



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

# Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Gesundheitswissenschaften

## **Gesundheitsförderung bei Kleinkindern**

Eine empirische Studie über die Inanspruchnahme von  
Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter auf Grundlage der  
Einschulungsuntersuchungen und der BZgA-Aktion „Ich geh‘ zur U! Und  
Du?“ in Neubrandenburg

## **Masterthesis**

**zur**

**Erlangung des akademischen Grades**

## **Master of Science in Public Health and Administration**

Vorgelegt von: Enrica Hinz

Betreuer: Prof. Dr. Gabriele Claßen  
Prof. Dr. Willi Neumann

Tag der Einreichung: 13. Juni 2008

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0080-9

# Danksagung

*„Die Dinge sind nie so wie sie sind. Sie sind immer das,  
was man aus ihnen macht.“*

*Jean Anouilh*

*An erster Stelle bedanke ich mich bei Frau Dr. Berthold und Frau Woelke, vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in Neubrandenburg, die mir von Beginn meiner Masterthesis an über die Planungsphase bis zur Durchführung der Aktion „Ich geh‘ zur U! Und Du?“ mit Rat und Tat zur Seite gestanden haben.*

*Des Weiteren bedanke ich mich bei meiner Gutachterin, Frau Prof. Dr. Claßen, die viele wegweisende Gespräche mit mir führte.*

*Ich bedanke mich bei den Erzieher/-innen der Kindertagesstätten, ohne deren Bereitschaft die Umsetzung der Aktion bei weitem nicht möglich gewesen wäre.*

*Ebenso danke ich den Eltern, die an meiner Befragung teilgenommen haben, ohne deren Unterstützung das Thema lange nicht so konkret und spannend geworden wäre.*

*Mein besonderer Dank gilt meiner Familie, meinem Partner, meinen Freunden und Kommilitonen, die mit mir wertvolle Diskussionen geführt und Korrektur gelesen haben.*

## Inhaltsverzeichnis

---

Abbildungsverzeichnis .....	V
Tabellenverzeichnis.....	VII
Abkürzungsverzeichnis .....	VIII
Anhangsverzeichnis .....	IX
1    Einleitung .....	1
2    Gesundheit von Vorschulkindern - eine Herausforderung für die Gesundheitsförderung und Prävention.....	5
2.1    Begriffe: Gesundheit - Gesundheitsförderung-Prävention .....	5
2.2    Gesundheit von Vorschulkindern allgemein in Deutschland .....	10
2.3    Gesundheit von Vorschulkindern im Bundesland Mecklenburg Vorpommern und in der Kommune Neubrandenburg .....	15
2.3.1    Geographische Lage .....	15
2.3.2    Demographie.....	16
2.3.3    aktuelle gesundheitliche Situation von Vorschulkindern .....	18
3    Das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern in Deutschland .....	22
3.1    Bedeutung und gesetzliche Grundlagen .....	22
3.2    Inhalte und Umfang der Früherkennungsuntersuchungen.....	24
3.3    Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen.....	32
3.3.1    Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens .....	32
3.3.2    Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen.....	36

4	Eine Studie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in Neubrandenburg.....	40
4.1	Methodik.....	40
4.1.1	Hintergrund und Fragestellungen .....	40
4.1.2	Beschreibung des Forschungsdesigns.....	41
4.1.3	Methodik der Längsschnittstudie.....	43
4.1.4	Methodik der Querschnittstudie .....	46
4.2	Ergebnisse der Längsschnittstudie zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen 2003/04 bis 2006/07 .....	54
4.2.1	Beschreibung der Grundgesamtheit.....	54
4.2.2	Vorsorgestatus .....	55
4.2.3	Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen .....	56
4.2.4	Inanspruchnahme der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen .....	58
4.3	Ergebnisse der Querschnittstudie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen nach Sozialstatus .....	61
4.3.1	Beschreibung der Grundgesamtheit.....	61
4.3.2	Vorsorgestatus nach Sozialstatus.....	62
4.3.3	Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen nach Sozialstatus.....	64
4.3.4	Inanspruchnahme der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen nach Sozialstatus .....	66
4.4	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse .....	70
5	Die Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“ zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in Neubrandenburg .....	72
5.1	Design und Zielsetzung der Aktion .....	72
5.2	Implementierung der Aktion.....	75
5.3	Durchführung der Aktion.....	78

5.4	Evaluation der Aktion.....	80
5.4.1	Zur Akzeptanz der Aktion .....	80
5.4.2	Zur Transparenz und Effektivität der Aktion .....	85
5.5	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse .....	91
6	Quantitativ erhobene Gründe für Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an Früherkennungsuntersuchungen .....	94
6.1	Untersuchungsdesign und Methodik .....	94
6.1.1	Zielsetzung und Fragestellungen .....	94
6.1.2	Erhebungsmethodik .....	96
6.1.3	Datenanalyse .....	98
6.2	Ergebnisse.....	100
6.2.1	Charakteristika der Stichprobe .....	100
6.2.2	Deskriptive Statistik.....	104
6.2.3	Hypothesenprüfung.....	109
6.3	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse .....	114
7	Perspektiven und Herausforderungen der Gesundheitsförderung von Kleinkindern unter besonderer Betrachtung der Untersuchungsergebnisse .....	117
	Literaturverzeichnis.....	121
	Anhang .....	140

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum .....	6
Abbildung 2: Karte Mecklenburg Vorpommern .....	16
Abbildung 3: Altersaufbau der Bevölkerung am 31.12.2006 in M/V .....	17
Abbildung 4: gesundheitliche Befunde bei Einschülern in MV 2003/04 und 2004/05 .....	19
Abbildung 5: Anteil der Einschüler mit Auffälligkeiten in unterschiedlichen Bereichen in MV 2003/04 und 2004/05 .....	19
Abbildung 6: Anteil der Einschüler mit Auffälligkeiten in unterschiedlichen Bereichen in MV und Neubrandenburg im Schuljahr 2004/05 .....	20
Abbildung 7: Anteil Neubrandenburger Einschüler mit Auffälligkeiten in unterschiedlichen Bereichen in den Schuljahren 2004/05 bis 2006/07 ....	21
Abbildung 8: Apgar-Score .....	26
Abbildung 9: Teilnahme an Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Kindesalter nach Untersuchungsstufen in Deutschland für das Jahr 2006 .....	38
Abbildung 10: Studiendesign der empirischen Studie .....	43
Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl der untersuchten Kinder zu den schulärztlichen Untersuchungszeitpunkten .....	54
Abbildung 12: Vollständigkeit der Untersuchungen (2003/04 - 2006/07) .....	57
Abbildung 13: Anzahl der versäumten Untersuchungen (2003/04 - 2006/07) .....	57
Abbildung 14: Sozialindex insgesamt .....	62
Abbildung 15: Vorsorgestatus nach Sozialstatus .....	62
Abbildung 16: Vollständigkeit der U-Untersuchungen nach Sozialstatus .....	64
Abbildung 17: Inanspruchnahme von U-Untersuchungen nach Sozialstatus .....	67
Abbildung 18: Standortpunkte der Aktion .....	73
Abbildung 19: Organisationsstruktur der Aktion .....	78
Abbildung 20: Stichprobenzusammensetzung .....	80
Abbildung 21: Geschlecht der Stichprobe in Prozent .....	81
Abbildung 22: anstehende Vorsorgeuntersuchungen im Zeitraum der Aktion .....	83
Abbildung 23: Ergebnis der Abschlusserhebung .....	83
Abbildung 24: Gesamtbeurteilung der Aktion .....	85

Abbildung 25: Bewertung der Flyer und Plakate.....	86
Abbildung 26: Bewertung der U-T-Shirts in Hinblick auf motivationalem Charakter ..	87
Abbildung 27: Bewertung der Zielvorgaben der Aktion .....	88
Abbildung 28: soziodemographische Faktoren.....	95
Abbildung 29: Zusammensetzung der Stichprobe .....	100
Abbildung 30: Altersverteilung der Probanden .....	101
Abbildung 31: Schulabschluss der Probanden.....	101
Abbildung 32: Ausbildung der Probanden.....	102
Abbildung 33: Beschäftigungsverhältnis der Probanden.....	102
Abbildung 34: Geschlecht des Kindes .....	103
Abbildung 35: Anzahl der Kinder in der Familie .....	103
Abbildung 36: „Wussten Sie, dass die wichtigsten Impfungen bei den Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden?“ .....	105
Abbildung 37: „Wussten Sie, dass die Kosten aller Früherkennungsuntersuchungen die Krankenkasse oder das Sozialamt trägt?“ .....	105
Abbildung 38: „Konnte Ihr Kind an allen bisher vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen?“ .....	106
Abbildung 39: Beurteilung des Erinnerungsverfahrens und Einführung einer gesetzlichen Pflicht zur Früherkennungsuntersuchungen.....	109

## **Tabellenverzeichnis**

---

Tabelle 1: Zeiträume der Früherkennungsuntersuchungen.....	25
Tabelle 2: Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen in verschiedenen Kommunen U1-U9.....	37
Tabelle 3: Bildung der Variable Sozialstatus.....	51
Tabelle 4: Vorlage des Untersuchungsheftes im Zeitraum 2003/04 bis 2006/07 .....	56
Tabelle 5: Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder Neubrandenburg 2004-2007.....	59
Tabelle 6: Sozialindex insgesamt.....	61
Tabelle 7: Vorlage des Vorsorgeheftes – Sozialstatus.....	63
Tabelle 8: Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen - Sozialstatus .....	65
Tabelle 9: Chi-Quadrat-Test - Inanspruchnahme der einzelnen U-Untersuchungen hinsichtlich des Sozialstatus.....	69
Tabelle 10: Kindertageseinrichtungen der Stadt Neubrandenburg nach Stadtgebieten .....	75
Tabelle 11: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen nach Stadtgebieten im Zeitraum 2004 bis 2007 .....	76
Tabelle 12: Inanspruchnahme der U7, U8 und U9 in den Kindertagesstätten 2004-2007 .....	77
Tabelle 13: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen vor Aktionsbeginn .....	81
Tabelle 14: Gründe für Nichtteilnahme an Aktion seitens der Eltern.....	90
Tabelle 15: Schwierigkeiten bei der Durchführung der Aktion.....	91
Tabelle 16: „Was spricht dafür, an einer solchen Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen?“ .....	104
Tabelle 17: Gründe für eine Nicht-Teilnahme aus Sicht der Eltern.....	107
Tabelle 18: Hypothesenprüfung mit der Zielvariable „Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen“ (ja/nein) .....	111

---

## Abkürzungsverzeichnis

---

BMI	Body Mass Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
MV	Mecklenburg Vorpommern
RKI	Robert-Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch

## **Anhangsverzeichnis**

---

Anhang 1: Erhebungsbogen

Anhang 2: Fragebogen zur Gesamtbeurteilung der Aktion

Anhang 3: Fragebogen zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

Anhang 4: Glossar

Anhang 5: Eidesstattliche Erklärung

Anhang 6: PDF-Dokument und SPSS-Tabellen auf CD-ROM

---

## 1 Einleitung

---

### „Kindergesundheit stärken“

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen rückt zunehmend in das Zentrum der wissenschaftlichen und öffentlichen Aufmerksamkeit. Ein Grund hierfür kann darin gesehen werden, dass Kinder und Jugendliche der Ausgangspunkt für eine gesunde Bevölkerung in der Zukunft sind (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2007, S. 1512). Gerade in dieser Lebensphase können frühzeitig diagnostizierte Krankheiten und Entwicklungsdefizite effizient und effektiv behandelt werden. Im Kinders- und Jugendalter festigen sich gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, die insgesamt zu einer gesunden Lebensführung beitragen können (vgl. Pinquart/Silbereisen 2004, S. 63; Lohaus/Ball 2003, S. 49). Es werden Handlungsgewohnheiten (z. B. Ernährungsgewohnheiten) und Einstellungen (u. a. zum Alkohol- und Nikotinkonsum) gebildet, die sich in späteren Lebensabschnitten nur schwer korrigieren lassen. Prävention und Gesundheitsförderung sollten also frühzeitig einsetzen, um Krankheiten bzw. Entwicklungsverzögerungen rechtzeitig behandeln und ungünstige Entwicklungen und gesundheitliche Risiken im Vorfeld verhindern zu können (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2007, S. 1512; Schubert/Horch 2004, S. 159). Wenn es gelingt, schon bei Kindern- und Jugendlichen ein Verantwortungsgefühl für die eigene Gesundheit zu wecken und zu fördern, so wird sich das im späteren Leben positiv auswirken (vgl. Baumann 2007, S. VII).

Für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen werden schon frühzeitig Maßnahmen der gesundheitlichen Vorsorge in Form von Schutzimpfungen und Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) angeboten. Das Früherkennungsprogramm für Kinder dient der Erfassung einer Vielzahl unterschiedlicher Krankheiten und Entwicklungsstörungen. Es umfasst die Untersuchungen U1 bis U9, die allen in der gesetzlichen Krankenversicherung mitversicherten Kindern kostenfrei zur Verfügung stehen, da sie zum Katalog der Regelleistungen gehören. Trotz des kostenfreien Angebots versäumen es einige Eltern mit ihren Kindern diese sekundärpräventive Maßnahme kontinuierlich wahrzunehmen. Bundesweit lässt sich feststellen, dass die Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter der Kinder deutlich abnimmt. Dies ist mit der negativen Konsequenz verbunden, dass eventuell vorliegende Erkrankungen und

Entwicklungsstörungen nicht frühzeitig erkannt und behandelt werden. Folglich werden die ohnehin hohen Kosten im Gesundheitswesen weiter steigen, denn frühzeitig erkannte Erkrankungen können im Allgemeinen mit geringerem Aufwand behandelt und chronische Beschwerden vermieden werden (vgl. Schubert 1996, S. 122). Insofern ist es von gesamtgesellschaftlichem Interesse, die Inanspruchnahme der Vorsorge- und Früherkennungsangebote zu fördern. Es sollte Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, Interventionen zu implementieren und gesellschaftliche Bedingungen zu schaffen, die die Gesundheit und damit die Chancengleichheit der Kinder verbessern können.

Die vorliegende Thesis widmet sich einer Studie über die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter mit regionalem Bezug Neubrandenburg. Neben der genauen Analyse der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in den Jahren 2004 bis 2007 in Neubrandenburg, gilt es im Speziellen den Einfluss von sozialen Faktoren und des Sozialstatus zu untersuchen.

Das Anliegen der Arbeit ist es zudem herauszufinden, aus welchen Gründen einige Eltern in einem geringeren Umfang mit ihren Kindern an den Untersuchungen teilnehmen als andere. Sind es die Angebotsformen oder das mangelnde Wissen der Eltern über die Früherkennungsuntersuchungen, dass mit zunehmendem Alter der Kinder die Nutzung immer lückenhafter wird? Sicherlich sind viele Gründe für diesen Tatbestand auszumachen. Es sollen psychische, soziale und strukturelle Barrieren der Inanspruchnahme beleuchtet werden. Aus der Analyse der Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens ergeben sich vielfältige Anhaltspunkte für effektive Möglichkeiten, die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zu steigern.

Eine Intervention zur Steigerung der Inanspruchnahme entwickelte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit ihrer Aktion „Ich geh` zur U! Und Du“ . Diese Aktion wurde von der Autorin dieser Arbeit<sup>1</sup> in Kooperation mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in drei Neubrandenburger Kindertagesstätten durchgeführt. Im Rahmen dieser Masterarbeit soll die lokale Umsetzung der BZgA-Aktion dargelegt werden. Zum einen unter dem Aspekt der theoretischen und methodischen Basis, zum anderen soll auf der praktischen Ebene geprüft werden, ob die Aktion, die an sie gestellten Ziele erreichen konnte.

---

<sup>1</sup> Eine Masterstudentin der Hochschule Neubrandenburg.

Zur Erschließung der genannten Thematiken ist die folgende Arbeit in fünf theoretische und empirische Kapitel gegliedert:

**Kapitel 2** beginnt mit einer Betrachtung der Gesundheit von Vorschulkindern. Dazu werden die zugrundeliegenden Begriffe dieser Arbeit näher erläutert. Neben einer Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbegriff, werden die Begriffe ‚Prävention‘ und ‚Gesundheitsförderung‘ voneinander abgegrenzt. Im Anschluss daran wird die aktuelle gesundheitliche Situation der Kinder in Deutschland und Mecklenburg Vorpommern dargelegt, wobei insbesondere auch die Situation der Einschüler der Stadt Neubrandenburg umrissen wird.

In **Kapitel 3** erfolgt die Beschreibung des Programms zur Krankheitsfrüherkennung, und es werden die bisherigen Ergebnisse zur Inanspruchnahme und zum Inanspruchnahmeverhalten von Früherkennungsuntersuchungen rezipiert. Dabei werden sowohl deutschsprachige als auch internationale wissenschaftliche Studien angeführt.

In **Kapitel 4** werden die Ergebnisse der Studie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in Neubrandenburg und die angewandte Methodik dargelegt. Im Mittelpunkt steht die Untersuchung von Fragestellungen und Hypothesen, die aus den Studienergebnissen des vorangegangenen Kapitels abgeleitet wurden. Die Analyse unterteilt sich in zwei Schritte. Im ersten Schritt wird auf Datengrundlage der Einschulungsuntersuchungen in Neubrandenburg die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen im Längsschnitt (2004 bis 2007) untersucht. Vor dem Hintergrund, dass insbesondere Eltern aus sozial schwächeren Verhältnissen das Vorsorgeangebot mit ihrem Kind seltener wahrnehmen, wurde im zweiten Schritt der Einfluss des Sozialstatus bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen einer Querschnittstudie analysiert.

In **Kapitel 5** wird die BZgA-Aktion „Ich geh`zur U! Und Du?“ als Untersuchungsobjekt der Forschungsarbeit vorgestellt, einschließlich der Beschreibung ihrer Ziele und der praktischen Umsetzung mit dem lokalen Schwerpunkt in Neubrandenburg. Im Anschluss daran soll die Akzeptanz und Transparenz der Aktion



aufgezeigt werden. In diesem Kontext lieferte eine Befragung der Erzieher/-innen der beteiligten Kindertagesstätten interessante und aufschlussreiche Ergebnisse, die ebenfalls im Zuge dieses Kapitels dargestellt werden.

**Kapitel 6** untersucht Gründe, die dazu beitragen können, dass einige Eltern das Vorsorgeangebot seltener mit ihren Kindern wahrnehmen als andere. Ziel dieser Analyse ist es insbesondere den Einfluss von sozialen Faktoren hypothetisch zu prüfen sowie regionale Defizite und Handlungsalternativen aufzuzeigen. Dazu wurde eine Elternbefragung zum Inanspruchnahmeverhalten durchgeführt. Die Beschreibung der methodischen Vorgehensweise, Ergebnisdarlegung und Interpretation sind die Schwerpunkte dieses Kapitels.

**Kapitel 7** erläutert auf Basis der Literaturanalyse und der Ergebnisse der eigenen Studie Strategien zur Verbesserung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen. Es werden Stärken und Schwächen des Früherkennungsprogramms als auch die aktuelle politische Entscheidung einzelner Bundesländer, die Früherkennungsuntersuchungen verpflichtend zu machen, diskutiert. Die Arbeit endet mit einem Fazit, das Perspektiven und Herausforderungen für die Gesundheitsförderung von Kleinkindern aufzeigt.

## **2 Gesundheit von Vorschulkindern - eine Herausforderung für die Gesundheitsförderung und Prävention**

„Kinder sind unsere Zukunft“

### **2.1 Begriffe: Gesundheit – Gesundheitsförderung – Prävention**

#### **Gesundheit**

Die Definition von Gesundheit<sup>2</sup> hat wesentlichen Einfluss darauf, welche Mittel für die Vorbeugung von Krankheit und die Wiederherstellung von Gesundheit (Prävention) sowie für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit (Gesundheitsförderung) als angemessen und notwendig angesehen werden.

Eine Vielfalt ganzheitlicher Gesundheitsbegriffe, die wie die Menschenbilder verschiedene Facetten und Gewichtungen aufweisen, ermöglichen keine allgemein gültige wissenschaftliche Definition von Gesundheit, so bleiben nur Beispiele von denen einige hier aufgeführt werden sollen. Heutige Definitionen von Gesundheit gründen sich auf historische Sichtweisen und deren Traditionen und Interessen aus den Blickwinkeln verschiedenster wissenschaftlicher Disziplinen. Daher ist es wichtig für ein heutiges Verständnis von Gesundheit auch auf frühere Ansätze einzugehen (vgl. Faltermaier et al. 1998, S.30).

In der Frühzeit galt Heilung und Krankheit als mystisches Werk böser Geister und Dämonen und wurde mit Zauberei gleichgestellt. Auch die vom mythologischen Glauben geprägten alten Kulturvölker setzten die Gesundheit mit Gottesgestalten wie Asklepios in Beziehung. Dabei stellt Asklepios, der Gott der Heilkunst, den größten göttlichen Heiler dar. In dieser Epoche wird Gesundheit als „Erlösung von Krankheiten“ verstanden.“ (Juchli 1994, S. 36).

Eine Idealform von Gesundheit bezeichnet einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, dabei ist der höchsterreichbare Gesundheitszustand eines der Grundrechte jedes Menschen, unabhängig von der Rasse, der Religion, der politischen Einstellung und ökologischen und sozialen Bedingung (WHO 1948). Bedeutend ist der Zusammenhang von Gesundheit und sozialem Umfeld sowie

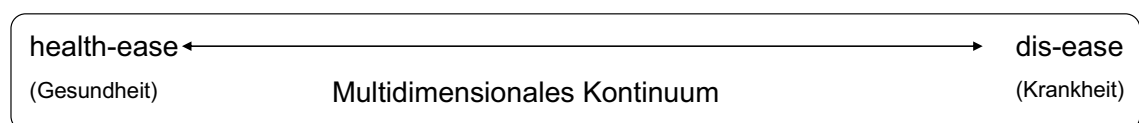
---

<sup>2</sup> themenspezifische Begriffe sind im Glossar (Anhang 4) aufgeführt

die Erkenntnis, dass Gesundheit etwas an sich Erstrebenswertes ist. Jedoch werden ausschließlich positive Assoziationen mit dem Begriff Gesundheit verknüpft. Die wörtliche Aussage „Leben ist gleichbedeutend mit der Fähigkeit, krank zu sein (und sei es auch nur ein Kranksein am Wissen, um die eigene Sterblichkeit); Leben heißt sogar die meiste Zeit etwas krank zu sein“ (Hersch 1981, zit. nach: Juchli, 1994, S.37) weist darauf hin, dass das Erreichen einer „absoluten Gesundheit“ einer Utopie gleichkommt und damit ein vollständiges Wohlergehen illusionistisch ist.

Gesundheit aus wissenschaftlicher Sicht ist ein angestrebter, aber nicht vollständig erreichbarer Zustand. Wegweisend waren die Arbeiten von Aron Antonovsky<sup>3</sup>. In seinem Konzept der Salutogenese setzt er eine Reihe von Strukturen mit der Entstehung bzw. dem Erhalt von Gesundheit im Zusammenhang, wobei er Krankheit und Tod als notwendige Bestandteile des Lebens ansieht. Antonovsky (1997, S. 23) formuliert in diesem Zusammenhang: „Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“ Das bedeutet, jeder Mensch, auch wenn er sich überwiegend als gesund erlebt, hat auch kranke Anteile, und solange Menschen am Leben sind, müssen Teile von ihnen auch gesund sein. Demnach sind Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Zustände, sondern die Extrempole auf einem multidimensionalen Kontinuum sind. Vorstellbar als ständige Bewegung auf einer Linie zwischen den Extremen vollkommene Gesundheit (health-ease) und völlig fehlende Gesundheit bzw. Krankheit (dis-ease) (HEDE-Kontinuum; Gesundheits-Krankheits-Kontinuum) (vgl. Lorenz 2004, S. 31).

Abbildung 1: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum



Eigene Darstellung

<sup>3</sup> Eine umfassende Beschreibung des Salutogenesmodells liefert Aron Antonovsky (1979) mit seinem Werk „The salutogenic model of health“, welches von Franke ins deutsche übersetzt worden ist: Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Übersetzung durch Franke) Verlag Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie: Tübingen 1997

## Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung setzt sich aus den zwei Wortbestandteilen „Gesundheit“ und „Förderung“ zusammen. Das Verständnis von „Förderung“ geht von einer „behutsamen Entfaltung“ vorhandener Ressourcen eines Individuums aus. Jedes Individuum ist mit bestimmten Fähigkeiten und Fertigkeiten ausgestattet, mit denen es unterschiedlichen Anforderungen des Lebens bewältigen kann (vgl. Fichten 1993, S. 7). Gesundheitsförderung knüpft an diese vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten an, um diese behutsam zur Entfaltung zu bringen. Dadurch sollen die Menschen zu mehr Eigenständigkeit und zu selbstverantwortlichem Handeln in Bezug auf ihre Gesundheit befähigt werden (vgl. Kellnhauser et al. 2000, S. 719). Dies entspricht auch der Vorstellung der Ottawa-Charta der WHO (1986). Laut ihr zielt Gesundheitsförderung „... auf einen Prozess allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. [...] Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassenden Wohlbefinden hin [...] Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung, sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fähigkeiten. Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen [...]“ (WHO: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986).

Im Gegensatz zur Prävention umfasst das Konzept der Gesundheitsförderung überwiegend Maßnahmen und Strategien, die auf die Erhaltung von Gesundheit angelegt sind, ohne auf die Vermeidung bestimmter Risiken und Störungen abzielen. Sie entspricht damit dem Modell der Salutogenese von Aron Antonovsky. Gesundheitsförderung beinhaltet Interventionen, die sich auf die noch gesunde Bevölkerung beziehen und umfasst die vorbeugenden, präventiven Zugänge zu allen Aktivitäten und Maßnahmen, welche die Lebensqualität von Menschen beeinflussen (vgl. Laaser/Hurrelmann/Wolters 1993, S. 177). Demnach setzt Gesundheitsförderung ein, bevor Individuen krank werden oder Risikofaktoren aufweisen. Das große innovative Potential der Gesundheitsförderung liegt darin, dass sie einen dynamischen Gesundheitsbegriff verwendet und davon ausgeht, dass Gesundheit im

Zusammenwirken von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren nach dem Verständnis des integrativen Gesundheitsbegriffs bestimmt wird. Sie unterscheidet sich in ihrem Ansatz von der Prävention und der Medizin, indem sie ihr Ziel nicht direkt, sondern über die langfristige Veränderung von gesundheitsrelevanten Determinanten erreicht (vgl. Ruckstuhl et al. 2001, S. 35). An Stelle einer individuellen Betreuung kranker und gefährdeter Personen will Gesundheitsförderung durch den sogenannten „Settingansatz“ Gesundheit allgemeiner fördern. Dabei wird gesundheitsorientiertes Handeln auf einen übergeordneten lebensweltlichen Kontext bezogen. Durch die Bereitstellung von Informationen, gesundheitsbezogener Bildung und der Verbesserung lebenspraktischer Kompetenzen unterstützt sie die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten (vgl. Stöver 2000, S. 277 ff).

### Prävention

Unter Prävention wird allgemein die Vorbeugung und Verhütung verstanden, z.B. von Krankheiten. Prävention wird häufig in einem Atemzug mit dem Begriff der Gesundheitsförderung genannt. Um die unterschiedliche Bedeutung der beiden Begriffe deutlich machen zu können, sollen an dieser Stelle die drei Präventionsstufen vorgestellt werden.

Die erste Stufe der Prävention wird *Primärprävention* genannt. Sie setzt vor dem Auftreten von Frühsymptomen ein und soll Krankheiten und Störungen verhindern (vgl. Kellnhauser et al. 2000, S. 720). Die Primärprävention beinhaltet alle Maßnahmen zur Vorbeugung und Früherkennung bestimmter Risikofaktoren, die das Auftreten von gesundheitsrelevanten Problemen verhindern bzw. verringern sollen (vgl. Hurrelmann/Laaser 1998, 395ff). Sie zielt auf den Zustand ab, in dem Krankheiten oder auch Risikofaktoren noch nicht in Erscheinung getreten sind, wo es also darauf ankommt Gesundheit zu erhalten (z.B. Zähne putzen oder rückschonendes Arbeiten) (vgl. Kellnhauser et al. 2000, S. 720).

Die zweite Stufe der Prävention, die sogenannte *Sekundärprävention*, strebt die Früherkennung und Behandlung von Zuständen an, die als gesundheitsgefährdend gelten und zu unterschiedlichen Problemen und Störungen führen können (vgl. Kellnhauser et al. 2000, S. 720). Kurz gefasst ist sie eine Intervention zur Entdeckung und Behandlung von Krankheiten im Frühstadium mit dem Ziel die Krankheit zu



verkürzen. (vgl. Hurrelmann/Laaser 1998, 395ff).<sup>4</sup> Zu ihren typischen Aufgaben gehören neben der Erfassung von Krankheiten durch Untersuchungen auch die Identifizierung und Beseitigung von Risikofaktoren. Damit sind vor allem diejenigen krankheitsauslösenden Faktoren gemeint, die im Körper selbst wirksam werden oder von der Umwelt aus auf das Individuum einwirken (z.B. erhöhter Blutdruck, Rauchen, Stress) (vgl. Kellnhauser et al. 2000, S. 720).

Die letzte und dritte Form der Prävention ist die *Tertiärprävention*. Diese Form will vor allem Folgeschäden von Erkrankungen für Betroffene und ihr soziales Umfeld verringern oder beseitigen, z.B. durch Anwendung von Prophylaxen oder Copingverfahren. Die tertiäre Prävention setzt erst nach akuter Krankheitsbehandlung ein, um mögliche Folgeschäden zu verhindern (vgl. Kellnhauser et al. 2000, S. 720). Damit soll die Wiederherstellung von Gesundheit im Sinne von Funktionsfähigkeit und Lebensfähigkeit nach einem Krankheitsereignis erreicht werden (vgl. Hurrelmann/Laaser 1998, 395ff). Diese letzte Form beinhaltet insgesamt Maßnahmen zur Vermeidung von Krankheiten und liegt damit im Bereich der Pathogenese. In der Medizin wird hierfür der Begriff der Prophylaxe verwendet.

### Gesundheitsförderung vs. Prävention

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich Prävention an Krankheiten und Risikofaktoren richtet, mit dem Ziel diese zu vermeiden. Sie ist meist auf bestimmte Themen zentriert und richtet sich an bestimmte Bevölkerungsgruppen, die gefährdet sind. Während Prävention in der Regel Individuen einer Risikogruppe betrachtet, steht im Zentrum der Gesundheitsförderung die salutogene Frage nach den Bedingungen, die Individuen brauchen, um Gesundheit als Kompetenz zu entwickeln. Demnach setzen sich gesundheitsfördernde Interventionen mit den fördernden Bedingungen und Kompetenzen auseinander, die die Gesundheit ermöglichen und aufrechterhalten.

---

<sup>4</sup> Hierzu zählen die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen.

## 2.2 Gesundheit von Vorschulkindern allgemein in Deutschland

Zur Beschreibung der Gesundheitssituation von Kindern in Deutschland werden vorhandene Ergebnisse aus unterschiedlichen Datenquellen (Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattungen, Schuleingangsuntersuchungen) zusammenfassend dargestellt. Das Ziel der Analyse ist es, exemplarisch und gekürzt Themenschwerpunkte zur Gesundheit von Kindern – speziell von Vorschulkindern – in Deutschland aufzudecken, um diese für das Bundesland Mecklenburg Vorpommern und den Untersuchungsort Neubrandenburg vertiefend zu untersuchen.

Im Jahr 2006 lebten in Deutschland 11,4 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 15 Jahren. Sie stellen einen Anteil von rund 14% an der Gesamtbevölkerung dar (vgl. destatis 2007, [Url.](#)). Damit hat sich der Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung infolge des kontinuierlichen Geburtenrückganges und der ständig steigenden Lebenserwartung in den vergangenen 30 Jahren fast halbiert. Neben der absoluten Kinderzahl hat auch der Anteil der zweit- und drittgeborenen Kinder innerhalb einer Familie abgenommen. Laut Statistik (vgl. destatis 2007, [Url.](#)) hat zurzeit (Stand: 10.09.2007) jede Familie in Deutschland 1,33 Kinder.

Der Gesundheitszustand der Kinder in Deutschland hat sich, gemessen an der Säuglings- und Kindersterblichkeit<sup>5</sup>, in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert (vgl. Schubert/Horch 2004, S. 36ff). Für die gesundheitliche Versorgung stehen in Deutschland flächendeckend ambulante und stationäre Behandlungsangebote nach dem neusten medizinischen Stand zur Verfügung (vgl. Schubert/Horch 2004, S. 152ff). Infektionskrankheiten haben im Zuge der allgemeinen Verbesserung der sozioökonomischen und hygienischen Bedingungen, der Verfügbarkeit von Antibiotika und Schutzimpfungen drastisch abgenommen (vgl. Schubert/Horch 2004, S. 106). Trotz dieser positiven Entwicklung gibt die gesundheitliche Situation von Kindern Anlass zur Unruhe. Der allgemeine Mythos der Kindheitsphase als ‚unbeschwerteste‘ oder ‚gesündeste‘ Lebensphase, als Zeitraum von besonderer Vitalität und gesundheitlicher Stärke, ist in der epidemiologischen und medizinsoziologischen Forschung längst überholt (vgl. Franzkowiak 2003, S. 25).

---

<sup>5</sup> Laut Schubert/Horch (2004, S. 37) lag die Säuglingssterblichkeit im Jahr 2000 bei 4,4 Sterbefälle je 1.000 Lebendgeborene. Die Sterblichkeit von Kindern im Alter zwischen 1 und 15 Jahren verminderte sich um den Faktor 65 (vgl. Kurth et al. 2002, S. 852).

Bereits 1996 hat die BZgA vorhandene Daten zum Gesundheitszustand von Kindern im Alter bis zu zehn Jahren analysiert. Die Ergebnisse belegen, dass Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken bei Kleinkindern und Kindern im Vorschulalter zunehmen<sup>6</sup>. In Hinblick auf Gesundheitsprobleme, die häufig auftreten, folgenreich und präventiv beeinflussbar sind, lauten die zentralen Analyseergebnisse:

- Über- und Untergewicht gehören zu den häufig festgestellten Defiziten
- viele Kinder weisen Defizite bei der körperlichen Ausdauerleistungen, altersgerechter Körperkraft und der Koordinationsfähigkeit auf; damit verbunden ist die Zunahme von Haltungsschäden sowie Unfälle im Straßenverkehr, im häuslichen Bereich und im Freizeitbereich
- es treten immer häufiger verzögerter Spracherwerb, Verhaltensauffälligkeiten und Konzentrationsstörungen in jeweils unterschiedlichen Altersphasen auf
- die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) nimmt mit zunehmendem Alter der Kinder ab.

Aktuelle Publikationen zur Kindergesundheit in Deutschland – wie der Schwerpunktbericht des Robert-Koch-Institutes (2004) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und die KIGGS-Studie<sup>7</sup> (2006) – verweisen auch noch Jahre später auf dieselben Gesundheitsprobleme. Diese Studien betonen unter anderem, dass sich ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel für einen Großteil der deutschen Kinder und Jugendlichen zu einem immer schwerwiegenden Problem entwickeln. Laut der KIGGS-Studie (2006) sind hochgerechnet auf Deutschland 1,9 Millionen Kinder- und Jugendliche übergewichtig. Damit ist die Zahl der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen auf Basis von Referenzdaten aus 1985-1999 um die Hälfte gestiegen, die Zahl der adipösen Kinder hat sich in dem Zeitraum sogar verdoppelt (vgl. Kurth/Schaffrath/Rosario 2007, S. 737; Schindler-Marlow 2006, S. 20). Nach Strang et al. (2005, S. 54) haben die Hälfte der übergewichtigen Kinder sogar mit

---

<sup>6</sup> Die ausführlichen Ergebnisse dieser Analyse sowie die daraus resultierenden Ziele und Leitlinien für die Gesundheitsförderung im Kindesalter sind im Buch der BZgA (Hrsg.) „Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen“ (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 3, 1998) dokumentiert.

<sup>7</sup> Der erste repräsentative deutsche Kinder- und Jugendgesundheitsurvey untersuchte von Mai 2003 bis Mai 2006 17.641 Kinder und Jugendliche in Deutschland. Damit liefert die Studie eine aktuelle bundesweite Datenlage zum Gesundheitszustand und Gesundheitsproblemen von Kindern- und Jugendlichen. Dieser Survey wurde im Jahr 2002 in Angriff genommen, betreut vom Robert-Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 837; Franzkowiak 2003, S. 26).

Begleiterkrankungen oder Risikofaktoren zu kämpfen, wie beispielsweise erhöhter Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus II, aber auch Schwächen des Stütz- und Bewegungsapparates (vgl. Suter/Hawes 1992, S. 748f; Kampe / Ketelhut 2001, S. 151). Diese Entwicklungen werden auch vom RKI (vgl. Schubert/Horch 2004, S.98) beobachtet.

Eingeschränkte Bewegungserfahrungen können nach Meyer-Nürnberger (2002, S. 864) körperliche Leistungsbeeinträchtigungen sowie motorische Defizite und Auffälligkeiten verursachen. Ausdruck dieser Entwicklungen ist die Zunahme mangelnder Koordinationsfähigkeit und die erheblichen Defizite in der altersgerechten Körperkraft und den Ausdauerleistungen. Heute liegen bereits 30% der Erst- und Zweitklässler mit ihren motorischen Fähigkeiten unter dem gewünschten Durchschnitt<sup>8</sup>. Bei Sechs- bis Siebenjährigen fehlt sogar bis zu 53% die erforderliche Koordinationsfähigkeit (vgl. KIGGS-Studie 2006, zit. nach: Ärzte Zeitung 2008, Url.). Allgemein liegen die Leistungen in den Bereichen Gleichgewicht, Koordinationsfähigkeit, Raumorientierung und Geschicklichkeit heute schon um etwa 10% unter den ersten ermittelten Werten von vor 15 Jahren (vgl. Zimmer/Volkamer 1987, zit. nach: Zimmer 2003, S. 31).

Die Verminderung der motorischen Leistungsfähigkeit führt parallel zu frühzeitigen Haltungsschwächen und Haltungsschäden. Dies konnten erste Ergebnisse der CHILT-Studie (2004, Url.) beziffern, wonach 40% bis 60% der Kinder Haltungsschwächen und Haltungsschäden aufweisen. Ebenso berichten das Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen sowie die bundesweite Studie „Unbewegte Kinder“ (2002, S. 8f) über derartige Probleme infolge muskulärer Defizite.

Neben der Zunahme von körperlichen Defiziten und Problemen in verschiedenen Wahrnehmungsbereichen (auditiv, taktil, visuell)<sup>9</sup>, treten – wie bereits die Analyseergebnisse der BZgA von 1996 belegen – immer häufiger verzögerter Spracherwerb, Verhaltensauffälligkeiten und Konzentrationsstörungen in jeweils unterschiedlichen Altersphasen auf. Generell treten Sprech- und Sprachstörungen

---

<sup>8</sup> Rückwärts balancieren, seitliches Hin- und Herhüpfen oder etwa einbeiniges Überhüpfen von Hindernissen wurden 1974 als Normwerte festgelegt.

<sup>9</sup> auditiv (Adj.): das Hören betreffend; taktil (Adj.): den Tastsinn betreffend ; visuell (Adj): das Sehen oder den Gesichtssinn betreffend (vgl. Wahrig-Burfeind 2001, S. 91 und S. 921f)

oftmals kombiniert mit anderen Störungen in der Entwicklung des Kindes auf bzw. bedingen diese, können die soziale Integration erheblich erschweren und letztendlich weit reichende Auswirkungen haben (vgl. Meyer Nürnberger 2002, S. 864). Eine der zentralen Datenquellen zur Darlegung der zunehmenden Entwicklungsstörungen im Kindesalter sind die Schuleingangsuntersuchungen, da sie den Gesundheitszustand über die jeweiligen Altersjahrgänge komplett erfassen. In einzelnen Schuleingangsuntersuchungen (Saarland, Weser-Ems, Schwerin, Mecklenburg Vorpommern etc.) weisen teilweise bis zu einem Viertel aller Einschüler Auffälligkeiten in diesem Bereich auf, wobei deutlich mehr Jungen als Mädchen betroffen sind (vgl. Meyer Nürnberger 2002, S. 864).

Allgemein steigt die Zahl der Kinder, bei denen frühzeitig sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt werden kann, weil ihre Basiskompetenzen in Sprache, Motorik, Verhalten oder Emotionalität deutliche Defizite aufweisen, stetig an. Für diese Befundbereiche zeigt sich die Notwendigkeit des frühzeitigen Erkennens, Abklärens und der gezielten Behandlung. Demgegenüber sinkt, laut Lehmann (2002, S. 941), die Nutzung von Angeboten der Prävention und Früherkennung, je älter die Kinder und Jugendlichen werden<sup>10</sup>. Daher ist vor allem die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Angeboten der Prävention und Früherkennung sowie der Gesundheitsförderung in Deutschland verbesserungsbedürftig.

Nicht zuletzt soll bei der Betrachtung der Kindergesundheit in Deutschland auch auf die vielfach diskutierten Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit eingegangen werden. In einer kaum mehr überschaubaren Vielzahl von Arbeiten ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit niedrigem sozialen Status zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen. So liegt die Mortalitätsrate (Sterblichkeit) und Morbiditätsrate (Häufigkeit der Erkrankungen) in den unteren Statusgruppen höher als bei Personen mit höherem sozio-ökonomischen Status (vgl. Grobe/Schwartz 2003; Helmert 2003; Mielck 2000; Heinzel-Gutenbrunner 1999). Dies wird darauf zurückgeführt, dass sozial Benachteiligte, also Personen mit niedriger Bildung, Migrationshintergrund, niedrigem Status und/oder Einkommen besonders hohen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, ein „ungünstigeres“ Gesundheits-

---

<sup>10</sup> vgl. hierzu Teilkapitel 3.3: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, S. 33ff

verhalten aufweisen, weniger Leistungen bzw. Angebote des Gesundheitssystems (z.B. Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen) wahrnehmen<sup>11</sup> sowie über weniger Bewältigungsressourcen verfügen (vgl. Ravens-Sieberer/Thomas 2003, S. 69ff; Bisig/Gutzwiller 1999; Witschi et al. 2000, zit. nach: Bisig et al. 2001, S. 63). Betroffen sind sowohl Erwachsene als auch Kinder, wie die folgenden Ergebnisse des Robert-Koch Institutes (2001) belegen: Demnach schnitten gerade Kinder aus sozial schwachen Verhältnissen bei Schuleingangsuntersuchungen wesentlich schlechter ab als Kinder aus Familien mit einem mittleren oder hohen sozialen Status. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede im motorischen Bereich, hinsichtlich der Sprachentwicklung sowie der intellektuellen und psychomotorischen Entwicklung. Auch Adipositas (Übergewicht) und kinderpsychiatrische Störungen traten bei Kindern aus Elternhäusern mit einem niedrigen sozialen Status häufiger auf.

Im Zuge der Analyse hat sich herausgestellt, dass Kinder in Deutschland zunehmend Auffälligkeiten in den Bereichen „körperliche Gesundheit“, „Sprech- und Sprachstörungen“ und „Störungen der motorischen Entwicklung und Koordination“ aufweisen. Diese Aspekte werden im Folgenden für Mecklenburg Vorpommern und der Kommune Neubrandenburg vertiefend erörtert. Dazu wird zunächst auf die demographischen Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern in der Region eingegangen.

---

<sup>11</sup> vgl. hierzu Teilkapitel 3.3.2: Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen, S. 39

## **2.3 Gesundheit von Vorschulkindern im Bundesland Mecklenburg Vorpommern und in der Kommune Neubrandenburg**

### **2.3.1 Geographische Lage**

„As us ‚Herggott‘ die Welt erschaffen ded, fung hei bi Mecklenborg an, un tworsten von de Ostseeside her.“ Mit diesen Worten pries der berühmteste Dichter Mecklenburgs, Fritz Reuter, das Küstenland im Nordosten Deutschlands an (vgl. hierzu Abbildung 2, S. 16). Mecklenburg Vorpommern (MV) hat eine Fläche von 23.182 Quadratkilometern, auf der fast 1,7 Millionen Menschen leben. Mit durchschnittlich 73 Einwohnern je Quadratkilometer ist MV das am dünnsten besiedelte Bundesland (vgl. Statistisches Amt MV 2007, S. 24).

Im Südosten des Landes liegt die im Jahr 1248 gegründete Stadt *Neubrandenburg* (vgl. hierzu Abbildung 2: Karte Mecklenburg Vorpommern, S. 16). Die kreisfreie Stadt ist mit einer Einwohnerzahl von 66.598 (Stand: September 2007 – stadteigene Angabe) und einer Fläche von ca. 86 Quadratkilometern die drittgrößte Stadt im Bundesland MV.

Neubrandenburg ist nach der Stadtgebietseinteilung vom 5. Oktober 1995 (vgl. Beschluss Nr. 336/14/95 der Stadtvertretung) in 10 Stadtgebiete und 27 Stadtgebietsteile eingeteilt.<sup>12</sup> Die höchste Einwohnerzahl weist das Stadtgebiet Ost mit 15.972 Einwohnern auf, gefolgt von dem Stadtgebiet West mit 9.032 Einwohnern und dem Stadtgebiet Süd mit 7.314 Einwohnern (Stand: September 2007 – stadteigene Angaben). Zu den Stadtteilen mit den geringsten Einwohnerzahlen zählen das Katharinenviertel mit 2.933 Einwohnern und die Innenstadt mit 3.379 Einwohnern (Stand: September 2007 – stadteigene Angaben).

---

<sup>12</sup> Die weiteren Ausführungen beziehen sich explizit nur auf die Stadtgebiete.

Abbildung 2: Karte Mecklenburg Vorpommern



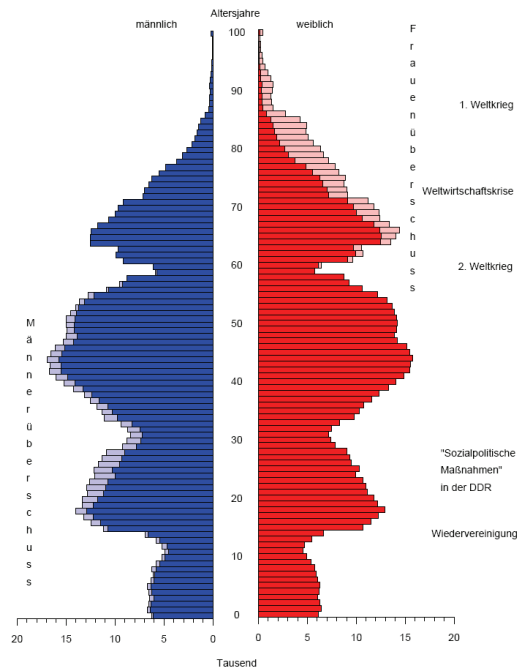
Quelle: Hochschule Neubrandenburg 2006, Url.

