

SOZIALE ARBEIT IM KONTEXT VON PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG | Erfahrungen mit einer kommunalen Netzwerkstrategie

Laura Kassel; Klaus Fröhlich-Gildhoff

Zusammenfassung | Um gesundheitlicher Ungleichheit zu begegnen, stellen systemübergreifende Vernetzungen und der Settingansatz wesentliche Ansatzpunkte dar. Der Beitrag zeigt am Beispiel des Präventionsnetzwerks Ortenaukreis (PNO), wie eine integrierte kommunale Gesamtstrategie mit Gesundheitsförderung im Setting von Bildungsinstitutionen verbunden werden kann. Es werden die Konzeption des PNO sowie zentrale Ergebnisse der umfassenden Evaluation vorgestellt und Bezüge zur gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit hergestellt.

Abstract | Setting-based approaches and multidisciplinary health promotion networks are substantial key strategies to reduce health inequalities. Using the example of the Prevention Network Ortenaukreis (PNO) the article shows how a comprehensive district-based strategy and health promotion can be combined in educational settings. The concept of PNO is presented as well as the main results of the evaluation with regard to health in social work.

Schlüsselwörter ▶ Gesundheit
▶ Sozialarbeit ▶ Schule ▶ Vernetzung
▶ soziale Ungleichheit ▶ Prävention

1 Gesundheitliche Chancen(un)gleichheit im Aufwachsen | Die statistischen Chancen eines Kindes, gesund aufzuwachsen, sind maßgeblich an den sozialen Status geknüpft. Neben Bildungschancen sind trotz formal gleicher Zugangsbedingungen auch gesundheitliche Chancen sowie Risiken von sozialen und materiellen Ressourcen abhängig (Franzkowiak u.a. 2011, S. 30 f., Robert Koch-Institut 2018).

Die Feststellung gesundheitlicher Chancenungleichheit berührt nach ihrem Selbstverständnis das Zuständigkeitsfeld der Sozialen Arbeit, da die Idee sozialer Gerechtigkeit ein zentrales Element ihrer

grundlegenden Verortung ist (Ziegler; Böllert 2011). Mit den Orientierungspunkten Gesundheit und Krankheit schließt sich eine Reihe von Fragen an. Dazu gehören der Umgang mit aus Krankheit entstehenden sozialen Problemen, die Verhinderung von krankheitsbezogenen sozialen Problemen (Prävention) sowie die Unterstützung und Ermöglichung von Gesundheit (Gesundheitsförderung) (Homfeldt; Gahleitner 2018).

Gesundheitsbezogene Ansatzpunkte ergeben sich für die Soziale Arbeit nicht ausschließlich im Gesundheitswesen. Einem biopsychosozialen Verständnis von Krankheit folgend sind in nahezu allen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit Möglichkeiten zur gesundheitsbezogenen Einflussnahme zu finden. So bietet beispielsweise die Schulsozialarbeit Möglichkeiten gesundheitsrelevanter Interventionen im Bildungssystem oder die Sozialpädagogische Familienhilfe im Jugendhilfebereich (Homfeldt; Gahleitner 2018). Vor dem Hintergrund gesundheitlicher Chancenungleichheit greifen außerdem Maßnahmen zu kurz, die ausschließlich am Verhalten und der individuellen Selbstverantwortung (Verhaltensprävention) ansetzen. Stattdessen sind gemäß der Ottawa-Charta (auch) strukturelle, politische Ansätze gefordert, die Verhältnisse gestalten (Verhältnisprävention) und die Determinanten von Gesundheit verändern können (Altgeld; Kolip 2014, S. 46). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit hat die Aufgabe, ihrem gesellschaftspolitischen Mandat (Staub-Bernasconi 2018) gerecht zu werden, Zusammenhänge aufzuzeigen und gestaltend zu sein.

