

Systemübergreifende Netzwerke als Grundlage früher Prävention und Gesundheitsförderung - Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO) als kommunales Beispiel nachhaltiger Umsetzung im Flächenlandkreis

Katharina Rauh & Ullrich Böttinger

[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 24 (2019), Ausgabe 2]

Zusammenfassung

Insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien zeigen in Studien gesundheitliche Problematiken. Um die Gesundheitsbiographie von Kindern im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit positiv zu beeinflussen, eignen sich universelle Präventionsmaßnahmen wegen ihres nicht-stigmatisierenden Zugangs. Studien zum Wirkungsnachweis dieser universell-präventiven Maßnahmen legen jedoch eher niedrige Wirkungseffekte nahe, wobei diese zumindest auch in Herausforderungen von Methoden der Evidenzbasierung begründet liegen. Der vorliegende Artikel stellt das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (Offenburg, Baden-Württemberg) als Beispiel einer systematischen, kommunalen Präventionsstrategie vor und beleuchtet dabei zum einen Gestaltungsaspekte gelingender kommunaler Gesundheitsförderung und zum anderen die Überführung von Präventionsangeboten von der Projektförderung in dauerhaft angelegte Versorgungsstrukturen unter besonderer Berücksichtigung des Präventionsgesetzes.

Schlüsselwörter: Prävention, integrierte kommunale Gesundheitsförderung, Kinder- und Jugendgesundheit, Präventionskette, Kommune, Gesundheitswesen

Summary

Multi-professional networks across health care, youth welfare and educational system as basis for health promotion and prevention in early years - the Prevention Network Ortenaukreis as a community-based and district-wide example for sustainable health promotion

Various studies indicate that children from deprived families show unfavorable health behavior which result in higher rates of health-related problems. To positively influence their health biographies, programs of universal prevention with their non-stigmatizing access to children and their families seem to be an adequate measure to support equity in health. Studies on the effectiveness of universal preventive measures, however, show only low effectiveness rates which could be explained through the methodological inadequacy of evidence-based criteria for universal prevention measures. The article presents the Prevention Network Ortenaukreis as a community-based and district-wide prevention strategy with a system-bridging, multi-professional approach. Firstly, key aspects of successful communal health promotion are presented, and secondly, the transfer from third-party funding to the provisions with care and health services will be discussed, also taking into consideration the Federal Prevention Law introduced in 2015.

Keywords: prevention, integrated community health promotion, child and adolescent health, prevention chain, community, public health

1 Frühe Gesundheitsförderung und Prävention

Die Gründe, mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung möglichst früh in der Lebensspanne anzusetzen liegen auf der Hand, denn nach wie vor zeigt sich in breit angelegten Studien (z.B. KiGGs, HBSC), dass Gesundheit und sozialer Status bereits in den frühen Lebensjahren der Kindheit und Jugend eng miteinander verknüpft und damit zukunftsprägend sind. Im Sinne der Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit und der Verhinderung struktureller Benachteiligung können universell-präventive Maßnahmen der Gesundheitsförderung einen nicht-stigmatisierenden Zugang zu allen Kindern herstellen und so deren weitere Entwicklung positiv beeinflussen. Den Rahmen für eine systematische Umsetzung solcher universellen Maßnahmen können kommunale Strukturen bieten, die die Lebenswelten der Bürger*innen maßgeblich mitgestalten. Nachfolgend geht es daher um Umsetzungs- und Gestaltungsmöglichkeiten universeller Prävention und Gesundheitsförderung aus kommunaler Perspektive. Neben wissenschaftlichen Erkenntnissen wird dabei auf das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO, Offenburg, Baden-Württemberg) als konkretes Beispiel einer kommunalen Umsetzung eingegangen und auf Erfahrungen aus dessen Umsetzung in Bezug auf Aspekte der praktischen Gestaltung und der Verstetigung eingegangen.

Kinder betrifft gesundheitliche Ungleichheit mit Blick auf ihre weitere Gesundheitsbiografie besonders stark, denn gesundheitsrelevante Orientierungen werden im Rahmen des Sozialisationsprozesses früh geprägt (Hurrelmann, 2010). Kinder übernehmen dabei elterliche Muster und verankern diese in ihren eigenen Handlungsweisen (Schubert & Horch, 2004), z.B. bezüglich Ernährungs- und Bewegungsverhalten oder Hygiene. Der soziale Gradient des Gesundheitszustandes zeigt sich in Studien bezüglich der körperlichen und seelischen Gesundheit von Kindern aus sozioökonomisch schwachen Familien:

- Sie haben einen schlechteren allgemeinen Gesundheitsstatus: Sie sind häufiger übergewichtig (Schienkiewitz et al., 2018), ernähren sich ungesünder (Mensink et al., 2018), weisen eine geringere Körper- und Mundhygiene und schlechtere Zahngesundheit auf (Ravens-Sieberer, Thomas & Erhart, 2003; Klocke & Lampert, 2005) und rauchen häufiger (Zeiher, Starker & Kuntz, 2018).
- Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben deutlich häufiger einen nur mittelmäßigen oder schlechten allgemeinen Gesundheitszustand als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (Poethko-Müller et al., 2018).
- Sie weisen eine höhere Sterblichkeit und Krankheitshäufigkeit relativ zur Gesamtbevölkerung in fast allen psychischen und körperlichen Krankheitsformen auf (Mielck, 2001).
- Sie erleiden häufiger Unfälle (Kersting-Dürnwächter & Mielck, 2001).
- Sie zeigen signifikant höhere Werte bei der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten (Klipker et al., 2018).
- Eltern aus sozial schwachen Schichten nehmen außerdem seltener mit ihren Kindern an Vorsorgeuntersuchungen teil (U1-U9) (Schmidkte et al., 2018).

Insbesondere durch Vorsorge-, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen könnte der Verfestigung der sozialen Ungleichheit des Gesundheitszustandes entgegengewirkt werden, denn frühzeitig erkannte Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen können häufig mit verhältnismäßig geringem Aufwand behandelt und somit chronische Schäden vermieden werden (Langness, 2006 zit. n. Hurrelmann, 2010).

Es zeigt sich, z.B. in politischen Strategiepapieren (Bundesministerium für Gesundheit, 2010), eine verstärkt präventiv orientierte Ausrichtung des Gesundheitssystems, der zusätzlich mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (Präventionsgesetz - PräVG, 2015) Nachdruck verliehen wurde. Diese politische Forderung nach mehr Prävention muss jedoch auf empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen und Interventionen im Kindes- und Jugendalter gestützt werden, um so wirkungsvolle Faktoren für die Maßnahmenkonzeption und -umsetzung zu identifizieren.