### 2.3.2 Demographie

Seit 1990 hat sich die Einwohnerzahl in MV um ca. 200.000 verringert (vgl. Statistisches Amt MV 2007, S. 24). Nach Mitteilung des Statistischen Amtes MV ist der Bevölkerungsrückgang sowohl auf Wanderungsverluste als auch auf das Geburtendefizit zurückzuführen<sup>13</sup>. Das starke Geburtendefizit, die beträchtlichen Wanderungsverluste bei jungen Menschen und die gestiegene Lebenserwartung führen außerdem zur Veränderung in der Altersstruktur der Bevölkerung Mecklenburg Vorpommerns (vgl. hierzu Abbildung 3, S. 17). Im Zeitraum 1990 bis 2006 ist in MV der Kinderanteil im Alter von 0 bis 14 Jahren um mehr als die Hälfte (57,5%) gesunken (vgl. Statistisches Amt MV 2006, S.3f). Am Jahresende 2006 waren nur noch 10,0% der Bevölkerung unter 15 Jahre alt (1990: 22,0%), demgegenüber waren 24,2% der Bevölkerung 65 Jahre und älter (1990: 10,9%) (vgl. Statistisches Amt MV 2007, S. 41). Das statistische Durchschnittsalter der Bevölkerung war bis zum Jahresende 2006 auf 43,8 Jahre angestiegen und damit um 8 Jahre höher als nach 1990 (vgl. Statistisches Amt MV 2007a, Url.). Die Altersstruktur der Bevölkerung MV verschiebt sich demnach zu Ungunsten der jüngeren Bevölkerungsgruppen.

<sup>13</sup> Der Rückgang im Jahr 2006 (gegenüber 1990: - 11,2 Prozent) ist zu weniger als zwei Drittel auf anhaltend hohe Wanderungsverluste (- 8.858) und zu mehr als einem Drittel auf das hohe Geburtendefizit (- 4.647) zurückzuführen. Die Zahl der Geburten nahm 2006 wieder zu, und zwar um 2,3 Prozent und erreichte je 1.000 Einwohner erst wieder 61 Prozent des Niveaus von 1990 (vgl. Statistisches Amt Mecklenburg Vorpommern 2007, S. 63)

Abbildung 3: Altersaufbau der Bevölkerung am 31.12.2006 in M/V<sup>14</sup>



Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg Vorpommern 2007, S. 43

Die Bevölkerungsentwicklung von *Neubrandenburg* ähnelt insgesamt der des Landes MV: Geburtendefizit, Wanderungsverluste und gestiegene Lebenserwartung bewirken eine deutliche Verringerung der Bevölkerungszahl vor allem der Altersgruppe der 0- bis unter 15-Jährigen (vgl. Statistisches Amt MV 2007b, [Url.](#))<sup>15</sup>. Weniger als 10% (N=6.339) der Bevölkerung waren im Jahr 2007 unter 15 Jahre alt, aber die Hälfte der Bevölkerung (50,2%) waren 45 Jahre und älter (N=33.413) (Stand: September 2007 - stadteigene Angabe). Der Altersdurchschnitt betrug 43,2 Jahre und ist damit gegenüber 1990 sogar 10 Jahre höher (vgl. Statistisches Amt MV 2007b, [Url.](#)).

Nachdem die demographischen Veränderungen für das Aufwachsen von Kindern in Mecklenburg-Vorpommern dargelegt wurden, soll im Folgenden auf die gesundheitliche Situation von Kindern in Mecklenburg Vorpommern eingegangen werden.

<sup>14</sup> In der Bevölkerungspyramide ist der Altersaufbau der Bevölkerung Mecklenburg Vorpommern in Altersklassen getrennt nach Geschlechtern dargestellt. Am Rand lässt sich die Anzahl der männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung der jeweiligen Altersklasse ablesen. Männer- bzw. Frauenüberschüsse werden jeweils in hellroter bzw. hellblauer Farbe dargestellt.

<sup>15</sup> Neubrandenburg hat ein Geburtendefizit von -52 und ein Wanderungsverlust von -619 für das Jahr 2006 zu verzeichnen.

### **2.3.3 aktuelle gesundheitliche Situation von Vorschulkindern**

Die Gesundheitsberichte (GBE) des Sozialministeriums Mecklenburg Vorpommern dokumentieren zentrale Gesundheitsprobleme von Vorschulkindern und Schulkindern in Mecklenburg Vorpommern und in den Kommunen, u.a. auch Neubrandenburg. Derzeit liegen drei aktuelle Gesundheitsberichte vor, die sich hinsichtlich Schwerpunktsetzung und Differenzierungsgrad unterscheiden: der Gesundheitsbericht von 2001/2002, der Gesundheitsbericht 2002/2003 und der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2006. Die Analyse der vorliegenden GBE-Daten erlaubt – trotz fehlender einheitlicher Systematik und unterschiedlicher Differenziertheit – die Darstellung prioritärer Problemfelder in Bezug auf die Gesundheit von Kindern in Mecklenburg Vorpommern.

Die Gesundheit von Kindern in Mecklenburg Vorpommern hat sich –gemessen an der Säuglings- und Kindersterblichkeit – insgesamt verbessert. Im Zeitraum 1991 bis 2006 ist die Kinder- und Säuglingssterblichkeit deutlich zurück gegangen<sup>16</sup>. Ebenso spielen Infektionskrankheiten so gut wie keine Rolle mehr, hingegen werden bei der Einschulung bei einem beträchtlichen Anteil der Kinder Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten registriert (vgl. Sozialministerium MV 2006, S. 4).

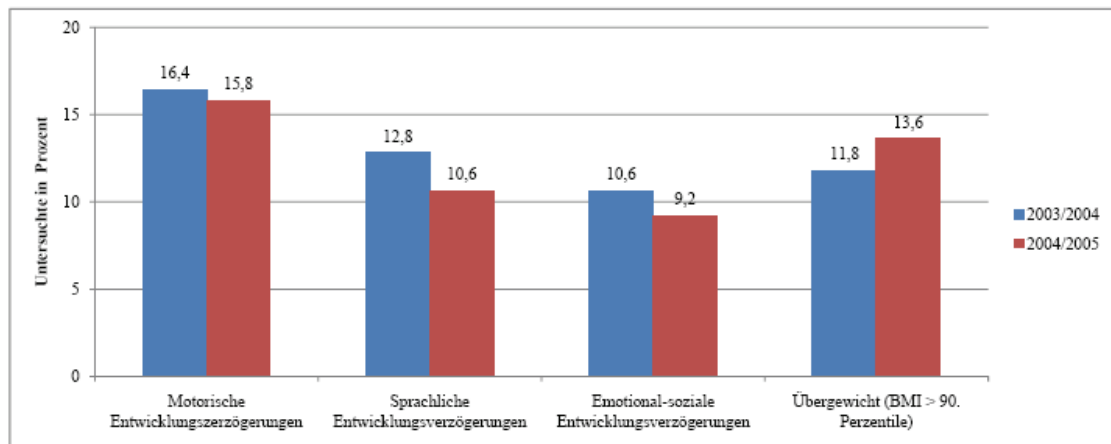
Im Gesundheitsbericht von 2001/2002 waren die häufigsten Befunde: die Herabsetzung der Sehschärfe (17% der Einschüler), Schielen (7,5% der Einschüler) sowie Sprachstörungen (7% der Einschüler) und Hörstörungen (ca. 5% der Einschüler). Bei den körperlichen Befunden ist auffallend, dass 7,5% der Einschüler übergewichtig waren.

Neben den „klassischen“ Befunden (Sehen, Hören und Sprechen) wurden im Gesundheitsbericht von 2002/2003 (vgl. Sozialministerium MV 2004) und im Kinder und Jugendbericht MV (vgl. Sozialministerium MV 2006) auch Auffälligkeiten der physischen und psychischen Entwicklung sowie der Wahrnehmungsfähigkeit von Einschülern erfasst. Demnach litten über 10% der Einschüler unter Übergewicht (Tendenz steigend: von 2003/04 zu 2004/05 um ca. 3% gestiegen), jedes sechste Kind hatte Defizite im motorischen Bereich und jedes zehnte Kind wies sprachliche oder emotional-soziale Entwicklungsverzögerungen auf (vgl. Abbildung 4, S. 19) (vgl. Sozialministerium MV 2004, S. 81; Sozialministerium MV 2006, S. 5).

---

<sup>16</sup> Mit einem Wert um 4‰ liegt MV auch im internationalen Vergleich auf einem Spitzenplatz.

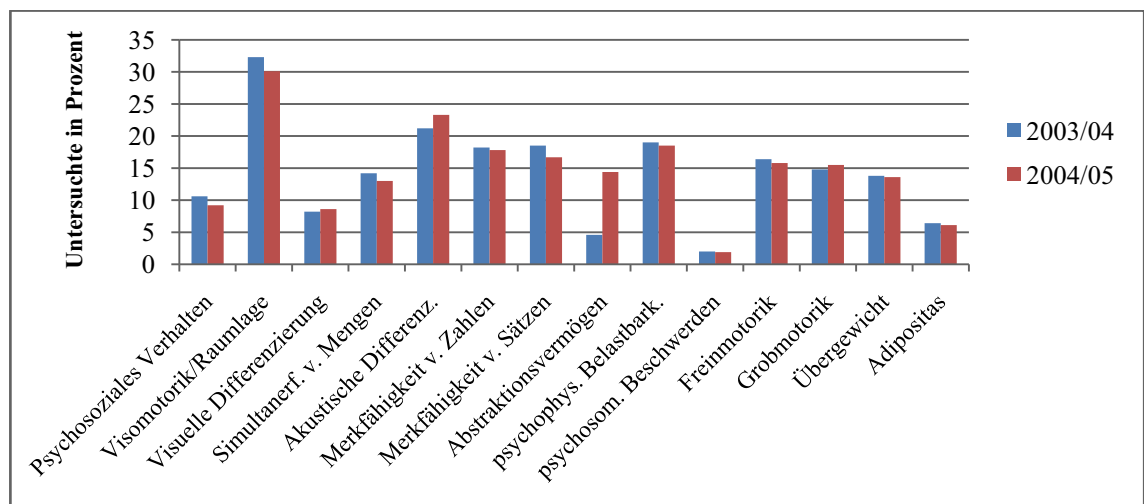
Abbildung 4: gesundheitliche Befunde bei Einschülern in MV 2003/04 und 2004/05



Eigene Darstellung nach: Sozialministerium 2004, S. 81

Differenziertere und aktuellere Daten zur Kindergesundheit in MV liefern die Einschulungsbefunde der letzten Jahre. Die Befunde von 2003/04 bis 2004/05 zeigen, dass jedes dritte Kind Auffälligkeiten in der Visomotorik, nahezu jedes fünfte Kind Schwächen in der Merkfähigkeit von Zahlen und Sätzen und jedes sechste Kind Probleme in der Grob- und Feinmotorik aufweist (vgl. Sozialministerium MV 2006, S. 28). Jedes siebte Kind war zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung übergewichtig, ca. 6% der Kinder waren stark übergewichtig (adipös). Hinsichtlich des Anteils der Einschüler, die Auffälligkeiten in diesen Bereichen aufwiesen, waren im Zeitraum 2003/04 bis 2004/05 keine bedeutenden Veränderungen zu registrieren (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Anteil der Einschüler mit Auffälligkeiten in unterschiedlichen Bereichen in MV 2003/04 und 2004/05

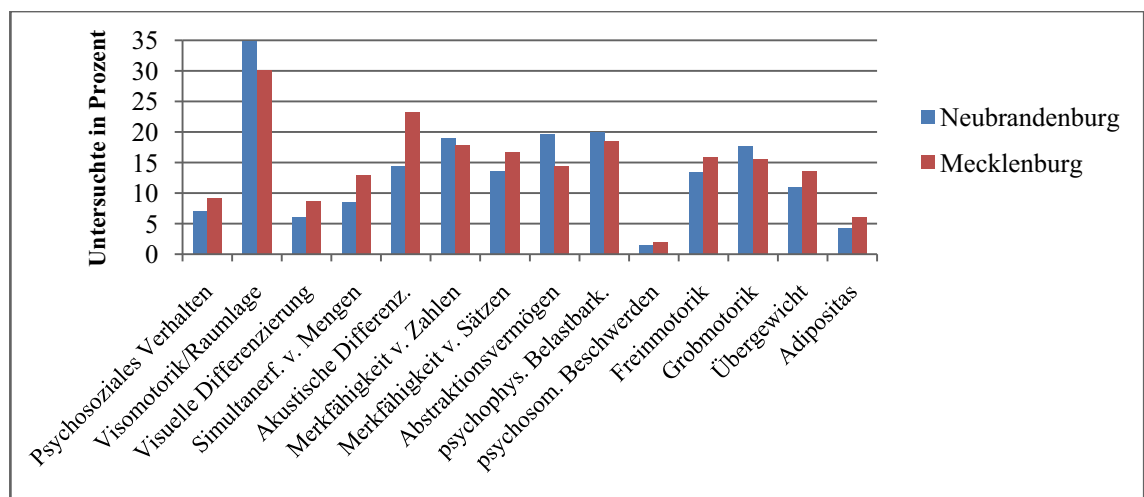


Eigene Darstellung anhand der Daten vom Sozialministerium MV 2006, S. 26ff

Bei den analogen Einschulungsbefunden<sup>17</sup> für *Neubrandenburg* fällt auf, dass ebenfalls eine beachtliche Anzahl von Kindern im Schuljahr 2004/05 Probleme in diesen Bereichen aufwiesen.

Ein Vergleich mit dem Bundesland Mecklenburg Vorpommern zeigt, dass in Neubrandenburg vor allem in den Bereichen Visomotorik/Raumlage, Merkfähigkeit von Zahlen, Abstraktionsvermögen, psychophysische Belastbarkeit und Grobmotorik ein erhöhter Anteil auffälliger Befunde gegenüber dem Durchschnitt in MV zu registrieren war (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Anteil der Einschüler mit Auffälligkeiten in unterschiedlichen Bereichen in MV und Neubrandenburg im Schuljahr 2004/05



Eigene Darstellung anhand der Daten vom Gesundheitsamt Neubrandenburg und Statistischen Amt MV 2004/05

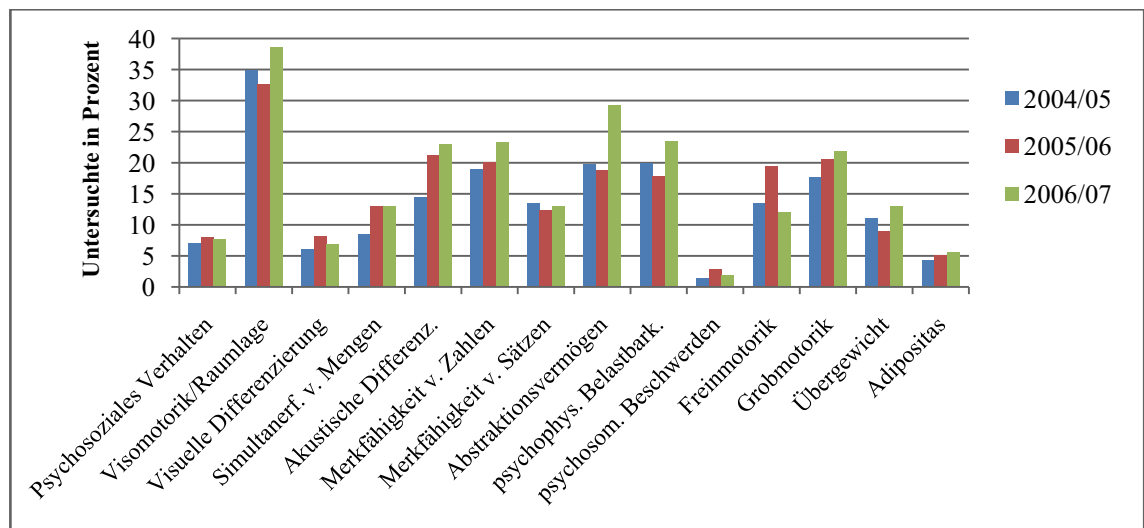
Bezüglich dieser Auffälligkeiten<sup>18</sup> ist seit 2004/05 sogar ein weiterer Anstieg bei Neubrandenburger Einschülern zu verzeichnen. Gegenüber 2004/05 wiesen 2006/07 ca. 4% mehr Kinder Schwächen in der Vismotorik/Raumlage auf. Mit 38,6% war dies der häufigste Befund zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 2006/07, wovon jedes dritte Kind betroffen war. Im Zeitraum 2003/04 bis 2004/05 war der Anteil der Einschüler, die Auffälligkeiten bei der Merkfähigkeit von Zahlen aufwiesen, von 19,0% auf 23,2% und im Bereich psychophysische Belastbarkeit von 19,9% auf 23,4% angestiegen. Der Anteil der Kinder, die Auffälligkeiten in dem Bereich Abstraktions-

<sup>17</sup> Datengrundlage sind Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes Neubrandenburg.

<sup>18</sup> Vismotorik/Raumlage, Merkfähigkeit von Zahlen, Abstraktionsvermögen, psychophysische Belastbarkeit und Grobmotorik

vermögen aufzeigten, war sogar um ca. 10% höher als im Schuljahr 2004/05 (19,7%; 2006/07: 29,2%) und damit der zweithäufigste Befund. Auch in den Bereichen Grob- und Feinmotorik lassen sich in den letzten Jahren Tendenzen beobachten. Etwa jedes fünfte Kind (38,6%) war im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2006/07 grobmotorisch auffällig, ein Kind mehr als noch 2004/05. Demgegenüber nahmen feinmotorische Probleme von 2004/05 zu 2006/07 um 1,4% ab (2004/05: 13,4%; 2006/07: 12,0%). Bei dem Kriterium Gewicht wurden im Vergleich zu den Vorjahren bei 2% mehr Kindern Übergewicht (2004/05: 11,0%; 2006/07: 13,0%) und bei 1% mehr Kindern Fettsucht (Adipositas) festgestellt (2006/06: 5,5%; 2003/04: 4,3%).

Abbildung 7: Anteil Neubrandenburger Einschüler mit Auffälligkeiten in unterschiedlichen Bereichen in den Schuljahren 2004/05 bis 2006/07



Eigene Darstellung anhand der Daten vom Gesundheitsamt Neubrandenburg 2004/05 bis 2006/07

Die Auswertung der GBE-Daten und der Einschulungsbefunde belegen, dass sich die demographischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern in Mecklenburg-Vorpommern und damit auch in Neubrandenburg verändern, und dass die sozialen Belange von Kindern in der Gesundheitsförderung und Prävention besonders berücksichtigt werden müssen (vgl. Sozialministerium Mecklenburg Vorpommern 2006, S.4). Zudem verweisen die Untersuchungsergebnisse auf die Notwendigkeit, vorhandene Entwicklungsstörungen so früh wie möglich zu erkennen, um ihnen rechtzeitig entgegenwirken zu können. Hierzu dienen die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter.

### 3 Das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern in Deutschland

„Die kindliche Entwicklung ist so vielfältig  
wie Kinder verschieden sind.“

#### 3.1 Bedeutung und gesetzliche Grundlagen

Seit 1971 zählt das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 836; BZgA 2006, S. 5; Altenhofen 1998, S. 24; Weidtman 1985, S. 322). Das Programm umfasste zunächst neun Untersuchungen (U1 bis U9), die von allen gesetzlich versicherten Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahrs ohne Zuzahlung bei niedergelassenen Kinderärzten in Anspruch genommen werden können (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 836; Mielck 2005, S. 74). Mit dem zweiten GKV-Neuordnungsgesetz (1997) wurde der Anspruch auf eine weitere Untersuchung nach Vollendung des zehnten Lebensjahres (J1)<sup>19</sup> erweitert.

Die gesetzliche Grundlage bietet das Sozialgesetzbuch (§ 26 SGB V). Hiernach wird mit den Vorsorgeuntersuchungen die Früherkennung von Krankheiten angestrebt, soweit sie die „körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (§ 26 (1) SGB V). Damit ist das Früherkennungsprogramm für Kinder eine sekundärpräventive Maßnahme<sup>20</sup>(vgl. BZgA 2005, S. 14). Bei dieser geht es darum, Fehlentwicklungen, Krankheiten und Behinderungen in einem frühen Stadium zu erkennen, um so früh wie sinnvoll die notwendigen medizinischen Behandlungen einzuleiten (vgl. Fuchs 2003, S. 249; Baumann 2007, S. 192). Das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern ist nach § 25 (3) SGB V auf jene Krankheiten ausgerichtet:

- die wirksam behandelt werden können,
  - dessen Vor- oder Frühstadien durch diagnostische Maßnahmen erfassbar sind,
  - dessen Symptome medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind
- und

<sup>19</sup> Die J1 wird in dieser Arbeit nicht einbezogen.

<sup>20</sup> vgl. hierzu Teilkapitel 2.1

- für die genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

Die entsprechenden Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien („Kinder-Richtlinien“<sup>21</sup>) gemäß § 26 SGB V festgelegt. Aus den Richtlinien geht hervor, in welchen Altersstufen welche gesundheitlichen Störungen von besonderer Bedeutung sind und innerhalb welcher altersbezogenen Frist diese Untersuchung durchgeführt werden (vgl. Altenhofen 2002, S. 960). Außerdem ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V für die Weiterentwicklung der jeweiligen Richtlinien verantwortlich.

Die Durchführung der Untersuchungen obliegt den niedergelassenen Ärzten, vorzugsweise Kinderärzten. Ihnen bleibt es weitgehend überlassen, mit welcher Untersuchungsmethode sie die in Betracht zu ziehenden Zielkrankheiten früh zu erkennen versuchen. Die Dokumentation der Untersuchungsbefunde ist in den „Kinder-Richtlinien“ festgelegt (vgl. Langness 2007, S. 46f). Die Ärzte dokumentieren die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen in einem auf dieses Früherkennungsprogramm abgestimmten Heft, das sogenannte „gelbe Heft“, welches bei den Eltern verbleibt und zu den jeweils anstehenden Untersuchungsterminen vorgelegt werden soll (vgl. RKI 2006, S. 136; Altenhofen 2002, S. 962). Das „gelbe Heft“ enthält einen umfangreichen standardisierten Diagnosekatalog, in dem alle Krankheiten und Entwicklungsstörungen sowie Wachstumskurven und Dokumentationsseiten für die einzelnen Untersuchungen enthalten sind (vgl. Langness 2007, S. 46). Im Wesentlichen sind neben den Störungen und Krankheiten der Neugeborenenperiode folgende Bereiche enthalten:

- Stoffwechselstörungen,
- Endokrine Störungen,
- Entwicklungs- und Verhaltensstörungen,
- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane,
- Fehlbildungen oder Krankheiten der Atmungs-, Verdauungs-, und Geschlechtsorgane sowie des Skelettes und der Muskulatur (vgl. Allhoff/Weidtmann 1993, S. 113; Kinder-Richtlinie 2005, S. 2ff).

---

<sup>21</sup> Die aktuelle Fassung der „Kinder-Richtlinie“ ist am 01.04.2005 in Kraft getreten.

Das Hauptziel der Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter besteht schließlich darin, durch angemessene Untersuchungen und frühzeitige Behandlungen die Morbidität wirkungsvoll zu verringern, bevor die typischen Symptome auftreten. Parallel dazu erhält der Kinderarzt durch die regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen die Möglichkeit, das Kind in seiner Entwicklung zu begleiten und eine Vertrauensbasis zu seinem sozialen Umfeld aufzubauen (vgl. Rumpeltin/Steinbach 2007, S. 1). Sie liefern Anknüpfungspunkte für Gespräche mit den Eltern, für Beratungen zur Ernährung, Impfungen, Verhalten der und gegenüber den Kinder(n) sowie über Strategien zur Minimierung des Unfallrisikos (vgl. Altenhofen 2002, S. 963). Damit bilden die Vorsorgeuntersuchungen eine sehr gute Voraussetzung, um das Kind bei Krankheit ganzheitlich beurteilen und behandeln zu können (vgl. Baumann, 2007, S. 191). Auf längere Sicht betrachtet, kann die Lebensqualität des betroffenen Kindes und seiner Familie verbessert werden (vgl. Altenhofen 2002, S. 962; Langness 2007, S. 45).

Zusammenfassend können nach Baumann (2007, S. 191) folgende Ziele dieser sekundären Prävention festgehalten werden:

- Förderung von optimaler Gesundheit und Entwicklung des Kindes,
- Früherfassung von Abnormalitäten,
- Prävention von Krankheiten, Unfällen und Misshandlungen im weitesten Sinne,
- Verbesserung der Chancen auf eine gesunde kindliche Entwicklung durch Gesundheitserziehung und präventive Beratung der Eltern,
- Kinder vor Krankheiten durch Impfungen schützen,
- frühzeitige Behandlung bei Gesundheitsproblemen.

### **3.2 Inhalte und Umfang der Früherkennungsuntersuchungen**

Inhalt und Umfang der Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres regeln, wie bereits erwähnt, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Unter Berücksichtigung der wesentlichen Entwicklungsschritte, dem optimalen Alter der Prüfung der Sinnesorgane und der Impftermine haben sich Untersuchungstermine wie in der Tabelle 1 aufgeführt

bewährt (vgl. Baumann 2007, S. 195). Demnach können die Untersuchungen nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung bestimmter Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden (vgl. Kinder-Richtlinie 2005, S. 5).

Tabelle 1: Zeiträume der Früherkennungsuntersuchungen

Untersuchungsstufe			Toleranzgrenze	
U2	3.-10.	Lebenstag	3.-14.	Lebenstag
U3	4.-6.	Lebenswoche	3.-8.	Lebenswoche
U4	3.-4.	Lebensmonat	2.-4½.	Lebensmonat
U5	6.-7.	Lebensmonat	5.-8.	Lebensmonat
U6	10.-12.	Lebensmonat	9.-13.	Lebensmonat
U7	21.-24.	Lebensmonat	20.-27.	Lebensmonat
U8	43.-48.	Lebensmonat	43.-50.	Lebensmonat
U9	60.-64.	Lebensmonat	58.-66.	Lebensmonat

Eigene Darstellung nach: Kinder-Richtlinie 2005, S. 5

Ersichtlich ist, dass die Mehrzahl der Untersuchungen (U1 bis U6) im ersten Lebensjahr stattfindet. Die Neugeborenenuntersuchung (U1) wird direkt nach der Geburt und die U2-Früherkennungsuntersuchung zwischen dem dritten und zehnten Lebenstag nach der Geburt durchgeführt. Es folgen die Untersuchungen U3 bis U6, die jeweils in dreimonatigen Abständen im ersten Lebensjahr vorgesehen sind. Die U7 ist eine Untersuchung am Ende des zweiten Lebensjahres, die U8 am Ende des vierten Lebensjahres und die U9 wird bei 5-Jährigen vorgenommen (vgl. Schubert/Horch 2004, S. 164; Allhoff/Weidtman 1993, S.113).

Jedes Entwicklungsalter hat seine typischen Themen:

- die ersten zwei Untersuchungen beinhalten die postpartale Adaptation und das Screening auf häufige, behandelbare Stoffwechselerkrankungen,
- U3 bis U7 sind auf Organerkrankungen und schwere Behinderungsformen ausgerichtet und
- die letzten beiden Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter sind vor allem auf die Erkennung von Entwicklungsstörungen fokussiert.

### Die U1 (Die Neugeborenen-ersteruntersuchung)

Ziel der Neugeborenenuntersuchung ist es, „lebensbedrohliche Zustände und augenfällige Schäden zu erkennen, ggf. notwendige Sofortmaßnahmen einzuleiten“ (Kinder-Richtlinie 2005, S. 6). Hauptaugenmerk der Untersuchung sind Atmung, Kolorit, Tonus, Reflexe, Herzschläge, Asphyxie-Index, Gelbsucht, Ödeme, die Reife des Säuglings und behandlungsbedürftige Missbildungen (vgl. Kinder-Richtlinie 2005, S. 6). Der Zustand des Neugeborenen wird mit Hilfe des so genannten Apgar-Test überprüft, der von der amerikanischen Ärztin Virginia Apgar in den fünfziger Jahren entwickelt wurde. Dieser Test wird sowohl nach einer Minute, nach fünf, als auch nach zehn Minuten wiederholt. Die Beurteilung des körperlichen Zustandes erfolgt nach einem Punktesystem, in dem Koloris, Puls, Reflexe, Tonus und Atmung mit einem Punkte-Score bewertet werden (vgl. Baumann 2007, S 239). Für jedes Kriterium gibt es maximal 2 Punkte, so dass der Gesamthöchstwert 10 Punkte beträgt, den auch fast alle Kinder nach zehn Minuten erreichen. In das Untersuchungsheft werden die Werte nach fünf und nach zehn Minuten eingetragen. Zudem werden Körperlänge, Kopfumfang, Gewicht und Reifezeichen des Kindes erhoben. Aus der durchtrennten Nabelschnur wird ein wenig Blut entnommen, dessen pH-Wert Aufschluss über die Sauerstoffversorgung und somit eine mögliche Stressbelastung des Kindes während der Geburt gibt. Schließlich erhält das Neugeborene eine Vitamin-K-Gabe in Tropfenform.

Abbildung 8: Apgar-Score

Apgar-Score			
Punkte	0	1	2
Herzfrequenz/min	fehlend	<100	>100
Atmung	fehlend	langsam, unregelmäßig, schwacher Schrei	normal, kräftiger Schrei
Muskeltonus	fehlend	herabgesetzt, Extremitäten in schwacher Beugung	normal, aktive, Bewegungen, deutliche Beugung der Extremitäten
Reflexantwort auf Stimulation der Fußsohle	fehlend	Grimassieren	Schreien
Hautfarbe	blau, weiß	Körper rosig, Extremitäten blau	ganzer Körper rosig

Eigene Darstellung nach: Baumann 2007, S. 210

Ergänzend zur somatischen Untersuchung kommt der Beratung der Eltern eine große Bedeutung zu. Die Eltern erhalten die Möglichkeit, ihre Fragen rund ums Neugeborene anzubringen. Neben dem offenen Gespräch wird den Eltern das Vorsorgekonzept erläutert und das Gesundheitsheft bzw. Kinderuntersuchungsheft ihres Kindes übergeben (vgl. Baumann 2007, S. 259).

### Die U2 (Neugeborenen-Basisuntersuchung)

Zu den Schwerpunkten der "Neugeborenen-Basisuntersuchung" gehören die Beurteilung der Vitalfunktionen und des Reifegrades nach der Geburt, die Überwachung der Adaptation des Kindes und das frühzeitige Erfassen von Störungen (z.B. Infekte), sowie die Überwachung der Ernährung und der Pflege des Kindes (vgl. Baumann 2007, S. 237). Dazu erfolgt eine eingehende Untersuchung der Körpermaße, der Reifezeichen, der Haut, der Brust-, Bauch- und Geschlechtsorgane, des Skelettsystems, der Sinnesorgane und der Motorik sowie des übrigen Nervensystems (vgl. Kinder-Richtlinie 2005, zit. nach: Langness 2007, S. 48). Die Entwicklung des Säuglings wird dabei immer vor dem Hintergrund der Familie beurteilt. Der Guthrie-Test zur Bestimmung der Glucose im Blut wird durchgeführt. Zur Screeninguntersuchung von vererbten Stoffwechselstörungen und Hormonstörungen wird dem Säugling aus der Ferse Blut entnommen. Auf diese Weise können beispielsweise Schilddrüsenunterfunktionen, Eiweiß-Stoffwechselerkrankungen oder Zucker-Stoffwechselerkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt werden (vgl. Langness 2007, S.48).

### Die U3 (Dritte Untersuchung)

Bei der U3-Untersuchung wird wiederum eine gründliche körperliche Untersuchung des Säuglings durchgeführt. Körpermaße und Gewicht werden, wie auch bei den vorherigen Untersuchungen, in das „gelbe“ Untersuchungsheft eingetragen. Der Kinderarzt informiert sich bei den Eltern über den Gesundheitszustand des Säuglings und ihre allgemeine Zufriedenheit mit seiner Entwicklung. Er erkundigt sich über eventuell aufgetretene Krampfanfälle, Schluckstörungen und das Ernährungsverhalten. Im Anschluss daran überprüft er die Körperfunktionen, das Hörvermögen (erschrickt es bei lauten Geräuschen?), Augenreaktionen (fixiert und verfolgt das Kind Gegenstände mit den Augen?) und die angeborenen Reflexe. Insbesondere achtet der Arzt auf eventuelle

Fehlstellungen von Gelenken und führt eine Ultraschalluntersuchung der Hüfte durch.<sup>22</sup> Zuletzt gibt der Arzt Ernährungshinweise in Hinblick auf die Mundgesundheit und informiert über die wichtigsten Impfungen (vgl. Kinder-Richtlinie 2005, S. 6f; Langness 2007, S. 48).

#### Die U4 (vierte Untersuchung)

Bei der vierten Untersuchung ist die Überprüfung der psychomotorischen Entwicklung essenziell (vgl. Baumann 2007, S. 297). Mit verschiedenen Tests werden die Beweglichkeit und das Reaktionsvermögen des Kindes untersucht. Beispielsweise wird getestet, ob das Kind sein Köpfchen bereits halten kann, wenn es an beiden Händen hochgezogen wird. Es wird überprüft, inwieweit das Kind Gegenstände verfolgt oder Personen nachschaut. Das Hör- und Sehvermögen, die inneren Organe und Geschlechtsteile werden von Kinder- und Jugendarzt gründlich untersucht (vgl. Langness 2007, S. 48). Daneben wird Verdachtsdiagnosen der letzten Vorsorgeuntersuchung nochmals nachgegangen und erfragt, ob es seit der letzten Konsultation entwicklungsgefährdende Erkrankungen oder Operationen gab. Anlässlich dieser Untersuchung führt der behandelnde Kinderarzt meist die erste Impfung durch. Gemäß den Empfehlungen der ständigen Impfkommision (STIKO)<sup>23</sup> erfolgt die erste Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Wundstarrkrampf (Tetanus), Kinderlähmung und Hepatitis-B. Außerdem wird eine Hämophilus-influenza-B-Impfung angeboten, die unter anderem Schutz vor Hirnhautentzündung bieten soll. Der Arzt händigt den Eltern den Impfpass mit den ersten Eintragungen aus, der von nun an zu jeder weiteren Vorsorgeuntersuchung mitgebracht werden sollte.

#### Die U5 (Fünfte Untersuchung)

Die fünfte Früherkennungsuntersuchung findet zwischen dem sechsten und siebten Lebensmonat statt. In diesem Alter beginnt das Kind, sich zunehmend für die Umwelt zu interessieren. Neben der generellen Untersuchung der Körperfunktionen steht

---

<sup>22</sup> Eine Ultraschalluntersuchung der Hüfte kann im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen seit 1996 allgemein durchgeführt werden.

<sup>23</sup> Die STIKO-Empfehlungen sind die wichtigste Informationsquelle für die impfenden Ärzte und spiegeln die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse wieder. Rechtlich wirksam werden sie jedoch erst, wenn sie in den einzelnen Bundesländern von den obersten Landesgesundheitsbehörden in deren "öffentliche Empfehlungen" aufgenommen wurden.

insbesondere die Kontrolle der Beweglichkeit, Körperbeherrschung und das Seh- und Hörvermögen im Vordergrund. Der Säugling sollte in Sitzposition sein Köpfchen halten und nach Gegenständen greifen können. Die Eltern werden im Rahmen der Untersuchung dazu befragt, ob es Trink- oder Essprobleme gibt, sich ihr Kind von der Rücken- in die Seiten- oder Bauchlage drehen kann und ob ihr Kind auf ihre Zurufe reagiert (vgl. Langness 2007, S. 48f). Eventuell begonnene Impfungen werden nun fortgesetzt, und auch auf Rachitisanzeichen wird der Arzt das Kind untersuchen. Letztendlich gibt der Kinderarzt Hinweise zur Mundhygiene und zur zahnschonenden Ernährung (vgl. Kinder-Richtlinie 2005, S. 8).

### Die U6 (Sechste Untersuchung)

Die sechste Untersuchung wird auch „Einjahresuntersuchung“ genannt, da sie zwischen dem zehnten und zwölften Lebensmonat stattfindet. Hauptschwerpunkt dieser Untersuchung ist die Überprüfung der motorischen Entwicklung, des Spielverhaltens und der sozial-kommunikativen Entwicklung (vgl. Baumann 2007, S. 349f), um mögliche Rückschlüsse auf eine normale oder pathologische Entwicklung zu ziehen (vgl. Baumann 2007, S. 367). „Nur, wenn die motorischen Kompetenzen, die Wahrnehmungsfunktionen, die kognitive Reifung und die Sozialisation sich normal entwickelt haben, können Individuationsentwicklung und die repräsentativen und kommunikativen Inhalte der Sprache altersgerecht erworben werden“ (Baumann 2007, S. 379). Im Zuge dieser Untersuchung werden die Eltern auch zur Sprachentwicklung und zum allgemeinen Verhalten ihres Kindes befragt. Der Arzt erkundigt sich, ob das Kind auf leise Geräusche reagiert<sup>24</sup> und ob seit der letzten Untersuchung Infektionen aufgetreten sind (vgl. Langness 2007, S. 49). Vorliegende Hörstörungen müssen bis zu diesem Zeitpunkt erfasst sein, da ein normales Gehör Voraussetzung für die Wahrnehmungs- und Sprachentwicklung ist (vgl. Baumann 2007, S. 357). Wie bei jeder Vorsorgeuntersuchung werden die Verdachtsdiagnosen der letzten Untersuchung abgeklärt (vgl. Kinder-Richtlinie 2005, S. 9). Eventuell noch ausstehende Impfungen werden durchgeführt und die als nächstes anstehenden Impfungen besprochen. Dazu gehört laut STIKO insbesondere die Masern-Mumps-Röteln-Impfung, die ab dem elften vollendeten Lebensmonat erfolgen kann.

<sup>24</sup> Eine Hörstörung muss bis zu diesem Zeitpunkt erfasst sein, denn ein Hörgerät sollte vor dem zwölften Lebensmonat angepasst sein (vgl. Baumann 2007, S. 357).

### Die U7 (Siebte Untersuchung)

Um den zweiten Geburtstag findet die U7 statt, weswegen sie auch als „Zweitjahresuntersuchung“ bekannt ist. Schwerpunkt dieser Vorsorgeuntersuchung ist sowohl die Überprüfung der Körperorgane und -funktionen als auch der geistigen Entwicklung. Der Kinderarzt überprüft, ob altersgemäße Sprache und Sprachverständnis vorhanden sind (vgl. Kinder-Richtlinie 2005, S. 9). Es wird beispielsweise getestet, ob das Kind Zweiwortsätze bilden, bekannte Gegenstände benennen und einfache Aufforderungen verstehen kann (vgl. Baumann 2007, S. 367; Langness 2007, S. 49). In diesem Alter sollte das Kind die „Zehn-Wort-Schwelle“ erreicht haben. Besonderes Augenmerk wird bei dieser Untersuchung auf eventuelle Fehlbildungen der Wirbelsäule und auf einen Beckenschiefstand gerichtet. Das Interesse des Arztes richtet sich bei dieser Untersuchung natürlich auch auf das Verhalten des Kindes und auf mögliche Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Schlafstörungen, Schreiattacken, Wutanfälle). Die Milchzähne des Säuglings werden kontrolliert und die ersten Routineimpfungen abgeschlossen bzw. versäumte Impfungen nachgeholt. Ab dem vollendeten zwölften Lebensmonat steht gemäß der Empfehlungen der STIKO die Impfung gegen Meningokokken an. Abschließend werden bei der U7-Untersuchung die Verdachtsdiagnosen der letzten Untersuchung abgeklärt (vgl. Langness 2007, S. 49).

### U8 (Achte Untersuchung)

Der Kinderarzt untersucht in der achten Früherkennungsuntersuchung wie üblich die Funktionstüchtigkeit der Organe, das Hör- und Sehvermögen, die Körperbeherrschung und die motorische Entwicklung des Kindes. Es wird ausgiebig geprüft, ob die Sprache altersgerecht entwickelt ist (Sprechen in Sätzen in der Ich-Form) oder Spracherwerbsstörungen vorliegen (Stottern oder schwerer Stammfehler) (vgl. Langness 2007, S. 49). Wieder richtet der Arzt besonderes Augenmerk auf eventuelle orthopädische Probleme und die körperliche Geschicklichkeit des Kindes (z.B. fordert er das Kind auf, auf einem Bein zu stehen). Der Kinderarzt informiert sich bei den Eltern über Verhaltensauffälligkeiten und dem sozialen Verhalten. Bei Vorliegenden Entwicklungsverzögerungen bzw. -störungen klärt der Arzt die Eltern über therapeutische Fördermaßnahmen auf (z.B. Logopäde).

### U9 (Neunte Untersuchung)

Die neunte Früherkennungsuntersuchung ist die umfangreichste Untersuchung. Besonderes Augenmerk wird auf die individuelle geistige, seelische und soziale Entwicklung gelegt. Eine normale Entwicklung ist die Voraussetzung für die Interaktion mit seiner sozialen Umwelt und prospektiv auch für die Einschulung. Mangelnde Autonomie- und Sozialisationsentwicklung können zu Verhaltensauffälligkeiten und Schwierigkeiten in der Schule führen (vgl. Baumann 2007, S. 419). Ein weiterer Schwerpunkt ist die Erfassung der zentralen Sinnesverarbeitung und der kognitiven Fähigkeiten des Kindes in Hinblick auf Einschulungsfragen. Mit speziellen Entwicklungstests beurteilt der Kinderarzt das Sprach- und Sprechvermögen als auch das Sozialverhalten und die Intelligenz des Kindes (vgl. Langness 2007, S. 50). Die Untersuchungen der Körpermaße, der Organe, des Nervensystems, des Seh- und Hörvermögens sowie der grob- und feinmotorischen Entwicklung werden abermals durchgeführt. Um beispielsweise die Feinmotorik zu überprüfen, soll das Kind geometrische Figuren wie Kreis, Quadrat und Dreieck abzeichnen. Die Koordinationsfähigkeit kann der Arzt unter anderem daran erkennen, ob sich das Kind selbständig alleine an- und ausziehen kann. Zudem stellt der Arzt gezielte Fragen zur Ernährung, zu der erwartenden Schulreife<sup>25</sup> und Schulfähigkeit<sup>26</sup> des Kindes und zu den anstehenden Auffrischungsimpfungen vor der Einschulung (vgl. Baumann 2007, S. 436).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die umfangreichen Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter erfolgreiche Angebote der gesetzlichen Krankenversicherung sind, um allen Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Auf Schilderung des Umfangs und der Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen folgt nun eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Einflussfaktoren, die die Inanspruchnahme von präventiven Leistungen im Gesundheitswesen durch Kinder und Jugendliche beeinflussen. Es wird hauptsächlich auf Studien der letzten Jahre Bezug genommen, aber auch ältere Untersuchungen fließen ein, wenn die Ergebnisse besonders relevant sind.

---

<sup>25</sup> Der Begriff „Schulreife“ impliziert die körperliche Reife des Kindes (vgl. Baumann 2007, S. 436).

<sup>26</sup> Die „Schulfähigkeit“ meint nach Baumann (2007, S. 436) die intellektuelle Fähigkeit des Kindes.

### 3.3 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen

#### 3.3.1 Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist in Deutschland freiwillig. Demzufolge ist deren Inanspruchnahme von soziodemographischen Merkmalen wie Alter, Familienstruktur, Sozialstatus und Migrationshintergrund (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 836f), aber auch von persönlichen Faktoren der Eltern wie z.B. deren Gesundheitsbewusstsein abhängig (vgl. Janicke/Finney 2001, zit. nach: Langness 2007, S. 59). Ebenso determinieren strukturelle Gegebenheiten, wie die Erreichbarkeit von Fachärzten, die regionale Versorgungsstruktur sowie das Engagement der niedergelassenen Ärzte, der Krankenkassen, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der betreuenden Kindereinrichtungen, die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Benkert et al. 2004, S. 16).

#### Soziodemographische Faktoren

In verschiedenen Studien werden soziodemographische Faktoren assoziiert, die zu einer geringeren Teilnahme an präventiven Leistungen führen. Zu nennen ist hier die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch sozial benachteiligte Personengruppen. Internationale und nationale Studienergebnisse belegen, dass Eltern mit Migrationshintergrund (vgl. Flores et al. 1998; Saxena et al. 2002, Clark 2002), mit niedrigem Einkommen (vgl. Roberts 2002) und/oder niedrigerem Bildungsgrad (vgl. Grossmann et al. 1996; Navarro-Rubbio et al. 1995, zit. nach: Meuer/Siegrist 2005, S. 17f) weitaus seltener mit ihrem Kind zu den Untersuchungen erscheinen als andere Eltern. Ferner hat die Berufstätigkeit der Eltern einen erheblichen Einfluss auf die Teilnahme an den Untersuchungen. Kinder, deren Eltern erwerbstätig sind, weisen ein größeres Risiko auf präventive Leistungen nicht in Anspruch zu nehmen (vgl. Lutz 1990, zit. nach: Meuer/Siegrist 2005, S. 18; Alexander/Markowitz 1986, zit. nach Langness 2007, S. 61).

Ebenso stehen familiäre Faktoren im Zusammenhang mit der Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen. Alleinerziehende Mütter oder auch Väter nehmen das Vorsorgeangebot ihres Kindes seltener in Anspruch als Verheiratete (vgl. Heck/Parker 2002; Janicke et al. 2001, zit. nach: Langness 2007, S. 60). Bezugnehmend auf die Familien-

größe konnte eine Vielzahl von Studien (Janicke/Finney 2000; Riley et al. 1993; Navarro-Rubio et al. 1995) zeigen, dass kleine Familien ein Prädiktor für eine relativ hohe Inanspruchnahme von präventiven Leistungen sind (vgl. Meurer/Siegrist 2005, S. 18). Demnach beteiligen sich kinderreiche Familien unterdurchschnittlich am Früherkennungsprogramm (vgl. Delekat & Kis 2001; Klocke/Hurrelmann 2001).