Eine Alternative zu den häufig stark verhaltensbezogenen Aktivitäten und die Chance, die Verhältnisse, in denen Menschen leben, gesundheitsförderlich auszurichten, stellt der Settingansatz dar. Am Setting anzusetzen, also dort wo Menschen leben, gilt als eine der zentralen Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung und wurde mit dem 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz auch leistungsgerechtlich gestärkt (Hartmann u.a. 2016, Hartung; Rosenbrock 2015). Dabei sind „schlankere“ Interventionen im Setting (beispielsweise die Implementation eines Elterncafés im Setting Bildungsinstitution) grundsätzlich von der umfassenden (Weiter-)Entwicklung zu gesundheitsförderlichen Settings zu unterscheiden. Wird das gesamte Setting adressiert, ist es bedeutsam, alle Ebenen und beteiligten Personen zu berücksichtigen (Fröhlich-Gildhoff; Rönnau-Böse 2018, Fröhlich-Gildhoff; Trojan 2018).

Neben dem Settingansatz gilt „Vermitteln und Vernetzen“ als wichtiges Handlungsprinzip für Prävention und Gesundheitsförderung. Mit dem Aufbau von Kooperationsstrukturen, die Jugendhilfe-, Bildungs- und Gesundheitssystem systematisch und vernetzt einbeziehen, gerät Gesundheit in die Zuständigkeit aller Politik- und Handlungsfelder und wird nicht ausschließlich vom Gesundheitssystem bearbeitet (Health-In-All-Policies). Insbesondere mit Blick auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit wird die Bedeutung systemübergreifender Vernetzung und Zusammenarbeit deutlich. Nur so kann der Komplexität von Lebenslagen und Gesundheitsdeterminanten angemessen begegnet werden (Trojan; Süß 2014, Weyers; Richter 2014).

2 Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis |

Das Praxisforschungsprojekt Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO) folgte der Idee des Settingansatzes, indem es sowohl die Kommune als Dachsetting als auch Bildungseinrichtungen als konkretes Setting der Lebenswelt von Kindern adressierte. Das PNO setzte in der vierjährigen Projektlaufzeit von November 2014 bis Oktober 2018 ein landkreisweites integriertes Gesamtkonzept zur Präventions- und Gesundheitsförderung um. Hierbei wurde es durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Über eine kombinierte Finanzierungsstrategie aus kommunalen Geldern und Mitteln der Sozialversicherungsträger (Präventionsgesetz) konnte eine Verstetigung über die Projektlaufzeit hinaus erreicht werden.

Das PNO war ein gemeinsames Projekt des Ortenaukreises – zuständig für die praktische Umsetzung – und des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung (ZfKJ) im Forschungsverbund FIVE an der Evangelischen Hochschule Freiburg – zuständig für die wissenschaftliche Begleitung. Da das PNO aufgrund der neuartigen Konzeption Modellcharakter hatte, sollen die Ergebnisse der breit angelegten Prozess- und Ergebnisevaluation auch in andere Regionen übertragen werden. Das umfassende Evaluationsdesign und die Ergebnisse sind in einem ausführlichen Abschlussbericht veröffentlicht (Fröhlich-Gildhoff u.a. 2018). In diesem Artikel soll ein Einblick in die Konzeption des Projekts und in zentrale Ergebnisse gegeben werden. Das PNO folgte einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und hatte die Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie der sozialen Teilhabe von Kindern im Alter von drei bis zehn

Jahren zum Ziel. Mit dieser Zielgruppe knüpfte das PNO an das seit Längerem im Landkreis etablierte System der Frühen Hilfen an (Böttinger 2016) und setzte so die Präventionskette bis zum Ende der Grundschulzeit fort.

Das PNO verfolgte ein zweigliedriges, verbundenes Vorgehen aus kommunalem und organisationsbezogenem Settingansatz. Zum einen wurde landkreisweit und in kleineren regionalen Einheiten (Raumschaften) die Vernetzung zwischen relevanten Akteuren und Akteurinnen aus der Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe sowie dem Bildungssystem initiiert und unterstützt; es wurden entsprechende Strukturen aufgebaut. Zum anderen wurden in Bildungseinrichtungen (Kindertageseinrichtung und Grundschule) Organisationsentwicklungsprozesse umgesetzt, die Einrichtungen darin unterstützten, sich zu gesundheitsförderlichen Settings weiterzuentwickeln.

