

Frühkindliche Gesundheitsförderung im Elternprogramm Chancenreich: Vorstellung der wissenschaftlichen Studie AQuaFam

Axinja Hachfeld

1 Frühkindliche Gesundheitsförderung

In Deutschland ist nahezu jedes sechste Kind übergewichtig (vgl. *Robert-Koch-Institut* 2008), und ebenso wie viele andere Gesundheitsindikatoren folgt Übergewicht einem sozialen Gefälle. Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus leiden häufiger an Gesundheitsproblemen und -störungen und weisen eine höhere Prävalenz verhaltenskorrelierter Risikofaktoren, wie beispielsweise eine schlechtere Ernährung und weniger Bewegung, auf (vgl. *Lampert/Hagen/Heinzmann* 2010). In den letzten Jahren sind verschiedene Gesundheitsförderungsprogramme ins Leben gerufen worden, die bereits im Kindesalter ansetzen. Erschwerend für solche Interventionen ist, dass Gesundheitsprobleme zum einen vielschichtig sind und zum anderen, dass die Grundlagen für späteres Gesundheitsverhalten bereits früh in der Kindheit gelegt und von Eltern an ihre Kinder weitergegeben werden. *Coneus/Spieß* (2012) sprechen hier von einer „intergenerational transmission of health between parents and very young children“ (S. 96). Von besonderem Interesse für Interventionen sind die indirekten Pfade der Weitergabe von Gesundheit durch die elterliche Gesundheitsfürsorge und das Gesundheits- und Erziehungsverhalten. Denn anders als die Gene und das Umfeld, lassen sich diese zumindest theoretisch beeinflussen und bieten somit einen Ansatzpunkt für Interventionen.

In den Fokus sind in den letzten Jahren Eltern neugeborener oder sehr junger Kinder gerückt, u.a. durch das bundesweite Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“, das seit 2007 verschiedene Modellprojekte fördert. Der Fülle an Modellprojekten steht jedoch noch ein Mangel an wissenschaftlicher Begleitforschung gegenüber. Aussagekräftige Daten, wie präventive Ansätze am effektivsten gestaltet werden können, sind daher kaum vorhanden (vgl. *Jungmann/Brand* 2012; *Taubner* u.a. 2013). Eine Herausforderung in diesem Zusammenhang ist die Verbindung der verschiedenen Disziplinen, die im Rahmen des multiprofessionalen Ansatzes der „Frühen Hilfen“ beteiligt sind. Durch den Fokus auf Gesundheitsprobleme (z.B. Frühgeburtlichkeit) nehmen die Medizin und die medizinischen Akteure eine wichtige Stellung ein (beispielsweise im Modellprojekt Familienhebammen). Schwerpunkt der sozialpädagogisch geprägten Ansätze (beispielsweise die Eltern-AG) sind meist die besonderen Herausforderungen bei der Umsetzung der Programme sowie Fragen des Zugangs zu verschiedenen (Risiko-)Gruppen. Die Frühpädagogik kann mit ihrem Wissen über die Bedürfnisse und Entwicklungsprozesse von kleinen Kindern ebenfalls einen wichtigen Bei-

trag leisten. Ziel des vorliegenden Artikels ist es, am Beispiel der Begleitstudie des Projekts Chancenreich diese Ansätze durch Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie zu ergänzen.

Die überwiegende Zahl der Evaluationsstudien bisheriger Maßnahmen sind populationsbeschreibend bzw. umsetzungs- und praxisorientiert (vgl. *Cierpka* 2007; *Kooperationsverbund für „Gesundheitliche Chancengleichheit“* 2013). Theoretisch fundierte Ansätze, begleitet von hypothesenprüfenden Studien, sind dagegen besonders im Bereich der frühen Prävention kaum vertreten (vgl. *Taubner* u.a. 2013). Um jedoch erfolgreiche und vor allem replizierbare Interventionsstudien gestalten zu können, müssen zuerst veränderbare Prädiktoren des gewünschten Verhaltens identifiziert werden (vgl. *Lampard/Jurkowski/Davison* 2013). Hier liegt eine Stärke der Gesundheitspsychologie, von deren langer Forschungstradition in der Erklärung und Vorhersage von Gesundheitsverhalten präventive Ansätze im Bereich früher Hilfen profitieren könnten. Gesundheitspsychologische Modelle berücksichtigen explizit die Einstellungen, Überzeugungen, Werthaltungen und motivationalen Orientierungen der Akteure, die den Grundstock für späteres Gesundheitsverhalten bilden. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass diese beispielsweise als Mediator zwischen soziodemographischem Hintergrund und Gesundheitsverhalten fungieren (vgl. *Ball* u.a. 2009; *Wardle/Steptoe* 2003). Eine einflussreiche Theorie ist die sozial-kognitive Theorie von *Bandura* (1998), die motivationale und selbst-evaluative Komponenten ebenso beinhaltet wie Kompetenzüberzeugungen (z.B. Selbstwirksamkeitserwartungen) und behindernde und fördernde (soziostrukturelle) Faktoren (z.B. soziale Unterstützung). Inwiefern diese Aspekte durch Elternprogramme gestärkt werden können, ist noch zu untersuchen und Fokus der wissenschaftlichen Begleitforschung des Projektes Chancenreich.