In Literaturen und in Studien hat auch das Alter der Kinder und Eltern einen bedeutsamen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. So nehmen jüngere Müttern unter 20 Jahren das Vorsorgeangebot ihres Kindes seltener wahr (vgl. Taylor et al. 1997; Barnes-Boyd et al. 2001). Für jüngere Kinder werden Studienergebnissen (vgl. Janicke/Finney 2000) zufolge, konsistent höhere Raten der Inanspruchnahme verzeichnet als für ältere Kinder. Grund hierfür kann die Unerfahrenheit der Eltern mit der Pflege und Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern sein, weswegen sie häufiger einen Kinderarzt aufsuchen (Janicke/Finney 2001, zit. nach: Langness 2007, S. 62).

### Personale Faktoren

Personale Faktoren, die mit der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen verbunden werden, betreffen die Wahrnehmung der Eltern von Gesundheit und Krankheit, das Wissen über Gesundheit und Krankheit sowie die Handlungskompetenzen der Eltern.

Insbesondere die Wahrnehmung von und das Wissen über Gesundheit und Krankheit beeinflussen die Entscheidung der Eltern für oder gegen die Teilnahme an präventiven Leistungen für ihre Kinder (vgl. Meurer/Siegrist 2005, S. 14f). Denn um eine Entscheidung zugunsten präventiven Handelns zu treffen, müssen die Eltern spezifische Zusammenhänge zwischen Verhalten und Erkrankungen wahrnehmen. Nach Siegrist (1995) können sowohl eine tendenziell eher kurzfristig orientierte Lebensplanung als auch Schwierigkeiten bei der Organisation des Alltagslebens weitere Barrieren hinsichtlich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen darstellen (vgl. Meurer/Siegrist 2005, S. 15).

Wichtig sind auch die individuellen Handlungskompetenzen der Eltern, die notwendig sind, um die „Rolle des „Inanspruchnehmers“ zu erfüllen. Wirth (1982) führt aus, dass eine hohe Problemsensitivität und das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit (kognitive Fähigkeiten, Durchsetzungsfähigkeiten, Kommunikationsfähigkeiten) Vor-

aussetzungen für die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sind (vgl. Meuer/Siegrist 2005, S.15). Gerade die verbale Kommunikation ist für eine differenzierte Beschreibung von Problemen und damit für eine erfolgreiche Intervention unerlässlich. Zu den Handlungskompetenzen zählen auch Problemlösungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit, die generell notwendig sind, um sich im Gesundheitswesen zu orientieren (vgl. Meuer/Siegrist 2005, S. 15).

Nicht zuletzt führen häufig Angst- und Schamgefühle auf Seiten der Eltern dazu, dass sie die regelmäßigen Untersuchungen ihres Kindes nicht wahrnehmen. Eltern schämen sich dafür, dass ihr Kind nicht seinem Alter entsprechend körperlich und/oder geistig entwickelt ist. Diese Emotionen resultieren meist aus einer mangelhaften Interaktion zwischen Eltern und medizinischem Fachpersonal. Earle und Burman (1998) belegen in ihrer Studie, dass Eltern, die mit ihrem Arzt zufrieden sind, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit an den nachfolgenden Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen (vgl. Langness 2007, S. 63).

### Strukturelle und organisatorische Faktoren

Eine Hauptdeterminante für die Nutzung von Gesundheitsleistungen für Kinder ist der Zugang zum Gesundheitssystem. Die gesundheitliche Versorgung muss in einem ausreichenden Maße und an den Orten zur Verfügung stehen, wo Menschen wohnen und arbeiten (vgl. Andersen 1995, zit. nach: Langness 2007, S. 63). Dies ist die Voraussetzung für die regelmäßige Nutzung von Gesundheitsleistungen.

Organisatorische Barrieren, die mit der Angebotsseite verknüpft sind, betreffen Schwierigkeiten bei der Terminabsprache aufgrund zu kurzer Öffnungszeiten und zu langer Wartezeiten (vgl. Margolis et al. 1995; Flores et al. 1998). Daneben sind Eltern mit zahlreichen Problemen in ihrer aktuellen Lebenssituation konfrontiert, die die Inanspruchnahme erschweren, auch wenn der Wunsch besteht, die Untersuchungen mit ihrem Kind wahrzunehmen. So nennen Eltern in einer Studie von Lannon et al. (1995, zit. nach: Meuer/Siegrist 2005, S. 17) Anfahrtsprobleme, chaotische Verhältnisse zu Hause und Probleme, vom Arbeitsplatz fernzubleiben als Barrieren. Gleichzeitig bedeutet ein Untersuchungstermin für Eltern immer eine Unterbrechung der familiären Routinen (vgl. Riportella-Muller et al. 1996, zit. nach Meuer/Siegrist 2005, S. 16), z.B. müssen sie eine Betreuung für ihre anderen Kinder finden.

Strukturelle Barrieren sind fehlende oder inadäquate Information über das Früherkennungsprogramm und die Durchführung der Untersuchungen. Hierzu zählen auch Informationsdefizite bezüglich des Nutzens und der Aufeinanderfolge der empfohlenen Untersuchungen (vgl. Earley/Burmann 1998, zit. nach: Meuer/Siegrist 2005, S. 17). So geben Eltern als Grund für ihre Nichtteilnahme fehlende oder inadäquate Informationen über die Details des Programms an. Andere Eltern äußern, dass sie die erhaltenen Informationen nicht verstanden hätten (vgl. Riportella-Muller et al. 1996, zit. nach: Meuer/Siegrist 2005, S. 16). Die Teilnahme an dem Früherkennungsprogramm kann auch durch einen ungünstigen Ablauf der klinischen Untersuchung negativ beeinflusst werden. In einer Studie von Margolis et al (1995, zit. nach: Langness 2007, S. 61) berichten zahlreiche Eltern, dass ihr Kinderarzt nicht auf ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse bei der Beratung eingegangen ist, und sie deshalb weitere Arztbesuche mit ihrem Kind unterlassen (vgl. Coreil et al. 1994, zit. nach: Langness 2007, S. 63). Diesbezüglich kommt es sowohl auf das Einfühlungsvermögen des Arztes, als auch auf das Engagement der Ärzte, der Krankenkassen, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der betreuenden Kindereinrichtungen an.

Insgesamt dürfte deutlich geworden sein, dass ein kostenfreier Zugang noch keine hohe Inanspruchnahme des Früherkennungsangebots im Kindesalter garantiert, sondern zahlreiche Faktoren die Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme beeinflussen können. Allerdings sind die Ergebnisse bezüglich der Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland noch eher spärlich. Es kann zwar als gesichert gelten, dass insbesondere sozial benachteiligte Personengruppen präventive Maßnahmen seltener wahrnehmen, dennoch fehlen vor allem Studien, die sich um die Erhebung von Ursachen dieses Verhaltens bemühen.

Inwieweit nun die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter in Deutschland wahrgenommen werden, wird im anschließenden Abschnitt der Arbeit beschrieben.

### 3.3.2 Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder genießen gegenüber anderen präventiven Maßnahmen eine außerordentlich hohe Anerkennung und Akzeptanz bei den Ärzten und bei der Zielgruppe (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 836; Schubert/Horch 2004, S. 164; Meyer-Nürnberg 2002, S. 863; Altenhofen 2002, S. 961). Im Jahr 2001 nahmen in Deutschland 2,6 Millionen Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen teil. Der hieraus resultierende Leistungsbedarf beläuft sich auf ca. 323 Millionen DM, davon entfallen allein 196 Millionen DM auf Kinder im ersten Lebensjahr (vgl. Altenhofen 2002, S. 960). Diese Zahlen weisen bereits darauf hin, dass vor allem die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U6 bundesweit sehr gut in Anspruch genommen werden<sup>27</sup>. Allerdings nimmt die Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter der Kinder deutlich ab, wie die nachfolgenden Studien belegen werden.

Bis zum Jahr 1997 wurden Durchschläge aller Dokumentationsseiten des Untersuchungsheftes an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergeleitet und bildeten die Basis für eine bundesweite Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter (vgl. Baumann 2007, S. 263). Allerdings führten wachsende Zweifel, insbesondere von Seiten der Krankenkassen hinsichtlich der Validität der Angaben, zur Aussetzung einer zentralen Auswertung auf Bundesebene (vgl. Altenhofen 2002, S. 963). Daher gibt es kaum aktuelle bundesweite repräsentative Daten zur Teilnahme an den Untersuchungen. Vorwiegend Gesundheitsberichterstattungen (z.B. Kindergesundheitsbericht Duisburg 2007; Sozialministerium MV 2006, S. 50ff) und Schuleinganguntersuchungen thematisieren die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, die in ihrem Design allerdings stark variieren und überwiegend regional begrenzt sind.

Tabelle 2 zeigt die Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen in verschiedenen Kommunen, soweit diese differenziert dokumentiert sind. Die Auswahldaten bestätigen zunächst die allgemein gute Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen. Die hohe Inanspruchnahme in den ersten zwei Lebenswochen (U1, U2) von durchschnittlich 98%

---

<sup>27</sup> Da die ersten beiden Früherkennungsuntersuchungen (U1 und U2) vorwiegend stationär durchgeführt werden, liegen kaum zuverlässige Angaben zur Inanspruchnahme vor. Allein im Rahmen der Schuleinganguntersuchungen wird die Teilnahme an U1 und U2 nach den vorgelegten Vorsorgeheften erhoben.

ist sicher darauf zurück zu führen, dass ein Großteil noch in den Geburtskliniken erfolgt. Ein erster sprunghafter Abfall der Inanspruchnahme zeigt sich dann nach dem ersten Lebensjahr (U7) und erreicht ihren Tiefpunkt zum Zeitpunkt der U8 und U9. Die durchschnittliche Beteiligungsquote an der achten Untersuchung liegt laut ausgewerteten kommunalen Gesundheitsberichten bei durchschnittlich 82%, wobei die Werte zwischen 78,1% und 86,2% schwanken. Die U9 durchlaufen lediglich rund 76% aller Kinder. Die Quoten liegen hier in den einbezogenen Regionen zwischen 59,8% und 83,5%.

Tabelle 2: Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen in verschiedenen Kommunen U1-U9 (in Prozent)

Gesundheitsbericht	Erhebungs-jahr	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9
Lübeck 2000	1998	98,8	98,5	97,9	96,9	95,6	95,6	91,2	86,2	83,5
Magdeburg 2001	1999	-	99,1	98,3	97,0	95,8	93,5	87,9	78,1	59,8
Dortmund 2000	2000	98,5	98,2	95,6	95,4	93,1	92,4	89,5	83,7	78,2
Berlin-Lichtenberg 2002	2001	98,4	97,7	95,4	94,7	92,0	91,5	87,3	78,7	78,6
Duisburg 2007	2005	-	98,0	96,7	95,9	94,0	93,0	87,6	80,7	79,6

Eigene Darstellung anhand der Daten ausgewerteter kommunaler Gesundheitsberichte

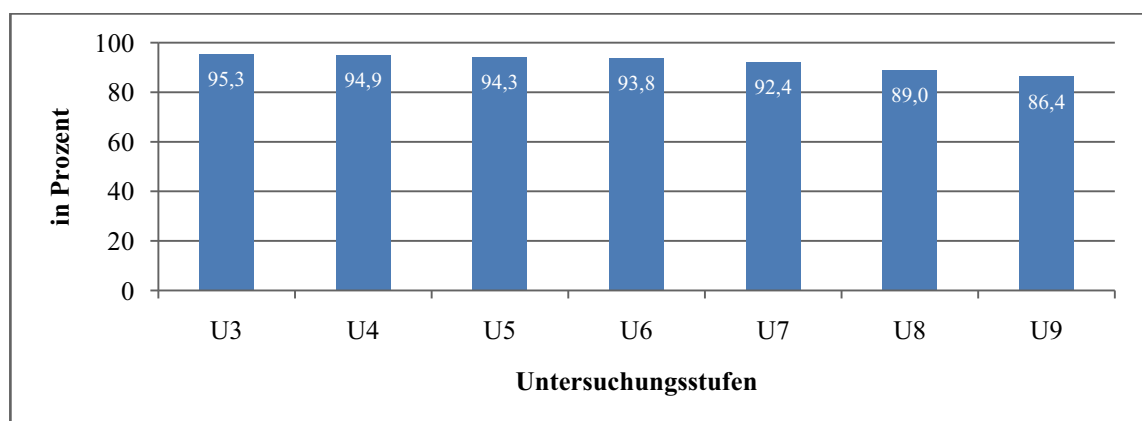
Im Jahr 2006 lieferte der erste repräsentative deutsche Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS-Studie)<sup>28</sup> des Robert Koch Instituts erstmals aktuelle bundesweite Zahlen zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Die Angaben zur Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen wurden hier anhand eines Elternfragebogens erhoben. In die Analyse wurden alle Teilnehmer einbezogen, die nach der Wiedervereinigung 1989 in Deutschland geboren sind und zum Untersuchungszeitpunkt<sup>29</sup> das sechste Lebensjahr vollendet hatten (n=7352) (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 837).

<sup>28</sup> nähere Erläuterungen zur KIGGS-Studie siehe Teilkapitel 2.2: Gesundheit von Vorschulkindern allgemein in Deutschland, S. 11

<sup>29</sup> Mai 2003 bis Mai 2006

Die Ergebnisse der KIGGS-Studie (2006) bestätigen die Erkenntnis aus den Gesundheitsberichterstattungen, dass die Teilnahme bei den späteren Untersuchungen deutlich abnimmt, d.h. die Teilnahmeraten an der U8 und insbesondere der U9 ungenügend sind. Während die Raten der Inanspruchnahme der Untersuchungen in den ersten beiden Lebensjahren (U3 bis U7) noch die 90%-Grenze übersteigen, liegen diese für die späteren Untersuchungen (U8 und U9) deutlich niedriger (vgl. hierzu Abbildung 9, S. 38). So fällt die Beteiligung der Familien am Früherkennungsprogramm bei der achten Untersuchung unter die 90%-Grenze zurück auf 89,0%. Die geringste Akzeptanz hat die Untersuchung, die im Anschluss an das sechste Lebensjahr (U9) stattfindet. Hier liegen die Akzeptanzraten bei 86,4% (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 838ff).

Abbildung 9: Teilnahme an Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Kindesalter nach Untersuchungsstufen in Deutschland für das Jahr 2006



Eigene Darstellung anhand der Ergebnisse der KIGGS-Studie 2006

In Bezug auf die Teilnahmekontinuität zeigen die Daten der KIGGS-Studie, dass bei vielen Kindern einzelne Untersuchungen ausgelassen werden. Immerhin 81% der Kinder haben an allen Früherkennungsuntersuchungen (U3-U9) teilgenommen. Weitere 16% nutzten die kostenlosen Untersuchungen nur teilweise und weisen damit Lücke auf. Schließlich gibt es sogar 3%, die nie bei einer Früherkennungsuntersuchung waren (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 840).

Die Ergebnisse der KIGGS-Studie sind sowohl bei einer Differenzierung nach Geschlecht als auch nach Altersgruppen zu beobachten (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 838). Starke Unterschiede bei der Teilnahmebereitschaft und -kontinuität zeigen sich

zwischen Ost und West, nach Sozialstatus und nach Migrationshintergrund.<sup>30</sup> Kinder aus dem Osten Deutschlands nahmen mit 75% seltener an allen Vorsorgeuntersuchungen teil als Kinder aus Westdeutschland (82%). Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und solche mit Migrationshintergrund haben durchschnittlich seltener alle Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen (72% bzw. 56%). 14% der Kinder mit Migrationshintergrund waren sogar nie bei einer Früherkennungsuntersuchung. Ebenso belegten Collatz et al. (1979, zit. nach: Stolpe 2001, S. 21) mit ihren Untersuchungen, dass die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern seltener und weniger kontinuierlich durchgeführt werden, wenn die Mütter einem niedrigen Sozialstatus angehören. Weitere Unterschiede bestehen darüber hinaus hinsichtlich des Geburtsalters der Mutter und der Geschwisterkonstellation. Kinder von Müttern, die zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes jünger als 25 Jahre (Inanspruchnahmerate 74%) oder älter als 36 Jahre (Inanspruchnahmerate 75%) waren sowie Kinder mit älteren Geschwistern (77%) nahmen die Früherkennungsuntersuchungen U3-U9 laut der KIGGS-Studie seltener vollständig wahr als der Durchschnitt (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 840; 847).

Die sinkende Beteiligung an den einzelnen Untersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder ist besorgniserregend. Laut Meyer-Nürnberg (2002, S. 863) weisen Kinder ohne erfolgte U9 in signifikant höherem Prozentsatz mindestens einen abklärungsbedürftigen Befund in den Schuleingangsuntersuchungen auf. Gerade bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status, deren Teilnahme ohnehin geringer ist, werden überdurchschnittlich häufig Entwicklungs-, Sprach-, und Verhaltensprobleme sowie Sehr- und Hörstörungen gefunden (vgl. Mersmann 1998, zit. nach: Langness 2007, S. 56). Insofern kann die geringe Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen von sozial benachteiligten Gruppen in einem hohen Maße dazu beitragen, dass sich die gesundheitliche Ungleichheit weiter vergrößert. Generell ist davon auszugehen, dass nicht versorgte Kinder in späteren Lebensabschnitten vermehrt kostenintensive medizinische, psychotherapeutische und pädagogische Förderungen in Anspruch nehmen müssen, und damit die ohnehin hohen Kosten im Gesundheitswesen weiter steigen. Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen insbesondere durch sozial Benachteiligte notwendig.

---

<sup>30</sup> vgl. hierzu Teilkapitel 3.3.1: Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens, S. 34

## **4 Eine Studie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in Neubrandenburg**

---

### **4.1 Methodik**

#### **4.1.1 Hintergrund und Fragestellungen**

Die Analyse der Literatur zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter hat ergeben, dass trotz des kostenfreien Angebots die Teilnahmerate mit zunehmendem Alter der Kinder abnimmt. Die empirischen Befunde beziehen sich bisher allgemein auf Deutschland und vereinzelt auf Gesundheitsberichterstattungen der Bundesländer bzw. Kommunen. Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, in ersten Ansätzen die Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in der Kommune Neubrandenburg über einen Zeitraum von 2003 bis 2007 zu prüfen. Für diese Untersuchung liefern die Einschulungsuntersuchungen sehr zuverlässige Aussagen zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Vor dem Hintergrund, dass insbesondere der sozio-ökonomische Status der Eltern die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchung beeinflusst, soll in dieser Studie explizit eine Differenzierung nach Sozialstatus vorgenommen werden.

Bei der Konzipierung werden hauptsächlich folgende Forschungslücken berücksichtigt:

- Die Schuleingangsuntersuchungen in Neubrandenburg liefern zwar aussagekräftige Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, aber sie wurden bisher nur vereinzelt analysiert.
- Es gibt bisher keine Längsschnittuntersuchungen zur Akzeptanz des Früherkennungsprogramms in Neubrandenburg.
- Bislang existieren keine Daten über die Kontinuität der Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen von Neubrandenburger Vorschulkindern.
- Nur selten werden in Studien zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen Merkmale der vertikalen sozialen Ungleichheit – also Angaben zum sozio-ökonomischen Status der Eltern – einbezogen.

Unter Berücksichtigung dieser Forschungslücken ergeben sich für diese Untersuchung folgende Fragestellungen:

1. Inwieweit werden die Früherkennungsuntersuchungen von Neubrandenburger Eltern drei bis fünfjähriger Kinder wahrgenommen?
2. Was sagen die Daten der Schuleingangsuntersuchungen über die Kontinuität der Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen aus?
3. Besteht ein Unterschied in den Teilnahmeraten im Vergleich zu den letzten Jahren?
4. Inwieweit unterscheiden sich die Teilnahmeraten an der U1 bis U9 in den unterschiedlichen Stadtteilen Neubrandenburgs?
5. Gibt es einen sozialen Gradient(en) in der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen?

Die Antworten auf diese Fragen sollen die Akzeptanz und Nutzung von Präventionsangeboten sowie das Gesundheitsbewusstsein in den Familien abbilden, um so ihre Bedeutung und ihren Stellenwert für Neubrandenburger Eltern besser beurteilen zu können. Das Erkenntnisinteresse dieser Studie lässt sich mit der folgenden Frage zusammenfassen: "Welchen Stellenwert haben Früherkennungsuntersuchungen bei Eltern von Neubrandenburger Einschülern?"

#### **4.1.2 Beschreibung des Forschungsdesigns**

Um die oben genannte zentrale Forschungsfrage zu beantworten, wird im Rahmen dieser empirischen Studie eine *Sekundärerhebung* von gesundheitsbezogenen Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vorgenommen, d.h. es werden bereits vorhandene Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen herangezogen. Als Datengrundlage dienen die jährlich durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen in Neubrandenburg. Sie stellen die epidemiologisch wichtigste Gesundheitserhebung im Kindesalter dar, da sie alle Kinder eines Jahrgangs erreichen, auch jene, die an den freiwilligen Früherkennungsuntersuchungen der niedergelassenen Kinderärzte nicht

teilnehmen. Es handelt sich also um eine *Vollerhebung*<sup>31</sup> der Neubrandenburger Vorschulkinder zu den rechtlich vorgeschriebenen Untersuchungszeitpunkten durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Insofern kann ein vollständiges und unverzerrtes Bild der tatsächlichen Situation in der untersuchten Gruppe abgebildet werden (vgl. Brandenburg et al. 2007, S. 120).

Bei der Aufbereitung des Datenmaterials sind je nach Fragestellung unterschiedliche Studiendesigns anwendbar:

- Längsschnittstudie (speziell Trendstudie) und
- Querschnittstudie.

Mittels einer *Längsschnittstudie* sollen Trendaussagen zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen über einen Zeitraum von 2003/04 bis 2006/07 getroffen werden. Bei dieser Längsschnittstudie werden die gleichen Merkmale (Vorsorgestatus) wiederholt, zu den jeweiligen Einschulungsuntersuchungen von den Kindern eines Jahrgangs, sekundär erhoben. In diesem Sinne spricht man auch von einer *Trendstudie*<sup>32</sup>. Aus den Daten sollen Aussagen über die Veränderung von Parametern (z.B. Anteils- oder Mittelwerten) in der Grundgesamtheit über den Zeitraum von 2003/04 bis 2006/07 abgeleitet werden. Allerdings können mit Hilfe einer Trendstudie nur Veränderungen auf Aggregatebene (d.h. auf Ebene der Grundgesamtheit) nachvollzogen werden. Es ist nicht möglich aus Trenddaten Veränderungen auf der Individualebene abzuleiten. Des Weiteren muss darauf hingewiesen werden, dass Signifikanzaussagen bezüglich des Datenmaterials nicht getroffen werden können. Die Ergebnisse werden lediglich als Trendaussagen dargestellt und interpretiert.

Neben der Längsschnittuntersuchung wird das Schuljahr 2007 gesondert betrachtet. Ziel dieser *Querschnittstudie* ist es, Zusammenhänge bzw. Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen nach Schichtzugehörigkeit für einen bestimmten Zeitraum (Einschulungsjahr 2007; Erhebung im Juli 2007) aufzuzeigen. Dazu werden die Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zuzüglich persönlich relevanter Merkmale der Eltern in dem statistischen

---

<sup>31</sup> Eine Vollerhebung ist die Erhebung aller statistischen Einheiten einer Grundgesamtheit.

<sup>32</sup> Auch bekannt unter replikativer Survey. Sonderfall der Längsschnittuntersuchung, in der die gleichen Merkmale wiederholt an unterschiedlichen Probanden erhoben werden.

Programm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)<sup>33</sup> aufbereitet. Aus den persönlichen Angaben zur Ausbildung, zum beruflichen Status und/oder Einkommen der Eltern kann die Schichtzugehörigkeit errechnet werden. Auf dieser Datengrundlage ist es möglich, Signifikanzaussagen zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen differenziert nach Sozialstatus zu treffen.

Anhand der Ergebnisse der Untersuchungen sollen Empfehlungen und Handlungsalternativen für eine kooperative Zusammenarbeit aller am gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess des Kindes Beteiligten abgeleitet werden.

Das Studiendesign ist im folgenden Schaubild zusammenfassend dargestellt.

Abbildung 10: Studiendesign der empirischen Studie



Eigene Darstellung

### 4.1.3 Methodik der Längsschnittstudie

#### Ausgangspunkt

Ausgangspunkt der Längsschnittstudie sind die bisherigen Untersuchungsergebnisse zur Kindergesundheit in der Kommune Neubrandenburg. Die Ergebnisse zeigen, dass Neubrandenburger Kinder bereits im Vorschulalter vermehrt gesundheitliche Defizite

<sup>33</sup> Das Datenanalysesystem Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) verfügt über eine größere Anzahl von Analyseverfahren, die sowohl für deskriptive, als auch für analytische Auswertungen verwendet werden können.



aufweisen.<sup>34</sup> Immer häufiger werden Entwicklungsstörungen erst bei der Schuleingangsuntersuchung erkannt. Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass viele Eltern die regelmäßige Konsultation ihres Kinderarztes zu den Früherkennungsuntersuchungen versäumen. Diesbezüglich belegen die Studienergebnisse<sup>35</sup> dieser Arbeit, dass die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder abnimmt. Der empirische Befund bezieht sich bisher allgemein auf Deutschland, Daten zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Neubrandenburg gibt es bislang nicht.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel dieser Längsschnittstudie, erstmals die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Neubrandenburg zu analysieren. Dazu soll die Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter zu mehreren Zeitpunkten (Schuljahr 2003/04 bis 2006/07) betrachtet und die gesundheitlichen Trendentwicklungen aufgezeigt und interpretiert werden.

### Datenerhebung

Zur Analyse der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in den letzten fünf Jahren wird der Vorsorgestatus von allen seit 2003 bis 2007 zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellten Kindern sekundär erhoben. Das entsprechende Datenmaterial liefern die Dokumentationen der jährlich durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Stadt Neubrandenburg. Innerhalb dessen sind neben zahlreichen Befunden auch die Teilnahmen an den Früherkennungsuntersuchungen der Kinder erfasst. Diese werden vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in das statistische Programm Octoware<sup>36</sup> überführt, mit dessen Hilfe die Sekundärerhebung des Vorsorgestatus vorgenommen werden kann. Um an dieser Stelle das zugrunde liegende Datenmaterial vertiefend zu beschreiben, sollen auf die theoretischen Grundlagen und Inhalte der Schuleingangsuntersuchung in Mecklenburg Vorpommern sowie die Dokumentationen der Daten – speziell die der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen – eingegangen werden.

---

<sup>34</sup> vgl. hierzu Teilkapitel: 2.3.3 aktuelle gesundheitliche Situation von Vorschulkindern, S. 18ff

<sup>35</sup> vgl. 3.3.2: Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen, S. 39

<sup>36</sup> von der Firma easy-soft GmbH Dresden

## Die Schuleingangsuntersuchungen

In allen Ländern der Bundesrepublik findet vor Schulbeginn eine Schuleingangsuntersuchung (SEU) durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des Öffentlichen Gesundheitswesens statt. Dabei handelt es sich um eine Pflichtuntersuchung, die im jeweiligen Landesgesetz verankert ist. Für das Bundesland Mecklenburg Vorpommern gilt allgemein folgende Regelung:

- ÖGDG MV § 15 Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Absatz (2): Die Gesundheitsämter führen bei Kindern vor der Einschulung sowie während der Schulzeit regelmäßig Untersuchungen mit dem Ziel durch, Krankheiten und Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und den Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder festzustellen, soweit es für schulische Entscheidungen bedeutsam ist. Die Kinder haben an den notwendigen Untersuchungen teilzunehmen und an ihnen mitzuwirken; ihre Personensorgeberechtigten haben die Untersuchungen zu ermöglichen.

Die Schuleingangsuntersuchungen berichten also über den Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder eines kompletten Jahrganges und zeigen schul- und gesundheitsrelevante Trends auf. Damit stellen sie ein umfangreiches Datenmaterial für Gesundheitsberichterstattungen oder anderweitige epidemiologische Untersuchungen, wie beispielsweise diese Längsschnittstudie, zur Verfügung,

Um sicherzustellen, dass die erhobenen Daten der Schuleingangsuntersuchungen aussagekräftig für die Längsschnittstudie sind, muss gewährleistet sein, dass die Diagnosen und Befunde unter gleichen Bedingungen bzw. vergleichbaren Situationen erstellt werden. Nur dann ist eine Vergleichbarkeit von Daten möglich und statistische Auswertungsverfahren können im Hinblick auf mögliche Vergleiche und Abhängigkeiten angewandt werden. Zeitpunkt und Umfang der Untersuchung sowie die Dokumentation und die statistische Auswertung der Untersuchungen sind in der Schulgesundheitspflegeversorgung Mecklenburg Vorpommern (SchulGesPflVO MV) geregelt. Ebenso erfolgt die Durchführung der Untersuchungen in Mecklenburg Vorpommern standardisiert nach dem ‚Bielefelder Modell‘, das die zu erhebenden Größen und die Befunddokumentation festlegt. Dieses wurde 1965 im Auftrag des Nordrhein-Westfälischen Ministeriums für Arbeit, Sozialordnung und Gesundheit

entwickelt. Mit dem ‚Bielefelder Modell‘ wurde erstmals ein „einheitliches System der Datenerhebung und Dokumentation“ (Weißling 2000, S. 383) geschaffen, mit dem Ziel, epidemiologisch und statistisch fundierte Aussagen über die Kindergesundheit treffen zu können.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung werden mittels dem ‚Bielefelder Modell‘ Daten zu präventionsrelevanten Bereichen wie motorische, kognitive und sprachliche Entwicklung, Unter- und Übergewicht, Impfstatus, aber auch die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert. Der Vorsorgestatus als Hauptaugenmerk dieser Längsschnittstudie wird durch die Vorlage des gelben Vorsorgeheftes erhoben. Sofern das Vorsorgeheft zur Schuleingangsuntersuchung vorliegt, wird festgestellt welche Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen und welche versäumt wurden.

Die so vorliegenden Daten zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen werden im Rahmen dieser Längsschnittstudie unter Betrachtung der eingangs aufgestellten Fragestellungen ausgewertet. Dazu werden im Folgenden die Auswertungsverfahren kurz dargelegt.

### Datenauswertung

Die sekundär erhobenen Daten zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen werden in Microsoft Excel aufbereitet und analysiert. Es werden Methoden verwendet, mit deren Hilfe die quantitativen Daten übersichtlich dargestellt und zu Kennzahlen verdichtet werden. Hierzu zählen Häufigkeitsverteilungen und verschiedene grafische Darstellungen, wobei Auffälligkeiten, Trends und unerwartete Ergebnisse hervorgehoben werden. Signifikanzaussagen können bezüglich des Datenmaterials nicht getroffen werden.

## 4.1.4 Methodik der Querschnittstudie

### Ausgangspunkt

Ausgangspunkt der Querschnittstudie sind die vielfach diskutierten Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Die bisherigen Ergebnisse dieser

Arbeit<sup>37</sup> belegen, dass Personen aus niedrigen sozialen Verhältnissen schwerer durch gesundheitliche Leistungen bzw. präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erreichen sind. Bezogen auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zeigt sich zwar bei allen Sozialschichten der durchgängige Trend, dass vor allem die U8 und U9 seltener durchgeführt werden, aber diese Entwicklung ist besonders deutlich bei den Kindern der unteren Sozialschicht festzustellen (vgl. RKI 2005, S. 105f; Altgelt/Hofrichter 2000, S. 15).

Vor diesem Hintergrund gilt es in der Querschnittstudie zu prüfen, ob sich die Ergebnisse ebenfalls in den Daten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes von Neubrandenburg widerspiegeln. Für das Schuljahr 2007 wird folgende **Hypothese** mit den nachfolgenden Unterhypothesen untersucht:

- Es gibt einen (statistisch signifikanten) Unterschied zwischen den Sozialstatusgruppen und der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen.
  - a) Eltern mit niedrigem Sozialstatus bringen (signifikant) seltener das Vorsorgeheft ihres Kindes zur Einschulungsuntersuchung mit, als Eltern mit mittlerem und hohem sozialem Status.
  - b) Der Anteil der Kinder mit vollständigem Vorsorgeheft tritt bei Kindern aus sozial schwachen Familien (signifikant) seltener auf als bei Kindern mit einem mittlerem und hohem Sozialstatus.
  - c) Kinder aus sozial schwachen Familien nehmen die einzelnen Untersuchungen gegenüber Kinder mit mittlerem und hohem Sozialstatus signifikant seltener in Anspruch – dies gilt von den ersten U-Untersuchungen an.

### Datenerhebung

Wesentliches Ziel dieser Datenerhebung ist die Feststellung bzw. Sammlung möglichst vollständiger, vollzähliger und plausibler Daten für die Hypothesenprüfung. Von allen untersuchten Einschülern des Schuljahres 2007 sollen sowohl die Teilnahmen an den Früherkennungsuntersuchungen als auch die Angaben zur Ausbildung, zum beruflichen Status und Einkommen ihrer Eltern erhoben werden. Problematisch erwies sich die Datenerhebung mittels des statistischen Programms des Kinder- und Jugendärztlichen

---

<sup>37</sup> vgl. hierzu Teilkapitel 3.3.2: Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen, S. 39

Dienstes Neubrandenburgs, da die Merkmale hier nur einzeln aufgerufen werden können. Auf dieser Grundlage ist es zwar möglich die Häufigkeiten der verschiedenen Merkmalsausprägungen darzustellen, doch sie können nicht in Beziehung zueinander gesetzt werden. Daher wird von jedem Kind des Schuljahres 2007 der Vorsorgestatus und die Angaben zur Ausbildung, zum beruflichen Status und Einkommen ihrer Eltern sekundär erhoben und in dem statistischen Programm SPSS aufbereitet. Auf dieser Basis können Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen nach Sozialstatus auf ihre Signifikanz überprüft werden. Dazu wird aus den Angaben zur Ausbildung, zum beruflichen Status und Einkommen der Eltern der Sozialstatus errechnet. Welche theoretischen Grundlagen für die Bildung des Sozialstatus zugrundeliegen und wie der Sozialstatus speziell für Neubrandenburger Vorschulkinder berechnet wird, soll im Folgenden kurz erläutert werden.

### Allgemeine Bildung eines Sozialstatus

Der Sozialstatus (Sozialindex) ist die Berechnungsgrundlage um die Schichtzugehörigkeit einer Person zu bestimmen. Dabei werden Individuen mit vergleichbarer sozioökonomischer Lage zu einer sozialen Schicht zusammengefasst, welche aufgrund vergleichbarer Lebenserfahrungen zum einen ähnliche Persönlichkeitsmerkmale aufweisen und zum anderen über ähnliche Lebenschancen und Risiken verfügen (vgl. Geißler 2006, S. 94). Klassischerweise setzt sich der Sozialstatus aus den folgenden drei Indikationen für soziale Ungleichheit zusammen:

1. Bildung (schulische sowie berufliche Bildung)
2. beruflicher Status (gegenwärtige/vergangene Tätigkeit sowie berufliche Stellung)
3. Einkommen (Haushaltseinkommen bzw. Haushaltsnettoeinkommen) (vgl. Mielck 2000a, S. 19)

Zur Berechnung eines Indexes werden diese drei Variablen nach Addition in Kategorien eingeteilt. Dazu gilt es genau festzulegen, wie diese Einteilung vorgenommen wird. Die in Deutschland gängigsten Sozialschichtindizes basieren auf dem von Erwin K. Scheuch entwickelten Index (Scheuch/Rüschemeyer 1960, zit. nach: Bammann 2001, S. 50). Gegenwärtig gibt es zwei bedeutende Modifikationen: Der Helmert-Index (1993) und der Winkler-Index (1998). Die Entwicklung dieser Indizes verläuft generell nach

demselben Prinzip: „Die Einzelindikatoren werden zunächst auf einer Ordinalskala abgebildet, und die dort erzielten Punktwerte einer betrachteten Person [...] werden summiert“ (Bammann 2001, S. 50). Der so gewonnene Punktwert kann in gleich bzw. in ungleich große Gruppen, den sogenannten sozialen Schichten, kategorisiert werden. Die Einteilung ist allerdings sehr willkürlich, da es keine präzisen Werte gibt, die eine Zugehörigkeit zu einer Sozialschicht festlegen. Während Helmert (1993) eine Einteilung in fünf Sozialschichten bevorzugt, arbeitet Winkler (1998) mit drei Schichten. Besondere Beachtung findet hier die zweitgenannte Variante, weil die Einteilung in die drei gängigen Schichten – hohe, mittlere und untere Sozialschicht – als am sinnvollsten erachtet wird. Zudem zieht der Winkler-Index gegenüber dem Helmert-Index bei der Berechnung die Ausbildung im Bildungsstatus mit hinzu (vgl. Mielck 2000a, S. 42ff).

Angesichts der Tatsache, dass der Sozialindex die drei Hauptfaktoren der vertikalen sozialen Ungleichheit und damit auch die Effekte der Faktoren bündelt, können im Rahmen der Querschnittstudie keinerlei Aussagen über die Wirkung einzelner Variablen getroffen werden.

### Bildung des Sozialindex von Neubrandenburger Vorschulkindern

Bislang wurde dargestellt, wie die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht allgemein berechnet wird. Im Folgenden soll gezeigt werden, wie der Sozialindex von Neubrandenburger Vorschulkindern gebildet wird. Die Analyse basiert auf den Daten der Schuleingangsuntersuchung 2007 des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Neubrandenburg.

Bei Kindern kann die Berechnung der Schichtzugehörigkeit auf Angaben zur Ausbildung, zum beruflichen Status und/oder Einkommen ihrer Eltern beruhen (vgl. Mielck 2005, S. 24). Der Datensatz vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst enthält dazu jedoch nur bedingt Ausführungen, da im Standardverfahren von Schuleingangsuntersuchungen keine Informationen zum sozioökonomischen Status der Eltern erhoben werden. Gegenwärtig wird die Schuleingangsuntersuchung in Neubrandenburg durch eine Befragung der Eltern zu Themen wie Bildungsstatus und beruflicher Status ergänzt. Die Teilnahme der Eltern an dieser Zusatzerhebung ist selbstverständlich

freiwillig. Nur wenige verweigern die Teilnahme. Auf der Grundlage dieser Daten ist es möglich, die Schichtzugehörigkeit der Kinder zu berechnen.

Die Berechnung kann nicht nach den gängigen theoretischen Modellen von Helmert (1993) oder Winkler (1998) erfolgen, da in der Zusatzbefragung unter dem Punkt Bildung ausschließlich Daten zur „*Schulbildung*“ der Eltern erhoben werden: (1) „weniger als 10. Klasse (Hauptschule)“, (2) „Abschluss 10. Klasse“ und (3) „Fachhochschulreife bzw. Abitur“. Ebenso werden beim beruflichen Status nicht alle – für die Berechnung nach Helmert oder Winkler – erforderlichen Antwortmöglichkeiten beachtet. Die Variable „*beruflicher Status*“ bezieht sich lediglich auf die Erwerbstätigkeit der Eltern und unterteilt sich in zwei Kategorien: (1) „zur Zeit erwerbstätig“ und (2) „zur Zeit nicht erwerbstätig“. Nicht zu letzt fehlen Angaben zum Einkommen und damit zum dritten Indikator für soziale Ungleichheit. Dieser könnte Aufschluss über das Aufkommen von Einkommensarmut geben.

Aus diesen Gründen wird ein Sozialindex in Anlehnung an die Ermittlung des Sozialstatus der Brandenburger Einschüler aus dem Jahr 1999 berechnet (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg 1999). Innerhalb dessen wird genau mit diesen beiden Merkmalen – Schulbildung und Erwerbsstatus – ein Sozialindex gebildet, der eine Einteilung der Vorschulkinder hinsichtlich ihres Sozialstatus ermöglicht. Für die Bestimmung des Sozialindex wird vorausgesetzt, dass jeweils mindestens eine Angabe zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit von Vater oder Mutter in den Daten vorhanden war. Bei einem fehlenden Wert lässt sich laut Mielck (2000a, S. 48f) streng genommen kein Sozialindex bilden. Dies ist in der Praxis allerdings nicht immer umsetzbar, so dass sie meist durch andere Werte geschätzt oder ergänzt werden, um eine Berechnung wieder zu ermöglichen. In dieser Untersuchung wird bei fehlender Angabe eines Elternteils die des anderen Elternteils doppelt gewichtet. Damit wird angenommen, dass die fehlenden Elternteile einen ähnlichen Bildungsabschluss und Erwerbsstatus haben wie ihr Partner. Eine Betrachtung von Alleinerziehenden wird von vornherein ausgeschlossen.

Wie die Schulbildung und der Erwerbsstatus für die Bildung eines Indikators für den Sozialstatus (Sozialindex) im Einzelnen verarbeitet werden, geht aus der Tabelle 3 hervor.

Tabelle 3: Bildung der Variable Sozialstatus

<b>Bildung der Variable Sozialstatus (Sozialindex)</b>	
<b>Punkte je Elternteil</b>	
<b>Schulbildung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Niedriger Schulabschluss</b> (fehlender Schulabschluss bzw. weniger als 10 Klassen)</li><li>• <b>Mittlerer Schulschluss</b> (10 Klassen)</li><li>• <b>Hoher Schulabschluss</b> (Fachhochschulreife/Abitur)</li></ul>	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>
<b>Erwerbsstatus</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>nicht erwerbstätig</b></li><li>• <b>erwerbstätig</b> (Vollzeit bzw. Teilzeit)</li></ul>	<b>1</b> <b>2</b>

Eigene Darstellung nach: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen 1999, S. 59f

Nach diesem Vorgehen ist die kleinstmögliche Summe vier, d.h. beide Eltern haben die niedrigste Schulbildung und beide sind nicht erwerbstätig. Die größtmögliche Summe ist zehn. In diesem Fall sind beide Elternteile erwerbstätig und haben die höchste Schulbildung. Alle Werte die nach diesen ergänzenden Berechnungen weiterhin zwischen eins und drei liegen, werden als ‚unvollständige Angabe‘ kodiert. Variablen mit dem Wert Null bezeichnen ‚keine Angabe‘.

Letzten Endes wurden zwei Grenzwerte festgelegt, die eine Dreiteilung der Gesamtgruppe ermöglichen:

- |                           |              |
|---------------------------|--------------|
| 1. niedrige Sozialschicht | 4-6 Punkte   |
| 2. mittlere Sozialschicht | 7-8 Punkte   |
| 3. hohe Sozialschicht     | 9-10 Punkte. |

Auf diese Weise wird der Sozialstatus der Neubrandenburger Kinder berechnet, um die zugrundeliegenden Hypothesen zu untersuchen. Die hierfür verwendeten Methoden werden anschließend näher beschrieben.

### Datenauswertung

Die Analyse der Daten unterteilt sich in deskriptive und schließende Statistik. Dazu werden die Daten in den Statistikprogrammen SPSS und Microsoft Excel aufbereitet und analysiert.

Im Zuge der **deskriptiven Statistik** steht die Beschreibung und Charakterisierung der zugrundeliegenden Daten im Vordergrund. Es erfolgt eine graphische Aufbereitung und Komprimierung der Daten zur Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen nach Sozialstatus.

Im Gegensatz zur deskriptiven Statistik, welche eine Beschreibung des Datenmaterials über statistische Kenngrößen erlaubt, werden bei der **schließenden Statistik** nicht nur Tabellen oder verbale Daten beschrieben, sondern begründete Schlüsse gezogen und Zusammenhänge bzw. Unterschiede von Daten geprüft. Die Ergebnisse werden in Kontexte gestellt und auf diese Weise beurteilt und kommentiert. Im Vordergrund der schließenden Statistik stehen die eingangs aufgestellten Hypothesen der Querschnittstudie, die mittels eines Hypothesentests überprüft werden sollten. In diesen sogenannten Alternativhypothesen (H1) sind die nachzuweisenden Annahmen formuliert. Jede Alternativhypothese wird mit einer Nullhypothese (H0) konfrontiert, mit der behauptet wird (H0), dass die zur Alternativhypothese komplementäre Aussage, also der umgekehrte Sachverhalt, richtig ist. Sie stellen in der klassischen Prüfstatistik also die Basis dar, von der aus entschieden wird, ob die Alternativhypothese akzeptiert werden kann oder nicht (vgl. Bortz 1993, S. 107).<sup>38</sup>

Zur Prüfung der einzelnen Hypothesen werden die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten der betrachteten Merkmale in Kreuztabellen bzw. Kontingenztabellen dargestellt. Die beobachtete Häufigkeit gibt an, wie oft ein bestimmtes Merkmal im Datenmaterial aufgetreten ist. Die erwartete Häufigkeit entspricht derjenigen Häufigkeit eines Merkmals, die sich bei Annahme der Unabhängigkeit beider Merkmale ergibt. Eine grundlegende Beziehung zwischen den beiden Merkmalen ergibt sich durch den Vergleich der beobachteten zu den erwarteten Häufigkeiten, wobei ein Zusammenhang vor allem dann anzunehmen ist, wenn die erwarteten und beobachteten Häufigkeiten voneinander abweichen (vgl. Martens 1999, S. 91). Mit diesem Verfahren ist jedoch noch nicht statistisch nachgewiesen, ob dieser Zusammenhang rein zufällig aufgetreten oder signifikant ist.

In der Statistik sind Unterschiede bzw. Zusammenhänge erst dann signifikant, wenn sie mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit nicht durch Zufall zustande gekommen sind. Allgemein üblich ist es einen p-Wert von weniger als 0,05 mit "signifikant", von

---

<sup>38</sup> Die Nullhypothese ist im vorliegenden Text nicht extra benannt worden.

weniger als 0,01 mit "sehr signifikant" und von weniger als 0,001 mit „höchst signifikant“ zu bezeichnen. In einigen Fällen werden p-Werte von weniger als 0,10 darüber hinaus "grenzwertig signifikant" genannt. Dabei drückt die Signifikanzüberprüfung die Irrtumswahrscheinlichkeit aus, mit der die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese verworfen wird.