2-1 Das kommunale Setting |

Für die kommunale Umsetzung war der Gedanke der systemübergreifenden Verknüpfung verschiedener Fachbereiche und Ämter, die für das Aufwachsen von Kindern Verantwortung tragen, zentral. Damit wurde der funktionalen Zergliederung kommunaler Versorgungsstrukturen und den ausdifferenzierten Zuständigkeiten begegnet (Schubert 2013). Um eine Vernetzung zu ermöglichen, wurden die Stellen der zentralen (landkreisweit zuständigen) und fünf regionaler Präventionsbeauftragten geschaffen. Diese kooperierten mit den relevanten Akteuren und Akteurinnen und bauten auf verschiedenen Ebenen, zentral und regional, Strukturen für eine Vernetzung auf. Darunter fielen Konferenzen und Runde Tische, bei denen sich Fachkräfte der adressierten Systeme Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe sowie dem Bildungssystem austauschten, aber auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung planten. Außerdem wurden kleinräumige Netzwerke beziehungsweise Netzwerkprojekte aufgebaut, die Vernetzungen zum Beispiel anhand eines fachlichen Themas oder ausgehend von einer Bildungseinrichtung ermöglichten. Die Ergebnisse der Evaluation dieser Umsetzung werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

2-2 Evaluation der kommunalen Umsetzung |

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass ein wesentliches Ziel des PNO in der Projektlaufzeit erreicht werden konnte: Es wurden die Strukturen

zur Koordinierung, Sicherung und Weiterentwicklung einer kommunalen Gesamtstrategie zur Prävention und Gesundheitsförderung für die adressierte Altersgruppe entwickelt und etabliert. Als zentral für das Erreichen dieses Ziels hat sich die hauptamtliche Zuständigkeit der Präventionsbeauftragten für die systemübergreifende Vernetzung gezeigt.

Da es bislang bundesweit wenig Erfahrungen mit diesem spezifischen Tätigkeitsprofil im kommunalen Zusammenhang gab, mussten die Präventionsbeauftragten ihre Rolle und ihr Aufgabenfeld erst finden. Dies ist im Projektverlauf gelungen und die Präventionsbeauftragten fungierten immer stärker als Knotenpunkte (potenzieller) Vernetzung. Ihre Tätigkeit hatte und hat zugehenden Charakter und umfasst häufig die Funktion von Lotsinnen und Lotsen für Vernetzung. Weiterhin zentral war der Einbezug der verantwortlichen Personen aus Ämtern und großen Organisationen sowie Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Berufsgruppen auf Kreisebene. Ergänzend dazu wurden auf regionaler Ebene die unmittelbar beteiligten Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheits- und Bildungssystem sowie der Kinder- und Jugendhilfe eingebunden. So konnte ein partizipatives Vorgehen umgesetzt werden, das zum *Commitment* der Beteiligten beitrug.

Obwohl kleinräumige oder an bestimmten Fachinhalten ausgerichtete Netzwerkprojekte initiiert wurden, gelang es bislang nur vereinzelt, lokale Netzwerke im Sozialraum von Bildungsinstitutionen dauerhaft zu verankern. Für derartige fallübergreifende Kooperationsstrukturen fehlten den beteiligten Akteurinnen und Akteuren an vielen Stellen die Ressourcen, vor allem die Zeit.

2-3 Bildungseinrichtungen als Setting |

In der Projektlaufzeit wurden 75 Prozent der Kindertageseinrichtungen und Grundschulen des Kreises erreicht. Diese Institutionen nahmen am Organisationsentwicklungsprozess oder an kleineren Formaten, den sogenannten bedarfsorientierten Fortbildungen, teil.

Dabei wurden 45 Bildungseinrichtungen (31 Kindertageseinrichtungen und 14 Grundschulen) evaluiert, die an dem 18-monatigen Organisationsentwicklungsprozess teilnahmen. Dieser Prozess bestand aus sechs Inhouse-Fortbildungen und parallel dazu stattfindenden Prozessbegleitungssitzungen, um die Übertra-

gung in den Alltag zu gewährleisten. Die Fortbildung basiert auf einem Curriculum (*Fröhlich-Gildhoff* u.a. 2018) aus insgesamt sechs Pflicht- und Wahlbausteinen. Die Organisationsentwicklungsprozesse wurden von erfahrenen und besonders geschulten Weiterbilderinnen und Weiterbildnern durchgeführt.