2 Das Modellprojekt Chancenreich

Mit dem Projekt Chancenreich hat die Stadt Herford gemeinsam mit der Carina Stiftung ein Angebot zur Unterstützung bei der Pflege und Erziehung ihrer Neugeborenen und Kleinkinder ins Leben gerufen, das sich an alle in Herford lebenden Familien richtet. Unterstützung erhalten die Eltern vor allem durch die Beratung von Familienbesucherinnen, Elterntrainings und lokale Vernetzung.¹

Das Thema Kindergesundheit findet sich *implizit* in allen Modulen von Chancenreich wieder. In den ersten Lebensjahren sind die Eltern für ihre Kinder die Versorgenden und vermitteln gleichzeitig zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems und den Kindern (vgl. *Amen/Clarke* 2001). Im Elternhandbuch, in den Gesprächen mit den geschulten Familienbesucherinnen, den Trainings und im Austausch mit anderen Eltern informieren sie sich über die Entwicklungsschritte, die Ernährung und die Gesundheit ihrer Kinder. Zusätzlich werden die Eltern durch ein Bonusverfahren motiviert, alle empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen mit ihrem Kind wahrzunehmen. Alle Familien, die die vorher festgelegten Module² erfolgreich absolviert haben, erhalten einen Bonus von 500 Euro.

Zum Stichtag 15. November 2013 wurden über 2000 Familien in Herford von den Mitarbeiterinnen des Projekts Chancenreich kontaktiert. Von diesen haben 1252 Familien teilgenommen bzw. möchten teilnehmen. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 29 Monate (Spanne zwischen 6 und 51 Monaten) und die Hälfte der Kinder war weiblich.

Das durchschnittliche Alter der Mütter betrug 30 Jahre ($SD = 6$ Jahre), das der Väter 33 Jahre ($SD = 7$ Jahre). Die jüngste Mutter war 14 Jahre, die älteste Mutter 52 Jahre alt (Spanne der Väter von 17 bis 71 Jahre). 70% der Eltern waren verheiratet, 20% lebten in eheähnlicher Gemeinschaft, nur 8% der Teilnehmenden waren alleinerziehend. Knapp die Hälfte der Mütter (47%) und der Väter (49%) gaben an, einen Migrationshintergrund zu haben. Im Hinblick auf den Bildungsabschluss verfügte ca. die Hälfte der Eltern über eine Lehre bzw. einen Berufsabschluss (Mütter: 46%, Väter: 51%). 22% der Väter und 20% der Mütter hatten einen (Fach-)Hochschulabschluss. Während sich 95% der Mütter in Elternzeit befanden, traf dies nur auf 3% der Väter zu. Letztere waren zu 79% in Vollzeit erwerbstätig. Die Hälfte der Kinder hatte kein Geschwister, 45% hatten ein bis zwei Geschwister.