Die Wahl des Signifikanztests hängt von verschiedenen Aspekten ab: Zum einen vom Skalenniveau, zum anderen von der Fallzahl, aber auch von der Unabhängigkeit bzw. Abhängigkeit der Gruppen. Zur Analyse, ob die betrachteten Merkmale statistisch abhängig oder unabhängig voneinander sind, werden Verfahren der schließenden Statistik zur Messung von Unterschieden verwendet. Im Rahmen dieser Querschnittstudie findet der *Chi-Quadrat-Test* Anwendung. Dieser Test ist äußerst gut geeignet, da er verteilungsfrei ist und nominal- bzw. ordinalskalierte Merkmale auf ihre Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit untersucht. Die Quadratische Kontingenz  $\chi^2$  wird aus der Kreuztabelle berechnet, welche eine normierte Abweichungsquadratsumme aus den beobachteten und den bei Unabhängigkeit erwarteten Häufigkeiten darstellt (vgl. Martens 1999, S. 96). Ein hoher  $\chi^2$ -Wert deutet darauf hin, dass die Differenzen zwischen beobachteten und erwarteten Häufigkeiten nicht zufällig sind. Die Variablen wären dann voneinander abhängig. Für jeden Chi-Quadrat-Wert kann die entsprechende Signifikanz p abgeleitet werden, beispielsweise muss  $\chi^2$  für p=0,05 einen Wert von 3,841 und für p=0,01 einen Wert von 6,36 annehmen. Wird ein Zusammenhang zwischen den betrachteten Merkmalen durch den Chi-Quadrat-Wert quantifiziert, dann behauptet die Alternativhypothese, dass ein Unterschied bzw. Zusammenhang zwischen den betrachteten Merkmalen besteht. Erst wenn nachgewiesen werden konnte, dass zwei Merkmale miteinander zusammenhängen, kann das eine Merkmal zur Vorhersage des anderen eingesetzt werden. In diesem Falle wäre das zufällige Zustandekommen des Unterschiedes bzw. Zusammenhangs sehr unwahrscheinlich. Deshalb würde die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Nachdem nun die Fragestellungen, Ziele und Vorgehensweise dieser Studie ausführlich beschrieben wurden, sollen im folgenden die Ergebnisse der Längs- und Querschnittstudie analysiert und interpretiert werden.

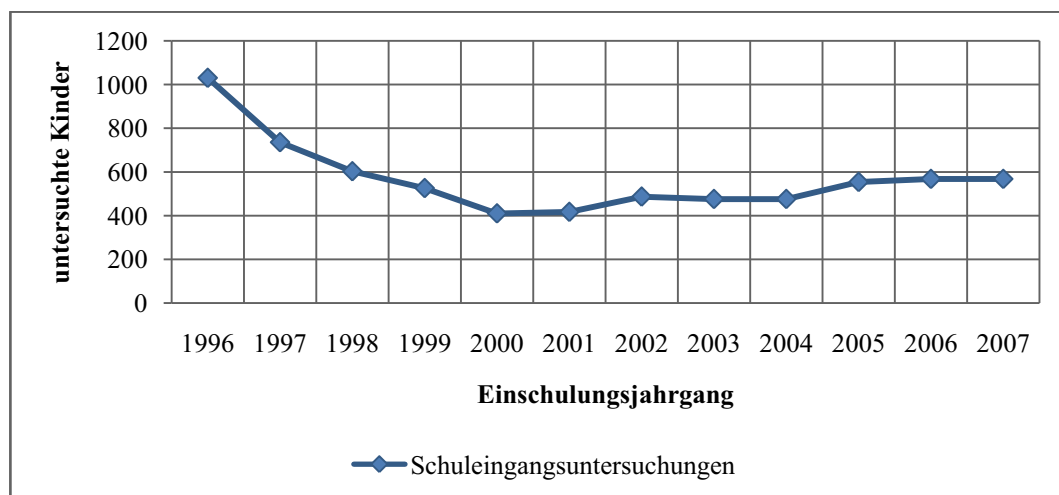
## 4.2 Ergebnisse der Längsschnittstudie zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen 2003/04 bis 2006/07

### 4.2.1 Beschreibung der Grundgesamtheit

Im Rahmen dieser Längsschnittstudie wird die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter für die Jahre 2003/04 bis 2006/07 untersucht. Die Grundgesamtheit bilden alle Kinder, die in Neubrandenburg nach der Untersuchungsmethode des ‚Bielefelder Modells‘ im entsprechenden Zeitraum erfasst und dessen Untersuchungsstatus dokumentiert wurde.

Der starke Geburtenrückgang seit der deutschen Wiedervereinigung führt zwangsläufig zu einem stetigen Rückgang der jährlich untersuchten Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung. Dementsprechend nahm auch die Zahl der Untersuchungen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes der Stadt Neubrandenburg ab. Während im Schuljahr 1995/06 noch 1031 Einschüler untersucht wurden (vgl. Ziesemer 2004, S. 50), waren es 2006/07 nur noch 568 Kinder. Dies entspricht einem Rückgang von rund 45% (Abbildung 11).

Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl der untersuchten Kinder zu den schulärztlichen Untersuchungszeitpunkten



Bei näherer Betrachtung des Untersuchungszeitraumes 2003/04 bis 2006/07 zeigt sich ein leichter Anstieg der untersuchten Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen. Die Anzahl der untersuchten Kinder hat vom Schuljahr 2003/04 mit 479 Kindern zum

Schuljahr 2004/05 mit 556 Kindern um ca. 16% zugenommen. Ab dem Schuljahr 2004/05 wurde annähernd die gleiche Anzahl von Kindern zur Einschulungsuntersuchung vorgestellt (2004/05: N=554 Kinder; 2005/06: N=568 Kinder; 2006/07: N=568 Kinder).

Auf Basis dieses Datensatzes soll im Folgenden die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen dargestellt werden. Die Analyse unterteilt sich in drei Schritte:

1. Analyse des Vorsorgestatus: Untersucht wird die Vorlage des Untersuchungsheftes.
2. Analyse der Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen: Untersucht wird, inwieweit die gelben Vorsorgehefte der Kinder vollständig sind bzw. Lücken aufweisen.
3. Analyse der Inanspruchnahme der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen: Untersucht wird die Teilnahme an den einzelnen Untersuchungen.

#### **4.2.2 Vorsorgestatus**

Der Vorsorgestatus umschließt die Teilnahme der Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9). Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wird dieser durch die Vorlage der gelben Vorsorgehefte der Kinder ermittelt. An dieser Stelle sei bereits darauf hingewiesen, dass die Vorsorgehefte nicht immer von allen Vorschulkindern vorliegen. Es ist zu vermuten, dass Eltern größtenteils dann keinen Vorsorgenachweis zur Einschulungsuntersuchung mitbringen, wenn der Vorsorgestatus ihres Kindes unvollständig ist (vgl. Kalies/Kries zit. nach: LGL 2006, S.35). Allerdings kann dieser Sachverhalt mit den vorliegenden Daten weder statistisch belegt noch widerlegt werden. Es können ausschließlich Aussagen zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen von Kindern mit dokumentierten Vorsorgestatus getroffen werden.

Von 568 Neubrandenburger Vorschulkindern des Schuljahres 2006/07 legten 76,2% der Kinder (N= 433) ihr Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vor. Demnach fehlten von 23,8% der Kinder (N= 135) der Nachweis der U-Untersuchungen, im Jahr 2005/06 betrug dieser Anteil 20,6% (N=117) und in den Jahren 2004/05 und 2003/04 lag der

Anteil sogar unter 20% (2004/05: N=108; 2003/04: N=78). In absoluten Zahlen fehlten 2006/07 von 135 Kindern die Früherkennungshefte entgegen dem Schuljahr 2003/04 mit nur 81 Kindern, die das Früherkennungsheft nicht dabei hatten (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Vorlage des Untersuchungsheftes im Zeitraum 2003/04 bis 2006/07

Schuleingangs- untersuchung	untersuchte Kinder	Untersuchungsheft vorgelegt		Untersuchungsheft nicht vorgelegt	
		absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
<b>2003/04</b>	479	398	83,1	81	16,9
<b>2004/05</b>	554	446	80,5	108	19,5
<b>2005/06</b>	568	451	79,4	117	20,6
<b>2006/07</b>	568	433	76,2	135	23,8

Insgesamt ist der Anteil der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen vorgelegten Früherkennungshefte in den Einschulungsjahren kontinuierlich von 83,1% auf 76,2% gesunken. Dies entspricht einem Rückgang von 8%.

#### 4.2.3 Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen

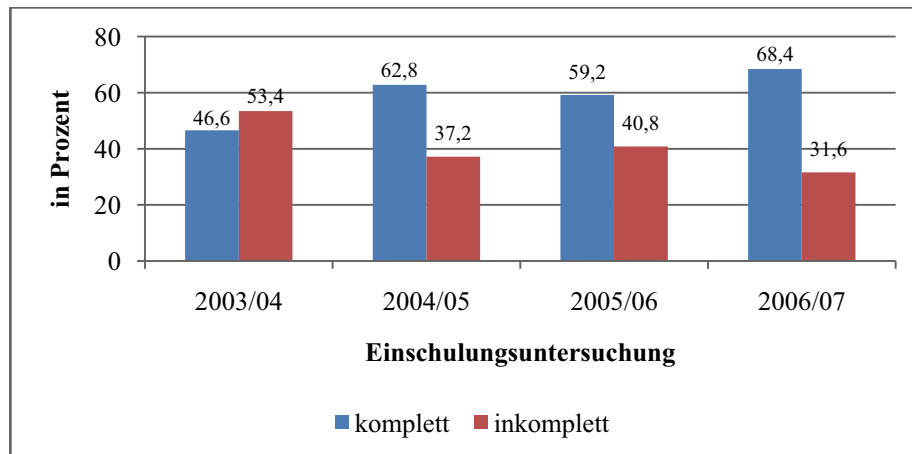
Bevor auf die Inanspruchnahme der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen eingegangen wird, ist die Teilnahmekontinuität von Interesse, deren Analyse mit den Daten der Einschulungsuntersuchungen möglich ist. Für die Auswertung wurden nur Kinder berücksichtigt, die ihr Untersuchungsheft vorgelegt hatten.

In Hinblick auf die Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen zeigen die Daten der Schuleingangsuntersuchung, dass bei vielen Kindern einzelne Untersuchungen ausgelassen wurden. Folglich nutzten die Eltern die kostenlosen Untersuchungen ihrer Kinder nur teilweise. Der Anteil Kinder mit unvollständigem Untersuchungsheft schwankte in den Untersuchungsjahren zwischen 53,4% und 31,6% (vgl. Abbildung 12).

Ein Vergleich der Jahre 2003/04 bis 2006/07 zeigt, dass sich der Anteil vollständig durchgeführter Vorsorgeuntersuchungen in den Untersuchungsjahren positiv verändert

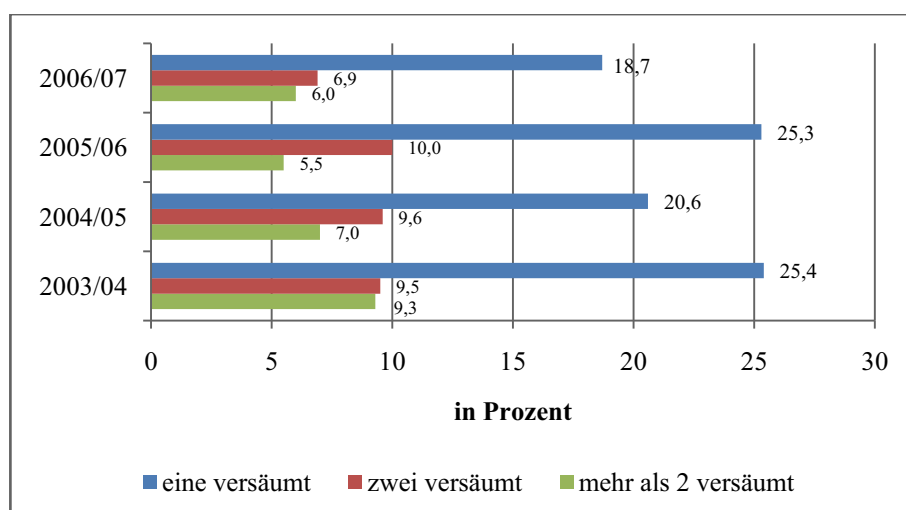
hat. Während 2003/04 weniger als die Hälfte der Kinder (46,6%) alle Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen haben, waren es zuletzt immerhin 68,4% der Kinder. Diesbezüglich ist die Teilnahmekontinuität in den vier Untersuchungsjahren um 46,8% gestiegen. Nichtsdesto Trotz haben im Untersuchungsjahr 2006/07 immer noch fast ein Drittel der Einschüler keinen kompletten Vorsorgestatus.

Abbildung 12: Vollständigkeit der Untersuchungen (2003/04 - 2006/07)



Um an dieser Stelle differenziertere Aussagen über die Kontinuität der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zu treffen, wurde in einer weiteren Analyse erhoben, inwieweit die Kinder mit inkompletten Vorsorgeheft eine, zwei oder sogar mehr als zwei Untersuchungen versäumt haben.

Abbildung 13: Anzahl der versäumten Untersuchungen (2003/04 - 2006/07)



Wie in Abbildung 13 ersichtlich, haben die Einschüler in den Untersuchungsjahren vorwiegend eine der neun kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen nicht wahrgenommen. Über dem gesamten Untersuchungszeitraum ist der Anteil der Kinder, die eine Untersuchung versäumt haben, mit Ausnahme von einem kurzfristigen eher unbedeutenden Anstieg relativ kontinuierlich von 25,4% auf 18,7% gesunken. Dennoch hat insgesamt fast jedes fünfte Kind in Neubrandenburg eine Früherkennungsuntersuchung versäumt.

Durchschnittlich 9% der untersuchten Kinder haben in den letzten vier Jahren zwei Früherkennungsuntersuchungen verpasst. Die Anzahl der Kinder mit zwei fehlenden Früherkennungsuntersuchungen ist in den ersten drei Erhebungsjahren, wenn auch nur geringfügig, von 9,5% auf 10% angestiegen. Erst im letzten Einschulungsjahr 2006/07 ist der Anteil von zwei versäumten U-Untersuchungen auf 6,9% zurückgegangen. Dies entspricht einem Rückgang von 27,4% gegenüber 2003/2004.

Der Anteil der Kinder mit mehr als zwei versäumten Vorsorgeuntersuchungen nimmt im Zuge der Analyse von 9,3% auf 6,0% ab und liegt damit leicht unter der Anzahl der Kinder mit zwei fehlenden Untersuchungen.

Die Ergebnisse bestätigen, dass im Laufe der vier Untersuchungsjahre immer seltener einzelne Untersuchungen ausgelassen wurden. Zu bedenken ist aber an dieser Stelle, dass die Vorlage der Untersuchungshefte in den Untersuchungsjahren kontinuierlich von 83,1% auf 76,2% gesunken ist.<sup>39</sup> Insofern kann nicht ausgeschlossen werden, dass die tatsächlich versäumten Untersuchungen heute noch höher liegen als in den vergangenen Jahren.

#### **4.2.4 Inanspruchnahme der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen**

Die Tabelle 5 gibt einen Überblick über die prozentuale Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen der Einschüler 2003/04 bis 2006/07 in Neubrandenburg. Die Berechnung der Teilnahmequote stützt sich nur auf die vorgelegten Vorsorgeuntersuchungshefte, daher sind bei rund 17% (2003/04) bis 24% (2006/07) keine Aussagen über die tatsächlichen Quoten möglich. Die Teilnahmerate an den Früher-

---

<sup>39</sup> vgl. hierzu Teilkapitel: 4.2.2 Vorsorgestatus, S. 58



kennungsuntersuchungen bezogen auf alle Vorschüler ist somit als untere Grenze der wirklichen Inanspruchnahme zu interpretieren. Anzunehmen ist aber, dass die Teilnahmequote der Kinder, deren Vorsorgeuntersuchungsheft bei der Einschulungsuntersuchung nicht vorgelegt wird, deutlich niedriger ist.

Tabelle 5: Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Neubrandenburg 2004-2007

Einschulungsjahr	Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in %				
	U1-U2	U3-U6	U7	U8	U9
<b>2003/04</b>	97,2	91,0	87,7	77,6	69,9
<b>2004/05</b>	99,3	94,4	92,2	78,5	73,8
<b>2005/06</b>	99,7	93,1	91,8	78,9	72,1
<b>2006/07</b>	99,3	92,6	92,2	87,1	78,8

In Hinsicht auf die ersten beiden Früherkennungsuntersuchungen wird eine zufriedenstellende Gesamtrate erreicht, denn es wurden rund 99% der Kinder untersucht (von denen ein Früherkennungsheft vorlag).

Die feststellbare Gesamtrate der Vollständigkeit der U3-U6-Früherkennungsuntersuchungen schwankt mit nur geringfügigen Abweichungen über die vier Jahre um die 93% und ist damit etwas kleiner als die Gesamtraten der U1- und U2-Früherkennungen.

Die Vollständigkeit der U7-Früherkennung unterschreitet nur im Einschulungsjahr 2003/04 die „90%-Maske“ und wird in den darauffolgenden Jahren des Betrachtungszeitraums kontinuierlich größer von 87,7% auf 92,2%. Das heißt, dass 7,5% bis 12,3% der hier untersuchten Kinder in ihren Früherkennungsheften die U7 nicht nachgewiesen haben, das sind im Jahr 2006/07 genau 128 Kinder.

Die U8-Inanspruchnahme wird im Trend gesehen zwar größer, allerdings beträgt sie zuletzt 87,1% und ist damit kleiner als die Gesamtraten der vorgenannten Früherkennungsuntersuchungen.

Die Teilnahme an der neunten Früherkennungsuntersuchung breitet sich unter den einzuschulenden Kinder deutlich aus, und zwar von 69,9% auf 78,8% in den letzten vier Einschulungsjahren und dennoch ist sie am kleinsten im Vergleich zu allen anderen

Früherkennungsuntersuchungen. Insgesamt haben 12,9% der Kinder im Jahr 2006/07 keine U9-Früherkennungsuntersuchung erhalten. Das liegt zum Teil daran, dass die Schuleingangsuntersuchung bei einem Teil der Kinder bereits vor der U9-Früherkennung stattfindet. Wie viele das sind, ist unbekannt.

Insgesamt zeigt sich in allen Einschulungsjahren deutlich die abnehmende Teilnahme-  
frequenz mit zunehmendem Alter der Kinder, insbesondere bei der U8 und U9. Liegen  
die Teilnahmequoten der einzelnen Untersuchungen in den ersten beiden Lebensjahren  
(U3 bis U7) noch über 90%, fallen diese bei den späteren Untersuchungen (U8 und U9)  
um fast 10% ab und liegen bei ca. 80%. Dieser Trend wird deutschlandweit bestätigt  
(vgl. Schubert/Horch 2004, S. S.164ff).

Betrachtet man die Nutzung der einzelnen Untersuchungen im zeitlichen Verlauf, zeigt  
sich seit 2003/04 ein deutlicher Anstieg sowohl der U7, U8 als auch der U9. Die  
Teilnahmequote an der siebten Früherkennungsuntersuchung ist in den vier Unter-  
suchungsjahren um ca. 5% gestiegen. Während 2003/04 lediglich 77,6% der Kinder die  
U8-Untersuchung wahrgenommen haben, waren es 2006/07 mit einer Teilnahmerate  
von 87,7% sogar rund 10% mehr Kinder. Die Teilnahmebereitschaft an der U9 ist  
schließlich von unter 70% auf fast 80% gestiegen. Dieser Verlauf ist sowohl bei einer  
Differenzierung nach Geschlecht als auch nach Altersgruppen (bzw. Geburtskohorten)  
zu beobachten.

Bei der Untersuchung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen  
interessiert aber nicht nur das Gesamtergebnis für Neubrandenburg. Aufschlussreich  
sind darüber hinaus differenzierte Auswertungen, bei denen die Inanspruchnahmeraten  
mit dem Sozialstatus in Zusammenhang gebracht werden. Nachfolgend werden diese  
Ergebnisse im Zuge der Querschnittstudie dargestellt und interpretiert.

## 4.3 Ergebnisse der Querschnittstudie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen nach Sozialstatus

### 4.3.1 Beschreibung der Grundgesamtheit

Im Rahmen dieses Teilkapitels soll betrachtet werden, wie der errechnete Sozialstatus von Neubrandenburger Einschüler in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen auftritt.

Nach der im Teilkapitel 4.1.4 geschilderten Vorgehensweise konnte für das Einschulungsjahr 2006/07 von den ursprünglich 568 Vorschulkindern der Sozialindex von 78,7% (N=447) errechnet werden. Bei den übrigen 21,3% (N=121) war eine Ermittlung der Sozialindizes aufgrund von unvollständigen bzw. fehlenden Angaben der Eltern nicht möglich.

Hervorzuheben ist, dass der mittlere Sozialstatus mit 34,2% (N=194 Fälle) am häufigsten vertreten ist. Niedriger und hoher Sozialstatus sind mit 22,0% (N=125) und 22,5% (N=128) in dieser Untersuchungseinheit relativ gleich verteilt.

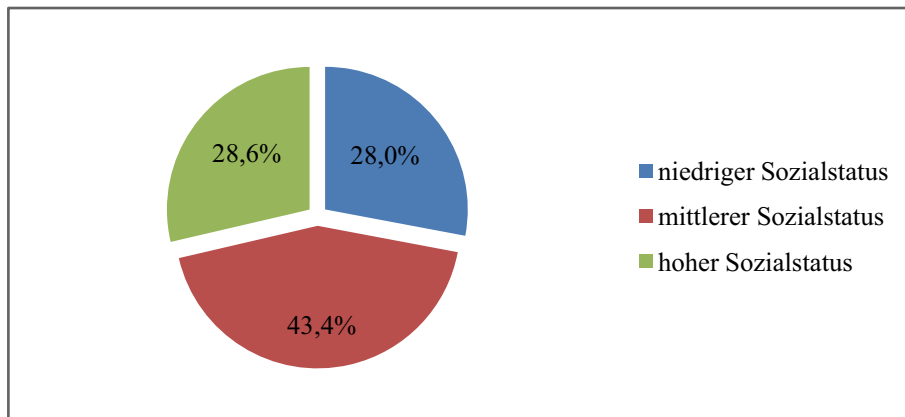
Tabelle 6: Sozialindex insgesamt

Sozialindex	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit (%)
niedriger Sozialstatus	125	22,0
mittlerer Sozialstatus	194	34,2
hoher Sozialstatus	128	22,5
unvollständige oder fehlende Angaben	121	21,3
Gesamt	568	100,0

Werden ausschließlich die Probanden betrachtet, die vollständige Angaben zum Sozialstatus gegeben haben (N=447), sieht die Verteilung wie folgt aus: 43,4% der Kinder haben einen mittleren Sozialstatus, 28,6% der Kinder gehören der oberen Sozialschicht an und 28% der Kinder leben in sozial schwachen Familien.

Der Mittelwert (arithmetisches Mittel) beträgt 7,54. Die Streuung (ein Maß für die Unterschiedlichkeit) liegt bei 1,802.

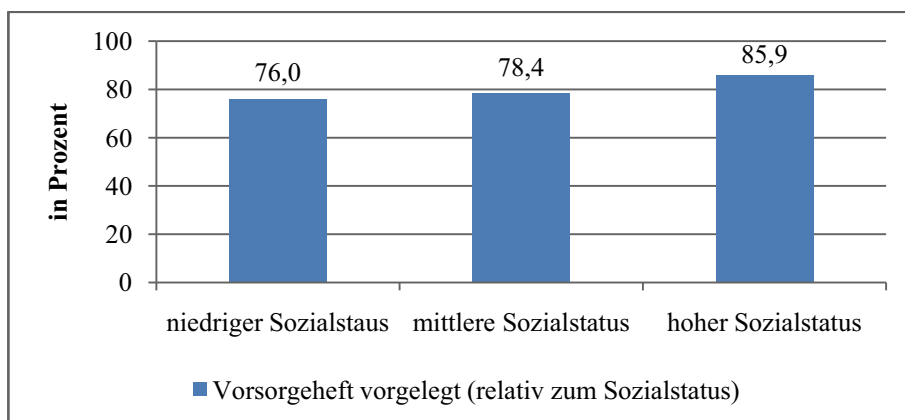
Abbildung 14: Sozialindex insgesamt



#### 4.3.2 Vorsorgestatus nach Sozialstatus

Von den 447 Neubrandenburger Vorschulkindern, deren Sozialstatus ermittelt werden konnte, haben 79,9% (N=357) ihr gelbes Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung mitgebracht. Demgemäß liegen von 20,1% der Einschüler (N=90) keine Angaben zum Vorsorgestatus vor.<sup>40</sup> Auffallend ist, dass insbesondere in der mittleren und niedrigen Sozialschicht Angaben zum Vorsorgestatus fehlen. Während 85,9% aller Kinder mit einem hohen Sozialstatus (N=110) ihr Vorsorgeheft dabei hatten, waren es bei den Kindern der mittleren Schicht nur 78,4% (N=152) und bei den der unteren Sozialschicht sogar nur 76,0% (N= 95) (vgl. Abbildung 15)

Abbildung 15: Vorsorgestatus nach Sozialstatus



<sup>40</sup> Alle im Folgenden dargestellten Untersuchungsergebnisse beziehen sich auf Kinder mit Angaben zu Früherkennungsuntersuchungen (N=347).

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass es einen Unterschied zwischen den Sozialgruppen und der Vorlage des Vorsorgeheftes bei Einschulungsuntersuchungen gibt. Dieser stellt sich im Datenmaterial wie folgt dar: Eltern mit niedrigem Sozialstatus bringen seltener das Vorsorgeheft ihres Kindes zur Einschulungsuntersuchung mit als Eltern mit mittlerem und hohem Status. Um zu überprüfen ob es sich hierbei um einen statistisch signifikanten Unterschied handelt, wurde der Chi-Quadrat-Test als Verfahren der schließenden Statistik zur Messung von Gruppenunterschieden verwendet. Mittels dieses Verfahrens können die aus den erhobenen Daten abgeleiteten Schlussfolgerungen verallgemeinert werden, sofern die Hypothese angenommen werden kann.

#### Hypothese 1:

- Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Sozialgruppen und der Vorlage des Vorsorgeheftes bei Einschulungsuntersuchungen. Dieser stellt sich wie folgt dar: Eltern mit niedrigem Sozialstatus bringen (signifikant) seltener das Vorsorgeheft ihres Kindes zur Einschulungsuntersuchung mit als Eltern mit mittlerem bzw. hohem Status.

Die statistische zu überprüfende Beziehung zwischen diesen beiden Variablen wird in der nachstehenden Kreuztabelle veranschaulicht. Innerhalb dessen wurden Kinder mit niedrigem Sozialstatus, Kinder mit mittlerem Sozialstatus und Kinder mit hohem Sozialstatus hinsichtlich ihres Vorsorgestatus gegenübergestellt. Da beim Chi-Quadrat-Test nur Häufigkeiten verglichen werden, ist es bei diesem Test unerheblich, was als unabhängige und was als abhängige Variable angesehen wird.

Tabelle 7: Vorlage des Vorsorgeheftes – Sozialstatus

Sozialstatus		Vorsorgestatus		Chi- Quadrat nach Pearson	Asymptotische Signifikanz (2 seitig)	Asymptotische Signifikanz (1 seitig)
		Vorsorgeheft vorgelegt	Vorsorgeheft nicht vorgelegt			
niedriger Sozialstatus	Anzahl	95	30	4,373	0,112	0,056
	Erwartete Anzahl	99,8	25,2			
	% von Sozialstatus	76,0%	24,0%			
mittlerer Sozialstatus	Anzahl	152	42			
	Erwartete Anzahl	154,9	39,1			
	% von Sozialstatus	78,4%	21,6%			
hoher Sozialstatus	Anzahl	110	18			
	Erwartete Anzahl	102,2	25,8			
	% von Sozialstatus	85,9%	14,1%			
Gesamt	Anzahl	357	90			
	Erwartete Anzahl	357	90			
	% von Sozialstatus	79,9%	20,1%			

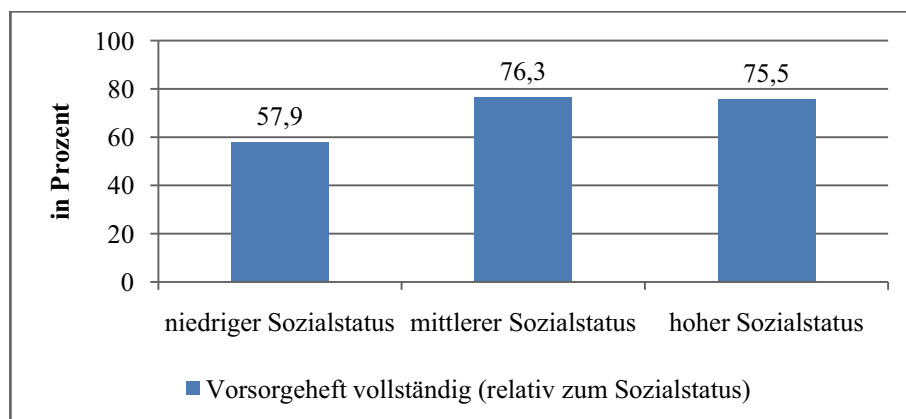
Mit einer quadratischen Kontingenz von  $\chi^2 = 4,373$  und einem p-Wert von 0,056 ist das Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05$  nur knapp verfehlt. Dennoch kann der Unterschied zwischen den Sozialgruppen und der Vorlage des Vorsorgeheftes bei Einschulungsuntersuchungen nicht statistisch belegt werden, die Hypothese kann nicht angenommen werden. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Werte bei größeren Fallzahlen verändern werden.

#### 4.3.3 Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen nach Sozialstatus

Neben der Vorlage dokumentierter Vorsorgeuntersuchungen ist es von Interesse zu erfahren, inwieweit die gelben Vorsorgehefte der 357 Kinder vollständig sind, d.h. die Kinder an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben.

Die Datenanalyse ergibt, dass 71,1% der Kinder (N=254) ein lückenloses Vorsorgeheft haben. In den sozialen Schichten spiegelt sich folgender Sachverhalt wieder: Der Anteil Kinder mit vollständigen Früherkennungsuntersuchungen lag bei Kindern der unteren Sozialschicht deutlich niedriger als bei Kindern der hohen und mittleren Sozialschicht. So haben 76,3% der Kinder mit mittlerem Sozialstatus ein vollständiges Vorsorgeheft, dicht gefolgt von den Kindern mit hohem Sozialstatus (75,5%). Nur etwas über die Hälfte der Kinder aus der unteren Sozialschicht (57,9%) konnten alle Vorsorgeuntersuchungen nachweisen – 15% weniger Kinder als in den anderen beiden Sozialschichten.

Abbildung 16: Vollständigkeit der U-Untersuchungen nach Sozialstatus



Dieser Unterschied offenbart, dass die Vorsorgeuntersuchungen von den Kindern der hohen und mittleren Sozialschicht wesentlich stärker besucht wurden, als von den Kindern mit niedrigem Sozialstatus. Mit Hilfe des Chi-Quadrattest wurde geprüft, ob sich die Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen hinsichtlich des Sozialstatus sogar signifikant unterscheidet.

### Hypothese 2:

- Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Sozialgruppen und der Vollständigkeit des Vorsorgeheftes bei Einschulungsuntersuchungen. Der Anteil der Kinder mit vollständigem Vorsorgeheft tritt bei Kindern aus sozial schwachen Familien (signifikant) seltener auf als bei Kindern mit einem mittlerem oder hohem Sozialstatus.

Wie in der nachstehenden Kreuztabelle ersichtlich ist, unterscheiden sich die Kinder mit niedrigem Sozialstatus von den anderen Kindern.

Tabelle 8: Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen – Sozialstatus

Sozialstatus		Vorsorgestatus		Chi- Quadrat nach Pearson	Asymptotische Signifikanz (2 seitig)	Asymptotische Signifikanz (1 seitig)
		Vorsorgeheft vollständig	Vorsorgeheft nicht vollständig			
niedriger Sozialstatus	Anzahl	55	40	11,100	0,004	0,002
	Erwartete Anzahl	67,6	27,4			
	% von Sozialstatus	57,9%	38,8%			
mittlerer Sozialstatus	Anzahl	116	36			
	Erwartete Anzahl	108,1	43,9			
	% von Sozialstatus	76,3%	23,7%			
hoher Sozialstatus	Anzahl	83	27			
	Erwartete Anzahl	78,3	31,7			
	% von Sozialstatus	75,5%	24,5%			
Gesamt	Anzahl	254	103			
	Erwartete Anzahl	254	103			
	% von Sozialstatus	71,1%	28,9%			

Die konditionalen Verteilungen der nachstehenden Kreuztabelle verweisen auf eine statistisch bedeutsame Beziehung zwischen den beiden Variablen, da die erwarteten Häufigkeiten von den beobachteten Häufigkeiten abweichen. Es ist festzustellen, dass Kinder der hohen und mittleren Sozialschicht häufiger als erwartet alle Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen haben. Demnach ist die beobachtete Häufigkeit (116 Kindern mit mittlerem Sozialstatus; 83 Kinder mit hohem Sozialstatus) für das Merkmal „Untersuchungsheft vollständig“ bei diesen Kindern höher als die erwartete Häufigkeit

(108,1 Kinder mit mittlerem Sozialstatus; 78,3 Kinder mit hohem Sozialstatus). Bei Kindern mit einem niedrigen Sozialstatus zeigt sich der umgekehrte Fall: die beobachtete Häufigkeit liegt mit einer Anzahl von 55 unter der erwarteten Häufigkeit von 67,6.

Mit einer quadratischen Kontingenz von  $\chi^2=11,100$  und einem p-Wert von 0,002 ist der Unterschied sehr signifikant. Damit ist bestätigt, dass die Vorsorgeuntersuchungen von den Kindern der hohen und mittleren Sozialschicht signifikant stärker besucht werden, als von den Kindern mit niedrigem Sozialstatus.

#### **4.3.4 Inanspruchnahme der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen nach Sozialstatus**

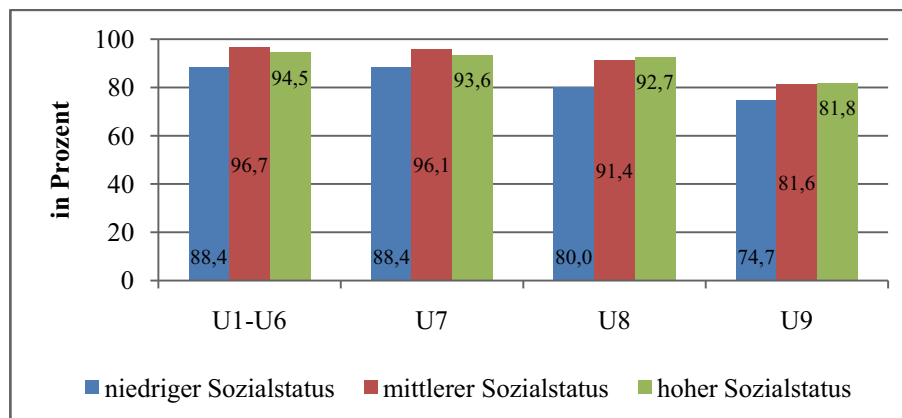
Bei der Inanspruchnahme der einzelnen U-Untersuchungen zeigt sich bei den 357 Kindern, die ihr Vorsorgeheft vorgelegt hatten, dass die Inanspruchnahme in allen sozialen Schichten ab der U7 abnimmt. Dieser Rückgang ist allerdings bei Kindern der unteren sozialen Schicht besonders gravierend.

Während ca. 95% der Kinder der mittleren und hohen Sozialschicht die U1-U7 wahrnehmen konnten, waren es in der unteren Sozialschicht nur 88,4% der Kinder. Mit der U8 sinkt die Inanspruchnahme in der unteren Sozialschicht weiter auf 80%. An der U9 nahmen ca. 82% der Kinder mit mittlerem und hohem Sozialstatus teil. Im Vergleich zur U8 ist die Inanspruchnahme sogar um ca. 10% gesunken. Bei den Kindern der unteren Sozialschicht fiel die Inanspruchnahme um ca. 5% auf 74,7%. Dementsprechend haben ¼ der Kinder der unteren Sozialschicht die U9-Untersuchung versäumt. Diese Ergebnisse verdeutlichen erneut, dass es bei gesundheitsfördernden bzw. präventiven Maßnahmen insbesondere darauf ankommt sozial benachteiligte Personengruppen zu erreichen.

Der Unterschied bei der Inanspruchnahme zwischen der mittleren und der hohen Sozialschicht ist prozentual nur geringfügig. Erstaunlicherweise zeigt sich sogar, dass die U1-U7 von den Kindern der mittleren Sozialschicht etwas stärker frequentiert wurden. Erst ab der U8 liegt der Anteil Kinder mit einem hohen Sozialstatus etwas höher als bei Kindern mit mittlerem Sozialstatus. Demgegenüber nimmt die

Inanspruchnahme bei den späteren U-Untersuchungen bei Kindern der mittleren Sozialstatus-Gruppe stärker ab als bei Kindern mit hohem Sozialstatus. Von der ersten zur letzten U-Untersuchung ist bei Kindern der mittleren Sozialschicht ein Rückgang um ca. 15% zu beobachten – bei Kindern mit hohem Sozialstatus von ca. 12%. Es kann daher angenommen werden, dass sich die Unterschiede zwischen den Sozialstatus-Gruppen bei den späteren U-Untersuchungen erhöhen.

Abbildung 17: Inanspruchnahme von U-Untersuchungen nach Sozialstatus



Aus den Ergebnissen kann insgesamt geschlussfolgert werden, dass Familien mit niedrigem Sozialstatus die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen deutlich seltener in Anspruch nehmen – dies gilt von den ersten U-Untersuchungen an. Zudem vergrößert sich die Kluft zwischen den Sozialstatus-Gruppen noch bei den späteren U-Untersuchungen.

Um statistisch zu belegen, ob dieser Unterschied rein zufällig aufgetreten oder signifikant (bedeutsam) ist, wurde abermals ein Chi-Quadrattest durchgeführt.

### Hypothese 3:

- Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Sozialgruppen und der Inanspruchnahme der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen. Kinder aus sozial schwachen Familien nehmen die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen gegenüber Kinder aus sozial stärkeren Familien signifikant seltener in Anspruch – dies gilt von den ersten U-Untersuchungen an.

Wie auch in der deskriptiven Statistik werden die U1-U6 zusammenfassend interpretiert. Ansonsten würden einige Zellen eine erwartete Häufigkeiten kleiner als fünf aufweisen, was eine Anwendung des Chi-Quadrattestes fraglich erscheinen ließe.

Die Analyse ergab die in der Tabelle 9 zusammengefassten Ergebnisse. Beim Vergleich der Häufigkeiten bestätigt sich die Tendenz, dass Kinder der mittleren und hohen Sozialschicht die Früherkennungsuntersuchungen häufiger als erwartet wahrnehmen. Im Gegensatz dazu haben weniger Kinder als erwartet aus sozial schwachen Familien an den einzelnen Untersuchungen teilgenommen. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass es Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme hinsichtlich des Sozialstatus gibt.

Aus der Spalte „Chi-Quadratwert nach Pearson“ wird ersichtlich, dass die Chi-Quadratwerte – mit Ausnahme der U9 – über einen Wert von  $\chi^2 = 3,841$  liegen<sup>41</sup>, wobei der Chi-Quadratwert bei der U8 mit  $\chi^2 = 10,170$  am größten ist. Demnach ist auch hier die Abweichung von der Nullhypothese ( $H_0$ ) am größten.

Diese Aussagen bestätigen sich in den Signifikanzniveaus: mit Ausnahme der U9 gibt es statistisch signifikante Unterschiede ( $p \leq 0,05$ ) zwischen den Sozialgruppen. Mit einer Signifikanz von  $p=0,003$  ist der Unterschied bei der Inanspruchnahme der U8 sogar hoch signifikant.

Basierend auf diesen Ergebnissen ist ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Sozialgruppen und der Inanspruchnahme der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen feststellbar. Es lässt sich festhalten, dass Kinder aus sozial schwachen Familien die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen gegenüber Kinder mit mittlerem und hohem Sozialstatus signifikant seltener in Anspruch nehmen – dies gilt mit Ausnahme der U9 von den ersten U-Untersuchungen an.

---

<sup>41</sup> Für jeden Chi-Quadrat-Wert kann die entsprechende Signifikanz  $p$  abgeleitet werden. Sofern  $\chi^2 \geq 3,841$  besteht ein signifikanter Unterschied.

Tabelle 9: Chi-Quadrat-Test – Inanspruchnahme der einzelnen U-Untersuchungen  
hinsichtlich des Sozialstatus

U-Untersuchung nach Sozialstatus		Untersuchung erhalten      nicht erhalten		Chi-Quadrat nach Pearson	Asymptotische Signifikanz (1 seitig)
U1 - U6					
niedriger Sozialstatus	Anzahl	84	11	7,085	0,0145
	Erwartete Anzahl	89,1	5,9		
	% von Sozialstatus	88,4%	11,6%		
mittlerer Sozialstatus	Anzahl	147	5		
	Erwartete Anzahl	142,6	9,4		
	% von Sozialstatus	96,7%	3,3%		
hoher Sozialstatus	Anzahl	104	6		
	Erwartete Anzahl	103,2	6,8		
	% von Sozialstatus	94,5%	5,5%		
U7					
niedriger Sozialstatus	Anzahl	84	11	5,462	0,0325
	Erwartete Anzahl	88,6	6,4		
	% von Sozialstatus	88,4%	11,6%		
mittlerer Sozialstatus	Anzahl	146	6		
	Erwartete Anzahl	141,8	10,2		
	% von Sozialstatus	96,1%	3,9%		
hoher Sozialstatus	Anzahl	103	7		
	Erwartete Anzahl	102,6	7,4		
	% von Sozialstatus	93,6%	6,4%		
U8					
niedriger Sozialstatus	Anzahl	76	19	10,170	0,003
	Erwartete Anzahl	84,4	10,6		
	% von Sozialstatus	80,0%	20,0%		
mittlerer Sozialstatus	Anzahl	139	13		
	Erwartete Anzahl	135	17		
	% von Sozialstatus	91,4%	8,6%		
hoher Sozialstatus	Anzahl	102	8		
	Erwartete Anzahl	87,7	12,3		
	% von Sozialstatus	92,7%	7,3%		
U9					
niedriger Sozialstatus	Anzahl	71	24	2,089	0,176
	Erwartete Anzahl	75,8	19,2		
	% von Sozialstatus	74,7%	25,3%		
mittlerer Sozialstatus	Anzahl	124	28		
	Erwartete Anzahl	121,3	30,7		
	% von Sozialstatus	81,6%	18,4%		
hoher Sozialstatus	Anzahl	90	20		
	Erwartete Anzahl	87,8	22,2		
	% von Sozialstatus	81,8%	18,2%		

Eigene Darstellung

#### **4.4 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse**

Die dargestellten Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, dass die Früherkennungsuntersuchungen in Neubrandenburg insgesamt auf eine hohe Akzeptanz stoßen. Die Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen hat sich im Untersuchungszeitraum sogar kontinuierlich verbessert. Bei der U8- und U9-Untersuchung ist aber sicher noch Verbesserungspotential vorhanden. So zeigen die Daten der Einschulungsuntersuchungen in Neubrandenburg, dass die Eltern nicht immer auf die Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen achten. Als genereller Trend kann festgehalten werden, dass das Interesse an der Früherkennungsuntersuchung beim heranwachsenden Kind leicht nachlässt. Die hohe Inanspruchnahme in den ersten zwei Lebenswochen (U1, U2) ist sicher darauf zurück zu führen, dass ein Großteil noch in den Geburtskliniken erfolgt. In der Folge nimmt sie bis zur U6 am Ende des ersten Lebensjahres moderat ab. Ein erster sprunghafter Abfall der Nutzungsrate ist nach dem ersten Lebensjahr (ab U7) zu beobachten. Hier sinkt die Rate von 95 % (U6) auf 90 % (U7) und erreicht ihren Tiefpunkt mit 80 % zum Zeitpunkt der U9.

In Hinblick auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen nach Sozialstatus sind noch erhebliche Defizite erkennbar. Die Ergebnisse der Querschnittstudie deuten darauf hin, dass trotzdem alle gesetzlich versicherten Kinder mit dem SGB V die gleichen Chancen erhalten, bei der Inanspruchnahme statusspezifische Unterschiede vorhanden sind. So werden die Untersuchungen in den unteren Statusgruppen signifikant seltener in Anspruch genommen als von Personengruppen mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. In zahlreichen Analysen zur Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen tritt ein entsprechendes Ergebnis zum Vorschein. Allerdings erschwert die unterschiedliche Herangehensweise bei der Einteilung in Sozialschichten letztendlich den Vergleich mit diesen Studien, da nur selten gleichartige Indizes verwendet werden (vgl. Helmert 2003, S. 30).

Vor dem Hintergrund, dass sozial benachteiligte – Studienergebnissen zufolge – ohnehin einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, wäre es an dieser Stelle interessant zu erfahren, ob die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen einen direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand der Kinder hat. Eine endgültige Aussage über den Zusammenhang zwischen vermehrten Gesundheitsproblemen und der

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für das Kindesalter kann in dieser Recherche aber nicht getroffen werden. Neben Querschnittsanalysen fehlen insbesondere Längsschnittstudien, die Aufschluss über die tatsächliche Bedeutung dieser Zusammenhänge geben können.

Schlussfolgernd unterstreichen die hier präsentierten Befunde die Forderung nach vermehrten und gezielteren Interventionen, um die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter zu erhöhen. Dabei stellen Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung dar. In diesem Zusammenhang fordert Delekat (2003) den Blick verstärkt auf die sozialen und kulturellen Zusammenhänge zu richten, um bei der Entwicklung von Maßnahmen und Projekten diese Zielgruppe besonders zu berücksichtigen. Im Zentrum sollten vor allem die Stärkung der Bewältigungsressourcen und der Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit stehen. Letztendlich sollte in Anlehnung an Mielck (2000) jeder „eine faire Chance erhalten, sein Gesundheitspotential voll auszuschöpfen, d.h. alle vermeidbaren Hemmnisse zur Erreichung dieses Potentials sollen beseitigt werden.“

Im Sinne einer Vorsorge, die alle Kinder erreicht, ist es insgesamt notwendig Familien aus sozial schwächeren Verhältnissen, Familien mit Migrationshintergrund sowie junge Mütter bzw. Familien mit mehreren Kindern noch stärker zur Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen zu ermutigen (vgl. P. Kamtsiuris/Schlack 2006, S. 1231).

In Neubrandenburg führte das Gesundheitsamt in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) daher eine Aktion durch, um die Vorsorgeuntersuchungen populärer zu machen und somit die Gesundheit aller Kinder zu fördern. Die Zielsetzung, Implementierung, Umsetzung und Ergebnisse der Aktion werden im folgenden Kapitel dargelegt.