2-4 Ergebnisse der Evaluation in Bildungseinrichtungen |

Die Evaluation der Organisationsentwicklungsprozesse in Bildungseinrichtungen umfasste sowohl den Implementationsprozess als auch die (intendierten) Wirkungen. Grundlage war ein komplexes Design mit qualitativen und quantitativen Methoden zu mehreren Zeitpunkten, zum Teil mit Warte-Listen-Kontrollgruppen. Dementsprechend variieren die im Folgenden berichteten (Teil-)Stichprobengrößen (*Fröhlich-Gildhoff* u.a. 2018).

Der Prozess der Organisationsentwicklung wurde von den pädagogischen Fachkräften in den Kindertageseinrichtungen im sehr guten bis guten Bereich ($n = 2154$, $M = 1.82$, $SD = .84$)¹ und von den Lehrkräften im guten Bereich ($n = 570$, $M = 1.99$, $SD = .96$)¹ bewertet. Positiv hervorgehoben wurden von beiden Gruppen die Praxisanteile sowie die Möglichkeit der bedarfsorientierten inhaltlichen Schwerpunktsetzung. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Angabe der Prozessbegleiterinnen und Prozessbegleiter, die eine Manualtreue des PNO-Curriculums von durchschnittlich 60,6 Prozent in den Kindertageseinrichtungen und 71,1 Prozent in den Grundschulen angaben. Diese Daten weisen darauf hin, dass Vorgaben des Curriculums an die Voraussetzungen und Bedarfe der jeweiligen Gruppe adaptiert und damit ein passgenaues Vorgehen gewährleistet wurde. Als weitere wesentliche Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung der Organisationsentwicklungsprozesse erwiesen sich, dass die Entscheidung für die Teilnahme durch das gesamte Team getroffen wurde, dass die Leitungspersonen (zum Beispiel in Form der Arbeitsorganisation) die Teilnahme unterstützten und dass die grundlegenden Rahmenbedingungen in der jeweiligen Bildungseinrichtung Teilnahme und Umsetzung zuließen.

Die Wirkung der Organisationsentwicklungsprozesse wurde auf den Ebenen der Institution, der pädagogischen Fachkräfte, der Kinder und der Eltern erfasst. Sowohl für die Kindertageseinrichtungen als

¹ Skalierung 1 = trifft völlig zu (positiv) bis 6 = trifft gar nicht zu (negativ); n = Anzahl der Fragebögen, die in diesen Teil der Evaluation einbezogen wurden; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

auch für die Schulen zeigten sich deutliche Hinweise, dass die Themen Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Organisationsentwicklungsprozess institutionell stärker verankert und mit konkreten Maßnahmen verbunden wurden.

Unmittelbare Zielgruppe der Interventionen im Rahmen der Organisationsentwicklungsprozesse waren die pädagogischen Fachkräfte beziehungsweise Lehrerinnen und Lehrer. Auf dieser Ebene konnte in der Selbsteinschätzung ein Kompetenzzuwachs der Fachkräfte festgestellt werden. So zeigte sich etwa im überwiegend gewählten Schwerpunktbereich „Seelische Gesundheit und Resilienz“ sowohl bei den Fachkräften in der Kita ($z = 10.455, p = .000, r = .74, n = 201$)² als auch bei den Lehrkräften ($z = 5.210, p = .000, r = .80, n = 42$)² ein starker Effekt.

Bei den Kindern der Kindertageseinrichtung zeigten sich in den meisten Skalen (Selbst- und Fremdeinschätzung) signifikant positive Veränderungen im Prä-Post-Vergleich. So schätzten sich die Kinder auf der Resilienzskala (*Fröhlich-Gildhoff* 2017) nach der Organisationsentwicklung mit einem mittleren Effekt als signifikant besser ein ($z = 3.759, p = .000, r = .25, n = 218$)². Auch auf Ebene der Grundschulkin-der³ zeigten sich signifikant positive Effekte, die in der Selbsteinschätzung jedoch geringer ausfielen (zum Beispiel körperliches Selbstkonzept $z = 4.092, p = .000, r = .26, n = 252$)².