Beelmann (2006) zeigt in seiner Meta-Analyse zu Wirksamkeitsstudien im Kindes- und Jugendalter, dass Maßnahmen mit dem Ziel der allgemeinen Entwicklungsförderung höhere Wirksamkeitsraten zeigen als z.B. Maßnahmen zur Suchtprävention oder zur Vermeidung von Verhaltensstörungen. Röhrle (2008) berichtet in seiner Meta-Analyse schwache bis mittlere Effektivitätsmaße von gesundheitsrelevanten präventiven Interventionen. Als mitunter verlässlichste Effektschätzung für universelle und selektive Präventionsmaßnahmen kommen Durlak und Wells (1997) in ihrer Meta-Analyse zur Einschätzung, dass präventive Maßnahmen "somit zu durchschnittlichen Verbesserungen von etwa einem Drittel bis einer halben Standardabweichung eines jeden Erfolgsmaßes oder anders ausgedrückt zu einer geringeren Belastungs-/höheren Besserungsrate von ca. 15 bis 25 Prozent" (Beelmann, 2006, S. 157) führen. Dabei unterstreichen sie aber auch, dass vereinzelt negative Wirkungen berichtet werden (Durlak & Wells, 1997, zit. n. Beelmann, 2006). Allgemeine Aussagen über die Wirksamkeit universell-präventiver Maßnahmen sind jedoch problematisch: Denn zum einen variieren die berichteten Effekte der Einzelstudien deutlich (Beelmann, 2006). Zum anderen scheinen Kriterien evidenzbasierter Evaluation für die Erbringung des Wirkungsnachweises methodisch unangemessen zu sein (siehe hierzu Beelmann, 2006; Röhrle, 2008). Röhrle (2008) beschreibt in diesem Zusammenhang mehrere Aspekte, die zur Wirksamkeitseinschätzung von universell-präventiven Maßnahmen aufgrund von Kriterien evidenzbasierter Forschung problematisch sind. So werden vielfach Meta-Analysen für Wirksamkeitsnachweise verwendet, die jedoch u.a. von sehr unterschiedlicher Wertigkeit sind, kaum komplexe Zusammenhänge berücksichtigen und in denen Vergleichsmaße und Effektstärken relativ unkritisch verwendet werden (Röhrle, 2008, S. 10f). Zudem machen in Studien mit universell-präventiver Ausrichtung gesunde Personen den Hauptanteil der untersuchten Stichprobe aus, was zu Boden- bzw. Deckeneffekten führen kann: Bei einer gesunden Stichprobe sind unter Verwendung pathogener Erfolgskriterien daher Verbesserungen kaum möglich, wobei auch bei der Verwendung salutogener Zielkriterien bei einer gesunden Stichprobe kaum mit einer starken Verbesserung zu rechnen ist, da z.B. soziale Kompetenzen schon ausreichend ausgebildet sind (Röhrle, 2008, S. 11). Beelmann (2006) betont jedoch, dass selbst "kleine bis mittlere Effekte in ihrer praktischen Bedeutsamkeit nicht unterschätzt werden" (Beelmann, 2006, S. 159) sollten.

Nennenswerte längerfristig angelegte Studien besonders in Bezug auf frühe Prävention, die konsequentere Einbeziehung von Prozess- und Implementationsaspekten, die einzelne Umsetzungskomponenten und vermittelnde Einflussgrößen in den Blick nehmen, die Anwendung von Strukturgleichungsmodellen, die zuverlässigere Kausalinterpretationen erlauben und Untersuchungen zum finanziellen Wert von Prävention mit dem Ziel der Legitimation politischer Entscheidungen werden als Forschungsdesiderate zu Wirkungsuntersuchungen von Prävention und Gesundheitsförderung genannt (Badura et al., 2004; Beelmann, 2006).

2 Gesundheitsförderung und Prävention in Settings

Im 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz (Präventionsgesetz - Prävg, 2015) ist leistungsrechtlich verpflichtend festgeschrieben, dass u.a. Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Settingansatz und damit in den Lebenswelten umzusetzen und zu unterstützen sind. Das Vorgehen nach dem Settingansatz stellt eine zentrale Strategie der Gesundheitsförderung und Prävention dar (Dadaczynski et al., 2016), wobei als Settings einerseits formale Organisationen, also z.B. Kindertageseinrichtungen oder Schulen, bezeichnet werden, diese aber andererseits auch auf räumlichen Gegebenheiten, z.B. kommunalen Verwaltungseinheiten, beruhen können (Hartung & Rosenbrock, 2015). Zunehmend erfahren Kommunen Aufmerksamkeit als Dachsetting für systematische Gesundheitsförderung und Prävention, da darunter Ansätze in spezifischeren Settings des kommunalen Raumes gebündelt werden können (Trojan et al., 2016) und die diese über die Lebensphasen hinweg im Sinne einer Präventionskette strukturieren. Als Präventionsketten werden kommunale

Gesamtstrategien bezeichnet, deren Ziel die Schaffung präventiver Angebote und Hilfen für die Bürgerinnen und Bürger in allen Altersstufen und Lebenslagen ist (Trojan et al., 2016). Grundlagen für die Erreichung dieses Ziels bilden die ressort- und handlungsfeldübergreifende Vernetzung, die gemeinsame Planung und arbeitsteilige Zusammenarbeit. Außerdem werden vorhandene Angebote, Maßnahmen und deren Träger in die kommunale Infrastruktur integriert und weiterentwickelt (Richter-Kornweitz et al., 2017). Zentrale Empfehlungen für den Aufbau von Präventionsketten finden sich bei Richter-Kornweitz und Utermark (2014). Neben der Klassifikation von Präventionsmaßnahmen nach der Risikobelastung der Zielgruppen (universell, selektiv, indiziert), können diese auch nach ihrer Spezifität (Verhinderung spezieller Störungen und Verringerung der Neuerkrankungsrate bzw. allgemeine Verbesserung der biopsychosozialen Lebensbedingungen) und der Orientierung der Maßnahme (personenorientierte Verhaltensprävention bzw. systemorientierte Verhältnisprävention) unterschieden werden (Bengel et al., 2009).