## **5 Die Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“ zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in Neubrandenburg**

---

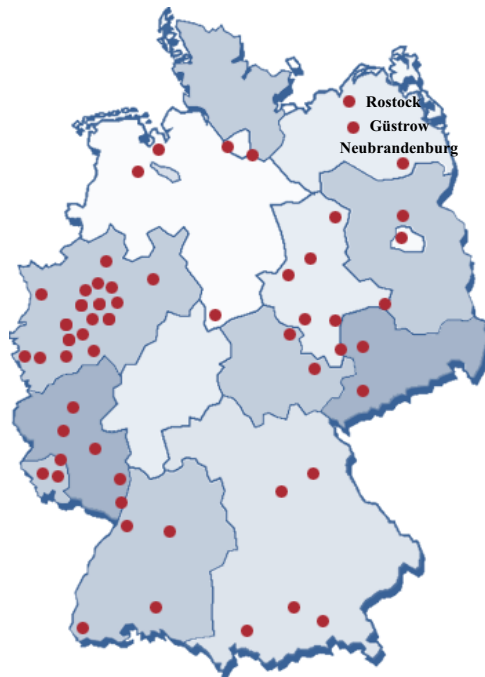
### **5.1 Design und Zielsetzung der Aktion**

Unter dem Motto „Ich geh’ zur U! Und Du?“ hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Aktion zur Erhöhung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter entwickelt. Als Begründung für die Initiierung der Aktion wird die sich in den letzten Jahren insbesondere in den neuen Bundesländern sinkende Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter angeführt (vgl. BZgA 2006, S. 4). Die Auswirkungen dieser Entwicklung sind gravierend, da Krankheiten nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden können. Mit Hilfe der Aktion soll die Teilnahme an den Untersuchungen U7, U8 und U9 gefördert werden, die im Alter zwischen zwei und fünf Jahren erfolgen und bei denen die Teilnahmerate noch unbefriedigend ist. Gedacht ist besonders an Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder mit Migrationshintergrund, Kindergruppen also, die das Vorsorgeangebot bei den niedergelassenen Ärzten weniger wahrnehmen (vgl. Schirm 2005, S. 7).

An der Aktion können sich die Öffentlichen Gesundheitsdienste und niedergelassene Ärzte, Jugendämter und die Kitas selbst beteiligen. Um die Aktion auf eine breite Basis zu stellen, schließen sich die Akteure zu einem lokalen Netzwerk zusammen. Damit setzt die Aktion an bereits bestehende Strukturen an bzw. fördert die Schaffung neuer Netzwerke. Mit deren Unterstützung werden Eltern aus sozial benachteiligten Gebieten angesprochen und für die präventive Früherkennungsuntersuchung motiviert (vgl. Institut für Marktforschung 2004, S.4).

Die Abbildung 18 zeigt, wo es bereits Akteure gibt, die an der Aktion teilnehmen bzw. teilgenommen haben. In Mecklenburg Vorpommern erfolgt die Aktion neben Neubrandenburg auch in Rostock und Güstrow.

Abbildung 18: Standortpunkte der Aktion



Eigene Darstellung nach: BZgA 2007b, Url.

Über die lokalen bestehenden oder neu gebildeten Netzwerke werden Informationsmaterialien, in Form von Plakaten und Flyern, an die Eltern verteilt, die in verschiedenen Sprachen verfasst sind: neben Deutsch auch Russisch und Türkisch. Mithilfe dieser Informationsmaterialien wird den Eltern von Drei- bis Fünfjährigen dargelegt, wie wichtig die Früherkennungsuntersuchungen sind, um eine gesunde Entwicklung der Kinder zu ermöglichen (vgl. Rieser 2007, S. 533). Dadurch sollen sie motivieren werden, die "U"-Untersuchungen mit ihrem Kind in Anspruch zu nehmen. Das gilt besonders für Eltern in schwierigen Lebenssituationen, die mit ihren Kindern deutlich seltener zu den Untersuchungen gehen.

Die Erzieher/-innen übernehmen die Aufgaben der Multiplikatoren, die darin besteht, die Eltern direkt anzusprechen, ihnen die Bedeutung der Untersuchungen zu vermitteln, mögliche Ängste zu nehmen und an die anstehenden Untersuchungen zu erinnern. Sie sind dazu besonders geeignet, da sie den engsten Kontakt zu Eltern und Kinder pflegen (vgl. Institut für Marktforschung 2004, S. 6).

Kinder, die im Rahmen der Aktion zur U7, U8 und U9 gehen und dieses mit dem gelben Heft in ihrer Kita nachweisen, bekommen zur Belohnung von den Erzieherinnen ein "U-T-Shirt" mit dem Slogan „Ich geh zur U! Und Du?“. Gewissermaßen setzt die



Aktion damit an den Peer-Group-Effekt an, da fast alle Kinder ein derartiges T-Shirt besitzen möchten (vgl. Schirm 2005, S.7). Wenn möglichst viele kleine Teilnehmer solch ein T-Shirt besitzen, fertigen die Erzieher/-innen ein Gruppenbild an. Mit dem Foto nehmen die Kindertagesstätten an einem bundesweiten Wettbewerb der BZgA teil. Die BZgA zeichnet die drei schönsten Bilder mit einem Preis aus. Die anderen Kitas erhalten ein Überraschungs-Dankeschön fürs Mitmachen.

Die Evaluation und wissenschaftliche Begleitung der Aktion übernimmt ein zentraler Akteur des lokalen Netzwerkes.

Zusammenfassend stehen bei der Aktion "Ich geh' zur U! Und Du?" folgende Ziele im Mittelpunkt:

- Vermittlung von Informationen zu den Früherkennungsuntersuchungen,
- Steigerung der Inanspruchnahme – insbesondere der U7 bis U9
- Sensibilisierung der Eltern für den Nutzen von Präventionsmaßnahmen und Motivation zu eigenverantwortlichem, gesundheitsförderndem Verhalten,
- Unterstützung, Koordination und Vernetzung bereits bestehender oder geplanter Aktivitäten der verschiedenen Akteure wie Ärzte, Kindergärten, Jugendämter und Öffentlicher Gesundheitsdienst in sozialen Brennpunkten (vgl. BZgA 2007a, Url).

Letztendlich stellt die folgende Aussage die Aktion am zutreffendsten dar: „Die Aktion spricht direkt und unkompliziert Eltern und Kinder an, bringt die Botschaften sympathisch und verständlich rüber, erzeugt ein positives und "belohntes" Handeln, vernetzt unterschiedliche Akteure und fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit.“ (BZgA 2007a, Url.)



## 5.2 Implementierung der Aktion

Der „Kinder- und Jugendärztliche Dienst“ in Neubrandenburg ist über das Internetportal und einem Rundschreiben der BZgA auf die Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“ aufmerksam geworden und hat in Kindertagesstätten der Stadt für die Teilnahme geworben. In Neubrandenburg gibt es, wie in der nachstehenden Tabelle aufgelistet, insgesamt 25 Kindertagesstätten. Im September 2007 (stadteigene Angabe) waren in den Einrichtungen 33,9% (N=542) der unter dreijährigen Kindern in einer Kinderkrippe gemeldet. 76,1% (N=1.487) der Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren wurden im Kindergarten betreut.

Tabelle 10: Kindertageseinrichtungen der Stadt Neubrandenburg nach Stadtgebieten

Stadtgebiet	Kindertagesstätten
Innenstadt	Kita „Regenbogenhaus“ Integrative Kita „Blümchen - Am Wall“
Stadtgebiet West	Integrative Kita „Maja und Willi“ Kita „Sonnenblume“ Kita „Am Oberbach“ Kita „KÖS“
Vogelviertel	Kita „Adlerhorst“
Reitbahnviertel	Integrative Kita „Flummi“ Kita „Wirbelwind“
Datzeviertel	Integrative Kita „Haus Sonnenschein“ Kita „Kunterbunt“
Industrieviertel	Kita „BIP“ Kita „Paradieswiese“ Kita „Käthe Niederkirchner“ Kita der Arbeiterwohlfahrt
Stadtgebiet Ost	Kita „Lütt Matten“ Kita „Knirpsenland“ Integrative Kita der Lebenshilfe e.V. Kita Morgenstern
Katharinenviertel	Kita „St. Nikolaus“
Stadtgebiet Süd	Kita „Bumerang“ Kita „Windmühle“ Integrative Kita „Fröbels Spielwiese“
Lindenbergviertel	Integrative Kita „Ökolino“ Kita der Waldorf-Initiative e.V.

Die Aktion sollte zunächst in drei Kindertagesstätten implementiert werden. Vor dem Hintergrund der Zielsetzung der Aktion insbesondere Familien aus sozial schwachen Verhältnissen zu erreichen, sollte eine Auswahl aus sozial schwächeren Stadtregionen erfolgen. Früheren Untersuchungen zufolge wiesen die Stadtgebiete Reitbahnweg, Datzeberg und das Stadtgebiet Ost die größte Anzahl an Kinder auf, die einem niedrigen Sozialstatus angehören. Beim Vergleich der Teilnahmefrequenzen an den Früherkennungsuntersuchungen im Zeitraum 2004 bis 2007<sup>42</sup> zeigte sich zugleich, dass gerade in diesen Stadtgebieten die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen der U7 bis U9 noch verbesserungsfähig ist (vgl. Tabelle 11). So schwankte die Teilnehmerate an der U7-Untersuchung in den drei Stadtgebieten zwischen 88,2% bis 89,5% und fiel bei der U8 auf 80,9% bis 71,4% ab. Mit einer Teilnahmequote von 62,3% bis 72,3% lag die Inanspruchnahme der U9 sogar unter dem bundesweiten Durchschnitt.

Tabelle 11: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen nach Stadtgebieten im Zeitraum 2004 bis 2007

Stadtgebiet/Kindertagesstätten	U7	U8	U9
Datzeviertel	88,3%	71,4%	62,3%
Industrieviertel	91,1%	84,8%	78,6%
Innenstadt	98,0%	90,0%	74,0%
Katharinenviertel	93,5%	84,8%	84,8%
Lindenbergviertel	96,4%	89,3%	75,0%
Reitbahnviertel	88,2%	73,1%	72,3%
Stadtgebiet Süd	93,9%	82,7%	74,5%
Stadtgebiet Ost	89,5%	80,9%	69,9%
Stadtgebiet West	97,7%	90,7%	85,3%
Vogelviertel	93,1%	89,7%	86,2%

In den betreffenden Stadtgebieten gibt es acht Kindertagesstätten (vgl. Tabelle 10, S. 75) von denen drei ausgewählt werden sollten. Dazu wurden die Teilnehmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen in den Einrichtungen verglichen.

<sup>42</sup> Der Analyse erfolgte bewusst über mehrere Jahre (2004 bis 2007), da die Fallzahlen ansonsten zu klein für prozentuale Angaben gewesen wären.



Tabelle 12: Inanspruchnahme der U7, U8 und U9 in den Kindertagesstätten 2004-2007

Stadtgebiet/Kindertagesstätten	U7	U8	U9
<b>Reitbahnviertel</b>			
Kita „Flummi“	86,7%	76,7%	78,3%
Kita „Wirbelwind“	90,3%	68,3%	63,4%
<b>Stadtgebiet Ost</b>			
Kita „Lütt Matten“	89,1%	75,0%	69,6%
Kita „Knirpsenland“	87,8%	81,6%	69,4%
Kita der Lebenshilfe e.V.	91,2%	88,4%	70,6%
Kita „Morgenstern“	–*	–*	–*
<b>Datzeviertel</b>			
Kita „Kunterbunt“	83,7%	76,1%	65,1%
Kita „Haus Sonnenschein“	94,1%	61,8%	58,82%

\*Kita „Morgenstern“ wurde erst im Jahr 2006 geöffnet, daher liegen keine vergleichbaren Daten vor.

Nach dieser Analyse fiel die Entscheidung auf Kita „Wirbelwind“ (Reitbahnviertel), Kita „Lütt Matten“ (Stadtgebiet Ost) und Kita „Sonnenschein“ (Datzeviertel), denn gerade hier zeigte sich besonderer Handlungsbedarf: Während die Teilnahmequote bei der U7-Untersuchung noch bei rund 90% lag, sank diese bei der achten um ca. 20% und unterschreitet bei der U9 sogar die 70%-Grenze (vgl. Tabelle 12).

Diese drei Neubrandenburger Kindertagesstätten hatten sich daraufhin an der am 15. September 2007 begonnenen Aktion beteiligt und in ihrer Einrichtung über die Früherkennungsuntersuchungen informiert. Unterstützung erhielten die örtlichen Kindertagesstätten durch die kontinuierliche Kooperation zwischen dem „Kinder und Jugendärztlichen Dienst“ des städtischen Gesundheitsamtes. Die Evaluation und wissenschaftliche Begleitung erfolgte von der Autorin dieser Arbeit selbst.

Zur Implementierung der Aktion wurden die von der BZgA zugesandten Informationsmaterialien von den Akteuren an die drei Kindertagesstätten verteilt. Die Informationsflyer wurden in den Einrichtungen ausgelegt und die Plakate in den Gruppenräumen ausgehängen.

Verbunden mit der Implementierung der Aktion war eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, die auf die Gründe für eine geringe Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen wie Informationsdefizite, fehlende Aufforderung, Berührungsängste etc. abzielte. Dazu wiesen die Kindertagesstätten beispielsweise in Elternversammlungen auf die Bedeutung der Aktion hin – auch mit der Absicht, über die engagierte Elternschaft indirekt andere Eltern anzusprechen. Ebenso gehörte die Nutzung der örtlichen Presse zur Informationsquelle der Eltern.

Die wesentlichen Elemente der Organisationsstruktur der Aktion sind in der nachstehenden Abbildung grafisch dargestellt. Sie verdeutlicht nochmals, wie die Maßnahme in Neubrandenburg geplant, implementiert und umgesetzt wurde.

Abbildung 19: Organisationsstruktur der Aktion



Eigene Darstellung

### 5.3 Durchführung der Aktion

Zu Beginn der Aktion wurde die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen in den drei Kindertagesstätten erhoben. Dazu ließen sich die Erzieher/-innen die U-Hefte zur Einsicht mitbringen und übertrugen die Inanspruchnahme der einzelnen Untersuchungen in einem dazu von der Autorin konzipierten Erhebungsbogen (vgl. Anhang 1). In diesem Erhebungsbogen wurden das Alter und die inanspruchgenommenen Untersuchungen jedes Kindes anonym erfasst. Anhand der Altersangabe der Kinder konnte überprüft werden, welche U-Untersuchungen bei den Kindern im Zeitraum von



September 2007 bis Januar 2008 anstanden. Auf dieser Grundlage konnte die entsprechende Anzahl an U-T-Shirts bei der BZgA bestellt und in den Kindertagesstätten bereitgelegt werden. Aufgrund von Krankheit und fehlender Vorlage der Untersuchungshefte von Seiten der Eltern konnten nicht alle Kindergartenkinder der drei Kindertagesstätten zum Erhebungszeitpunkt einbezogen werden. Insgesamt hatten sich 337 Kinder (86%) an der Aktion beteiligt. Sofern einer der Teilnehmer bei den betreuenden Erzieher/-innen nachwies, dass er eine U-Untersuchung wahrgenommen hat, bekam er das entsprechende U-T-Shirt ausgehändigt.

Am Ende der Aktion fand die Abschlusserhebung mit demselben Erhebungsbogen statt, bei der nochmals von jedem Kind die Teilnahme an den U-Untersuchungen erhoben wurde. Die so gewonnenen Daten dienten dem Vergleich der Inanspruchnahme vor Beginn und nach Vollendung der Aktion, wodurch geschlussfolgert werden konnte, ob die Kinder die im Untersuchungszeitraum angestandenen Untersuchungen wahrgenommen haben. Dazu wurden die Daten von der Autorin in SPSS überführt und aufbereitet. Die Ergebnisse werden im Rahmen der Evaluation der Aktion darlegt.<sup>43</sup>

Um die Einhaltung der Zielvorgaben und die Wirksamkeit der Aktion zu prüfen, wurde im Rahmen der Aktion eine Evaluation aller maßgeblichen Bestandteile und Effekte der Aktion aus Perspektive der einbezogenen Erzieher/-innen vorgenommen. Dazu wurden die Erzieher/-innen zu den Inhalten, Methoden und verwendeten Materialien als auch zur Praktikabilität des Vorgehens befragt. Für die Bewertung der Resonanz der Aktion kam ein standardisierter Fragebogen (vgl. Anhang 2) zum Einsatz, der für den Großteil der Fragen einen Katalog an vorgegebenen Antwortmöglichkeiten umfasste. Diese sind in der Regel auf einer vierstufigen Antwortskala angeordnet, die von „sehr gut“ über „gut“ und „weniger gut“ bis zu „gar nicht gut“ reicht. Ergänzendes gab es am Ende des Fragebogens die Möglichkeit, Kommentare zu vermerken.<sup>44</sup> Die so gewonnenen Daten wurden ebenfalls zur Auswertung in das statistische Programm (SPSS) überführt. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse wurden die Antwortverteilungen auf die Einschätzungsfragen grafisch in Form von Balkendiagrammen aufbereitet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt ebenfalls im Rahmen der Evaluation der Aktion.<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> vgl. hierzu Teilkapitel 5.4.1: Zur Akzeptanz der Aktion, S. 83

<sup>44</sup> Die eingesetzten Fragestellungen werden bei der Ergebnisdarstellung vorgestellt.

<sup>45</sup> vgl. hierzu Teilkapitel 5.4.2 Zur Transparenz und Effektivität der Aktion, S. 86

## 5.4 Evaluation der Aktion

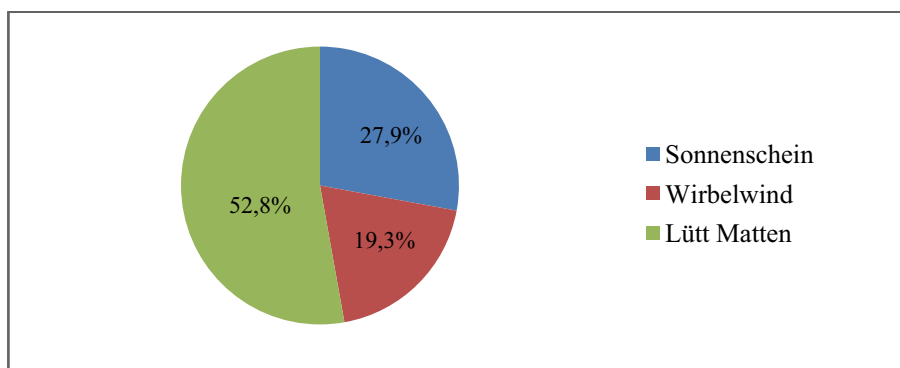
### 5.4.1 Zur Akzeptanz der Aktion

Im Rahmen dieses Teilkapitels wird auf Datenbasis des Ist-Zustandes und der Abschlusserhebung die Akzeptanz der Aktion in den Kindertagesstätten evaluiert.

In den an der Aktion beteiligten Kindertagesstätten wurden zu Beginn der Aktion 392 Kinder betreut. Davon hatten 44 Eltern das Untersuchungsheft ihres Kindes nicht vorgelegt, so dass ihre Angaben zum Vorsorgestatus fehlten. Bei 11 Kindern standen die Untersuchungen ab der U7 aufgrund ihres Alters noch nicht an. Insofern wurden insgesamt 337 Kinder (85,9%) in die Untersuchung aufgenommen.

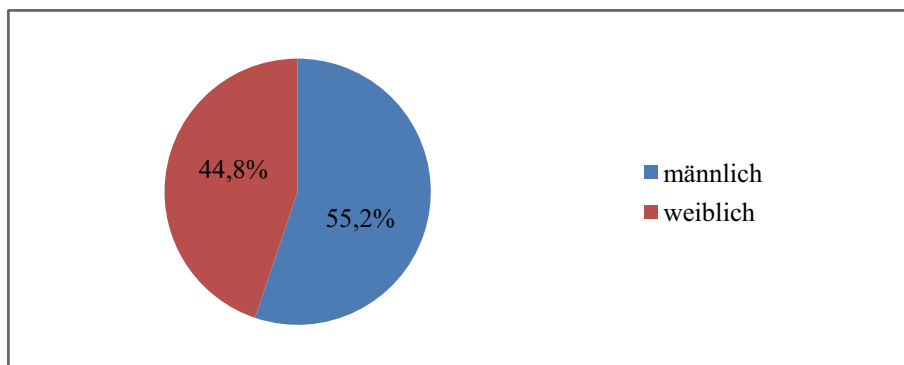
Über die Hälfte der Kinder (52,8%; N=178) waren in der Kita „Lütt Matten“ gemeldet. Gut ein Viertel der Kinder wurden in der Einrichtung „Kita Sonnenschein“ (27,9%; N=94) und 19,3% der Kinder (N=65) in der Kita „Wirbelwind“ betreut.

Abbildung 20: Stichprobenzusammensetzung



Von den 337 Kinder waren 55,6% (N=192) männlich und 44,4% (N=156) weiblich. Das Alter der Kinder beläuft sich zwischen 17-74 Lebensmonate.

Abbildung 21: Geschlecht der Stichprobe in Prozent



Anhand des Alters der Kinder konnte ermittelt werden, welche Früherkennungsuntersuchungen im Untersuchungszeitraum (15. September 2007 bis 31. Januar 2008) anstanden. Im Ergebnis lag die nachstehende Tabelle vor, sie gibt einen Überblick über die Teilnahmerate an den Früherkennungsuntersuchungen in den beteiligten Kindertagesstätten vor Beginn der Aktion.

Tabelle 13: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen vor Aktionsbeginn

Status der Früherkennungsuntersuchung	U1-U6		U7		U8		U9	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Untersuchung(en) erhalten	293	86,9%	268	79,5%	129	38,3%	73	21,7%
Untersuchung(en) nicht erhalten	44	13,1%	45	13,4%	35	10,4%	13	3,9%
Untersuchung steht an	-*	-*	24	7,1%	53	15,7%	40	11,8%
Untersuchung noch nicht altersgerecht	-*	-*	0	0,0%	120	35,6%	211	62,6%

\* Die untersuchten Kinder sind im Alter von 17-74 Monate, insofern standen die Untersuchungen U1-U6 bereits vor Beginn der Aktion an.

Wie in Tabelle 13 ersichtlich, nahmen an der U1-U6 insgesamt 86,9% der Kinder (N=293) teil, so dass 13,1% der Kinder (N=44) mindestens eine dieser Untersuchungen nicht wahrgenommen haben. Eine zusätzliche Analyse ergab, dass 8,9% der Kinder (N=30) eine, 3,0% (N=10) zwei und 1,2% der Kinder (N=4) mehr als zwei der U1-U6-Untersuchungen versäumt hatten.

An U7-Untersuchung hatten bereits 79,5% der Kinder (N=268) fristgerecht teilgenommen. Allerdings hatten 13,4% der Kinder (N= 45) den Untersuchungstermin bereits vor Beginn der Aktion versäumt. Bei 7,1% der Kinder (N= 24) stand diese Vorsorgeuntersuchung im Untersuchungszeitraum an.

Zur achten Früherkennungsuntersuchung hatten 38,3% der Kinder (N=129) ihren Kinderarzt vor Aktionsbeginn konsultiert. 10,4% der Kinder (N=35) konnten den Arztbesuch nicht wahrnehmen. Bei 15,7% der Kindern (N=53) stand der Termin zur Krankheitsfrüherkennung in den Untersuchungsmonaten an. 35,6% der Kinder (N=120) waren für die Teilnahme an der achten Vorsorgeuntersuchung noch zu jung.

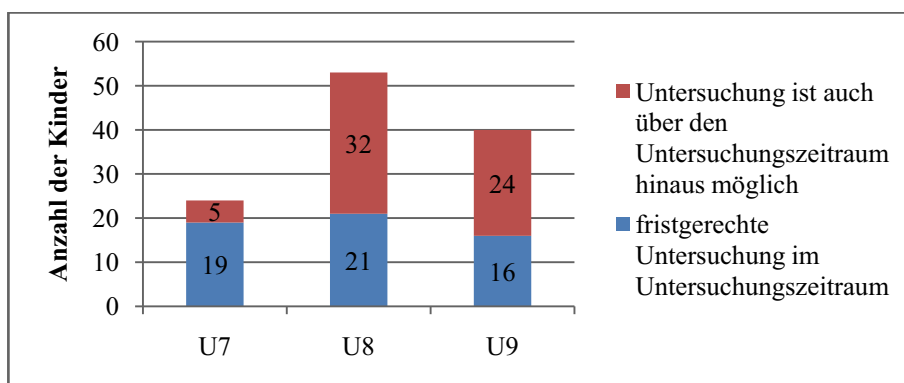
21,7% der Kinder (N=73) hatten die U9-Untersuchung schon in Anspruch genommen. Mit 3,9% (13 Kinder) ist der Anteil der Kinder, welche die U9-Untersuchung verpasst hatten, noch relativ gering. Bei 11,8% der Kindern (N=40) war die Untersuchung im Untersuchungszeitraum vorgesehen. Immerhin stand bei über der Hälfte der Kinder (62,6%; N=211) diese Vorsorgeuntersuchung noch nicht im Aktionszeitraum an.

Vor dem Hintergrund, dass einige Kindern aufgrund ihres Alters auch noch nach der Aktion Zeit gehabt hätten die im Untersuchungszeitraum anstehende Untersuchung wahrzunehmen, wurde im Speziellen unterschieden:

- Wie viele Kinder die jeweilige anstehende Vorsorgeuntersuchung ausschließlich innerhalb des Untersuchungszeitraums – sprich bis Januar 2008 – wahrnehmen konnten und
- wie viele Kinder an der jeweiligen anstehenden Vorsorgeuntersuchung auch noch nach dem Untersuchungszeitraum fristgemäß teilnehmen können.

Wie in der Abbildung 22 dargelegt, stand bei 19 Kindern im Untersuchungszeitraum die U7-Vorsorgeuntersuchung an, bei 21 Kindern war die achte Untersuchung und bei 16 Kindern die U9-Untersuchung erforderlich. Sofern die Eltern die Untersuchung bis Januar 2008 mit ihrem Kind nicht wahrnehmen konnten, haben sie diese versäumt und können sie auch nicht mehr nachholen. Anders ist es bei Kindern des rot abgebildeten Balkens. Sie können die entsprechenden U-Untersuchungen aufgrund ihres Alters auch noch nach dem Untersuchungszeitraum im Februar 2008 fristgerecht erhalten.

Abbildung 22: anstehende Vorsorgeuntersuchungen im Zeitraum der Aktion



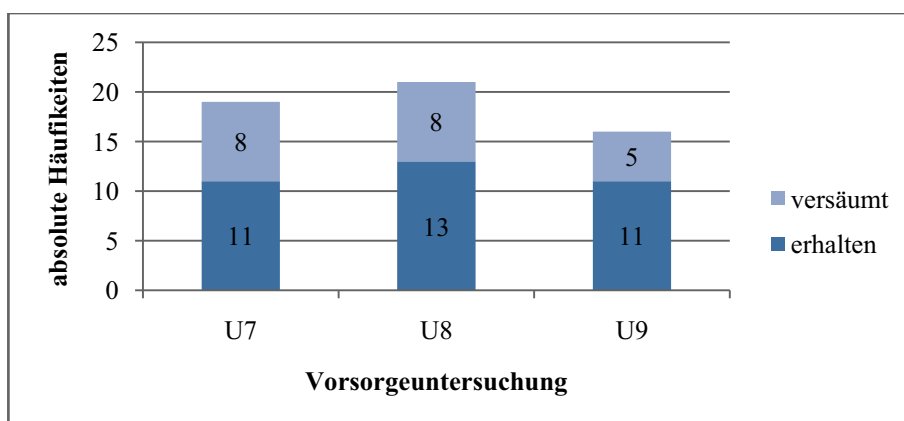
Hauptaugenmerk der Analyse galt den Kindern, deren U7-, U8- oder U9-Untersuchung ausschließlich innerhalb des Aktionszeitraums anstand. Zur besseren Veranschaulichung wurde in Abbildung 23 graphisch dargestellt, wie viele Kinder die Untersuchungen nach Aktionsende erhalten bzw. versäumt haben.

Von den 19 Kindern bei denen die U7-Untersuchung nur noch bis Januar 2008 durchgeführt werden konnte, haben – wie in Abbildung 23 ersichtlich – 11 Eltern den Untersuchungstermin mit ihrem Kind tatsächlich wahrgenommen. Damit versäumten acht Kinder diese Untersuchung.

Bei 21 Kindern stand die U8-Untersuchung fristgerecht an, aber nur 13 konnten diese am Aktionsende nachweisen, so dass acht Kinder nicht zur Vorsorgeuntersuchung erschienen sind.

Ähnliches zeigte sich bei der Inanspruchnahme der U9-Untersuchung: 16 Kinder hätten im Aktionszeitraum einen Anspruch auf diese Vorsorgemaßnahme gehabt, stattdessen konnten nur 11 von dieser kostenlosen Untersuchung profitieren.

Abbildung 23: Ergebnis der Abschlusserhebung





An dieser Stelle sei erwähnt, dass von den Kindern, die aufgrund ihres Alters auch noch nach der Aktion Zeit gehabt hätten die anstehende Vorsorgemaßnahme wahrzunehmen, bereits ein Kind die U7-Untersuchung, neun die U8-Untersuchung und 17 Kinder die U9-Untersuchung bis zum Aktionsende wahrgenommen hatte(n).

Insgesamt konnten zwar einige Eltern dazu motiviert werden, mit ihrem Kind zu den angebotenen Früherkennungsuntersuchungen zu gehen, aber die Ergebnisse zeigen auch, dass bei weitem noch nicht die erwünschten Ziele erreicht werden konnten. Obgleich den Eltern die Dringlichkeit der Inanspruchnahme etwas näher gebracht wurde, versäumten einzelne Kinder im Rahmen des Aktionszeitraumes eine U-Untersuchung.

Fraglich ist an dieser Stelle, warum nicht alle Eltern der Kindergartenkinder erreicht werden konnten. Es ist unklar, ob mit der Aktion tatsächlich auch diejenigen Eltern erreicht wurden, die sonst nicht kontinuierlich zu den Früherkennungsuntersuchungen mit ihrem Kind erschienen sind oder aber nur diejenigen Eltern, die ohnehin die Untersuchungen mit ihrem Kind stets wahrgenommen haben. Fraglich ist zudem, ob insbesondere sozial benachteiligte Familien durch die Aktion angesprochen wurden, da sie Studienergebnissen<sup>46</sup> zufolge, signifikant seltener das Vorsorgeangebot mit ihrem Kind nutzen. Um Antworten auf diese Fragestellungen zu finden, wurde ein standardisierter Fragebogen konzipiert. Mit dessen Hilfe sollte die Transparenz und Effektivität der Aktion aus Sicht der Erzieher/-innen erhoben werden. Es wurden sowohl die Aktionselemente (Plakate, Flyer und U-T-Shirts), die Praktikabilität bei der Vorgehensweise als auch die Erfüllung der Zielvorgaben der Aktion von den Erzieher/-innen beurteilt.

---

<sup>46</sup> vgl. hierzu Teilkapitel 3.3.2: Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen, S. 37

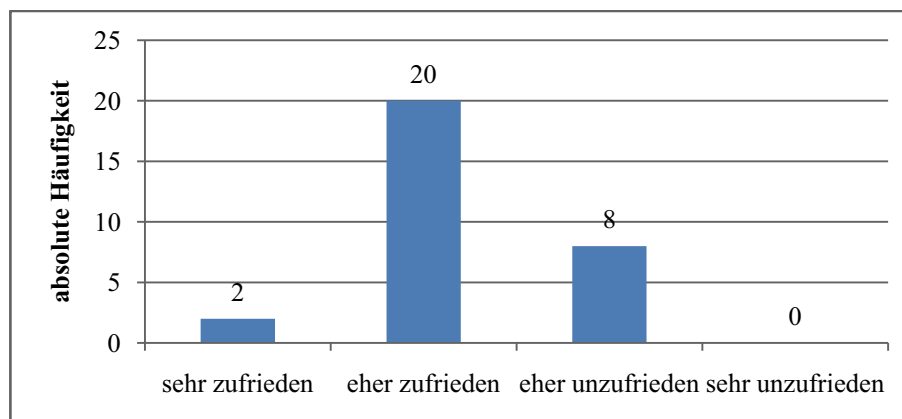
### 5.4.2 Zur Transparenz und Effektivität der Aktion

Zum Projektende im Januar 2008 wurden die Erzieher/-innen der beteiligten Kindertageseinrichtungen zur Transparenz und Effektivität der Aktion befragt. 30 Erzieher/-innen hatten sich an der Befragung beteiligt. Im Rahmen dieser Befragung wurde u. a. erfasst:

- wie zufrieden sie mit der Aktion insgesamt waren,
- ob aus ihrer Sicht das Anliegen der Aktion, die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen gezielt zu fördern, erreicht wurde,
- ob sie die Aktionselemente – Plakate, Flyer und U-T-Shirts – hierfür als sinnvoll erachten,
- ob mit der Aktion insbesondere sozial benachteiligte Personengruppen erreicht werden konnten und
- welche Probleme bei der Durchführung der Aktion aufgetreten sind.

In der **ersten Fragestellung** wurde zunächst auf einer vierstufigen Zufriedenheitsskala von „sehr zufrieden“ über „eher zufrieden“ und „unzufrieden“ bis „eher unzufrieden“ erfasst, wie die Erzieher/-innen im Allgemeinen die Aktion bewerten.

Abbildung 24: Gesamtbeurteilung der Aktion

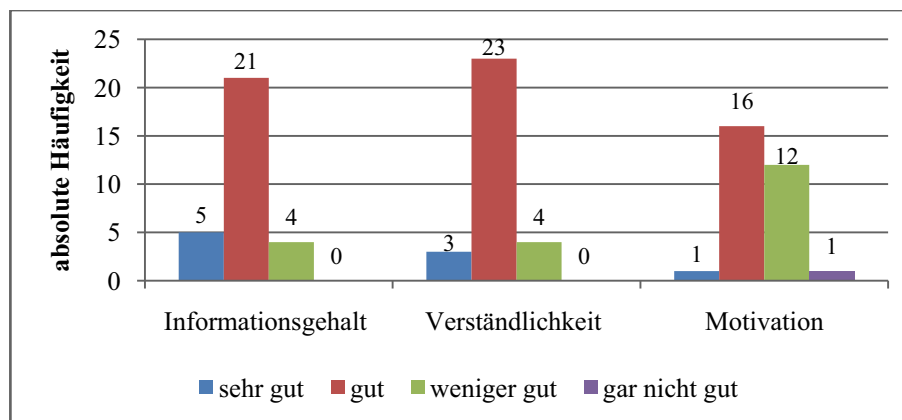


Der Großteil der Erzieher/-innen stufte die Zufriedenheit mit der Aktion als „eher zufrieden“ ein. Für diese Antwortkategorie entschieden sich 20 Erzieher/-innen. Zwei Erzieher/-innen waren mit der Aktion „sehr zufrieden“ und Weitere acht „eher unzufrieden“.

Im **zweiten Fragekomplex** sollten die Erzieher/-innen die Aktionselemente „Flyer und Plakate“ in Hinblick auf folgende Ansprüche auf einer Skala von „sehr gut“ über „gut“, „weniger gut“ und „gar nicht gut“ bewerten:

- Wie beurteilen Sie die Beschreibungen zur Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen in den Flyern und Plakaten?
- Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Flyer und Plakate?
- Inwiefern motivieren die Flyer und Plakate zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen?

Abbildung 25: Bewertung der Flyer und Plakate

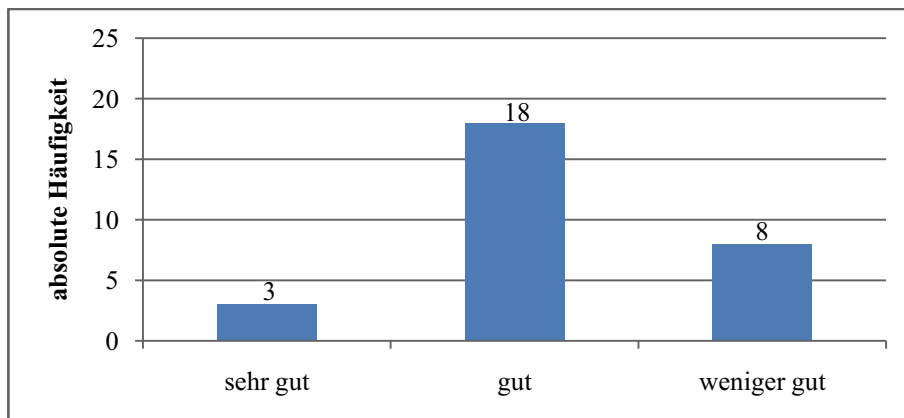


Wie in Abbildung 25 ersichtlich wurde der Informationsgehalt und die Verständlichkeit der Flyer und Plakate von den Erzieher/-innen zum größten Teil mit „gut“ bewertet (Informationsgehalt „gut“: N=21; Verständlichkeit „gut“: N=23). Nicht ganz so eindeutig sind die Häufigkeitsverteilungen bei dem dritten Item „Motivation“. Während 17 Erzieher/-innen der Meinung waren, dass die Flyer und Plakate zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen motivieren, sind es immerhin 12 Erzieher/-innen die davon weniger überzeugt waren. Ein Proband fand sogar, dass die Flyer und Plakate die Eltern „gar nicht gut“ zur Teilnahme an den Untersuchungen bewegen.

Kinder, die im Rahmen der Aktion an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben, bekamen zur Belohnung ein entsprechendes U -T-Shirt. In der **dritten Fragestellung** wurden die Erzieher/-innen dazu aufgefordert auch diese in Hinblick auf die Motivation zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zu bewerten. Drei

Erzieher/-innen fanden, dass mit den U-T-Shirts die Eltern „sehr gut“ und 18 Erzieher/-innen „gut“ motiviert wurden. Demgegenüber äußerten 8 Erzieher/-innen, dass die U-T-Shirts „weniger gut“ zur Teilnahmemotivation geeignet waren (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 26: Bewertung der U-T-Shirts in Hinblick auf motivierenden Charakter

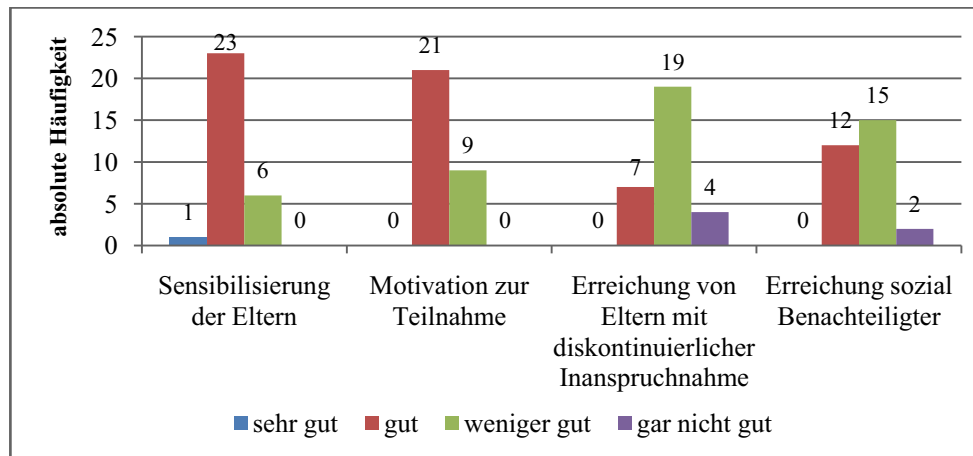


Im **vierten Fragekomplex** wurde erhoben, inwieweit aus Sicht der Erzieher/-innen die an die Aktion gestellten Ansprüche erfüllt werden konnten. Dazu sollten die Erzieher/-innen die Aktion unter vier Gesichtspunkte einschätzen.

1. Inwieweit wurden Eltern für die Bedeutung und den Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen sensibilisiert?
2. Inwieweit konnten Eltern zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen motiviert werden?
3. Inwieweit konnten Eltern erreicht werden, die vor Beginn der Aktion die Früherkennungsuntersuchungen nicht kontinuierlich wahrgenommen haben?
4. Inwieweit konnten Eltern aus sozial schwachen Verhältnissen dazu motiviert werden die Früherkennungsuntersuchungen mit ihrem Kind in Anspruch zu nehmen?

Die Bewertung erfolgte abermals auf einer Skala von „sehr gut“ über „gut“, „weniger gut“ und „gar nicht gut“. Die Antworthäufigkeiten dieser Fragestellungen sind in der Abbildung 27 dargestellt.

Abbildung 27: Bewertung der Zielvorgaben der Aktion



Bezugnehmend auf die Sensibilisierung der Eltern für die Bedeutung und den Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen sind die Ergebnisse weitestgehend zufriedenstellend. 23 Erzieher/-innen bewerteten die Erfüllung dieses Anspruches mit „gut“ und ein(e) Erzieher/-in mit „sehr gut“. Nur sechs Erzieher/-innen fanden, dass die Eltern „weniger gut“ sensibilisiert werden konnten.

Im Anschluss daran sollten die Erzieher/-innen die Erfüllung der Zielvorgabe der Aktion – die Eltern der Kindergartenkinder zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zu motivieren – beurteilen. Die Bewertung erfolgte allerdings nicht – wie in der zweiten Fragestellung – in Hinblick auf ein spezielles Aktionselement. Es wurde insgesamt die durch Elterngespräche, Elternversammlungen, U-T-Shirts sowie durch Flyer und Plakate hervorgerufene Motivation zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen abgefragt. Nach Meinung von 21 Erzieher/-innen waren die Eltern durch die Aktion „gut“ zur Teilnahme bewegt worden, weitere neun Erzieher/-innen fanden dies „weniger gut“. Damit fällt die Zufriedenheit mit der Erfüllung dieser Zielvorgabe insgesamt besser aus, als die Bewertung der Motivation in Bezug auf die Aktionselemente ‚Flyer und Plakate‘, bei der nur 16 Erzieher/-innen „gut“ und sogar 12 Erzieher/-innen „weniger gut“ angaben.<sup>47</sup>

Bei der Aktion kam es insbesondere darauf an, Eltern zu erreichen, die vor Beginn der Aktion nicht kontinuierlich zu den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ihren Arzt konsultiert haben. Gerade ihnen sollte die Bedeutung und der Nutzen nochmals

<sup>47</sup> vgl. hierzu Seite 90

nahegelegt werden, damit ihre Kinder in Zukunft nicht weitere Untersuchungen versäumen werden. Die folgende Fragestellung des vierten Fragekomplexes zielte darauf ab zu erfahren, inwieweit diese Eltern aus Sicht der Erzieher/-innen erreicht werden konnten. Berechnet man den Modus der Nennung für diese Fragestellung, erhält man einen Wert von 3. Dieser Wert sagt aus, dass die mit der Ziffer 3 codierte Antwort am häufigsten in der Messreihe vorkommt und dementsprechend die Eltern für über die Hälfte der Erzieher/-innen „weniger gut“ erreicht wurden. Auffallend ist zudem, dass kein(e) Erzieher/-in der Ansicht war, dass die Eltern „sehr gut“ erreicht wurden, sieben Befragte beantworteten die Fragestellung mit „weniger gut“ und vier Befragte mit „gar nicht gut“.

Da sich die Kindertagesstätten in Stadtbezirken mit vorwiegend schwacher Sozialstruktur befinden, kann davon ausgegangen werden, dass unter ihnen ein hoher Anteil an Kindern aus Familien mit schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen vertreten sind, die – wie im zweiten Kapitel dargelegt – stärker von den gesundheitlichen Risiken betroffen sind und bei Schuleingangsuntersuchungen größere Defizite zeigen als Kinder aus Familien mit einem mittleren oder hohen sozialen Status (vgl. Robert Koch Institut 2001). In der folgenden Frage sollte erhoben werden, ob die Aktion ihre Zielvorgabe, insbesondere sozial benachteiligte Kinder zu erreichen, erfüllen konnte. Gegenüber der vorherigen Fragestellung zeigt sich hier eine größere Zufriedenheit. So gaben 12 Erzieher/-innen an, dass sozial Benachteiligte „gut“ durch die BZgA-Aktion erreicht werden konnten. Aber immerhin 15 Erzieher/-innen bewerteten die Erreichbarkeit mit „weniger gut“ und sogar zwei mit „gar nicht gut“.

In der **fünften Fragestellung** wurde erfragt, wie gut aus Sicht der Erzieher/-innen die Aktion von den Eltern insgesamt angenommen wurde. Mehr als die Hälfte der Erzieher/-innen (N=22) fanden, dass die Eltern die Aktion „gut“ angenommen haben, weitere sechs „weniger gut“ und ein(e) Erzieher/-in antwortete mit „gar nicht gut“. Ein(e) Erzieher/-in hatte hierzu keine Aussage getroffen.

Um differenziertere Aussagen darüber treffen zu können, warum die Eltern nicht immer erreicht werden konnte, wurden in der **sechsten Fragestellung** mögliche Gründe dafür erhoben. Von den in Tabelle 14 aufgeführten Gründe, konnten die Erzieher/-innen

mehrere benennen. Demgemäß trifft das Prinzip der Mehrfachnennungen auf die standardisierte Fragestellung zu.

Tabelle 14: Gründe für Nichtteilnahme an Aktion seitens der Eltern

Gründe	Absolute Häufigkeiten
Desinteresse der Eltern an der Aktion	19
Nichtvorlage des Untersuchungsheftes	11
Angst vor Kontrolle durch Erzieher	6
Angst vor Ermahnungen aufgrund fehlender Untersuchungen	14
Unzureichende Informationen über Inhalte und Nutzen der Aktion seitens der Eltern	3

Im Wesentlichen lassen sich zwei Hauptgründe anführen, die aus Sicht der Erzieher/-innen die Erreichung der Eltern erschwerten: Zum einem das „Desinteresse der Eltern an der Aktion“ und die „Angst vor Ermahnung aufgrund fehlender Untersuchungen“. Ebenso nahm die „Nichtvorlage des Untersuchungsheftes“ eine besondere Rolle ein, weshalb laut elf Erzieher/-innen Kinder an der Aktion nicht teilnehmen konnten. Mitunter war auch die „Angst vor Kontrolle“ nach Meinung der Erzieher/-innen (N=6) ausschlaggebend dafür, dass einige Eltern durch die Aktion nicht erreicht werden konnten. In drei weiteren Fällen wurden „unzureichende Informationen über Inhalte und Nutzen der Aktion seitens der Eltern“ als Gründe genannt.

Aus den bisherigen Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, dass die Umsetzung der Aktion nicht immer ohne Schwierigkeiten verlief. In der **siebten Fragestellung** wurde den Erzieher/-innen die Möglichkeit geboten diese darzulegen. Neben sechs standardisierten Antwortmöglichkeiten, konnten die Erzieher/-innen unter „sonstige“ weitere Schwierigkeiten bzw. Gründe anbringen. Zur Systematisierung und Klassifizierung der zusätzlich genannten Gründe erwies sich eine Kategorienbildung als sinnvoll. Dazu wurden vom konkreten Textmaterial die Antworten abstrahiert, anschließend zu Kategorien kodiert und deren Legitimierung anhand einer Validierung bestimmt. Sieben Faktoren, welche die Durchführung der Aktion erschwerten, konnten mit diesem Verfahren gemäß ihrer Häufigkeiten analysiert und tabellarisch dargestellt werden.