Sowohl die Eltern der Kindertageseinrichtungen als auch die der Grundschulen wünschten sich (noch) mehr Informationen über PNO und einen stärkeren Einbezug, um der Idee eines multimodalen Ansatzes gerecht zu werden (*Fröhlich-Gildhoff; Rönnau-Böse* 2018).

2-5 Ein (Zwischen-)Fazit für das PNO | Wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen, ist das Konzept des PNO – eine Verbindung aus kreisweiten Steu-

2 $z =$ asymptotischer Wilcoxon-Test; $p =$ Signifikanzwert; $r =$ Effektmaß (Korrelationskoeffizient nach Pearson): .10 = schwacher Effekt, .25 mittlerer Effekt, .40 = starker Effekt; $n =$ Größe der Teilstichprobe)

3 Hier angeführt werden aus Gründen des Umfangs ausschließlich die Ergebnisse der Kinder in der 1. und 2. Klasse, die jeweils zu zweit von einer geschulten Erhebungsperson getestet wurden. Da für die Klassen 3 und 4 ein besseres Leseverständnis vorausgesetzt werden kann, erfolgte die Befragung hier in Klassentestungen. Die Ergebnisse dieser beiden Gruppen unterscheiden sich nur geringfügig.

rungsstrukturen, regional adaptieren Umsetzungen sowie Prävention und Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Bildungseinrichtungen – erfolgreich umgesetzt worden und wird auch weiterhin verfolgt. Die Präventionsbeauftragten haben sich als hilfreiches Bindeglied zwischen den beiden adressierten Ebenen Kommune und Bildungseinrichtungen erwiesen. Sie koordinieren weiterhin die Organisationsentwicklungsprozesse und binden die Bildungsinstitutionen im Sinne der Nachhaltigkeit über den begrenzten Zeitraum der Organisationsentwicklung hinaus in das Netzwerk ein. Die für die Konzeption und Durchführung des PNO grundlegend angenommene Wirkungskette (Effekte in der Gesundheit von Kindern sind durch Interventionen in den Settings Kommune und Bildungsinstitution zu erzielen) konnte empirisch für den Projektverlauf nachgewiesen werden, mögliche langfristige Effekte müssen in Folgeuntersuchungen erfasst werden.

Für die künftige Arbeit des PNO sollte darauf geachtet werden, auch die weitere Umsetzung bedarfsorientiert und partizipativ zu gestalten. So können etwa immer wieder neue fachliche Inhalte oder Vernetzungsaktivitäten berücksichtigt werden. Um fallunabhängige Vernetzungen (zum Beispiel in Form der beschriebenen lokalen Netzwerke) weiter etablieren zu können, stellen sich auch (gesundheits-)politische Fragen. Für Präventions- und Vernetzungsaktivitäten von Personen aus dem Gesundheitswesen fehlen bislang Ressourcen und Honorarmittel. Hier wäre zum Beispiel eine Verankerung in den Abrechnungskatalogen aus dem Gesundheitssystem hilfreich, um entsprechende Aktivitäten voranzubringen. Ebenso sollten Vernetzungsaktivitäten regelhaft zu den Aufgaben der Fachkräfte aus dem Jugendhilfe- und Bildungssystem gehören; diese Aufgaben müssen mit Zeitbudgets ausgestattet werden.

3 Vernetzung als Arbeitsprinzip | Das PNO hat mit der Netzwerkorientierung eines der zentralen Arbeitsprinzipien der Sozialen Arbeit aufgegriffen (*Schönig; Motzke* 2016). Das Ziel der Vernetzung über Systemgrenzen und -logiken hinweg entspricht der „diffuse[n] Allzuständigkeit“ (*Hochuli Freund; Sprenger-Ursprung* 2016) der Sozialen Arbeit für komplexe soziale Probleme. Die von *Schubert* (2013) benannten Rahmenbedingungen für systemübergreifende Vernetzung wurden durch das PNO beantwortet: Erstens wurden durch das Zusammenwirken kreisweiter und

regionaler Akteurinnen und Akteure auf unterschiedlichen Ebenen von Vernetzung die verschiedenen Steuerungs- und Verantwortungsebenen einbezogen. Zweitens wurden im Rahmen des Projekts und werden durch die Verstärkung auch künftig Ressourcen bereitgestellt, um das Netzwerk als soziale Infrastruktur zu betreiben. Drittens wurde mit der Schaffung der Stellen der Präventionsbeauftragten und der Besetzung dieser durch Personen mit entsprechendem fachlichem Hintergrund (Soziale Arbeit, Pädagogik der Kindheit, Gesundheitspädagogik, etc.) gewährleistet, dass Kapazitäten zur professionellen Koordination des Netzwerks bereitstehen (Schubert 2013).

4 Gesundheitlicher Ungleichheit (kommunal) begegnen | 2017 wurden 33,1 Prozent der unter Dreijährigen und 93,4 Prozent der Drei- bis Sechsjährigen in Kindertagesstätten oder Kindertagespflege betreut (Statistisches Bundesamt (Destatis); Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) 2018, S. 66 f.). Aufgrund dieser hohen Betreuungsquoten und der allgemeinen Schulpflicht verspricht das Setting der Bildungseinrichtungen eine weitgehend flächendeckende, nicht stigmatisierende Erreichbarkeit aller Kinder (und ihrer Familien) – also auch derjenigen Bevölkerungsgruppen, die durch andere Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung nicht erreicht werden (Fröhlich-Gildhoff; Rönnau-Böse 2018, Kliche u.a. 2008). Obwohl Kindertagesstätten – bei einem hohen Qualitätsstandard ihrer Arbeit – eine kompensatorische Funktion zukommen kann, reichen ausschließlich am Bildungssystem ansetzende Interventionen nicht aus, außerhalb der Bildungsinstitution verortete Unterschiede auszugleichen (Scherr; Bittlingmayer 2009). Außerdem kommt das sogenannte Präventionsdilemma zum Tragen: Am deutlichsten partizipieren und profitieren Personen mit einem mittleren oder hohen sozialen Status beziehungsweise Bildungsgrad von Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung (Franzkowiak u.a. 2011, Jordan; von der Lippe 2012).

Für den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit werden vorrangig Maßnahmen als sinnvoll angesehen, die an den sozialen Bedingungen und nicht am individuellen Gesundheitsverhalten ansetzen (Franzkowiak u.a. 2011). Insbesondere integrierte Gesamtkonzepte werden als Chance für die Abmilderung des Präventionsdilemmas erkannt (Homfeldt; Gahlritner 2018, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancen-

gleichheit 2013). Hier konnte das PNO modellhafte Erfahrungen für die Umsetzung einer kommunalen integrierten Gesamtstrategie sammeln. Diese können als Good-practice-Beispiel für die Adaption in anderen Landkreisen herangezogen werden.

(Selbst-)verpflichtet auf soziale Gerechtigkeit ist es das Ziel Sozialer Arbeit, einen Beitrag zu gerechteren Lebensbedingungen zu leisten. Die Gestaltung der Bedingungen des Aufwachsens von Kindern bietet dazu einen wichtigen Ansatzpunkt, da die Gesundheit der gesamten Lebensspanne insbesondere in den ersten Lebensjahren angelegt und geprägt wird. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter können über ihre Kompetenzen in interdisziplinärer Netzwerkarbeit einen zentralen Beitrag zu integrierten Gesamtstrategien für Prävention und Gesundheitsförderung und damit zum Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheit leisten.

Laura Kassel, Sozialarbeiterin (M.A.), ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Evangelischen Hochschule Freiburg sowie am Zentrum für Kinder- und Jugendforschung im Forschungsverbund FIVE e.V. E-Mail: laura.kassel@eh-freiburg.ekiba.de

Professor Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Psychologe und Psychotherapeut, lehrt Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Er ist Co-Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung im Forschungsverbund FIVE e.V. E-Mail: Klaus.Froehlich-Gildhoff@eh-freiburg.ekiba.de

Dieser Beitrag wurde in einer Double-Blind Peer Review begutachtet und am 20.12.2018 zur Veröffentlichung angenommen.

Literatur

Altgeld, T.; Kolip, P.: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung (Programmbereich Gesundheit). In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern 2014, S. 45-56

Böttiger, U.: Frühe Hilfen und Erziehungsberatung Hand in Hand – Die Frühen Hilfen im Ortenaukreis. In: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Hrsg.): Beiträge zur Weiterentwicklung in den Hilfen zur Erziehung. Fürth 2016, S. 82-99 (http://www.bke.de/content/application/shop.download/1471358360_beratung-in-bewegungWEB.pdf; abgerufen am 18.1.2019)

Franzkowiak, P.; Homfeldt, H.G.; Mühlum, A.: Lehrbuch Gesundheit. Weinheim 2011

Fröhlich-Gildhoff, K.: Die Resilienzskalen für Kinder im

Kita- (RSK) und im Grundschulalter (RS-GS). Zwischenbericht zu Entwicklung und testtheoretischer Überprüfung. In: Perspektiven der empirischen Kinder- und Jugendforschung 2/2017, S. 50-72

Fröhlich-Gildhoff, K.; Rönnau-Böse, M.: Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtung – welche Strategien sind erfolgreich? In: Christiansen, H.; Ebert, D.; Röhrle, B. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderungen. Band VI. Tübingen 2018, S. 287-307

Fröhlich-Gildhoff, K.; Trojan, A.: Komplexe gemeindeorientierte Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern: Evaluation am Beispiel einer ländlichen (Ortenaukreis) und einer städtischen Region (Lenzviertel Hamburg). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 10/2018, S. 1279-1288

Fröhlich-Gildhoff, K. u. a.: Prävention und Gesundheitsförderung als kommunale Gesamtstrategie. Konzept, Entwicklung und Evaluation des Präventionsnetzwerks Ortenaukreis (PNO). Wissenschaftlicher Abschlussbericht. Freiburg im Breisgau 2018

Hartmann, T.; Baumgarten, K.; Dadaczynski, K.: Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland: Status quo, Herausforderungen und Chancen im Kontext des Präventionsgesetzes. In: Prävention und Gesundheitsförderung 4/2016, S. 203-205

Hartung, S.; Rosenbrock, R.: Settingansatz/Lebensweltansatz. In: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/> (veröffentlicht 2015, abgerufen am 16.1.2019)

Hochuli Freund, U.; Sprenger-Ursprung, R.: Kooperative Prozessgestaltung. Mit Klient/innen gemeinsam handeln. In: Sozialmagazin 9-10/2016, S. 48-56

Homfeldt, H.G.; Gahleitner, S.B.: Gesundheit und Krankheit. In: Grabhoff, G.; Renker, A.; Schröder, W. (Hrsg.): Soziale Arbeit: eine elementare Einführung. Wiesbaden 2018, S. 43-54

Jordan, S.; von der Lippe, E.: Angebote der Prävention – wer nimmt teil? In: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_5_Praevention.pdf?__blob=publicationFile (veröffentlicht 2012, abgerufen am 16.1.2019)

Kliche, T. u. a.: Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten: Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Weinheim 2008

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.): Integrierte Kommunale Strategien als Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. In: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=555ce790ac06cf38d25942cb24e9899b> (veröffentlicht 2013, abgerufen am 16.1.2019)

Robert Koch-Institut: Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: <https://edoc.rki.de/handle/176904/5766> (veröffentlicht 2018, abgerufen am 16.1.2019)

Scherr, A.; Bittlingmayer, U.H.: Warum Chancengleichheit nicht genügt. Für ein Konzept der Befähigungsgerechtigkeit.

In: Vorgänge: Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik 4/2009, S. 43-52

Schönig, W.; Motzke, K.: Netzwerkorientierung in der sozialen Arbeit: Theorie, Forschung, Praxis. Stuttgart 2016

Schubert, H.: Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit. In: Fischer, J.; Kosellek, T. (Hrsg.): Netzwerke und soziale Arbeit: Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim 2013, S. 267-294

Statistisches Bundesamt (Destatis); Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg.): Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. In: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2018.pdf?__blob=publicationFile (veröffentlicht 2018, abgerufen am 16.1.2019)

Staub-Bernasconi, S.: Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. Opladen und Toronto 2018

Trojan, A.; Süß, W.: Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern 2014, S. 345-355

Weyers, S.; Richter, M.: Prävention gesundheitlicher Ungleichheiten. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern 2014, S. 390-398

Ziegler, H.; Böllert, K.: Gerechtigkeit und Soziale Arbeit – Einige Anmerkungen zur Debatte um Normativität. In: Soziale Passagen 2/2011, S. 165-174