Angeboten und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (Bauer und Bittlingmayer 2006) herrscht. Sozioökonomisch benachteiligte Familien weisen eine niedrigere Akzeptanz und Nachfrage an Präventionsangeboten auf, als sozial besser gestellte Familien, die tendenziell größere Gesundheitschancen und somit einen niedrigeren Bedarf an Prävention haben (Franzkowiak 2015). Es stellt sich die Frage, warum besonders sozioökonomisch benachteiligte Familien schwerer durch Prävention und Gesundheitsförderung erreichbar sind, obwohl

diese einen höheren Bedarf haben (Bauer und Bittlingmayer 2005). Die Forschung geht davon aus, dass durch eine Vernachlässigung bestimmter Alltagspraktiken oder Einstellungen und Verhaltensweisen von benachteiligten Gruppen bei der Planung von Präventionsmaßnahmen die Distanz zu verschiedenen Angeboten bekräftigt wird (Franzkowiak 2015). Auch ökonomische Aspekte dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden. Der Kostenfaktor ist wahrscheinlich der erste und naheliegendste Ansatzpunkt bei der Erforschung von Ursachen dieses Dilemmas. Auch wenn der Kostenaufwand für Angebote bereits als „klar definierte Zugangsbarriere“ beschrieben wurde (Bauer und Bittlingmayer 2005, S. 274), ist es umso überraschender, dass weder die ökonomischen noch die weiteren Gründe für das Präventionsdilemma in der deutschen Literatur umfassend systematisch aufgearbeitet wurden.

Das nach Kenntnisstand der Autorin umfassendste konzeptionelle Modell zur Erklärung von Ungleichheiten der Gesundheitsversorgung – zu der auch Prävention und Gesundheitsförderung gehören – wurde von Levesque et al. (2013) entwickelt. Dieses Modell wird in dieser Dissertation als Grundlage genutzt und auf den Zugang zur kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung bezogen. Das Modell wird zunächst vollständig erklärt, wobei die vorliegende Arbeit sich auf ausgewählte Dimensionen bezieht, die später detaillierter beschrieben werden.

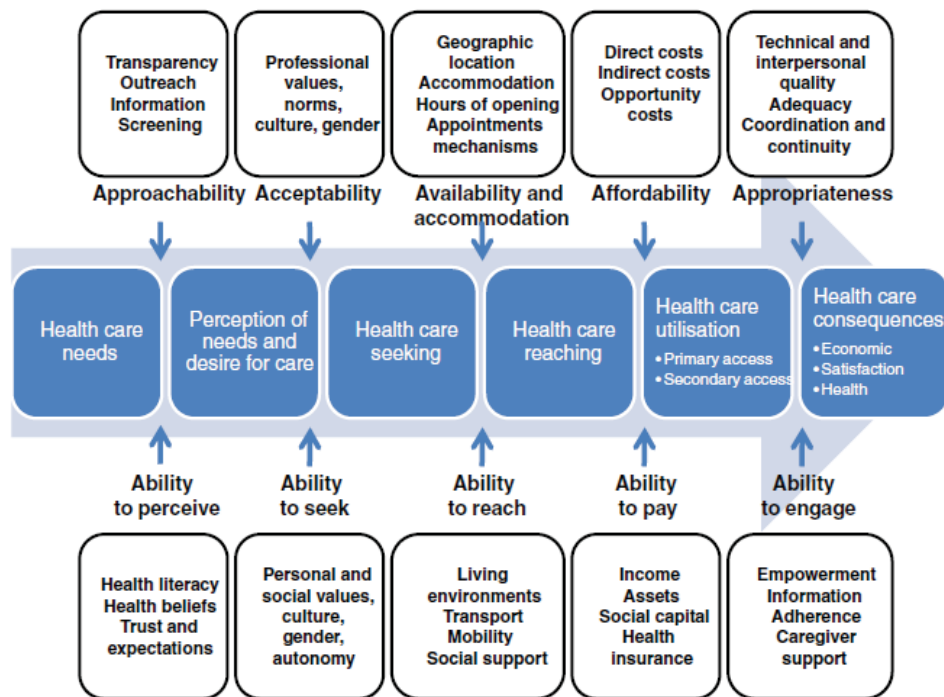


Abbildung 4: Prozessmodell der Versorgung und deren Einflüsse (Levesque et al. 2013).

Im Zentrum des Modells wird der Prozess des Zugangs dargestellt. Der Zugang ist die Schnittstelle zwischen Anbieterseite (Merkmale von Gesundheitssystemen, Organisationen, Einrichtungen) und Nutzerseite (Merkmale von Personen, Haushalten, sozialen Umfeld etc.). Er wird in fünf Bereiche ausdifferenziert und auf dieser Basis als Möglichkeit definiert, dass (i) Personen einen Versorgungsbedarf wahrnehmen, (ii) sie ein Angebot suchen, (iii) dieses Angebot erreichen, (iv) das Angebot erhalten und (v) dass der Versorgungsbedarf gedeckt wird. Entsprechend definieren Levesque et al. (2013) auf Anbieter- und Nutzerseite entsprechende Aspekte der Zugänglichkeit von Angeboten bzw. der persönlichen Kompetenzen oder Fähigkeiten. Sie werden im Folgenden kurz beschrieben.

Die Ebene ‚Approachability‘ oder ‚Ability to perceive‘ (i) bezieht sich auf den Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung. Auf der Anbieterseite spielt die Erreichbarkeit eine zentrale Rolle. Bei den systemseitigen Einflüssen können verschiedene Elemente, wie Bekanntheit, Transparenz oder Information die Zugänglichkeit maßgeblich beeinflussen. Auf der Nutzerseite sind die

Konfrontation und das Erkennen eines Bedarfs grundlegende Faktoren. Dabei spielt Gesundheitskompetenz, -wissen und Einstellungen oder Überzeugungen der Nutzer/innen eine wichtige Rolle.

Die Ebene ‚Acceptability‘ bzw. die ‚Ability to seek‘ (ii) bezieht sich auf kulturelle und soziale Faktoren, welche Einfluss auf die Akzeptanz eines Angebotes haben können. Auf der Anbieterseite sind damit vor allem professionelle Werte und Normen in Bezug auf Kultur oder Geschlecht der Fachkräfte gemeint. Auf der Nutzerseite ist die Fähigkeit wichtig, ein entsprechendes Angebot auszuwählen und sich für eines zu entscheiden, sowie die nötige Autonomie bzw. individuellen Rechte zur Angebotsnutzung. Dieser Umstand spielt besonders bei Kindern eine zentrale Rolle, da normalerweise die Eltern darüber entscheiden. Aus diesen Gründen ist die Sicherstellung des Zugangs verschiedener kultureller, sozioökonomisch benachteiligter und verletzlicher Bevölkerungsgruppen eine Herausforderung.

Die ‚Availability‘ bzw. ‚Ability to reach‘ (iii) bezieht sich auf infrastrukturelle und organisatorische Aspekte. Dabei spielt auf der Anbieterseite beispielsweise die Angebotsdichte und -verteilung in einer Stadt oder Kommune genau so eine wichtige Rolle, wie die Lage oder die angebotenen Termine oder Öffnungszeiten. Eine entsprechende Ungleichverteilung ist eine zentrale Zugangsbarriere. Außerdem sind die Anwesenheit von geschultem Personal oder die Ausgestaltung und Organisation von Angeboten und Maßnahmen zu berücksichtigen. Bei den Nutzenden hat z.B. die persönliche Mobilität bzw. der Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln oder die zeitliche Einschränkung durch mangelnde Flexibilität am Arbeitsplatz einen Einfluss auf den Zugang.

Bei der Ebene ‚Affordability‘ oder ‚Ability to pay‘ (iv) werden die Kapazitäten in Bezug auf zeitliche und finanzielle Ressourcen abgebildet. Systemseitige Kosten können einerseits durch Preise von Maßnahmen entstehen, andererseits durch Ausgaben, die damit in Verbindung stehen, z.B. ein Busticket. Auf der Nutzerseite

sind darüber hinaus Kosten-Nutzen-Abwägungen bzw. Opportunitätskosten zu berücksichtigen. Dies kann als Zugangsbarriere angesehen werden, da ein geringes Einkommen, Verschuldung oder Armut Beispiele für Gründe sind, Angebote und Maßnahmen nicht zu nutzen.

Die letzte Dimension ‚Appropriateness‘ bzw. die ‚Ability to engage‘ (v) ist umstritten, da sie nur teilweise als Bestandteil des Zugangs gesehen werden kann. Levesque et al. (2013) argumentieren, dass hier die Passung zwischen Angebot und Bedarf abgebildet und die Eignung oder Zweckmäßigkeit in Bezug auf die Art und Qualität des Angebots thematisiert werden. Da diese Aspekte wiederum eng mit der Wirksamkeit zusammenhängen, kann dies eine Barriere darstellen.

1.2.3 Ungleichheiten der Inanspruchnahme: Ausgewählte Dimensionen für eine systematische Forschung

Die vorliegende Arbeit setzt den Schwerpunkt auf drei Aspekte des Modells, die im Folgenden beschrieben werden. Zunächst ist es ein wichtiger Schritt auf der Nutzerseite Bedarfe zu erkennen (Levesque et al. 2013). Darüber hinaus ist die Frage der Bezahlbarkeit und Erschwinglichkeit von Angeboten und Maßnahmen ein zentraler Punkt in der Ungleichheitsforschung und wurde auch zu Beginn von Kapitel 1.2.2 benannt. Des Weiteren wurde die Relevanz des Themas Vernetzungen und Kooperationen bereits in Kapitel 1.1.4 beschrieben und wird ferner immer wieder in der Praxis der Gesundheitsförderung bzw. im Bereich Public Health diskutiert.

Partizipative Bedarfsanalyse mit Eltern und Fachkräften

Im Rahmen der gesundheitsbezogenen Bedarfsbestimmungen (‚Health Needs Assessment‘) (Wright et al. 1998; Kreffter et al. 2019) werden die wichtigsten Versorgungsbedürfnisse herausgearbeitet und es wird untersucht, inwiefern diese Bedürfnisse gedeckt werden können. Es gibt verschiedene methodische Herangehensweisen, eine gesundheitsbezogene Bedarfsbestimmung

durchzuführen. Neben der Auswertung verschiedener Informationsquellen, wie epidemiologische Surveys oder Sozialberichterstattung (Porta et al. 2014), etablieren sich immer stärker partizipative Ansätze. In der gemeindebasierten partizipativen Forschung („Community-based participatory research“) (Minkler und Wallerstein 2008) werden verschiedene Akteure, wie Forscher/innen, Mitglieder einer Kommune, z.B. Organisationsvertreter/innen, oder Fachkräfte und Eltern involviert, um Angebote und Maßnahmen zu planen, durchzuführen oder zu evaluieren. Ein Vorteil liegt besonders in der Zusammenführung von wissenschaftlich-methodischem Wissen mit dem Alltags- und Erfahrungswissen der Gemeindemitglieder (Cargo und Mercer 2008). Es gibt bereits einige Studien, welche diese partizipativen Ansätze für die Zielgruppe der Kinder für die Themenbereiche Ernährung, Bewegung sowie Übergewicht und Adipositas nutzen (Berge et al. 2016; Reifsnider et al. 2010; DeBate et al. 2011). Eine Bedarfsbestimmung zu dem breiten Spektrum von Präventionsangeboten und -maßnahmen in der Kommune wurde bislang allerdings nicht durchgeführt. Ebenso wurden in der bisherigen Forschung selten die beschriebene Anbieter- und Nutzerperspektive gemeinsam berücksichtigt.

Die Bedeutung der Kosten kommunaler Prävention

Die Relevanz der Faktoren Kosten und Erschwinglichkeit von Angeboten für die Inanspruchnahme wurde schon im Prozessmodell von Levesque et al. (2013) benannt. Verschiedene Studien stellen Kosten und Zeit als Zugangsbarrieren für kindliche Bewegungsangebote heraus (Somerset und Hoare 2018; Finkelstein et al. 2017). Bei allen bekannten Studien handelt sich um subjektive Einschätzungen der befragten Personen. Neutrale Evaluationen beziehen sich meistens eher auf Kosten für Medizinprodukte, Zuzahlungen, Zusatzversicherungen etc. (Tai et al. 2016). Bislang fehlt in der Literatur eine objektive Analyse des Kostengeschehens aus der Nutzerperspektive für Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune. Darüber hinaus sollte die

Erschwinglichkeit von Angeboten und Maßnahmen unter Berücksichtigung der sozialen Ungleichheit thematisiert bzw. untersucht werden. Das Verhältnis des frei verfügbaren Einkommens zu den entstehenden Kosten ist maßgeblich, denn es ist davon auszugehen, dass die finanzielle Belastung durch Gesundheitsausgaben bei Personen mit niedrigem Einkommen vergleichsweise hoch sind und Kosten-Nutzen-Abwägungen eine wichtige Rolle spielen (Bremer 2014; Levesque et al. 2013).