Tabelle 15: Schwierigkeiten bei der Durchführung der Aktion

Schwierigkeiten	Absolute Häufigkeiten
unzureichende Informationen über die Inhalte der Aktion	2
Schwierigkeiten die Eltern zu erreichen und zu überzeugen	12
Angst vor Eingriff in die Intimsphäre der Eltern	7
Zeitmangel	16
organisatorische Probleme	9
fehlende Überzeugung vom Nutzen der Aktion	1

Wie in der obigen Tabelle ersichtlich, hatten die Hälfte der Erzieher/-innen bei der Durchführung der Aktion vor allem „Zeitprobleme“ (N=16) dicht gefolgt von „Schwierigkeiten die Eltern zu erreichen und zu überzeugen“ (N=9) sowie „organisatorische Probleme“ (N=9). Sieben Erzieher/-innen waren der Ansicht, dass durch „Angst vor Eingriffe in die Intimsphäre“ die Eltern schwerer zu erreichen waren. Zudem fühlten sich zwei Erzieher/-innen unzureichend über die Aktion informiert und ein(e) Erzieher/-in fehlte die Überzeugung vom Nutzen der Aktion.

## 5.5 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die Aktion hat in Neubrandenburg eine Reihe von Ergebnissen erbracht, die eine Fortsetzung in den örtlichen Kindertagesstätten begründen, obgleich nicht immer alle Ziele erreicht werden konnten.

Bemerkenswert ist, dass immerhin 85,9% der Eltern (N=337) Interesse an der Aktion zeigten, sich über die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen informierten und das Untersuchungsheft ihres Kindes zur Einsicht in die Kindertagesstätten mitbrachten.

Von den insgesamt 56 Eltern, bei deren Kindern eine Vorsorgeuntersuchung fristgemäß im Zeitraum der Aktion anstand, hatten 35 Eltern diese tatsächlich mit ihrem Kind wahrgenommen. Insofern konnten fast 2/3 dieser Eltern dazu motiviert werden, die anstehende Untersuchung ihres Kindes beim örtlichen Kinderarzt durchführen zu lassen.



Einen wesentlichen Einfluss auf dieses Ergebnis hatten maßgeblich die Informationsmaterialien mit ihrem hohen informativen und motivierenden Charakter. Denn unzweifelhaft ist die Inanspruchnahme an adäquaten und verständlichen Informationen über die Details des Früherkennungsprogramms gekoppelt, wie sie in den Flyern und Plakaten der BZgA aus Sicht der Erzieher/-innen sehr gut bzw. gut vorzufinden sind. Im Umkehrschluss belegten beispielsweise Margolis et al. (1995) in ihrer Untersuchung, dass inadäquate Informationen ein Hauptgrund für eine Nicht-Teilnahme sind. Grundlegend konnten die Eltern mithilfe der Aktionselemente für den Großteil der Erzieher/-innen zufriedenstellend für die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen sensibilisiert und zur Inanspruchnahme motiviert werden.

Die Ergebnisse der Befragung zeigten aber auch, dass Eltern aus sozial schwächeren Verhältnissen sowie Eltern, dessen Kind bereits vor der Aktion die eine oder andere Untersuchung versäumt hatte, mit der Aktion weniger evident erreicht werden konnten. Gerade die Zielgruppenerreichung ist wesentliches Kriterium einer effektiven gesundheitsfördernden bzw. präventiven Intervention. Folglich sollte bei einer Fortführung der Aktion dieser Aspekt besondere Beachtung finden. Empfehlenswert ist es beispielsweise die Kinderärzte in die Aktion mit einzubeziehen, um die Zielgruppen besser ansprechen und erreichen zu können.

Bei einer Fortsetzung sollten außerdem die sich im Aktionsverlauf ergebenden Schwierigkeiten beachtet werden, um diesen vorzeitig entgegenzuwirken. Sie liefern wichtige Hinweise darüber, warum möglicherweise nicht alle an die Aktion gestellten Ziele erfüllt werden konnten. Aus Sicht der Erzieher/-innen waren es größtenteils zeitliche Probleme, die eine effektive Umsetzung der Aktionselemente erschwerten. Zusätzliche Gespräche mit den Kitaleiter/-innen während der Aktion ergaben, dass es u. a. zeitlich aufwendig war, den Eltern die Aktionsinhalte nahezubringen und sie von der Vorlage der Untersuchungshefte zu überzeugen, ohne die bestehende Vertrauensbasis zu gefährden, in ihre Intimsphäre einzugreifen und/oder in ihnen Kontrollängste hervorzurufen. In diesem Zusammenhang kann angenommen werden, dass aufgrund fehlender Zeitkapazitäten die Erzieher/-innen ihre Aufgaben als Multiplikatoren nicht immer im gewünschten Ausmaß übernehmen konnten, und demzufolge nicht alle Eltern zur Inanspruchnahme der anstehenden Früherkennungsuntersuchung motiviert werden konnten. Immer wieder wird in wissenschaftlichen Literaturen betont, dass die



Effektivität einer gesundheitsfördernden bzw. präventiven Intervention überwiegend von den Multiplikatoren abhängig ist. Eine stärkere Unterstützung der Erzieher/-innen beispielsweise durch die Akteure der Aktion könnte hier entlastend wirken. Eine mögliche Handlungsalternative ist ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen den Akteuren und Multiplikatoren der Aktion, bei dem Probleme und Schwierigkeiten rechtzeitig angesprochen und Lösungen gefunden werden können, um eine effektive Fortsetzung zu gewährleisten.

Insgesamt liegt mit der Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“ ein Konzept für Kindertagesstätten vor, welches durch ihren niedrigschwelligen Ansatz eine Perspektive für die Implementierung einer Gesundheitsförderungsmaßnahme in allen Kindergärten bietet und zudem bei einer vorbildlichen Ausführung dazu beitragen kann, die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter – insbesondere von Kindern aus sozial schwachen Verhältnissen – zu erhöhen. Daher sollten bei einer Fortführung der Aktion, die im Rahmen dieser Untersuchung gewonnenen Anregungen und Kritiken berücksichtigt werden. Nur so können Probleme, die eine effektive Umsetzung gefährden könnten, von vornherein behoben werden.

## **6 Quantitativ erhobene Gründe für Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an Früherkennungsuntersuchungen**

---

### **6.1 Untersuchungsdesign und Methodik**

#### **6.1.1 Zielsetzung und Fragestellungen**

Bislang offenbaren die Ergebnisse dieser Arbeit, dass es in Neubrandenburg noch einige Defizite bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen gibt. Das Ziel dieser Analyse ist es, Handlungsalternativen aufzuzeigen, mittels dessen die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen in der Stadt erhöht werden könnten. Hierzu ist es hilfreich die Gründe für eine Nichtteilnahme aufzudecken. Häufig hat die mangelnde Teilnahme mit fehlenden Informationen über die Früherkennungsuntersuchungen zu tun. Viele Eltern wissen nicht oder haben vergessen, dass es die Vorsorgeuntersuchungen auch für das zweite, vierte und sechste Lebensjahr gibt, die von den Krankenkassen bezahlt werden. Oder sie sind über den Sinn der Früherkennungsuntersuchungen nicht ausreichend aufgeklärt. Beispielsweise wissen einige Eltern nicht, dass neben den Untersuchungen die wichtigsten Impfungen durchgeführt werden und ihnen die Kinder- und Jugendärzte bei allen Fragen zur kindlichen Entwicklung beratend zur Seite stehen.

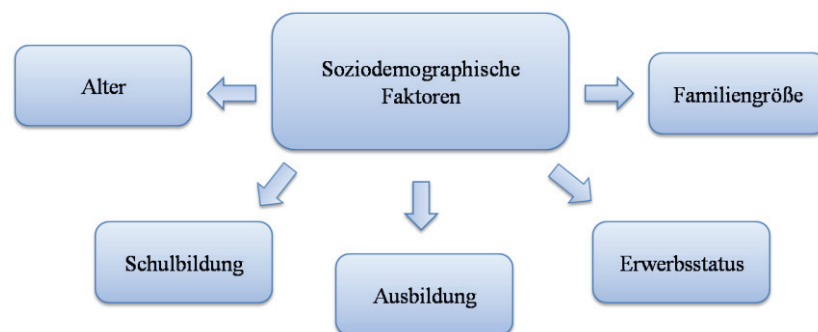
Im Zuge dieser Analyse sollen die Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens der Früherkennungsuntersuchungen von Neubrandenburger Eltern erhoben werden. Im Ergebnis sollen die Gründe vorliegen, welche für bzw. gegen die Inanspruchnahme sprechen, um daraus mögliche Handlungsalternativen ableiten zu können. Insgesamt soll die Untersuchung Hinweise darüber geben,

- inwiefern die Eltern die Vorsorgeuntersuchungen für die gesunde Entwicklung ihrer Kinder für wichtig halten,
- inwieweit sie diese mit ihrem Kind wahrnehmen und
- worin mögliche Gründe liegen könnten, wenn sie an einzelnen Früherkennungsuntersuchungen nicht teilgenommen haben bzw. nicht teilnehmen konnten.

Darüber hinaus soll der Einfluss von soziodemographischen Faktoren bei der Inanspruchnahme untersucht werden. Im Mittelpunkt steht die Fragestellung, ob es

Unterschiede zwischen denjenigen Müttern gibt, die alle Untersuchungen mit ihrem Kind wahrgenommen haben und denjenigen, die mindestens eine versäumt haben und ob diese Unterschiede auf soziodemographische Faktoren zurückzuführen sind. Zur Beantwortung der Fragestellung wird im einzelnen, aus der Theorie<sup>48</sup> abgeleiteten, Hypothesen unterstellt, dass unterschiedliche soziodemographische Faktoren einen Einfluss auf die Teilnahme haben und damit ein Unterschied bei der Inanspruchnahme zwischen den genannten Gruppen besteht. Die zu untersuchenden Faktoren sind in der nachstehenden Abbildung zusammengefasst.

Abbildung 28: soziodemographische Faktoren



Die entsprechenden Hypothesen lauten diesbezüglich wie folgt:

- Es gibt bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen Unterschiede hinsichtlich des Alters der Mütter. Ältere Mütter nehmen (signifikant) häufiger an den Untersuchungen teil als jüngere Mütter.
- Die Inanspruchnahme fällt je nach Schulabschluss und Ausbildung der Mütter unterschiedlich aus. Je höher der Schulabschluss und die Ausbildung der Mutter desto häufiger werden die Untersuchungen wahrgenommen.
- Erwerbstätige Mütter unterscheiden sich bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen von denjenigen die nicht erwerbstätig sind. Erwerbstätige Mütter nehmen signifikant seltener an den Untersuchungen teil als nicht-erwerbstätige Mütter.
- Diejenigen Mütter, die mehr als zwei Kinder haben, unterscheiden sich hinsichtlich der Teilnehmerate von denjenigen mit zwei und/oder weniger Kindern. Mütter mit nur einem oder zwei Kind(er) nehmen (signifikant) häufiger an den Untersuchungen teil als Mütter mit mehr als zwei Kindern.

<sup>48</sup> vgl. hierzu Teilkapitel 3.3.1: Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens, S. 33ff

### 6.1.2 Erhebungsmethodik

Für die Untersuchung wurde ein empirisch-quantitatives Forschungsdesign gewählt. Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens wurden die Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens von Neubrandenburger Eltern erhoben. Dabei setzte die Befragung bewusst an den subjektiven Wahrnehmungen und Bewertungen der Eltern an, da sie für die Teilnahme ihrer Kinder Sorge tragen. So hängt die Teilnahme im Wesentlichen davon ab, welche Relevanz die Eltern den Vorsorgeuntersuchungen beimessen. Denn nicht allein die objektiven Bedingungen, sondern auch die individuellen Einstellungen der Eltern bezüglich der Effizienz und Wirksamkeit der Früherkennungsuntersuchungen, definieren deren Inanspruchnahme.

Die Vorgehensweise bei der Fragebogenkonzeption und die Erhebungsmethodik werden an dieser Stelle näher erläutert.

#### Fragebogenkonzeption

Bei der Fragebogenkonzeption wurden in einem ersten Schritt inhaltliche Leitfragen aufgestellt, an denen sich die Recherche orientieren sollte:

- Welche Bedeutung haben Früherkennungsuntersuchungen aus Sicht der Eltern?
- Worin liegen mögliche Gründe, wenn Eltern einzelne Früherkennungsuntersuchungen nicht wahrgenommen haben?
- Welche Faktoren fördern bzw. hemmen möglicherweise die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen?

Aus dem Anliegen der Recherche und den Leitfragen wurde anschließend in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Neubrandenburg ein vierseitiger Fragebogen mit zehn Fragestellungen konzipiert. Der Umfang des Fragebogens wurde bewusst klein gehalten, um die Eltern zu motivieren den Fragebogen auszufüllen und eine hohe Rücklaufquote zu erzielen. Die Auswahl der Fragen beschränkte sich auf die für die vorliegende Studie relevanten Aspekte. Wie von Bortz und Döring (2002) empfohlen, wurden Fragen mit Antwortvorgaben einer offenen Fragestellung vorgezogen, da die Verwendung von geschlossenen Fragen die Objektivität der Umfrage erhöht. Bei den Antwortvorgaben wurde bewusst die mittlere Kategorie weggelassen, um die Eltern erst gar nicht auf eine Ausgleichsmöglichkeit zu verweisen. Um dennoch auch qualitative

Daten zum Inanspruchnahmeverhalten zu erhalten, wurde der Fragebogen durch drei offene Fragen ergänzt, wobei die stichprobenartige Erfassung und Kodierung bei der relativ überschaubaren zu erwartenden Fallzahl, nur einen geringen Mehraufwand darstellte.

### Validierung

Bevor das Erhebungsinstrument eingesetzt wurde, erfolgte eine Validierung der gesammelten Fragen, um zu überprüfen, inwieweit der Fragebogen zur Erfassung des Inanspruchnahmeverhaltens geeignet ist zuverlässige (reliable) und gültige (valide) Ergebnisse zu liefern. Dazu wurde der Fragebogen von zwei Mitarbeiter/-innen des Gesundheitsamts Neubrandenburgs hinsichtlich der zu untersuchenden Eigenschaften getestet und die Verallgemeinerungsfähigkeit bzw. Validität der Fragen geprüft. Ziel dieser Vorgehensweise im Vorfeld der Erhebung war es, gegebenenfalls vorhandene Schwachstellen wie beispielsweise Unstimmigkeiten und Unverständlichkeiten von Formulierungen zu identifizieren und zu beheben. Bei einer gleichzeitigen Item-Revision wurde auch die Reihenfolge der Darbietung der Items festgelegt, um dem Fragebogen eine inhaltlich strukturierte Form zu verleihen, welche auch für die Eltern nachvollziehbar ist.

### Erhebungsphase

Nach Abschluss der Fragebogenkonzeption erfolgte die Erhebungsphase. Die Erhebung richtete sich an die drei Kindertagesstätten, die an der Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“ teilgenommen hatten. Demnach handelt es sich um eine Befragung einer Stichprobe. Unmittelbar zum Beginn der Aktion wurden jeweils so viele Fragebögen ausgeteilt, wie Kinder im Alter von 17-74 Monate in der Einrichtung gingen (N=392). Der Fragebogen wurde durch die jeweils gruppenverantwortliche Erzieherin an die Eltern im Rahmen einer Elternversammlung oder eines Elterngesprächs verteilt. Dabei sollten die Hinweise auf dem Deckblatt den Eltern die Bedeutung und Notwendigkeit der Befragung nahe legen und zur Teilnahme motivieren. Den Eltern wurde absolute Anonymität ihrer Angaben zugesichert, um zu gewährleisten, dass sie sowohl offen als auch kritisch antworten können. Die Fragebögen wurden von den Eltern ausgefüllt und anonym an die Erzieherin zurückgegeben. Insgesamt konnte ein Rücklauf von 211 Fragebögen erreicht werden, die genaue Rücklaufquote beläuft sich damit auf 53,8%.

### 6.1.3 Datenanalyse

Nach Eingang aller Fragebögen wurden diese in numerisch kodierter, anonymer Form in dem „Statistical Package for Social Science“ Programm (SPSS) manuell aufbereitet. SPSS ist ein Statistikprogramm zur Analyse und Ergebnisdarstellung empirisch erhobener Daten.

Die anschließende Analyse des Fragebogens unterteilte sich in eine deskriptive Beschreibung des Datenmaterials und die Hypothesenprüfung und Interpretation der Ergebnisse (induktive Statistik).

#### deskriptive Statistik

In der deskriptiven Statistik wurden die einzelnen Fragen in Hinblick auf ihre Funktion näher erläutert und gleichzeitig Methoden verwendet, mit deren Hilfe die quantitativen Daten übersichtlich dargestellt und zu Kennzahlen verdichtet wurden. Dazu wurden neben den Häufigkeitsverteilungen verschiedene grafische Darstellungen von Antwortprofilen ausgewählt und in Microsoft Excel erstellt, wobei Auffälligkeiten und unerwartete Ergebnisse hervorgehoben wurden. Zum besseren Verständnis ist der Fragebogen im (vgl. Anhang 3) beigelegt.

#### induktive Statistik

Neben der Beschreibung des Datenmaterials in der deskriptiven Statistik, wurden bei der Interpretation begründete Schlüsse gezogen und Zusammenhänge von Daten geprüft. Die Ergebnisse wurden in Kontexte gestellt und auf diese Weise beurteilt und kommentiert. Im Mittelpunkt standen die eingangs aufgestellten Hypothesen (Alternativhypothesen), die anhand unterschiedlicher statistischer Testverfahren auf ihre Signifikanz überprüft werden sollten.<sup>49</sup>

Zur Hypothesenprüfung wurde – wie bereits in der Querschnittstudie dieser Arbeit – der Chi-Quadrat-Test<sup>50</sup> angewandt. Sofern die Voraussetzungen für die Verwendung dieses Testverfahrens (z.B. Skalenniveau; die erwartete Häufigkeit in jeder Zelle der Kreuztabelle beträgt mindestens fünf etc.) nicht erfüllt werden konnten, wurde entweder auf den T-Test von Student oder auf den U-Test von Mann-Whitney zurückgegriffen.

---

<sup>49</sup> Detaillierte Erläuterungen zum Signifikanzniveau und zur Auswahl von Signifikanztests sind bereits im Methodikteil der Querschnittstudie (vgl. hierzu Teilkapitel 4.1.4: Methodik der Querschnittstudie, S. 54ff) dargelegt und werden hier nicht weiter ausgeführt.

<sup>50</sup> vgl. hierzu ebenfalls Teilkapitel 4.1.4: Methodik der Querschnittstudie, S. 54ff

Mit Hilfe des T-Testes für zwei unabhängige Stichproben kann geprüft werden, ob sich auftretende Mittelwertunterschiede der zu vergleichenden Variablen zufällig erklären lassen oder statistisch signifikant sind (vgl. Raithel 2006, S. 145). Dazu wurde die zu untersuchende Stichprobe in zwei unabhängige Stichproben aufgeteilt: (1) Mütter, die alle Untersuchungen mit ihrem Kind wahrgenommen haben und (2) Mütter, die mindestens eine versäumt haben. Diese beiden Stichproben sind deshalb unabhängig voneinander, weil das Ankreuzverhalten der einen Gruppe nicht von der anderen Gruppe beeinflusst wird. Die Verwendung des T-Testes ist, wie jedes andere Verfahren auch, an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Die Grundvoraussetzungen für diesen Mittelwertvergleich sind, dass die zu analysierenden Variablen normalverteilt und die Testvariablen intervallskaliert sind. Ist dies nicht der Fall, können Unterschiede zwischen zwei unabhängige Stichproben mit nichtparametrischen Testverfahren auf ihre Signifikanz überprüft werden.

Der U-Test von Mann-Whitney ist ein solches Testverfahren. Dieser Test kann eingesetzt werden, wenn die Annahmen der üblicherweise verwendeten Verfahren verletzt sind. Zudem bietet sich der U-Test insbesondere an, um in kleinen Stichproben festzustellen, ob die Differenz zwischen zwei Parametern als möglicherweise zufällig oder als nicht zufällig, also „signifikant“ zu gelten hat. Kurz der U-Test ist ein parameterfreier statistischer Homogenitätstest. Dabei werden nicht die Messwerte direkt betrachtet, sondern andere Informationen, wie z.B. die des Rangplatzes, zur Überprüfung der Hypothesen herangezogen. Wenn es einen Unterschied zwischen den Verteilungen und damit zwischen den Gruppen gibt, kann dieser auf Signifikanz geprüft werden. Die Signifikanzüberprüfung eines U-Wertes wird anhand einer Tabelle vorgenommen (vgl. Bortz 1999, S. 147), in der die exakten Irrtumswahrscheinlichkeiten der U-Werte tabelliert sind.

Die, mit diesen Verfahren, gewonnenen Ergebnisse werden im Folgenden abgebildet. Die Ergebnisdarstellung unterteilt sich in drei wesentliche Punkte: (1) Charakteristika der Stichprobe, (2) deskriptive Statistik sowie (3) Hypothesenprüfung.

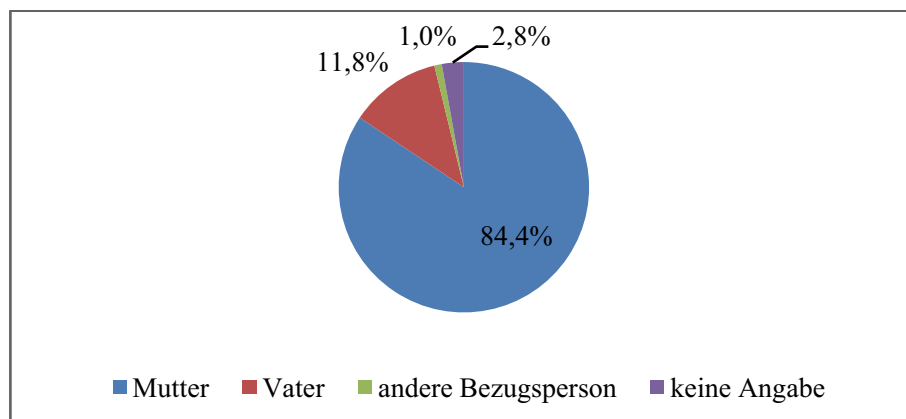
## 6.2 Ergebnisse

### 6.2.1 Charakteristika der Stichprobe

Die folgenden Ausführungen legen die Zusammensetzung der an der Befragung teilgenommenen Probanden und deren soziodemographischen Daten dar. Für jede Fragestellung werden die Häufigkeitsverteilungen beschrieben und dann zur besseren Veranschaulichung graphisch dargestellt.

Insgesamt nahmen an der Befragung 211 Probanden teil. Die Analyse der Sozialdaten der an der Befragung beteiligten Personen führte zunächst zu dem Ergebnis, dass Mütter (84,4%; N=178) wesentlich stärker bei der Befragung präsent waren als Väter (11,8%; N=25). Zudem hatten zwei andere Bezugspersonen (1%) – beispielsweise Großmutter oder Großvater – an der Befragung teilgenommen. Bei 6 Probanden (2,8%) fehlte jegliche Zuordnung.

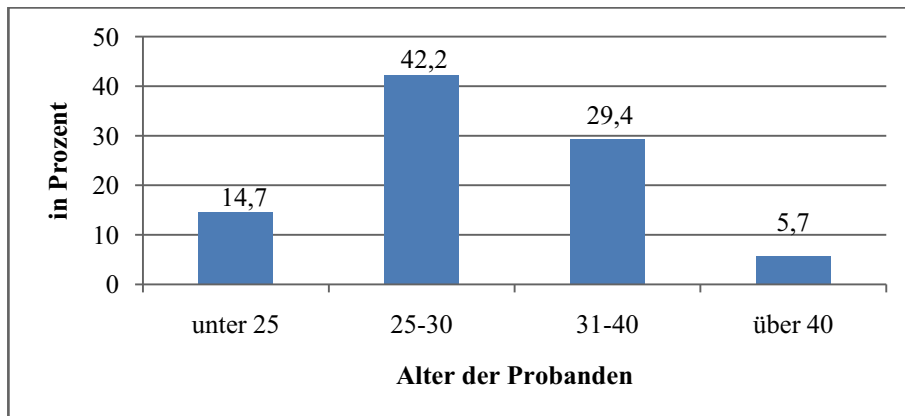
Abbildung 29: Zusammensetzung der Stichprobe



Fast alle Probanden (93,4%) hatten eine deutsche Nationalität. In absoluten Zahlen hatten nur 8 Personen (3,8%) eine andere Nationalität, entgegen 197 Personen (93,4%) mit deutscher Nationalität. Sechs Personen (2,8%) wollten Ihre Nationalität nicht Preis geben.

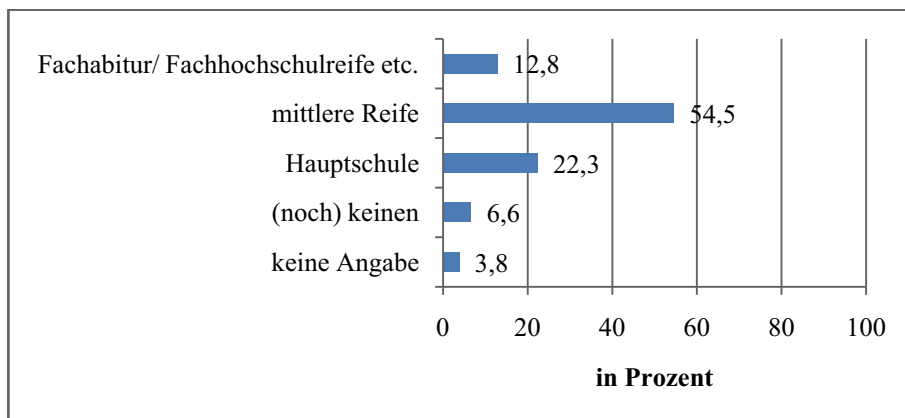
Die befragten Personen waren im Alter von 19 bis 47 Jahre, wobei der Großteil 25 bis 30 Jahre alt (42,2%; N= 89 Befragten) war. Nahezu ein drittel (29,4%; N=62) war zwischen 31 und 40 Jahre alt, gefolgt von den unter 25-jährigen (14,7%; N=31) und den über 40-jährigen (5,7%; N=12). Insgesamt 17 Befragte gaben ihr Alter nicht an. Das Durchschnittsalter der Mütter betrug 26,8 und das der Vätern 31,7.

Abbildung 30: Altersverteilung der Probanden



Die Frage nach dem Bildungsstatus ergab, dass über die Hälfte der Probanden (54,5%) die Schule mit der mittleren Reife (10.Klasse) abgeschlossen haben. Mit 22,3% war der Hauptschulabschluss (9.Klasse) der zweithäufigste vertretende Schulabschluss. 12,8% absolvierten die Schule mit den Abschlüssen Fachabitur, Fachhochschulreife bzw. Allgemeine Hochschulreife und 6,6% hatten keine abgeschlossene Schulbildung.

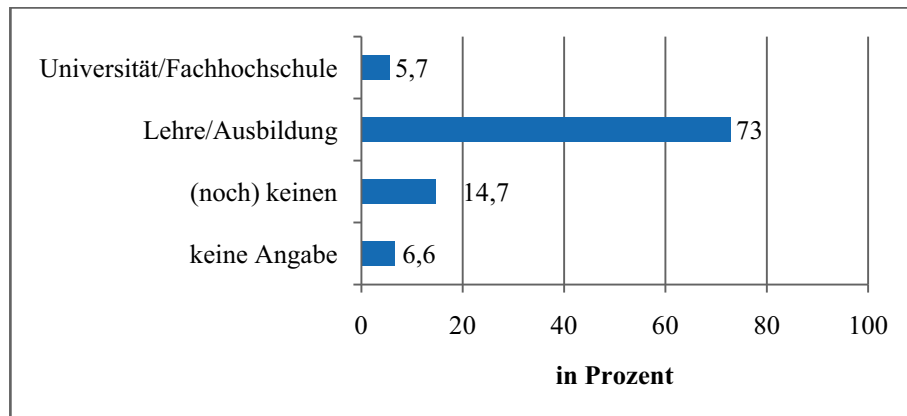
Abbildung 31: Schulabschluss der Probanden



Die Mehrheit der befragten Personen (73%) war in einer Lehre bzw. Ausbildung oder hat diese bereits abgeschlossen.<sup>51</sup> Immerhin 14,7% der Probanden hatten (noch) keinen Abschluss erlangt. Weitere 5,7% der Probanden gaben an, eine Universität beziehungsweise Fachhochschule besucht zu haben.

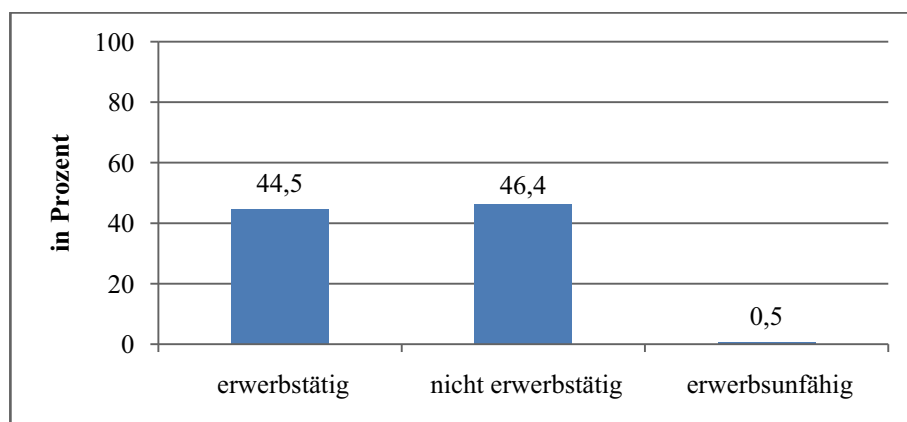
<sup>51</sup> die Werte sind nicht nach dem Grad der Abgeschlossenheit der Ausbildung bestimmbar, d.h. die Stichprobe umfasst auch Studenten und noch Auszubildende

Abbildung 32: Ausbildung der Probanden



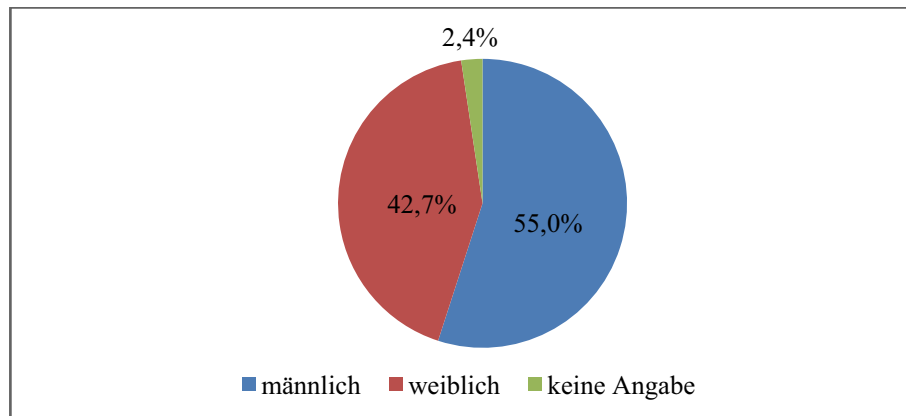
Die zum Zeitpunkt der Erhebung vorhandene Beschäftigungssituation der Befragten verteilte sich wie folgt: um die Hälfte (46,4%; N=98) ging einer Beschäftigung nach und die andere Hälfte (44,5%; N=94) war nicht erwerbstätig. Im Vorruhestand bzw. in Rente befand sich ein Proband (0,5%;N=1).

Abbildung 33: Beschäftigungsverhältnis der Probanden



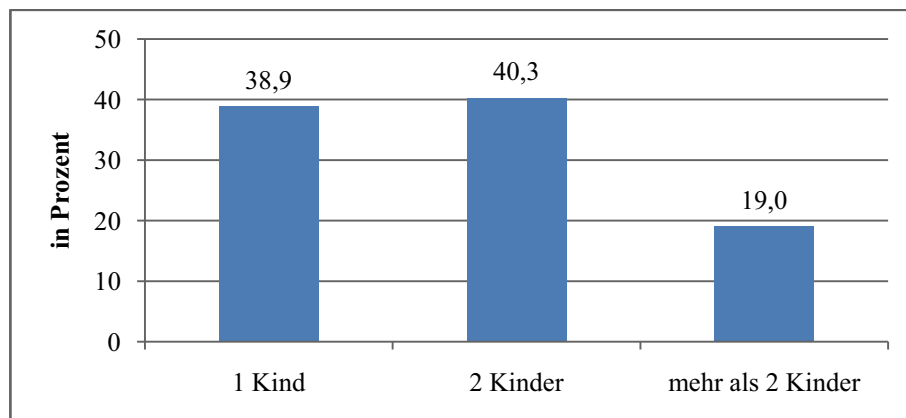
Aus der Fragestellung nach dem Geschlecht ihres Kindes wird ersichtlich, dass 55,0% (N=116) die Bezugsperson eines Jungen und 42,7% (N=90) eines Mädchens waren. Insgesamt 5 Probanden hatten zum Geschlecht ihres Kindes keine Auskunft gegeben.

Abbildung 34: Geschlecht des Kindes



In Bezug auf die Familienstruktur zeigte sich der allgemein gegenwärtige Trend zur Kleinfamilie. Von den 211 Befragten hatten die meisten ein Kind (38,9%) oder zwei Kinder (40,3%). Nur 19% hatten mehr als zwei Kinder. Dies ist eine Entwicklung, die vor allem durch demographische Veränderungen und familiäre Wandlungen hervorgerufen wurde.

Abbildung 35: Anzahl der Kinder in der Familie



Nachdem die Stichprobe anhand ihrer demographischen Daten beschrieben wurde, erfolgt im folgenden Teilkapitel die Darstellung der einzelnen Fragen in Hinblick auf ihre Funktion und die Aufbereitung des Datenmaterials.

### 6.2.2 Deskriptive Statistik

Die **erste Frage** beinhaltete die allgemeine Bewertung von Früherkennungsuntersuchungen. Diese wurden von den Eltern insgesamt positiv bewertet: Von den Antwortmöglichkeiten „sehr wichtig“, „wichtig“, „weniger wichtig“ bzw. „gar nicht wichtig“ gaben 84,8% die Kategorie „sehr wichtig“ und 11,8% der Probanden „wichtig“ an. Lediglich 4 Befragte (1,9%) beurteilten die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen als weniger wichtig.

Die **zweite Frage** zielte darauf ab zu erfassen, was aus Sicht der Eltern für eine Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen spricht. Der Aspekt erschien besonders wichtig, da dies eine zentrale Voraussetzung für die kontinuierliche Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen darstellt. Die Fragestellung wurde bewusst in der offenen Form gewählt, um die subjektive Einstellung qualitativ zu erheben. Zur Systematisierung und Klassifizierung von möglichen Gründen erwies sich eine Kategorienbildung als sinnvoll. Dazu wurden vom konkreten Textmaterial die Antworten abstrahiert, anschließend zu Kategorien kodiert und deren Legitimierung anhand einer Validierung bestimmt. Fünf Faktoren, die für die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen sprechen, konnten mit diesem Verfahren gemäß ihrer Häufigkeiten analysiert werden.

Insgesamt hatte 141 Befragte hierzu eine Stellungnahme abgegeben, wobei in der Antwort eines Befragten mehrere Kategorien angesprochen werden konnten. Demgemäß trifft das Prinzip der Mehrfachnennungen auf die offenen Fragen zu.

Tabelle 16: „Was spricht dafür, an einer solchen Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen?“

Gründe	Gesamt in %
Beurteilung des Entwicklungsstandes und Überprüfung der Gesundheit	60,7
Frühzeitiges Erkennen von Entwicklungsstörungen bzw. Krankheiten	46,4
Chancen der Frühzeitigen Intervention nutzen	21,3
Aufrechterhaltung des Impfschutzes	15,7
Informationen und Tipps vom Arzt	7,6
Gesamt (Mehrfachbenennungen)	320
Basis	211

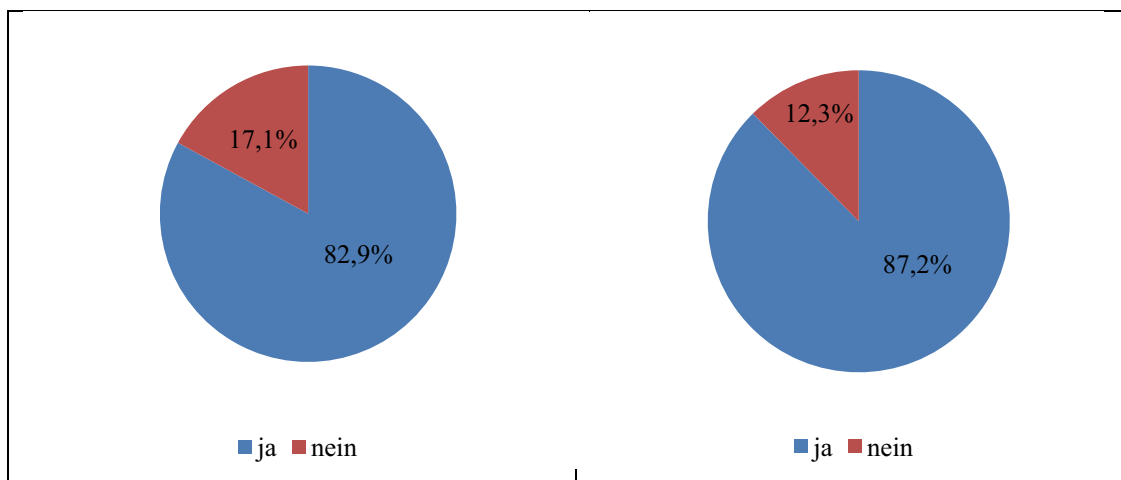
Im Mittelpunkt der Gründe für Früherkennungsuntersuchung stand aus Sicht der Probanden in erster Linie, die Chance die gesundheitliche Entwicklung der Kinder festzustellen (60,7%) sowie frühzeitige Entwicklungsstörungen bzw. Krankheiten zu erkennen (46,4%) und rechtzeitig behandeln zu können (21,3%). Die Überprüfung des Impfschutzes wurde von 15,7% angeführt. Als weiteren Grund gaben 7,6% die Informationen und Tipps vom Kinderarzt während der Vorsorgeuntersuchung an.

In der **dritten Frage** wurde dem Aspekt nachgegangen, ob die Eltern bzw. Bezugspersonen bereits vor der Aktion „Ich geh zur U! Und Du?!“ wussten, dass die wichtigsten Impfungen bei den Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt werden. In dieser Messreihe war die Antwortmöglichkeit „ja“ am häufigsten vertreten. Über  $\frac{3}{4}$  der Befragten waren darüber informiert, dass im Rahmen der Untersuchungen gleichzeitig der Impfschutz aufrechterhalten werden kann. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass  $\frac{1}{4}$  der Eltern vor Beginn der Aktion darüber unwissend waren.

Ähnliches ließ es sich bei der **vierten Frage** beobachten. Hier wurde erfragt, ob die Probanden darüber informiert sind, dass die Kosten aller U-Untersuchungen von ihrer Krankenkasse oder das Sozialamt getragen werden. 87,2% der Befragten waren darüber in Kenntnis, aber 12,3% wussten nicht, dass die Kosten übernommen werden.

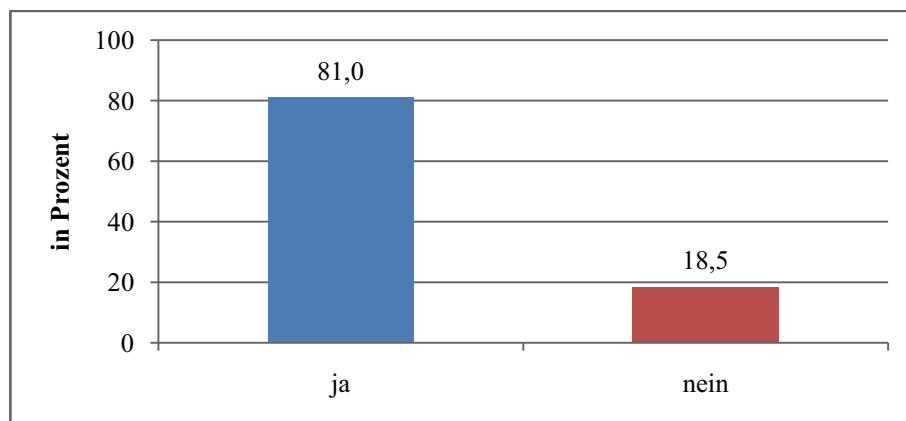
Abbildung 36: „Wussten Sie, dass die wichtigsten Impfungen bei den Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden?“

Abbildung 37: „Wussten Sie, dass die Kosten aller Früherkennungsuntersuchungen die Krankenkasse oder das Sozialamt trägt?“



Die bisherigen Ergebnisse lassen vermuten, dass die Eltern die Vorsorgeuntersuchungen größtenteils mit ihrem Kind wahrnehmen. Um diesen Aspekt direkt aufzugreifen, wurde in der **fünften Frage** die Teilnahme an den U-Untersuchungen erhoben. Dabei hatten die Eltern die Möglichkeit, als Gedächtnisstütze in das gelbe Kinderuntersuchungsheft ihres Kindes zu schauen. Zur Visualisierung der erhaltenen Häufigkeiten sind die Ergebnisse in dem nachstehenden Säulendiagramm dargestellt. Auf der x-Achse sind die Antwortmöglichkeiten und auf der y-Achse die prozentualen Häufigkeit abzulesen.

Abbildung 38: „Konnte Ihr Kind an allen bisher vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen?“



Ersichtlich ist, dass 81,0% der Eltern bzw. Bezugspersonen alle bisher anstehenden Früherkennungsuntersuchungen mit ihrem Kind aufgesucht hatten. Unterdessen hatten 18,5% dieses Angebot nur teilweise in Anspruch genommen, wobei am häufigsten die achte Untersuchung versäumt wurde (25,6% der Eltern die das Vorsorgeangebot nur teilweise in Anspruch genommen haben).<sup>52</sup> Aus diesem Ergebnis kann geschlussfolgert werden, dass die fristgerechte Teilnahme nicht immer ohne Schwierigkeiten umsetzbar ist. Ein Proband (0,5%) hatte hierzu keine Angabe gegeben.

Die Gründe, aus denen Eltern mit ihren Kindern an den Vorsorgeuntersuchungen nicht teilnehmen, lassen sich aus den amtlichen Statistiken bzw. den Daten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erkennen. In der **sechsten Fragestellung** wurde sich daher den Gründen für eine Nichtteilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung gewidmet. Die Befragten sollten 14 Gründe auf einer vierstufigen Skala – von „trifft völlig zu“ über

<sup>52</sup> Dies kann zum Teil auch daran liegen, dass die neunte Untersuchung bei den Kindern aufgrund ihres Alters noch nicht angestanden hat.

„trifft zu“ und „trifft weniger zu“ bis „trifft gar nicht zu“– einstufen. Im Zuge der Analyse hat sich ein wesentlicher Grund herauskristallisiert, der eine fristgerechte Teilnahme an den U-Untersuchungen aus Sicht der Eltern erschwerte. Entsprechend stuften 64,7% der Eltern das Item „zu lange Wartezeiten beim Arzt“ als völlig zutreffend bzw. zutreffend ein. Neben diesem Hauptgrund lassen sich vier weitere Gründe aufführen, die für fast die Hälfte der Eltern eine kontinuierliche Inanspruchnahme beeinträchtigen können:

1. unzureichende Informationen über die Bedeutung der Untersuchungen (48,9%)
2. unzureichende Informationen über die Bedeutung von Impfungen (49,5%)
3. Vergessen, dass eine Untersuchung ansteht (49,7%)
4. Versäumnis eines Untersuchungstermins (45,9%)
5. Unsicherheit im Umgang mit Personen/Institutionen des Medizinsystems (45%)

46 Befragte haben zusätzlich Gründe angegeben, die dafür sprechen könnten, warum Eltern einen Untersuchungstermin nicht wahrnehmen bzw. nicht wahrnehmen konnten. Zur Systematisierung und Klassifizierung der zusätzlich genannten Gründe erfolgte eine Kategorienbildung. Hierzu wurden vom konkreten Textmaterial die Antworten abstrahiert und anschließend zu Kategorien kodiert. Neun Faktoren konnten mit diesem Verfahren identifiziert werden. In der nachstehenden Tabelle sind die Faktoren und ihre Häufigkeiten dargestellt.

Tabelle 17: Gründe für eine Nicht-Teilnahme aus Sicht der Eltern

Gründe	absolute Häufigkeiten	prozentuale Häufigkeiten
Desinteresse, Unaufmerksamkeit, Überforderung und/oder Bequemlichkeit der Eltern	27	11,8
Informationsdefizite der Eltern	6	2,8
negative Erfahrungen der Eltern beim Arzt	4	1,9
Krankheit des Kindes zum Untersuchungstermin	3	1,4
Angst vor Impfkomplicationen	2	1,0
organisatorische Probleme	1	0,5
Ärztmangel	1	0,5
Auslandsaufenthalt im Untersuchungszeitraum	1	0,5
Angst des Kindes vor dem Arzt	1	0,5

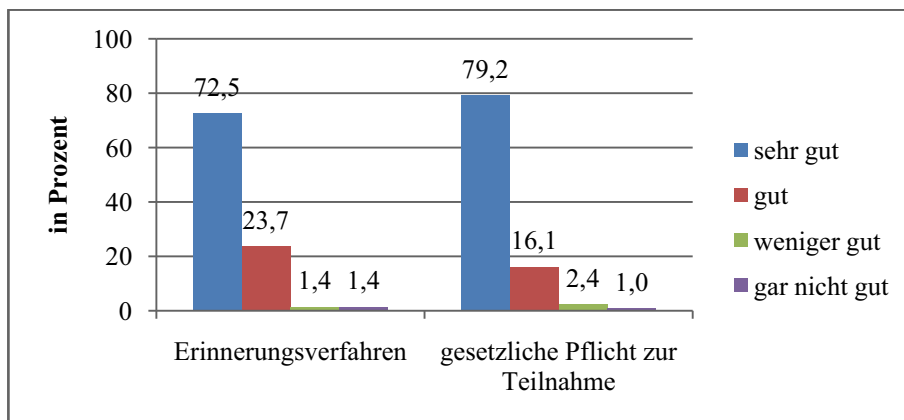
Im Wesentlichen verdeutlichen diese Nennungen nochmals, dass die Nicht-Teilnahme an den Untersuchungen aus Sicht der Eltern insbesondere mit persönlichen Einstellungen verbunden ist. So waren 27 Eltern der Meinung, dass sowohl das Desinteresse als auch die Unaufmerksamkeit, Überforderung und Bequemlichkeit der Eltern zutreffende Gründe für eine geringere Inanspruchnahme sind. Sechs Eltern begründeten eine Nicht-Teilnahme mit Informationsdefiziten und weitere vier mit negativen Erfahrungen beim Arzt. „Krankheit des Kindes zum Untersuchungszeitraum“, „Angst vor Impfkomplikationen“, „organisatorische Probleme“, „Ärztemangel“, „Auslandsaufenthalt im Untersuchungszeitraum“ und „Angst des Kindes vor dem Arzt“ wurden als weitere Gründe genannt.