Während ihrer Besuche dokumentieren die Chancenreich-Familienbesucherinnen u.a. Informationen zum Gesundheitszustand der Mutter und des Kindes sowie zum Wohnumfeld der Familie. Diese Dokumentation ist angelehnt an wissenschaftliche Studien, jedoch kann und darf von den Familienbesucherinnen keine objektive Distanz zu den Familien verlangt werden. Demzufolge handelt es sich auch immer um subjektive Einschätzungen der Familienbesucherinnen (z.B. „Wirkt die Mutter gesundheitlich beeinträchtigt?“). Im Folgenden sollen einige der Gesundheitseinschätzungen für den ersten Familienbesuch deskriptiv beschrieben werden. Nur knapp fünf Prozent der Mütter wurden von den Familienbesucherinnen als gesundheitlich beeinträchtigt eingeschätzt, diese Einschätzung scheint vorrangig durch Probleme in der Schwangerschaft beeinflusst zu sein. Nur vier Prozent der Mütter rauchten während des ersten Besuchs der Familienbesucherin in Gegenwart des Kindes. Der Anteil von Müttern mit möglichen Suchterkrankungen ist mit unter einem Prozent zu vernachlässigen. Während der Schwangerschaft nahmen 99% der Mütter alle Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Die Frühgeburtenrate lag bei 8%. Hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes scheinen die Chancenreich-Teilnehmerinnen somit keiner Risikogruppe anzugehören. Für die genannten Indikatoren lassen sich auch keine Unterschiede zwischen Teilnehmerinnen mit unterschiedlichem Bildungshintergrund finden (Mütter mit Abitur oder einem höheren Bildungsabschluss vs. Mütter mit Realschul- oder Berufsschulabschluss bzw. einem niedrigeren Abschluss). Die Familienhelferinnen schätzten zusätzlich den Zustand der Wohnung und des Kindes ein. Bei diesen Einschätzungen zeigte sich, dass Mütter mit höherem Bildungsabschluss signifikant positiver eingeschätzt werden als Mütter mit niedrigerem Bildungsabschluss. So wurde die Ernährung ($\chi^2(3,1171) = 14,70$, $p < .05$), Pflege ($\chi^2(3,1172) = 10,38$, $p < .05$) und Kleidung ($\chi^2(3,1169) = 11,25$, $p < .05$) von Kindern mit Müttern mit Abitur als positiver oder angemessener eingeschätzt als die von Kindern, deren Mütter einen niedrigeren Bildungsabschluss hatten. Der Zustand der Wohnung wurde besser bewertet ($\chi^2(3,1031) = 8,55$, $p < .05$) und auch die Einschätzung, wie die Mutter mit der Pflege, Ernährung und Erziehung des Kindes zurechtkommt, fiel positiver aus ($\chi^2(3,860) = 13,42$, $p < .05$).

Diese Einschätzungen bieten Hinweise, wo Interventionen wie Chancenreich ansetzen können, lassen jedoch keine Aussagen über die Auswirkungen einer Teilnahme oder mögliche Wirkmechanismen zu. Dafür sind wissenschaftliche Begleitstudien notwendig.

3 Die Wissenschaftliche Studie AQuaFam³

Der theoretische Zugang der wissenschaftlichen Studie AQuaFam („Ansätze zur Erhöhung der familialen Anregungsqualität“) berücksichtigt verschiedene theoretische Modelle der frühkindlichen Entwicklungspsychologie, Pädagogik und der Bildungsforschung. Der vorliegende Beitrag betrachtet die Studie aus gesundheitspsychologischer Perspektive, jedoch ist der Bereich Gesundheitsförderung nur einer der zentralen Zielindikatoren⁴ von AQuaFam.

Verschiedene Autorinnen und Autoren haben darauf hingewiesen, das Wissen über die frühkindliche Entwicklung und gesundheitsförderliches Verhalten nur eine Seite der Medaille ist, die andere ist die Umsetzung bzw. die Motivation zur Umsetzung (vgl. *Liberona/Sandmeir/Walter* 2010). So unterstreicht *Faltenmeier* (1998, in *Liberona/Sandmeir/Walter* 2010), dass gesundheitsförderliches Verhalten im Wesentlichen von den impliziten und expliziten Vorstellungen über Gesundheit beeinflusst wird. In Anlehnung an gesundheitspsychologische Modelle untersucht AQuaFam die sozio-kognitiven und motivationalen Variablen auf Seiten der Eltern. Dadurch sollen veränderbare Korrelate von gesundheitsförderlichem Erziehungsverhalten identifiziert werden, die durch frühpädagogische Interventionen beeinflusst werden können.

4 Studiendesign AQuaFam

Stichprobe: Die Studie ist querschnittlich angelegt und mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe konzipiert. Die Feldphase begann im November 2013 und soll im Frühjahr 2014 abgeschlossen werden. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen daher noch keine Resultate vor. Für die Interventionsgruppe sollen 240 Familien mit Kindern im Alter zwischen 24 und 48 Monaten rekrutiert werden, die seit der Geburt am Modellprojekt teilnehmen. Als Vergleichsgruppe sollen 80 nicht-teilnehmende Kinder gleichen Alters und ihre Familien interviewt und getestet werden.

Instrumente: Für den Bereich Gesundheit wurde einerseits auf bestehende Skalen zurückgegriffen (z.B. *Bohman/Ghaderi/Rasmussen* 2013), andererseits wurden eigene Skalen in Anlehnung an die sozial-kognitive Theorie von *Bandura* entwickelt. Letzteres war notwendig, da vor allem für die Erfassung des elterlichen Erziehungsverhaltens in Bezug auf Bewegung und Mediennutzung validierte Messinstrumente für den frühkindlichen Bereich bisher fehlen (vgl. *Jago* u.a. 2013; *Trost/McDonald/Cohen* 2013). Neben der wahrgenommenen Wichtigkeit verschiedener Gesundheitsbereiche (Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Förderung körperlicher Aktivität und Bewegung, Ernährung und Einschränkung von Medienkonsum) werden die elterlichen Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug auf die Umsetzung des Gesundheitsverhaltens (Gesundheitsvorsorge, Ernährung und Bewegung sowie Mediennutzung) erfasst. Das Gesundheitsverhalten der Eltern in Bezug auf ihr Kind wird sowohl durch Beobachtungsmerkmale (Umfeld des Kindes, Vorsorgeheft) als auch durch Selbstberichte erfasst. Im Selbstbericht sollen die Eltern angeben, wie häufig ihr Kind in den letzten sieben Tagen außerhalb der in der Kindertagesstätte verbrachten Zeit ein bestimmtes gesundheitsförderliches bzw. -hinderliches Verhalten ausgeübt hat.

5 Ausblick

Interventionsprogramme zur Förderung von Eltern kleiner Kinder bringen vielfältige Herausforderungen mit sich. Die Frage, inwieweit gesundheitsbezogenes Verhalten über sozio-kognitive Faktoren durch solche Ansätze tatsächlich effektiv verändert werden kann, ist dabei nur eine von vielen. Angesichts des sozialen Gefälles von Gesundheitsindikatoren liegt eine weitere Herausforderung im Zugang zu sozial benachteiligten Familien. An dieser Stelle ist das Projekt Chancenreich sehr erfolgreich (vgl. *Wilke* u.a. 2014).

Durch den intensiven und frühen Zugang zu den Familien wird erwartet, dass es Chancenreich gelingt, die Erziehungs- und Gesundheitskompetenz der Eltern zu steigern und über unterschiedliche Zugangswege zu einem gesunden Aufwachsen der Kinder beizutragen. Es ist anzunehmen, dass die Thematisierung der verschiedenen Gesundheitsbereiche in den unterschiedlichen Modulen zu einer erhöhten wahrgenommenen Wichtigkeit in der Interventionsgruppe führt; gleichzeitig sollen durch die Unterstützungsangebote die Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern in Bezug auf ihr eigenes Gesundheitsverhalten gestärkt werden. Der monetäre Bonus gibt einen zusätzlichen Anreiz zur Wahrnehmung aller Vorsorgeuntersuchungen, speziell für sozial schwächere Familien. Zu überprüfen, inwiefern diese Annahmen empirisch bestätigt werden können und ob sich differenzielle Wirkmuster für Familien unterschiedlichen sozialen Hintergrunds zeigen, ist der nächste Schritt der Studie AquaFam. Durch den Fokus auf sozio-kognitive Variablen auf Seiten der Eltern können die Ergebnisse von AquaFam dazu beitragen, veränderbare Korrelate von gesundheitsförderlichem Erziehungsverhalten zu identifizieren, die – anders als der soziale Hintergrund der Familie – durch frühpädagogische Interventionen beeinflusst werden können.

Anmerkungen

- 1 Weitere Module, die im Rahmen des Projekts umgesetzt werden, sind die Bereitstellung eines Elternhandbuchs, die verpflichtende Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, Büchergeschenke für die Kinder, die Unterstützung durch Familienpatinnen und Familienhebammen sowie die Bereitstellung von Treffpunkten für Eltern. Ferner wird ein frühzeitiger Kindergartenbesuch mit spätestens drei Jahren angestrebt.
- 2 Zwei Hausbesuche von Familienbesucherinnen im ersten Lebensjahr, die Teilnahme an allen Vorsorgeuntersuchungen bis zur U7a plus, die abgeschlossene Teilnahme an einem der fünf von Chancenreich empfohlenen Elterntrainings, die Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung und die Anmeldung des Kindes in einer Kindertagesstätte bis zum 3. Lebensjahr.
- 3 Die Studie AquaFam wird von der Carina Stiftung gefördert.
- 4 Weitere sind das Erziehungsverhalten, die bildungsbezogenen Einstellungen und Überzeugungen und der sprachliche und soziale Entwicklungsstand der Kinder.

Literatur

- Amen, M. M./Clarke, V. P.* (2001): The influence of mothers' health beliefs on use of preventive child health care services and mothers' perception of children's health status. *Issues Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, pp. 153-163.
- Ball, K./MacFarlane, A./Crawford, D./Savidge, G./Andrianopoulos, N./Worsley, A.* (2009): Can social cognitive theory constructs explain socio-economic variations in adolescent eating behaviours? A mediation analysis. *Health Education Research*, 24, pp. 496-506. doi: 10.1093/her/cyn048.

- Bandura, A. (1998): Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13, pp. 623-649.
- Bohman, B./Ghaderi, A./Rasmussen, F. (2013): Psychometric properties of a new measure of parental self-efficacy for promoting healthy physical activity and dietary behaviors in children. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, pp. 291-298. doi: 10.1027/1015-5759/a000159.
- Cierpka, M./Stasch, M./Groß, S. (2007): Expertise zum Stand der Frühprävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland. *Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung*, hrsg. von der BZgA, Band 34. – Köln.
- Coneus, K./Spiess, C. K. (2012): The intergenerational transmission of health in early childhood – Evidence from the German socio-economic panel study. *Economics & Human Biology*, 10, pp. 89-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehb.2011.03.002>.
- Jago, R./Edwards, M. J./Urbanski, C. R./Seire, S. J. (2013): General and specific approaches to media parenting: a systematic review of current measures, associations with screen-viewing, and measurement implications. *Child Obesity*, 9 Suppl, pp. 51-72. doi: 10.1089/chi.2013.0031.
- Jungmann, T./Brand, T. (2012): Die besten Absichten zu haben ist notwendig, aber nicht hinreichend – Qualitätsdimensionen in den Frühen Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61, S. 723-737.
- Kooperationsverbund für „Gesundheitliche Chancengleichheit“ (2013): Zur Wirksamkeit (früher) Unterstützungsangebote für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Handreichung, Stand April 2013. Online verfügbar unter: http://www.hage.de/files/13-09-19_wirksamkeit_hessen.pdf, Stand: 22.01.2014.
- Lampard, A. M./Jurkowski, J. M./Davison, K. K. (2013): Social-cognitive predictors of low-income parents' restriction of screen time among preschool-aged children. *Health Education & Behavior*, 40, pp. 526-530. doi: 10.1177/1090198112467800.
- Lampert, T./Hagen, C./Heinzmann, B. (2010): Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung. *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Robert-Koch-Institut. – Berlin.
- Liberona, C./Sandmeir, G./Walter, V. (2010): *Gesundheit beginnt in der Familie – Abschlussbericht*. Evaluation innovativer Praxisprojekte zur Gesundheitsprävention für Kinder aus sozial benachteiligten Familien in großstädtischen Wohnquartieren. – München.
- Robert-Koch-Institut, *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.) (2008): *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. – Berlin.
- Taubner, S./Munder, T./Unger, A./Wolter, S. (2013): Wirksamkeitsstudien zu Frühen Hilfen in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung*, 22, pp. 232-243. doi: 10.1026/0942-5403/a000122.
- Trost, S. G./McDonald, S./Cohen, A. (2013): Measurement of general and specific approaches to physical activity parenting: A systematic review. *Child Obesity*, 9 Suppl, pp. 51-72. doi: 10.1089/chi.2013.0027.
- Wardle, J./Steptoe, A. (2003): Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, pp. 440-443. doi: 10.1136/jech.57.6.440.
- Wilke, F./Hachfeld, A./Höhl, H.-U./Anders, Y. (2014): Welche Familien erreichen Angebote zur Familienbildung? Eine Analyse der Teilnehmenden-Struktur am Beispiel des modularen Projekts Chancenreich.