Kommunale Vernetzung und die Rolle der Ärzte

Die steigende Relevanz von integrierten Gesamtansätzen und Präventionsnetzwerken wurde bereits thematisiert. Es gibt jedoch keine Einigkeit über Konzept und Definition. Deshalb werden kommunale Koalitionen, Netzwerke oder intersektorale Kooperation häufig synonym verwendet, um das Zusammenwirken verschiedener Disziplinen, Professionen und Sektoren, wie z.B. die Bereiche Bildung oder Gesundheit, zur Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung zu beschreiben (Walter et al. 2018). Die Vorteile liegen in der gemeinsamen Arbeit, der Ressourcen-Bündelung und der Ermöglichung von einem größeren Umfang an Leistungen und der Eingrenzung paralleler oder konkurrierender Angebote (Janosky et al. 2013). In Bezug auf das Thema Kindergesundheit zeichnen sich die Programme und Ansätze durch die Kooperation kommunaler Politik- und Verwaltungsebenen und durch die systematische Einbeziehung kommunaler Schlüsselakteure, wie Frühe Hilfen, Familien, Schulen, Sportvereine oder Ärztinnen und Ärzte, aus. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind in der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung wichtige Schlüsselstellen und können, im Rahmen ihrer Berufsrolle, beispielsweise durch organisierte Kooperation oder durch Zielgruppeninformation partizipieren. Darüber hinaus sind Ärztinnen und Ärzte die Anlaufstelle für Beratungen, Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen und genießen großes Vertrauen (Schwartz et al. 2012). Aufgrund ihrer

meist langfristigen Beziehung zu den Patientinnen und Patienten haben sie quasi eine strategische Position für präventive Leistungen (Hulscher et al. 1999). Allerdings liegen kaum Erkenntnisse zur Art und Weise sowie Umfang der Zielgruppeninformation von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vor.

Zusammenfassend zeigt sich anhand der drei beschriebenen Bereiche und Ansätze, dass noch viele Forschungslücken zu der Thematik der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder bestehen.

1.3 Ethikvotum

Für alle Veröffentlichungen liegen Voten der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vor (Studennummer 5664).

1.4 Ziele der Arbeit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, zu untersuchen, ob Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder in der Kommune an der Stelle ankommen, wo sie benötigt werden. Die relevanten förderlichen und hemmenden Faktoren für die Inanspruchnahme von kommunalen Angeboten und Maßnahmen sollen unter besonderer Berücksichtigung sozioökonomisch benachteiligter Familien ermittelt werden. Hierzu werden qualitative und quantitative Ansätze genutzt, um die sowohl die Anbieter- als auch die Nutzerperspektive aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten.

Die vorliegende Arbeit untersucht:

- wie sozioökonomisch benachteiligte Familien zur Teilnahme an kommunalen Präventionsangeboten motiviert werden können,
- welche Rolle Kosten spielen und
- welche Rolle dabei professionelle kommunale Multiplikatoren wie Ärztinnen und Ärzte spielen.

Publikation 1: „Familien mit Bedarf sind Familien, auf die wir zugehen müssen.“
Eine partizipative Bedarfsanalyse zur kommunalen Prävention für Kinder

Für die in der ersten Veröffentlichung beschriebene Analyse wurden zunächst Fachkräfte und Eltern qualitativ zu Teilnahme und Motivation an kommunalen Präventionsangeboten befragt. Im Fokus dieser Untersuchung standen die Exploration des Forschungsfeldes sowie die subjektiven Wahrnehmungen der beiden Gruppen. Die Aspekte Ziele und Motivation der Teilnahme, Evaluation der Angebote, Informationsquellen, Gründe der (Nicht-) Teilnahme, Probleme und Verbesserungsvorschläge fanden dabei eine besondere Berücksichtigung. Die Betrachtung der Daten hat eine Reihe von Anknüpfungspunkten zum bestehenden Bedarf an Angeboten, zur künftigen Bewerbung und Gestaltung des Leistungsspektrums hervorgebracht.

Publikation 2: Ist Bewegung eine Frage des Geldes? Eine Analyse des Kostengeschehens kommunaler Prävention für Kinder aus Nutzerperspektive

Die zweite Publikation baut thematisch darauf auf. Wie bereits beschrieben, sind materielle Ressourcen oder die Erschwinglichkeit ein zentraler Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme von Angeboten oder Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Auch in den Gruppendiskussionen mit den Eltern waren die Kosten ein zentraler Grund der Nichtteilnahme. Die Fachkräfte waren diesbezüglich allerdings zwiespalten und vermuteten diesen Grund als teilweise von den Eltern vorgeschoben. Dies war die Grundlage, weshalb die Erschwinglichkeit von Angeboten genauer untersucht werden sollte. Die Publikation ist eine Kostenevaluation aus Nutzerperspektive, wobei der Frage nachgegangen wird, welche Kosten Eltern erbringen müssen, um Bewegungsangebote für ihre Kinder wahrnehmen zu können. Im zweiten Schritt wurde erneut der Fokus auf die Erschwinglichkeit der Ausgaben für sozio-ökonomisch benachteiligte Familien gelegt.

Publikation 3: Doctors as disseminators? Practicing Physicians as Multipliers for Community-based Prevention Networks in a large city in western Germany

Auf dieser Grundlage entstand auch die dritte Veröffentlichung. Da einerseits die Eltern, in der qualitativen Untersuchung, verschiedene niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Informationsquelle für Präventionsangebote hervorgehoben haben und andererseits die Fachkräfte vor allem eine Ausweitung der Kooperation und Vernetzung thematisierten, sollte die Rolle der Ärztinnen und Ärzte in den kommunalen Gefügen genauer untersucht werden. Dabei wurde der Frage nachgegangen, in welchem Umfang verschiedene niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bei der Verbreitung kommunaler Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder im Alter von 0 bis 7 Jahren und deren Familien involviert sind. Außerdem wurde nach sozial-differentiellen Unterschieden der Familien gefragt. Die Datengrundlage stellt die repräsentativen Befragungsdaten der bereits beschriebenen Zusatzerhebung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung dar.

Diese Dissertation soll den wissenschaftlichen Kenntnisstand zu den verschiedenen Perspektiven der kommunalen Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder bereichern und dazu beitragen, die bestehenden Forschungslücken zu füllen.

2. Datenbasis und Methoden

Die Arbeit entstand im Rahmen der Studie ‚Gesundheit bei Schuleingang – die Bedeutung kommunaler Präventionsketten für vulnerable Kinder‘ (CoLiPre), welche durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde. Neben der CoLiPre-Studie, die in der Arbeitsgruppe Präventionsforschung am Institut für Medizinische Soziologie (Projektleitung durch Dr. Simone Weyers) durchgeführt wurde, wurde in fünf weiteren

Teilvorhaben an verschiedenen Hochschulen, Forschungseinrichtungen und Institutionen im Rahmen des BMBF-Verbundes ‚Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder – wirkungsorientierte Qualitätssicherung und Verbesserung der Zugangschancen vulnerabler Zielgruppen‘ geforscht.

Das übergeordnete Ziel der CoLiPre-Studie war, Hinweise auf die Inanspruchnahme und Wirksamkeit integrierter Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen. Dies wurde am Beispiel der Landeshauptstadt Düsseldorf untersucht. In Düsseldorf besteht ein umfangreiches Netzwerk der Akteure in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention und den unterschiedlichen Lebenswelten. Dabei kooperieren kommunale Ämter und andere Organisationen wie Wohlfahrtsverbände, Beratungsstellen, Freizeiteinrichtungen u.a. (Schwartz et al. 2012).

Im Zentrum der Studie stand die Nutzung von Daten der Schuleingangsuntersuchung und deren Kopplung mit elterlichen Befragungsdaten, um *Nutzung* und gesundheitlichen *Nutzen* kommunaler Präventionsangebote zu bewerten. Die übergeordneten Fragen der Studie waren, ob Prävention dort ankommt, wo sie benötigt wird und ob sie mit einer besseren gesundheitlichen Entwicklung zu Schuleingang verbunden ist. Dieser Studienteil wurde ergänzt mit Diskussionen, wie sozioökonomisch benachteiligte Familien und Fachkräfte die kommunalen Präventionsangebote bewerten. Dabei wurden sowohl mit quantitativen Methoden (Fragebogenerhebung) als auch mit qualitativen (Gruppendiskussionen) gearbeitet.

Die qualitative Erhebung ist die Grundlage für Publikation 1. Es wurden je vier Gruppendiskussionen mit Eltern (n=26) und Fachkräften (n=28) in Kindergärten mit erhöhtem sozialräumlichen Belastungsgrad durchgeführt. Die Teilnehmer/innen wurden durch die entsprechenden Einrichtungen, Fachkräfte und in einem kommunalen Gesundheitsgremium rekrutiert. Die

Gruppendiskussionen wurden mithilfe teilstandardisiertem Interviewleitfaden moderiert und fanden zwischen Juni und Dezember 2017 statt.

Um den zentralen Studienteil der Elternbefragung vorzubereiten, wurde parallel eine Bestandsaufnahme der Präventionsangebote für Kinder bis sechs Jahre in der Kommune durchgeführt. Verschiedene Recherchestrategien, wie z.B. die Abfrage kommunaler Akteure, Internetsuchen, Befragungen von kommunalen Entscheidungsträgern etc. wurden miteinander kombiniert, um ein umfassendes Bild über die kommunalen Angebote für die entsprechende Zielgruppe zu bekommen. Insgesamt konnten 529 Präventionsangebote verschiedener Träger identifiziert werden. Aufgrund dieser hohen Anzahl wurden die Angebote in einem weiteren Schritt in neun Angebotsarten kategorisiert, wie beispielsweise Bewegungs-, Sprach- und Kreativangebote, Elternkompetenzkurse oder Früherkennungsmaßnahmen. Diese Bestandsaufnahme war Grundlage für Publikation 2. Am Beispiel des Präventionsbereiches der Bewegungsangebote wurden alle relevanten Angebote der sechs größten freigemeinnützigen Träger herausgefiltert, um eine Kostenevaluation durchzuführen. Zu den entsprechenden 36 Angeboten wurden im Sommer 2019 über die Recherche im Internet, in Programmheften oder mittels persönlicher Ansprache Daten zu dem Gesamtpreis des jeweiligen Angebots, Anzahl der Kurstage, Häufigkeit des Kurses pro Monat, Ermäßigungen und weitere Charakteristika ermittelt.

Die Bestandsaufnahme mündete in den standardisierten Fragebogen zur Elternbefragung, der Grundlage für Publikation 3 war. Dabei wurden die Eltern der Düsseldorfer Schulneulinge 2017 und 2018 zu Kenntnis, Informationsquellen und Nutzung der neun Angebotsarten kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung von der Geburt bis zum Schuleingang befragt. Die standardisierte schriftliche Befragung wurde, in Kooperation mit dem Gesundheitsamt, an die Schuleingangsuntersuchung gekoppelt. Um Eltern für die Teilnahme zu gewinnen, wurde ein dreistufiges Rekrutierungsverfahren

durchgeführt (Wahl et al. 2018). Die Befragungsdaten zu Präventionsnutzung und Soziodemografie wurden mit den vom Gesundheitsamt erhobenen Daten zu Gesundheit, Entwicklung und Familienstatus verbunden (Weyers et al. 2019). Die Erhebung wurde zwischen Oktober 2016 und August 2018 durchgeführt und mit 6.480 Eltern, die zur Studienteilnahme einwilligten, ergab sich ein Rücklauf von 65,49%. In der Stichprobe sind 3.334 Kinder männlich (51,47%) und das mittlere Alter der Kinder liegt bei 5,9 Jahren (Standardabweichung: 0,27).

Die Analyseverfahren werden in den drei entsprechenden Originalarbeiten detailliert beschrieben.

3. Publierte Originalarbeiten

3.1 „Familien mit Bedarf sind Familien, auf die wir zugehen müssen.“ Eine partizipative Bedarfsanalyse zur kommunalen Prävention für Kinder, Kreffter, K., Wahl, S., Dragano, N., Weyers, S., Prävention und Gesundheitsförderung, 3, 263-271, (2019)

3.2 Ist Bewegung eine Frage des Geldes? Eine Analyse des Kostengeschehens kommunaler Prävention für Kinder aus Nutzerperspektive, Weyers, S., Dintsios, C.-M., Lisak-Wahl, S., Götz, S., Nguyen, T., Kreffter, K., Prävention und Gesundheitsförderung, 10: 117-122, (2020)

3.3 Doctors as disseminators? Practicing Physicians as Multipliers for Community-based Prevention Networks in a large city in western Germany, Kreffter, K., Götz, S., Lisak-Wahl, S., Nguyen, T. H., Dragano, N., Weyers, S., Journal of Public Health, (2021)

4. Diskussion

In dieser Dissertation wurde die kommunale Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Kinder in den Blick genommen. Am Beispiel der Stadt Düsseldorf wurden die förderlichen und hemmenden Faktoren für die Nutzung von Angeboten und Maßnahmen in der Kommune untersucht. Dabei lag der Fokus auf sozioökonomisch benachteiligten Familien.

Dies erfolgte in drei Schritten. Zunächst wurden explorative Gruppendiskussionen zu den subjektiven Wahrnehmungen von Fachkräften und Eltern zur Teilnahme und Motivation an kommunalen Präventionsangeboten durchgeführt. Auf der Grundlage der Forschungslücken und der Ergebnisse aus den Gruppendiskussionen wurde zwei weitere empirische Analysen durchgeführt. Dabei wurde eine Kostenevaluation aus Nutzerperspektive an dem Beispiel von Bewegungsangeboten in Düsseldorf durchgeführt, um herauszufinden, welche Kosten Eltern erbringen müssen, um Bewegungsangebote für ihre Kinder wahrzunehmen. Drittens wurde der Aspekt der kommunalen Vernetzung genauer beleuchtet. Hier wurde mithilfe von multivariaten Analyseverfahren sozialdifferenziell untersucht, in welchem Umfang verschiedene niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bei der Verbreitung kommunaler Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder involviert sind.

Im folgenden Kapitel 4.1 werden noch einmal die wichtigsten Ergebnisse der drei Publikationen zusammengefasst. Daran anknüpfend werden besonders relevante Aspekte differenzierter betrachtet und diskutiert. Anschließend werden in Kapitel 4.2 die zentralen Stärken sowie zu beachtende Einschränkungen der Publikationen herausgearbeitet. Zuletzt folgen die Schlussfolgerungen und der Ausblick in Kapitel 4.3.

4.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Publikation 1: „Familien mit Bedarf sind Familien, auf die wir zugehen müssen.“ Eine partizipative Bedarfsanalyse zur kommunalen Prävention für Kinder.

Das Ziel der ersten Publikation war, die elterliche Wahrnehmung und Nutzung von kommunalen Präventionsangeboten, sowohl aus der subjektiven Sicht als auch aus der Sicht von Fachkräften, zu untersuchen. Bei den Gruppendiskussionen mit Eltern ging es besonders um Erfahrungen mit genutzten Angeboten und Maßnahmen, Gründe der (Nicht-)Teilnahme und Verbesserungsvorschläge, wie Eltern besser motiviert werden können. Als erstes zentrales Ergebnis ist zunächst die Relevanz von Multiplikatoren (wie z.B. Erzieherinnen und Erzieher oder Ärztinnen und Ärzte) als Informationsquelle zu nennen. Des weiteren zeigte sich, dass die kindliche Entwicklungsförderung und die sozialen Kontakte für Kinder und Eltern zentrale Beweggründe sind, kommunale Angebote zu nutzen. Andererseits wurde herausgestellt, dass besonders strukturelle Gründe, wie ungleiche räumliche Verteilung von Angeboten über das Stadtgebiet und Kosten Gründe sind, warum Familien entsprechende Angebote nicht in Anspruch nehmen. Auch ein stressiger Alltag, viele Termine und anderweitige Verpflichtungen verhindern eine Teilnahme. Darüber hinaus wünschen sich die Eltern eine einfachere und bessere Bewerbung von Maßnahmen, mehr, besser verteilte und kostenlose Angebote sowie Ermäßigungen.

Die Fachkräfte berichteten über ihre beruflichen Erfahrungen mit sozioökonomisch benachteiligten Familien. Auch hier waren Einflussfaktoren der Teilnahme ein zentrales Thema, ebenso wie Verbesserungsvorschläge. Als erstes zentrales Ergebnis in Bezug auf die Erreichbarkeit der Eltern ist die persönliche und zielgruppenspezifische Ansprache sowie Kontinuität und Verlässlichkeit auf der Angebotsseite. Des weiteren wurde bei den Gruppendiskussionen mit

Fachkräften herausgearbeitet, dass immer häufiger werdende Sprachbarrieren bei den Eltern eine besondere Herausforderung für die Beziehungsarbeit zu den Familien darstellen. Darüber hinaus wurden Hemmschwellen, wie Schamgefühle und Unsicherheiten, sowie Stress als Gründe der Nichtteilnahme gesehen. Das Thema Kosten wurde diesbezüglich zwiespältig gesehen. Neben den vielen kostenlosen Angeboten, die nicht besucht werden, gibt es viele Angebote, die trotz Ermäßigungen kostenintensiv sind. Zu den Verbesserungsvorschlägen der Fachkräfte zählten vor allem mehr Vernetzung, kommunale Kooperationen und mehr Personal.

Im Folgenden sollen drei relevante Ergebnisse stärker vertieft werden. Zunächst liegt der Fokus auf den Möglichkeiten und Barrieren der Erreichbarkeit von Eltern. Im Anschluss findet eine Auseinandersetzung mit der in den Gruppendiskussionen genannten Thematik der Pflichtteilnahme an Maßnahmen statt. Danach wird das Thema Digitalisierung noch einmal stärker in den Blick genommen.

Möglichkeiten und Grenzen der Erreichbarkeit

In Bezug auf die Erreichbarkeit der Eltern, bzw. wie diese zur Teilnahme an kommunalen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung motiviert werden können, stellten die Fachkräfte heraus, dass eine niedrige Zugangsschwelle und Gehstrukturen, d.h. eine aufsuchende Angebotsstruktur, unerlässlich sind. Aus Sicht der Fachkräfte erreicht man eine solch niedrige Zugangsschwelle vor allem auf der persönlichen Ebene, durch eine direkte Ansprache, indem man auf Personen zugeht, durch die Erarbeitung eines Vertrauensverhältnisses und die intensive Beziehungsarbeit. Diese Punkte verweisen auf die Bedeutung professioneller sozialer Unterstützung in Hinblick auf die Nutzung von kommunalen gesundheitsfördernden Angeboten und Maßnahmen, wobei besonders sozioökonomisch benachteiligte Familien auf diese Form der Unterstützung durch die Fachkräfte angewiesen sind. Dabei ist

zwischen subjektiven und objektiven Aspekten der sozialen Unterstützung zu unterscheiden: Für die Menschen ist wichtig, ob sie sich ausreichend unterstützt fühlen, während die objektiv erhaltene Unterstützung eine untergeordnete Rolle spielt. Dabei kann sich allein das Gefühl positiv auswirken, bei Bedarf Unterstützung zu erhalten (Vonneilich und dem Knesebeck 2018). Studien unterstützen die Relevanz dieser persönlichen Faktoren und den damit, besonders von sozioökonomischen Benachteiligten, verbundenen Wunsch nach einer emotionalen und mentalen Unterstützung auf Basis eines engen Vertrauensverhältnisses (Sörensen et al. 2018a). Darüber hinaus stellen sich eine partizipative Arbeitsweise und die Orientierung an den Wünschen der Eltern und Kinder als wichtige Strategien der Erreichbarkeit dar (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017; Sörensen et al. 2018b). Strukturelle Faktoren wie Programme, die bereits etabliert sind und kontinuierlich mit beständigen Ansprechpartnerinnen und -partnern stattfinden, sowie begleitende Kinderbetreuungsangebote wurden in dem Zusammenhang zwar ebenfalls genannt, jedoch eher nachrangig diskutiert.

Die befragten Fachkräfte hoben in Bezug auf die Barrieren zunächst vor allem strukturelle Faktoren hervor. Sie argumentierten, dass sich jegliche Art von Verpflichtung, in Form von Anmeldungen, festen Gruppenstrukturen oder festen Terminen negativ auf die Inanspruchnahme auswirken. Weitere Barrieren wurden auf der organisatorischen Ebene verortet, wie beispielsweise die Tageszeit, der Ort oder die Kosten. Über die Gruppendiskussionen hinaus finden sich weitere hemmende Faktoren wie die fehlende gender- oder kultursensible Vermittlung, Stigmatisierung und weitere Rahmenbedingungen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017; Sörensen et al. 2018b).

In den Gruppendiskussionen wurden jedoch besonders die persönlichen Barrieren hervorgehoben, da sie kaum mit den oben genannten Strategien

durchbrochen werden können. Durch fehlendes Interesse und Eigenmotivation der Eltern werden die Grenzen der Erreichbarkeit gesteckt.

Diese Diskussion fand in den entsprechenden elterlichen Fokusgruppen kaum Berücksichtigung. Trotzdem argumentierten auch die Eltern, dass die Eigeninitiative unerlässlich ist. Diese basiert auf der persönlichen Motivation, Verbesserungen für das Kind, sich selbst und das Familienleben zu erzielen. Abschließend kann man davon ausgehen, dass die unterschiedlichen Diskussionsebenen Grund für die unterschiedlichen Schwerpunkte und Ansichten sind. Während die Eltern auf Basis ihrer individuellen Ansichten und Erfahrungen diskutierten und Probleme vor allem bei den Angeboten selbst sahen, argumentierten die Fachkräfte eher auf einer strukturellen Ebene. Durch ihre Ausbildung und Erfahrung ist es den Fachkräften möglich, die strukturellen Probleme aufseiten der Eltern, der Angebote und des Systems differenziert zu erfassen.

Verpflichtende Teilnahme an Prävention und Gesundheitsförderung?

In Bezug auf die Verbesserungsvorschläge wurde sowohl von Fachkräften als auch von Eltern eine Pflichtteilnahme an bestimmten Maßnahmen genannt. Die Fachkräfte diskutierten verschiedene Modelle, wie eine Kindergartenpflicht oder die verpflichtende Teilnahme an besonders wichtigen Kursen während der Schwangerschaft oder an einem Pekip-Kurs (Prager-Eltern-Kind-Programm). Aus Sicht der Fachkräfte wäre eine solche Maßnahme nicht besonders beliebt, in vielen Fällen aber das einzig wirksame Mittel. Die Eltern diskutierten ebenfalls über eine Kindergartenpflicht und hielten eine verpflichtende Inanspruchnahme einer Hebamme für sinnvoll.

Solche normativ-regulatorischen Ansätze sind darauf ausgelegt, die präventiven Ziele mithilfe von Gesetzen oder Vorschriften durchzusetzen (Leppin 2014). Die verpflichtende Teilnahme an präventiven oder gesundheitsfördernden

Angeboten und Maßnahmen wäre ein Beispiel dafür. Unabhängig davon, wie wirksam die Verpflichtung einer Inanspruchnahme sein kann, muss man sich an dieser Stelle die rechtliche bzw. ethische Frage stellen, inwieweit dies zu rechtfertigen ist oder vertretbar sein kann. Denn solange sich gesundheitliche Ungleichheiten, die auf der Nicht-Inanspruchnahme von Prävention und Gesundheitsförderung basieren, aus der individuellen Lebensführung ergeben, begründet sich daraus keine Handlungspflicht des Staates (Huster 2017). Der freiheitliche Staat ist gegenüber den unterschiedlichen Lebensformen und -entscheidungen zur Neutralität verpflichtet (ebd.). Bei einer verpflichtenden Teilnahme würde demzufolge ein Dilemma zwischen dem Wert der individuellen Freiheit, oder dem elterlichen Erziehungsrecht, und dem Wert der Gesundheit in Form von (gesetzlichen) Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung entstehen (Hafen 2013). In einer Wertepluralität, die Kennzeichen unserer modernen Gesellschaft ist, existiert keine hierarchische Ordnung oder übergeordnete Instanz, die einen Wert über den anderen stellen kann (Michelsen 2010; Huster 2017). Da ein Gesetz allerdings laut Systemtheorie auf einem bestimmten Wert aufbaut, würde das Dilemma verstärkt. Ohnehin wird die Möglichkeit der Einführung von Gesetzen in dem Zusammenhang mit Zurückhaltung eingesetzt, da eine gesetzliche Verpflichtung eine enorme Steuerungsfunktion bedeuten würde. Diese Funktion kann allerdings nur sichergestellt werden, wenn entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden, die Durchsetzung kontrolliert und bei Zuwiderhandeln sanktioniert wird (Hafen 2013).

Andererseits ist anzumerken, dass die rechtliche Freiheit der individuellen Lebensführung eben zu gesundheitlicher Ungleichheit führen kann, denn letztlich liegt die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme oder auch generelles gesundheitsförderndes Verhalten in der individuellen Eigenverantwortung eines jeden (Schmidt 2010). Da die Menschen faktisch unterschiedliche Fähigkeiten und Interessen haben, ist davon auszugehen, dass sie in einer selbstbestimmten

Lebensführung unterschiedliche Biografien durchlaufen, die sich auch auf die Gesundheit auswirken (Huster 2017). Das Streben nach Gesundheit ist demnach ein schichtgebundener Wert, welcher in den unteren sozialen Schichten weniger bedeutsam ist als in den oberen (Klotter 2010).

Auch wenn gesetzliche Maßnahmen trotz der erwähnten ethischen Dilemmata in manchen Fällen sinnvoll erscheinen könnten, steht die Berücksichtigung von Aktivierung und Beteiligung der Zielgruppen zuvorderst. Entsprechende Strategien und Maßnahmen werden unter dem Begriff ‚Empowerment‘ vereint und sind eng mit der Partizipation verknüpft (Sörensen et al. 2018a). Sie zielen darauf ab, den Menschen Hilfestellungen zur Entdeckung ihrer persönlichen Stärken und Selbstbestimmung zu vermitteln. Dabei stehen die Befähigung und die Autonomie im Fokus und die Selbstverantwortung der Menschen wird ausdrücklich berücksichtigt und geachtet (Herringer 2006). Damit verbunden ist auch die Entwicklung kommunaler Strukturen, beispielsweise für die Durchführung von gesundheitsförderlichen Angeboten und Maßnahmen, um die Fähigkeiten der Menschen weiterzuentwickeln (Sörensen et al. 2018a). Es gibt bisher noch wenig Evidenz zu expliziten Effekten bzw. Outcomes, jedoch verzeichnen verschiedene Studien positive Effekte bei Projekten durch den Einsatz von aktivierenden Strategien zur Beteiligung (Mossakowski et al. 2009; O'Mara-Eves et al. 2015; Bonmatí-Tomas et al. 2019).

Diese Ausführungen zeigen, in welchem Spannungsfeld sich Verhaltens- und Verhältnisprävention bewegen. Maßnahmen können sich sowohl auf Veränderungen von individuellem oder gruppenspezifischen Verhalten, z.B. Kinder und ihre Eltern zu gesunder Ernährung zu motivieren, als auch auf Umformungen der sozialen Umwelt bzw. technischen, ökonomischen oder rechtlichen Umstände beziehen, z.B. Informationsvorträge zu gesunder Ernährung in Kitas veranstalten. Jedoch sind die beiden Präventionsstrategien nicht so trennscharf, wie es zunächst scheint. Verhältnispräventive Maßnahmen

können ebenso eine indirekte Wirkung durch die Erleichterung von gesundheitsförderlichem Verhalten haben (Leppin 2014; Sörensen et al. 2018a). Sinnvoll scheint in jedem Fall die Verknüpfung beider Strategien, um eine Veränderung von Innen und Außen zu bewirken.

Digitalisierung

Zuletzt soll noch ein Verbesserungsvorschlag diskutiert werden, der besonders aus den Gruppendiskussionen mit den Eltern hervorgegangen ist. Diese wünschten sich vor allem eine Verbesserung in der Bewerbung und Verbreitung sowie der Angebote selbst. Es hat sich dabei beispielsweise gezeigt, dass Aushänge und Flyer im Vergleich zu Internetseiten und digitalen Portalen an Relevanz verloren haben. Deshalb scheint es sinnvoll, die Angebotsverbreitung zu digitalisieren.

Den circa 40 Millionen Nutzern in Deutschland, die das Internet als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen heranziehen, stehen mehr als 100.000 Webseiten, Communities und Apps auf der Angebotsseite gegenüber (Knöppler et al. 2016). Die dynamische Entwicklung von Digital-Health-Angeboten findet bislang hauptsächlich auf dem zweiten Gesundheitsmarkt statt; auf dem ersten Gesundheitsmarkt hingegen wurde auf den Trend zurückhaltend reagiert (ebenda). Der Markt für Digital-Health-Anwendungen ist auch aufgrund der geringen Systematisierung für Bürger, Krankenkassen, Leistungserbringer und Unternehmen gleichermaßen intransparent, denn eine standardmäßige Qualitätsprüfung kann nicht gewährleistet werden. Verschiedene Akteure sind deshalb aktiv geworden und haben Ideen entwickelt, um es den Nutzerinnen und Nutzern einfacher zu machen, entsprechende Chancen und Risiken richtig einschätzen zu können. Beispielsweise hat das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin ein Positionspapier mit verschiedenen Qualitätskriterien veröffentlicht, wie Interessenneutralität, Qualitätssiegel oder verständliche Sprache (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. 2016), vgl. hierzu auch

(APS e.V. 2018). Diese Ergebnisse decken sich mit den Aussagen in den Gruppendiskussionen, denn die Eltern wünschen sich nutzerfreundliche Internetauftritte und gebündelte, unabhängig aufbereitete Inhalte. Allerdings konnte bereits mehrfach nachgewiesen werden, dass die gesundheitsbezogene Internetnutzung mit einem höheren Bildungsstand einhergeht. So haben Eickhorst et al. (2016) herausgefunden, dass Angebote, die eine höhere Eigeninitiative erfordern, von niedriggebildeten Personen seltener in Anspruch genommen werden (vgl. auch Zschorlich et al. (2015)). Die Relevanz einer Ausweitung der Digitalisierung von Angeboten und Maßnahmen sowie deren Verbreitung zeigt sich in den Zeiten der Covid-19 Pandemie umso deutlicher. Da die präventiven Aktivitäten in Folge der gesetzlichen Einschränkungen weitgehend eingestellt wurden, konnten beispielsweise Beratungsangebote kaum noch durchgeführt werden; Sportvereine und Schwimmbäder wurden geschlossen. Die Akteure zur Förderung der Kindergesundheit sind bemüht, Alternativen zu suchen oder neue Dinge auszuprobieren, um Kinder und ihre Familien zu erreichen, v.a. diejenigen mit besonderem Förderbedarf. So wurden beispielsweise von Jugendämtern Online-Angebote und telefonische Beratungsangebote der Frühen Hilfen entwickelt (Institut für soziale Arbeit e.V. 2020; Meißner 2021). Es ist davon auszugehen, dass der Ausbau digitaler Angebote in der nächsten Zeit weiter stark vorangetrieben wird.

Publikation 2: Ist Bewegung eine Frage des Geldes? Eine Analyse des Kostengeschehens kommunaler Prävention für Kinder aus Nutzerperspektive.

Wie in der Einleitung beschrieben, hat der Faktor Kosten von präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten und Maßnahmen einen maßgeblichen Einfluss auf die Inanspruchnahme von sozioökonomisch benachteiligten Familien. In den im Rahmen der Studie ‚Gesundheit bei Schuleingang‘ durchgeführten Gruppendiskussionen (siehe Publikation 1) wurden die Kosten jedoch durchaus

zwiespältig betrachtet. Die Eltern sahen in den hohen Kosten einen der wichtigsten Gründe der Nichtteilnahme. Die Fachkräfte beschrieben zwar teilweise hohe Kosten für bestimmte Angebotsarten, diskutierten jedoch auch über die nicht genutzten kostenlosen Maßnahmen und sahen in den Kosten teilweise eher einen Vorwand der Eltern. Dies schien ein weiteres Argument für eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Thematik in Publikation 2 zu sein.

Ziel dieser Publikation war herauszufinden, welche Kosten Eltern für die kommunalen Bewegungsangebote ihrer Kinder erbringen müssen und wie sich die Erschwinglichkeit für sozioökonomisch benachteiligte Familien darstellt. Nachdem der Faktor Kosten in den Gruppendiskussionen subjektiv sehr unterschiedliche Ansichten bei den Befragten hervorbrachte, sollte Publikation 2 die Kosten und Erschwinglichkeit ‚objektiv‘ evaluieren. Anhand von drei Angebotskategorien zur Bewegungsförderung konnte herausgestellt werden, dass es in einer Großstadt wie Düsseldorf ein große Bandbreite von Anbietern und somit auch Preisen gibt. Beispielsweise lag die Preisvarianz für die Teilnahme an Eltern-Kind-Kursen zwischen 4,00 bis 44,00 Euro pro Monat. Darüber hinaus wurde ermittelt, dass in nahezu allen Angeboten Ermäßigungen für sozioökonomisch benachteiligte Familien, wie Alleinerziehende oder ALG II-Beziehende, gewährt werden. In Bezug auf die Erschwinglichkeit wurde exemplarisch am Beispiel einer alleinerziehenden Familie mit einem 3-jährigen Kind gerechnet. Für diese Familie, die in einem Düsseldorfer Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf lebt und ALG II bezieht, wurde das frei zur Verfügung stehende Einkommen von 200,00 Euro pro Monat ausgemacht. Die ermäßigten Preise für die Bewegungsangebote entsprechen zwischen 4,1% und 21,6% dieses Betrags.

Auch in diesem Abschnitt sollen relevante Ergebnisse stärker vertieft werden. Zunächst findet eine Auseinandersetzung mit dem konzeptionellen Ansatz der ‚ökonomischen Prävention‘ statt. Daran anknüpfend werden noch einmal

verschiedene Ansätze stärker in den Blick genommen, die zeigen, welche ökonomischen Anreize sich bei sozioökonomisch benachteiligten Familien bereits als wirksam erwiesen haben. Im Anschluss soll diskutiert werden, inwiefern beispielsweise zielgruppenspezifische Ermäßigungen im Rahmen von Präventionsangeboten der Unterstützung von benachteiligten Gruppen dienen oder zur Stigmatisierung beitragen können.

Ökonomische Anreizsysteme

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt bereits die normativ-regulatorischen Ansätze als Methode zur praktischen Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Ziele diskutiert wurden, liegt an dieser Stelle der Fokus auf den ökonomischen Anreiz- oder Sanktionssystemen. Die Nutzung ökonomischer Anreize als Instrument der Präventionspolitik soll die Bevölkerung aktivieren. Es werden extrinsische Reize eingesetzt, z.B. in Form von Ermäßigungen bzw. Subventionierung, um die Menschen zur Teilnahme an Angeboten und Maßnahmen zu motivieren (Fischer 2013). Ermäßigungen bei Angebotskosten sind ein klassisches Beispiel hierfür (Leppin 2014).

Es stellt sich die Frage, wie sich diese extrinsischen oder ökonomischen Faktoren empirisch auf die Teilnahmebereitschaft bzw. Teilnahme auswirken. Wenn man die übergeordnete Ebene der Prävention und Gesundheitsförderung betrachtet, gibt es bereits deutlich mehr Evidenz zu ökonomischen Anreizen und deren Wirksamkeit. Neben den dargestellten Ermäßigungen gelten auch Geld-, Sach- und Dienstleistungen, Gutscheine oder Bestrafungen als extrinsische Anreize (Bödeker und Bohnhardt 2009). In verschiedenen Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit fallen die Effekte von entsprechenden Anreizen sehr unterschiedlich aus. Während Sutherland et al. (2008) und Kavanagh et al. (2005) zu dem Schluss kommen, dass sich ökonomische Anreize eher positiv auf die Förderung eines gesunden Lebensstil auswirken, fanden andere Studie, z.B. zur Rauchentwöhnungsprogrammen, diesbezüglich keine signifikanten Effekte

(Cahill und Perera 2011). Dabei ist zwischen einer kurz- und langfristigen Wirksamkeit zu unterscheiden. Dauerhafte Effekte können mit ökonomischen Anreizen nicht erzielt werden, da langfristige Verhaltensänderungen nicht nur durch extrinsische, sondern vor allem durch intrinsische Anreize erzielt werden können (Bödeker und Bohnhardt 2009).

In Scoping-Reviews wurde herausgefunden, dass bisher sehr wenige Studien die Auswirkungen wirtschaftlicher bzw. ökonomischer Instrumente zur Förderung der Inanspruchnahme von kommunalen Angeboten untersucht haben, sodass auf dieser Basis bisher keine präventionspolitischen Empfehlungen abgeleitet werden können (Faulkner et al. 2011; Shemilt et al. 2013). Es finden sich jedoch auch hier Hinweise, dass sich Preissenkungen und Ermäßigungen von Angeboten positiv auswirken können. In einer repräsentativen Studie in Großbritannien wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu ihrer körperlichen Aktivität befragt (Anokye et al. 2014). Dabei wurde nachgewiesen, dass sowohl Anfahrtszeiten als auch Kosten mit der Teilnahme an Bewegungsangeboten zusammenhängen, besonders bei Schwimmangeboten und Fitnessstraining. Daraus wird geschlossen, dass positive finanzielle Anreize, z.B. die Subventionierung der Angebotskosten, die Teilnahmewahrscheinlichkeit und -häufigkeit erhöhen könnten. Diese Aussagen beziehen sich allerdings besonders auf diejenigen, die sich bereits körperlich betätigen. In einer experimentellen Studie wurden verschiedene Anreizbedingungen in Bezug auf die Teilnahme an einem Präventionsprogramm für verhaltensauffällige Kinder getestet (Heinrichs 2006). Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Einfluss der Bezahlung auf die Rekrutierung und die Teilnahme. Es wird diskutiert, dass die ‚traditionelle‘ Strategie, die darauf ausgelegt ist mehrere Anreize zu bieten, kostenintensiv und ineffizient ist.

Stigmatisierung sozioökonomischer benachteiligter Gruppen

Aus Publikation 2 ist hervorgegangen, dass nahezu alle untersuchten kommunalen Angebote in Düsseldorf Ermäßigungen für sozioökonomisch benachteiligte Familien anbieten. Grundsätzlich scheint dies eine sinnvolle Maßnahme zu sein, um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen. Andererseits muss man sich die Frage stellen, auf welcher Grundlage diese Ermäßigungen gewährt werden. Es ist davon auszugehen, dass Familien sich einer Art ‚Bedürftigkeitsprüfung‘ unterziehen bzw. Nachweise vorlegen müssen. Dabei entstehen stigmatisierende Effekte, die Schamgefühle nach sich ziehen können. Eine mögliche Folge ist, dass Familien, welche sich die regulären Kosten von Angeboten nicht leisten können, sich dieser ‚Bedürftigkeitsprüfung‘ nicht aussetzen wollen und deshalb Angebote nicht in Anspruch nehmen. Diese Problematik zeigt sich auch bei dem Bildungs- und Teilhabepakets (BuT). Das Ziel, Benachteiligungen für Kinder und Jugendliche auszugleichen, wird nur teilweise erreicht, da komplexe Antragsverfahren und Nachweiserfordernisse eine abschreckende Hürde für Leistungsberechtigte darstellen (Hopfengärtner 2014; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016).

Eine weitere Problematik an Ermäßigungen, Rabatten oder weiteren Zuwendungen für sozioökonomisch benachteiligte Familien oder Personen, ist die Gerechtigkeitsproblematik. In einer Gesellschaft stellt sich die Frage, inwiefern Ressourcen (sozial)gerecht und zielgenau verteilt werden können (Kostorz 2010). Um beispielsweise benachteiligten Bevölkerungsgruppen Ermäßigungen für präventive Angebote zu gewähren, werden meist Abgrenzungen vorgenommen, Zielgruppen definiert und Kriterien wie das Einkommen hinzugezogen. Jedoch herrschen an dieser Berechtigungsgrenze die Gerechtigkeitsprobleme (Hopfengärtner 2014). Bei der Verwendung von lockeren Kriterien wird die Verteilung schwierig, sodass von der entsprechenden Ermäßigung diejenigen erfasst werden, die ein Angebot sowieso nutzen würden. Bei strikten Kriterien

werden die Personen in prekären Lebenslagen bzw. an der Armutgrenze ausgeschlossen. Diese Förderung oder Unterstützung auf Basis von ausgewählten Kriterien kann außerdem entsprechende Merkmale als Stigma festigen und die betroffenen Personen darauf reduzieren (Hopfengärtner 2014).

Publikation 3: Doctors as disseminators? Practicing Physicians as Multipliers for Community-based Prevention Networks in a large city in western Germany

In der dritten Publikation lag der Fokus noch einmal auf der Erreichbarkeit von Familien, jedoch in Hinblick auf die professionellen Multiplikatoren und die entsprechende Vernetzung in der Kommune. Die normativ hergeleitete Relevanz der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung zeigte sich auch empirisch in den im Rahmen der Studie ‚Gesundheit bei Schuleingang‘ durchgeführten Gruppendiskussionen (siehe Publikation 1). Während die Eltern Ärztinnen und Ärzte sowie weitere professionelle Multiplikatoren zwar als wichtige Informationsquelle darstellten, regten sie jedoch bei den Verbesserungsvorschlägen auch an, dass sie sich durch ebendiese Gruppen konkretere Empfehlungen und Hinweise bezüglich bestimmter Angebote und Maßnahmen wünschen. Auf der Seite der Fachkräfte wurde die eingeschränkte Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten sowie die unterschiedlichen Ansichten und Einschätzungen zum Förderbedarf der Kinder diskutiert. Diese genannten, teilweise widersprüchlichen Punkte, sprechen ebenfalls für eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Thematik. Das Ziel der dritten Untersuchung war, die Rolle niedergelassener Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung zu beleuchten. Es sollte untersucht werden, inwiefern Ärztinnen und Ärzte bei der Verbreitung von kommunalen Angeboten und Maßnahmen für Kinder involviert sind und ob sich diesbezüglich Unterschiede in Bezug auf die soziale Lage der Familie zeigen. Im Rahmen der retrospektiven Kohortenstudie ‚Gesundheit bei Schuleingang‘ hat

sich gezeigt, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu anderen Multiplikatoren selten als Informationsquelle für Präventionsangebote genannt werden. Innerhalb dieser Berufsgruppe wurden Kinderärztinnen und -ärzte am häufigsten genannt; Frauenärztinnen und -ärzte sowie Hausärztinnen und -ärzte wurden hingegen selten genannt. Dabei wurde vergleichsweise häufig über medizinische Angebote, beispielsweise zur Früherkennung im Kindergarten, aber auch über nicht-medizinische Angebote zur Beratung oder Förderung der Elternkompetenz informiert. Bei der Unterscheidung nach Präventionsbedarf hat sich ferner gezeigt, dass Eltern mit niedriger Bildung und Migrationshintergrund seltener über Beratungsangebote und Elternkompetenzkurse informiert werden.

Auch hier sollen relevante Ergebnisse noch einmal diskutiert werden. Zunächst findet eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der ärztlichen Multiplikatorenrolle und Vernetzung in der Kommune statt. Daran anknüpfend stellt sich die Frage, welche Informationsquellen und Multiplikatoren für die befragten Eltern die wichtigere Rolle spielen.

Möglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte in der Prävention und Gesundheitsförderung

Wie sich gezeigt hat, spielt die ärztliche Empfehlung in der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung eine eher untergeordnete Rolle. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch eine Evaluation des Modellprojektes ‚Pro Kind‘ (Brand und Jungmann 2010). Der Einsatz von Medizinerinnen und Medizinern aus verschiedenen Fachrichtungen, Hebammen, Beraterinnen und Beratern in Jugendämtern sowie weiteren Beratungseinrichtungen als Multiplikatoren stellt sich als sehr ambivalent dar. Obwohl die Weiterempfehlungsrate bei Jobcentern und Jugendämtern relativ hoch ist, konnten Hebammen oder verschiedene Medizinerinnen bzw. Mediziner nur wenige Teilnehmer/innen vermitteln. Bei den Präventionsketten wird auf die Problematik der fehlenden Zeit für Vernetzung bei

Ärztinnen und Ärzten hingewiesen, welche als Grundlage der Funktion des Multiplikators zu verstehen ist (Richter-Kornweitz 2016).

Das Modellprojekt ‚Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarbeitpraxis‘ hatte die Verbesserung der Vernetzung von Arztpraxen mit der Jugendhilfe zum Ziel (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. 2020). Hierzu wurden Jugendhilfesprechstunden in den Arztpraxen etabliert, bei dem problembelastete Familien beraten und in passende Angebote weitergeleitet werden sollten. Die Projektevaluation zeigt einen erfolgsversprechenden Ansatz mit Verbesserungspotential: Die Vernetzung konnte vorangetrieben werden und es konnte ein verbesserter Zugang zu den entsprechenden Familien hergestellt werden. Jedoch ist die Partizipation der Kinder und Jugendlichen und das vorangestellte Screening ausbaufähig.

Trotz der ambivalenten Studienergebnisse haben Ärztinnen und Ärzte in der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung eine wichtige Funktion. Denn es finden sich Beispiele, dass zumindest theoretisch der ärztlichen Berufsrolle verschiedene Möglichkeiten der Vernetzung zur Verfügung stehen. In Nordrhein-Westfalen finden beispielsweise verpflichtend für alle Kommunen Gesundheitskonferenzen statt (Klier und Koch 2015). Eine weitere Möglichkeit, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte besser in die kommunale Prävention einzubinden, ist die Verbreitung der ‚grünen Rezepte‘ bzw. in der Neuauflage die ‚Rezepte für Bewegung‘ (Loss et al. 2018; Löllgen et al. 2013). Auf diese Weise soll die ärztliche Beratung zur körperlichen Aktivität vereinfacht und verbindlicher werden (Loss et al. 2018). Ärztinnen und Ärzte empfehlen ein Bewegungsangebot bzw. Training mit verschiedenen Schwerpunkten. Die Patientinnen und Patienten können dann ein entsprechendes Angebot in Anspruch nehmen, welches mit dem Qualitätssiegel ‚Sport pro Gesundheit‘ ausgezeichnet ist (Löllgen et al. 2013). In verschiedenen Studien konnten jedoch bereits unterschiedliche Schwierigkeiten an dem Konzept ausgemacht werden. Zunächst ist die Ausstellung des Rezeptes

eine freiwillige Leistung und für die Ärztinnen und Ärzte nicht abrechnungsfähig (Loss et al. 2018). Weitere Probleme liegen in dem geringen Bekanntheitsgrad und in der niedrigen Anzahl an ausgezeichneten Angeboten (Curbach et al. 2018).

Weitere relevante Multiplikatoren und Informationsquellen für Familien

Nach dieser Fokussierung auf die Ärztinnen und Ärzte in der Rolle als Multiplikatoren von kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung sollen nun andere Multiplikatoren und Informationsquellen in den Blick genommen werden. Wie bereits beschrieben, bieten die Ärztinnen und Ärzte zwar diesbezüglich großes Potential. Jedoch zeigten O'Mara-Eves et al. (2015) in einer Metaanalyse, dass kommunale Maßnahmen für sozioökonomisch Benachteiligte wirksamer sind, wenn soziale Dienste oder Fachkräfte wie Erzieherinnen und Erzieher zur Inanspruchnahme motivieren, als wenn Ärztinnen und Ärzte dies tun. Dabei kommen sie zu dem Schluss, dass sich nicht alle kommunalen Akteure als Multiplikatoren bewähren. Aus den Analysen in Publikation 3 geht hervor, dass bei nahezu allen Angebotsarten die medizinischen und sozialen Dienste, wie Erzieherinnen und Erzieher oder Hebammen, sowie private Netzwerke oder Medien für Eltern wichtigere Informationsquellen darstellen als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Im folgenden soll diskutiert werden, warum die Relevanz dieser drei Multiplikatoren bzw. Informationsquellen problematisch sein kann. Zunächst sind Ärztinnen und Ärzte die erste Anlaufstelle für alle Familien und haben somit eine zentrale Stellung (Iacobucci 2018). Wie aus der Diskussion von Publikation 1 hervorgegangen ist, gibt es keine verpflichtende Inanspruchnahme von Hebammen oder Kindergärten, sodass nicht alle Kinder und ihre Familien Kontakt zu entsprechenden Multiplikatoren haben. Auch wenn die Nutzung in Deutschland relativ hoch ist, lassen sich sozialstrukturelle Unterschiede nachweisen, sodass besonders Kinder aus niedrig gebildeten Familien oder Familien mit Migrationshintergrund seltener extern betreut werden (Kreyenfeld und Krapf 2010). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sich Ungleichheiten weiter

verschärfen, wenn bereits der Zugang zu Multiplikatoren in Sinne einer Informationsquelle durch sozialstrukturelle Unterschiede geprägt ist.

Zweitens wurde auf private oder soziale Netzwerke als Informationsquelle für präventive und gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen hingewiesen. In der soziologischen Netzwerkforschung gibt es hinreichende Erkenntnisse zu der Abhängigkeit sozialer Netzwerke und persönlicher Beziehungen von sozialstrukturellen Merkmalen wie zum Beispiel Bildung (Mewes 2010). Darüber hinaus ist in dem Zusammenhang die Netzwerkgröße und -dichte von Interesse. Je niedriger der soziale Status einer Person ist, desto kleiner und lockerer ist das Netzwerk, in dem sie sich befindet und agiert (Mewes 2010). Deshalb ist davon auszugehen, dass sozioökonomisch Benachteiligte eine geringere Chance haben, auf Netzwerke als Informationsquelle zugreifen zu können. Außerdem ist anzunehmen, dass man in lockeren Gefügen, Ratschläge oder Informationen weniger annimmt, als in engen persönlichen Beziehungen.

Drittens spielen Medien eine wichtige Rolle als Informationsquelle für kommunale Angebote. Die Diskussion um den Digital-Health-Sektor wurde bereits in Bezug auf Publikation 1 hinreichend geführt. An dieser Stelle soll aber noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die selbstständige Recherche eine hohe Eigeninitiative erfordert. Entsprechende Angebote, für die beispielsweise nur über das Internet Werbung gemacht wird, werden infolgedessen von niedriggebildeten Personen seltener in Anspruch genommen (Eickhorst et al. 2016).

Diese Ausführungen verweisen einerseits auf eine Stärkung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der kommunalen Prävention, andererseits auf die Nutzung anderer Konstrukte, an denen entsprechende Akteure in der Rolle als Multiplikatoren fungieren, wie beispielsweise der Einsatz von Personen aus der Zielgruppe (Peer-Ansatz). Ein Beispiel hierfür ist das Konzept der Stadtteilmütter. Hierbei sollen vor allem Frauen aus benachteiligten Stadtteilen durch

Empowerment die Lebenschancen ihrer Kinder verbessern (Stolzenberg et al. 2013). Die Frauen mit gleichen kulturellen und sozialen Hintergründen werden zu Themen wie Erziehung und Gesundheit geschult, um dieses Wissen an Familien weiterzugeben. Neben der Wissens- und Kompetenzvermittlung sollen die Stadtteilmütter auch als Multiplikatoren für weitere Maßnahmen fungieren.

4.2 Stärken und Einschränkungen

Die drei publizierten Originalarbeiten basieren auf der Studie ‚Gesundheit bei Schuleingang‘, welche aus verschiedenen Gründen eine ideale Ausgangslage bietet: Zunächst wird die Schuleingangsuntersuchung für alle Vorschulkinder verpflichtend durchgeführt und bezieht somit auch ‚schwer erreichbare‘ Familien ein (Wahl et al. 2018). Damit können verschiedene Aspekte der Inanspruchnahme kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung an einer repräsentativen Stichprobe sozialdifferentiell betrachtet werden. Als so genannte ‚Healthy City‘ bekennt sich Düsseldorf zu den gesundheitlichen Definitionen und den gesundheitsförderlichen Zielsetzungen der WHO und verfügt über eine entsprechende Angebotsstruktur, die in die Studie ‚Gesundheit bei Schuleingang‘ einbezogen werden konnte (Koordination Gesunde Stadt Düsseldorf 2020).

Zu den Stärken dieser Dissertation zählt, dass sie in verschiedenen Punkten zum Forschungsstand beiträgt. Zuerst wurde auf Basis der Ergebnisse der Gruppendiskussionen erstmals eine partizipative Bedarfsanalyse zur Angebotslandschaft der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt. Eine besondere Stärke liegt darin, dass nicht nur zwei unterschiedliche Perspektiven (Eltern und Fachkräfte) berücksichtigt wurden, sondern diese auch gegenübergestellt wurden. Daraus ergeben sich einerseits ein breites Themenspektrum bezüglich der Inanspruchnahme, andererseits zeigen sich Parallelen wie auch Unterschiede in der Wahrnehmung beider Gruppen. Zweitens wurde eine Kostenevaluation methodisch neu interpretiert. Erstmals

wurde eine objektive Kostenbewertung anhand konkreter Beispiele von Angeboten zur kommunalen Bewegungsförderung für Kinder vorgenommen. Die dritte Publikation zeichnet sich durch die differenzierte Auseinandersetzung mit der Rolle der ärztlichen Berufsgruppe in kommunalen Netzwerken aus.

Insgesamt beleuchtet diese Dissertation das Forschungsthema mit aufeinander aufbauenden und abgestimmten Publikationen mit sehr unterschiedlichen methodischen Designs zu einer bisher nicht ausreichend erforschten, aber immer wichtiger werdenden Thematik.

Die zentrale Einschränkung in Publikation 1 ist die Zusammensetzung der Stichprobe. In den Gruppendiskussionen der Eltern waren sozioökonomisch Benachteiligte unterrepräsentiert. Anhand der Kriterien Migrationshintergrund, Inanspruchnahme staatlicher Unterstützungsleistungen und alleinerziehende Elternschaft konnte nur eine der vier Diskussionen durchgeführt werden, auch wenn sich bei einem Abgleich nahezu dieselben Ergebnisse ergeben haben. Um in Publikation 2 eine detaillierte Kostenevaluation durchführen zu können, wurden konkrete Beispiele ausgewählt. Dabei konnten zum einen nur freigemeinnützige Träger von Angeboten berücksichtigt werden. Zum anderen existieren zur Berechnung der Erschwinglichkeit verschiedene Herangehensweisen, wobei an dieser Stelle die Vorgaben des National-Quality-Forums als Grundlage dienten (National Quality Forum 2014). In Publikation 3 ist das retrospektive Studiendesign als zentrale Einschränkung zu werten, bei dem die Eltern zu Ereignissen in der Vergangenheit befragt wurden. Hierbei sind Erinnerungsfehler in Hinblick auf Angebotsarten und Informationsquellen nicht auszuschließen.

4.3 Schlussfolgerungen

Die Dissertation zeigt auf, dass die neuen Morbiditäten in der Kindergesundheit einen sozialen Gradienten aufweisen und die Prävention und

Gesundheitsförderung vor besonderen Herausforderungen stehen. In den Kommunen werden deshalb verschiedene Anstrengungen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit getätigt, wobei Präventionsnetzwerke der verschiedenen gesundheitsrelevanten Akteure gesundheitspolitisch besondere Beachtung erfahren.

Um sich der Präventionsforschung im Kontext sozialer Ungleichheit systematisch zu nähern und Aspekte auf Anbieter- und Nutzerseite zu beleuchten, wurden in der Dissertation drei Aspekte besonders fokussiert: Die vermeintlichen und tatsächlichen Bedarfe von vulnerablen Familien, die Kosten für ausgewählte Angebote sowie die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von Präventionsnetzwerken.

Auf Basis der Ergebnisse wurden in dieser Arbeit drei zentrale Möglichkeiten herausgearbeitet, um die Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen von sozioökonomisch benachteiligten Familien zu steigern. Zunächst ist die Digitalisierung zu nennen, deren Entwicklung besonders in der aktuellen Lage einen starken Aufschwung erfährt. Technik- oder internetbasierte Angebote sowie die digitale Verbreitung von Angeboten und Maßnahmen in der Kommune stellen einen vielversprechenden Ansatz dar. Auch der Einfluss von ökonomischen Anreizen auf die Inanspruchnahme konnte aufgezeigt werden. Verschiedene Formen von Subventionierungen oder Ermäßigungen könnten eine sinnvolle Möglichkeit bieten, entstehende Kosten für die Inanspruchnahme zu senken. Um einer Stigmatisierung und Diskriminierung von Zielgruppen zu entgehen, wäre eine Möglichkeit, Angebote in Einrichtungen, die entsprechend hohe Anteile sozioökonomisch benachteiligter Familien betreuen, generell kostenfrei oder stark ermäßigt vorzuhalten, ohne Nachweiserfordernisse und unabhängig vom Engagement oder der finanziellen Lage der Eltern. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Einsatz und die Stärkung von Multiplikatoren, sowohl professioneller Art, wie

die Ärztinnen und Ärzte, als auch über Peer-Ansätze. Dabei absolvieren Personen aus der Zielgruppe zunächst selbst ein Training oder eine Schulung, um die erlernten Inhalte im Anschluss an die Zielgruppe heranzutragen oder weiterzuvermitteln.

Diese und andere präventive Maßnahmen befinden sich jedoch immer in Spannungsfeldern, beispielsweise zwischen intrinsischen und extrinsischen Anreizen oder individuell-educativen und politisch-strukturellen Ansätzen. Auf Basis der theoretischen Ausführungen und empirischen Befunde dieser Dissertation, zeigt sich die Vielfalt der inneren und äußeren Faktoren, bei denen sozialsensiblen Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder ansetzen können. Dabei erscheinen isolierte Strategien weniger vielversprechend als integrierte, um Veränderungen sowohl bei dem individuellen Verhalten, als auch bei den allgemeinen Verhältnissen zu bewirken. So hat die vorliegende Arbeit beispielsweise gezeigt, dass sowohl die persönlichen Bedürfnisse als auch die äußere Kostenstruktur relevant sind. Daraus entwickeln sich jedoch ethische Problemlagen: Zunächst stellt sich die Frage, inwiefern die individuelle Autonomie und das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung eingeschränkt werden können, um präventive Ziele zu erreichen. Außerdem beruht Gesundheit sowohl auf der individuellen Eigenverantwortung als auch auf äußeren, teilweise nur schwer zu beeinflussenden Faktoren. Diese Dilemmata werden in der aktuellen Lage während der Covid-19-Pandemie besonders offenkundig.

Das Modell von Levesque et al. (2013) zeigt weitere Interventionsbereiche auf, die Gegenstand künftiger Forschung sein können. Auf der Anbieterseite ist zunächst die Dimension ‚Akzeptanz‘ zu nennen, welche sich auf professionelle Werte und Normen in Bezug auf Kultur, Geschlecht und weitere soziale Faktoren bezieht. Der Anspruch der verschiedenen Professionen in Bezug auf Geschlechter- und Kultursensibilität ist noch ausbaufähig (Cremers et al. 2012). Von besonderem Interesse ist jedoch die Nutzerseite in Bezug auf den subjektiven Bedarf mit den

Kompetenzen zur Bedarfserkennung und zur Auswahl entsprechender Angebote. Dies ist besonders wichtig, weil der subjektive Bedarf der erste Schritt und somit eine Voraussetzung für den Zugang ist. Diesen Bedarf wahrzunehmen und zu erkennen ist bei Prävention und Gesundheitsförderung schwieriger als in der primären medizinischen Versorgung. Zunächst geht es darum, dass Multiplikatoren vermitteln, jedoch brauchen die Bürger/innen dafür das Bewusstsein und die Gesundheitskompetenz. Dazu zählen die Fähigkeiten, sich bei dem Thema Gesundheit auf den aktuellen Stand zu bringen, Gesundheitsinformationen zu beschaffen, zu verstehen, zu interpretieren und sich eine eigene Meinung zu bilden (Sørensen et al. 2012). Da diese zwischen den sozialen Schichten unterschiedlich ausgeprägt sind, bleibt festzuhalten, dass die Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen stärker ausgebaut werden muss (Zok 2014).

Abschließend kann auf Basis dieser Dissertation geschlossen werden, dass in Bezug auf soziale Ungleichheiten bei Kindern noch viel Handlungsbedarf herrscht und das Präventionsdilemma bisher nicht gänzlich überwunden werden kann. Die Inanspruchnahme von kommunalen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung betreffend, konnten viele relevante Einflussfaktoren auf Anbieter- und Nutzerseite identifiziert und untersucht werden. Künftig ist der Ausbau weiterer komplexer Strategien sowie viel Forschung nötig, die sich den verschiedenen Bereichen annehmen.

Literaturverzeichnis

Annuß, Rolf; Borrmann, Brigitte; Kuttner, Susanne; Mensing, Monika; Rosenkötter, Nicole; Simon, Klaus et al. (2016): Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Referat "Politische Planung, Reden". Düsseldorf.

Anokye, Nana Kwame; Pokhrel, Subhash; Fox-Rushby, Julia (2014): Economic analysis of participation in physical activity in England: implications for health policy. In: *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 11, S. 117. DOI: 10.1186/s12966-014-0117-9.

AOK-Bundesverband (2018): AOK-Familienstudie 2018. Studienzusammenfassung. Online verfügbar unter https://www.aok.de/pk/fileadmin/user_upload/Universell/05-Content-PDF/aok-familienstudie-2018.pdf.

APS e.V. (2018): Digitalisierung und Patientensicherheit. Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps 2018. Online verfügbar unter https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/05/2020_APS-Checkliste-Gesundheits-Apps.pdf.

Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H. (2005): Wer profitiert von Elternbildung? In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 2005 (25), S. 263–280.

Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H. (2006): Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser und Oliver Razum (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 4., vollständig überarbeitete Auflage 2006. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 781–819.

Beckmann, Katharina; Glemser, Axel; Heckel, Christiane; von der Heyde, Christian; Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H. P.; Hanefeld, Ute et al. (2016): Demographische Standards. Eine gemeinsame Empfehlung des ADM, Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V. (ASI) und des Statistischen Bundesamtes. 6. Aufl. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEMonografie_mods_00003695.

Berge, Jerica M.; Jin, Seok Won; Hanson, Carrie; Doty, Jennifer; Jagaraj, Kimberly; Braaten, Kent; Doherty, William J. (2016): Play it forward! A community-based participatory research approach to childhood obesity prevention. In: *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare* 34 (1), S. 15–30. DOI: 10.1037/fsh0000116.

Bödeker, Wolfgang; Bohnhardt, Martina (2009): Anreize in der Prävention und Gesundheitsförderung – Inwieweit lässt sich Gesundheitsverhalten durch Incentives steuern? In: *Arbeit* 18 (4), S. 143. DOI: 10.1515/arbeit-2009-0411.

Bonmatí-Tomas, A.; Malagón-Aguilera, M. C.; Gelabert-Vilella, S.; Bosch-Farré, C.; Vaandrager, L.; García-Gil, M. M.; Juvinyà-Canal, D. (2019): Salutogenic health promotion program for migrant women at risk of social exclusion. In: *International journal for equity in health* 18 (1), S. 139. DOI: 10.1186/s12939-019-1032-0.

Brand, Tilman; Jungmann, Tanja (2010): Zugang zu sozial benachteiligten Familien. Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojekts „ProKind“. In: *Präv Gesundheitsf* 5 (2), S. 109–114. DOI: 10.1007/s11553-009-0197-6.

Bredahl, Renate (2021): Perspektive des Sachgebietes Kinder- und Jugendgesundheit. 2. Symposium Kinderschutz: Kinder und Jugendliche in der Pandemie. Universitätsklinikum Düsseldorf. Düsseldorf, 24.03.2021.

Bremer, Patrick (2014): Forgone care and financial burdens due to out-of-pocket payments within the German health care system. In: *Health economics review* 4 (1), S. 36. DOI: 10.1186/s13561-014-0036-0.

Brophy, Sinead; Cooksey, Roxanne; Lyons, Ronan A.; Thomas, Non E.; Rodgers, Sarah E.; Gravenor, Michael B. (2011): Parental factors associated with walking to school and participation in organised activities at age 5. Analysis of the Millennium Cohort Study. In: *BMC public health* 11, S. 14. DOI: 10.1186/1471-2458-11-14.

Brümmer, Felix; Fittkau, Jacob; Koenemund, Inken; Riviere, Miguel; Sauerland, Sonja; Weiger, Wiebke (2018): Evaluation des Modellprojekts "Kommunale Präventionsketten" (ehemals "kein Kind zurücklassen"). Abschlussbericht. Hg. v. Ramboll Management Consulting GmbH. Im Auftrag des Ministeriums für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen.

Bruns-Philipps, Elke; Hesse-Jungesblut, Katharina; Jahn, Nicola; Schickanz, Christel; Zühlke, Christel (2018): Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2017. Gesundheitsberichterstattung für Niedersachsen. Hg. v. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2016): Evaluation der bundesweiten Inanspruchnahme und Umsetzung der Leistungen für Bildung und Teilhabe. Schlussbericht. Online verfügbar unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/evaluation-des-bildungspaketes-langbericht.pdf;jsessionid=4D810FF7289ED8471E5655DD40743030.delivery2-replication?__blob=publicationFile&v=1.

Cahill, Kate; Perera, Rafael (2011): Competitions and incentives for smoking cessation. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (4), CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub4.

- Cargo, Margaret; Mercer, Shawna L. (2008): The Value and Challenges of Participatory Research. Strengthening Its Practice. In: *Annual review of public health* 29 (1), S. 325–350. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824.
- Commission on Social Determinants of Health (2008): Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. Online verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10257226>.
- Cremers, Michael; Höyng, Stephan; Krabel, Jens; Rohrmann, Tim (Hg.) (2012): Männer in Kitas: Verlag Barbara Budrich.
- Curbach, Janina; Apfelbacher, Christian; Knoll, Angelina; Herrmann, Sandra; Szagun, Bertram; Loss, Julika (2018): Physicians' perspectives on implementing the prevention scheme "Physical Activity on Prescription": Results of a survey in Bavaria. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 131-132, S. 66–72. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.02.001.
- Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Hg. v. Institute for Futures Studies. Stockholm.
- Daseking, M.; Petermann, F.; Roske, D.; Trost-Brinkhues, G.; Simon, K.; Oldenhage, M. (2009): Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPESS. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 71 (10), S. 648–655. DOI: 10.1055/s-0029-1239511.
- DeBate, Rita D.; Koby, Emily J.; Looney, Tamara E.; Trainor, John K.; Zwald, Marissa L.; Bryant, Carol A.; McDermott, Robert J. (2011): Utility of the Physical Activity Resource Assessment for Child-centric Physical Activity Intervention

Planning in Two Urban Neighborhoods. In: *Journal of Community Health* 36 (1), S. 132–140. DOI: 10.1007/s10900-010-9290-1.

dem Knesebeck, Olaf von (2018): Sozialer Gradient. In: Pschyrembel Online: Walter de Gruyter GmbH (Pschyrembel online). Online verfügbar unter <https://www.pschyrembel.de/Sozialer%20Gradient/S012N>.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2019): 14. DGE-Ernährungsbericht. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/dgeeb/14-dge-eb/14-DGE-EB-Vorveroeffentlichung-Kapitel2.pdf>.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2020): Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. Online verfügbar unter <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fm/10-Regeln-der-DGE.pdf>.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (Hg.) (2020): Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis. Abschlussbericht des NRW-Modellprojekts der DGKJ. Online verfügbar unter https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/Meldungen_2020/DGKJ_Abschlussbericht_NRW_Modellprojekt.pdf.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (2016): Gute Praxis Gesundheitsinformation. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V.

Disse, Sigrid; Zimmer, Klaus-Peter (2014): Obesity in children- a chronic disease? In: *Deutsches Arzteblatt international* 111 (48), S. 816–817. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0816.

Dollman, James; Lewis, Nicole R. (2010): The impact of socioeconomic position on sport participation among South Australian youth. In: *Journal of science and medicine in sport* 13 (3), S. 318–322. DOI: 10.1016/j.jsams.2009.04.007.

Dragano, Nico; Lampert, Thomas; Siegrist, Johannes (2010): Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf aus? In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hg.): Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut, S. 11–50.

Eickhorst, Andreas; Schreier, Andrea; Brand, Christian; Lang, Katrin; Liel, Christoph; Renner, Ilona et al. (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (10), S. 1271–1280. DOI: 10.1007/s00103-016-2422-8.

Ellsäßer, Gabriele; Friedrich, Christian; Müller-Senftleben, Bernd; Köhn, Uta; Rojas, Gudrun; Schünemann, Martina; Lüdecke, Karin (2017): Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Brandenburg. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Brandenburg (In puncto Gesundheitsschutz, Ausgabe 05/2017). Online verfügbar unter https://gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Broschur_INPUNCTO-2017.pdf.

Faulkner, Guy E. J.; Grootendorst, Paul; van Nguyen, Hai; Andreyeva, Tatiana; Arbour-Nicitopoulos, Kelly; Auld, M. Christopher et al. (2011): Economic instruments for obesity prevention: results of a scoping review and modified Delphi survey. In: *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 8, S. 109. DOI: 10.1186/1479-5868-8-109.

Finkelstein, Daniel M.; Petersen, Dana M.; Schottenfeld, Lisa S. (2017): Promoting Children's Physical Activity in Low-Income Communities in Colorado: What Are the Barriers and Opportunities? In: *Preventing chronic disease* 14, E134. DOI: 10.5888/pcd14.170111.

- Fischer, Florian (2013): Ökonomische Anreize als Instrumente der Präventionspolitik. In: *Präv Gesundheitsf* 8 (2), S. 112–116. DOI: 10.1007/s11553-012-0363-0.
- Franzkowiak, Peter (2015): Prävention und Krankheitsprävention. Online verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/>, zuletzt geprüft am 23.10.2018.
- Gathron, Erika (2019): Vulnerability in Health Care: A Concept Analysis. In: *Creative nursing* 25 (4), S. 284–291. DOI: 10.1891/1078-4535.25.4.284.
- Geene, Raimund; Gerhardus, Ansgar; Grossmann, Beate; Kuhn, Joseph; Kurth, Bärbel M.; Moebus, Susanne et al. (2019): Health in All Policies - Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. ausgearbeitet in einer AG des Zukunftsforums Public Health. Hg. v. Zukunftsforum Public Health. Online verfügbar unter <https://zukunftsforum-public-health.de/download/health-in-all-policies-entwicklungen-schwerpunkte-und-umsetzungsstrategien-fuer-deutschland/?wpdmdl=2770&refresh=5f2bd998c9b431596709272>.
- Gerlinger, Thomas (2018): Präventionsgesetz. Online verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionsgesetz/>.
- Hafen, Martin (2013): Ethik in Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Präv Gesundheitsf* 8 (4), S. 284–288. DOI: 10.1007/s11553-013-0407-0.
- Hardy, Louise L.; O'Hara, Blythe J.; Rogers, Kris; St George, Alexis; Bauman, Adrian (2014): Contribution of organized and nonorganized activity to children's motor skills and fitness. In: *The Journal of school health* 84 (11), S. 690–696. DOI: 10.1111/josh.12202.

- Haynes, Robin; Reading, Richard; Gale, Susan (2003): Household and neighbourhood risks for injury to 5–14 year old children. In: *Social Science & Medicine* 57 (4), S. 625–636. DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00446-x.
- Heinrichs, Nina (2006): The effects of two different incentives on recruitment rates of families into a prevention program. In: *The journal of primary prevention* 27 (4), S. 345–365. DOI: 10.1007/s10935-006-0038-8.
- Herringer, Norbert (2006): Stichwort Empowerment. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. 6. Auflage. Berlin.
- Hölling, H.; Schlack, R.; Petermann, F.; Ravens-Sieberer, U.; Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 807–819. DOI: 10.1007/s00103-014-1979-3.
- Hopfengärtner, Georg (Hg.) (2014): *Kinderarmut in der Erwerbsgesellschaft. Armutsprävention in Wissenschaft, Politik und Praxis*. Nürnberg: emwe-Verl.
- Hulscher, M. E.; Wensing, M.; Grol, R. P.; van der Weijden, T.; van Weel, C. (1999): Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care. In: *American journal of public health* 89 (5), S. 737–746. DOI: 10.2105/AJPH.89.5.737.
- Huster, Stefan (2017): Gesundheitsförderung durch Wirtschaftsregulierung? Juristische und ethische Aspekte. In: Heiner Fangerau, Sebastian Kessler und Urban Wiesing (Hg.): *Präventionsentscheidungen. Zur Geschichte und Ethik der Gesundheitsvorsorge im 21. Jahrhundert*. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog (Medizin und Philosophie, Band 15), S. 77–91.

Iacobucci, Gareth (2018): Trust in GPs remains high but patients report more difficulties getting an appointment. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 362, k3488. DOI: 10.1136/bmj.k3488.

Inchley, Jo; Currie, Dorothy; Young, Taryn (Hg.) (2016): Growing up unequal. Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being; Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe (Health policy for children and adolescents, No. 7).

Institut für soziale Arbeit e.V. (2020): ISA Newsletter. Münster (02/2020). Münster. Online verfügbar unter https://isa-muenster.de/fileadmin/images/ISA_Muenster/Newsletter/ISA-Newsletter_02-2020.pdf#page=1, zuletzt geprüft am 20.10.2020.

Jacob, Rüdiger; Wallraven, Richard; Steinmeyer, Reinhard (2008): Zum Gesundheitsstatus von Vorschulkindern: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung in Rheinland-Pfalz aus dem Jahr 2006. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz. Online verfügbar unter https://www.klees-net.de/pdf/Schuleingangsuntersuchung_2008.pdf.

Janosky, Janine E.; Armoutliev, Erin M.; Benipal, Anureet; Kingsbury, Diana; Teller, Jennifer L. S.; Snyder, Karen L.; Riley, Penny (2013): Coalitions for impacting the health of a community: the Summit County, Ohio, experience. In: *Population health management* 16 (4), S. 246–254. DOI: 10.1089/pop.2012.0083.

Kaba-Schönstein, Lotte; Kilian, Holger (2018): Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. Online verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/strukturen-settings-und-zielgruppen/gesundheitsfoerderung-und-soziale-benachteiligung-gesundheitsfoerderung-und-gesundheitliche-chanceng/>.

- Kavanagh, Josephine (2005): A systematic review of the evidence for incentive schemes to encourage positive health and other social behaviours in young people. Report. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Kendrick, Denise; Mulvaney, Caroline; Burton, Paul; Watson, Michael (2005): Relationships between child, family and neighbourhood characteristics and childhood injury: a cohort study. In: *Social Science & Medicine* 61 (9), S. 1905–1915. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.04.003.
- Kersting, M.; Alexy, U.; Kroke, A.; Lentze, M. J. (2004): Kinderernährung in Deutschland. Ergebnisse der DONALD-Studie. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 47 (3), S. 213–218. DOI: 10.1007/s00103-003-0796-x.
- Kersting, Mathilde; Hilbig, Annet (2015): Gesunde Ernährung von Anfang an. Ernährungskonzepte und ihre Umsetzung in der Praxis. In: *Frühe Kindheit* (01/15). Online verfügbar unter <https://www.nifbe.de/component/themen-sammlung?view=item&id=543&catid=85&tmpl=component&print=1&layout=default>.
- Khanal, Santosh; Choi, Leah; Innes-Hughes, Christine; Rissel, Chris (2019): Dose response relationship between program attendance and children's outcomes in a community based weight management program for children and their families. In: *BMC public health* 19 (1), S. 716. DOI: 10.1186/s12889-019-7094-5.
- Klier, Wolfgang; Koch, Thilo (2015): Die Kommunale Gesundheitskonferenz in NRW. Aktualisierte Planungshilfe zur Unterstützung der Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Erarbeitet und beschlossen durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Klausurtagung der Geschäftsstellen 2013. Hg.

v. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). Bielefeld. Online verfügbar unter https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2015_df/lzg-nrw_planungshilfe_kgk.pdf.

Klipker, Kathrin; Baumgarten, Franz; Göbel, Kristin; Lampert, Thomas; Hölling, Heike (2018): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (3), S. 37–45. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_03_2018_Psychische_Auffaelligkeiten_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile.

Klotter, C. (2010): Gesundheitswunsch und Gesundheitsrealität - Psychologische, soziale und gesellschaftliche Aspekte des Gesundheitsverhaltens. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 72 (1), S. 17–22. DOI: 10.1055/s-0029-1237738.

Knöppler, Karsten; Neisecke, Tobias; Nölke, Laura (2016): Digital-Health-Anwendungen für Bürger. Kontext, Typologie und Relevanz aus Public-Health-Perspektive. Entwicklung und Erprobung eines Klassifikationsverfahrens. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Bertelsmann Stiftung.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017): Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung. Köln und Berlin.

Koordination Gesunde Stadt Düsseldorf (2020): WHO Healthy City - Gesunde Stadt Düsseldorf. WHO European Healthy Cities Network - Gesunde Städte-Netzwerk. Hg. v. Landeshauptstadt Düsseldorf. Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/netzwerke-und-kooperationen/gesunde-staedte-netzwerk.html>.

- Korsch, Franziska; Petermann, Ulrike; Schmidt, Soren; Petermann, Franz (2013): Kognitive, sprachliche, motorische und sozial-emotionale Defizite bei verhaltensauffälligen Schulanfängern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 62 (6), S. 405–419. DOI: 10.13109/prkk.2013.62.6.405.
- Kostorz, Peter (2010): Sozialrecht und soziale Gerechtigkeit. In: Benjamin Benz, Jürgen Boeckh und Hildegard Mogge-Grotjahn (Hg.): *Soziale Politik - Soziale Lage - Soziale Arbeit*. 1. Aufl. 2010. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden, S. 72–98.
- Kreffter, Katharina; Götz, Simon; Lisak-Wahl, Stefanie; Nguyen, Thuy Ha; Weyers, Simone; Dragano, Nico (2021): Doctors as disseminators? Practicing Physicians as Multipliers for Community-based Prevention Networks in a large city in western Germany. In: *Journal of Public Health* (accepted).
- Kreffter, Katharina; Wahl, Stefanie; Dragano, Nico; Weyers, Simone (2019): Familien mit Bedarf sind Familien, auf die wir zugehen müssen. Eine partizipative Bedarfsanalyse zur kommunalen Prävention für sozioökonomisch benachteiligte Kinder. In: *Präv Gesundheitsf* 25 (3), S. 263. DOI: 10.1007/s11553-019-00733-4.
- Kreyenfeld, Michaela; Krapf, Sandra (2010): Soziale Ungleichheit von Bildungschancen und Chancengerechtigkeit - Eine Analyse der sozialen und ökonomischen Determinanten der Nutzung von Kindertageseinrichtungen. In: Rolf Becker und Wolfgang Lauterbach (Hg.): *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit*. 4., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS-Verl., S. 107–129.
- Kuntz, Benjamin; Rattay, Petra; Poethko-Müller, Christina; Thamm, Roma; Hölling, Heike; Lampert, Thomas (2018a): Soziale Unterschiede im Gesund-

heitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: *Journal of Health Monitoring* (3), S. 19–36.

DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-076.

Kuntz, Benjamin; Waldhauer, Julia; Zeiher, Johannes; Finger, Jonas D.; Lampert, Thomas (2018b): Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Hg. v. Robert Koch-Institut. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_02_2018_Unterschiede_Gesundheitsverhalten_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile.

Kurth, Bärbel-Maria (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Hg. v. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung (50) (5-6).

Lampert, Thomas; Hagen, Christine; Heizmann, Boris (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Lampert, Thomas; Kuntz, Benjamin; Hoebel, Jens; Müters, Stephan; Kroll, Lars E. (2018): Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt (Destatis) Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hg.): Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2017): Report 2017. Untersuchung des gesamten Einschuljahrgangs. Beurteilung des Gewichts nach den Referenzwerten der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Online verfügbar unter https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/monit_kindergeres/reports/Report_2017/index.html.

- Leppin, Anja (2014): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollst. überarb. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber (Verlag Hans Huber: Programmbereich Gesundheit).
- Levesque, Jean-Frederic; Harris, Mark F.; Russell, Grant (2013): Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. In: *International journal for equity in health* 12, S. 18. DOI: 10.1186/1475-9276-12-18.
- Löllgen, Herbert; Wismach, Jürgen; Kunstmann, Wilfried (2013): Das Rezept für Bewegung - Einsatzmöglichkeiten für Arzt und Patient. In: *Klinikerarzt* 42 (09), S. 416–420. DOI: 10.1055/s-0033-1358596.
- Loss, Julika; Sauter, Alexandra; Curbach, Janina (2018): Das Rezept für Bewegung als Maßnahme ärztlicher Prävention. In: *Public Health Forum* 26 (2), S. 120–122. DOI: 10.1515/pubhef-2018-0040.
- LZG NRW (2021): Zentrale Begriffe der Gesundheitsförderung. Angebotsstruktur. Online verfügbar unter https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/ges_foerd_alter/hintergruende_fakten/fachinformationen/zentrale_Begriffe/index.html.
- Manz, K.; Schlack, R.; Poethko-Müller, C.; Mensink, G.; Finger, J.; Lampert, T. (2014): Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 840–848. DOI: 10.1007/s00103-014-1986-4.
- Meißner, Sabine (2021): Familien frühzeitig Unterstützung anbieten im „Lockdown (light)“ - die Angebote der Frühen Hilfen in der Corona-Pandemie. 2. Symposium Kinderschutz: Kinder und Jugendliche in der Pandemie. Universitätsklinikum Düsseldorf. Düsseldorf, 10.03.2021.

- Mensink, G. B. M.; Kleiser, C.; Richter, A. (2007): Was essen Kinder und Jugendliche in Deutschland? In: *Ernährung* 1 (5), S. 204–212. DOI: 10.1007/s12082-007-0049-8.
- Mewes, Jan (2010): Ungleiche Netzwerke - Vernetzte Ungleichheit. Persönliche Beziehungen im Kontext von Bildung und Status. 1. Aufl. Wiesbaden: VS-Verl. (Netzwerkforschung).
- Michelsen, K. (2010): Gesundheitsziele zur Gesundheitsförderung im Spannungsfeld von individueller Freiheit, staatlichem Paternalismus und Gemeinwohl. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 72 (1), S. 41–47. DOI: 10.1055/s-0029-1237742.
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit).
- Minkler, Meredith; Wallerstein, Nina (Hg.) (2008): Community-based participatory research for health. From process to outcomes. ebrary, Inc. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass (Wiley Desktop Editions). Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=588918>.
- Mossakowski, K.; Süß, W.; Trojan, A. (2009): Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Stufen der Partizipation und Beispiele aus einem Wissenschaftspraxisprojekt in der Hamburger Lenzsiedlung. In: *Präv Gesundheitsf* 4 (3), S. 184–194. DOI: 10.1007/s11553-009-0180-2.
- Nairz, Franziska; Heißenhuber, Annette; Morlock, Gabriele; Hölscher, Gabriele; Schneider, Thomas; Hachmeister, Alexandra; Nennstiel-Ratzel, Uta (2017): Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Stand: August 2017. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Schuleingangsuntersuchung in Bayern, Band 10).

- National Quality Forum (2014): Measuring Affordability from the Patient's Perspective. Hg. v. National Quality Forum. Online verfügbar unter https://www.qualityforum.org/Publications/2014/09/Measuring_Affordability_from_the_Patient_s_Perspective.aspx.
- Neuhauser, H.; Poethko-Müller, C. (2014): Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 779–788. DOI: 10.1007/s00103-014-1976-6.
- O'Mara-Eves, Alison; Brunton, Ginny; Oliver, Sandy; Kavanagh, Josephine; Jamal, Farah; Thomas, James (2015): The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. In: *BMC public health* 15, S. 129. DOI: 10.1186/s12889-015-1352-y.
- Pillas, Demetris; Marmot, Michael; Naicker, Kiyuri; Goldblatt, Peter; Morrison, Joanna; Pikhart, Hynek (2014): Social inequalities in early childhood health and development. A European-wide systematic review. In: *Pediatric Research* 76, 418 EP -. DOI: 10.1038/pr.2014.122.
- Poethko-Müller, Christina; Kuntz, Benjamin; Lampert, Thomas; Neuhauser, Hannelore (2018): Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring*, S. 8–15.
- Porta, Miquel; Greenland, Sander; Hernán, Miguel; Silva, Isabel dos Santos; Last, John M. (Hg.) (2014): A dictionary of epidemiology. International Epidemiological Association. Sixth edition. Oxford: Oxford University Press.
- Präventionsgesetz (2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, PräVG. Fundstelle: Bundesgesetzblatt. In: Bundesgesetzblatt. Online verfügbar unter

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node_id%3D%27357530%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1, zuletzt geprüft am 30.11.2020.

- Ravens-Sieberer, Ulrike; Kaman, Anne; Otto, Christiane; Adedeji, Adegunle; Napp, Ann-Kathrin; Becker, Marcia et al. (2021): Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Copsy-Studie. In: *Bundesgesundheitsbl.* DOI: 10.1007/s00103-021-03291-3.
- Reifsnider, Elizabeth; Hargraves, Martha; Williams, Karen Jaynes; Cooks, John; Hall, Valerie (2010): Shaking and rattling. Developing a child obesity prevention program using a faith-based community approach. In: *Family & community health* 33 (2), S. 144–151. DOI: 10.1097/FCH.0b013e3181d59487.
- Reinhardt, D.; Petermann, F. (2010): Neue Morbiditäten in der Pädiatrie. In: *Monatsschr Kinderheilkd* 158 (1), S. 14. DOI: 10.1007/s00112-009-2113-8.
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2015): Determinanten von Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/wissenschaftliche-perspektiven-bezugsdisziplinen-theorien-und-methoden/determinanten-von-gesundheit/>.
- Richter-Kornweitz, Antje (2016): Werkbuch Präventionskette Gesund aufwachsen für alle Kinder! Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hg. v. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
- Richter-Kornweitz, Antje; Holz, Gerda; Kilian, Holger (2017): Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. Online verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie/>.

- Robert Koch-Institut (2015): Wichtige Datenquellen. In: Robert Koch-Institut (Hg.): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Unter Mitarbeit von Saß, Anke-Christine, Lampert, Thomas, Franziska Prütz, Stefanie Seeling, Anne Starker, Lars E. Kroll, Alexander Rommel et al. Berlin: Robert Koch-Institut, S. 500–512. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/datenquellen_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile.
- Robert Koch-Institut (2018): Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends.
- Rogers, Wendy; Lange, Margaret Meek (2013): Rethinking the vulnerability of minority populations in research. In: *American journal of public health* 103 (12), S. 2141–2146. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301200.
- Rosenbrock, Rolf (2001): Was ist New Public Health? In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2001 (44), S. 753–762. Online verfügbar unter http://81.169.143.104/archiv/Verschiedenes%202/rosenbrock_newph.pdf.
- Saß, Anke-Christine; Poethko-Müller, C.; Rommel, A. (2014): Das Unfallgeschehen im Kindes- und Jugendalter - Aktuelle Prävalenzen, Determinanten und Zeitvergleich: Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 789–797. DOI: 10.1007/s00103-014-1977-5.
- Schienkiewitz, Anja; Brettschneider, Ann-Kristin; Damerow, Stefan; Schaffrath Rosario, Angelika (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (1), S. 16–22.

- Schlack, Hans Georg (2012): Neue Morbidität im Kindes- und Jugendalter: Thesen zur Pathogenese und Folgerungen für Prävention und Intervention. 4. Präventionstagung der Bundesärztekammer. Berlin, 2012. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/04PraeventionstagungSchlack.pdf.
- Schmidt, B. (2010): Der eigenverantwortliche Mensch. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 72 (1), S. 29–34. DOI: 10.1055/s-0029-1237740.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla; Siegrist, Johannes; Kolip, Petra (Hg.) (2012): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 13, 3., Print-on-Demand Ausgabe der 3. Auflage. München: Urban et Fischer.
- Shemilt, Ian; Hollands, Gareth J.; Marteau, Theresa M.; Nakamura, Ryota; Jebb, Susan A.; Kelly, Michael P. et al. (2013): Economic instruments for population diet and physical activity behaviour change: a systematic scoping review. In: *PLoS ONE* 8 (9), e75070. DOI: 10.1371/journal.pone.0075070.
- Somerset, Sarah; Hoare, Derek J. (2018): Barriers to voluntary participation in sport for children: a systematic review. In: *BMC pediatrics* 18 (1), S. 47. DOI: 10.1186/s12887-018-1014-1.
- Sörensen, Jelena; Barthelmes, Ina; Marschall, Jörg (2018a): Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Ein Scoping Review. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publicationen/Scoping-Review_Vulnerable-Gruppen_IGES_2019.pdf.
- Sörensen, Jelena; Barthelmes, Ina; Marschall, Jörg (2018b): Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Handlungsempfehlungen für die Praxis. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Berlin.

Stolzenberg, Regina; Berg, Gisela; Maschewsky-Schneider, Ulrike (2013): Wege zu Familien in sozial benachteiligten Regionen. In: *Präv Gesundheitsf* 8 (2), S. 61–66. DOI: 10.1007/s11553-012-0382-x.

Sutherland, Kim; Christianson, Jon B.; Leatherman, Sheila (2008): Impact of targeted financial incentives on personal health behavior: a review of the literature. In: *Medical care research and review: MCRR* 65 (6 Suppl), 36S–78S. DOI: 10.1177/1077558708324235.

Tai, Bik-Wai Bilvick; Bae, Yuna H.; Le, Quang A. (2016): A Systematic Review of Health Economic Evaluation Studies Using the Patient's Perspective. In: *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 19 (6), S. 903–908. DOI: 10.1016/j.jval.2016.05.010.

Thyen, Ute; Brehm, Sabine (2018): Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein. Schuljahr 2017/2018. Hg. v. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein. Online verfügbar unter https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Service/Broschueren/Broschueren_VIII/Gesundheit/schuleingunter2018.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

UNICEF Office of Research (2013): Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview. UNICEF Office of Research. Florence, Italy (Innocenti Report Card 11). Online verfügbar unter https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf.

Vonneilich, Nico; dem Knesebeck, Olaf von (2018): 2.6.7. Soziale Beziehungen. In: Renate Deinzer und Olaf von dem Knesebeck (Hg.): Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Berlin. Online verfügbar unter https://books.publisso.de/en/publisso_gold/publishing/books/overview/46/174.

- Wahl, Stefanie; Kreffter, Katharina; Frölich, Stefanie; Müller-Thur, Kathrin; Dragano, Nico; Göbels, Klaus et al. (2018): Die Schuleingangsuntersuchung als Türöffner für die gesundheitswissenschaftliche Forschung? Eine Analyse zur Studienteilnahme „schwer erreichbarer“ Bevölkerungsgruppen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 61 (10), S. 1236–1241. DOI: 10.1007/s00103-018-2808-x.
- Waisel, David B. (2013): Vulnerable populations in healthcare. In: *Current opinion in anaesthesiology* 26 (2), S. 186–192. DOI: 10.1097/ACO.0b013e32835e8c17.
- Walter, Ulla; Röding, Dominik; Kruse, Stefanie; Quilling, Eike (2018): Modelle und Evidenzen der intersektoralen Kooperation in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. Ergebnisbericht. Unter Mitarbeit von Nicole Heinze, Nadine Komainda und Vanessa Rana. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Bericht_Intersektorale-Kooperation_2019.pdf.
- Weyers, S.; Wahl, S.; Dragano, N.; Müller-Thur, K. (2018a): Ist der Datenschatz schon gehoben? Eine Übersichtsarbeit zur Nutzung der Schuleingangsuntersuchung für die Gesundheitswissenschaften. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* (in press).
- Weyers, Simone; Dintsios, Charalabos-Markos; Lisak-Wahl, Stefanie; Götz, Simon; Nguyen, Thuy; Kreffter, Katharina (2020): Ist Bewegung eine Frage des Geldes? Eine Analyse des Kostengeschehens kommunaler Prävention für Kinder aus Nutzerperspektive. In: *Präv Gesundheitsf* 11 (10), S. 117. DOI: 10.1007/s11553-020-00802-z.
- Weyers, Simone; Kreffter, Katharina; Wahl, Stefanie (2018b): Soziale Ungleichheit der Inanspruchnahme kommunaler Bewegungsangebote. In: *Public Health Forum* 26 (4), S. 365–367. DOI: 10.1515/pubhef-2018-0104.

- Weyers, Simone; Kreffter, Katharina; Wahl, Stefanie (2019): Gesundheit bei Schuleingang - die Bedeutung kommunaler Präventionsketten für vulnerable Kinder (CoLiPre). Abschlussbericht.
- Woll, Alexander; Albrecht, Claudia; Worth, Annette (2017): Motorik-Modul (MoMo) – das Modul zur Erfassung der motorischen Leistungsfähigkeit und der körperlich-sportlichen Aktivität in KiGGS Welle 2.
- Woll, Alexander; Oriwol, Doris; Anedda, Bastian; Burchartz, Alexander; Hanssen-Doose, Anke; Kopp, Melanie et al. (2019): Körperliche Aktivität, motorische Leistungsfähigkeit und Gesundheit in Deutschland: Ergebnisse aus der Motorik-Modul-Längsschnittstudie (MoMo).
- Wright, John; Williams, Rhys; Wilkinson, John R. (1998): Development and importance of health needs assessment. In: *Bmj* 316 (7140), S. 1310–1313.
- Zschorlich, Beate; Gechter, Dorothea; Janßen, Inger M.; Swinehart, Thomas; Wiegard, Beate; Koch, Klaus (2015): Gesundheitsinformationen im Internet. Wer sucht was, wann und wie? In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 109 (2), S. 144–152. DOI: 10.1016/j.zefq.2015.03.003.

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die mich bei der Dissertation unterstützt haben. Zuerst möchte ich Nico Dragano meinen herzlichen Dank aussprechen, der mir stets mit hilfreichen Ratschlägen zur Seite stand und diese Arbeit betreut hat. Außerdem danke ich Andrea Icks, dass sie sich als Zweitgutachterin zur Verfügung gestellt hat.

Mein ganz besonderer Dank gilt Simone Weyers für ihre Betreuung, die wertvolle Unterstützung und die mühevollen Geduld bei der gesamten Arbeit. Der Austausch auf intellektueller und persönlicher Ebene wird mir immer als konstruktiv und ermutigend in Erinnerung bleiben. Bei dieser Gelegenheit bedanke ich mich auch bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Medizinische Soziologie, besonders bei meiner Arbeitsgruppe, für die angenehme und herzliche Arbeitsatmosphäre.

Ein großer Dank gilt außerdem meiner Familie und meinen Freunden für ihre Zusprüche, Unterstützung und Geduld während der Arbeit an dieser Dissertation. Dabei möchte ich meine Mutter, Monika Kreffter, und meine Schwester, Stefanie Aldag, hervorheben, denn sie haben an mich geglaubt, mich in jeder Lebensphase ermutigt und mir Halt und Kraft gegeben. Ganz besonders danke ich auch meinem Freund, Michael Pienkowski, der mir immer zur Seite steht. Ich bin dankbar für seine uneingeschränkte, liebevolle und vielseitige Unterstützung, die ständigen Ermutigungen und sein Verständnis.