Die **achte und neunte Frage** bilden einen gemeinsamen Frageblock, in dem es galt Handlungsalternativen zu untersuchen.

Eine Handlungsalternative stellt das Erinnerungsverfahren dar, wie es bereits von einigen Krankenkassen durchgeführt wird. Bei einem Erinnerungsverfahren sendet die Krankenkassen ihren Versicherten ein Schreiben zur Erinnerung des anstehenden Untersuchungstermins zu. 209 Probanden haben hierzu Stellung genommen und fast alle würden dieses Verfahren befürworten. 72,5% finden eine Erinnerung durch ihre Krankenkasse, Hausarzt oder andere Institution „sehr gut“ und 23,7% fänden es „gut“. Nur rund 2% bewerteten das Erinnerungsverfahren als „weniger gut“ oder „gar nicht gut“.

Eine weitere Möglichkeit ist die Einführung einer gesetzlichen Pflicht zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen. 208 Probanden beurteilten die Einführung. Über  $\frac{3}{4}$  findet eine gesetzliche Pflicht zur Teilnahme „sehr gut“ und weitere 16,1% findet es „gut“. Demgegenüber würden 3,4% die Einführung einer gesetzlichen Pflicht nicht befürworten.

Abbildung 39: Beurteilung des Erinnerungsverfahrens und Einführung einer gesetzlichen Pflicht zur Früherkennungsuntersuchungen



Am Ende der Evaluationsbögen wurde den Eltern die Gelegenheit gegeben über die festgelegten Aspekte und Antwortformate der Items hinaus Anmerkungen zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zu formulieren. Viele Eltern nutzen diese Möglichkeit, um ihren persönlichen Eindruck zu schildern, konstruktive Kritik und Handlungsalternativen zu äußern. Diese werden im letzten Punkt zur konstruktiven Auseinandersetzung mit den ermittelten Ergebnissen und den Aktionsinhalten aufgegriffen.

### 6.2.3 Hypothesenprüfung

Am Anfang dieser Untersuchung standen die eingangs aufgestellten Hypothesen, die im Folgenden durch eine sorgfältig durchgeführte Analyse bestätigt oder verworfen werden sollten. Es galt allgemein durch statistische Verfahren zu überprüfen, ob sich die aus persönlichen Annahmen abgeleiteten Hypothesen in der Realität bewähren.

Analysiert werden sollte der Einfluss des Alters, der Schulbildung, der Ausbildung und des Erwerbsstatus der Mutter. Darüber hinaus sollten Aussagen darüber getroffen werden, ob die Familiengröße einen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat. Zur Vollständigkeit werden die Hypothesen an dieser Stelle nochmals aufgegriffen.

### Hypothesen:

- Es gibt bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen Unterschiede hinsichtlich des Alters der Mütter. Ältere Mütter nehmen (signifikant) häufiger an den Untersuchungen teil als jüngere Mütter.
- Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen fällt je nach Schulabschluss und Ausbildung der Mütter unterschiedlich aus. Je höher der Schulabschluss und die Ausbildung der Mutter desto häufiger werden die Untersuchungen wahrgenommen.
- Erwerbstätige Mütter unterscheiden sich bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen von denjenigen die nicht erwerbstätig sind. Erwerbstätige Mütter nehmen signifikant seltener an den Untersuchungen teil als nicht-erwerbstätige Mütter.
- Diejenigen Probanden, die mehr als zwei Kinder haben, unterscheiden sich hinsichtlich der Teilnahmerate von denjenigen mit zwei und/oder weniger Kindern. So nehmen Probanden mit nur einem oder zwei Kind(er) (signifikant) häufiger an den Untersuchungen teil als Probanden mit mehr als zwei Kindern.

Für die Auswertung wurde die Teilnahme an den einzelnen Untersuchungen anhand der dichotomen Zielvariable „an allen bisher vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen“ (Fragestellung Nr. 5) mit den Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“ in Zusammenhang mit den soziodemographischen Daten untersucht. In die Berechnung wurden diejenigen Mütter einbezogen, die sowohl die jeweiligen Sozialdaten als auch den Vorsorgestatus ihres Kindes angegeben haben.

Die Ergebnisse der Hypothesenprüfung sind in der Tabelle 18 zusammenfassend dargestellt und werden im Anschluss daran näher beschrieben.

Tabelle 18: Hypothesenprüfung mit der Zielvariable „an allen bisher vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen“ (ja/nein)

Testvariable	Häufigkeiten		Zielvariable		Testverfahren und Testwerte	Signifikanz (p) (1 seitig)
	absolut	prozentual	ja	nein		
<b>Alter</b>	N=177		in Jahren, Mittelwert		T-Test T = 2,394	0,001
			29,2	27,3		
<b>Schulbildung</b>	N=175		% von Schulbildung		U-Test U = 1862,500	
(noch) keinen Schulabschluss	13	7,4%	53,8%	46,2%		
Hauptschulabschluss	43	24,6%	69,8%	30,2%		
mittlere Reife	97	55,4%	84,5%	15,5%		
Fachabitur/Fachhochschulreife	22	12,6%	86,4%	13,6%		0,003
<b>Ausbildung</b>	N=168		% von Ausbildung		U-Test U = 1824,500	
(noch) keine	28	16,7%	53,6%	46,4%		
Lehre/Ausbildung	131	78,0%	84,0%	16,0%		
Universität/Fachhochschule	9	5,4%	77,8%	22,2%		0,002
<b>Erwerbsstatus</b>	N=163		% von Erwerbsstatus		Chi-Quadrat $\chi^2 = 4,430$	
erwerbstätig	74	45,4%	86,5%	13,5%		
nicht-erwerbstätig	89	54,6%	73,0%	27,0%		n. s.*
<b>Familiengröße</b>	N=206		% von Familiengröße		U-Test U = 2862,000	
1 Kind	82	39,8%	85,4%	14,6%		
2 Kinder	85	41,3%	78,8%	21,2%		
mehr als zwei Kinder	39	18,9%	76,9%	23,1%		n. s.*

\*n. s. = nicht signifikant

In der **ersten Hypothese** wurde angenommen, dass das Alter der Mutter einen entscheidenden Einfluss auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen hat. Die 177 in diese Untersuchung aufgenommenen Mütter sind im Durchschnitt 26,8 Jahren alt. Unter Betrachtung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zeigte sich, dass diejenigen Mütter, die alle bisherigen Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen haben, im Durchschnitt 29,2 Jahre alt waren. Hingegen waren Mütter, die angaben, dass sie mindestens eine Untersuchung versäumt haben, im Mittel 27,3 Jahre alt. Die Mittelwerte dieser Einflussvariable deuten demnach darauf hin, dass diejenigen Mütter, die mit ihren Kindern an allen bisher vorgesehenen Untersuchungen teilgenommen haben im Durchschnitt älter sind als diejenigen, die mindestens eine Untersuchung versäumt haben.

Um zu überprüfen ob es sich hierbei um einen statistisch signifikanten Unterschied handelt wurde der T-Test für unabhängige Stichproben angewandt. Mit einem T-Wert von 2,394 und einem p-Wert von 0,001 fiel der T-Test hoch signifikant ( $p < 0,01$ ) aus. Insofern kann bestätigt werden, dass das Alter der Mutter einen statistisch bedeutsamen Einfluss auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen hat. Die Vorsorgeunter-

suchungen wurden von älteren Müttern signifikant häufiger wahrgenommen, als von jüngeren Müttern.

In der **zweiten Hypothese** wurde unterstellt, dass sich die Teilnahme in Abhängigkeit von der Schulbildung der Mutter unterscheidet. Insgesamt 175 Mütter haben sowohl Angaben zum Vorsorgestatus als auch zu ihrer Schulbildung abgegeben und konnten in die Untersuchung aufgenommen werden. Davon hatten 7,4% der Mütter (N=13) noch keinen Schulabschluss, 24,6% der Mütter (N=43) hatten die Schule mit einem Hauptschulabschluss, 55,4% (N=97) mit der mittleren Reife (10.Klasse) und 12,6% (N=22) mit dem Fachabitur/Fachhochschulreife/allgemeine Hochschulreife abgeschlossen. Wie in Tabelle 18 ersichtlich, scheint die Schulbildung der Mutter einen wesentlichen Einfluss auf die Teilnahme zu haben. So haben 76,4% der Mütter mit (noch) keinem oder einem Hauptschulabschluss mindestens eine U-Untersuchung versäumt, im Gegensatz zu immerhin 29,1% der Eltern mit einem höheren Abschluss (mittlere Reife und Fachabitur etc.).

Der Unterschied zwischen den Gruppen ist nach dem U-Test mit  $p = 0,003$  ( $p < 0,01$ ) hoch signifikant. Schlussfolgernd kann festgehalten werden, je höher die Schulbildung der befragten Mütter, desto häufiger nahmen sie mit ihrem Kindern an den Untersuchungen teil.

Ähnliche Werte waren auch für den Berufsabschluss zu verzeichnen. In der Befragung legten 168 Mütter ihren Berufsstatus dar. Von diesen haben 16,7% (N=28) (noch) keinen Abschluss erlangt, 78,0% (N=131) haben eine Lehre oder Ausbildung abgeschlossen und weitere 5,4% (N=9) absolvierten einen Abschluss an einer Universität oder Fachhochschule. Betrachtet man die prozentualen Verteilungen in Hinblick auf den Berufsabschluss der Mutter und des Inanspruchnahmeverhaltens zeigt sich, dass nur 53,6% der Mütter ohne abgeschlossene Berufsausbildung an allen bisher vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben. Im Gegensatz zu immerhin 84,0% der Mütter mit einer abgeschlossenen Lehre und 77,8% der Mütter mit einem Hochschulabschluss.

Der U-Test fiel mit  $p=0,002$  ( $p < 0,01$ ) hoch signifikant aus. Dementsprechend zeigte sich ein sozialer Gradient für den Bildungsstand und Ausbildungsstatus. Zusammen ergab sich folgende Tendenz: Je höher die Schul- und Berufsausbildung, desto häufiger

haben die befragten Mütter an allen bisher vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen mit ihrem Kind teilgenommen.

In der **dritten Hypothese** wurde angenommen, dass es einen Unterschied zwischen der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen und dem Erwerbsstatus der Mutter gibt. Dieser stellt sich nach Alexander und Markowitz (1986) wie folgt dar: Erwerbstätige Mütter nehmen signifikant seltener an den Früherkennungsuntersuchungen teil als nicht-erwerbstätige Mütter. Von den befragten Müttern waren 45,4% (N=74) erwerbstätig und 54,6% (N=89) nicht-erwerbstätig. Die konditionalen Verteilungen in der Tabelle 18 weisen darauf hin, dass entgegen der Annahme in der zu untersuchenden Hypothese, Kinder, deren Eltern berufstätig sind, eine höhere Teilnahmerate aufzeigen, als Kinder, deren Eltern nicht-berufstätig sind. So haben 86,5% der erwerbstätigen Mütter im Gegensatz zu 73,0% der nicht-erwerbstätigen Mütter an allen bisherigen Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen.

Mit Hilfe eines Chi-Quadrattestes wurde geprüft, ob sich die Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen hinsichtlich des Beschäftigungsverhältnisses signifikant unterscheidet. Im Ergebnis lag mit einem  $\chi^2$  von 4,430 und einem p-Wert von 0,02 zwar ein statistisch signifikanter Unterschied vor, aber dieser unterstreicht, dass erwerbstätige Mütter signifikant häufiger mit ihrem Kind die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, als Nicht-erwerbstätige. Insofern konnte die aus der Theorie abgeleitete Annahme nicht statistisch belegt werden. Die gerichtete Alternativhypothese war zugunsten der Nullhypothese zu verwerfen.

Die **vierte Hypothese** sollte Aufschluss darüber geben, ob die Familiengröße ebenso einen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat. Unter Annahme dieser Hypothese wäre belegt, dass Familien mit mehreren Kindern (signifikant) seltener das Vorsorgeangebot wahrnehmen als Familien mit weniger Kindern. Von den 82 Befragten mit einem Kind, hatten 85,6% einen vollständigen Vorsorgestatus. Rund 78% der Kinder mit einem (N=85) oder mehreren Geschwisterkind(ern) (N=39) hatten alle Vorsorgeuntersuchungen mit ihren Eltern wahrnehmen können. Für diese Variable zeigte sich jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied. Insofern scheint dieser Parameter keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die Teilnahme der Früherkennungsuntersuchungen zu haben. Die Hypothese konnte folglich nicht statistisch belegt werden.

### 6.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Auf der Grundlage von qualitativen und quantitativen Daten konnte in ersten Ansätzen die Inanspruchnahme und das Inanspruchnahmeverhalten von Eltern erschlossen werden

Es lässt sich feststellen, dass die Früherkennungsuntersuchungen auf eine hohe Akzeptanz stoßen und die Eltern die Teilnahme größtenteils als sehr wichtig erachten. Nichtsdesto Trotz nehmen einige Eltern das Vorsorgeangebot ihres Kindes nicht immer kontinuierlich wahr. Es sind sicherlich viele Gründe für diesen Tatbestand auszumachen, von denen einige aus der Untersuchung hervorgegangen sind. Die von den Eltern berichteten Hauptgründe für die Nicht-Teilnahme an einer U-Untersuchung waren Vergesslichkeit, Informationsdefizite, Unsicherheiten im Umgang mit dem Personal und den Institutionen des Medizinsystems sowie die Tatsache, dass die Konsultation des Arztes zu den Untersuchungen mit zu langen Wartezeiten verbunden ist. Gleichwohl kann als Ursache der Sachverhalt angesehen werden, dass gut ein Viertel der Eltern nicht darüber in Kenntnis waren, dass die wichtigsten Impfungen bei den Untersuchungen durchgeführt werden und sie allen Kindern kostenfrei zur Verfügung stehen.

Die Analyse des Einflusses soziodemographischer Faktoren auf die Inanspruchnahme ergab, dass das Alter, die Schulbildung und die Ausbildung der Mütter die Teilnahme an dem Früherkennungsprogramm determinieren. Mütter mit hoher Teilnahmerate sind im Durchschnitt älter und haben einen höheren Schul- und Ausbildungsabschluss ( $p < 0,01$ ). Damit bestätigten sich die Ergebnisse zahlreicher anderer Studien (vgl. Taylor et al. 1997; Barnes-Boyd et al. 2001; Grossman et al. 1996; Navarro-Rubio et al. 1995; Janicke/Finney 2000).

Die gesichteten Studienergebnisse zum Einfluss des Beschäftigungsverhältnisses (vgl. Alexander/Markowitz 1986) und der Familiengröße (vgl. Janicke/Finney 2000; Riley et al. 1993/Duncan et al. 1987) auf die Inanspruchnahme konnten allerdings nicht belegt werden. Entgegen des in der Literatur beschriebenen Zusammenhangs zwischen der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen und dem Beschäftigungsverhältnis der Eltern (vgl. Alexander/Markowitz 1986), nahmen in dieser Untersuchung nicht-erwerbstätige Mütter das Vorsorgeangebot mit ihrem Kind seltener wahr als

erwerbstätige Mütter. Ein denkbarer Grund wäre, dass sich hinter dieser Variablen möglicherweise ein versteckter Sozialstatus verbirgt. Die Arbeitslosigkeit in der untersuchten Region ist häufig keine freiwillige Entscheidung der Mütter, um mehr Zeit für die Erziehung und gesunde Entwicklung ihrer Kinder aufzubringen. Vielmehr ist anzunehmen, dass die Erwerbslosigkeit mit soziodemographischen Faktoren (Schul- und Ausbildungsabschluss) verbunden bzw. Ursache der allgemein hohen Arbeitslosenquote in der Region ist. Ein weiterer Grund kann darin gesehen werden, dass die Studienergebnisse von Alexander/Markowitz (1986) aus dem englischsprachigen Raum stammen und viele Jahre zurückliegen. Im Zuge gesellschaftlicher Wandlungen verändern sich Strukturen im Gesundheitssystem sowie Einstellungen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Individuen, die wesentlichen Einfluss auf die Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen haben können.

Eine Vielzahl von Studien (vgl. Janicke/Finney 2000, Riley et al. 1993; Duncan et al. 1987) belegte, dass die Familiengröße in Zusammenhang mit der Nutzung von präventiven Leistungen steht. Dieser Zusammenhang konnte im Rahmen dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Nichtsdesto trotz verdeutlichen die Daten, dass Befragte mit einem oder zwei Kindern häufiger an den Untersuchungen teilgenommen haben, als Probanden mit mehreren Kindern. Begründet wird dieser Aspekt damit, dass Eltern von ein bis zwei Kindern aufgrund geringerer Erfahrungen für Gesundheitsprobleme ihrer Kinder empfänglicher sind, als Eltern mit mehreren Kindern, die bereits über größere Erfahrungen im Umgang mit Kinderkrankheiten verfügen (vgl. Langness 2007, S. 60). Es ist davon auszugehen, dass die Fallzahlen noch zu klein waren, um hier zu fundierten bzw. abgesicherten Ergebnissen zu gelangen. Insofern bleibt es abzuwarten und zu untersuchen, wie sich die Zahlen bei einer größeren Stichprobe verändern.

Generell kann geschlussfolgert werden, dass vor allem aktuelle, aber auch nationale Studien fehlen, die sich mit den Einflussfaktoren bei der Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen beschäftigen.

Neben der Untersuchung der Inanspruchnahme und des Inanspruchnahmeverhaltens ging es im Rahmen der Befragung auch darum, mögliche Handlungsalternativen zur Erhöhung der Inanspruchnahme aus dem Datenmaterial abzuleiten. Im Ergebnis hat sich

herausgestellt, dass die Eltern sowohl die das Erinnerungsverfahren als auch die Einführung der gesetzlichen Pflicht befürworten.

Über den vorgegebenen Handlungsalternativen hinaus, hatten die Eltern die Möglichkeit weitere Anregungen zu formulieren. Viele Eltern nutzen dies und äußerten für diese Studie attraktive und aufschlussreiche Perspektiven. Eine interessante Möglichkeit zur Erhöhung der Inanspruchnahme sehen die Eltern darin, den Anspruch auf einen Kindergartenplatz an die kontinuierliche Teilnahme zu koppeln bzw. die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen direkt in die Kindertagesstätten zu verlegen. Des Weiteren würde aus Sicht der Eltern die Einführung eines Bonuspunktsystems einen zusätzlichen Anreiz zur Inanspruchnahme geben. Viele Eltern betonten in diesem Zusammenhang nochmals, dass sie sich mehr Informationen über die Früherkennungsuntersuchungen wünschen und eine Erinnerung an die Untersuchungstermine als hilfreich erachten.

Weitere Handlungsalternativen zur Erhöhung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen werden im folgenden Kapitel dieser Arbeit aufgeführt. Dabei werden sowohl Perspektiven, als auch Stärken und Schwächen des Früherkennungsprogramms betrachtet und in den politischen Diskurs eingebettet.



## **7 Perspektiven und Herausforderungen der Gesundheitsförderung von Kleinkindern unter besonderer Betrachtung der Untersuchungsergebnisse**

---

Die gesundheitliche Entwicklung heutiger Kinder konnte anhand der aufgeführten Studien- und Untersuchungsergebnisse im zweiten Kapitel dieser Arbeit dargelegt werden. Ersichtlich wurde unter anderem, dass immer mehr Kinder bereits zur Einschulungsuntersuchung gesundheitliche Defizite aufzeigen und vor allem sozial benachteiligte Kinder von diesen Risiken betroffen sind. Dieser Aspekt sollte angesichts der zunehmenden Kinderarmut in Deutschland unbedingt Beachtung finden.

In der Folge treten frühzeitig Veränderungen im Sinne einer individuellen Risikokonstellation bei Kindern auf, die mit zunehmendem Alter ansteigen und somit die Entwicklung einer späteren Morbidität im Erwachsenenalter begünstigen sowie zur Steigung der ohnehin hohen Kosten im Gesundheitswesen beitragen.

Für die Gesundheit von Kleinkindern werden daher schon frühzeitig präventive Maßnahmen angeboten, u. a. die neun Früherkennungsuntersuchungen. Im Zuge des dritten Kapitels dieser Thesis hat sich herausgestellt, dass die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen für alle Kinder außerordentlich wichtig ist, da hier die Möglichkeit besteht, Entwicklungsstörungen zu erkennen und diese vor Schuleintritt durch geeignete Förder- und/oder Therapiemaßnahmen zu beseitigen bzw. zu mindern. Sofern Eltern das Vorsorgeangebot mit ihrem Kind nicht wahrnehmen, ist es möglich, dass bei den Kindern bereits zum Schulbeginn gesundheitliche Defizite vorliegen. Wenn zudem das soziale Umfeld nicht in der Lage ist diese Kinder optimal zu unterstützen, besteht die Gefahr, dass sie eine schulische Entwicklung unterhalb ihrer eigentlichen Fähigkeiten durchlaufen. Die Früherkennungsuntersuchungen insbesondere die U8 und U9 sind sicherlich kein Allheilmittel, um derartigen Entwicklungen zu begegnen, aber sie sind hierfür ein hervorragendes diagnostisches Mittel.

Trotzdem die Früherkennungsuntersuchungen für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder von herausragender Bedeutung sind, nimmt die Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter der Kinder ab, d.h. die Teilnahmeraten an der U8 und insbesondere der U9 sind noch ungenügend. Während die Raten der Inanspruchnahme der

Untersuchungen in den ersten beiden Lebensjahren noch die 90%-Grenze übersteigen, liegen diese für die späteren Untersuchungen deutlich niedriger. Diese Ergebnisse konnten sowohl bundesweit als auch für die Kommune Neubrandenburg bestätigt werden. Eine Vielzahl von Gründen sind für diesen Tatbestand auszumachen: Neben strukturellen Faktoren und organisatorischen Faktoren, zeigten die Ergebnisse dieser und zahlreicher vorangegangener Untersuchungen (vgl. Alexander/Markowitz 1986; Janicke/Finney 2000 etc.), dass soziodemographische Faktoren einen bedeutsamen Einfluss auf die Teilnahme der Vorsorgeuntersuchungen haben. Im Sinne einer Vorsorge, die alle Kinder erreicht, ist es demzufolge notwendig insbesondere Familien aus sozial schwächeren Verhältnissen, Familien mit Migrationshintergrund sowie jüngere Mütter und Familien mit mehreren Kindern noch stärker zur Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen zu ermutigen ( vgl. Kamtsiuris/Schlack 2006, S. 1231)

Damit ist bereits angesprochen, dass die erfolgreiche Nutzung eine funktionierende Sozialstruktur im Umfeld des Kindes voraussetzt, da die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Wesentlichen von dem Gesundheitsverständnis und -bewusstsein sowie den Handlungskompetenzen der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten abhängig ist (vgl. Meuer/Siegrist 2005). Sowohl die soziale und psychische Umgebung eines Kindes als auch die Entscheidung zur Teilnahme an den präventiven Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge wird von seinen Eltern bzw. Erziehungsberechtigten bestimmt (vgl. Janicke/Finney 2001, zit. nach: Langness 2007, S. 59). Insofern sollten medizinische, pädagogische und soziale Interventionen auch auf diese ausgerichtet sein. Es ist eine fortwährende Herausforderung, die zunehmend effektiven und umfassenden Früherkennungsuntersuchungen den Eltern zu vermitteln. Besonders geeignet ist dabei die Ausbildung von Multiplikatoren, wie z. B. Erzieher/-innen. Maßnahmen können vor allem in Kindergärten und Schulen, aber auch durch Erwachsenenbildung und in den Medien eigesetzt werden.

Zudem sollten die Verbindungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Kindertagesstätten verstärkt werden. Hier besteht in Deutschland ein großer Bedarf, der nicht immer befriedigend gedeckt ist (vgl. Strassburg 2000, S. 18). Daher kommt es zukünftig insbesondere darauf an lokale Netzwerke zwischen verschiedenen Institutionen des Gesundheitssektors (Kindertagesstätten, Jugendamt, Gesundheitsamt, Ärzteschaft) mit dem Ziel der Gesundheitsprophylaxe zu aktivieren und zu erweitern.

Hier setzte die BZgA mit ihrer Aktion „Ich geh‘ zur U! Und du?“ an. Über lokale bestehende oder neu gebildete Netzwerke werden im Rahmen dieser Aktion, Eltern von drei- bis fünfjährigen Kindergartenkinder über die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen informiert und zur Inanspruchnahme motiviert. Die Ergebnisse der Aktion in den drei Neubrandenburger Kindertagesstätte belegten, dass sie durch ihren niedrigschwelligen Ansatz eine Perspektive für die Implementierung einer Gesundheitsförderungsmaßnahme in allen Kindergärten bietet und zudem bei einer vorbildlichen Ausführung dazu beitragen kann, die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter – insbesondere von Kindern aus sozial schwachen Verhältnissen – zu erhöhen.

Zur Erhöhung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter sind abgesehen von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen Aktivitäten im gesundheitspolitischen Sektor unentbehrlich. Derzeit wird über ein System verbindlicher Früherkennungsuntersuchungen und einer zielgerichteten Erweiterung der Inhalte dieser Untersuchungen einschließlich der Aufnahme primärpräventiver Anteile diskutiert (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2007, S. 1513; Schindler-Marlow 2007, S. 15). Die Vorsorgeuntersuchungen werden seit mehr als dreißig Jahren in der jetzigen Form durchgeführt. Insofern sind sie im Hinblick auf neuere, entwicklungsneurologische Erkenntnisse nicht mehr dem aktuellen Stand der medizinischen und psychotherapeutisch/psychologischen wissenschaftlichen Entwicklung angepasst (vgl. Rumpeltin/Steinbach 2007, S. 1). Eine entsprechende Änderung des § 26 SGB V und der dazugehörigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist daher dringend erforderlich. Gegenwärtig liegen Novellierungen der Früherkennungsuntersuchungen vor, die schnellstmöglich einer Entscheidung zugeführt und um weitere wichtige Themen, wie beispielsweise die frühzeitige und sichere Diagnostik von Verwahrlosung und Missbrauch bei Kindern, ergänzt werden müssen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2007, S. 1513).

Eine weitere Handlungsalternative stellt die Einführung eines gesetzlich verankerten Meldewesens dar. Mit dessen Hilfe wären die Jugendämter und öffentlichen Gesundheitsdienste (ÖGD) in der Lage versetzt, die mit ihrem Kind nicht teilnehmenden Eltern über ein Erinnerungsverfahren zur Teilnahme aufzufordern und letztendlich auch



diejenigen Kinder und Familien zu erreichen, die sich einer Vorsorgeuntersuchung weiterhin entziehen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2007, S. 1513).

Die vorgestellten Perspektiven und Handlungsalternativen der Gesundheitsförderung bei Kindern sind als Aufforderung zu verstehen, auf diesem Weg fort zu fahren. Was sichergestellt werden muss, sind Prioritätenentscheidungen und entsprechende Ressourcenkonzentrationen auf diese Zukunftsaufgabe.

---

## Literaturverzeichnis

---

**Alexander, C.S./Markowitz, R.:** Maternal employment and use of pediatric clinic services. Medical Care, 24, 1986, pp. 134-147

**Allhoff, P./Flatten, G./Laaser, U. (Hrsg.):** Krankheitsverhütung und Früherkennung. Handbuch der Prävention. Springer Verlag: Berlin et al. 1993

**Allhoff, P./Weidtman, V.:** Präventive Untersuchungen im Säuglings- und Kindesalter. In: Allhoff, P./Flatten, G./Laaser, U. (Hrsg.): Krankheitsverhütung und Früherkennung. Handbuch der Prävention. Springer Verlag: Berlin et al. 1993, S. 112-123

**Altenhofen, L.:** Das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern: Inanspruchnahme und Datenlage. In: BZgA (Hrsg.) : Gesundheit von Kindern - Epidemiologische Grundlagen. Dokumentation einer Expertentagung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. 3. Auflage. Köln: 1998, S. 24-33

**Altenhofen, I.:** Gesundheitsförderung durch Vorsorge. Zur Bedeutung von U1 bis J1. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Jhg. 45. Springer-Verlag: 12/2002, S. 960-963

**Altgeld, Th./Hofrichter, P.:** Aufwachsen in Armut – Ein blinder Fleck in der Gesundheitsversorgung? In: Altgeld, Th./Hofrichter, P.: Reiches Land - kranke Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen: Mabuse Verlag: Frankfurt a.M. 2000, S. 13-20

**Altgeld, Th./Hofrichter, P.:** Reiches Land - kranke Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen: Mabuse Verlag: Frankfurt a.M. 2000

**Andersen, R.M.:** Revisiting the Behavioral-Model and Access to Medical-Care –Does It Matter. Journal of Health and Social Behavior, 36, 1995, pp. 1-10

**Antonovsky, A.:** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Übersetzung durch Franke) Verlag Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie: Tübingen 1997

**Antonovsky, A.:** The salutogenic model of health. Jossey-Bass: San Francisco 1979

**Ärzte Zeitung:** Dicke Kinder haben oft Entwicklungsstörungen. Url: <http://www.aerztezeitung.de/suchen/?sid=449588&query=Dicke+Kinder+haben+oft+Entwicklungsst%C3%B6rungen>. (Stand: 09.01.2008) 2008

**Bammann, K.:** Additive Sozialschichtindizes als Instrumente zur Beschreibung der sozialen Ungleichheit von Gesundheit – Untersuchungen am Beispiel der Statuskonsistenz. In: Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.): Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa: Weinheim/München 2001, S. 50-59

**Barnes-Boyd, C./Fordham, N.K./Nacion, K.W.:** Promoting infant health through home visiting by a nurse-managed community worker team. Public Health Nursing, 18, 2001, pp. 225-235

**Baumann, Th.:** Atlas der Entwicklungsdiagnostik. Vorsorgeuntersuchungen von U1 bis U10/J1. 2. Aufl. Georg Thieme Verlag: Stuttgart/New York 2007

**Becker, P.:** Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderung an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Paulus, P.: Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln 1992, S. 91-105

**Benkert, I./Gödicke, R./Schulze, I.:** Zur gesundheitlichen Situation Leipziger Schulanfänger. Leipzig 2004

**Bisig, B./Bopp, M./Minder, C.E.:** Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.): Sozialepidemiologie. Eine

Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa: Weinheim/München 2001, S. 60-70

**Bisig, B./Gutzwiller, F.:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich: Zürich 1999

**Bortz, J./Döring, N.:** Forschungsmethoden und Evaluation. 3. überarbeitete Auflage Springer: Berlin 2002

**Bortz, J.:** Statistik für Sozialwissenschaftler. 4. überarbeitete Auflage. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo Hong Kong Barcelona Budapest 1993

**Bortz, J.:** Statistik für Sozialwissenschaftler. Springer Verlag: Berlin/Heidelberg/New York 1999

**Brandenburg, H./Panfil, E.-M./Mayer, H.:** Pflegewissenschaft 2. Lehrbuch- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. Hans Huber: Bern 2007

**Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.):** Handbuch Indikatorenbildung. Leitfaden für die Planung von Projekt und Programmevaluation. Bern-Zürich 2001

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.):** Die Aktion. Url: [http://www.ich-geh-zur-u.de/aktion/die\\_aktion.html](http://www.ich-geh-zur-u.de/aktion/die_aktion.html) (Stand: 15.10.2007) 2007a

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.):** Die Aktion vor Ort. Url: [http://www.ich-geh-zur-u.de/aktion/die\\_aktion\\_vor\\_ort.html](http://www.ich-geh-zur-u.de/aktion/die_aktion_vor_ort.html) (Stand: 15.10.2007) 2007b

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.):** Bundes- und europaweite Recherche von Praxisbeispielen zur Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder 2006

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.):** Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche - Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 25. Köln: 2005

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BzgA]:** Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Peter Salbo Fachverlag: Schwabenheim a. d. Selz 2003

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]:** Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Köln 2001

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.):** Gesundheit von Kindern - Epidemiologische Grundlagen. Dokumentation einer Expertentagung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 3. Köln: 1998

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.):** Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Peter Sabo Verlag: Schwabenheim a. d. Selz 1999

**CHILT-Studie:** Altersleiden bei Grundschulern?! 2004: Url: [http://www.moll-system.com/functions/frameset\\_index.asp?loc=/deutsch/gesundheit/chilt/&bhcp=1](http://www.moll-system.com/functions/frameset_index.asp?loc=/deutsch/gesundheit/chilt/&bhcp=1) (Stand 15.09.2008)

**Clark, L.:** Mexican-origin mother's experiences using children's health care services. Western Journal of Nursing Research 24, 2002, pp. 159-179

**Collatz, J./Malzahn, P./Schmidt, E.:** Erreichen die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder ihre Zielgruppe? Öff. Gesundh.-Wesen, 41, 1979, S. 173-190

**Coreil, J./Augustin, A./Halsey, N.A./Holt, E.:** Social and Psychological Costs of Preventive Child Health-Services in Haiti. Social Science & Medicine, 38, 1994, pp. 1994

**Delekat, D./Kis, A.:** Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht 2001-1 Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen. Berlin 2001

**Delekat, D.:** Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht 2/2003. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen: Berlin 2003

**Destatis:** Statistisches Bundesamt Deutschland. Pressemitteilung Nr. 366 vom 10.09.2007. 2006: Durchschnittlich 1,33 Kinder je Frau geboren. Url: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/09/PD07\\_\\_366\\_\\_12641.psml](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/09/PD07__366__12641.psml) (Stand: 10.09.2007)

**Deutsches Ärzteblatt:** Dokumentation zum 110. Deutschen Ärztetag. Kindergesundheit in Deutschland. Kindergesundheit stärken. Jg. 104 (21). Mai 2007

**Dreier, V.:** Datenanalyse für Sozialwissenschaftler. R. Oldenbourg Verlag: München Wien 1994

**Earle, L.P./Burman, M.E.:** Benefits and barriers to well-child care: perceptions of mothers in a rural state. Public Health Nursing, 15, 1998, pp. 180-187

**Elkeles, T./Mielck, A.:** Soziale und gesundheitliche Ungleichheit : theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. WZB: Berlin 1993

**Faltermaier, T./Kühnlein, I./Burda-Viering, M.:** Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Juventa Verlag: Weinheim und München 1998

**Fichten, W.:** Psychologische Gesundheitsförderung der Universität Oldenburg. Krankenpflege Journal, 28. Jahrgang 10/1993

**Flores, G./Abreu, M./Olivar, M. A./Kastner, B.:** Access barriers to health care for Latino children. Archives of Pediatrics Adolescent Medicine 152, 1998, p. 1119-1125

**Franzkowiak, P.:** Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen: Risiken, Bedingungen, Modelle und Perspektiven. In Hamburg Münchener Krankenkasse (Hrsg.): Präventionsstrategien für eine gesunde Kindheit. Eine Standortbestimmung. Grindeldruck: Hamburg 2003, S. 24-45

**Fuchs, H.:** Prävention und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen – Das Thema der Zukunft unseres Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik. In: Hamburg Münchener Krankenkasse (Hrsg.): Präventionsstrategien für eine gesunde Kindheit. Eine Standortbestimmung. Grindeldruck: Hamburg 2003, S. 244-347

**Geißler, R.:** Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Bilanz zur Vereinigung. VS Verlag für Sozialwissenschaftler: Wiesbaden 2006, S. 93-120

**Gesundheit Berlin e.V.:** Kriterien zur Ermittlung von Models of Good Practice. Url: <http://www.agethur.de/goodpracticekriterien.pdf> (Stand: 20.05.2008)

**Gossmann, L. K./Humbert, A. J./Powell, M.:** Continuity of care between obstetrical and preventive care: indicators of nonattendance at the first well-child appointment. Clinical Pediatrics, 35, 1996, pp. 563-569



**Grossmann, R./Scala, K.:** Setting Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Peter Salbo Verlag: Schwabenheim a.d. Selz 1996, S.100

**Grobe, T. G./Schwartz, F. W.:** Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 12. Robert Koch-Institut: Berlin 2003

**Hamburg Münchener Krankenkasse (Hrsg.):** Präventionsstrategien für eine gesunde Kindheit. Eine Standortbestimmung. Grindeldruck: Hamburg 2003

**Heck, K.E./Parker, J.D.:** Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. Health Services Research, 37, 2002, pp. 173-186

**Heinzel-Gutenbrunner, M.:** Armutslebensläufe und schlechte Gesundheit. Kausation oder Selektion? Shaker Verlag: Aachen 1999

**Helmert, U.:** Social class and risk factor changes at the midpoint of the German Cardiovascular Prevention Study. In: Abel /Geyer, S./Gerhardt, U./Siegrist, J./ van d. Heuvel W. (eds): Medical Sociology: Research on chronic illness. Informationszentrum Sozialwissenschaften. Bonn/Berlin 1993

**Helmert, U.:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Ergebnisse aus Gesundheitssurveys in Deutschland. In: Marstedt, G./Müller, R. (Hrsg.): Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften. Wirtschaftsverlag NW: Bremerhaven 1998

**Helmert, U.:** Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Maro Verlag: Augsburg 2003

**Hersch zitiert bei Spijk, P.:** Definition und Beschreibung der Gesundheit. Ein medizin-historischer Überblick. Schriftreihe der SGGP Nr.22. Muri/Schweiz 1991



**Hochschule Neubrandenburg:** Karte Mecklenburg Vorpommern. Url: [http://www.hs-nb.de/mgg\\_karte\\_mv.html](http://www.hs-nb.de/mgg_karte_mv.html) (Stand: 30.01.2008)

**Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.):** Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber: Bern et al. 2004

**Hurrelmann, K./Laaser, U.: (Hrsg.):** Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag: München 1998

**Hurrelmann, K./Laaser, U.: Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis.** Beltz Verlag: Weinheim 1993

**Institut für Marktforschung:** Evaluation der Aktion “Ich geh’ zur U! Und Du?“ der BZgA zur Förderung der Früherkennungsuntersuchungen U8/U9. 2004

**Internet Lexikon:** Qualitative Sozialforschung. Url: [http://www.ilexikon.com/Qualitative\\_Methode.html](http://www.ilexikon.com/Qualitative_Methode.html). (Stand: 15.05.08).

**Jannicke, D. M./Finney, J. W./Riley, A.W.:** Children’s health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. Medical Care, 39, 2001, pp. 990-1001

**Jannicke, D. M./Finney, J. W.:** Children’s primary health care services: A social-cognitive model of sustained high use. Clinical Psychology-Science and Practice 2001, p. 228-241

**Jannicke, D. M./Finney, J. W.:** Determinants of children’s primary health care use. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 7, 2000, pp. 29-39

**Juchli, L.:** Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Georg Thieme Verlag: Stuttgart und New York 1994



**Kalies, H./Kries, v. R.:** Gesundheit im Kindesalter. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1998/1999, 1999/2000 und 2000/2001 in Bayern.

**Kampe, D./Ketelhut, R.:** Langzeitanalyse kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Jugendlichen anhand von Reihenuntersuchungen. Herz Med 3/2002, S. 151

**Kamtsiuris, P./Bergmann, E./Rattay, P./Schlaud, M.:** Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Jhg. 50, Springer Verlag: 5/6, 2007, S. 836-850

**Kamtsiuris, P./Schlack, R.:** Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter. In: Kurth, B.-M.: Informationen für Teilnehmer der KIGGS-Studie. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. Jhg.49. 2006, S. 1231-1232

**Kellnhauser, E.:** Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung. Thieme Verlag: Stuttgart 2000

**Kindergesundheitsbericht Duisburg:** Kindergesundheit in Duisburg. Kindergesundheitsbericht 2007

**Kinder-Richtlinie:** Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahr („Kinder-Richtlinie“) 2005

**Klocke, A./Hurrelmann, K.:** Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen (2.Auflage). Westdeutscher Verlag: Wiesbaden 2001



**Kurth, B.-M./Bermann, D.E./Dippelhofer, A./Hölling, H./Kamtsiuris, P./Thefeld, W.:** Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Springer Verlag: 11/2002, S. 852-858

**Kurth, B.-M./Schaffrath Rosario, R.:** Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 5/6, Springer Medizin Verlag: 2007, S. 736-743

**Kurth, B.-M.:** Informationen für Teilnehmer der KIGGS-Studie. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. Jhg.49. 2006, S. 1225–1232

**Laaser, U./Hurrelmann, K./Wolters, P.:** Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Weinheim/Basel: Beltz 1993

**Langness, A.:** Prävention bei sozial benachteiligten Kindern. Eine Studie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Hans Huber: Bern 2007

**Lannon, C./Brack, V./Stuart, J./Caplow, M./McNeill, A./Bordley, C./Margolis, P.:** What mothers say about why poor children fall behind on immunizations: a summary of focus groups in North Carolina. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 149, 1995, pp. 1070-1075

**Lehmann, H.:** Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz (45) 2002, S. 941-942

**Lienert, G. A.:** Testaufbau und Analyse. 3. Auflage. Beltz :Weinheim Berlin Basel 1969



**LGL:** Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2004/2005. Statistisch-epidemiologischer Bericht. 2006

**Lohaus, A./Ball,J.:** Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Kindern und ihre Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hamburg Münchener Krankenkasse (Hrsg.): Präventionsstrategien für eine gesunde Kindheit. Eine Standortbestimmung. Grindeldruck: Hamburg 2003, S. 48-69

**Lorenz, R.:** Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Krankenwissenschaftler. Ernst Reinhardt Verlag: München/Basel 2004

**Luber, E./Geene, R. (Hrsg.):** Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Mabuse Verlag: Frankfurt a.M. 2004

**Lutz, M.E.:** The effects of family structure and regular places of care on preventive health care for children. Health Values 14 (1), 1990, pp. 38-45

**Margolis, P.A./Carey, T./Lannon, C.M./Earp, J.A.L./Leininger, L.:** The Rest of the Access -To-Care Puzzle - Addressing Structural and Personal Barriers to Health-Care for Socially Disadvantaged-Children. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 149, 1995, pp. 541-545

**Marstedt, G./Müller, R. (Hrsg.):** Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften. Wirtschaftsverlag NW: Bremerhaven 1998

**Martens, J.:** Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Managementwissen für Studium und Praxis. Oldenbourg: München 1999

**Mersmann, H.:** Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.): Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Expertentagung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: 1998

**Meurer, A./Siegrist, J.:** Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.): Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Köln: 2005

**Meyer-Nürnberg, M.:** Gesundheit von Kindern. Eine Sichtung regionaler und lokaler Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsbl.-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 45, 2002, S. 859-865

**Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.):** Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa: Weinheim/München 2001

**Mielck, A./Satzinger, W./Apelt, P.:** Zufriedenheit der ambulant-ärztlichen Versorgung: Unterschiede nach Schulbildung in Görlitz. Soz. Präventivmed. 38, 1996, S. 142-147

**Mielck, A.:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Hans Huber Verlag: Bern 2005

**Mielck, A.:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Hans Huber: Bern Göttingen, Toronto, Seattle 2000

**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.):** Einschüler in Brandenburg. Soziale Lage und Gesundheit 1999



**Murza, G./Hurrelmann, K. (Hrsg.):** Regionale Gesundheitsberichterung: Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Juventa Verlag: Weinheim, München 1999

**MV-Schlagzeilen:** Nachrichten aus Mecklenburg Vorpommern. Betreuungsquoten der Kinderbetreuung 2007 Url: <http://www.mvschlagzeilen.de/betreuungsquoten-der-kinderbetreuung-2007/1447/> 2008 (Stand: 09.01.2008)

**Navarro-Rubio, M.D./Jovell, A.J./Schor, E.L.:** Socioeconomic status and preventive health-care use by children in Spain. American Journal of Preventive Medicine, 11, 1995, pp. 256-262

**ÖGD MV:** Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern. Das Innenministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.). Fassung vom 19. Juli 1994

**Pinquart, M./Silbereisen, R.K.:** Prävention und Gesundheitsförderung im Jungendalter. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber: Bern et al. 2004, S. 63-72

**Quintessenz:** Datenauswertung.

Url: <http://www.quint-essenz.ch/de/management/topics/3301.html> (Stand: 13.05.08)

**Quintessenz:** Maßnahme. Url: [www.quintessenz.ch/de](http://www.quintessenz.ch/de) (Stand 20. 02.2008)

**Raithel, J.:** Qualitative Forschung. Ein Praxiskurs. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden 2006

**Ravens-Sieberer, U./Thomas, C.:** Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin. Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie 2002 im Auftrag der WHO. Robert Koch-Institut: Berlin 2003



**Rieser, S.:** EU-Projekt „Gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren“. Erfolg durch Ideenklau. Deutsches Ärzteblatt. Heft 9, 2007, S. 533

**Riley, A.W./Finney, J.W./Mellitis, E.D./Starfield, B./Kidwell, S./Quaskey, S./Cataldo, M.F./Filipp, L./Shematek, J.P.:** Determinants of children's health care use: an investigation of psychosocial factors. Medical Care, 1993, 31, pp. 767-783

**Riportella-Muller, R./Selby-Harrington, M.L./ Richardson, L.A./Donat, P.L./ Luchok, K.J./ Quade, D.:** Barriers to the use of preventive health care services for children. Public Health Reports, 111, 1996, pp. 71-77

**RKI: Robert Koch-Institut (Hrsg.):** Armut bei Kindern und Jugendlichen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 03: Berlin 2001

**RKI: Robert Koch-Institut (Hrsg.):** Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung Berlin 2005

**RKI: Robert-Koch-Institut (Hrsg.):** Erste Ergebnisse der KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2006

**RKI: Robert-Koch-Institut (Hrsg.):** Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2004

**Roberts, R.N.:** Stating the obvious: Why do we care about access to health care? Journal of Early Intervention, 25 (1), 2002, pp. 12-14

**Rosenbrock, R.:** Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung. In: Luber, E./Geene, R. (Hrsg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Mabuse Verlag: Frankfurt a.M. 2004

**Ruckstuhl, B./Kolip, P./Gutzwiller, F.:** Qualitätsparameter in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Köln 2001, S. 38 – 50

**Rumpelstin, C./Steinbach, E.:** Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern wird zur Pflicht. Akademie des öffentlichen Gesundheitswesens in Dresden: Blickpunkt öffentliche Gesundheit, 23, 2/2007, S. 1-2

**Saxena, S./Eliahoo, J./Majeed, A.:** Socioeconomic and ethnic group differences in self reported health status and use of health services by children and young people in England: cross sectional study. British Medical Journal. 2002, pp. 325, 520

**Scheuch, E.K./Rüschemeyer, D.:** Scaling Social Status in Western Germany. British Journal of Sociology 11: 1960, p. 151-168

**Schindler-Marlow, S.:** Bedenkliche Befunde. Erste repräsentative Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland – Gesundheitszustand sozial Benachteiligter ist schlechter. Rheinheissisches Ärzteblatt. 12/2006, S. 20

**Schindler-Marlow, S.:** Kindergesundheit - ein fairer Start für alle. Deutscher Ärztetag fordert verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen von Kindern in Kindergärten und Schulen. Rheinisches Ärzteblatt 6/2007, S. 15

**Schirm, H.:** Eine Aktion der BZgA zur Früherkennungsuntersuchung. Ich geh zur U, und Du? Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hrsg.): Blickpunkt öffentliche Gesundheit. 21. Jahrgang. Düsseldorf 2/2005, S. 7

**Schnell, R./Hill, P./Esser, E.:** Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. Auflage. Oldenbourg: München Wien 1999



**Schönstein, K. L.:** Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Peter Salbo Fachverlag: Schwabenheim a. d. Selz 2003, S.73 -78.