Der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986) liegt eine biopsychosoziale Auffassung von Gesundheit und gesundem Aufwachsen zugrunde, gemäß der die körperliche und psychische Gesundheit ebenso wie die soziale Teilhabe gleichwertige Säulen für ein gesundes Aufwachsen und eine gesunde Entwicklung sind (Fröhlich-Gildhoff, 2017). Nimmt man diese Auffassung und die Forderung nach der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten ernst, leitet sich daraus unmittelbar die Notwendigkeit der system- und ressortübergreifenden Zusammenarbeit zur Gesundheitsförderung und Prävention ab, die konsequent in Settings der Zielgruppe verankert sein muss. Der häufig stark verhaltensorientierten Gesundheitsförderung in Settings steht die Idee der gesundheitsförderlichen Settingentwicklung gegenüber, deren Ziel es ist, Prozesse im Setting auszulösen, um dieses nachhaltig gesundheitsförderlicher zu gestalten (Hartung & Rosenbrock, 2015). Das Vorgehen nach dem Settingansatz birgt dabei einige Vorteile, wie z.B. die Überschaubarkeit der Verhältnisse, kurze Kommunikations- und Entscheidungswege, sowie die niedrigschwellige Möglichkeit zur Partizipation (Trojan et al., 2016). Nachteile können, z.B. bei kleinen sozialen bzw. räumlichen Einheiten, eingeschränkte Ressourcenverfügbarkeit und teilweise durch gesetzliche Zuständigkeiten begrenzte Handlungs- und Entscheidungsspielräume sein (Trojan et al., 2016). Aus Sicht der Präventionsforschung hat sich gezeigt, dass beim Aufbau von sorgfältig entwickelten Präventionsmaßnahmen die möglichst günstige Kombination von Maßnahmen und Angeboten im Entwicklungsverlauf der Kinder (horizontale Vernetzung) und die Integration der Maßnahmen und Programme in das bestehende Versorgungssystem (vertikale Vernetzung) zentral sind (Beelmann, 2006). Mangelnde horizontale und vertikale Vernetzung beschreiben Trojan und Süß (2014) als Herausforderung der Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung.

3 Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis als Beispiel eines kommunalen Netzwerks der Prävention und Gesundheitsförderung

Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis¹ (PNO) wird über vier Jahre vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und hat zum Ziel, im Dachsetting Kommune die körperliche und seelische Gesundheit sowie die soziale Teilhabe von 3- bis 10jährigen Kindern und deren Familien zu fördern. Das PNO knüpft an die bereits erfolgreich implementierten Frühen Hilfen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zu drei Jahren und werdende Eltern im Ortenaukreis an (Böttinger, 2016). Mit den Frühen Hilfen und dem PNO gemeinsam wurde eine kommunale Präventionsstrategie im Sinne einer Präventionskette von der Schwangerschaft bis zum 10. Lebensjahr aufgebaut.

An dieser Stelle soll nur ein Überblick über die wichtigsten Umsetzungsaspekte des PNO gegeben werden. Eine ausführlichere Darstellung findet sich bei Böttinger et al. (2017).

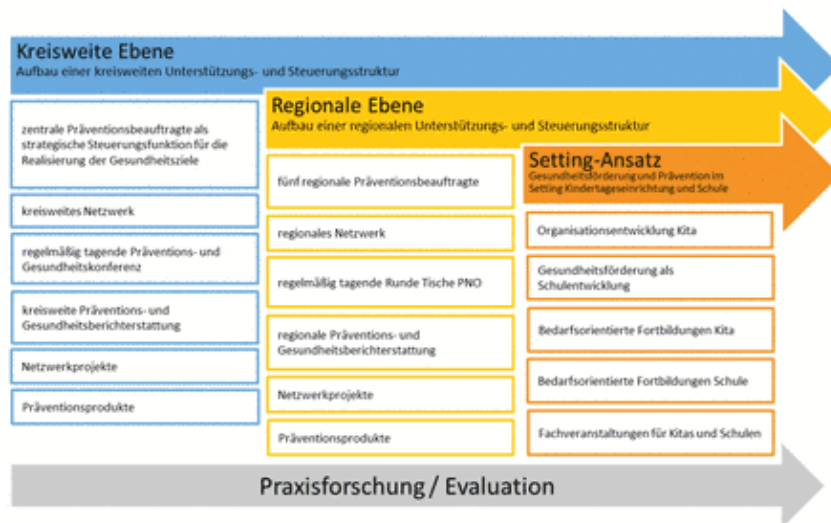


Abbildung 1: Gesamtstrategie des Präventionsnetzwerks Ortenaukreis

PNO verfolgt in der Umsetzung eine kombinierte kommunale Strategie von Gesundheitsförderung und Prävention mit landkreiskreisweitem und regionalisiertem Netzwerkaufbau und Angeboten in den Settings Kindertageseinrichtung und Schule (bis zum 10. Lebensjahr). Die Flächendeckung für den gesamten Landkreis wird im PNO durch die konsequente Umsetzung in allen fünf Regionen ("Raumschaften") erreicht, in die der Ortenaukreis als größter Flächenkreis Baden-Württembergs gegliedert ist. Der Aufbau der beiden Netzwerkebenen (kreisweit und regional) ist dabei analog gestaltet und folgt dem Prinzip der systemübergreifenden Zusammenarbeit: Eine zentrale Präventionsbeauftragte, die für den Aufbau und die Koordination des kreisweiten Netzwerks zuständig ist, arbeitet eng mit den regionalen Präventionsbeauftragten zusammen, die die regionalen Netzwerke in den Raumschaften betreuen. Am kreisweiten Netzwerk nehmen dabei Partner aus dem gesamten Landkreis mit Sprecher- oder Entscheidungsfunktion aus dem Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- sowie Bildungssystem teil. Auf regionaler Ebene setzen sich die Netzwerke aus Akteuren aus eben diesen drei Systemen vor Ort zusammen. Um einerseits eine systematische und damit landkreisweite Präventionsstrategie umzusetzen und gleichzeitig regional-adaptiv handeln zu können, wurden auf den beiden Netzwerkebenen regelmäßig stattfindende Gremien eingeführt. Zweimal jährlich findet die kreisweite Präventionskonferenz statt und ebenso die regionalen Runden Tische in den fünf Raumschaften. Bei diesen Vernetzungs- und Planungsgelegenheiten werden u.a. der kreisweite bzw. die regionalen Gesundheitsberichte zur Kindergesundheit (Schickler et al., 2018) und die Bestands- und Bedarfserhebung (Kassel et al., 2017) vorgestellt und diskutiert, um - dem Public Health Action Cycle (Rosenbrock & Hartung, 2015) folgend - konkrete Aktivitäten initiieren zu können. Beide Netzwerkebenen widmen sich also auf unterschiedliche Weise der Gesundheitsförderung und Prävention: Während auf den Regionalen Runden Tischen auf bestehende regionale Bedarfe mit Maßnahmen reagiert wird, die gezielt an die Gegebenheiten vor Ort angepasst sind, werden auf der Präventionskonferenz Herausforderungen der Gesundheitsförderung und Prävention thematisiert, die für den Landkreis insgesamt relevant sind. Dabei besteht zwischen beiden Gremien kein unmittelbar hierarchisches Verhältnis: Vorschläge und Themen können in beide Gremien von allen Teilnehmenden eingebracht werden und werden über die Präventionsbeauftragten zwischen den Netzwerkebenen ausgetauscht. Jedes Gremium kann allerdings nur Entscheidungen für die jeweilige Raumschaft - und im Rahmen der Möglichkeiten, die durch die jeweiligen Arbeitgeber vorgegeben sind - treffen. Bei handlungsleitenden Entscheidungen und Vereinbarungen, die für den ganzen Landkreis gelten, sind die Sprecher*innen und Entscheidungsträger*innen zuständig.

Ergänzend zum kreisweiten und den regionalen Netzwerken bietet das PNO Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den Settings der Bildungseinrichtungen (Kindertageseinrichtungen² und Schulen³) an. In einem 18-monatigen Organisationsentwicklungs- bzw. Schulentwicklungsprozess können sich

Kindertageseinrichtungen und Schulen zur gesundheitsförderlichen Bildungseinrichtung qualifizieren. Speziell geschulte Prozessbegleiter*innen unterstützen die Bildungseinrichtung auf diesem Weg mit sechs Weiterbildungsveranstaltungen, die durch verschiedene Module eines umfassenden Curriculums zur Gesundheitsförderung und Prävention speziell auf die Bedarfe der Einrichtung oder Schule angepasst werden können. Zusätzliche Prozessbegleitungstermine helfen dann beim Transfer der Inhalte in den praktischen Alltag der Bildungseinrichtungen. Neben der umfangreichen Organisations- bzw. Schulentwicklung können die Kindertageseinrichtungen und Schulen im Landkreis zudem bedarfsorientierte Fortbildungen abrufen, wenn eine Einrichtung z.B. im Bereich Gesundheitsförderung bereits partiell gut aufgestellt ist, sich aber zu konkreten, thematischen Bedarfen weiterentwickeln möchte. Gleichzeitig wird mit diesem kleineren Format die Bereitschaft zur Inanspruchnahme erhöht und damit ein wichtiger Beitrag zur Flächendeckung des PNO geleistet. Bis Juni 2019 haben insgesamt etwa 59% der Bildungseinrichtungen im Landkreis an den Settingangeboten teilgenommen⁴. Bei den Kindertageseinrichtungen haben sich bereits knapp 70% der rund 260 Einrichtungen beteiligt, bei den Schulen über 40% von 168.

Das PNO setzt den Fokus auf die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern als infrastrukturelle Umsetzungsstrategie in der Zusammenarbeit von Professionellen des Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungssystem. Es schließt damit an die eher individuell-einzelfallorientierten Angebote der Frühen Hilfen an, womit die Chance besteht eher verhaltens- mit eher verhältnisorientierten Präventionsstrategien zu verzahnen. Im Ortenaukreis sind sowohl die Frühen Hilfen wie auch das PNO an den fünf Erziehungs- und Familienberatungsstellen im Landkreis im Amt für Soziale und Psychologische Dienste angesiedelt, was die enge Verbindung zwischen PNO und den Frühen Hilfen sehr fördert. Dementsprechend werden Überlegungen angestellt, wie beide Angebote voneinander lernen können. Vorgesehen ist die systematische Erweiterung der Settingangebote für Bildungseinrichtungen von PNO für den U3-Bereich, z.B. durch Organisationsentwicklung in Krippen, die dann stärker bindungstheoretische Ansätze berücksichtigen können. Die eher universell-präventiv konzipierten Angebote des PNO können wiederum durch gezielte Vernetzung von Akteuren im Bedarfsfall zu schnelleren und passgenauen Vermittlungen in Angebote der selektiven oder indizierten Prävention weiterentwickelt werden.

Trotz der insgesamt sehr positiven Entwicklung des Präventionsnetzwerks zeichneten sich bereits in der Förderphase einige Herausforderungen für die Umsetzung ab, die nachfolgend kurz beschrieben werden:

Es zeigte sich durch die Rückmeldung der Fach- und Lehrkräfte in den Bildungseinrichtungen, dass ein Wunsch insbesondere nach Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention besteht: Kinder bei denen sich bereits ein gesundheitliches Risiko abzeichnet oder eine Beeinträchtigung bereits besteht, führen beim pädagogischen Personal schnell zu erhöhter Arbeitsbelastung und Überforderung. Eine Herausforderung im PNO war es daher einerseits, den hervorgebrachten Bedarfen der Professionellen Rechnung zu tragen und andererseits, eine Balance zwischen diesen und dem Ziel der universellen Prävention und Gesundheitsförderung zu finden.

Die systemübergreifende Zusammenarbeit zwischen Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungssystem bildet einen Kernansatz des PNO. Recht früh zeigte sich, dass das unterschiedliche Verständnis von und der professionelle Auftrag bezüglich der Gesundheitsförderung sich nicht nur zwischen den beteiligten System, sondern auch bei den involvierten Berufsgruppen - teilweise erheblich - unterscheidet und daher die Entwicklung gegenseitigen Verständnisses und professioneller Offenheit für andere Sichtweisen für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit von hoher Bedeutung ist.

Bereits zu Beginn der Projektphase wurden Bildungseinrichtungen über die mögliche Teilnahme an Organisations- bzw. Schulentwicklungsprozessen informiert. Die

Kindertageseinrichtungen äußerten dabei deutlich schneller Interesse als die Schulen. Trotz der *Leitperspektive Prävention* im Bildungsplan Baden-Württemberg und der Anerkennung des PNO-Angebots als Schulentwicklungsmaßnahme durch das Staatliche Schulamt waren die Anmeldungen bei den Schulen zunächst eher zögerlich. Dies liegt zum einen an den Rahmenbedingungen, die sich zwischen Schulen und Kindertageseinrichtungen deutlich unterscheiden, insbesondere im Ganztagsbetrieb, aber auch in der Unterschiedlichkeit von Entscheidungsprozessen und -befugnissen, die es erschweren, Zeiten außerhalb des Unterrichts für Fortbildungen für das Gesamtkollegium zu finden. Der Lehrermangel verschärft diese Situation zusätzlich. Insofern müssen Angebote sich in ihrer Struktur verstärkt an diese unterschiedlichen Voraussetzungen adaptieren, um qualitativ hochwertig zu sein, aber auch tatsächlich von der Zielgruppe in Anspruch genommen werden zu können. Unter diesen Bedingungen ist die Zahl der bisher erreichten Schulen im PNO umso positiver einzuschätzen. Bei den weniger zeitintensiven bedarfsorientierten Fortbildungen zeigt sich dementsprechend eine relativ hohe Beteiligung von Schulen im Vergleich zur Teilnahme an den umfangreicheren Schulentwicklungsprozessen.

Eine weitere Herausforderung des PNO liegt in der Notwendigkeit einer stetigen Anpassung an sich verändernde Bedarfe: Dies zeigte sich z.B. im Rahmen der Migrations- und Fluchtbewegungen in 2015, als kurzfristig ein zusätzliches Fortbildungsmodul zur *Begegnung mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrung* entwickelt wurde. In besonders hohem Maße wurde die neu entwickelte bedarfsorientierte Fortbildung *Gesund groß werden im digitalen Zeitalter* in Anspruch genommen, die offenbar eines der aktuell brisantesten gesundheitlichen und pädagogischen Themen aufgreift.

Die Evaluation zeigt gute Ergebnisse in der Verbesserung insbesondere der seelischen Gesundheit der Kinder, die somit als Hauptzielgruppe gut von der Qualifizierung zur *Gesundheitsförderlichen Einrichtung* profitieren. Gleichzeitig hat sich die subjektive gesundheitliche Situation der Fach- und Lehrkräfte in den Bildungseinrichtungen jedoch nicht verbessert. Dieser Befund muss in der Weiterentwicklung des PNO verstärkt einbezogen werden.

3.1 Gestaltungsaspekte gelingender Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune

Um relevante Gestaltungsaspekte für einen kombinierten Ansatz aus kommunalem Netzwerkaufbau und der Umsetzung in den Settings der Bildungseinrichtungen zu identifizieren, können Hinweise zum Management kommunaler Netzwerke, Erkenntnisse der Implementationsforschung sowie kommunale Orientierungen bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention herangezogen werden.

1. Erkenntnisse gelingenden Netzwerkmanagements in der Kommune

Für die gelingende Netzwerkarbeit und -koordination beschreibt Schubert (2017) die Wichtigkeit von Zielfindung und -formulierung: Das Ziel eines Netzwerks muss kollektiv getragen werden, deshalb muss im Rahmen der Zielfindung und -klärung der Sinnkern des Netzwerks herausgearbeitet werden, der über die bloße Formulierung von Handlungszielen hinausgeht. Ist dies nicht der Fall, können kaum zustimmungsfähige Ziele vereinbart werden. Wichtige Gestaltungsprinzipien für Netzwerke sind dabei die Interdisziplinarität der Teilnehmenden, die Nutzerorientierung (Empathiefähigkeit, um die Bedürfnisse der potentiellen Nutzer zu identifizieren), die Herstellung emotionaler Resonanz (Aktivitäten sollen nicht nur funktional, sondern auch emotional anschlussfähig sein und zur Partizipation einladen) und die Balance zwischen Machbarkeit,

Durchführbarkeit und sozialer Erwünschtheit (Bestimmung, was unter zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Adressat*innen sinnvollerweise realisiert werden kann) (Schubert, 2017, S. 30ff). Für die kontinuierliche Moderation im Netzwerk sollen dabei folgende Leitlinien gelten: "(1) Balance von Zuständigkeit und Verantwortlichkeit, (2) Ermöglichen gemeinsamer Erfahrungen und Erfolge, (3) Herstellen von Ordnung bei gleichzeitigem Zulassen von Unordnung, (4) Bearbeitung und Eingrenzung der Konflikte, (5) Transparenz der gegenseitigen Erwartungen und (5) Offenhalten der Anschlüsse nach außen" (Schubert, 2017, S. 122). Die Bestimmung von Schnittstellen und Anschlussfähigkeiten ist dabei eine wichtige Aufgabe des Netzwerkmanagements (Schubert, 2017).

Die Erfahrungen des PNO haben gezeigt, dass für eine gelingende Netzwerkkoordination, die Verzahnung der Netzwerkebene mit den Bildungseinrichtungen, die flächendeckende Umsetzung sowie für die Sicherung der Nachhaltigkeit eine qualitativ und quantitativ adäquate personelle Ausstattung notwendig ist. Die Präventionsbeauftragten sind dabei als "Lots*innen zwischen den Systemen" die zentralen Ansprechpersonen für alle Kooperationspartner, suchen diese aktiv auf, organisieren, beraten und begleiten. Sie sind für die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Präventionskonferenz und der Runden Tische und aller weiteren Fachveranstaltungen verantwortlich und schaffen damit Vernetzungsgelegenheiten zum strukturierten Austausch. Sie vermitteln Angebote für Bildungseinrichtungen von PNO, verweisen als Expert*innen vor Ort aber auch auf die Leistungen von anderen Netzwerkpartnern und entwickeln PNO und dessen Angebote gezielt entlang der Bedarfe weiter. In der Zusammenarbeit mit den Bildungseinrichtungen sichern sie im engen Kontakt die weitere Umsetzung von Gesundheitsförderung und stehen den Kindertageseinrichtungen und Schulen unterstützend zur Seite. Netzwerkmanagement und -koordination ist also mit zeitlichem und personellem Aufwand verbunden, der ohne hauptamtlich Verantwortliche kaum zu bewältigen ist.

2. Erkenntnisse der Implementationsforschung von Prävention und Gesundheitsförderung

Aus der Forschung zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen haben sich einige Aspekte als wichtig für eine erfolgreiche Umsetzung herausgestellt (Badura et al., 2004, S. 12f): Maßnahmen müssen u.a.

- theoretisch gut begründet,
- individuen- und umweltzentriert,
- intersektorial also domainübergreifend,
- strukturiert (i.S.v. manualisiert oder curriculumbasiert), aber mit variabler Didaktik ausgestattet und von ausgebildeten Trainer*innen angeleitet,
- möglichst länger als neun Monate von Dauer,
- partizipativ und
- in die Versorgung implementiert sein.

Fröhlich-Gildhoff und Hoffer (2017) weisen im Zusammenhang mit einer erfolgreichen Implementation besonders auf die Wichtigkeit der Zielgruppenorientierung hin, also die Passung der Maßnahme zu den jeweiligen Adressat*innen. Sie identifizieren auf der Basis einer Literaturrecherche hierfür zwölf Implementationskriterien: (1) Akzeptanz der Intervention bei den Beteiligten, (2) Übernahme der Intervention in die Praxis der Zielgruppe, (3) Angemessenheit für ein bestimmtes Setting, (4) Realisierbarkeit in einem bestimmten Setting, (5) Verhältnis von Wiedergabetreue und Passgenauigkeit, (6) Wirtschaftlichkeit, (7) Implementationstiefe und (8) Nachhaltigkeit. Für Umsetzungen im frühpädagogischen Kontext ergänzen sie zudem (9) Merkmale der Einrichtung, (10) Merkmale der pädagogischen Fachkräfte, (11) Rolle und wahrgenommene Kompetenz der Referent*in und (12) (fach)politischer Rückhalt (Fröhlich-Gildhoff & Hoffer, 2017).

3. Kommunale Orientierung bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention

Neben den Erkenntnissen der Forschung ist für die gelingende Umsetzung auch die kommunale Orientierung und Ausrichtung zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention relevant. Gemäß den Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung des PNO müssen also nicht nur die fachlichen Konzepte überzeugend und fundiert sein, sondern sie sollten auch möglichst gut zu den konkreten Interessen der Kommune passen und dort zu Mehrwerten führen. So sind der breite Zugang und Erreichungsgrad für alle Bürgerinnen und Bürger sowie die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit durch weitgehend gleiche Verhältnisse im gesamten Landkreis wesentliche sozialpolitische Zielsetzungen des Ortenaukreises. Kommunale Unterstützungsangebote sollen deshalb niedrigschwellig, passgenau, nicht-stigmatisierend, bei gleichen Standards für alle zugänglich und daher möglichst unmittelbar und nachhaltig in den konkreten Lebenswelten verankert sein. Gleichzeitig soll gewährleistet werden, dass die Angebote Kinder und Familien mit besonderen Belastungen und somit auch Bildungseinrichtungen in Stadtteilen mit einem erhöhten Aufkommen psychosozialer Belastungsfaktoren besonders gut erreichen. Dabei hat sich besonders die Zusammenarbeit verschiedener kommunaler Akteure bewährt, wie z.B. dem ÖGD, den Jugendämtern, der Kinder- und Jugendhilfeplanung usw., die ohnehin schon mit den Bildungseinrichtungen kooperieren. Um dabei ein systematisches Vorgehen zu sichern, sind klare Steuerungs- und Umsetzungsstrukturen sowie eine möglichst umfassende Planungs- und Entscheidungsgrundlage notwendig, z.B. durch zentrale und regionale Präventionsbeauftragte sowie mit Hilfe einer ressortübergreifenden Gesundheitsberichterstattung. Das kommunale Engagement kann dabei Signalwirkung für systemübergreifende Zusammenarbeit entwickeln und die Kommune somit zum Impulsgeber für weitere systemübergreifende Entwicklungen werden. Aus kommunaler Sicht ist darüber hinaus immer auch die Ausgewogenheit des Gesamtportfolios aus Gesundheitsförderung, Prävention und Kinderschutz ein relevanter Faktor.

2.2 Übergang in nachhaltige Finanzierung und Regelversorgung

Sollen Angebote aus der Projekt- oder Anschubförderung in eine kommunal finanzierte Regelversorgung übergehen, gilt es die Mehrwerte für die Kommune möglichst konkret herauszustellen. Im Folgenden werden einige der möglichen Mehrwerte und Argumentationslinien dazu - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - auf Grundlage der Erfahrungen des PNO dargestellt.

1. Anknüpfen an bestehende Strukturen

Projektvorerfahrungen - wie im Ortenaukreis durch den erfolgreichen Aufbau der Frühen Hilfen - können sich als sehr förderlich für plausible und stringente Anschlusskonzepte erweisen. Neben den unmittelbar positiven Vorerfahrungen verantwortlich handelnder Akteure, aber auch der politisch Verantwortlichen im Landkreis stellen bereits bestehende Netzwerkstrukturen und das Anknüpfen an bereits vorhandene fachliche und organisatorische Einheiten einen wichtigen Gelingensfaktor dar. Auch die grundsätzliche Ausrichtung an einer flächendeckenden und bürgernahen Versorgungsstruktur bildet eine durchgängige Orientierungslinie kommunaler Ausrichtung, die sich im konsequenten Aufbau einer mit konkreten Inhalten gefüllten Präventionskette sehr gut wiederfindet.

2. Ökonomische Aspekte

Kommunen erhoffen sich im Zusammenhang mit Investitionen selbstverständlich auch einen positiven Nutzen im Sinne eines return of investment. Eine zumindest langfristige Kostenersparnis kann dabei z.B. durch die Verhinderung oder Verringerung von Erkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter oder auch durch

begünstigende Auswirkungen auf den Bereich der Hilfen zur Erziehung eintreten. Nicht immer liegen entstehende Folgekosten im finanziellen Verantwortungsbereich der Kommune, sodass sowohl betriebswirtschaftliche wie auch volkswirtschaftliche Aspekte eines ökonomischen, aber auch eines gesellschaftlichen Gewinns von Bedeutung sind. Spätestens vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung mit der Verschiebung der gesellschaftlichen Altersstruktur und der - trotz aktuellem Anstieg - insgesamt niedrigen Geburtenrate (Statistisches Bundesamt, 2017) ist die gesunde Entwicklung jedes Kindes für Kommunen nicht nur von sozialem und humanitärem, sondern zunehmend auch von ökonomischem Interesse geprägt. Ökonomische Auswertungen von Heckman (2008) zum Zusammenhang von Aufwuchsbedingungen und der weiteren beruflichen und gesundheitlichen Biographie unterstützen dabei eindrücklich die Sinnhaftigkeit und Relevanz von sehr frühen und präventiven Maßnahmen. Da die Auswertungen von Heckman (2008) allerdings auf Studien im US-Amerikanischen Raum basieren, in denen die sozialstaatliche Infrastruktur deutlich schwächer ist, können diese Wirkungseffekte nicht in gleichem Maße für Deutschland erwartet werden.

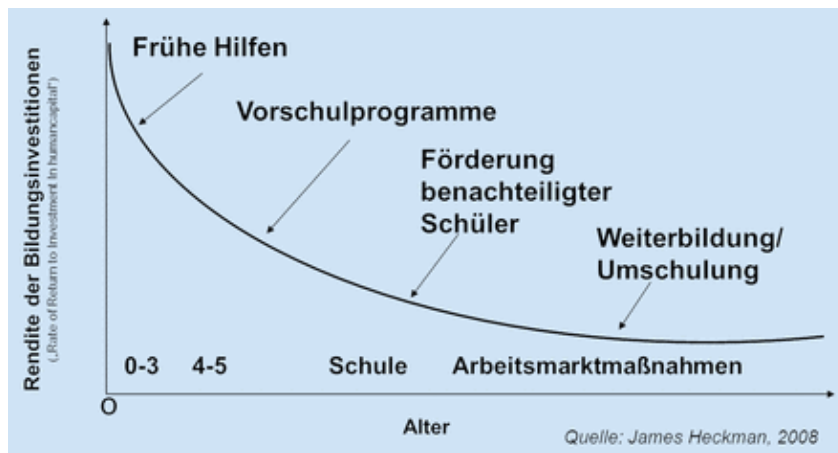


Abbildung 2: Darstellung zum Return of Investment von Investitionen in Bildung nach Heckman (2008)

Kommunen haben zudem ein hohes Interesse, begrenzt zur Verfügung stehende Gelder sinnvoll und wirksam zu verausgaben. In diesem Zusammenhang können evaluierte und wissenschaftlich verbriefte Maßnahmen und Programme eine hilfreiche Entscheidungsgrundlage liefern.

3. Imagegewinn für die Kommune

Die Realisierung einer Präventionskette für alle Kinder und Familien sowie die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit kann bei den Bürgerinnen und Bürgern im Landkreis, aber auch in der regionalen und überregionalen Außenwirkung wesentlich zu einer positiven Wahrnehmung einer Kommune oder Region beitragen. Investitionen in die Zukunft von Kindern und Familien sind für Städte und Landkreise durchaus auch nutzbar, um sich als besonders attraktiven Ort zum Leben und Arbeiten präsentieren zu können. Hierfür ist ein grundsätzliches Verständnis über den Sinn präventiver Maßnahmen bei den lokalen Entscheidungsträgern von Vorteil, etwa dahingehend, dass Ausgaben nicht primär als Kostenfaktor, sondern eben als Investitionen in die Zukunft der Kinder und Familien im Landkreis verstanden werden.

Neue Möglichkeiten der Kooperation ergeben sich für Kommunen durch das bereits erwähnte Präventionsgesetz von 2015. Im Jahr 2014 sind - vor Einführung des Präventionsgesetzes - für Prävention und Gesundheitsförderung etwa 11,3 Milliarden Euro, also etwa 3,5 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, aufgewendet worden (Robert-Koch-Institut, 2015). Dieser Anteil ist laut Robert-Koch-Institut (2015) in den

20 Jahren zuvor nahezu stabil geblieben. Gemessen an der Bedeutung, die Prävention und Gesundheitsförderung im wissenschaftlichen und politischen Diskurs einnehmen, war deren finanzielle Grundlage damit lange Zeit gering. Maßnahmen nach dem Lebensweltansatz wurden 2014 mit etwa 0,45 Euro pro Versicherter*in unterstützt (GKV-Spitzenverband, 2014). Das Präventionsgesetz gibt nun Ausgaben von 2 Euro pro Versicherungsnehmer*in und Jahr für die Settings Kindertagesstätten und Schulen vor. Der Fokus des Präventionsgesetzes liegt dabei auf der Bestimmung der Ausgestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention, ohne dabei die (Mit-)Verantwortung kommunaler Akteure konkret zu regeln (Meierjürgen, 2015), wobei sowohl die trägerübergreifende Zusammenarbeit als auch der Einbezug kommunaler Stellen als wichtig unterstrichen wird. In der Zusammenarbeit mit den Trägern der Sozialversicherung empfehlen die kommunalen Spitzenverbände den kommunalen Partnern die Aktivitäten entlang der örtlichen Gesundheits- und Sozialberichterstattung zu gestalten (Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag & Deutscher Städte- und Gemeindebund, 2013). Trojan et al. (2016) merken dazu an, dass der wünschenswerte Strukturaufbau, der für nachhaltige Zielentwicklungs- und Koordinationsprozesse notwendig ist, jedoch nur schwer durch zeitlich begrenzte Förderzusagen umzusetzen ist. Ohne einen nachhaltigen Strukturaufbau und die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation drohe die Fortsetzung der kurzlebigen 'Projektitis' (Trojan et al., 2016). Dies ist auch eine grundlegende Erkenntnis erfahrener Praktiker/innen. Trotz der insgesamt noch sehr eingeschränkten Möglichkeiten ist der Zeitpunkt für Kommunen, in Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren, derzeit eher günstig, da sich durch das Präventionsgesetz zwar kein Handlungszwang, durchaus aber Möglichkeiten zur (Ko)Finanzierung durch die Gesetzlichen Krankenkassen und weitere Sozialversicherungsträger bieten (Trojan et al., 2016). Im PNO wurde genau dieser Weg beschritten, in dem ein gut eingeführtes und evaluiertes Projekt durch ein innovatives gemeinsames Finanzierungsmodell zwischen Landkreis und mehreren Sozialversicherungsträgern auf Grundlage des Präventionsgesetzes in eine dauerhafte Finanzierungsperspektive übergeführt wurde. Dabei finanziert der Ortenaukreis die notwendige Personalausstattung zur *flächendeckenden* kreisweiten Umsetzung durch zentrale und regionale Präventionsbeauftragte, während die Sozialversicherungsträger die Finanzierung der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten Kindertagesstätten und Schulen übernehmen. Dieses Modell ist mit Mehrwerten auf beiden Seiten verbunden.

3 Zusammenfassung

In breit angelegten Studien zeigt sich wiederholt, dass insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien ungünstige Gesundheitsprognosen haben (Delekat & Kis, 2001; Hölling et al., 2014; Kersting-Dürrwächter & Mielck, 2001; Klocke & Lampert, 2005; Mielck, 2001; Ravens-Sieberer et al., 2003). Universell-präventive Maßnahmen der Gesundheitsförderung können einen nicht-stigmatisierenden Zugang zu allen Kindern herstellen und so im Sinne früher Prävention deren weitere Entwicklung positiv beeinflussen.

Wirkungsnachweise für präventive Maßnahmen werden dabei häufig mit Meta-Analysen untersucht, wobei deren Ergebnisse eher auf geringe Wirksamkeitseffekte hindeuten. Dies scheint jedoch auch in methodischen Herausforderungen begründet zu liegen: Methoden, wie sie in der evidenzbasierten Forschung angewendet werden, scheinen aus den zuvor diskutierten Gründen nicht vollständig geeignet zu sein, um die Wirkungen insbesondere universeller Prävention zu bewerten (Badura et al., 2004; Beelmann, 2006; Durlak & Wells, 1997).

Mit dem in 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz rückt die Kommune als Dachsetting für Gesundheitsförderung und Prävention weiter in den Fokus, wobei im Rahmen des Gesetzes insbesondere die Krankenkassen zu einer Erhöhung der Ausgaben für präventive Maßnahmen in den Lebenswelten verpflichtet wurden. Die Gelegenheit zur gemeinsamen Investition von Kommunen und Sozialversicherungsträgern ist also günstig, wobei vorrangig dem Aufbau einer kommunalen Unterstützungsstruktur, und nicht der zeitlich begrenzten Umsetzung von Einzelmaßnahmen, nachgegangen werden sollte. Als Beispiel für eine systematische, kommunale Präventionsstrategie wurde das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO) vorgestellt, das nach vierjähriger Förderphase als wichtiger Versorgungsbaustein in eine dauerhaft

ausgerichtete Finanzierung übergeben wird. Für eine erfolgreiche Überführung gilt es, an den unmittelbaren Interessen der Kommune anzusetzen und gleichzeitig auf Basis von Forschungsergebnissen deren gelingende Umsetzung zu verfolgen.

Endnoten

1. PNO wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in der Förderlinie "Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen" von November 2014 bis Oktober 2018 gefördert (Förderkennzeichen: 02K12B050 und 02K12B051).
2. Gemeint sind hier Kindertageseinrichtungen, Krippen, Stadtteil- und Familienzentren.
3. Gemeint sind hier Grundschulen, SBBZ, Schulkindergärten, Hort/ Schulkindbetreuung.
4. Es handelt sich um ungefähre Angaben, da einige wenige Bildungseinrichtungen auch mehrere Angebote in Anspruch genommen haben.

Literatur

Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (2004). Fehlzeiten Report 2003: Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Privatleben. Zahlen, Daten, Analysen auf allen Branchen der Wirtschaft. Berlin: Springer.

Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgswissenschaft. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(2), 151-162.

Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, BZgA.

Böttinger, U. (2016). Frühe Hilfen und Erziehungsberatung Hand in Hand. Die Frühen Hilfen im Ortenaukreis. In Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Hrsg.), Beratung in Bewegung. Beiträge zur Weiterentwicklung in den Hilfen zur Erziehung (S. 82-99). Fürth: bke.

Böttinger, U., Fröhlich-Gildhoff, K., Schickler, A. & Kassel, L. (2017). Kommunale Gesundheitsförderung unter Beteiligung relevanter Akteure. Forum Gemeindepsychologie, 22(1). Verfügbar unter: http://www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2017_02.html [12.09.2019].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2010). Nationales Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin: Eigenverlag. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_Gesund_aufwachsen.pdf [12.09.2019].

Dadaczynski, K., Baumgarten, K. & Hartmann, T. (2016). Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Kritische Würdigung und Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes. Prävention und Gesundheitsförderung, 11, 214-221.

Delekat, D. & Kis, A. (2001). Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999 - Spezialbericht 2001-1. Verfügbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/assets/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie-2001-1.pdf>

[08.08.2018].

Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag & Deutscher Städte- und Gemeindebund (2013). Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune. Verfügbar unter: http://www.staedtetag.de/imperia/md/content/dst/internet/fachinformationen/2013/rahmenempfehlung_praevention_20 [07.08.2018].

Durlak, J. A. & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents. A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2017). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Hoffer, R. (2017). Methodische und methodologische Herausforderungen der Wirkungsforschung unter Praxisbedingungen in der Frühpädagogik - Lösungen jenseits des "Goldstandards". In I. Nentwig-Gesemann & K. Fröhlich-Gildhoff (Hrsg.), *Forschung in der Frühpädagogik X. Zehn Jahre frühpädagogische Forschung - Bilanzierungen und Reflexionen* (S. 209-228). Freiburg: FEL Verlag.

GKV-Spitzenverband (2014). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. GKV-Spitzenverband. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfa [07.08.2018].

Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2015). *Settingansatz / Lebensweltansatz*. BZgA. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/> [15.09.2019].

Heckman, J.J. (2008). Schools, Skills, and Synapses. *Economic Inquiry*, 46(3), 289-324. doi.org/10.1111/j.1465-7295.2008.00163.x

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). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57(7), 807-819. doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3

Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa-Verlag.

Kassel, L., Rauh, K. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2017). Partizipative Bedarfsanalyse kommunaler Akteure. *Grundlage einer kommunalen Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung*, 12(3), 174-180.

Kersting-Dürrwächter, G. & Mielck, A. (2001). Unfälle von Vorschulkindern im Landkreis Böblingen. *Unfallursachen und Risikogruppen. Das Gesundheitswesen*, 63, 335-342.

Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 37-44. doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-077

Klocke, A. & Lampert, T. (2005). Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/pdf/Armut_bei_Kindern.pdf [12.09.2019].

Langness, A. (2006). Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei sozial benachteiligten Kindern. Dissertation. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Meierjürgen, R. (2015). Präventionsgesetz: Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Gesundheits- und Sozialpolitik, 69(6), 25-31.

Mensink, G.B.M., Schienkiewitz, A., Rabenberg, M., Borrmann, A., Richter, A. & Haftenberger, M. (2018). Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3(1), 32-38. doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-007

Mielck, A. (2001). Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. In A. Klocke & K. Hurrelmann (Hrsg.), Kinder und Jugendliche in Armut (S. 230-253). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T. & Neuhauser, H. (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3(1), 8-15. doi.org/10.17886/rki-gbe-2018-004

Präventionsgesetz - P räVg. (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015, Teil I, Nr. 31 vom 24.07.2015. Köln: Bundesanzeiger.

Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. & Erhart, M. (2003). Körperliche, psychische und soziale Ungleichheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (S. 19-98). Weinheim: Juventa.

Richter-Kornweitz, A. & Utermark, K. (2014). Gesund aufwachsen für alle Kinder! Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Verfügbar unter: http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Werkbuch-Praeventionskette_Doppelseite.pdf [05.08.2018].

Richter-Kornweitz, Holz, G. & Kilian, H. (2017). Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. BZgA. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=254> [27.02.2017].

Robert-Koch-Institut (2015). Einzelkapitel 6: Wieviel geben wir für unsere Gesundheit aus? Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (Hrsg.). RKI. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/06_ge [07.08.2018].

Röhrle, B. (2008). Die Forschungslage zur Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit. Prävention, 1, 10-13.

Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2015). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Verfügbar unter: http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-163.html [08.01.2016].

- Schickler, A., Böttinger, U. & Bressau, E. (2018). Soziale und gesundheitliche Situation von 3- bis 10-jährigen Kindern sowie Infrastruktur und Arbeitsfelder im Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- und Bildungssystem im Ortenaukreis. Landratsamt Ortenaukreis & Amt für Soziale und Psychologische Dienste Ortenaukreis (Hrsg.). Präventionsnetzwerk Ortenaukreis.
- Schienkiewitz, A., Brettschneider, A.-K., Damerow, S. & Schaffrath Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 16-22. doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-005.2
- Schmidkte, C., Kuntz, B., Starker, A. & Lampert, T. (2018). Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(4), 68-76. doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-093
- Schubert, H. (2017). *Netzwerkmanagement in Kommune und Sozialwirtschaft: eine Einführung*. Wiesbaden: Springer.
- Schubert, I. & Horch, K. (2004). Schwerpunktbericht: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Robert Koch-Institut. doi.org/10.25646/3095
- Statistisches Bundesamt. (2017). Demografischer Wandel: Die Älteren werden mehr. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/BevoelkerungSoziales/Bevoelkerung/Bevoelkerungspyramide.html> [11.08.2018].
- Trojan, A., Reisig, V. & Kuhn, J. (2016). Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden: Entwicklungsstand und Perspektiven für das Setting "Kommune" nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(4), 259-264.
- Trojan, A. & Süß, W. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 345-355). Bern: Verlag Hans Huber.
- WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion.-1986 [04.07.2016].
- Zeiher, J., Starker, A. & Kuntz, B. (2018). Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 40-45. doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-008

Autoren

Katharina Rauh

krauh@bitte-keinen-spam-eh-freiburg.de

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Kinder- und Jugendforschung im Forschungs- und Innovationsverbund FIVE e. V. an der Evangelischen Hochschule Freiburg

Ullrich Böttinger

ullrich.boettinger@bitte-keinen-spam-ortenaukreis.de