**Schubert, R./Horch, K.:** In: Robert-Koch-Institut [RKI]: Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung.

**Schubert, R.:** Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern während der Einschulungsuntersuchung am Beispiel Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen. In: Murza, G./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung: Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Juventa Verlag: Weinheim, München 1996, S. 122-137

**Siegrist, J.:** Medizinische Soziologie. Verlag Urban und Schwarzenberg: München 1995

**Sozialgesetzbuch:** 32. Auflage. Deutscher Taschenbuchverlag 2005

**Sozialministerium MV [Hrsg.]:** Gesundheitsberichterstattung des Landes Mecklenburg Vorpommern. Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche in Mecklenburg Vorpommern 2006

**Sozialministerium MV [Hrsg.]:** Kurzfassung des Gesundheitsberichtes Mecklenburg Vorpommern 2003/2002. Sozialministerium MV 2004

**Stark, W.:** Empowerment. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Peter Salbo Fachverlag: Schwabenheim a. d. Selz 2003, S.28-31

**Statistisches Amt Mecklenburg Vorpommern:** Presseinformation. Mecklenburg Vorpommern verlor 2006 weitere 13.512 Einwohner. Url: <http://www.statistik-mv.de/doku/presse/BEVOELKERUNG-2007-06-08.pdf> (Stand 06.09.2007) 2007b

**Statistisches Amt Mecklenburg Vorpommern:** Presseinformation: Die Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns sind im Durchschnitt 43,8 Jahre alt. Url: <http://www.statistik-mv.de/doku/presse/BEVOELKERUNG-2007-09-05.pdf> (Stand: 5.9.2007) 2007a

**Statistisches Amt Mecklenburg Vorpommern:** Statistische Berichte. Bevölkerungsstand. Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Mecklenburg-Vorpommern 2005. Teil 1 - Kreisergebnisse. Schwerin 2006

**Statistisches Amt Mecklenburg Vorpommern:** Statistisches Jahrbuch 2007. Schwerin 2007

**Statistisches Bundesamt (Destatis):** Pressekonferenz „Familien in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2006“ Berlin 2007 (Stand 28.11.2007)

**Stolpe, S.:** Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand.

**Stöver, H.:** Gesundheitsförderung - Verbrauchertips – Beratungswissen – Praxishilfen. Juventa Verlag: Frankfurt am Main 2000

**Strang, H. et al.:** Mentale Schritte zur körperlichen Fitness bei Übergewicht. In Geene, R./Luber, E./Engelmann, F. (Hrsg.): Gesunde Lebenswelten für Kinder und Eltern – Chancengleichheit durch Gesundheitsförderung. Armut und Gesundheit. Netzwerke und Strukturen für gesunde Lebenswelten. Themenheft 1. Gesundheit Berlin e.V.: Berlin 2005



**Strassburg, H.-M.:** Einführung. In: Strassburg, H.-M./Dacheneder, W./Kreß, W. (Hrsg.): Entwicklungsstörungen bei Kindern. 2. Auflage. Urban und Fischer Verlag: München/Jena 2000, S. 1-30

**Suter, E./Hawes, M. R.:** Relationship of physical activity, body fat, diet and blood lipid profile in youths 10-15 years. In: Med Sci Sports Exerc 25/1992, S. 748-754

**Taloy, J.A./Davis, R. L./Kemper, K. J.:** Health care utilization and health status in high-risk children randomized to receive group or individual well child care. Pediatrics 100, E1, 1997

**Toutenburg, H./Fieger, A./Kastner, C.:** Deskriptive Statistik. Mit Übungsaufgaben und Beispielen mit SPSS für Windows. Prentice Hall: München et al. 1998

**Troschke, J.:** Gesundheitsförderung und Prävention als zentrale Handlungsfelder von New Public Health, Public Health Forum (14), 46, 1996

**Unbewegte Kinder - Bundesweite Studie. Forschung und Wissenschaft:** Unikath3, Karlsruhe 2002, S.8-9

**Weidtman, V.:** Das Früherkennungsprogramm für Kinder in der Bundesrepublik Deutschland. Sozial- und Präventivmedizin, 30, 1985, S. 322-329

**Weißling, A.:** Die Schuleingangsuntersuchung: Perspektiven für eine Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheitsförderung in Schulen und Gemeinden. Gesundheitswesen 62. Georg Thieme Verlag: Stuttgart/New York 2000

**WHO: Weltgesundheitsorganisation:** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf 1986

**Wikipedia:** Absolute Häufigkeit.

Url: [http://de.wikipedia.org/wiki/Absolute\\_H%C3%A4ufigkeit](http://de.wikipedia.org/wiki/Absolute_H%C3%A4ufigkeit) (Stand: 28.06.05).



**Wikipedia:** Datenerhebung. Url: <http://de.wikipedia.org/wiki/Datenerhebung> (Stand 15.09.07)

**Wikipedia:** Deskriptive Statistik.

Url: [http://de.wikipedia.org/wiki/Deskriptive\\_Statistik](http://de.wikipedia.org/wiki/Deskriptive_Statistik) (Stand 15.09.07)

**Wikipedia:** Fragebogen. Url: <http://de.wikipedia.org/wiki/Fragebogen> (Stand: 10.09.07).

**Wikipedia:** Hypothesen. Url: <http://de.wikipedia.org/wiki/Hypothesen> (Stand. 15.09.07)

**Winkler, J.** Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: Ahrens, W./Bellach, B.-M./Jöckel, K.-H. (Hrsg.) Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI-Schriften 1/98: 1998

**Wirth, W.:** Inanspruchnahme sozialer Dienste –Bedingungen und Barrieren. Campus Verlag: Frankfurt 1982

**Witschi, A./Junker,C./Minder,C.E.:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB 1992/93. Interner Bericht. ISPM-Bern: Bern 2000

**Zimmer, R./Volkamer, M.:** Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder. Manual Belz: Weinheim 1987

**Zimmer, R.:** Es kommt das ganze Kind - nicht nur der Kopf. Bewegung ist Bildung. Kindergarten heute. Zeitschrift für Erziehung. Verlag Herder 3/2003, S.27-33



---

## Anhang

---

**Projekt: Ich geh zur U! Und Du?****Einrichtung:**.....**Gruppe:**.....

Nr.	Alter des Kindes	Geschlecht des Kindes	Heft vorgelegt	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences  
Fachbereich Gesundheit und Pflege

## Gesamtbeurteilung der Aktion „Ich geh‘ zur U! Und Du?“

### Erläuterungen zum Fragebogen:

Dieser Fragebogen wurde anlässlich der Ergebnisse der BZgA-Aktion „Ich geh‘ zur U! Und Du?“ in Neubrandenburg entwickelt und richtet sich an alle Kitaleiter/-innen und Erzieher/-innen.

Die Ergebnisse belegen, dass mit der Aktion zwar ein großer Teil, aber leider nicht alle Kinder erreicht werden konnten. Trotz Ihres hohen Engagements haben es einige Eltern versäumt das Untersuchungsheft ihres Kindes vorzulegen bzw. an den anstehenden Früherkennungsuntersuchungen mit ihrem Kind teilzunehmen.

Mit Hilfe dieses Fragebogens möchten wir erfahren, inwiefern aus Ihrer Sicht die Aktion dennoch zur Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen beitragen konnte.

Gleichzeitig möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, uns Schwierigkeiten und Probleme bei der Durchführung der Aktion mitzuteilen.

Auf Basis der Ergebnisse könnten Handlungsalternativen abgeleitet werden, damit bei einer Fortführung der Aktion noch bessere Ergebnisse erzielt werden können.

Die Beantwortung des Fragebogens wird nur einige Minuten in Anspruch nehmen. Bitte füllen Sie diesen spätestens bis zum 18.03.2008 aus. Am Tag darauf wird ein(e) Mitarbeiter/-in des Gesundheitsamtes Neubrandenburg die Fragebögen in Ihrer Einrichtung einsammeln.

**! Ihre Angaben werden anonym und selbstverständlich vertraulich behandelt !**



Gesamtbeurteilung der Aktion



1. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Aktion?

sehr  
zufrieden  
☐

eher  
zufrieden  
☐

eher  
unzufrieden  
☐

sehr  
unzufrieden  
☐

2. Im Rahmen der Aktion sollten Eltern über Plakate und Infoflyer motiviert werden, die anstehenden Früherkennungsuntersuchungen durchzuführen. Geben Sie eine Einschätzung, inwieweit die Plakate und Infoflyer die folgenden Ansprüche erfüllen konnten! Kreuzen Sie bitte nur eine Antwortmöglichkeit je Unterpunkt an.

Bitte kreuzen Sie je Zeile nur ein Kästchen an.

Wie beurteilen Sie die Beschreibungen zur Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen in den Flyern und Plakaten?

sehr gut  
☐

gut  
☐

weniger gut  
☐

gar nicht gut  
☐

Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Flyer und Plakate?

☐

☐

☐

☐

Inwiefern motivieren die Flyer und Plakate zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen?

☐

☐

☐

☐

3. Kinder, die im Rahmen der Aktion an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben, bekamen zur Belohnung ein entsprechendes U-T-Shirt! Inwieweit haben die T-Shirts einen Anreiz zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen gegeben?

sehr gut  
☐

gut  
☐

weniger gut  
☐

gar nicht gut  
☐

## Gesamtbeurteilung der Aktion



4. Die Aktion „Ich geh zur U! Und Du?“ setzt sich zum Ziel, die Inanspruchnahme an den Früherkennungsuntersuchungen insbesondere der U7 bis U9 zu steigern. Geben Sie eine Einschätzung, inwieweit die Aktion die folgenden Ansprüche erfüllen konnte! Kreuzen Sie bitte nur eine Antwortmöglichkeit je Unterpunkt an.

Bitte kreuzen Sie je Zeile nur **ein** Kästchen an.

	sehr gut	gut	weniger gut	gar nicht gut
Inwieweit wurden Eltern für die Bedeutung und den Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen sensibilisiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inwieweit konnten Eltern zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen motiviert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Inwieweit konnten Eltern erreicht werden, die vor Beginn der Aktion die Früherkennungsuntersuchungen nicht kontinuierlich wahrgenommen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Inwieweit konnten Eltern aus sozial schwachen Verhältnissen dazu motiviert werden die Früherkennungsuntersuchungen mit ihrem Kind in Anspruch zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Die Effektivität der Aktion ist vor allem von der Mitwirkung der Eltern abhängig. Wie wurde aus Ihrer Sicht die Aktion von den Eltern angenommen?

sehr gut	gut	weniger gut	gar nicht gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtbeurteilung der Aktion



6. Welche der folgenden Gründe haben aus Ihrer Sicht dazu beigetragen, dass Eltern durch die Aktion nicht erreicht wurden? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Desinteresse der Eltern an der Aktion
- ☐ Nichtvorlage des Untersuchungsheftes
- ☐ Angst vor Kontrolle durch Erzieher
- ☐ Angst vor Ermahnungen aufgrund fehlender Untersuchungen
- ☐ unzureichende Informationen über Inhalte und Nutzen der Aktion seitens der Eltern
- ☐ sonstige: .....

7. Welche Schwierigkeiten und Probleme hatten Sie bei der Durchführung der Aktion? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ unzureichende Informationen über die Inhalte der Aktion
- ☐ Schwierigkeiten die Eltern zu erreichen und zu überzeugen
- ☐ Angst vor Eingriff in die Intimsphäre der Eltern
- ☐ Zeitmangel
- ☐ organisatorische Probleme
- ☐ fehlende Überzeugung vom Nutzen der Aktion
- ☐ sonstige: .....

8. Haben Sie weitere Anmerkungen und Anregungen zur Aktion „Ich geh´ zur U! Und Du?“?

---

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

© Enrica Hinz



Stadt Neubrandenburg  
DER OBERBÜRGERMEISTER  
GESUNDHEITSAMT



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences  
Fachbereich Gesundheit und Pflege



## Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter

### Erläuterungen zum Fragebogen:

Dieser Fragebogen wurde anlässlich der BZgA-Aktion „Ich geh' zur U! Und Du?“ entwickelt.

Das Ziel dieser Befragung ist es zu erfahren, welche Bedeutung aus Ihrer Sicht die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter hat.

Zudem sollen mögliche Gründe dafür gefunden werden, warum Eltern einzelne Früherkennungsuntersuchungstermine mit ihrem Kind nicht wahrnehmen können.

Auf Basis der Ergebnisse könnten Handlungsalternativen abgeleitet werden, um die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U7 bis U9 zu erhöhen.

Die Beantwortung des Fragebogens wird nur einige Minuten in Anspruch nehmen.

**! Ihre Angaben werden anonym und selbstverständlich vertraulich behandelt !**



Fragen zum Inanspruchnahmeverhalten von Früherkennungsuntersuchungen



© BZgA

	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	unwichtig
1. Wie wichtig finden Sie die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen für Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Was spricht dafür, an einer solchen Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen?

---



---



---



---

	ja	nein
3. Wussten Sie bereits vor der Aktion „Ich geh' zur U! Und DU?“, dass die wichtigsten Impfungen bei den Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
4. Wussten Sie, dass die Kosten aller Früherkennungsuntersuchungen die Krankenkasse oder das Sozialamt trägt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
5. Konnte Ihr Kind an allen bisher vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen? Zur Erinnerung können Sie im gelben Vorsorgeheft Ihres Kindes nachsehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> die folgende(n) nicht -----

## Fragen zum Inanspruchnahmeverhalten von Früherkennungsuntersuchungen



6. In dieser Frage geht es darum, mögliche Gründe dafür zu finden, warum Eltern an einer Früherkennungsuntersuchung nicht teilnehmen bzw. nicht teilnehmen konnten. Inwieweit treffen Ihrer Meinung nach die folgenden Gründe dafür zu, dass Eltern eine Früherkennungsuntersuchung nicht wahrnehmen? Kreuzen Sie bitte nur eine Antwortmöglichkeit je Unterpunkt an.

Bitte kreuzen Sie je Zeile nur **ein** Kästchen an.

	trifft völlig zu	trifft zu	trifft weniger zu	trifft gar nicht zu
unzureichende Informationen über die Bedeutung von Früherkennungsuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unzureichende Informationen über die Bedeutung von Impfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsicherheit im Umgang mit Personen und Institutionen des Medizinsystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fehlendes Vertrauen zum behandelnden Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst und Scham den Ärzten gegenüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständigungsprobleme zwischen dem behandelnden Arzt und den Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fehlende Information, in welchem Alter welche Früherkennungsuntersuchung erfolgen sollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versäumnis eines Untersuchungstermins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergessen, dass eine Untersuchung ansteht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Planen der Termine für Früherkennungsuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu lange Wartezeiten beim Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weite Entfernung zum behandelnden Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Beaufsichtigung für Geschwisterkinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust der Untersuchungshefte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Fragen zum Inanspruchnahmeverhalten von Früherkennungsuntersuchungen



7. Welche Gründe könnte es zusätzlich zu den bereits genannten noch geben?

---



---



---



---



---

8. Was halten Sie von der Möglichkeit, durch Ihren Arzt, ihre Kita oder durch andere Institutionen an die anstehenden Früherkennungsuntersuchungen erinnert zu werden?

sehr gut

gut

weniger gut

gar nicht gut

☐
☐
☐
☐

9. Wie beurteilen Sie die Einführung einer gesetzlichen Pflicht zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter?

sehr gut

gut

weniger gut

gar nicht gut

☐
☐
☐
☐

10. Haben Sie weitere Anmerkungen und Anregungen zur Erhöhung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter?

---



---



---



---



---



---



Fragen zur Person



Bitte beantworten Sie die Fragen mit Hilfe der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.

Wer beantwortete den Fragebogen? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere Bezugsperson

Bitte geben Sie Ihr Alter an \_\_\_\_\_

Schulabschluss ☐ (noch) keinen ☐ Hauptschulabschluss (9. Klasse) ☐ mittlere Reife (10. Klasse)  
☐ Fachabitur/Fachhochschulreife/Allgemeine Hochschulreife (Abitur)

Ausbildung ☐ (noch) keine ☐ Lehre/Ausbildung ☐ Universität/Fachhochschule  
☐ sonstige: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsverhältnis ☐ erwerbstätig ☐ nicht erwerbstätig

Nationalität ☐ deutsch ☐ andere

Geschlecht Ihres Kindes ☐ männlich ☐ weiblich

Anzahl Ihrer Kinder insgesamt ☐ 1 Kind ☐ 2 Kinder ☐ mehr als 2 Kinder

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

© Enrica Hinz



### **Absolute Häufigkeit**

Die absolute Häufigkeit ist ein Maß der deskriptiven Statistik. Sie gibt an, wie viele Merkmalsträger zu einer bestimmten Merkmalsausprägung in einem Datensatz existieren. Somit hängt sie vom Umfang des betrachteten Datensatzes ab (Wikipedia – Absolute Häufigkeit 2005, Url.).

### **Befragung**

Die Befragung ist ein sozialwissenschaftliches Verfahren zur Erhebung von Daten (vgl. Dreier 1994, S. 11).

### **Beobachtete Häufigkeit**

Die beobachtete Häufigkeit gibt an, wie oft ein bestimmtes Merkmal in der Befragung aufgetreten ist (vgl. Martens 1999, S. 93).

### **Chi-Quadrat**

Der Chi-Quadrat-Test wird zur Überprüfung von Häufigkeitsverteilungen eingesetzt, also bei Variablen mit nominalem bzw. ordinalem Skalenniveau. Bei diesem erfolgt ein Vergleich von beobachteten und erwarteten Häufigkeiten, wobei die erwarteten Häufigkeiten die jeweils geprüfte Nullhypothese repräsentieren. Da beim Chi-Quadrat-Test nur Häufigkeiten verglichen werden, ist es bei diesen Tests egal, was als unabhängige und was als abhängige Variable angesehen wird. Für jeden Chi-Quadrat-Wert kann die entsprechende Signifikanz  $p$  abgeleitet werden (vgl. Bortz 1993, S. 148).

### **Datenerhebung**

Als Datenerhebung bezeichnet man den Vorgang der Feststellung bzw. Sammlung von Daten. Dabei ist es unerheblich in welcher Form dies geschieht also z.B. (fern)mündlich, schriftlich oder elektronisch. Die Daten existieren also quasi bereits vorher stehen aber nicht unmittelbar zur Verfügung (vgl. Wikipedia - Datenerhebung 2005, Url.).

**Datenauswertung**

Nur mit Methoden der Datenauswertung ist es möglich, erhobene Daten mit einer Fragestellung (qualitative Forschung) bzw. mit einer zu überprüfenden Hypothese (quantitative Forschung) in Verbindung zu bringen (vgl. Quintessenz – Datenauswertung 2005, Url.)

**Deskriptive Statistik**

Die deskriptive oder beschreibende Statistik ist der Zweig der Statistik, in dem alle Techniken zusammengefasst werden, die eine Menge von beobachteten Daten summarisch darstellen. Von der induktiven Statistik unterscheidet sich die deskriptive Statistik dadurch, dass sie keine Aussagen zu einer über die untersuchten Fälle hinausgehenden Grundgesamtheit macht (vgl. Wikipedia - Definition Deskriptive Statistik 2005, Url.).

**Dokumentation/Datenanalyse**

Grundlegendes Instrument des Qualitätsmanagements. Sammlung von Aufzeichnungen und Daten zum Aufbau eines Dokumentationssystems das sowohl für die Analyse und das Aufzeigen von Qualitätsproblemen nötig ist, als auch als Datengrundlage für die Lösung von Problemen herangezogen werden kann (BZgA 2001, S. 339).

**Entwicklungsstörungen**

Unter dem Begriff „umschriebene Entwicklungsstörungen“ fasst man Leistungsdefizite von Kindern und Jugendliche zusammen, die nicht durch Minderungen der Intelligenz oder durch körperliche und seelische Beeinträchtigungen erklärt werden können. Hierzu zählen Störungen der motorischen Funktionen, Sprachentwicklungsstörungen, Lese-, Rechtschreib- und Rechenschwäche (RKI 2004, S. 127)

**Erwartete Häufigkeit**

Die erwartete Häufigkeit entspricht derjenigen Häufigkeit eines Merkmals, die sich bei Annahme der Unabhängigkeit beider Merkmale ergibt. Sie repräsentiert die jeweils geprüfte Nullhypothese (vgl. Bortz 1993, S. 148)

**Evaluation**

Unter Evaluation versteht man das systematische Sammeln, Analysieren und Bewerten von Informationen über Aktivitäten, Eigenschaften und Ergebnisse von Projekten, Personen und Produkten. Durch Evaluation werden wichtige Kenntnisse über Stärken und Schwächen eines Projektes oder einer Maßnahme gewonnen. Dadurch verbessern sich die Grundlagen für projektbezogene Entscheidungen und wird die Basis für die Erhöhung der Effektivität und Effizienz geschaffen. Es können sowohl Prozesse (Prozessevaluation) als auch Ergebnisse und Wirkungen der Maßnahmen (Ergebnisevaluation) evaluiert werden. Je nach Zweck der Evaluation ist die Anwendung unterschiedlicher Evaluationsformen (Selbst oder Fremdevaluation) und Evaluationstypen (Planungs, Prozess oder Ergebnisevaluation) sinnvoll. Zusammenfassend kann man Evaluation beschreiben als kritische, analytische Interpretation durch systematische Erhebung gewonnener (nicht routinemäßig verfügbarer) Informationen, das Ableiten von Schlussfolgerungen daraus und letztlich die Beurteilung und/oder Bewertung eines Projektes oder einer Maßnahme mit dem Ziel, sie zu verbessern. (vgl. Bundesamt für Gesundheit 1997, S.35)

**Fragebogen**

Ein Fragebogen ist eine spezielle Art von Fragenkatalog, als Instrument der Datenerhebung für eine/mehrere Statistik(en). Meist wird derselbe Fragebogen mehreren Personen vorgelegt und dann statistisch ausgewertet. Man unterscheidet zwischen Papier- und elektronischen Fragebogen (Wikipedia - Fragebogen 2005 , Url.).

**Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter**

Untersuchungen zur möglichst frühzeitigen Erkennung von kindlichen Entwicklungsstörungen oder von Krankheiten bei Kindern und Erwachsenen.

**Frühkindliche Gesundheitsförderung**

Unter dem Begriff frühkindliche Gesundheitsförderung können alle Maßnahmen verstanden werden, dies das Ziel haben, dem Kind eine gesunde Entwicklung und eine Entfaltung seiner Fähigkeiten ermöglichen.



## **Gesundheit**

Nach der Satzung der WHO ist Gesundheit allgemein der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und das für jeden Menschen erreichbare Höchstmaß an Gesundheit eines seiner Grundrechte (vgl. WHO 1986, Ottawa Charta). „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ Die Definition der WHO bezieht psychische und soziale Faktoren von Gesundheit ein und wählt einen positiven Gesundheitsbegriff. Gesundheit ist demnach mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Dennoch wird diese Definition häufig kritisiert. Gesundheit als Zustand völligen Wohlbefindens stellt einen Idealzustand dar, der geradezu utopischen Charakter hat. Der Begriff Wohlbefinden ist außerdem nicht nur an Gesundheit gekoppelt, sondern ebenfalls an Glück oder Lebenszufriedenheit. Die Definition betont die subjektiven Aspekte von Krankheit so stark, dass die objektiven Aspekte nicht genügend Berücksichtigung finden. Trotz subjektiven Wohlbefindens könnte eine Krankheit oder eine gesundheitliche Gefährdung vorliegen (vgl. Becker 1992, 91ff).

## **Gesundheitliche Ungleichheit**

Der Begriff umfasst „alle als ungerecht empfundenen Unterschiede im Gesundheitszustand nach Merkmalen der sozialen Differenzierung“ (Elkeles/Mielck 1993). Gesundheitliche Ungleichheit bezeichnet Unterschiede in Mortalität und Morbidität, die mit den sozioökonomischen Merkmalen zusammenhängen (vgl. Mielck 2000, S. 45).

„Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert verschiedene Ebenen der Ungleichheit, deren gesundheitliche Folgen bekämpft werden sollen:

- die Kluft zwischen besser gestellten und schlechter gestellten sozialen Schichten innerhalb einzelner Gesellschaften, hierbei insbesondere der ungleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung,



- die Kluft zwischen ärmeren und reicheren Ländern sowie als weitere Querschnittsthemen:
- die Chancenungleichheit zwischen den Generationen hinweg, die durch die Verursachung von Umweltrisiken und deren gesundheitliche Folgen bedingt wird,
- die Chancenungleichheit zwischen den Geschlechtern in der gesundheitlichen Versorgung

Für diese Formen der Ungleichheit bedeutet Chancengleichheit die Herstellung gleicher Möglichkeiten, gesund zu sein und gesund zu bleiben, unabhängig vom sozialen Status, nationaler Zugehörigkeit, Ethnie, Generation, Alter und Geschlecht. Einer der wesentlichen Ansätze zur Förderung von Chancengleichheit in der Gesundheit ist der Setting Ansatz (vgl. BZgA 2003).

### **Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Sie zielt darauf, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen (Gesundheitsdeterminanten), zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz und umfasst ausdrücklich sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen (Gesundheitshandeln) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (vgl. Schönstein 2003, S.73ff).

Die erste internationale Fachkonferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, Kanada verabschiedet am 21. November 1986 eine Gesundheitscharta, in der zu einem aktiven Handeln für Gesundheit bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus aufgerufen wird. „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne



ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden“ (WHO 1986, Ottawa Charta).

### **Grundgesamtheit**

In der empirischen Forschung bezeichnet die Grundgesamtheit die Menge aller potentiellen Untersuchungselemente, die ein gemeinsames Merkmal oder eine gemeinsame Merkmalskombination aufweisen. Je nach Art der Merkmale, die die Grundgesamtheit kennzeichnen, können Grundgesamtheiten einen begrenzten oder einen theoretisch unbegrenzten Umfang aufweisen (vgl. Toutenburg et al. 1998, S. 13).

### **Häufigkeit**

Unter einer Häufigkeit versteht man die Anzahl, mit der ein bestimmtes Ergebnis bzw. Ereignis eingetreten ist. Bei der Angabe dieser Häufigkeit unterscheidet man verschiedene Formen: absolute Häufigkeit, relative Häufigkeit, prozentuale Häufigkeit, kumulative Häufigkeit (vgl. Toutenburg et al. 1998, S. 33).

### **Hypothese**

Als eine Hypothese (altgriechisch - die Unterstellung, Voraussetzung, Grundlage) bezeichnet man in der Wissenschaft eine vorläufig durch Beobachtungen oder Überlegungen begründete Annahme oder Vermutung, die zur Erklärung bestimmter Phänomene dient, jedoch noch nicht an der Erfahrung oder im Experiment so eingehend überprüfbar ist, dass sie zur Formulierung einer Theorie ausreichen würde. Eine Hypothese, die sich im Experiment oder an Erfahrungen bewährt hat ("verifizierte" Hypothese), kann zur Theorie oder zum Bestandteil einer Theorie werden. Eine widerlegte Hypothese muss verworfen, modifiziert oder ersetzt werden (Wikipedia - Hypothesen 2005, Url).

**Indikator**

Indikatoren sind Merkmale, deren Größe bzw. Ausprägung messbar oder konkret überprüfbar sind. Ein Indikator dient als Ersatzmaß für die Erhebung von Informationen bzw. die Messung von Phänomenen, die selbst nicht direkt gemessen werden können. Mit Indikatoren lassen sich Veränderungen von Situationen anzeigen. Sie reduzieren vielschichtige Sachverhalte und Problemlagen auf eine konkrete Dimension (Bundesamt für Gesundheit 2001).

**Innovativer Charakter**

In Gesundheitsförderung und Prävention sind diejenigen Projekte und Maßnahmen innovativ, die durch Anwendung neuer Ideen, Techniken und Methoden neuartige Lösungen für bestimmte Probleme und Herausforderungen praktizieren. Angestrebt wird die Umsetzung bisher nicht realisierter Möglichkeiten und damit eine Optimierung der Zielerreichung. Es ist jedoch zu bedenken, dass eine Idee, die an einen Ort zu einem bestimmten Zeitpunkt innovativ ist, anderswo Standard sein kann. Der innovative Charakter von Projekten muss je nach den Rahmenbedingungen unterschiedlich eingeschätzt werden, denn verschiedene Sozialräume verfügen über verschiedene Voraussetzungen. Kontinuierlich arbeitende Projekte oder Regelangebote müssen gegenüber kurzfristigen Projekten, die häufiger mit Innovation assoziiert werden, nicht im Nachteil sein, wenn sie bereit sind, auf gesellschaftliche Entwicklungen zu reagieren und fähig sind, sich zu verändern. Innovation ist somit auch ein Balanceakt im Spannungsfeld von Bewahren und Verändern, zwischen Kreativität und Zuverlässigkeit und zwischen Risikobereitschaft und Qualitätsgewährleistung (vgl. Gesundheit Berlin e.V. 2004, Url.).

**Kreuztabelle**

In Kreuztabellen werden die gemeinsamen Häufigkeitsverteilungen zweier nominal- oder ordinalskalierter dargestellt und ausgewertet. So lassen sich Zusammenhänge zwischen Merkmalen Darstellen und quantifizieren (vgl. Martens 1999, S. 91).



---

**Kriterien**

Etablierte Merkmale (Eigenschaften der Strukturen, der Prozesse, der Ergebnisse) (BZgA 2001, S. 341).

**Kodierung**

Verschlüsselung der Daten. Bezeichnet den Prozess des transformieren der Daten. Das bedeutet, dass die durch eine Befragung erhobenen Merkmalsausprägungen für die technische Auswertung mit dem Computer in eine für ein Computerprogramm interpretierbare Form übersetzt werden (vgl. Martens 1999, S. 26).

**Lebenserwartung**

Die Lebenserwartung ist ein wesentlicher Parameter für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung.

**Maßnahme**

Eine Maßnahme ist eine konkrete Handlung oder ein Set konkreter Handlungen mit festgelegten Terminen und Verantwortlichkeiten, die ergriffen wird, um ein Ziel oder Zwischenziel zu erreichen. Im Gegensatz zu Projekten sind hier in der Regel zeitlich unbefristete Regelangebote gemeint (Quintessenz 2004, Url.).

**Median**

Der Median oder Zentralwert bezeichnet eine Grenze zwischen zwei gleich großen Hälften. Das heißt, in einer der Größe geordneten Datenreihe gehen ihm genauso viele kleinere (oder gleichgroße) Messwerte voran, wie größere (oder gleichgroße) messwerte folgen. Er kann mit dem Mittelwert zusammenfallen, kann aber auch unterschiedlich sein (vgl. Bortz 1993, S.38).

**Modus**

Der Modus (Modalwert) ist derjenige Variablenwert, der am häufigsten vorkommt, bei dem also die Verteilung ihr absolutes Maximum erreicht (vgl. Bortz 1993, S. 37).

**Multiplikatoren/-innen**

Multiplikator/innen in der Gesundheitsförderung sind alle Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich auf Gesundheitsförderung und Prävention bei den Zielgruppen hinwirken (z.B. Familienberater/innen, Lehrer/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen, Gesundheitsförderer/innen, Ärzte/innen usw.). Eine besondere Gruppe hierunter sind Politiker/innen, die Verhältnisse und Strukturen mitbestimmen und damit Gesundheit entscheidend beeinflussen. Projektangebote können sich direkt an Personengruppen wenden, von denen angenommen wird, dass sie einen hohen Multiplikationseffekt haben, wie die oben genannten Berufsgruppen (z.B. Fortbildungsveranstaltungen für Sozialarbeiter/innen oder Lehrer/innen zum Thema Suchtprävention). Es kann jedoch auch das Ziel eines Projektes sein, Betroffene, in diesem Fall sozial Benachteiligte, im Laufe der Projektdurchführung zu Multiplikatoren zu machen und in diesem Sinne zu schulen (z.B. „ExUser“ beraten Drogenabhängige; jugendliche Besucher eines Jugendzentrums werden zu „Peers“) (vgl. Gesundheit Berlin e.V. 2004, Url.).

**Nachhaltigkeit**

Nachhaltigkeit in gesundheitsfördernden Projekten besteht dann, wenn die intendierten Wirkungen eines Angebots nach Ablauf desselben weiterhin bestehen bzw. ein Projekt Wirkungen über seine begrenzte Dauer hinaus erzeugt. Eine besondere Bedeutung für die Nachhaltigkeit hat die Kontinuität eines Projektes, d.h. wenn eine dauerhafte Fortführung gesichert und selbsttragende Strukturen entwickelt werden (vgl. Gesundheit Berlin e.V. 2004, Url.)

**Niedrigschwelligkeit**

Niedrigschwellige zielgruppenspezifische Maßnahmen der Gesundheitsprävention und -förderung werden vor dem Erfahrungshintergrund entwickelt, dass traditionelle Angebote sich überwiegend an der Mittelschicht orientieren und besonders gefährdete Gruppen in gesundheitlich benachteiligten sozialen Lagen in der Regel nicht erreichen. Die neu entwickelten Angebote berücksichtigen daher besonders die für Gesundheit bedeutsamen Lebensbedingungen sowie die personalen und sozialen Ressourcen der angesprochenen Gruppen. Bewährt hat es sich hierbei, wenn die Maßnahmen -



entsprechend dem Setting-Ansatz - stattfinden, die den Zielgruppen vertraut sind. Dies können Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen oder Vereine sein (vgl. Gesundheit Berlin e.V. 2004, Url.)

**Nominalskala (nominalskaliert)**

Hier gibt es keine natürliche Rangfolge, Unterscheidung der Eigenschaften ist nur nach gleich oder ungleich möglich (Martens 1999, S. 25).

**Nullhypothese**

Ein statistischer Test ist ein Verfahren zur Überprüfung einer Annahme oder Hypothese über die Wahrscheinlichkeitsverteilung einer Zufallsvariable auf der Basis einer Stichprobe. Spricht das Stichprobenergebnis nicht gegen die Annahme, so wird die Hypothese beibehalten; andernfalls wird sie abgelehnt. Werden die Wahrscheinlichkeitsverteilungen vorab in zwei disjunkte Mengen aufgeteilt, so wird die Menge, welche die Annahme repräsentiert, als Nullhypothese bezeichnet und die andere als Alternativhypothese. Die Aufgabe, zwischen Null- und Alternativhypothese zu entscheiden, wird als Testproblem bezeichnet (vgl. Bortz 1993, S. 107).

**Objektivität**

„Unter Objektivität eines Testes verstehen wir den Grad, in dem die Ergebnisse eines Testes unabhängig vom Untersucher sind. Ein Test wäre demnach vollkommen objektiv, wenn verschiedene Untersucher bei demselben Pbn (Probanden) zu gleichen Ergebnissen gelangten“ (Lienert, 1969, S.13). Ebenso wie bei der Reliabilität und der Validität werden bei der Objektivität verschiedene Aspekte unterschieden:

1. Durchführungsobjektivität
2. Auswertungsobjektivität
3. Interpretationsobjektivität (vgl. ebd., S.13f).

**Ordinalskala (ordinalskaliert)**

Bei einer Ordinalskala drücken die Zahlen eine Rangfolge aus, aber sie sagen nichts über die Relationen der der Rangfolge zugrunde liegenden Eigenschaften (Martens 1999, S. 25).

**Partizipation**

Partizipation in der Gesundheitsförderung kann unterschiedliche Ausprägungen annehmen. Je nach Art des Projektes bzw. des Angebotes, der Zusammensetzung und Motivation der Zielgruppen, als auch bezüglich des Umfanges des Projektes können unterschiedliche Beteiligungsformen förderlich und notwendig oder auch überfordernd und hemmend sein. Partizipation umfasst die Formulierung von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen, die Beteiligung an Regelerstellungen sowie die aktive Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluierung der Angebote. Wenn die Fähigkeiten der Zielgruppe für die Durchführung von Entscheidungsfindungsprozessen nicht ausreichend sind, sollten die notwendigen Kompetenzen geschult werden, um darauf aufbauend auch zu einer Beteiligung der Zielgruppe zu gelangen. Partizipation kann erreicht werden durch:

- Förderung von Wahrnehmung persönlicher Kompetenzen/Stärkung des Selbstwertgefühls,
  - Förderung von Eigeninitiative,
  - Förderung von Lernbereitschaft,
  - Förderung der Gruppenfähigkeit,
  - Aktivierung zur Äußerung von Wünschen und Bedürfnissen und
  - Förderung des Verantwortungsgefühls (siehe Empowerment, Settingansatz)
- (vgl. Stark 2003, S. 170-172)

**Prävalenz**

Anteil der zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer Krankheit erkrankten Menschen, bezogen auf die Gesamtbevölkerung (BZgA 1999, S. 19)

**Prävention**

Prävention ist die Verhütung von Krankheiten durch vorbeugende Maßnahmen zur Ausschaltung von Krankheitsursachen und -risiken, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit. In der Regel wird unterschieden zwischen Primär, Sekundär und Tertiärprävention:



- Primärprävention trägt durch Ressourcenstärkung und Belastungssenkung zur Verhinderung von Krankheit bei.
- Sekundärprävention zielt darauf ab, durch Früherkennung und adäquate Frühbehandlung in den Entstehungsprozess einer Krankheit einzugreifen und damit den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen.
- Durch Tertiärprävention soll bei Kranken Rückfälle und Chronifizierung verhindert werden (vgl. BZgA 2003; Troschke 1996; Rosenbrock 2004).

### **qualitative Sozialforschung**

Die quantitative Sozialforschung ist eine Vorgehensweise in der empirischen Sozialforschung, die sich quantitativer Verfahrensweisen zur Messung sozialer Tatbestände bedient. Diese beziehen sich auf die Bereiche Stichprobenauswahl, Datenerhebung und -verarbeitung sowie Datenanalyse (Internet Lexikon - qualitative Sozialforschung 2005, Url.).

### **Qualität**

Qualität im Gesundheitswesen bezeichnet das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen (Rosenbrock 2004, S. 17f).

In der Qualitätsdiskussion wird nach Donabedian (1966) unterschieden zwischen:

1. Strukturqualität: Ausstattung eines Projektes oder Leistungserbringers mit Finanzmitteln, Räumen, Arbeitsmitteln, Mitarbeitern etc.
2. Prozessqualität: die Art und Weise der Projektdurchführung oder Leistungserbringung
3. Ergebnisqualität: die erreichten Effekte eines Projektes oder einer Maßnahme (vgl. BZgA 2003, S. 193).

### **Reliabilität**

„Unter der Reliabilität eines Testes versteht man den Grad der Genauigkeit, mit dem er ein bestimmtes Persönlichkeits- oder Verhaltensmerkmal mißt, gleichgültig, ob er dieses Merkmal auch zu messen beansprucht“ (Lienert 1969, S.14). Es geht um die



Überprüfung, ob bei einer wiederholten Messung unter gleichen Bedingungen dasselbe Messergebnis herauskommt. Mit der Erstellung eines in sich schlüssigen Fragebogens innerhalb der Item-Analyse ist bereits weitgehend sichergestellt, dass einer der wichtigsten Schritte zur Bestimmung der Reliabilität eines Verfahrens erfolgreich abgeschlossen ist. Die Schätzung der Reliabilität eines Fragebogens kann durch mehrere unterschiedliche Ansätze vorgenommen werden:

1. Test-Retest-Methode
2. Paralleltestmethode
3. Testhalbierung („splithalf-method“)
4. Interne Konsistenz (vgl. ebd., S.16f).

### **Setting Ansatz**

Die wörtliche Übersetzung für Setting bedeutet Rahmen oder Schauplatz. Ein Setting wird demnach als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. In diesem System können Bedingungen von Gesundheit und Krankheit gestaltet werden (vgl. Grossmann/Scala 1996, S. 100).

Der Setting-Ansatz ist eine Kernstrategie mehrerer WHO-Programme zur Gesundheitsförderung. In der Gesundheitsförderung sind damit die Lebensbereiche gemeint, in denen die Menschen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen und somit deren Gesundheit stark beeinflussen. Der Setting-Ansatz nutzt das Potential, das die einzelnen Lebensbereiche wie Arbeitsplatz, Wohnort, Familie, Schule, Freizeit, etc. auf die Gesundheit haben. Gesundheitsverständnis und –verhalten werden in den Lebensbereichen geprägt und gestärkt. Verhaltensänderungen müssen in den Alltag integriert werden und den jeweiligen Werten und Gewohnheiten entsprechen. Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz versucht demnach, mit Hilfe aller Beteiligten die jeweiligen Gesundheitspotentiale innerhalb eines Lebensbereiches aufzuspüren und zu entwickeln. Durch aktive Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) und deren Erfahrungen sollen Handlungsfähigkeiten für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen gestärkt werden. Gleichzeitig soll die Kooperation innerhalb eines Settings, sowie zwischen verschiedenen Bereichen oder Organisationen ausgebaut werden. (vgl. BZgA 2003:, S 205f)

**Signifikanz**

In der Statistik heißen Unterschiede signifikant (bedeutsam), wenn sie mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit nicht durch Zufall zustande gekommen sind. Die Überprüfung der statistischen Signifikanz geschieht mit Hilfe einer Nullhypothese, die verworfen wird, wenn das zufällige Zustandekommen des Unterschiedes sehr unwahrscheinlich ist. Der Grad der zu überprüfenden Unwahrscheinlichkeit wird vorher festgelegt und mit  $\alpha$  bezeichnet, beispielsweise  $\alpha = 0,05$  für 5% Irrtumswahrscheinlichkeit (Wikipedia - Signifikanz 2005, Url.).

**Stichprobe**

Eine Stichprobe ist eine endliche Teilmenge der Grundgesamtheit, die nach bestimmten Regeln so zu entnehmen ist, dass sie für die Grundgesamtheit repräsentativ ist (vgl. Bortz 1993, S. 28).

**Soziale Benachteiligung**

Soziale Benachteiligung entsteht besonders dort, wo die Ausgangsbedingungen der persönlichen und sozialen Entwicklung beeinträchtigt sind. Dies führt dazu, dass Personen nicht vollständig an den gesellschaftlichen Prozessen teilhaben. Indikatoren für soziale Benachteiligung sind u.a. niedriges Einkommen, niedriger beruflicher Status, niedrige Schulbildung und schwierige Lebenslagen der Betroffenen. Die Defizite der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen führen zur Benachteiligung ganzer Gruppen, z.B. Milieus mit nur eingeschränkter familiärer Sozialisation, mit schlechten oder mangelnden Sprachkenntnissen und Kulturtechniken und/oder unvollständigen oder fehlenden Qualifikationen in schulischem und beruflichem Kontext.

Soziale Benachteiligung ist abhängig von der gegebenen gesellschaftlichen Situation und den damit verbundenen, individuellen Möglichkeiten. Unter Benachteiligung ist zu verstehen, dass die Chancen von Einzelnen, ein bestimmtes Ziel zu erreichen aufgrund von Faktoren, die sie selbst nicht oder kaum beeinflussen können, stark gemindert werden (vgl. Mielck 2000)

**Soziale Ungleichheit**

Soziale Ungleichheit ist die ungleiche Verteilung von - den in einer Gesellschaft als wertvoll angesehenen - Gütern, der ungleiche Zugang zu erstrebenswerten Positionen und die hieraus resultierenden ungleichen Lebenschancen.

**Validität**

„Die Validität eines Testes gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem dieser Test dasjenige Persönlichkeitsmerkmal oder diejenige Verhaltensweise, das (die) er messen soll oder zu messen vorgibt, tatsächlich mißt“ (Lienert, 1969, S.16). Es geht um den Grad der Gültigkeit der Messung bzw. der Aussagefähigkeit des Testergebnisses bezüglich des zu messenden Merkmals. „Neben Reliabilität ist Validität das zentrale Gütekriterium einer Messung. Ein Instrument ist um so reliabler, je weniger zufällige Fehler die Messung beeinflussen; ein Instrument ist um so valider, je weniger systematische Fehler die Messung beeinflussen“ (Schnell et al., 1999, S.148).

**Validierung (Datenvalidierung)**

Bezeichnet die Sicherstellung, dass die Daten möglichst fehlerfrei sind, d.h., etwaige Fehler bei der Datenerhebung oder bei der Dateneingabe sollten korrigiert werden. Zur Datenvalidierung gibt es verschiedene Überprüfungstechniken (vgl. Toutenburg et al. 1998, S. 28).

**Zielgruppe**

Eine Zielgruppe sind diejenigen Gruppen oder Personen, auf die eine Maßnahme, ein Projekt oder eine Strategie usw. abzielt. Die Projekte und Maßnahmen im Rahmen der Projekt Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ richten sich an zwei unterschiedliche Zielgruppen: Sozial Benachteiligte sind Menschen mit niedrigem Einkommen, niedrigem beruflichen Status, niedriger Schulbildung, Menschen in schwierigen Lebenslagen; sie sind diejenigen, um „deren Gesundheit es geht“ (einschl. ihrer Angehörigen, Freundinnen, Freunde und Bekannte).( *Siehe Soziale Benachteiligung*) (vgl. Gesundheit Berlin e.V. 2004, Url.).



Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solches kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift